Drogy a drogové závislosti 1

mezioborový přístup

Kamil Kalina a kolektiv

RADA EVROPY – SKUPINA POMPIDOU
RADA VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY
NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Vedoucí národního týmu projektu/
Mgr. Josef Radimecký
ředitel sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Národní tým projektu/
MUDr. Petra Exnerová
Mgr. Dana Syslová
Mgr. Aleš Kuda
Mgr. Jiří Richter

Expertní skupina projektu/
MUDr. Pavel Bém
Mgr. Dušan Dvořák
MUDr. Petra Exnerová
PhDr. Magdalena Frouzová
MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.
Mgr. Aleš Kuda
MUDr. Stanislav Kudrle
PhDr. Michal Miovský, Ph.D.
MUDr. Karel Nešpor, CSc.
MUDr. Petr Popov
Mgr. Josef Radimecký
Mgr. Jindřich Vobořil

Konsultant/
Drs. Wim Buisman

Koordinátor a vedoucí autorského kolektivu publikace/
MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Autorský kolektiv publikace/
MUDr. David Adameček
PhDr. Ivana Bartošíková
MUDr. David Bayer
MUDr. Pavel Bém

© Úřad vlády České republiky, 2003
1. vydání

ISBN 80 – 86734 – 05 – 6

Projekt DDRSTP II – CR

PhDr. Jiří Broža
PhDr. Dana Dobiášová
MUDr. Jiří Dvořáček
Mgr. Dušan Dvořák
PharmDr. Magdaléna Fišerová CSc.
Mgr. Petr Flaks
PhDr. Magdalena Frouzová
PhDr. Martin Hajný, Ph.D.
MUDr. Karel Hampl, CSc.
PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.
MUDr. Jiřina Hobstová, CSc.
Mgr. Petr Hrdina
Mgr. Marek Jargus
MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.
Mgr. Blanka Korčišová
PhDr. Taťána Kostroňová
MUDr. Eva Králíková, CSc.
Mgr. Aleš Kuda
MUDr. Stanislav Kudrle
PhDr. Jiří Libra
MUDr. Jakub Minařík
PhDr. Michal Miovský, Ph.D.
Mgr. Pavlína Müllerová
PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D.
MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Mgr. Dagmar Nováková
MUDr. Petr Popov
PhDr. Ilona Preslová
Mgr. Josef Radimecký
PaedDr. Václav Schmidt
PhDr. Lenka Skácelová
Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc.
PhDr. Ivan Skalík, Ph.D.
JUDr. Alexander Sotolář
PaedDr. Martina Richterová-Těmínová
Mgr. Barbora Trapková
Mgr. Jindřich Vobořil
MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

Editoři/
MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.
Mgr. Josef Radimecký

Ediční spolupráce/
MUDr. Pavel Bém (část 1 a 9)
PhDr. Dana Dobiášová (část 5)
MUDr. Jiří Dvořáček (část 5)
PhDr. Magdalena Frouzová (část 9)
MUDr. Stanislav Kudrle (část 2)
PhDr. Michal Miovský, Ph.D. (část 6)
MUDr. Karel Nešpor, CSc. (část 4)
MUDr. Petr Popov (část 3)
PaedDr. Martina Richterová-Těmínová (část 7)
PhDr. Lenka Skácelová (část 10)
Mgr. Dagmar Nováková (část 10)

Dále spolupracovali/
Mgr. Pavla Dolanská
PaedDr. Michael Chytrý
Mgr. Ondřej Počarovský
Marta Procházková

Recenzenti/
PhDr. Ladislav Csémy (část 1 a 10)
MUDr. Pavla Hellerová, Mgr. Jiří Heller
(část 2, 4, 5, 6, 7)
MUDr. Jiří Presl (část 3, 8, 9)

Obsah

ZKRATKY 8

PŘEDMLUVA EDITORŮ: Josef Radimecký, Kamil Kalina 10

1. NÁVYKOVÉ LÁTKY: PROBLEMY A PŘÍSTUPY 14

1/1 Kamil Kalina: Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy 15

1/2 Josef Radimecký: Přehled drogové problematiky v České republice v r. 2001 25

1/3 Pavel Bém, Kamil Kalina, Josef Radimecký: Vývoj drogové scény a protidrogové politiky v České republice 33

1/4 Tomáš Zábranský: Drogová epidemiologie 41

1/5 Alexander Sotolář: Úmluvy OSN a zahraniční legislativa o omamných a psychotropních látkách 54

1/6 Alexander Sotolář: Legislativa České republiky o omamných a psychotropních látkách se zvláštním zřetelem na trestněprávní aspekty 59

1/7 Tomáš Zábranský: Ekonomické aspekty užívání drog; ekonomická analýza jako podklad pro rozhodnutí o nejúčinnější dostupné intervenci 68

1/8 Kamil Kalina: Modely závislostí a přístupy v pomoci uživatelů drog 78

1/9 Stanislav Kudrle: Historie užívání a zneužívání psychotropních látek 83

2. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL 90

2/1 Stanislav Kudrle: Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti 91

2/2 Magdaléna Fišerová: Neurobiologie závislostí 96

2/3 Stanislav Kudrle: Psychopatologie závislosti a codependence 107

2/4 Magdaléna Fišerová: Odvykací syndrom a craving – neurobiologické aspekty 114

2/5 Karel Nešpor: Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální aspekty 119

2/6 Magdalena Frouzová: Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti 124

2/7 Stanislav Kudrle: Trauma a závislost 130

2/8 Martin Hajný: Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti 135

2/9 Martin Hajný: Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti 140

2/10 Stanislav Kudrle: Bio-psycho-socio-spirituální model jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci 145

3. ROZDĚLENÍ A ÚČINKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK 150

3/1 Petr Popov: Alkohol 151

3/2 Jakub Minařík: Opioidy a opiáty 159

3/3 Jakub Minařík: Stimulancia 164

3/4 Michal Miovský: Halucinogenní drogy 169

3/5 Michal Miovský: Konopné drogy 174

3/6 David Bayer: Analgetika, sedativa a trankvilizéry 180

3/7 Karel Hampl: Léky vyvolávající závislost 187

3/8 Karel Hampl: Těkavé látky 193

3/9 Jakub Minařík, Tomáš Páleníček: MDMA a jiné drogy „technoscény" 200

3/10 Eva Králíková: Tabák a závislost na tabáku 205

4. ZÁKLADY DIAGNOSTIKY A ZHODNOCENÍ KLIENTA, PSYCHOLOGICKÉ A SOMATICKÉ KOMPLIKACE 212
4/1 Karel Nešpor: Úvod do problému diagnostiky a „matchingu" **213**
4/2 Karel Nešpor: Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami **217**
4/3 Jakub Minařík, Jiřina Hobstová: Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení **223**
4/4 Jiřina Hobstová, Jakub Minařík: Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS **229**
4/5 Karel Nešpor: Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy" **233**
4/6 Taťána Kostroňová: Psychologická diagnostika **238**
4/7 Karel Nešpor: Toxikologické vyšetření - laboratorní a screeningové testy **243**
4/8 Karel Nešpor: Diagnostický rozhovor a posilování motivace **249**
4/9 Kamil Kalina: Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí **254**

5. VČASNÉ A KRIZOVÉ INTERVENCE, PORADENSTVÍ, ZVLÁDÁNÍ SOMATICKÝCH KOMPLIKACÍ 262
5/1 Petr Hrdina: Harm reduction – snižování poškození drogami **263**
5/2 Jiří Broža: Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci) **269**
5/3 Jiří Libra: Krizová intervence **276**
5/4 Dana Dobiášová, Jiří Broža: Motivační trénink **283**
5/5 Jiří Dvořáček: Předlékařská a lékařská první pomoc při akutní intoxikaci – obecné otázky **290**
5/6 Jiří Dvořáček: Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek **297**
5/7 Jiří Dvořáček: Detoxifikace **304**

LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU **310**
KLÍČOVÁ SLOVA S ODKAZY NA KAPITOLY **314**

Zkratky

AIDS / syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immuno-Defficiency Syndrome)
AT / alkohol a (jiné) toxikomanie
CNS / centrální nervový systém
DSM-IV / 4. revize diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (Diagnostic and Statistical Manual, 4th revision, American Psychiatric Association, 1994)
EMCDDA / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti v Lisabonu
ICD-10 / 10. revize diagnostického a statistického manuálu WHO (International Classification of Diseases – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 10th revision, WHO, 1992)
HIV / virus přenášející AIDS (Human Immunodefficiency Virus)
MKN-10 / 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí – česká verze ICD 10 (část týkající se psychických poruch vydalo Psychiatrické centrum Praha, 1992)
MPK / Meziresortní protidrogová komise Úřadu vlády ČR, nyní Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
MPSV / Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MŠMT / Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
MZ / Ministerstvo zdravotnictví ČR
NIDA / National Institute of Drug Abuse (USA)
TK / terapeutická komunita
UNDCP / United Nation Drug Control Programme, složka OSN se sídlem ve Vídni
WHO / Světová zdravotnická organizace

Předmluva editorů

Mgr. Josef Radimecký
vedoucí národního týmu projektu DDRSTP II-CR
ředitel sekretariátu Rady vlády pro koordinaci
protidrogové politiky

MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.
koordinátor publikace
vedoucí kolektivu autorů

Tato rozsáhlá mezioborová studijní monografie je druhá ze dvou publikací, které vděčí za svůj vznik mezinárodnímu programu Rady Evropy „Vzdělávání pracovníků v oblasti snižování poptávky po drogách č. 2" (Drug Demand Reduction Staff Training Programme – DDRSTP II). Národní tým a skupina spolupracujících odborníků zvolily jako ústřední téma českého projektu (DDRSTP II-CR) vytvoření základních materiálů pro mezioborové vzdělávání.

Zdálo se nám nezbytné zahrnout do těchto materiálů slovníkovou publikaci, která by se pokusila sjednotit terminologii v různorodé odborné komunitě a nabídla odpovídající rozsah pojmových výkladů pracovníkům odlišných profesí a s odlišným vzděláním, kteří u nás v oblasti snižování poptávky po drogách působí nebo se jí nepřímo zabývají. S tímto záměrem vznikla první publikace projektu DDRSTP II-CR – **Glosář**[1], kterou jsme vydali v posledních dnech roku 2001 a která se od té doby stala takřka nepostradatelnou příručkou, jak o tom svědčí i množství odkazů a citací v této další publikaci, kterou nyní čtenářům předkládáme.

Podobně jako v případě Glosáře, byl vznik této publikace doprovázen řadou úvah. Bylo zjevné, že pro mezioborové odborné vzdělávání zde chybí nejen výkladový slovník pojmů, ale i publikace učebnicového typu, která by shrnula soudobé poznatky z oblasti drog a drogových závislostí v širokém odborném záběru pro širokou cílovou skupinu. Toto prázdné místo nezaplnily ani kvalitní publikace, které se v posledních letech objevily[2]. Řada zemí střední a východní Evropy si vypomáhá překlady renomovaných zahraničních publikací tohoto typu, rada projektu DDRSTP II-CR však dala přednost národnímu autorskému potenciálu. Stejně jako u Glosáře jsme předpokládali, že pro českou odbornou komunitu bude přijatelnější dílo vycházející z jejího středu než překlad zahraniční publikace, a že se najde profesionální tým, který bude schopen toto dílo vytvořit. Při koncepčních přípravách na podzim r. 2000 jsme dali tomuto dílu pracovní název **Textbook** – během více než dvou let práce se toto neoficiální pojmenování stalo známým v odborné veřejnosti a přidržíme se ho i my v této předmluvě.

Základním posláním Textbooku bylo sloužit jako studijní pomůcka pro začínající odborníky, například pro posluchače kursů na bakalářské úrovni. Brzy jsme si však ujasnili, že naše záměry jdou a musí jít výš a dál, jak to odpovídá současným potřebám vzdělávání. Textbook by měl být nejen sdělný a srozumitelný pro ty, kteří se s rozsáhlou a rozmanitou problematikou drog a drogových závislostí seznamují, ale měl by přinášet užitečnou inovací poznatků zkušeným odborníkům a pomáhat profesionálům s různým vzděláním překlenovat hranice mezi jednotlivými odbornostmi a přístupy v oblasti snižování poptávky po drogách (primární, sekundární a terciární prevence) i za jejími hranicemi, v oblasti protidrogové politiky obecně. Mezioborové znalosti, komunikace a porozumění je vždy nakonec ve prospěch klienta či pacienta, a tento prospěch je také naším konečným cílem.

Textbook obsahuje 93 kapitol, rozdělených do deseti částí, a podílelo se na něm 43 autorů. Jak jsme již uvedli, byla jeho koncepce – včetně základního rozvrhu částí, kapitol, stanovení odpovědností, návrhu sestavy autorského týmu a zadání pro autory – vytvořena na podzim roku 2000. Výsledná podoba se od původních představ příliš neodlišuje, aspoň co se týče struktury a obsahu. Sestava autorského týmu se však během dvou let změnila z jedné třetiny a některé významné osobnosti v něm bohužel zastoupeny nejsou. Přesto se podařilo dostát původnímu záměru, aby autorský tým byl dostatečně reprezentativní (i ve smyslu regionálního zastoupení), erudovaný, multidisciplinární a také multigenerační.

V tomto smyslu může být Textbook aspoň do jisté míry zrcadlem stavu naší odborné komunity. Kromě jiného ukazuje, že střední generace, která část své odborné dráhy prožila (nebo ji aspoň začínala) v podmínkách mezinárodní izolace, nedostatku odborné literatury a minimálních publikačních možností, představuje i dnes mimořádný zdroj praktických zkušeností a tvořivých myšlenek. Na druhé straně lze zaznamenat dynamický nástup mladé generace, která plně využívá soudobých možností a jejíž příslušníci se v relativně nízkém věku stávají kompetentními profesionály. Uvedení mladých autorů na publikační scénu je nepochybně jedním z přínosů Textbooku. Mezigenerační soutěž přináší nové podněty; zároveň je jasné i bez rozpletení odborných anamnéz, vlivů a následovnictví, že zde v tom nejlepším existuje i mezigenerační kontinuita.

Textbook je více než pouze sborník statí. Při tak velkém rozsahu díla a počtu autorů je však pochopitelně pro-

[1] K. Kalina a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001.
[2] Například F. Rotgers a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada Publishing, Praha, 1999; K. Nešpor: Návykové chování a závislost. Portál, Praha 2000; K. Kalina: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí, Inverze/SANANIM, Praha, 2000 (tyto tři publikace patří vedle Glosáře k nejcitovanějším pracím v této publikaci).

blémem vnitřní jednota, soudržnost a nepřekrývání obsahu jednotlivých kapitol. Některá témata se vícekrát opakují, obvykle však z různých pohledů a v rámci autorské logiky příslušné kapitoly. Nahrává tomu i průniková koncepce jednotlivých částí, například témata části 6, která pojednává o metodách léčby a rehabilitace, se nutně objevují v jiném kontextu v části 8, která představuje jednotlivé typy zařízení a programů. V průřezu různých kapitol se také leckdy setkáváme s jakýmsi „panelem" názorů k určitým tématům a problémům, jako je např. motivace k léčbě, úloha ex-userů v pracovních týmech, význam peer programů či otázky kodependence. I když tyto průniky a vnitřní diskuse často nesplňují požadavek „učebnicové jednoznačnosti", nebylo naším záměrem tento zajímavý rozměr publikace eliminovat.

V celé publikaci jsme usilovali o jednotnou terminologii (pokud možno podle Glosáře) a rovněž o jednotnou a srozumitelnou formu literárních odkazů.

Pracovní verze jednotlivých kapitol a částí Textbooku procházely několika koly vnitřních recenzí. Posuzovali je autoři jiných kapitol a především členové autorského týmu určení jako „garanti" jednotlivých částí (uvedeno jako ediční spolupráce). Publikace jako celek byla předložena vedoucímu a členům národního týmu a odborné skupiny projektu DDRSTP II-CR, kteří měli jak vůči Glosáři, tak vůči Textbooku postavení ediční rady. Závěrečného posuzování se zhostili čtyři vnější recenzenti; i když se vyjadřovali jen k některým částem publikace, měli příležitost seznámit se s celkem. Osou celého procesu pak byla průběžná práce vedoucího autorského týmu s autory, posuzovateli i dalšími odpovědnými osobami včetně zahraničního konsultanta. Přes tento zevrubně pojednaný zpětnovazební proces se v publikaci jistě najde řada nedostatků a na samém konci zůstává, jako vždy, pocit, že by se všechno ještě mělo přepracovat. Ale jednou je nutné dílo uzavřít a poděkovat všem, kteří se na něm v jakékoliv roli podíleli, i těm, kteří je v pracovních i osobních vztazích přitom podporovali.

Děkujeme jim a přejeme čtenářům, aby se jim Textbook stal přínosným a podnětným průvodcem na jejich odborné dráze.

Summary

Drugs and Drug Addiction – The Interdisciplinary Approach
Foreword of Editors (English Summary)

This extended interdisciplinary textbook is a second one of two publications that originated in the Czech Republic under the „Drug Demand Reduction Staff Training Programme II (DDRSTP II) of the Group Pompidou-Council of Europe. The central objective set up in the Czech project (DDRSTP II-CR) was to prepare a national curriculum for interdisciplinary training.

There was also decided to put on the first place an elementary publication of a Glossary or Lexicon type, which would unify the terminology used in the wide professional community, linked to drug demand reduction. With this aim, the first publication of the project DDRSTP II-CR, Interdisciplinary Glossary of Terms from the Field of Drugs and Drug Addictions, had been elaborated, and published at the very fall of the year of 2001. In a short time, the Glossary became a useful aid in everyday professional work, which may be proved by many quotation in this textbook following it after a year.

Similarly to the case of the Glossary, the national team and the core expert group rejected the simplest solution – to translate a foreign or international publication of this type. Regarding the multi-disciplinary definition of the target group of the textbook and its acceptability for the Czech professionals, the way opted for was to write an original Czech publication. The DDRSTP II-CR project leaders were convinced that the professional community in the CR would be able to generate a broad and competent team of authors to meet this ambitious task.

The textbook, published after more than two years of intensive work, includes 93 chapters, divided into 10 parts and written by 43 authors. The structure and content, designed and approved by the national team and the core expert group of the project DDRSTP II-CR late in 2000, has been kept almost completely. The proposed authors have been partly changed but the final author team is sufficiently representative (also in the sense of regional representation), competent, multi-disciplinary and multi-generational, which was the original intention.

Working versions of individual chapters and parts, as well as the publication as a whole, were reviewed in several rounds: by another authors, by the members of the author team appointed for reviewing individual parts, by the head and members of the DDRSTP II-CR project team, and finally by four external experts. Continual work of the head of the author team with authors, reviewers and with other persons in charge of various aspects of the publication was an axis of the whole process.

Many thanks to all that participated in the work on this publication which we hope to become a reliable and useful guide for students and other readers in their professional careers.

Editors:
Mgr. Josef Radimecký
DDRSTP II-CR National Team Leader
Executive Director, National Drug Commission

MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.
Publication Co-ordinator
Head of the Author Team

1 Návykové látky problémy a přístupy

1/1 Kamil Kalina: Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy
1/2 Josef Radimecký: Přehled drogové problematiky v České republice v r. 2001
1/3 Pavel Bém, Kamil Kalina, Josef Radimecký: Vývoj drogové scény a protidrogové politiky v České republice
1/4 Tomáš Zábranský: Drogová epidemiologie
1/5 Alexander Sotolář: Úmluvy OSN a zahraniční legislativa o omamných a psychotropních látkách
1/6 Alexander Sotolář: Legislativa České republiky o omamných a psychotropních látkách se zvláštním zřetelem na trestněprávní aspekty
1/7 Tomáš Zábranský: Ekonomické aspekty užívání drog; ekonomická analýza jako podklad pro rozhodnutí o nejúčinnější dostupné intervenci
1/8 Kamil Kalina: Modely závislostí a přístupy v pomoci uživatelů drog
1/9 Stanislav Kudrle: Historie užívání a zneužívání psychotropních látek

1/1 Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. Kamil Kalina

Klíčová slova: harm reduction – prevence – represe – snižování nabídky – snižování poptávky – vyvážený přístup

1. Drogy jako globální problém

V novodobé historii šíření a zneužívání drog[1], tj. v 19. a 20. století, se rozlišují tři období.

1) Asi do r. 1960 se drogy pokládaly za *odborný problém*, kterým se zabývala poměrně úzká skupina vysoce kvalifikovaných specialistů – kriminalistů na straně potírání trestné činnosti, lékařů-psychiatrů na straně léčení závislostí.

2) V letech 1960 – 1990 se drogy stávají zejména ve vyspělých zemích *problémem společenským*, který se dotýká mnoha sociálních vrstev a skupin, a stejně tak mnoha profesí. V tomto období dochází v USA a v západní Evropě k enormnímu nárůstu užívání drog s vážnými zdravotními a sociálními důsledky, což kvalitativně změnilo koncepce a přístupy drogových politik.

3) Od r. 1990 již mezinárodní společenství (v Globálním akčním plánu VS OSN z r. 1991) charakterizuje problém drog jako *problém globální*.

Jiné problémy tohoto typu („problémy v globální vesnici") jsou například migrace, životní prostředí, infekční nemoci, informace či přelévání kapitálu.

„Globální problém" má tyto charakteristiky:

– ovlivňuje prakticky všechny země světa,
– každá země v něm má svou úlohu – u drog se rozlišují země producentské, transitní a spotřebitelské (od poloviny 90. let se ČR stala v tomto globálním smyslu z transitní země zemí spotřebitelskou, i když transit přes naše území pochopitelně stále probíhá a nevymizela ani místní produkce[2]),
– takřka nikdo nezůstává stranou – každá rodina a každý jednotlivec ve své roli osobní, pracovní či sociální přichází s problémem drog do styku minimálně jako s konkrétním rizikem,
– globální problém nelze řešit na jednom místě a jedním přístupem, vyžaduje mezioborovou, meziresortní, mezisektorovou a mezinárodní spolupráci[3].

Globalizace drogového problému souvisí zejména s vytvořením světového nezákonného trhu s drogami, který (včetně prekursorů a pomocných látek) je mezi světovými nezákonnými trhy první co do rozsahu a druhý co do finančního obratu[4].

Globalizace drogového trhu přináší epidemický charakter zdravotních a sociálních důsledků zneužívání drog. Tyto důsledky jsou ovšem co do rozsahu (celkový počet postižených, zdravotních komplikací a úmrtí) méně katastrofální než u legálních drog – alkoholu nebo tabáku. K přímým důsledkům zneužívání však navíc přistupuje riziko šíření závažných infekčních nemocí (AIDS, hepatitis B a C) a kriminalizace uživatelské populace (v souvislosti s nezákonným trhem), což jsou fenomény, které se u alkoholu a tabáku neobjevují. Sociální akceptace zneužívání nezákonných drog je tak daleko nižší než u legálních návykových látek.

Kromě negativních jevů spojených s užíváním drog, tj. drogových či k drogám vztažených problémů ve vlastním slova smyslu[5] přináší světový trh s drogami ještě další nebezpečí:

– produkce drog se stala běžnou, výhodnou a preferovanou obživou obyvatel (např. pěstování koky v Latinské Americe a opiového máku v Asii) a zábranou

[1] „Drogy" v této kapitole jsou především drogy nezákonné, kontrolované úmluvami OSN jako „nepovolené omamné a psychotropní látky" (illicit narcotic and psychotropic substances) – viz Sotolář, kapitola 1/6, Mezinárodní legislativa, úmluvy OSN. „Povoleným drogám" – tj. alkoholu, tabáku a těkavým látkám, je v této publikaci rovněž věnována pozornost a většina soudobých přístupů řadících se do „snižování poptávky po drogách" (viz dále) bere v úvahu povolené i nepovolené drogy.
[2] Domácí produkce si podržuje význam u pervitinu a marihuany – viz příslušné kapitoly části 3 (3/3 a 3/5).
[3] Pojmy z terminologie OSN a WHO. „Sektorem" se míní zejména sektor veřejný (státní + obecní), sektor soukromý-podnikatelský a sektor nestátních neziskových organizací.
[4] K nejvýznamnějším artiklům nezákonných trhů současnosti patří: (1) zbraně, zbrojní a obranné systémy, strategické zbrojní technologie a komponenty, (2) drogy a prekursory, (3) strategické finanční, obchodní a technologické informace, (4) živí lidé, např. děti na adopci, ženy na prostituci, nositelé strategických vědomostí, (5) mrtvá lidská těla nebo jejich části s použitím pro transplantace, kosmetiku a pod., (6) exotická zvířata nebo jejich části.
[5] Jako „drogové problémy" nebo „problémy vztažené k drogám" (drug problems, drug-related problems) se v mezinárodní terminologii označuje primární i sekundární poškození a negativní jevy (individuální i sociální) spojené s užíváním legálních i nelegálních drog. Například jde o vznik závislosti, úmrtnost a poškození zdraví, přenos infekčního onemocnění prostřednictvím sdílení injekčního náčiní, autonehody, zranění všeho druhu, kriminální chování, prostituce, rozpad rodiny a další.

zdravého ekonomického, politického a sociálního rozvoje v těchto oblastech,
– zisky z nezákonného trhu s drogami pronikají do legální ekonomiky („praní špinavých peněz") a umožňují získat hospodářský a nakonec i politický vliv („mafianizace kapitálu", „mafianizace politiky"),
– různé separatistické nebo teroristické organizace využívají nezákonného obchodu s drogami pro financování svých vojenskopolitických činností[6].

2. Strana nabídky a strana poptávky

Nezákonný trh s drogami má, jako každý trh, svou *stranu nabídky* a *stranu poptávky*. Podle toho se rozlišují hlavní strategické přístupy drogové politiky, označované jako „snižování nabídky drog" a „snižování poptávky po drogách" (*viz Obr. 1*).

Je ale zjevné, že strana nabídky a strana poptávky jsou, jako na každém trhu, vázány jedna na druhou. Strana nabídky odpovídá na potřeby uživatelů, v nemalé míře však tyto potřeby sama stimuluje. Strana poptávky využívá nabídky trhu k uspokojení svých potřeb, zároveň však (z kulturních a sociálních důvodů) své potřeby zvyšuje a rozšiřuje, čímž napomáhá dodavatelům k větším ziskům. Je tedy chybnou strategií hledat v globálním a multikauzálním drogovém fenoménu jedinou příčinu na té či oné straně a snažit se jí eliminovat.

Snižování nabídky (supply reduction)

Tento pojem je užívaný pro širokou škálu aktivit vytvořených pro zastavení či omezení výroby a distribuce kontrolovaných drog[7]. Nelegální výroba drog je postihována přímo. Činnost utajovaných nelegálních laboratoří je rovněž omezována prostřednictvím kontroly prekurzorů a pomocných látek, zatímco distribuci snižují zásahy policie a celních úřadů, v některých zemích i vojenské operace. Snižování poptávky je často synonymem pro činnost policie a celních úřadů, produkce drog může být ovšem omezena také omezením poptávky nebo prostřednictvím plánů alternativního rozvoje producentských oblastí, známých z rozvojových zemí Jižní Ameriky a Asie.

Ačkoliv *represe* je často pokládána za ústřední pojem, můžeme základní opatření ke snižování nabídky přehledně rozdělit takto:

1) *administrativní kontrola* – zabraňuje úniku legálních drog používaných v medicíně jako léčiva či ve výzkumu, prekursorů a pomocných látek na nezákonný trh,

2) *zákonná represe* (law enforcement) – snaží se eliminovat trestnou činnost v produkci, transitu a obchodu,

3) *eradikace zemědělské produkce* – znamená nejen přímé vymýcení pěstitelských kultur opiového máku, koky a cannabisu, ale kompletní rekonstrukci venkovských producentských oblastí: zavádění alternativních plodin a alternativních zdrojů obživy, budování zavlažovacích systémů, škol, služeb i nových sídel. Jde obvykle o mezinárodní projekty v agendě orgánů OSN (UNDCP, WHO).

Aktéry snižování nabídky jsou v našich podmínkách především orgány státní správy: jednak kontrolní a správní úřady (v ČR např. Inspektorát omamných a psychotropních látek na MZ, aplikující administrativně-kontrolní část úmluv OSN[8]), jednak policie, celní služba, justice a vězeňství. Cílovými skupinami jsou osoby, které neoprávněně, tj. mimo zákonný rámec daný u nás zákonem o návykových látkách (zákon č.167/1998 Sb.), s kontrolovanými látkami zacházejí a dopouštějí se tak trestných činů. Zde je nezbytné rozlišovat členy nezákonných organizovaných skupin (často s mezinárodním charakterem) a uživatele dostávající se do konfliktu se zákonem[9]. Drobní dealeři[10] na nejnižších etážích nezákonného obchodu jsou často na pomezí obou skupin.

Snižování poptávky (demand reduction)

Mezinárodní i národní dokumenty drogové (protidrogové) politiky užívají tento termín v souvislosti s cílem snížit vyhledávání a konzumaci drog na straně zákazníka nezákonného trhu – především zákazníka potenciálního, ale též již existujícího konzumenta. Strategie snižování poptávky působí jinak (zásadně nerepresiv-

6 Jedinou výjimkou zřejmě byla IRA, což způsobilo její akceptování v USA.

7 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. Viz též Sotolář, kapitola 1/6, Mezinárodní legislativa, úmluvy OSN.

8 Viz též Sotolář: kapitola 1/6, Mezinárodní legislativa, úmluvy OSN; kapitola 1/7, Legislativa ČR.

9 Viz Sotolář, kapitola 1/7, Legislativa ČR.

10 Dealer, dealing: Prodejce (prodávání) drog, nejčastěji označuje konečné články nezákonného obchodu s drogami. Dealer na drogové scéně může být profesionál nebo poloprofesionál, který provádí distribuci drog jako výdělečnou činnost, většinou se ale mezi dealerem-profesionálem a spotřebiteli nachází ještě několik dealerů z řad uživatelů drog, kteří si tímto způsobem opatřují drogy pro vlastní potřebu. Podíl pro vlastní potřebu jim zůstává poté, co množství drogy „naředí" různými příměsemi, od zcela neškodných (a obyčejně neúčinných) jako je např. glukosa až po vysoce nebezpečné (jed na krysy). Mnoho uživatelů drog neidentifikuje své blízké známé, kteří jim drogy přímo prodávají, jako dealery. Ve stálé skupině uživatelů, jimž drogy opatřuje, zaujímá dealer často vysokou pozici a může pak být klíčovou osobou pro skupinové normy a rizikovost užívání celé skupiny, což lze za určitých okolností pozitivně využít v programech Harm Reduction.

ním směrem) než strategie snižování nabídky drog, ale oba přístupy se mohou účinně doplňovat.

Strategie a programy snižování poptávky především usilují o snížení zájmu o užívání drog. Poptávka může být snižována prostřednictvím preventivních a edukačních programů, které mají odvracet uživatele nebo potenciální uživatele od experimentování s ilegálními drogami a/nebo od jejich následného užívání. Do okruhu snižování poptávky patří též poradenské a léčebné programy směřované k dosažení a udržení abstinence, snižování frekvence užívání nebo dávek drogy, dále programy nabízející vzdělávání nebo léčbu jako alternativu potrestání, a v neposlední řadě sociální opatření ke zmírnění faktorů přispívajících k užívání drog jako je nezaměstnanost, bezdomovectví a záškoláctví.

Zastřešujícím pojmem pro opatření snižující poptávku po drogách je *prevence*, kterou podle WHO rozdělujeme takto:

1) *primární prevence* – předcházení užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo aspoň odložení kontaktu s drogou do vyšších věkových kategorií,

2) *sekundární prevence* – předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ní stali závislými. Obvykle používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení,

3) *terciární prevence* – předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Řadíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik u neabstinujících klientů.

Aktéry snižování poptávky jsou především poradenské, výchovné, zdravotní a sociální služby, často poskytované nestátními neziskovými organizacemi. *Cílové skupiny* můžeme charakterizovat takto:

Obecná populace: představuje důležitou cílovou skupinu zejména v primární prevenci.

Rizikové skupiny: označení určité skupiny (podle věku, profesí, zájmů atd.), která je negativním sociálním nebo zdravotním jevem ohrožena více než zbytek populace. V souvislostí s užíváním drog můžeme celou věkovou kategorii od 13. do 18. let považovat za rizikovou. Dále existují skupinová rizika profesní, sociální či etnická. Rizikové skupiny jsou cílovými skupinami ve specifické primární prevenci[11].

Rizikoví jednotlivci: individuální riziko zvyšují zejména psychické problémy a poruchy, poruchy učení a chování, genetické predispozice, dysfunkční primární rodina. Rovněž děti, sourozence a partnery uživatelů lze pokládat za osoby se zvýšeným rizikem.

Experimentátoři: nepřesné, ale i v odborné mluvě používané označení pro osobu, která drogy takzvaně „zkouší": občasně a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí mít přitom problémy v jiných oblastech.

Příležitostní a rekreační uživatelé: u této cílové skupiny se užívání drog již stalo součástí životního stylu, ale není častější než jednou za týden a jeho důsledkem není (nebo dosud není) vznik závislosti a dalších problémů[12]. Typické je zejména u marihuany, LSD či extáze na tzv. parties.

Pravidelní uživatelé: pravidelnost (tj. užívání častější než 1x týdně) obvykle implikuje již nejen životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. Můžeme hovořit o „škodlivém užívání" podle MKN-10[13].

Problémoví uživatelé: podle EMCDDA je problémové užívání definováno jako intravenózní užívání drog (IUD) a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „problémové užívání" se nezahrnuje užívání extáze a konopí[14].

Závislí: uživatelé splňující diagnostická kritéria syndromu závislosti[15] – často, ale ne vždy jde zároveň o „problémové uživatele". Pojem „toxikoman" dnes již z odborné terminologie mizí[16].

---

11 Viz část 10 této publikace.

12 Pojmu „příležitostné užívání" se dává přednost před spíše populárním pojmem „rekreační užívání", který vyvolává dojem, že každé takové užívání je užíváním pro zábavu, a nebere v potaz např. snahu zvládat negativní emoční stavy nebo jiné motivy.

13 Viz Nešpor, kapitola 4/2, Diagnostika a diagnostická kritéria.

14 Viz Zábranský, kapitola 1/4, Drogová epidemiologie.

15 Viz Nešpor, kapitola 4/2, Diagnostika a diagnostická kritéria.

16 **Toxikománie (addiction)** je jedním z nejstarších a obvykle užívaných termínů k popisu a vysvětlení fenoménu dlouhodobého zneužívání drog. Je definován jako opakované užívání psychoaktivní látky nebo látek v míře, kdy je uživatel (toxikoman) periodicky nebo chronicky intoxikovaný, má nutkání k užití dané psychoaktivní látky, činí mu velké problémy úmyslně zastavit nebo změnit její užívání a má tendenci získat danou psychoaktivní látku téměř každým způsobem. Již v roce 1960 WHO doporučila, aby termín „toxikománie" (addiction) byl opuštěn ve prospěch termínu „závislost" (dependence), která může existovat v rozmanitých stupních. Toxikomanie (addiction) není diagnostický termín v MKN-10, ale je stále široce používaný profesionály a obecně veřejností. Termín „toxikoman" může mít dnes i bulvárně žurnalistický či hanlivý přídech.

Rodiny a partneři uživatelů: dnes již nezanedbatelná cílová skupina ve většině intervencí zejména v sekundární a terciární prevenci.

U řady přístupů ke snižování poptávky není rozhodující, zda jde o nelegální nebo legální drogy.

V oblasti snižování poptávky existuje řada terminologických problémů a nepřesných rozhraní. Některé přístupy používané v primární prevenci (viz část 10) přecházejí od práce se skupinou k práci s jednotlivcem a tím vlastně by měly patřit do prevence sekundární, která se již zabývá pouze a jedině konkrétním individuem. Rovněž rozhraní mezi sekundární a terciární prevencí není vždy pojímáno zcela jednotně. Dokumenty OSN v poslední době zahrnují do sekundární prevence včasné intervence, edukaci a poradenství u osob, kteří se již v kontaktu s drogou ocitli (experimentátoři, rekreační a mírně až středně problémoví uživatelé), zatímco do terciární prevence léčení, rehabilitaci či resocializaci a doléčování závislých a těžce problémových uživatelů. V terminologii WHO, která se netýká jen problémů způsobených drogami, ale všech zdravotních poruch, je sekundární prevence komplexem psychologických a zdravotnických služeb, které vedou k včasnému zjištění, zahájení léčby a rychlé úzdravě, zatímco terciární prevence zahrnuje spíše služby sociálně rehabilitační a sociální, které řeší důsledky proběhlé nebo chronické zdravotní poruchy. Zde se přidržujeme pojmů WHO.

Dalším nejen terminologickým, ale i koncepčním problémem je strategie snižování škod – harm reduction (HR) v užším slova smyslu (viz dále). HR na jedné straně předchází vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog, čímž jasně splňuje charakteristiky terciární prevence dle WHO a tudíž patří k opatřením snižujícím poptávku – na druhé straně explicitním cílem HR není snižovat poptávku, ale snižovat rizika. Úspěch snižování poptávky je obvykle měřen snižováním prevalence užívání, což je indikátor, který v případě HR nelze použít. HR lze tedy pokládat za třetí strategii, „třetí pilíř" drogové politiky – duální model „snižování nabídky – snižování poptávky" se tedy mění na model triadický (viz *Obr. 2*).

Vyvážený přístup

Světovou strategii boje proti drogám určují především úmluvy OSN (Úmluva o omamných látkách, Úmluva o psychotropních látkách, Jednotná úmluva o omamných a psychotropních látkách) a jejich dodatkové protokoly[17]. Tato strategie se vyvíjela jako značně nevyvážená ve smyslu pozornosti straně nabídky a straně poptávky. Úmluvy OSN sice od samého počátku obsahují ustanovení, která zavazují signatářské státy zabývat se prevencí užívání drog a léčením a sociální rehabilitací uživatelů, hlavní těžiště Úmluv OSN je však v potlačování nezákonného trhu s drogami. Pro překonání této nerovnováhy stanovil Globální akční plán VS OSN z r. 1991 jako ústřední pojem a cíl „vyvážený přístup" (balanced approach), který má znamenat vyváženost mezi represí a prevencí a podporuje opatření jak na straně nabídky drog, tak na straně poptávky po nich.

Vyvážený přístup ovšem neznamená rozdělení finančních prostředků v poměru 1:1, protože represe a další opatření na straně nabídky jsou vždy nákladnější[18]. Příkladem může být program OSN na vymýcení pěstování koky a opia z konce 90. let, v němž se předpokládají výdaje na represi a prevenci v poměru 10:1 (OSN,1998). I když Globální akční plán VS OSN není mezinárodně-právním dokumentem v pravém slova smyslu (má nižší právní sílu než Úmluvy), je morálním závazkem členských zemí OSN a vnesl do světové protidrogové politiky příznivější aspekty ve smyslu větší pozornosti prevenci a potřebám uživatelů i rizikové populace.

Profily drogové politiky v rámci vyváženého přístupu

Každá země (včetně ČR) si však v rámci vyváženého přístupu hledá vlastní profil a rovnováhu mezi represí a prevencí. Podle Cohena (1997) se do těchto profilů promítají základní modely protidrogové politiky:

1) *Model „prohibice a represe"* – cíl a snaha je soustředěna na potlačení užívání všech nelegálních drog s heslem „společnost bez drog". Jako ukazatel úspěšnosti tohoto modelu používají jeho zastánci jednak kriminoepidemiologické údaje (množství zabavených nelegálních drog, počet usvědčených a odsouzených pachatelů), jednak počet osob, které ve svém životě přišly třeba jen jedenkrát do kontaktu s ilegální drogou (celoživotní prevalence). Zjišťování této proměnné je ovšem velice složitou záležitostí, protože v modelu „prohibice a represe" je výrazná tendence kontakt s drogou skrývat. Nejen prvokonsumenti, ale i problémoví uživatelé a závislí unikají evidenci a vzniká „skrytá populace", jejíž zdravotní a sociální problémy jsou mimo dosah pomáhající intervence[19].

2) *Model minimalizace škod* – důraz není kladen na diskriminaci, postih a penalizaci uživatelů, ale na předcházení škodám a na omezení obchodu s drogami. Měřítkem úspěšnosti je snižování počtu uživatelů drog,

17 Viz Sotolář, kapitola 1/6, Mezinárodní legislativa, úmluvy OSN.
18 Viz výsledky studie PAD v ČR, Zábranský, kapitola 1/7.
19 Viz Zábranský, kapitola 1/4, Drogová epidemiologie.

u kterých dochází k závažným zdravotním, psychickým či sociálně ekonomickým škodám. Snížení drogové prevalence je zde chápáno pouze jako prostředek ke snížení škod a uznává se, že zneužívání drog existuje od nepaměti a bude zde existovat i v budoucnu. Tento model z pochopitelných důvodů odlišuje „měkké" a „tvrdé" drogy s ohledem na míru zdravotní a sociální škodlivosti.

3) *Model ochrany veřejného zdraví* – klade si za cíl omezení zdravotně škodlivých jevů v populaci. „Public health" model se soustřeďuje obecně na prevenci šíření uživatelského chování (primární prevence), jeho součástí je však rovněž prevence šíření nákazy HIV/AIDS a hepatitid B a C. Jde o specifickou podobu „minimalizace škod".

4) *Model kulturní integrace* – v tomto modelu je snahou omezit užívání jak ilegálních, tak legálních drog a podřídit užívání ilegálních drog běžným regulačním mechanismům, které byly společností vytvořeny ke kontrole „přijatelného" chování, například u konsumace alkoholu nebo tabáku. Jde do jisté míry o „normalizaci drogového fenoménu", což znamená, že problémy, ke kterým dochází ve spojení se zneužíváním nezákonných drog, nejsou považovány za mimořádné a z principu odlišné od problémů s legálními návykovými látkami a jinými zdravotně a sociálně patologickými fenomény. K zvládání následků, jako např. závislost, zdravotní komplikace užívání, sociální dezintegrace, postižení rodiny, bezdomovectví atd. jsou přijímána obdobná systémová opatření jako u jiných problémů.

Kontroverzní témata „vyváženého přístupu"

Problémy profilace v rámci „vyváženého přístupu" můžeme ilustrovat na několika kontroverzních tématech, o nichž se vede diskuse v jednotlivých zemích i v mezinárodním odborném tisku.

1) *Likvidace otevřené drogové scény*: místní policejní útvary mají pod tlakem veřejného mínění tendenci vyčistit veřejná prostranství od uživatelů a drobných dealerů. To se nikdy nezdaří úplně: drogová scéna se přesune jinam, nebo, v horším případě, do bytů a domů. Tím ztíží její přehlednost pro policii vyšších etáží a dosažitelnost pro terénní program zdravotní a sociální pomoci. Specialisté pro boj s organizovaným zločinem, lékaři a pracovníci kontaktních center a terénních programů, ale také majitelé domů proto nepatří, každý z vlastních důvodů, k příznivcům strategie „čistých ulic".

2) *Postih za držení drogy pro vlastní potřebu*: toto opatření může být problematické, jak vyplynulo i z diskusí v r. 1997 – 98 na domácí půdě. Zesílená tendence k tomuto postihu může odvést uživatele od vyhledávání odborné pomoci a „skrýt" obtížně dosažitelnou drogovou populaci ještě více než pouhé „čištění ulic". Tím se snižuje šance na včasnou a dobrovolnou (a tudíž efektivní) léčbu a zvyšuje riziko šíření infekce HIV a hepatitid. Z lékařského hlediska jde kromě toho o zcela absurdní postih v případě závislých osob. Ani bezpečnostní důvody nejsou příliš přesvědčivé. Jde však o přístup obvyklý vůči všem černým trhům, kdy trestnímu stíhání je vystaven i konečný odběratel a uživatel nezákonného zboží, jednak jako finanční přispěvatel organizovaného zločinu, jednak jako držitel artiklu, na nějž nemá povolení. Většina členských zemí EU (13 z 15) pokládá držení drogy pro vlastní potřebu za nezákonné, ale příslušná legislativní ustanovení jsou vždy doplněna průhlednými policejními směrnicemi, preventivním zaměřením orgánů zákonné represe a možností upustit od stíhání při motivaci k léčbě[20].

3) *Přístupy „harm reduction"* (HR) v užším slova smyslu – zaměřují se na uživatele, kteří drogy berou a nehodlají přestat. Jim vycházejí vstříc programy výměny jehel a stříkaček, distribuce kondomů, zdravotní a sociální pomoc a poradenství, a v neposlední řadě dostupnost náhradní či původní drogy pod lékařským dohledem. Tato opatření mají za cíl stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatele a zabránit často smrtelným rizikům nebo kriminalizaci. Zastánci HR dokládají, že toto „nezavírání očí" před realitou užívání drog umožňuje zachránit mnoho životů a průběžně pracovat na motivaci k abstinenční léčbě. Pro model „společnosti bez drog" je však přijatelná jen taková prevence, která učí „říkat drogám ne," a pokud jim již někdo řekl „ano," musí být společností donucen k okamžitému léčení orientovanému výhradně na abstinenci. Odpůrci HR proto prohlašují, že přístup snižování škod ve skutečnosti sám škody působí („harm reduction is harm production"). Argumentuje se, že HR je uznáním drog, přitakáním drogám a otevíráním dveří pro jejich legalizaci[21].

Ústředním problémem při „profilaci" drogové politiky je tedy to, zda a do jaké míry se opatření na straně nabídky (potírání nezákonného trhu) a opatření na straně

[20] Viz též Sotolář, kapitola 1/7, Legislativa ČR. Ze studie PAD (Zábranský a kol., 2001) lze vyčíst, že zavedení trestného činu „držení drogy pro vlastní potřebu" do českého právního řádu nesplnilo ani očekávání navrhovatelů, ani obavy odpůrců.

[21] Z hlediska lékařské etiky může být nepoužití propracovaných a prokazatelně účinných přístupů HR kladeno na roveň neposkytnutí první pomoci nebo zanedbání povinné péče.

poptávky (primární, sekundární a terciární prevence) navzájem podporují a jsou vzájemně přínosná. Ukazuje se, že model „prohibice a represe" sám o sobě neřeší šíření užívání drog v populaci a problémy uživatelů[22]. Ostatní modely jsou spíše příznivé pro definování a pro účinné řešení reálných a závažných problémů na straně poptávky, z jistého pohledu však mohou změkčovat postih nezákonného jednání a zvyšovat jeho sociální přijatelnost.

Represe a legalizace

„Vyvážený přístup" se širokou škálou odstínů, jak ji představuje „společnost bez drog", minimalizace poškození drogami, kulturní integrace a ochrana veřejného zdraví představuje hlavní proud ve většině zemí. OSN jako celek a jeho zvláštní orgány pro boj s drogami (UNDCP), USA a skandinávské země tradičně akcentují model „společnosti bez drog". Ostatní modely jsou akceptovány a rozvíjeny spíše ve vyspělých zemích Evropy. Rovněž politika EU a evropské úřadovny WHO je vůči nim otevřenější. Všude však existují i extrémy.

Zastánci „společnosti bez drog" často opomíjejí prevenci vůbec a sázejí výhradně na represi, čímž se již dostávají mimo rámec „vyváženého přístupu". Výrazný represivní akcent vidíme u politických sil spíše na okraji pravice, jako je tzv. náboženská pravice nebo nacionální pravice. U náboženské pravice (religious right) převažují morální a hodnotové argumenty, nacionální pravice staví spíše na rasových a xenofobních předsudcích (šíření drog je záležitostí „barevných", nežádoucích cizinců, přistěhovalců apod.). Oba postoje lze registrovat i u nás. Represivní přístup je také častý u ambiciózních příslušníků policie a justice.

Na druhém extrému, ale rovněž již za hranicí vyváženého přístupu, se ocitají zastánci legalizace. Jejich požadavkem je buď legalizace částečná, týkající se pouze produktů cannabisu (marihuana, hašiš), nebo úplná, včetně uvolnění trhu s heroinem a kokainem. Legalizaci prosazuje zejména radikální evropská levice a podporují ji i jiné evropské levicové politické síly zastoupené v Evropském parlamentu, ale bez přímého vlivu na exekutivu EU a členských států. Ze zcela jiných důvodů má idea legalizace pozitivní ohlas u neoliberálních ekonomů (k nim patří např. Milton Friedman). Rovněž část policistů a pracovníků justice, frustrovaných desetiletími nepříliš úspěšného boje proti černému trhu s drogami, vidí v legalizaci východisko pro budoucnost. Ve prospěch legalizace se argumentuje lidskými právy a ekonomickými svobodami, její zastánci rovněž kritizují obrovský objem finančních prostředků, vynakládaných na represi bez viditelného efektu, a poukazují na to, že zákazy samy produkují černý trh (zkušenost s prohibicí alkoholu v USA před II. světovou válkou).

Selektivní přístupy

Podstatou selektivních přístupů je netrestnost podávání určité drogy za určitých kontrolovaných podmínek. Nejde tedy o legalizaci, ale o výběrovou dekriminalizaci, založenou na modelech snižování škod, ochrany veřejného zdraví a kulturní integrace. Uvádíme zde několik nejznámějších příkladů.

1) *Licencovaný prodej cannabisových produktů*: omezené uvolnění prodeje marihuany a hašiše ve zvláštních licencovaných provozovnách je známé z některých holandských, německých a švýcarských měst. Zastánci zmíněného přístupu upozorňují na to, že volnější dostupnost cannabisových produktů ani nezvýšila jejich spotřebu, ani neměla vliv na vyšší užívání „tvrdých" drog. Došlo zjevně k oddělení dvou trhů a dvou uživatelských subkultur, což je trend, který je zjevný v západní Evropě a zaznamenatelný i u nás. Odpůrci napadají zejména průnik tvrdých drog do coffee shopů a podněcování „drogové turistiky" mládeže z okolních států.

2) *Lékařské podávání heroinu závislým*: možnost předepsat heroin pacientovi, který je na něm závislý, nebo podávání heroinu závislým osobám pod lékařským dozorem je značně omezena, přitom sleduje stejný cíl jako metadonová substituce, tj. snížení trestné činnosti, prevenci infekcí a ochranu uživatele před předávkováním a dalšími zdravotními riziky znečištěné drogy nebo zboží s nejistým obsahem účinné látky. Z čistě odborného hlediska lze metadon pokládat za nebezpečnější drogu než heroin, jde však spíše o překonání společenských a politických bariér proti podávání původní drogy místo její náhražky.

3) *Podávání drog v lékařských indikacích při léčbě různých tělesných a duševních chorob*: co se týče léčebného využití drog, poukazuje se např. na přínos používání halucinogenních drog jako pomocného prostředku při hlubinné psychoterapii, v terapii umírajících i v léčbě závislých na heroinu a kokainu. Další drogou se slibným uplatněním v medicíně je marihuana, jejíž příznivé účinky se prokázaly při léčbě AIDS, tlumení bolesti u konečných stavů zhoubných nádorů i při léčení roztroušené mozkomíšní sklerózy[23].

4) *Kulturně-antropologický přístup*: k selektivním přístupům patří i tzv. kulturně-antropologický přístup, někdy označovaný jako šamanský. Jeho zastánci s odvoláním na rituály přírodních národů nebo praktiky mimoevropských kultur oceňují přínos některých

[22] Např. v USA, které mají k tomuto modelu nejblíže a praktikují jej řadu desetiletí. Porovnání rozsáhlých studií v populaci 15 – 16 letých v USA (MTF) a v Evropě (ESPAD) ukázalo, že užití nelegálních drog v této skupině je v USA častější než v Evropě.
[23] Viz též Kudrle, kapitola 1/9, a Miovský, příslušné kapitoly o halucinogenních a kanabisových drogách v části 3.

drog k rozvoji osobnosti (zejména ve smyslu duchovního růstu). Jedná se o halucinogenní drogy v širším smyslu, včetně marihuany. Významnými autory tohoto směru byli Aldous Huxley, Carlos Castaneda a částečně i Timothy Leary. Zastánci tohoto přístupu odsuzují běžný konsum těchto drog bez duchovního cíle a osobního vedení, a jsou zapřísáhlými nepřáteli užívání heroinu, kokainu a jiných masově konsumovaných tvrdých drog, které jsou pro rozvoj osobnosti zcela nepřínosné. Příznivci tohoto přístupu nepožadují legalizaci, i když jsou z toho často obviňováni, a v situaci zákazů spíše vyhledávají málo rozšířené přírodní drogy (peyotl, psilocybin), které nejsou na seznamu zakázaných omamných a psychotropních látek. Kulturně-antropologický přístup však dokáže i důrazně upozorňovat na ty rozměry drogového fenoménu, které často unikají pozornosti, jako je touha po transcendentálním zážitku a její potlačování v rodině a ve společnosti tohoto věku[24].

Strategie pro 21. století

Mimořádné zasedání Valného shromáždění OSN se v červnu 1998 zabývalo celosvětovou drogovou problematikou a protidrogovými strategiemi pro 21. století. Nepřineslo žádný zásadní převrat: neslo se ve znamení „boje proti drogám" a „společnosti bez drog" s důrazem na následující priority:

– potlačování nezákonného trhu se stimulujícími látkami amfetaminového typu
– zvýšení kontroly prekursorů a pomocných látek
– posílení mezinárodní spolupráce v oblasti postihování podloudného obchodu, vyšetřování a soudnictví
– zvýšený boj proti praní špinavých peněz
– vymýcení pěstování koky a opia

Zasedání se konalo k 10. výročí podepsání Jednotné úmluvy o omamných a psychotropních látkách. Do programu se však nedostalo *vyhodnocení efektivity* boje proti drogám v rámci této úmluvy, ač požadavek na zařazení tohoto bodu podpořila řada významných osobností včetně několika nositelů Nobelovy ceny. VS OSN však přijalo důležitou *Deklaraci o základních principech snižování poptávky po ilegálních drogách*, v níž upozorňuje signatářské státy Úmluvy na potřebu dodržovat také závazky na straně prevence, léčení a rehabilitace. Některé formulace tohoto dokumentu představují opatrné uznání přístupu harm reduction. Deklarace také konstatuje, že „u zadržených pro zneužívání drog by měla být integrace do společnosti pomocí vzdělávacích, léčebných a rehabilitačních služeb buď alternativním nebo doprovodným řešením trestu" (OSN, 1998).

Jednoznačnější vzhledem k harm reduction a celkově pružnější je drogová politika Evropské unie, kde se drogová problematika od počátku devadesátých let dostala do popředí politických agend jak jednotlivých členských zemí, tak Evropské unie jako celku.

Za nejlepší strategii směřující k řešení budoucích problémů v oblasti zneužívání ilegálních drog EU neustále považuje *komplexní a vyvážený přístup* – tedy přístup vycházející ze široké celospolečenské, meziresortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce, postavený na rovnováze snižování nabídky (zákonné represe) a snižování poptávky po ilegálních drogách (prevence, léčby včetně harm reduction a resocializace). V „integrovaném a vyváženém" přístupu EU k boji proti zneužívání drog se omezení poptávky a nabídky jeví jako vzájemně se povzbuzující prvky. Akční program EU na období 2000 – 2004 dále rozvádí evropský pohled na vyvážený přístup a definuje čtyři „pilíře" evropské strategie: 1) represi, 2) prevenci – ve smyslu primární prevence, 3) léčbu a resocializaci, 4) harm reduction (viz *Obr. 3*). Uvádí, že pouze takovým přístupem je možné pokrýt oblasti prevence zneužívání drog, počínaje odrazením od experimentování s drogami až po omezování negativních zdravotních a sociálních důsledků zneužívání drog.

Akční program EU dále konstatuje, že rizika zdravotního poškození nejsou omezena pouze na zakázané drogy. Větší pozornost by proto měla být věnována jevu *kouření* tabákových výrobků a *požívání alkoholických nápojů* v raném věku, stejně jako prvním experimentům se zakázanými drogami. Preventivní strategie uplatňované na užívání tabáku a alkoholu by měly mít pozitivní dopad i v oblasti zneužívání ilegálních drog.

Akční plán EU boje proti drogám 2000 – 2004 přikládá nejvyšší prioritu aktivitám v oblasti prevence, zdraví, vzdělávání, výzkumu a boje proti sociálnímu osamocení. Před EU byly postaveny základní cíle, jejichž plnění by mělo být vyhodnoceno prostřednictvím daných a srovnatelných metod výzkumu, sběru a vyhodnocování dat. Je zdůrazněna potřeba průběžného vyhodnocování získaných zkušeností a identifikace osvědčených postupů.

Drogy jako globální problém s námi přešly práh 21. století. Je zjevné, že tento fenomén nezmizí zavíráním očí, zbožným přáním ani politickou vůlí. Je třeba se s ním naučit žít, sledovat jej a dělat, co je možné a efektivní. Spíše pragmatický a nedoktrinářský přístup EU, založený více na odborných přístupech než na politických

[24] Viz též Kudrle, kapitoly 1/9, 2/1 a 2/10.

postojích (a zahrnující i vyhodnocení a ověření, které politiky skutečně fungují), je rámcem, v němž se v budoucnu bude pohybovat i Česká republika.

Summary Introduction to Drug Policy: Essential Principles, Terms, Strategies and Problems

The chapter introduces the drugs and drug-related problems as one of the "global problems" besides migration, pollution and infectious diseases. The supply side and the demand side of the drug problem are defined together with the respective strategies of repression or prevention. The UN term of a "balanced approach" to repression and prevention is analysed, as almost each country including the CR tries to find its own balance within this main stream. Further, four models of drug policy are explained: 1) prohibition/repression ("society without drugs"), 2) harm minimalisation, 3) public health approach, 4) the model of cultural integration and normalisation. Attention is also paid to legalisation and selective decriminalisation, the later including e.g. the medical use of cannabis product and LSD. The last part of the chapter presents an overview of conclusions of UN Assembly General in 1998 on drug policy, and of the EU drug strategy.

Key words: balanced approach – harm reduction – demand reduction – drug policy – prevention – repression – supply reduction

Obr. 1 *: Opatření na straně nabídky a straně poptávky*

Strana nabídky		**Strana poptávky**
administrativní a kontrolní opatření	DROGY	**Primární prevence**
zákonná represe (policie, celníci, justice, vězeňství)		Sekundární prevence (poradenství a léčení)
Vymýcení produkce a rekonstrukce pěstitelských oblastí		Sociální rehabitace Harm Reduction

Obr. 2 *: Trojstranný model strategií*

Obr. 3*: Čtyři základní strategie drogové politiky (dle EU)*

Represe a kontrola	Primární prevence	Léčba a sociální rehabilitace
	DROGY	
	Harm Reduction	

Literatura

■ Cohen P.: Drug Policy Profiles. Amsterdam University Press, Amsterdam, 1997

■ European Commission: Action Plan of European Union – Fight Against Drugs 2000 – 2004. EU – DG Enlargement, Brussels, 1999.

■ Kalina D.: Drogy jako politický problém. Diplomová práce. FSV UK, Praha, 1999

■ Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. Edice Filia, svazek 2. FILIA, Praha, 1996 (2. vyd. Institut Filia, Praha, 1999)

■ Kalina K.: Drogová politika ve světě. In: Bém P., Kalina K. (eds.): Studijní skripta distančního vzdělávání protidrogových koordinátorů. Úřad vlády ČR, Praha, 1998

■ Kalina K.: Přístupy k drogám ve světě a v ČR. In: Sotolář A. a kol.: Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Příručky Ministerstva spravedlnosti ČR, svazek 64. Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců, Praha, 2001

■ Labrouse A.: Drogy, peníze a zbraně. Themis, Praha, 1998

■ MPK: Koncepce a program protidrogové politiky vlády ČR na období 1993 – 1996. Úřad vlády ČR, Praha, 1993

■ MPK: Koncepce a program protidrogové politiky vlády ČR na období 1998 – 2000. Úřad vlády ČR, Praha, 1998

■ MPK: Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 – 2004. Úřad vlády ČR, Praha, 2000

■ Nožina M.: Svět drog v Čechách. KLP – Koniasch Latin Press & Livingstone, Praha & Orlík nad Vltavou, 1997

■ Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Edice Filia, svazek 5. Institut Filia, Praha, 2000

■ OSN: Svět proti drogám. Dokumenty mimořádného zasedání VS OSN. Informační středisko OSN, Praha, 1998

■ Zábranský T., Langer I., Gronský L., Mravčík V.: Racionální protidrogová politika. Votobia, Olomouc, 1997

■ Zábranský T., Mravčík V., Gajdošíková H., Miovský M.: PAD: projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR. Souhrnná závěrečná zpráva. ResAd a Scan, Praha / Tišnov, 2001

MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., MSc.

Narodil se r. 1945 v Praze. Vystudoval medicínu a psychologii na Universitě Karlově v Praze, absolvoval řadu postgraduálních specializací, výcviků (v psychoterapii – SUR a individuální psychoanalyticky orientovaná psychoterapie, v rodinné terapii, v supervizi – certifikát EAS) a zahraničních studijních pobytů. V letech 1970 – 1990 se jako psychiatr a psychoterapeut zabýval především léčbou psychóz a poruch osobnosti a zaváděl v této oblasti nové metody i formy péče (denní stacionář, terapeutická komunita). V období 1990 – 1997 zastával různé veřejné funkce (poslanec FS, náměstek ministra zdravotnictví, výkonný místopředseda vládní protidrogové komise), v mezidobí působil na Londýnské universitě. Patřil ke spolutvůrcům zdravotnické reformy a protidrogové politiky ČR. Počátkem roku 1998 se vrátil k odborné práci a od té doby působí v o. s. SANANIM (léčba a resocializace drogově závislých), nyní jako ředitel pro zdravotní péči a vzdělávání. Je činný rovněž jako pedagog (IPVZ, FHS UK), supervizor, vedoucí psychoterapeutického výcviku v SUR, vědecký pracovník a konsultant v domácích i mezinárodních programech (OECD, WHO, Rada Evropy, EU-PHARE). Publikoval asi 120 odborných článků a statí doma i v zahraničí, vydal několik samostatných odborných publikací a účastnil se jako spoluautor řady dalších. Za publikaci „Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí" získal v r. 2001 Skálovu cenu.

Kontakt: SANANIM, Janovského 26, 170 00 Praha 7.
E-mail: kalina@sananim.cz

1/2 Přehled drogové situace v České republice v roce 2001.

Josef Radimecký a spolupracovníci

Klíčová slova: PAD – protidrogová politika ČR – primární prevence – služby – statistika 2001 – trestná činnost

Úvod

Užívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života nejenom uživatelů drog a jejich blízkých, ale v důsledku negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadů, které s užíváním drog souvisejí, ohrožuje i zdravý vývoj celé společnosti. Užívání drog představuje závažné riziko: změny základních životních hodnot, oslabování vůle, narušování mezilidských vztahů a rozklad rodin, ohrožení pořádku ve městech, veřejného zdraví a bezpečnosti, nárůst společenských nákladů obecně.

Pro realizaci racionální a pragmatické protidrogové politiky je nesmírně důležitý společenský konsensus a vědecký přístup stejně jako odpovídající znalost rozsahu užívání drog ve společnosti a dalších souvislostí. Důkladné zmapování a popis situace a praktická aplikace nejnovějších vědeckých poznatků do praxe dává protidrogové politice odborný základ.

Rok 2001 byl z pohledu realizace české protidrogové politiky významným předělem. Poprvé od roku 1993, kdy vznikla Meziresortní protidrogová komise jako poradní orgán vlády ČR, se podařilo vědecky zmapovat, popsat a analyzovat situaci v užívání nezákonných drog i realizovaná protidrogová opatření v celé šíři. Mezníkem, který do budoucna ovlivní rozsah a postupy při monitorování a hodnocení protidrogových opatření i v dalších evropských zemích, je *„Analýza dopadů nové drogové legislativy"* (PAD), jež probíhala v letech 1999 až 2001.

Pro objektivní a komplexní zhodnocení dopadů, jež způsobilo zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu, bylo třeba popsat situaci v dílčích oblastech a porovnat jejich vývoj mezi lety 1998 a 2000 (rok před a rok po zavedení novelizace tzv. „drogové legislativy"). Tak bylo poprvé v ČR sledováno pět klíčových indikátorů[1]:

1) průzkumy užívání nelegálních drog v obecné populaci
2) odhady prevalence (počtu) problémových uživatelů drog
3) zájem o léčbu v souvislosti s užíváním drog (treatment demand)
4) úmrtí v souvislosti s užíváním drog a mortalita uživatelů drog
5) infekční nemoci se vztahem k užívání drog

Sledování těchto indikátorů vyžaduje po členských i kandidátských zemích EU Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti – EMCDDA. V ČR se navíc podařilo vyčíslit i *společenské náklady* na zneužívání nelegálních drog. Jde o indikátor, který v dalších letech hodlá EMCDDA sledovat v členských evropských zemích za využití metodologie použité v PAD. Tento krok je dalším oceněním české protidrogové politiky na mezinárodním poli.

Trendy a rozsah užívání drog v ČR v roce 2001

Obecné trendy

Rok 2001 – podobně jako dva předešlé roky – charakterizuje především:

– Další vzestup experimentální a rekreační konzumace konopných látek mezi mládeží a mladými dospělými, *analogický vývoji v EU.*

– Vzestup v pravidelném užívání konopných látek v populaci (a to především mezi mládeží a mladými dospělými, kteří ve stále vzrůstající míře považují konopné psychotropní látky za jakousi „generační obdobu alkoholu"), *analogický vývoji v EU.*

– Další šíření heroinu mimo primárně zasažené oblasti (Praha, Severní Čechy) do větších měst napříč republikou a také do „venkovských oblastí", *jež je v zásadě v protikladu k vývoji v EU*; „heroinová situace" je nicméně v ČR oproti EU ještě stále výrazně příznivější, jedná se tedy spíše o *„přibližování" k okolní situaci.*

– Zmenšování relativně uzavřené pervitinové scény, skládající se z malých skupinek, seskupených kolem „vařiče".

– Nahrazování této nespojité pervitinové scény klasickou sítí organizovaného (především ruskojazyčného) zločinu, který ve vzrůstající míře získává kontrolu nad výrobní a prodejní částí tržní pyramidy a úspěšně hledá pro tuto drogu trhy v zahraničí; to představuje – stejně jako celý český fenomén pervitinu – *unikátní vývoj*, paradoxně „podporovaný" narůstajícím policejním tlakem na samozásobitelské skupiny, jejichž uprázdněné místo zabírají dealeři vysoce organizovaných skupin; místo

[1] Definice klíčových indikátorů viz Zábranský, kapitola I/4, Drogová epidemiologie.

řady vzájemně nepropojených „minitrhů" tedy v ČR stále rychleji vzniká velký, organizovaný pervitinový trh, který strukturou i zákonitostmi plně přebírá mechanismy trhu heroinového a ve vzrůstající míře se s ním propojuje.
– Narůstající komercionalizace a „standardizace" původně subkulturní taneční scény, od počátku spjaté s rekreačním užíváním tzv. „tanečních drog" (extáze, halucinogeny); nárůst popularity a komercionalizace[2] tohoto způsobu trávení volného času mladými lidmi představuje *celosvětový fenomén.*

Lidé
– V České republice alespoň jednou vyzkoušelo nelegální drogu cca 1 150 000 osob, tj. 16 % obyvatel ve věku 15 – 64 let.
– Alespoň jednou za rok nelegální drogu užije asi 570 000 osob; v obou případech se jedná především o marihuanu a hašiš.
– Do kategorie problémových uživatelů drog – tedy těch, kteří zatěžují společnost náklady – spadá v ČR cca 15 000 osob užívajících dlouhodobě a/nebo injekčně heroin a asi 22 500 osob užívajících stejným způsobem pervitin (tj. cca 37 500 osob)[3].
– V roce 2001 se v souvislosti s nelegálními drogami léčilo cca 12 000 osob, z toho cca 8 000 problémových uživatelů (léčilo se tedy cca 21 % problémových uživatelů).
– Služeb nízkoprahových center využívalo 17 000, tj. cca 40 % problémových uživatelů drog.
– Poprvé léčbu vyhledalo 4 233 osob; jejich průměrný věk byl 21,6 roku.
– Policie ČR obdržela 804 oznámení o přestupku držení drog v malém množství a ve správním řízení jich projednala 401.
– Policie ČR stíhala za „drogové trestné činy" 1 952 pachatelů, z toho 139 dětí a 221 mladistvých; pro prosté držení drogy pro vlastní potřebu bylo stíháno 166 osob.
– Státní zastupitelství vznesla obžalobu proti 2 160 pachatelům drogové trestné činnosti; za prosté držení drogy pro vlastní potřebu pak proti 215 z nich.
– Soudy v roce 2001 za drogové trestné činy pravomocně odsoudily 1 094 pachatelů.
– Ve věznicích ČR si k 31.12. 2001 trest pro drogové trestné činy odpykávalo 652 pachatelů.
– Na předávkování nelegálními drogami a zneužívanými těkavými látkami zemřelo v roce 2001 v ČR 84 osob; dalších 83 osob zemřelo na předávkování léky, často v kombinaci s alkoholem.

Náklady
– V České republice se každoročně spotřebují nelegální drogy v hodnotě 15 000 000 000 (15 miliard) Kč, měřeno podle jejich ceny na černém trhu; skutečných peněz je ale vynaloženo podstatně méně – značné množství drog spotřebovávají sami výrobci (to platí zejména pro konopné drogy a v menší míře pro pervitin); z celkového objemu tuzemské roční konzumace drog orgány Policie ČR a Generálního ředitelství cel zabavily 0,41 %.
– Společenské náklady v souvislosti s užíváním nelegálních drog (náklady na prevenci, léčbu, represi a hodnota ušlé produktivity) činí nejméně 2,8 miliardy Kč ročně; zhruba 80 % přímých nákladů je v souvislosti s drogami vynaloženo na represivní opatření, tj. na práci policie, soudů a vězeňství.
– Podle odhadů je v ČR především majetkovými trestnými činy, páchanými v souvislosti s drogami, způsobena jednotlivcům a institucím každoročně škoda ve výši zhruba 1,9 miliardy Kč.
– Ze státního rozpočtu bylo v roce 2001 vynaloženo na specifickou primární prevenci, léčbu a opatření harm reduction téměř 245 miliónů Kč.
– Na nespecifickou primární prevenci (volnočasové aktivity, tj. sportovní a zájmovou činnost) bylo ze státního rozpočtu vynaloženo téměř 792 milionů Kč[4].

Organizační prostředí
Protidrogová politika České republiky je uskutečňována na základě Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 – 2004, kterou schválila 23. října 2000 vláda svým usnesením č. 1045/00. Strategie navazuje na předešlé dva koncepční dokumenty o protidrogové politice vlády (z let 1993 – 1996 a 1998 – 2000) a dále je rozvíjí. Obsahově i časově koresponduje s Akčním plánem EU boje proti drogám 2000 – 2004.

Národní strategie deklaruje, že Česká republika usiluje o vyvážený přístup k řešení problému užívání drog z hlediska represe, prevence, léčby a resocializace drogově závislých a o komplexní, meziresortní, mezioborový a mezisektorový postup a spolupráci při řešení problémů.

Rok 2001 byl třetím rokem platnosti novelizované drogové legislativy, jež zavedla trestnost držení drog pro vlastní potřebu. V říjnu dokončil tým nezávislých výzkumníků studii „Projekt analýzy dopadů novelizace

[2] Sledovatelná v reklamních sloganech a grafických prvcích reklam na nejrůznější zboží a služby, jež masivně používají identifikační prvky taneční subkultury; jiným výrazným jevem je jasné soustředění marketingových aktivit výrobců legálních drog (cigaret a alkoholových nápojů) do tohoto prostředí.
[3] Celkem tedy cca 0,5 % ze všech obyvatel ČR ve věku 15-64 let, což odpovídá situaci v zemích EU; v USA a v Kanadě tvoří podíl problémových uživatelů drog ve společnosti v průměru 2,1 %.
[4] Stav za rok 2000, údaje za pozdější období nebyly k dispozici.

drogové legislativy" a předložil ji zadavateli – vládě ČR. Na svém zasedání 14. října 2001 vzala vláda na vědomí souhrnné výsledky analýzy, podle nichž zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu nesplnilo očekávání předkladatele (tj. nesnížila se dostupnost drog v ČR, nesnížil se počet jejich uživatelů ani se nesnížil počet nových případů užívání drog). Nepotvrdily se ale ani katastrofické předpovědi některých odpůrců zavedení trestnosti držení nezákonných drog pro vlastní potřebu. Studie ukázala, že novelizovaná drogová legislativa způsobila společnosti zbytné náklady – tedy přimělo ji vynaložit prostředky (nejméně 37 mil. Kč), jež mohla zužitkovat jinak. Na základě souhrnných výsledků studie přijala vláda usnesení č. 1177/2001, jež obsahuje následující úkoly:

1. Legislativně rozdělit drogy do 2 resp. 3 kategorií podle míry jejich zdravotní a společenské nebezpečnosti – tj. podle negativních zdravotních a společenských dopadů v důsledku jejich zneužívání.
Provede: ministr zdravotnictví ve spolupráci s ministrem spravedlnosti a ministrem a vedoucím Úřadu vlády a výkonným místopředsedou Rady vlády – Meziresortní protidrogové komise[5].
Termín: 31. 12. 2002

2. V oblasti potlačování nabídky tzv. tvrdých drog věnovat zvýšenou pozornost heroinu, zdravotně i sociálně nejvíce devastující droze, která je – podle výsledků studie PAD – na černém trhu stále dostupnější.
Provede: ministr vnitra
Termín: průběžně

3. Vytvořit na úrovni krajských a okresních ředitelství policie pracovníkům Policie ČR, specializovaným na vyhledávání a vyšetřování trestné činnosti v oblasti výroby, obchodu a distribuce nelegálních drog, odpovídající podmínky pro práci zejména tím, že nebudou zatěžováni plněním úkolů při řešení případů jiné trestné činnosti.
Provede: ministr vnitra
Termín: průběžně

4. V rámci přípravy rekodifikace trestního práva hmotného vzít v úvahu výsledky Analýzy dopadů nové drogové legislativy (PAD) a provést revizi skutkových podstat a revizi sankcí trestných činů spojených s drogovou problematikou.
Provede: ministr spravedlnosti
Termín: 31. 12. 2002

5. Přeřadit flunitrazepam z přílohy č. 6 do přílohy č. 5 z. č. 167/1998 Sb. o návykových látkách.
Provede: ministr zdravotnictví
Termín: 31. 12. 2002

6. Předložit výsledky projektu Analýza Radě vlády České republiky pro sociální a ekonomickou strategii (RASES) k dalšímu využití.
Provede: místopředseda vlády a ministr průmyslu a obchodu, předseda RASES
Termín: ihned

7. Promítnout výsledky Analýzy dopadů nové drogové legislativy (PAD) při realizaci protidrogové politiky vlády ČR.
Provedou: členové Rady vlády – Meziresortní protidrogové komise
Termín: průběžně

V souvislosti s probíhající územně-správní reformou navazoval v roce 2001 sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) užší spolupráci se zástupci krajů. To se v praxi projevilo mimo jiné tím, že kraje, které mají převzít odpovědnost a kompetence v protidrogové politice na jimi spravovaných územích, postupně ustavovaly funkci krajského protidrogového koordinátora. Významnou část práce věnoval sekretariát RVKPP zavedení systému vzájemné komunikace mezi centrální a krajskou úrovní a odbornou obcí a hledání odpovídajících mechanismů financování aktivit v protidrogové činnosti tak, aby splňovaly místní potřeby i náročná odborná kritéria.

V roce 2001 zpracovala vláda ČR návrh zákona o ochraně před škodami, působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, který měl nahradit již nevyhovující zákon č. 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Poslanecká sněmovna PČR však návrh zákona vrátila vládě k přepracování.

Dalším významným krokem v roce 2001 v oblasti drogové problematiky bylo zahájení činnosti probační a mediační služby na území celé ČR. Ta má významně zlepšit stav mj. i v oblasti odklonů a při uplatňování alternativních trestů pro uživatele nelegálních drog a zprostředkovávat léčbu nebo jiná vhodná opatření všude tam, kde je to společensky výhodnější než trest odnětí svobody.

Míra užívání drog v ČR

– Stejně jako jinde v Evropě a ve Spojených státech, i v České republice neustále narůstá obliba rekreačního užívání marihuany, zejména mezi nejmladší populací (ve věku 15 – 25 let).
– Pravidelně[6] marihuanu užívá cca 15 % populace ve středoškolském věku (15 – 19 let), alespoň jednu zkušenost s ní má v téže věkové skupině téměř polovina populace (46 %).

[5] Přejmenována v r. 2002 na Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

– Spolu s růstem obliby „taneční hudby" stoupá počet osob, užívajících MDMA (extázi) v týdenních nebo delších intervalech – i to je součástí celoevropského trendu.
– Počet problémových uživatelů drog (injekčních a/nebo dlouhodobých uživatelů opiátů, amfetaminových drog a/nebo kokainu) je stabilní – neroste – a pohybuje se kolem 37 500 osob. V posledních dvou až třech letech ale dochází k přelévání mezi jednotlivými typy drog – stoupá míra užívání heroinu „na úkor" pervitinu.
– Snižuje se počet šestnáctiletých studentů a učňů, kteří mají jednu a více zkušeností s „problémovými drogami" – tedy s pervitinem a heroinem.
– Podle celopopulačních průzkumů má v životě alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou 16 % obyvatel ČR (v EU mezi 20 – 25 %, v USA 34 %). V posledním roce u nás alespoň jednou nelegální drogu užilo 8 % populace (v zemích EU 5 – 10 %, v USA 10 %).
– Pro většinu osob charakterizovaných v předchozím odstavci platí, že jedinou nelegální drogou, s níž se setkaly, bylo konopí nebo hašiš. Taneční drogu „extáze" alespoň jednou v životě užila 4 % obyvatel ČR ve věku 15 – 64 let, jiné drogy (heroin, pervitin, kokain, LSD atd.) pak méně než 1 % populace.

Zdravotní dopady

– V roce 2001 vyhledalo léčbu v souvislosti s drogami poprvé ve svém životě 4 233 osob v průměrném věku 21,3 let. Věk uživatelů, kteří vyhledávají léčbu, se v posledních letech zvyšuje – to je možno považovat za velmi příznivý trend, protože signalizuje faktickou stagnaci rozsahu drogové scény.
– Ambulantní nebo ústavní či pobytovou léčbu využívá přibližně 8 000 problémových uživatelů drog.
– V kontaktu s institucí, poskytující léčbu či jiné služby – zejména s nízkoprahovými centry –, je asi 40 % uživatelů (cca 17 000) a tento podíl je velmi pravděpodobně rostoucí. Na tomto trendu se podílí zejména nabídka služeb přizpůsobená potřebám klientů. V tomto směru patříme mezi ty evropské země, jimž se účinně daří zachytit problémové uživatele drog a snižovat tak celospolečenské škody, jež z užívání nelegálních drog vyplývají.
– Alarmující je velmi nedostatečný podíl uživatelů opiátů (především heroinu) v substitučních programech – cca 3 %, což je několikanásobně nižší podíl než v zemích EU.
– V roce 2001 v ČR přetrvával relativně nízký výskyt HIV infekce (AIDS) ve skupině injekčních uživatelů drog i v populaci, která drogy neužívá. Dostupné sérologické přehledy ukazují, že přibližně každý třetí injekční uživatel drog je nakažen virovou hepatitidou C. Tato promořenost uživatelů (cca 30 %) je významně nižší než v zemích EU (65 – 80 %), přesto bude v budoucnu představovat významnou zátěž zdravotního systému.
– V roce 2001 zemřelo na předávkování psychotropní látkou 167 osob; z toho 83 se předávkovalo léky na předpis, velmi často v kombinaci s alkoholem. Nejvíce úmrtí v této kategorii (39) je třeba připsat léku Rohypnol®.
– Z nelegálních drog jsou za nejvíce úmrtí zodpovědné opiáty (53) a z nich zejména heroin (30). Významně se snížil počet předávkování pervitinem – z 31 v roce 2000 na loňských pět.
– Na předávkování zemřelo také 14 uživatelů těkavých látek (zejména toluenu). Jedno úmrtí cizího státního příslušníka v ČR vyvolala látka PMA, jíž zakoupil v Německu jako „extázi".
– Počet úmrtí na předávkování nelegálními drogami je v ČR ve vztahu k počtu obyvatel i k počtu problémových uživatelů drog v porovnání se státy EU a USA velmi nízký.

Institucionální vybavenost ČR v oblasti prevence a léčby návykových nemocí

V roce 2001 byly zveřejněny výsledky výzkumu prováděného v roce 2000 „Analýza institucionálního kontextu programů protidrogové politiky v ČR"[7]. Cílem výzkumu bylo popsat síť existujících programů, jimi poskytované služby, míru spolupráce a návaznosti mezi jednotlivými programy a zařízeními. Autoři výzkumu Csémy a Krch mj. uvádějí, že:
– Z 253 organizací, jež se celostátního šetření účastnily, se 62 zabývá výhradně drogovou problematikou (24,5 %), u ostatních 191 organizací jsou programy zaměřené na problematiku drog jen jednou z aktivit.
– Jako důležitou oblast své činnosti uvedlo prevenci 212 (83,8 %) organizací.
– Jako další významný předmět zájmu následovaly: léčba a péče (44,3 %), sociální programy a volnočasové aktivity (37,2 %), harm reduction (32,4 %), rehabilitace a následná péče (26,1 %), školení odborníků (18,2 %), výzkum (12,3 %), koordinace (5,1 %), legislativa (1,2 %).

Tato malá statistika jasně dokumentuje, že primární prevence užívání drog nepatří v ČR mezi zanedbané součásti protidrogové politiky. Patří však mezi nejslabší články v oblasti snižování poptávky po drogách z řady důvodů, mezi něž patří zejména:

[6] Tj. více než 20x za život.
[7] Csémy a Krch, 2001.

– Nejednotný pohled na primární prevenci užívání drog.
– Chybí základní kritéria (minimální standardy) pro zabezpečení kvality a účinnosti poskytovaných služeb, která by byla závazná pro jejich poskytovatele.
– Neefektivní komunikace mezi jednotlivými úrovněmi: tj. poskytovatelé finančních prostředků (veřejná správa na všech úrovních) – poskytovatelé služeb (organizace zabývající se primární prevencí užívání drog) – příjemci služeb primární prevence. Z toho pramení:
– Problém zapojení programů primární prevence do systému péče o osoby ohrožené drogovou závislostí na místní, regionální, případně nadregionální úrovni.

S cílem dosáhnout zlepšení současného stavu je mj. nutné i definovat úrovně primární prevence užívání drog (specifická versus nespecifická).
Služby v oblasti léčby a resocializace drogově závislých jsou zajišťovány sítí ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízení, jež tvoří:
– 65 nízkoprahových kontaktních (popř. kontaktních a poradenských) center s terénními programy; 72 % z nich zřizují nestátní neziskové organizace (NNO).
– 15 terapeutických komunit pro léčbu závislých osob; 87,5 % NNO (2 TK státní); kapacita 216 klientů.
– 26 detoxifikačních jednotek; pouze státní zařízení, z toho 1 pro děti a dorost; kapacita 190 lůžek.
– 8 doléčovacích programů s chráněným bydlením; 66 % NNO.
– 7 pracovišť metadonové substituční léčby v 6 městech; 25 % NNO; kapacita 318 klientů.
– 7 denních stacionářů pro léčbu závislých osob; 43 % NNO.
– 1 státní ambulantní zařízení krizové intervence pro nezletilé uživatele.
– 13 oddělení státních psychiatrických léčeben pro krátkodobou léčbu drogově závislých; kapacita 800 pacientů.
– 3 státní pobytová oddělení krizové intervence pro mladistvé problémové uživatele.
– 3 státní programy krizové intervence pro problémové uživatele s nařízenou ústavní/ochrannou výchovou.
– 9 AT poraden.

Postupně se zlepšovala dostupnost a kvalita substituční léčby metadonem a nově zavedeným buprenorphinem. Substituční metadonová léčba byla realizována osmi programy v sedmi městech v ČR, tento stav však naprosto neodpovídá reálným potřebám.

Významným jevem v roce 2001 byla pokračující užší profilace terapeutických komunit na určitý typ klientely, od zařízení, která se specializují na mladistvé nebo naopak na starší klienty, na klienty s duální diagnózou atd. Naprostou novinkou je specializovaný program pro závislé matky s dětmi. Proces profilace napomáhá kvalitnějšímu párování potřeb klientů s programy a službami.

Síť programů léčby a resocializace závislých v ČR odpovídá potřebám, nedostatečně zabezpečené se jeví služby pro nezletilé, programy následné péče s chráněným bydlením a chráněná práce.

V oblastech prevence, léčby a resocializace drogově závislých přetrvávají nevyřešené problémy ve financování programů (kolísající rozpočet na protidrogovou politiku, poskytování dotací z více zdrojů na centrální úrovni, dotační systém – každoroční předkládání žádostí o dotace, pozdní uvolňování dotací ze státního rozpočtu). Tyto problémy lze odstranit pouze systémovými kroky – tj. vyčlenit ve státním rozpočtu stabilní výši prostředků na programy protidrogové politiky, posílit kompetence centrálního koordinačního orgánu v oblasti přímého financování a kontroly programů, zavést systém nákupu služeb za ceny stanovené státem a možnost účinněji vymáhat plnění úkolů Národní strategie protidrogové politiky.

Prosazování práva
Rok 2001 lze v oblasti represe považovat za stabilizovaný. Policie zjistila 4 209 drogových trestných činů (TČ dle §§ 187, 187a, 188, 188a trestního zákona) a pro ty sdělila obvinění 1 952 osobám; z držení drog pro vlastní potřebu obvinila 166 osob (z 241 zjištěných trestných činů). Pokračoval tak mírně vzestupný trend z minulých let (viz *Obr. 1*). Srovnání trendů naznačuje výrazný vzestup objasněnosti trestných činů nebo nárůst spolupachatelství. Takové závěry však nelze učinit, protože Policie ČR zásadně změnila způsob vykazování trestných činů. To znemožňuje spolehlivé porovnání počtu vykazovaných trestných činů v různých letech a zkresluje přehled o skutečném vývoji drogové kriminality.

Setrvalý mírně vzestupný trend (stejně jako v minulých letech) zaznamenala i státní zastupitelství; v souvislosti s nelegálními drogami vznesla loni žalobu proti 2160 obviněným (v roce 2000 proti 2043; v roce 1999 proti 1765); totéž platí pro soudy, které odsoudily 1094 pachatelů „drogových trestných činů" (2000: 972; 1999: 891). Případné nesrovnalosti, resp. neprovázanost statistik Ministerstva spravedlnosti ČR se statistikami Policejního prezídia ČR jsou dány jak odlišnou metodologií, tak možností státního zástupce změnit v souladu s trestním řádem kvalifikace trestného činu

oproti obsahu sdělení obvinění, přičemž tato změna se nepromítne zpětně do policejních statistik. V neposlední řadě hraje roli také časový posun, kdy je např. trestní stíhání zahájeno v roce 2000 a obžaloba vznesena až v roce 2001.

V České republice se k 31.12. 2001 pro drogové trestné činy podrobovalo trestu odnětí svobody 652 pachatelů. Stále častěji mohou dobrovolně trávit výkon trestu v tzv. bezdrogových zónách, v některých případech dokonce mohou být ve věznicích i léčeni. Ve srovnání s EU však není léčba zneužívání drog ve věznicích dostupná ani v dostatečné míře, ani v dostatečné šíři léčebných postupů.

Čísla a trendy v práci represivních složek, srovnána s ostatními výše uvedenými indikátory drogové situace, nasvědčují standardní „evropské" úrovni práce českých represivních složek v oblasti potlačování nabídky.

V této souvislosti se stále jasněji ukazuje irelevantnost měření úspěšnosti represivních složek „mírou zabavení" nelegálních drog (tj. poměrem zabavených drog k odhadu všech spotřebovaných drog). Ta se nicméně stále používá a má se podle některých tvrzení pohybovat až kolem 30 %.

V roce 2001 represivní orgány zabavily necelého půl procenta (0,41 %) z odhadovaného množství všech nelegálních drog, spotřebovaných v tomto roce v ČR.

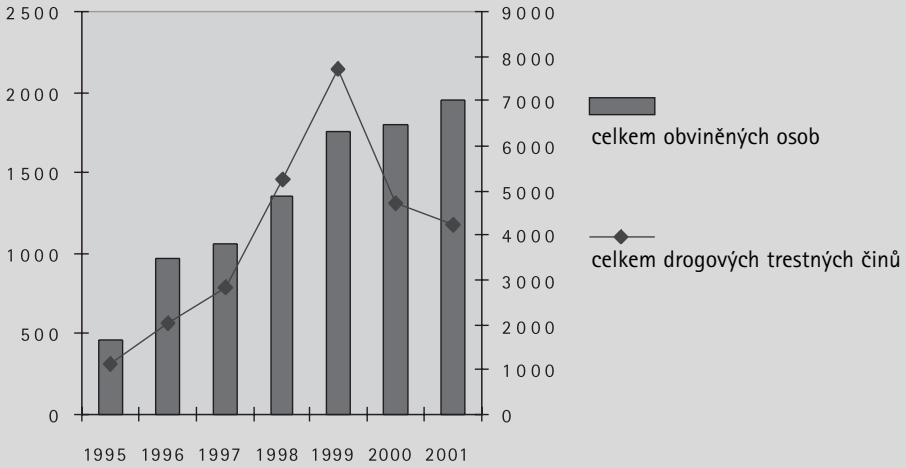
Nejvyšší míry zabavení pak dosáhly u extáze (přes 12 % – velký jednorázový záchyt při společné akci Policie a Celní správy) a u relativně nejméně rozšířeného kokainu (9 %); nejnižší míry zabavení represivní složky dosahují u konopných drog (0,05 % z odhadované spotřeby), které jsou naopak v ČR nejrozšířenější.

Summary Drug situation in the Czech republic in the year of 2001

The chapter (written by the executive director of the National Drug Commission and his team) presents an overview of the drug-related problems in the CR in 2001. The chapter summarises the main trends in using illicit drugs, most important statistic and epidemiological data, results of economical analyses (cost of using, cost of intervention both in demand – and supply reduction. An overview of drug services is also presented. The PAD research study (see also chapter 1.7) published in 2001 is mentioned with regard to its contribution to the national drug policy. Particular attention is paid to current problems in primary prevention and to the trends in drug criminality in the period of 1996 – 2001.

Key words: drug criminality – drug policy in the CR – PAD – primary prevention – services – statistics 2001.

Obr. 1*: Vývoj drogové kriminality v ČR, 1995 – 2001*



Literatura

■ EMCDDA – Annual Report. Lisabon, 2001

■ Epidemiologie drog a uživatelů drog v ČR. Hygienická stanice hl. m. Prahy – centrální pracoviště drogové epidemiologie, Praha, 2001.

■ Csémy L., Krch F. D.: Analýza institucionálního kontextu programů protidrogové politiky v ČR. In: Kenis P., Maas F., Sobiech R., 2001: Institutional Responses to Drug Demand in Central Europe (An Analysis of Institutional Development in the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovenia), European Centre for Social Research, Vienna, 2001

■ Radimecký J.: Česká protidrogová politika – pro a proti. Adiktologie (Scan Tišnov), roč.1, č. 2, str. 28 – 36, 2001

■ Výroční zpráva o stavu a vývoji ve věcech drog v České republice za rok 2001. Rada vlády ČR – Meziresortní protidrogová komise, Úřad vlády ČR, Praha, 2001

■ Zábranský T. a kol.: Analýza dopadů novelizace drogové legislativy (PAD) – Souhrnná závěrečná zpráva, ResAd/Scan, Praha/Tišnov, 2001.

Mgr. Josef Radimecký

Absolvent speciální pedagogiky na PaedF UK Praha, v současné době postgraduálně studuje MSc. kurs „Drug Use: Evidence Based Policy and Intervention" na Imperial College of Science, Technology and Medicine v Londýně. Absolvoval International European Drug Abuse Treatment Training Project, a psychoterapeutický výcvik ve Skálově institutu. Pracovní působení: V roce 1993 založil a do r. 1998 vedl terapeutickou komunitu pro léčbu a resocializace drogově závislých mladých lidí White Light I., která zpočátku pracovala se švýcarskými, od roku 1997 s českými klienty. Od prosince 1998 ředitel sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dříve Meziresortní protidrogová komise). Přednášková činnost a publikace v českém odborném tisku.

Kontakt: Úřad vlády ČR, sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Nábřeží Edwarda Beneše 4, , 118 01 Praha 1-Malá Strana,
E-mail: radimecky.josef@vlada.cz

1/3 Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice

Pavel Bém, Kamil Kalina, Josef Radimecký

Klíčová slova: protidrogová politika – MPK – Koncepce 1993 – Koncepce 1998 – Národní strategie 2001-2004 – vyvážený přístup

1. Vývoj drogové scény

1.1. Drogy jako doprovod změn ve střední a východní Evropě

Šíření a zneužívání nezákonných drog se objevilo po r. 1990 ve všech zemích střední a východní Evropy v předtím nebývalé míře a závažnosti. Doprovází takřka zákonitě ekonomické, politické a sociální změny po pádu komunistických režimů. Každá země se však s tímto novým fenoménem vyrovnává jinak a po svém. Drogová problematika a její řešení v jednotlivých zemích představuje do jisté míry „boční zrcátko" transformačních procesů, mnohdy ilustruje kontrast „západních" aspirací a „východních" obtíží a nezdarů ve zvládání situace, a jindy naopak dokládá schopnost vlád i občanů nacházet na ni účinnou odpověď.

Prudký nárůst problémů s nezákonnými drogami, charakteristický pro střední a východní Evropu v první polovině devadesátých let, je (s menší nadsázkou než výstižností) označován jako *odložená epidemie*. Země „na západ od železné opony" prožívaly příval drog od 60. – 70. let, naučily se rozumět jejím bezpečnostním, zdravotním a sociálním rizikům a aspoň částečně je kontrolovat. V komunistických režimech však tento více méně standardní vývoj proběhnout nemohl. Uzavřenost a vysoká vnější sociální kontrola, typická pro totalitární státy, zabraňovala sice výraznějšímu šíření drog, zároveň však také znemožňovala vytvoření účinných obranných mechanismů. Problém drog byl většinou spojován s upadajícím Západem a jeho ideologickou diverzí, jeho skutečný rozsah byl zatajován a informace nebyly přístupné ani veřejnosti, ani odborným zájemcům.

Po pádu komunismu odborníci jednohlasně předpovídali, že se *odložená epidemie* v krátké době dostaví jako určitá daň za celkovou liberalizaci společnosti: svobodu cestování, podnikání a chování bez vlivu státu na každodenní život občanů. Již v prvním období transformace bylo navíc zřejmé, že se v zemích střední a východní Evropy uplatňují faktory větší zranitelnosti vůči šíření drog. Mezi ně je možné zařadit například měnící se hodnoty a životní styl, oslabení vnějšího pořádku a sociálních jistot, zrychlenou sociální stratifikaci, nedostatečně vyvinutou infrastrukturu občanského života a nedostatečné porozumění a komunikaci o dříve tabuizovaném problému. Významné místo mezi těmito faktory zranitelnosti měla pochopitelně i absence vhodné legislativy, slabá nebo zkorumpovaná státní správa včetně represivních složek a v neposlední řadě nekontrolované finanční toky v procesu privatizace, rizikové pro praní špinavých peněz. Ne ve všech zemích se tyto faktory uplatnily stejnou měrou, jejich výčet však bylo možné přinejmenším číst jako seznam úkolů, na které nelze zapomenout.

1.2. Drogová scéna v ČR

1) *Před r. 1990*: Takřka výhradním zdrojem drog byla domácí produkce – pěstování marihuany, výroba hydrocodonu (opiát, známý pod názvem *„braun"*) a pervitinu (stimulující droga, chemicky *metamfetamin*). Drogová scéna měla archaické rysy, především neexistoval trh v pravém slova smyslu s vyhraněnou stranou nabídky a stranou poptávky. Nevelký počet uživatelů byl sdružen do tradičních malých, uzavřených a vzájemně nepropojených skupin, v nichž probíhala produkce, distribuce i spotřeba. Šíření drog mělo malý záběr a rozsah, postupovalo v okruhu „známých" s příslušnou skupinou, přičemž kritériem výběru byla spolehlivost, případně schopnost poskytovat skupině nějaké služby (např. propůjčovat byt). Tento typ drogové scény se v současnosti udržuje ve venkovských okresech a uzavřené skupinky lze najít i v Praze a jiných velkých městech, kde je však další vývoj zatlačil do pozadí dalším vývojem.

2) *1990 – 1994*: V souvislosti s celkovým uvolněním poměrů a snížením vnější sociální kontroly se situace rychle mění. Domácí produkce stále dominuje, ale je stále více zpestřována dovezenými drogami, především heroinem. Jde především o tzv. *přepad z tranzitu*. ČR se v té době stává významnou tranzitní zemí a část provážených drog se dostává k domácím uživatelům jako odměna za služby nebo jako testování trhu. Dosud uzavřené a izolované skupinky se vzájemně více propojují, vzniká typický trh se stranou nabídky a poptávky, výroba či dovoz drogy už představuje samostatnou pozici či „povolání", ostatní za drogu platí penězi či sexem. Drogy se poměrně rychle šíří, vytváří se rozsáhlejší populace experimentátorů a rekreačních

uživatelů. Drogová scéna má *spojitý*, ale *uzavřený*, případně *polootevřený* charakter, dosud výrazně neproniká na veřejná prostranství. Také kriminalita v souvislosti s drogami není příliš nápadná, protože celkové množství spotřebované drogy lze ještě do jisté míry uhradit bez rozsáhlé majetkové trestné činnosti. Tento charakter má dnes drogová scéna ve městech střední velikosti, i když ji trendy po r. 1994 modifikují.

3) *1994 – 2000*: ČR se stává cílovou (spotřebitelskou) zemí z hlediska mezinárodního nezákonného trhu. Rok 1994 je pokládán za zlomový, protože v předstihu před dosažením konvertibility české měny dochází k masivní invazi kvalitního a levného heroinu z dovozu na domácí trh. Počet uživatelů heroinu rychle roste a i když si pervitin udržuje své postavení, domácí produkce obecně ztrácí svůj význam. Ve velkoměstech a městských aglomeracích vzniká *otevřená drogová scéna* se značným finančním obratem, hierarchií distributorů, konkurenčním bojem a pochopitelně s výraznou drogovou kriminalitou. Drogy se stávají všeobecně dostupné, věková hranice prvních uživatelů se snižuje.

4) *Současnost*: Užívání drog s akceptovatelným a neakceptovatelným sociálním rizikem[1] začíná vykazovat odlišný trend. Výrazně a trvale roste užívání marihuany, extáze a jiných tzv. „tanečních drog" či „drog technoscény", zatímco křivka nárůstu heroinu a pervitinu již tak strmě nestoupá a zejména v Praze se spíše stabilizuje. Subkultury uživatelů se diferencují a často už prvouživatel ví, „kam patří". Mezi začínajícími uživateli heroinu i pervitinu se více než dříve objevují neinjekční formy aplikace (šňupání, kouření, inhalace z aluminiové folie), uživatelé však obvykle z úsporných důvodů přecházejí na injekční způsob aplikace. Navzdory převládající injekční aplikaci heroinu a pervitinu se mezi jeho uživateli nešíří HIV/AIDS, zjišťují se však stále více infekční hepatitidy. Kokain se zatím objevuje velmi výjimečně. Po úspěšných zásazích policie proti domácím laboratořím na výrobu pervitinu se rozkládají poslední zbytky tradiční „vařičské" subkultury a trhu s pervitinem se ujímají nezákonné mezinárodní organizace. Souběžně s tím dochází k šíření distribučních sítí a vzorců užívání prakticky po celém území státu. Musíme dnes konstatovat, že žádný okres není bezpečný a šíření drog ještě nedosáhlo svého maxima.

2. Protidrogová politika ČR v 90. letech

2.1. Počátky: vytvoření MPK a první vládní koncepce na období 1993 – 1996

Drogová politika (v české oficiální terminologii „protidrogová politika" – tohoto termínu se nadále budeme přidržovat)[2] zaměřená na řešení problémů spojených s šířením a užíváním ilegálních omamných a psychotropních látek, nemá v novodobých dějinách naší země dlouhou tradici. V bývalém Československu vznikla v r. 1991 Federální komise pro narkotika jako poradní orgán federální vlády, její efektivní působení však bylo značně omezeno kompetenčními komplikacemi, předznamenávajícími rozpad federace. Komise navázala některé mezinárodní styky, iniciovala zapojení některých domácích odborníků a připravovala pro federální vládu koncepční a programový dokument, který však nebyl projednán. Po volbách v r. 1992 federální komise již ve své činnosti nepokračovala.

Je zde nutné zdůraznit, že na počátku 90. let řada domácích i zahraničních odborníků předvídala rychlé rozšíření nelegálních drog a prudký nárůst jejich spotřeby v souvislosti se snížením společenské kontroly, celkovou liberalizací společnosti, otevřením hranic a hrozící nezaměstnaností. Období 1990 – 1992 však bylo na přípravu řešení „drogové epidemie" využito jen velmi málo. Časová výhoda, umožňující přípravu v předstihu, se začala ztrácet. Přední odborníci, spojení s prvními nestátními organizacemi, tehdy adresovali české vládě memorandum, ve kterém ji upozornili na hrozící rizika, vyzvali k aktivnímu postupu a vyjádřili svou připravenost ke spolupráci. Toto tzv. Vánoční memorandum z prosince 1992 se setkalo s příznivou a bezprostřední odezvou.

Krátce po vzniku samostatného českého státu v r. 1993 se vláda ČR přihlásila k závazkům vyplývajícím z Úmluv OSN a začala se problémem užívání drog systematicky zabývat a jako svůj poradní orgán ustanovila Meziresortní protidrogovou komisi (MPK). Během velmi krátké doby byl zpracován a přijat první vládní dokument: „Koncepce a program protidrogové politiky na období 1993 – 1996. Konstatoval, že zneužívání drog a nezákonný obchod s drogami představují nebezpečí pro rozvoj svobodné a demokratické ČR. Je úkolem vlády chránit občany před destruktivním vlivem drog a podpořit jejich schopnost rozhodnout se pro život bez drog.

V dokumentu se vláda přihlásila k vyváženému přístupu ve smyslu Globálního akčního plánu OSN z r. 1991 a odmítla rovněž liberalizaci a legalizaci drog, byť pouze částečnou, s tím, že „ČR dosud zdaleka nevyužila všechny možnosti vyváženého přístupu a jakékoliv podcenění prevence i represe je neospravedlnitelné."

[1] Oficiální – a následováníhodná – holandská terminologie pro „měkké" a „tvrdé" drogy.
[2] V angličtině nadále užíváme termín „drug policy", „drug strategy" etc., doslovný překlad „anti-drug" neodpovídá zavedené mezinárodní terminologii.

Přesto dokument v některých pasážích byl z dnešního pohledu značně liberální: vyjadřoval se například ve prospěch svobodné volby pro život bez drog a jasně záporně se stavěl k postihu konzumenta drog. Dával přednost ponechat dosavadní legislativní úpravu, která nekriminalizovala konzumenta z důvodu pouhého držení drogy. Důraz však byl položen na stanovení limitu držené drogy a stanovení její nebezpečnosti, a to nejen na základě populárních kategorií „drog měkkých a tvrdých". Ústřední motiv dokumentu lze vyjádřit heslem *„Je lepší užívání drog předcházet než léčit závislé, je lepší předcházet a léčit než trestat, represe však musí účinně nastoupit všude tam, kde prevence selhává."*

Dokument obsahoval zmapování situace v oblasti drog na základě dostupných (tehdy velmi skrovných) informací. Dále v ní byly definovány zásady protidrogové politiky a určeny hlavní priority na uvedené tříleté období:

1) v oblasti represe – potírání drogové kriminality se zaměřením na „nejvyšší etáže organizovaného zločinu",

2) v oblasti administrativní kontroly – vytvoření Inspektorátu OPL při MZ (vznikl v r. 1994 k naplnění příslušných ustanovení mezinárodní legislativy),

3) v oblasti prevence – důraz na primární prevenci, která v té době takřka neexistovala; dokument ovšem věnoval pozornost i poradenství, léčbě a resocializaci, uváděl příklady nových typů zařízení – např. nízkoprahová kontaktní centra, denní stacionáře a terapeutické komunity), která dosud prakticky nebyla známa[3] a vyjadřoval podporu jejich rozvoji,

4) v oblasti informací – pod heslem „informace pro akci" vytvoření drogové epidemiologie, která v té době neexistovala.[4]

Dokument stanovil základní mechanismy pro spolupráci v rámci protidrogové politiky na centrální úrovni, ale zároveň byl navržen i postup k naplnění aktivit na úrovni regionální (okresní). Okresní protidrogové komise a okresní protidrogoví koordinátoři, které Koncepce 1993 zavedla, se v praxi osvědčily a staly se významným pilířem dalšího rozvoje. Dalším důležitým prvkem bylo zdůraznění úlohy nestátních neziskových organizací jako poskytovatelů služeb i partnerů vlády ve vytváření a realizaci protidrogové politiky.

2.2. Druhá vládní koncepce a program na období 1998 – 2000

Druhý vládní dokument „Koncepce a program protidrogové politiky na období 1998 – 2000" již mohl provést inventuru úspěchů za předchozí období, jednak v oblasti represe, kde nová legislativní a organizační opatření zvýšila efektivitu boje proti organizované drogové kriminalitě, jednak – a to zejména – v oblasti primární, sekundární a terciární prevence, kdy zavedený systém státních dotací stimuloval rozsáhlý rozvoj nových programů a služeb.[5] Koncepce 1998 již mohla rovněž vycházet z údajů systému drogové epidemiologie.

Koncepce 1998 se hlásí k vyváženému přístupu, navrhuje komplex opatření k omezení nabídky i poptávky a stanoví v tomto směru konkrétní úkoly. Důraz je kladen na následující témata:

1) v oblasti represe – vytváření legislativních nástrojů, potlačování organizovaného obchodu s drogami, ale rovněž již potlačování pouliční dostupnosti drog,

2) v oblasti administrativní kontroly – důsledná kontrola zacházení s OPL včetně prekursorů,

3) v oblasti primární prevence – vytvoření a podpora účinných preventivních programů zaměřených na celou populaci i na rizikové skupiny (např. zavedení Minimálního preventivního programu do škol[6]),

4) v oblasti sekundární a terciární prevence – dostupnost včasné intervence a léčebné péče, programy Harm Reduction, detoxifikační jednotky a doléčovací zařízení; poprvé se mezi prioritami objevují alternativy k potrestání a programy ve vězeních.

Zatímco Koncepce 1993 rozvoj předpokládala, Koncepce 1998 věnuje pozornost nástrojům a mechanismům pro jeho podporu a usměrnění: vzdělávání, financování, stanovení tzv. minimální sítě služeb a zařízení, hodnocení kvality a účinnosti služeb (např. zavedení standardů a akreditačního procesu). V tom je výrazně pokročilá a schopná tvarovat další vývoj. Ze zásad protidrogové politiky, uvedených v Koncepci 1998, jsou v tomto směru důležité zejména následující:

– pragmatický a realistický přístup: protidrogová politika nesmí být ideologií, musí vycházet z reálných údajů a klást si splnitelné cíle (konstatuje se, že absolutní cíl „společnost bez drog" patří mezi nesplnitelné, naopak realistickým cílem je dosažení určitého stupně

[3] Z nových typů v té době existovala pouze terapeutická komunita SANANIM-Němčice a nízkoprahové a terapeutické centrum DROP-IN.

[4] Zatímco jiné země střední a východní Evropy nejprve s mezinárodní pomocí dlouho sbíraly údaje, aby mohly protidrogovou politiku vůbec zformulovat (princip „informace pro akci"), vládní činitele ČR silně znepokojila skutečnost, že „o drogách nic nevíme, ačkoliv jsou všude kolem" a rozhodli se „něco dělat, abychom se něco dozvěděli" (princip „akce pro informaci").

[5] V té době již existovala kontaktní centra prakticky v každém okrese, 8 terapeutických komunit nabízelo kapacitu 80 míst pro rezidenční léčbu, vznikl první denní stacionář, několik doléčovacích center a detoxifikačních jednotek, a MZ zahájilo experimentální program metadonové substituce.

[6] Viz Skácelová, kapitoly 10/3, 10/5, 10/9.

kontroly nad rozsahem drogové scény, a to na straně nabídky i poptávky),
– pragmatický a cílený přístup: smyslem protidrogových opatření musí být zlepšení současného stavu a zmenšení problémů, nikoliv zhoršení a nárůst – k tomu může vést zaměření na opatření, která se ukázala jako efektivní, cílenost a diferenciace přístupů,
– přístup založený na principu kvality a hodnotitelnosti,
– omezenost finančních zdrojů znamená nutnost investovat na straně represe i prevence prostředky tam, kde je garantována kvalita a zaručena hodnotitelnost účinku.

Úloha nestátních organizací a tehdy již fungující střechové A.N.O. je v Koncepci 1998 rovněž zdůrazněna jako trvalý princip.

2.3. „Protidrogová legislativa"

V druhé polovině 90. let byla přijata řada zákonů významných pro drogovou problematiku, např. zákon č. 61/1996 Sb., proti legalizaci výnosů z trestné činnosti („praní špinavých peněz"), a zákon o návykových látkách č.167/1998. Nevětší pozornost a diskuse veřejnosti i odborníků však vyvolala novelizace trestního a přestupkového zákona, která stanovila postih držení drogy pro vlastní potřebu.[7]

První vládní koncepce z r. 1993 se jednoznačně přihlásila k „vyváženému přístupu" a usilovala v něm o profil odpovídající pragmatickým evropským zkušenostem. Odmítla legalizaci drog, ale i kriminalizaci uživatelů, konstatovala nedostatek realismu u represivně-prohibičního přístupu a stanovila jako priority boj s organizovaným zločinem a rozvoj služeb pro uživatele včetně služeb typu HR. V dalších letech se však ukázalo, že některé prvky této koncepce zcela neodpovídají společensko-politické poptávce. Především dramatický vývoj drogové scény po r. 1994 vyjevil, že veřejnost je na konfrontaci s drogovým fenoménem velmi málo připravená, nedokáže jej akceptovat a volá po tvrdších opatřeních nejen vůči distributorům, ale i vůči uživatelům. Vzniknul tak politický prostor pro ideje „společnosti bez drog" a pro snahu profilovat drogovu politiku v ČR tímto směrem.

Druhá vládní koncepce, schválená v r. 1998, vznikala v době, kdy táž vláda připravovala novelizaci trestního a přestupkového zákona, umožňující stíhat držení drogy pro vlastní potřebu.[8] Je pozoruhodné, že tento zcela nový přístup vlastně není do dokumentu vládní protidrogové politiky začleněn jako jeho integrální součást – je v něm pouze reflektován jako něco, co přichází „zvenčí" a s čím je třeba se vyrovnávat.

Během diskuse o „protidrogových zákonech" se zdálo, že stanoviska zastánců a odpůrců jsou velmi vyhraněná a že v ČR jde o boj mezi represí a legalizací. To je ovšem značné zveličení. Stejně jako v jiných zemích, probíhá u nás hledání vlastní rovnováhy v rámci „vyváženého přístupu" se všemi parametry a problémy, které jsme popsali v první kapitole této publikace, a bez valného poučení z chyb, jichž se v tomto hledání dopustily vyspělé země před námi. Za pozitivní lze pokládat, že nedlouho po přijetí „protidrogových zákonů" vláda iniciovala a podpořila rozsáhlý a zcela ojedinělý výzkumný projekt, který jejich dopad sledoval a hodnotil.[9]

2.4. Meziresortní protidrogová komise (MPK)[10]

MPK vznikla, jak jsme uvedli výše, počátkem r. 1993 jako poradní, koordinační a iniciativní orgán vlády ČR pro protidrogovou politiku. Předsedou MPK je premiér, členy jsou v současné době (složení se několikrát měnilo) ministři resortů zdravotnictví, práce a sociálních věcí, školství, mládeže a tělovýchovy, vnitra, spravedlnosti a obrany, tj. ti členové vlády, do jejichž působnosti problém užívání drog ve společnosti nějak zasahuje. Hlavní náplní činnosti MPK je vytváření jednotné a komplexní strategie vládní protidrogové politiky, její koordinace a spolupráce při její praktické realizaci na centrální a místní úrovni.[11] Na tomto místě je nutné zdůraznit, že stávající systém protidrogové politiky (tj. existenci MPK, sítě protidrogových koordinátorů, zpracovávání klíčových vládních dokumentů, které definují východiska, priority, cíle a úkoly pro další období) nám nezávidí jenom země střední a východní Evropy (mezi něž jsme v procesu přibližování EU zařazeni), ale i velká část zemí na západ od našich hranic. Řada evropských zemí podobný model protidrogové politiky nemá.

3. Národní strategie na období 2001 – 2004

3.1. Kontinuita

Protidrogová politika v 90. letech, jak byla definována ve výše uvedených koncepčních a programových dokumentech (Koncepce a program protidrogové politiky vlády ČR na období 1993 – 1996 a na období 1998 – 2000)[12], jež přijaly vlády v roce 1993 a následně v roce 1998, usilovala především o to, vybudovat základní koordinační mechanismy a nastartovat programy prevence, léčby a resocializace závislostí na ilegálních drogách. Cílem další etapy bylo doplnit

[7] Viz Sotolář, kapitola 1.6, Legislativa ČR.
[8] Viz Sotolář, kapitola 1.6, Legislativa ČR.
[9] Projekt PAD – viz Zábranský, kapitola 1/7, Ekonomické aspekty užívání drog.
[10] V roce 2002 byl název změněn na „Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky" (RVKPK).
[11] Autoři této kapitoly se postupně střídali ve funkci „šéfa exekutivy" MPK: Kalina 1993 –1994, Bém 1994 – 1996 a opět 1997 – 1998, Radimecký od r.1998 dosud. Tři vládní dokumenty protidrogové politiky jsou spojeny s jejich působením.
[12] Pozornému čtenáři jistě neunikne výpadek mezi působností prvního a druhého vládního dokumentu. Způsobily to personální výměny na pozici šéfa exekutivy MPK mezi prvním a druhým působením P. Bémа – jak konstatuje Radimecký (2002), „patrně nebyl nikdo, kdo by takový materiál pro vládu zpracoval a předložil. Rok 1997 lze při zpětném ohlédnutí označit jako rok protidrogové setrvačnosti, alespoň v národním kontextu. Na mezinárodním poli byla v tomto roce jakákoli spolupráce zastavena a paralyzována."

chybějící typy programů a služeb prevence a léčby závislostí, zahájit činnosti nezbytné pro to, aby byly vytvořeny nástroje na hodnocení jejich kvality a efektivity a zkvalitnit meziresortní spolupráci složek aktivních v potírání nabídky drog.

Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 – 2004 (dále jen Národní strategie), kterou 23. 10. 2000 schválila vláda ČR, je klíčovým materiálem, který definuje základní rámec současné protidrogové politiky do roku 2004 se zaměřením především na nealkoholové a netabákové drogy.[13]

3.2. Strategie v definovaných oblastech

Národní strategie je koncipována jako dlouhodobý strategický plán v sedmi definovaných oblastech protidrogové politiky. Přičemž základními oblastmi jsou:

1. *primární prevence,*
2. *léčba a resocializace (včetně harm reduction),*
3. *legislativa a potlačování nabídky drog,*

a podpůrnými oblastmi, bez nichž nelze účinnou protidrogovou politiku uskutečňovat, jsou:

4. *financování,*
5. *profesní vzdělávání*,
6. *zahraniční spolupráce*,
7. *koordinace*.

Cíle ve všech těchto oblastech mohou být dosahovány pouze ve vzájemné spolupráci a koordinaci.

Národní strategie 2001 – 2004 navazuje na předcházející koncepční a strategické materiály o podobě protidrogové politiky vlády ČR a zaměřuje se především na zvyšování kvality a efektivity realizovaných opatření, jak v oblasti prevence, léčby a resocializace, tak v oblasti represe (zvyšování kvality a efektivity je rovněž ústředním tématem Akčního plánu EU – boje proti drogám na období 2000 – 2004). To se samozřejmě promítne i do dalších oblastí protidrogové politiky, tedy do financování, vzdělávání, zahraniční spolupráce a koordinace. Jde o to, aby protidrogová politika byla plánována a uskutečňována na základě pravidelně vyhodnocovaných a aktualizovaných potřeb.

3.3. Základní cíle Národní strategie

Národní strategie usiluje především o vybudování koordinovaného, účinného a vyváženého systému protidrogové politiky. To předpokládá zejména realizaci takových opatření ve specifické prevenci, léčbě, resocializaci a represi, která odpovídají skutečným potřebám jednotlivých cílových skupin a vycházejí z nejnovějších vědeckých poznatků sdílených všemi evropskými zeměmi. U prevence, léčby a resocializace se nejedná o budování dalších programů, jako tomu bylo v minulých letech, kdy se protidrogová politika postupně tvořila. Cílem je zvyšování kvality a efektivity programů, jejich větší diferencovanost a cílenost, rozšiřování spektra služeb a důsledná evaluace výstupů a praktických dopadů realizovaných opatření. Totéž by mělo platit i pro represi.

Vývoj společnosti v celé Evropě je charakteristický svým ústupem od paternalistické, centralistické správy věcí veřejných a posilováním občanské společnosti. Podobně je tomu i v protidrogových politikách zemí Evropy. Důležitým cílem Národní strategie je proto zapojit občanskou společnost a místní komunity a přenést odpovídající odpovědnosti a kompetence z centrální na nižší úroveň veřejné správy. Tomu by měla napomáhat i probíhající reforma veřejné správy. Bohužel spolu s plánovaným zánikem okresních úřadů (mají ukončit svoji činnost k 31. 12. 2002), zanikne i dosud vytvořená, a v evropském měřítku poměrně ojedinělá, síť okresních protidrogových koordinátorů. Tato hrozba s sebou přináší v oblasti koordinace protidrogové politiky nové úkoly, jež se neobejdou bez odborné, ale ani bez politické práce.

3.4. Specifické cíle Národní strategie

Jedním ze základních principů, z nichž zpracovatelé Národní strategie 2001 – 2004 vycházeli, bylo stanovit cíle, které budou realistické, tj. dosažitelné, což nutně neznamená, že by neměly být ambiciózní. I proto byly přijaty tyto základní specifické cíle:

– zastavit nárůst uživatelů drog, snížit zdravotní dopady a počet úmrtí, jež souvisejí s jejich užíváním;
– poskytnout rodinám a jedincům, kteří to potřebují, odpovídající dostupnou, včasnou a profesionální pomoc;
– snížit dostupnost všech typů drog (*včetně alkoholu a tabáku*), zejména pro děti a mladé lidi;
– vyčlenit odpovídající finanční prostředky a zavést nákup služeb na základě potřeb a stanovených kritérií kvality a efektivity programů prevence, léčby a resocializace.

Na takto formulovaných cílech lze názorně demonstrovat rozpor mezi odbornou a politickou komponentou protidrogové politiky. Dosažení prvních dvou cílů předpokládá úsilí zejména odborníků a jeví se jako spl-

[13] Širší pojetí protidrogové politiky zahrnující i oblast léčby a resocializace závislostí i na alkoholu a tabáku bylo z politického hlediska neprůchodné, ale vzhledem k prokázaným souvislostem mezi užíváním alkoholu a tabákových výrobků a ilegálních drog se podařilo předkladatelům prosadit aspoň částečné zaměření i na problém užívání typických legálních drog, tedy alkoholu a tabáku.

nitelné, protože tyto cíle jsou v souladu i s cíli odborné veřejnosti. Naopak dosažení dalších dvou cílů předpokládá zásadní politické rozhodnutí, tj. potřebnou politickou podporu a vůli pro to, aby byla vytvořena a přijata legislativa, která by napomohla tvrdšímu postihu prodávání alkoholu a tabákových výrobků dětem (např. formou odebrání licence pro prodej těchto legálních drog) a vyčlenění odpovídajících finančních prostředků. Je stále otázkou, zda se pro dosažení těchto cílů podaří náležitou politickou podporu získat, či zda nakonec opět krátkodobé ekonomické zájmy převáží nad zájmy přijmout dnes taková rozhodnutí, která přinesou ovoce až v dlouhodobém horizontu a napomohou omezovat počty uživatelů drog v budoucnosti.

3.5. Vyvážený přístup a „čtyři pilíře"

Protidrogová politika vlády ČR byla definována jako taková, která bude založena na komplexním, multidisciplinárním a *vyváženém přístupu*[14], který stojí na rovnováze represe a prevence (tj. primární prevence, harm reduction, léčby a resocializace).

Po letech polooficiálního statutu programů harm reduction v České republice (podobně tomu ale bylo v minulých letech i v některých zemích západní Evropy a např. ve Švédsku je tento přístup ze strany vlády negován dosud) se vláda České republiky shodla na tom, že v budoucnu budou protidrogovou politiku tvořit – podobně jako v EU[15] – čtyři základní pilíře: primární prevence, harm reduction, léčba a resocializace, represe (viz *Obr. 1*).

Každý z těchto základních pilířů hraje v protidrogové politice státu svoji nezastupitelnou a navzájem se ovlivňující a doplňující roli. Přístup k jejich uplatňování proto musí být vyvážený. Pokud tomu tak nebude, může dojít k narušení systému a stability protidrogové politiky, a tím i k nárůstu negativních důsledků a dopadů, jež plynou z užívání drog.
Přestože se taková definice základního přístupu k problému užívání drog může z odborného pohledu zdát samozřejmostí, z politického hlediska tomu tak není. Princip harm reduction je části politiků trnem v oku a někteří (naštěstí nemnozí) jej prezentují jako kapitulaci před problémem užívání drog, nikoli jako realistický a pragmatický přístup k němu. Stále ještě se mezi našimi politiky najdou tací, kteří mají tendenci ochraňovat nás proti naší vůli.

4. Závěr

Protidrogová politika ČR, jak je koncipována a realizována od svého počátku, je *moderní* (tj. odpovídá současnému stavu vědění a poznání) a *úspěšná* (tj. dosahuje stanovených cílů) – a to i navzdory řadě nesplněných úkolů z předcházejících etap jejího vytváření, navzdory malé veřejné, politické a finanční podpoře a navzdory řadě aktuálních nedostatků v jejích dílčích oblastech.

Systém, který se podařilo v České republice od roku 1993 v protidrogové politice vybudovat – za účasti všech zástupců centrálních i místních institucí veřejné správy, státních i nestátních organizací, zdravotnických i nezdravotnických poskytovatelů služeb, odborníků, laiků i některých politiků – je ojedinělý a v řadě aspektů srovnatelný se zeměmi EU, v některých oblastech dokonce i o několik kroků před nimi. V naší zemi se to zdařilo v nesrovnatelně kratším období, než tomu bylo v tzv. západních zemích, a přitom s již zmíněnou menší politickou a finanční podporou.

V procesu přibližování k EU patří česká protidrogová politika k prakticky bezproblémovým, byť ostře sledovaným tématům, k tématům, u nichž evropští komisaři nemají připomínky, výtky či doplňující otázky. Ze zkušeností a ze starých přísloví však víme, že „doma není nikdo prorokem". Kritici, které argumentace o kladném hodnocení České republiky v protidrogové politice ze strany EU neuspokojuje (buď proto, že nemají valné mínění o EU, nebo o její drogové politice, která jim připadá „měkká" ve srovnání s USA, nebo z nejrůznějších politických i osobních důvodů) samozřejmě existují a budou existovat vždy.

---

[14] Snahu o vyvážený přístup k problému užívání drog co do uplatňování preventivních, léčebných a represivních opatření, lze nejsnáze demonstrovat na proporcionálním rozložení úkolů v základních oblastech protidrogové politiky. To vypadá takto: v primární prevenci jde o 25 úkolů (tj. 29,8 % ze všech úkolů), v léčbě a resocializaci o 23 úkolů (tj. 27,4 %) a v represi o 19 úkolů (tj. 22,6 %).

[15] Vyvážený přístup, stanovený OSN v r.1991, byl znovu potvrzen v r.1998 „Deklarací Spojených národů o základních principech snižování poptávky po drogách" a umožňuje ovlivnit problematiku užívání drog, počínaje odrazováním od experimentování s drogami, až po omezování negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních důsledků jejich užívání. Viz též Kalina, kapitola 1.1, Úvod do drogové politiky.

Summary Drug policy in the ČR

The chapter (written by three experts and policymakers that in succession performed the top executive position in the National Drug Commission) at its beginning makes an overview of the development of the drug scene in the CR since the 1980s till present, with regard also to the qualitative aspects: selection of drugs, patterns of distribution and consumption, differentiation of the drug scene, etc. Further, the drug policy since 1993 is presented and the essential principles of 3 policy papers of the Czech government (1993, 1998, 2000) are characterised. It is shown that the drug policy in the CR is continual, modern and, in many aspects, successful. Its main features are a balanced approach, pragmatic orientation, decentralised system of co-ordination, the role of NGO, promotion of quality etc. The drug policy in the CR keeps the EU principles, which belongs to the positives of the CR in the pre-accession period.

Key words: balanced approach – drug policy – Interministerial Drug Commission – National strategy 2001 – 2004 – Policy Paper 1993 – Policy Paper 1998

Obr. 1*: Čtyři pilíře protidrogové politiky ČR*

Primární prevence	Aktivity zaměřené na prevenci užívání drog, popř. oddálení prvního setkání dětí a mladých lidí s drogami	Snižování poptávky (prevence)
Harm reduction	Aktivity zaměřené na snižování zdravotních a sociálních poškození na straně společnosti a na straně uživatelů drog, kteří nejsou v danou chvíli rozhodnuti pro život bez drog	
léčba a resocializace	Spektrum programů léčby k abstinenci, dostupných pro uživatele drog, kteří se svobodně rozhodli pro život bez drog	
represe	soubor zákonných opatření a aktivit k potlačování nabídky drog	Potlačování nabídky (represe)

Literatura další tituly u kapitoly 1/1

■ European Commission: Action Plan of European Union – Fight Against Drugs 2000 – 2004. EU – DG Enlargement, Brussels, 1999.

■ Kalina K.: National drug policy in the CR: contexts, dynamics, perspectives. ICAA Conference, Prague, July 1994

■ Skála J., Kalina, K., Bém P. a kol.: Substance Abuse in the Czech Republic. ALFA, Praha, 1994

■ Political Declaration of the 3rd Pan-European Ministerial Conference on Drugs. Pompidou Group – Council of Europe, Strassbourg, 2000.

■ Radimecký J.: Česká protidrogová politika – pro a proti. ADIKTOLOGIE (Scan Tišnov), roč.1, č. 2, str. 28 – 36, 2001

■ UNDCP: Guiding Principles of Drug Demand Reduction Programmes. United Nations Drug Control Programme, Vienna, 1998

MUDr. Pavel Bém

Absolvoval 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Specializace: psychiatrie I. st., léčba návykových nemocí. V akademickém roce 1991 – 92 studoval na Johns Hopkins University v Baltimore a stážoval na různých odborných pracovištích v USA. Výcviky: psychoterapeutický výcvik SUR, výcvik v rodinné terapii, Mezinárodní vzdělávací program v oblasti terapie drogových závislostí (IEDATTP), výcvik v supervizi akreditovaný EAS. Pracovní dráha: působil jako lékař v Psychiatrické léčebně Kosmonosy a ve Středisku drogových závislostí (Apolinář, Praha), po návratu z USA jako výkonný ředitel nadace FILIA. V letech 1994 – 1996 a 1997 – 1998 generální sekretář Meziresortní protidrogové komise, v mezidobí působil jako poradce ministra vnitra ČR pro drogovou problematiku. Podílel se na vytváření a zavádění protidrogové politiky ČR. V období 1998 – 2002 starosta městské části Praha 6, od r. 2002 primátor hl. m. Prahy. Je členem výboru Společnosti pro návykové nemoci a členem subkatedry návykových nemocí IPVZ. Účastnil se řady mezinárodních projektů (WHO, Rada Evropy, UNDCP, EU-PHARE) v ČR i v zahraničí, koordinoval výzkumné projekty (např. v oblasti zhodnocení drogové scény a rizikového chování uživatelů – Rapid Assessment), byl konsultantem studie PAD. Je autorem či spoluautorem řady článků a statí v domácích i zahraničních publikacích.

Kontakt: Magistrát hl. m. Prahy, Mariánské nám. 2, 110 00 Praha 1

E-mail: pavel.bem@cityofprague.cz

MUDr. PhDr. Kamil Kalina, Csc., MSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/1

Mgr. Josef Radimecký – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/2

Drogová epidemiologie Tomáš Zábranský

Klíčová slova: epidemiologie – incidence – indikátory – prevalence – problémoví uživatelé

1. Úvod

Epidemiologie studuje rozložení (distribuci) a příčiny (determinanty) frekvence nemoci v lidské populaci. Systematicky epidemiologie patří mezi populační vědy; v poslední době má zřetelný interdisciplinární charakter.

Epidemiologický výzkum představuje klíčový prvek pro porozumění drogovému problému, pro plánování intervencí a pro sledování jejich přiměřenosti a efektivity. Na podkladě epidemiologických měření pak mohou být intervence dále modifikovány a přizpůsobovány měnícím se podmínkám.

Systematickou epidemiologickou analýzu lze přirovnat k účetnímu systému v rámci obchodního či průmyslového subjektu. Manažer, který pracuje bez podpory kvalitního účetnictví, snadno nasměruje podnik špatným směrem a pravděpodobně se ani nepokusí včas o nápravu. Totéž platí pro politiky a vůbec držitele rozhodovacích pravomocí, kteří mají čelit problematice zneužívání drog[1] – epidemiologický výzkum jim poskytuje informační bázi, na jejímž podkladě lze určit cíl intervence.

Epidemiologický výzkum slouží také jako mechanismus zpětné vazby: určuje, zda byla opatření přiměřená a zda byly prostředky vynaloženy efektivně.

Drogová epidemiologie tudíž je a musí být základní složkou každé národní (i regionální či lokální) protidrogové strategie.

2. Základní epidemiologické ukazatele – indikátory frekvence jevu (patologického stavu)

Základním předpokladem pro epidemiologické vyšetřování je číselné vyjádření (kvantifikace) výskytu nemoci. Tato kvantifikace může být vyjádřena dvěma způsoby:
– jako prostý absolutní počet (součet) postižených,
– jako relativní číslo, vztahující výše uvedený součet k velikosti populace; tento ukazatel je pak obvykle vztažen ke standardizovanému počtu zástupců populace – v drogové epidemiologii nejčastěji ke 100 000 obyvatel.

Nejpoužívanějšími základními ukazateli jsou *incidence* a *prevalence*. Třetí ze základních indikátorů – *riziko* (kumulativní incidence) – se v drogové epidemiologii používá vzácněji pro jeho omezenou výpovědní hodnotu.

Incidenci a prevalenci je možno použít jako
– celkové: pro celou populaci,
– specifické: pro určité kategorie populace definované věkem, pohlavím, sociálním statutem apod.,
– standardizované: přímou nebo nepřímou metodou.

Každá hodnota epidemiologického ukazatele vykazuje tři základní vlastnosti: *validitu* (přesnost), *reliabilitu* (spolehlivost) a *reprodukovatelnost* (opakovatelnost).

2.1. Incidence

Incidence je proporce osob původně bez sledovaného stavu, který u nich nově vznikl během určitého časového období. Odpovídá na otázku *„Jaké je riziko vzniku daného stavu u osob během určité doby?"* – vyjadřuje jen nově vzniklá onemocnění (osoby, u nichž můžeme v sledovaném období poprvé popsat sledovaný stav). Vyjadřuje se nejčastěji v relativním čísle – počtu nových případů, vztaženým k počtu sledovaných osob a době, po níž jsme tyto osoby sledovali („osobočasy"). Říká, kolik nových případů se objeví s ohledem na délku časového období (jak rychle).

Do roční incidence (nových případů za období sledování jednoho roku – od 1.1. do 31.12.) patří z případů na *Obr. 1* případy B, C a G. Roční incidence by pak pro tento příklad měla hodnotu

$$I = \frac{\text{počet nových případů}}{\text{počet osobočasů}} = \frac{3}{8} = 0{,}375, \text{ tedy } 37{,}5\ \%$$

U chování, jež je považováno za protispolečenské, se incidence zjišťuje jen velmi problematicky a s velmi malou validitou a reliabilitou. „Incidence užívání drog" jako taková se proto prakticky nepoužívá; v drogové epidemiologii se ale používají některé indikátory, založené na incidenční bázi; nejdůležitější z nich jsou:
– incidence žádostí o léčbu a/nebo službu (First Treatment Demand – viz dále),

[1] Pro potřeby následujícího textu rozumíme pod pojmem „droga" ilegální, nezákonnou, státem nepodporovanou omamnou nebo psychotropní látku (OPL). Omamné a psychotropní látky jsou taxativně vyjmenovány v přílohách č. 1 až 7 Zákona 167/1998 Sb. ze dne 11. června 1998 o návykových látkách; seznamy kromě typických „pouličních drog" obsahují i některá kontrolovaná léčiva, prekursory atd.

– mortalita (úmrtnost, incidence úmrtí),
– incidence krevně přenosných nemocí.

2.2. Prevalence

Prevalence je údaj, vyjadřující proporci osob, které v daném okamžiku nebo časovém intervalu vykazují zkoumaný stav. Odpovídá na otázku *„Jaký počet (resp. „Kolik ze 100 000“*[2]*) osob má daný stav?“* – zahrnuje všechna existující onemocnění.

Rozlišujeme prevalenci bodovou a intervalovou: *bodová*, okamžiková prevalence odpovídá na otázku *„Kolik osob z definované populace má v daném okamžiku zkoumaný stav?“* – zatímco *intervalová* prevalence odpovídá na otázku *„Kolik osob z definované populace má nebo mělo zkoumaný stav během určeného časového období – např. během posledního roku?“*

Na *Obr. 1* do bodové prevalence k 30. 6. spadá případ C a F, do intervalové (roční) prevalence případy A, B, C, F, G a H. Do „celoživotní prevalence“ (viz níže) spadají všechny případy z obrázku.

Pro výši prevalence mají význam v zásadě dva faktory:
1) incidence
2) trvání nemoci (nebo obecněji: rychlost, s jakým osoby se zkoumaným stavem přecházejí mezi osoby bez stavu), tedy
– doba přežití nemocných – osob, vykazujících zkoumaný stav anebo
– rychlost, s jakou se nemocné osoby uzdravují.
Názorně to zobrazuje tzv. „prevalenční kotlík“ na *Obr. 2*.

Vztah mezi incidencí a prevalencí: Prevalence je závislá na incidenci, na délce nemoci a na jejím zakončení (úmrtí, uzdravení). Prevalence odráží na jedné straně incidenci a na straně druhé délku trvání nemoci. U akutních nemocí s krátkou dobou trvání jsou oba ukazatele stejné, u chronických onemocnění se mohou významně lišit.

Faktory zvýšení prevalence: Na výši prevalence (nejrůznějších typů) užívání drog ve společnosti mají vliv faktory, které jsou obecně vnímány jako „dobré“ (např. pomoc přežít) i „špatné“ (např. vyšší přírůstek mladých uživatelů). Hodnocení úspěšnosti drogových politik nebo intervencí pomocí izolované „prevalence“ je tedy chybou – neumožňuje rozhodnout, který z jevů převládá. Schematicky ke zvýšení prevalence přispívá: 1) *zvýšení incidence* – např. díky zvýšené dostupnosti drog, sociálním a společenským změnám atd., 2) *prodloužení trvání nemoci*, tudíž přežívání nemocného, např. pomocí paliativní léčby typu zprůchodnění tračníku při onkogenním ileu apod., v drogové oblasti typicky pomocí terciární prevence (harm reduction) nebo zabráněním úmrtí např. pomocí včasného podání antagonisty lékařem Záchranné služby při předávkování opiáty.

Faktory snížení prevalence: Ani snížení celoživotní či jiné prevalence ještě nemusí být samo o sobě úspěchem, i když tak někdy bývá interpretováno a nulová prevalence se v některých prohlášeních objevuje jako „cíl“. Je dobře si uvědomit, že např. ke snížení prevalence moru ve středověku nejúčinněji přispívalo rychlé a masové vymírání nemocných. Schematicky ke snížení prevalence v dlouhodobém měřítku může přispět: 1) *snížení incidence*, např. v důsledku účinné primární prevence, 2) *zkrácení období trvání nemoci*, a to buď *rychlejší intervence* (účinná sekundární prevence) a *rychlejší uzdravení* (účinnější postup léčby) – anebo *rychlejší úmrtí*.

Vztah mezi jednotlivými typy prevalence: Podle zkoumaného jevu (typu užívání drog anebo jeho rozložení v čase) rozlišujeme několik typů prevalence. Nejčastěji se používají:

1) *Celoživotní prevalence*: Udává počet nebo proporci osob, která kdykoliv během svého dosavadního života učinila alespoň jednu zkušenost s jakoukoliv nelegální drogou (všechny případy na Obr. 1).

2) *Prevalence současného užívání:* Udává počet nebo proporci osob, která užila drogu alespoň jednou v posledním měsíci.

3) *Prevalence problémového užívání*: Udává počet nebo proporci osob, které v definovaném časovém období (nejčastěji kalendářním roce) užívají dlouhodobě a/nebo injekčně opioidy, drogy amfetaminového typu a/nebo kokain v jakékoliv formě. Ecstasy a marihuana jsou z definice explicitně vyloučeny.

4) *Prevalence závislostního a návykového (habituálního) užívání.* Udává počet nebo proporci osob, vykazující v definovaném časovém období (nejčastěji kalendářním roce) závislostní nebo návykové chování ve vztahu k nelegálním drogám (podle „devíti charakteristik“ klasifikace Světové zdravotnické organizace).[3]

5) *Prevalence léčených uživatelů (využívajících služby).* Udává počet nebo proporci osob, které v definovaném časovém období (nejčastěji kalendářním roce) v souvislosti se současným nebo minulým užíváním drog(y) využívají služeb nebo léčby.

[2] Nebo jiného počtu, který se řídí obecnou domluvou; u jevů s extrémně nízkou prevalencí a incidencí (jako je problémové užívání drog nebo poptávka po léčbě/službě) se obvykle používá 100.000 obyvatel, u častějších jevů (jako je celoživotní prevalence jednorázového užití jakékoliv drogy) se frekvence vztahuje ke 100 obyvatel (je tedy vyjádřena v procentech); někdy se omezuje věk relevantních obyvatel (sledované populace) rozpětím 15 – 64 let.

[3] 1) Užívání drogy v častějších intervalech a větších množstvích, než bylo původně zamýšleno. 2) Neúspěšné pokusy o zastavení užívání, přetrvávající touha, bažení. 3) Extenzivní objem času, věnovaný obstarávání drogy. 4) Pocity intoxikace nebo zažívání abstinenčních příznaků v nevhodné době. 5) Vzdání se jiných činností, vztahů, předmětů kvůli droze. 6) Pokračování v užívání bez ohledu na známé škody, činěné sobě či druhým. 7) Patrná tolerance, tedy stav, kdy se postupně zvyšuje množství látky, nutné k dosažení téhož efektu. 8) Charakteristický syndrom odnětí drogy. 9) Užívání drogy s úmyslem předejít syndromu odnětí drogy.

'*Obr. 2* shrnuje vzájemné vztahy a překrývání mezi těmito jednotlivými typy prevalence, jež bývají často zaměňovány laiky, médii a nezřídka i „odborníky" (typicky například „celoživotní prevalence" s „počtem závislých", také ale „léčení uživatelé" s „problémovými uživateli" apod.).

Při popisování situace je vždy mimořádně důležité uvést typ prevalence, na nějž odkazujeme; v opačném případě nutně dochází ke zmatení jazyků a zamlžení situace.

Poměry mezi jednotlivými typy prevalence nejsou stálé v čase ani v prostoru. Podíl mezi „léčenými problémovými uživateli" (tedy překryvem „léčených" a problémových") a „problémovými uživateli celkem" se označuje jako *„in-treatment ratio"* a používá se jako ukazatel dostupnosti léčby a služeb pro cílovou populaci problémových uživatelů drog[4]. K otázce „prevalencí" a jejich možným interpretacím se ještě vrátíme v podkapitole o pěti harmonizovaných indikátorech.

2.3. Mortalita (úmrtnost)

Mortalita popisuje nejzávažnější jev v drogové problematice – *úmrtí uživatelů*. Jde o ukazatel, odvozený na incidenční bázi (započtení uživatelé jsou mrtví nově – jde o nové případy). Obecně lze význam tohoto indikátoru charakterizovat jako počet (zjištěných) úmrtí, ke kterým v důsledku zkoumaného jevu (např. zneužívání OPL) došlo v celé populaci během časového intervalu (incidence úmrtí vyjadřuje frekvenci jevu v určité populaci a v určitém období; bývá relativně nízká)

2.4. Letalita (smrtnost)

Další důležitý ukazatel z hlediska veřejného zdraví a plánování intervencí. Jde rovněž o ukazatel na bázi incidence a vyjadřuje poměr počtu zemřelých na danou nemoc k počtu nemocných na danou nemoc (vyjadřuje závažnost klinického průběhu daného onemocnění; bývá vyšší než mortalita).

V drogové epidemiologii se užívá nejen pro sledování úmrtnosti mezi uživateli drog, resp. jejich jednotlivých typů[5], ale i pro sledování úmrtnosti nemocných na související onemocnění (především krevně přenosné nemoci a z nich celosvětově nejčastěji na HIV/AIDS).

2.5. Komorbidita (souběh nemocí)

Může být vyjádřena na bázi incidence i prevalence. Udává počet osob, trpících daným (patologickým) stavem a zároveň jiným(i) (obvykle souvisejícím(i)) patologickým(i) stavem/stavy. Nejčastěji se v drogové epidemiologii udává komorbidita (problémového) užívání drog s krevně přenosnými nemocemi (HIV/AIDS, krevně přenosné virové hepatitidy), jinými infekčními nemocemi (TBC, syfilis) a psychiatrickými diagnózami.

3. Pět harmonizovaných epidemiologických indikátorů

V evropské drogové epidemiologii[6] bylo během devadesátých let určeno „5 harmonizovaných indikátorů". Ty představují minimální soubor dat, umožňující kvalifikovaně zhodnotit míru a závažnost zneužívání OPL na mezinárodní, národní, regionální či lokální úrovni[7]. V následujícím textu jsou harmonizované indikátory stručně popsány spolu s náčrty možných interpretací.

3.1. Průzkumy užívání nelegálních drog v obecné populaci

Metodika

Provádějí se standardními sociologickými metodami (interview, telefonní interview, standardizovaný dotazník) na tzv. reprezentativním vzorku populace. Hlavním úkolem je zjistit co možná nejpřesněji rozsah a způsob užívání různých drog v obecné populaci, charakteristiky a způsoby chování uživatelů a postoje, které různé společenské skupiny zaujímají k užívání drog. Speciálním případem jsou tzv. školní studie, zkoumající rozsah a způsob užívání, postoje atd. v tzv. rizikových věkových kohortách – většinou 15 – 19 let. Základními technikami jsou osobní pohovory, telefonní průzkumy a vyplňování strukturovaných dotazníků.

Otázky by měly standardně pokrývat *minimálně*

1. pohlaví, věk, rodinný a zaměstnanecký status, vzdělání
2. celoživotní prevalenci užívání OPL (podle jednotlivých typů drog)
3. prevalenci užití/užívání OPL (podle jednotlivých typů drog) v posledním roce
4. prevalenci užití/užívání OPL (podle jednotlivých typů drog) v posledním měsíci
5. frekvenci užívání OPL (podle jednotlivých typů drog) v posledním měsíci
6. věk prvního užití konopí
7. prevalenci užívání tabáku a alkoholu

---

[4] v Evropské unii se odhaduje průměrně na 18 – 20 %, v České republice o něco výše – na cca 23 %; pravděpodobně nejvyšší procento populace, užívající drogy, využívá služby nebo léčbu ve státech Beneluxu (50 – 70 %) a na Maltě.
[5] Kdy například smrtnost uživatelů konopí se neliší od smrtnosti jejich vrstevníků, kteří konopí neužívají, a naopak smrtnost uživatelů opiátů je podle španělských údajů asi 17x vyšší než ve srovnatelné skupině neužívajících.
[6] Konkrétně díky programu oddělení epidemiologie EMCDDA.
[7] Ke každému z indikátorů existuje množství metodické literatury, přehledně shromážděné na webu www.emcdda.org. České překlady některých z nich jsou k dispozici na webu Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti www.nfp.cz.

8. názory a postoje k užívání OPL (podle jednotlivých typů drog),

Vzhledem k tomu, že odpovědi na tyto citlivé otázky jsou získávány přímými – pohovorovými nebo dotazníkovými – metodami, je u nich i při nejspolehlivějším zaručení anonymizace vysoké riziko zkreslení reálného stavu. Působí tu proti sobě dva trendy:
– přirozená obava respondenta ze zneužití údajů, souvisejících s „protispolečenským" chováním, snaha o disimulaci (a z toho vyplývající riziko podcenění reálného stavu),
– snaha některých respondentů „zvýšit" své hodnocení uváděním „nonkoformního, světáckého" chování (a z toho vyplývající riziko přecenění reálného stavu, zejména v mladších věkových kohortách).

Obecně lze uvést, že míra spolehlivosti a přesnosti výsledků je významně ovlivněna jednak kvalitou metodiky – reprezentativita a velikost vzorku, korektnost odběru, odfiltrování simulací a desimulací statistickými a sociologickými metodami[8] apod., jednak kulturními podmínkami – společenskou atmosférou a mírou společenské marginalizace menšinového chování.

Možné interpretace pro praktické rozhodování o intervencích

Výsledky průzkumu umožňují příjemci získat základní představu o rozšíření užívání nelegálních drog v populaci, o distribuci „ohrožení" podle věku, vzdělanosti, materiálního statutu a dalších sociálních charakteristik.

Rozdíly v prevalenci mezi věkovými skupinami upozorňují na dlouhodobější trendy a mohou sloužit jako podklad pro další prognostické odhady, stejně jako delší časová řada pro tutéž věkovou kohortu. *Zjednodušeně řečeno lze především často užívaný ukazatel „celoživotní prevalence" interpretovat jako vyjádření toho, jak v dlouhodobém horizontu funguje primární prevence*[9]. Nedošlo-li k výrazné změně sociálních nebo demografických podmínek a hodnoty se zvyšují, pak působení rodiny, preventivní programy ani „odstrašující funkce represe" nesplnily svou roli – neodradily stoupající procento zkoumané populace od přinejmenším jednorázového užití nelegální drogy.

O dopadu všech výše uvedených preventivních faktorů v relativně krátkodobém měřítku informuje *celoživotní prevalence v tzv. „rizikových kohortách"* (tzv. středoškolské dotazníkové průzkumy). Ty ovšem nezastihují podstatnou část nejrizikovější, sociálně deprivované populace. Je totiž jasné, že drtivá většina (problémových uživatelů drog" ve smyslu definice EMCDDA (viz dále) není ve středních školách a učilištích k zastižení.

Změny v prevalenci užívání v posledním roce a v prevalenci užívání v posledním měsíci jsou přímým odrazem dopadu primární prevence v krátkodobějším horizontu (může být ovlivněna úspěšností či neúspěšností toho kterého právě probíhajícího či nedávno skončeného programu) a značně jsou též ovlivněny aktuální dostupností nezákonných drog – tedy (ne)úspěšností represe.

Prevalence užívání v posledním měsíci je doplněna údajem o frekvenci tohoto užívání; vzhledem k obecně známému faktu, že se vzrůstající frekvencí roste riziko vzniku závislosti a také vzniku somatických škod (jinými slovy: přibližuje pro některé drogy indikátor „užívání v posledním měsíci" indikátoru „problémové užívání", umožňuje tento ukazatel posoudit míru závažnosti/problematičnosti/rizikovosti tohoto chování v populaci.

Věk prvního užití konopí a prevalence užívání tabáku a alkoholu) informují jednak o dostupnosti těchto návykových látek (zejména pro věkové kohorty do 18 let), jednak jsou významným korektivem postojových otázek (viz dále).

Postojové otázky informují o společenské atmosféře ve vztahu k návykovým látkám a tak v sobě nesou důležitou informaci pro plánování cílené/specifické primární prevence. Vzhledem k možnému zkreslení ze strany respondentů je vždy nutné výsledky této skupiny indikátorů posuzovat ve spojitosti s předchozími, a to podle věkových kohort.

3.2. Odhady prevalence problematického užívání drog

Poskytují na vědecké bázi údaje o rozsahu nejzávažnějšího – nejproblematičtějšího – užívání OPL, které nelze spolehlivě určit pomocí průzkumů populace ani rizikových věkových kohort.

Definice problémového užívání: Problémové užívání je podle EMCDDA definováno jako intravenózní užívání drog (IUD) anebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „problémové užívání" se nezahrnuje užívání extáze a konopí.

Metodika

Pro problémové užívání platí, že dotazníkovými ani jinými přímými metodami nelze spolehlivě zjistit jeho

[8] Např. vhodně vloženou otázkou na užití neexistující drogy.
[9] Primární prevence – prevence, jejímiž příjemci jsou dosud nezasažené skupiny v populaci.

rozsah, a to zejména u těchto důvodů: 1) prevalence tohoto jevu je relativně nízká a proto významně klesá pravděpodobnost záchytnosti a tedy stoupá riziko statistické chyby, 2) problémové užívání je považováno za protispolečenský jev a jako takové má přirozenou tendenci se skrývat, 3) problémoví uživatelé drog jsou těžko postižitelní standardními metodami (absence ve školách, nevlastní telefon, nejsou součástí „reprezentativních vzorků").

Proto se pro tyto odhady používá matematických metod a modelování. Při použití více zdrojů anebo při kombinaci několika metod lze dosáhnout vysoké míry přesnosti. Metody pro odhad prevalence problémového užívání drog jsou bez výjimky poměrně složité a vyžadují účast kvalifikovaného epidemiologa anebo statistika.

Multiplikační metody spočívají v co nejpřesnějším zjištění velikosti nějaké podskupiny problémových uživatelů drog, zjištění poměru mezi velikostí této populaci a podskupiny (např. v lokálním měřítku) a jeho vztažení na tuto populace v měřítku širším (krajském, národním atd.). Každá z níže popsaných metod má svá omezení – v definici případu, v pokrytí sběrnými mechanismy, v dostupnosti dat. Maximální pozornost je proto třeba věnovat konzistenci v definici a zohlednění různých typů biasu (systémových chyb). Multiplikační metody dále rozdělujeme podle typu dat, která jsou používána: data o léčbě, policejních datech, data o mortalitě a další.

Metoda zpětného záchytu (capture-recapture): Statistická metoda, spočívající v kombinaci dat z různých zdrojů – nejčastěji zdravotnických a trestně právních (resp. policejních); provádí se identifikace překryvů identifikovaných uživatelů v těchto registrech a výpočet skryté populace v rámci loglineárního modelu. Přesnost metody je životně závislá na použití registrů z různých typů zdrojů – tedy nikoliv pouze z trestně-právního nebo pouze ze zdravotnického sektoru. Lze totiž předpokládat vzájemnou provázanost těchto zdrojů, která výrazně rozšiřuje interval spolehlivosti odhadu.

Metoda multivariantních indikátorů: Jiná poměrně složitá metoda, která odhaduje rozsah problémového užívání pomocí kombinace různých indikátorů, přímo se vztahujících k užívání drog. Předpokládá, že podkladem všech těchto indikátorů je jediná latentní proměnná – tzv. „skutečná prevalence". Ta je odvozována pomocí tzv. analýzy hlavní komponenty (principal component analysis).

Metoda zpětné kalkulace: Používá se zejména pro odhad prevalence injekčního užívání pomocí matematických modelů šíření HIV/AIDS a virové hepatitidy B a C, používajících metodu zpětné kalkulace (back calculation) podle Brookmeyera & Gaila.

Možné interpretace pro praktické rozhodování o intervencích

Navzdory jeho poměrně složitému určování se jedná o mimořádně důležitý indikátor pro praktické rozhodování o bezprostředních intervencích, a to zejména na lokální úrovni.

Problémové užívání OPL s sebou nese nejvyšší přímé i nepřímé společenské náklady, zatěžuje zdravotní i represivní systém a představuje významné zdravotní riziko nejen pro uživatele, ale (zejména vzhledem k udržování a rozšiřování rezervoáru infekčních nemocí v této populaci) i pro celou společnost. Je až zarážející, jak tato početně relativně nevýznamná skupina (viz *Obr. 4*) nese drtivou většinu negativních následků, které si široká veřejnost obvykle s drogami, resp. libovolným typem jejich užívání spojuje[10].

Zároveň ovšem je skupina problémových uživatelů v populaci „nejsnadněji" ovlivnitelná v krátkodobém horizontu – právě díky svému velmi omezenému rozsahu, který umožňuje vysoce cílená, specifická opatření. Toto konstatování platí jak pro velikost této skupiny, tak pro její zdravotní stav, mortalitu, podíl populace v léčbě atd. *V tomto smyslu je skupina problémových uživatelů „ústřední specifickou zájmovou skupinou drogové politiky" – hlavní objekt zájmu represe, léčby i harm reduction*[11]. Jen široce založená (a obtížně exaktně hodnotitelná) primární prevence (zaměřená na neužívající – různorodou – populaci) není pro tuto skupinu relevantní.

Pouhé přerušení či oslabení vztahu/vektoru „užívání v posledním měsíci > problémové užívání" (například metodami vzdělávání v rámci terciární prevence; tj. převodem uživatelů na méně nebezpečné způsoby užívání) znamená výrazné snížení rizika pro jedince a škod pro společnost. Stejně blahodárně působí posílení vztahu „problémové užívání > poptávka pro léčbě", jehož lze efektivně dosahovat především přizpůsobením zařízení služeb a léčby pro uživatele drog jejich specifikům/potřebám – zvýšením „in-treatment ratio". V dlouhodobějším horizontu pak kladně působí všechna opatření, zacílená na obecnější populaci.

[10] Dopouští se tak stejného omylu, jako kdyby si uživatele alkoholu – řekněme rekreačního pijana vína – spojovala se sociálně devastovaným alkoholikem, živořícím na Hlavním nádraží.

[11] V této souvislosti jasně vyplývá potřeba co nejpřesnějšího určení velikosti této skupiny uživatelů; bez znalosti velikosti cílové populace se jakákoliv (represivní i léčebná) opatření přirozeně plánují s mnohem nižší pravděpodobností úspěchu – nemluvě o faktu, že se v takovém případě stává problematické samo vyhodnocení jakékoliv specifické intervence.

Počet problémových uživatelů snižuje i mortalita. Jakékoliv zvýšení hodnoty tohoto indikátoru v neprospěch prevalence však nelze považovat za úspěch – z etických i povýtce pragmatických (ekonomických) důvodů.

Podklad pro další možné interpretace a úvahy o intervencích a jejich zacílení nabízí *Obr. 5*.

3.3. Zájem o léčbu v souvislosti s užíváním drog (treatment demand)

Metodika

Tento indikátor na podkladě semianonymních údajů (zaslepených tak, aby bylo na jedné straně možno odstranit vícenásobné zápočty, na straně druhé aby byly významně ztíženy možnosti přesné identifikace dané osoby) podává zprávu o počtu těch, kteří v libovolné souvislosti s drogami (zdravotní potíže somatické nebo psychické povahy, ekonomické a sociální problémy apod.) požádali o léčbu nebo jinou službu státní či nestátní instituci. Pro každého takto zaregistrovaného žadatele o léčbu/službu se sbírají charakteristiky, jejichž minimální set je obdobný setu z populačních prevalenčních průzkumů. Obvykle bývá doplněn o další otázky, vztahující se především k způsobům užívání jednotlivých drog, jeho započetí, frekvenci, ke zdravotnímu stavu klientů, protestovanosti a promořenosti na vybrané nemoci (především přenosné krví) apod.

Sbírá se na:

1) *incidenčním podkladě (FTD – First Treatment Demand)*, a to nejčastěji po čtvrtletích a po kalendářním roce. Udává, kolik lidí požádalo v daném časovém období o léčbu nebo službu poprvé, tedy aniž by se předtím kdy v této souvislosti obrátilo na jakoukoliv instituci

2) *prevalenčním podkladě (Treatment Demand)*, a to nejčastěji ve stejných obdobích. Tento indikátor udává, kolik lidí v zařízeních využívalo léčby a služeb v daném období celkem.

Vztah mezi prevalenčním a incidenčním indikátorem není lineární a významně se mohou lišit i sociodemografické charakteristiky. Vzhledem k tomu, že závislostní i problémové užívání je až na výjimky chronicky relapsující stav a k dlouhodobé abstinenci dochází většinou až po několika neúspěších v terapii, může v čase a místě významně kolísat i poměr incidence/prevalence (multiplikátor), kterého se někdy k odhadu prevalence léčených v souvislosti s drogami používá.

Kruciální problém při sběru údajů pro tento indikátor představuje přesná definice případu ze strany sběratele dat a jeho vyhovění na straně poskytovatelů dat – tedy provozovatelů zařízení služeb a léčby. Zkušenost učí, že obé se významně liší v čase (s jasným trendem k rozšíření definice a tedy arteficiálnímu zvýšení tohoto indikátoru rok od roku) i místě (kdy bývá někdy vykazovací taktika ovlivněna jak institucionálními i personálním vztahy mezi sběratelem a poskytovatelem dat, tak ekonomickými a dalšími zájmy poskytovatelů); tuto skutečnost (tzv. *observační bias*) je nutno při interpretaci tvrdých údajů i časových trendů pečlivě zhodnotit.

Údaje se standardně sbírají pomocí dotazníků, vyplňovaných přímo zařízeními, jež poskytující léčbu nebo služby v souvislosti s užíváním drog[12].

Možné interpretace a vztahy

Indikátory „zájmu o léčbu" je třeba vždy posuzovat ve vztahu k

– prevalenci problémového užívání,

– prevalenci užívání.

Porovnáním charakteristik a velikosti těchto souborů s incidenčním i prevalenčním indikátorem zájmu o léčbu potom můžeme zjistit mj.

– míru využívání léčby a služeb cílovou populací a jejími podskupinami (etnické minority, uživatelé jednotlivých typů drog apod.) a tudíž jejich přitažlivost pro cílovou populaci,

– stupeň „cirkulace" klientů a sociodemografické změny ve vybrané populaci – a z toho do značné míry dovodit efektivitu jednotlivých typů léčby i vlastních zařízení,

– změny v uživatelském chování a míru vnímání jejich nebezpečnosti cílovou populací.

3.4. Úmrtí v souvislosti s drogami a letalita uživatelů drog

Tzv. *„úmrtí v souvislosti s drogami"* je považováno za bezprostřední indikátor úspěšnosti zdravotní politiky ve vztahu k užívání drog. Přesto vládne v jeho určování poměrně značná nejednotnost jak na mezinárodní, tak národní úrovni.

Obecně se doporučuje za „drogová úmrtí" považovat úmrtí:

1. v důsledku úmyslného nebo náhodného předávkování

2. v důsledku dlouhodobého zneužívání drog

3. sebevraždy, spojené se závislostí na drogách

4. smrtelné nehody, ovlivněné drogami.

Z nich zejména kategorie 2) je extrémně těžko zjistitelná (vzhledem k tomu, že (ex)uživatel OPL mohl v době úmrtí na chronické,

[12] V České republice za distribuci a sběr dotazníků zodpovídá Hygienická služba při využití své trojstupňové struktury, vyhodnocovatelem je Centrální pracoviště drogové epidemiologie při Hygienické stanici hl. m. Prahy.

dlouhodobé onemocnění abstinovat a jeho anamnéza nebyla předmětem forenzního šetření); proto v tomto ohledu dochází bez výjimky k podcenění odhadů. Přesnějších výsledků se lze dobrat složitějšími metodami typu určování etiologických faktorů pro jednotlivé nemoci. Naopak u kategorie 4) často dochází k přecenění odhadu, když bývá bez přesnějšího zdůvodnění prostá koincidence[13] prohlášena za příčinný vztah.

V současné době se pro praktické účely rozlišují jen dvě kategorie „drogových úmrtí": 1) *přímá úmrtí = „otravy" = úmrtí z „předávkování"* OPL, tedy ty případy, kdy selhání životních funkcí bylo způsobeno přímou interakcí účinné koncentrace chemické látky, zákonem klasifikované jako OPL, a organismu oběti – tedy nikoliv například otravu aditivy, 2) *nepřímá úmrtí = jiná úmrtí za přítomnosti OPL*, tedy všechny případy, kdy byla OPL v tkáních/tekutinách oběti sice nalezena, nelze ale bez pochyb určit, že úmrtí spadá do kategorie 1.

V zásadě existují dvě možnosti určování „drogových úmrtí":
– extrapolací z existujících registrů mortality, které vede Národní statistický úřad (v ČR Český statistický úřad)
– zakládáním, resp. vytěžením specializovaných registrů

Obecně platí, že přesnější je druhá metoda; ta je také snáze proveditelná na místní úrovní – až na výjimky postačí obrátit se na místně příslušné oddělení soudního lékařství, resp. jeho toxikologickou laboratoř.

Letalita (smrtnost) uživatelů drog: Tento indikátor bývá většinou vyjádřen frekvenčním číslem (v procentech) a určuje, jaký podíl z dané skupiny uživatelů drog zemře během určitého časového období – obvykle během kalendářního roku. Často se též interpretuje jako „riziko úmrtí uživatelů drog" a bývá srovnáváno s rizikem úmrtí v téže věkové skupině v obecné populaci; výsledkem je „relativní riziko".

Pro zjišťování tohoto indikátoru se používá dvou základních typů studií:
– *průřezové (cross-sectional) studie*, které měří všechna úmrtí v souvislosti s užíváním drog na daném území; pokud existuje dobrý odhad prevelance (problémového) užívání, korektní systém určování těchto úmrtí a správná metodika příslušného toxikologického oddělení, je tato metoda proveditelnější a méně časově i materiálně nákladná; je ale také nepřesnější a interpretačně omezenější než následující,
– *longitudinální studie*, ve kterých se po několik let sleduje přesně definovaným postupem vybraná skupina závislých/uživatelů drog; vyžadují vysoce kvalifikovaného vedoucího studie a vysokou míru spolupráce osob, participujících ve výzkumu; jen s jejich pomocí ale lze relativně přesně odhadnout obecnou a specifickou mortalitu uživatelů drog.

Možné interpretace
Letalita uživatelů drog je přímo závislá na
– prevalenci problémového užívání drog v populaci (efektivitě primární prevence a represe),
– způsobu (rizikovosti) problémového užívání (efektivitě terciární prevence),
– dostupnosti zdravotních služeb (efektivitě sekundární prevence),
– efektivitě zdravotních služeb (kvalitě sekundární prevence).

Vzhledem k dosud nesjednocené metodice těchto studií po celém světě (například relativní riziko úmrtí problémových uživatelů k obecné populaci podle souhrnu EMCDDA kolísá zhruba mezi 3 – 18) má prakticky význam pro hodnocení úspěšnosti protidrogové politiky buď sledování metodologicky jednotných studií v různých lokalitách (multicentrické studie), nebo (častěji) delší časová řada těchto údajů při zachování konzistence ve sběru dat na tomtéž místě.

3.5. Infekční nemoci se vztahem k užívání drog
Standardně se mezi ně zařazuje hepatitida B a C a HIV/AIDS[14].

Podíl uživatelů drog na nových nákazách: Určuje, jak závažnou roli sehrává (injekční) užívání drog pro šíření dané nemoci. Obecně platí, že význam injekčního užívání pro šíření HIV/AIDS ve světě plynule rostl (nikoliv ale v ČR) a podíl uživatelů na infekcích virové hepatitidy B a především virové hepatitidy C roste, když se počet těchto infekcí získaných jinou cestou snižuje. Ve většině zemí existuje národní systém sledování incidence těchto (hlášených) onemocnění[15], který zjišťuje i cestu nákazy. Umožňuje také místní (geografické) určení incidence. Pro drogovou epidemiologii má nicméně jen omezený význam – řada těchto infekcí (hepatitidy B, C) probíhá velmi dlouho bezpříznakově nebo jen s mírnými příznaky a populace uživatelů drog se styku se standardními hlásnými mechanismy spíše vyhýbá. Obraz plynoucí z těchto standardních sledovacích systémů (incidence) má tedy jen velmi nízkou vypovídací schopnost.

[13] Koincidence – současný výskyt dvou jevů bez definovaného vztahu mezi nimi; zahrnuje tzv. „shody okolností".
[14] V poslední době se na evropské i národní úrovni znovu diskutuje o zařazení tuberkulózy a syfilidy.
[15] V ČR automatizovaný sběrný systém EPIDAT pro hepatititidy a Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS v rámci Státního zdravotního ústavu (www.szu.cz).

Prevalence onemocnění mezi uživateli drog: Zjišťuje, jak velké procento z populace uživatelů drog a jejich podskupin je nebo bylo nakaženo hepatitidami resp. jak velký podíl z nich je nakažen virem HIV. Používají se seroprevalenční a seroincidenční studie (serologické přehledy) na populacích uživatelů drog v léčbě, studie na uživatelích drog, využívajících nízkoprahové služby, případně kombinace předchozích dvou postupů spolu se sondami mezi „skrytou populací" se záměrem získat co nejreprezentativnější vzorek aktuální uživatelské scény, dále studie na vězněných uživatelích drog, studie těhotných matek, užívajících drogy a jiné speciální sentinelové studie.

Možné interpretace

Při posuzování prvního indikátoru je vždy třeba posuzovat nikoliv podíl na celkovém počtu nakažených (který je ovlivněn především výskytem nemoci v neužívající populaci a nemá žádnou výpovědní hodnotu ve vztahu k „drogové situaci), ale absolutní počet nově nakažených uživatelů a jejich trend[16].

Pak jsou faktory, ovlivňující tento indikátor, zejména
— celková prevalence problémového užívání,
— způsob a rizikovost užívání (efektivita harm reduction),
— míra využívání zdravotních a jiných služeb a jejich kvalita.

V případě druhého indikátoru je vždy třeba posuzovat zejména jeho vývoj (např. „incidence rate" při sledování téhož souboru).

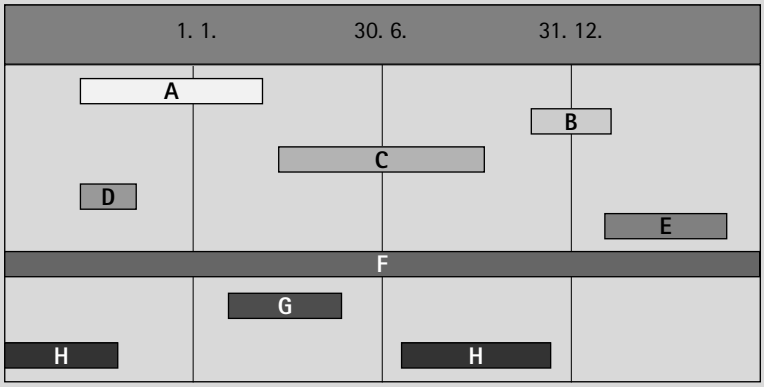
[16] Za předpokladu, že se hlásný mechanismus během sledovaného času nijak nezměnil.

Summary Drug Epidemiology

This chapter attempts to provide a brief overview about the epidemiology of drug abuse. A sketch of its tasks, main goals, methods and possible interpretations is given. Drug epidemiology is a key element to understanding drug problem in the society, to develop interventions and to watch their appropriateness and effectiveness. For the top managers and policymakers, epidemiology can provide an information basis for planning and targeting interventions, and it can also serve as a feedback mechanism. Therefore, drug epidemiology is and has to be one of essential pillars of any drug strategy. The chapter first explains the essential terms: prevalence, incidence, mortality, lethality and co-morbidity. Special attention is paid to the set of 5 harmonised epidemiological indicators developed by the European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), that are presented from the viewpoint of definitions, methodology and interpretation.

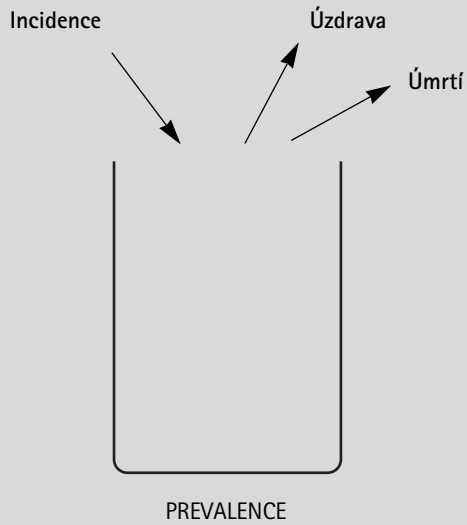
Key words: epidemiology – incidence – indicators – prevalence – problem users

Obr. 1*: Případy a jejich vztah k incidenci a prevalenci*

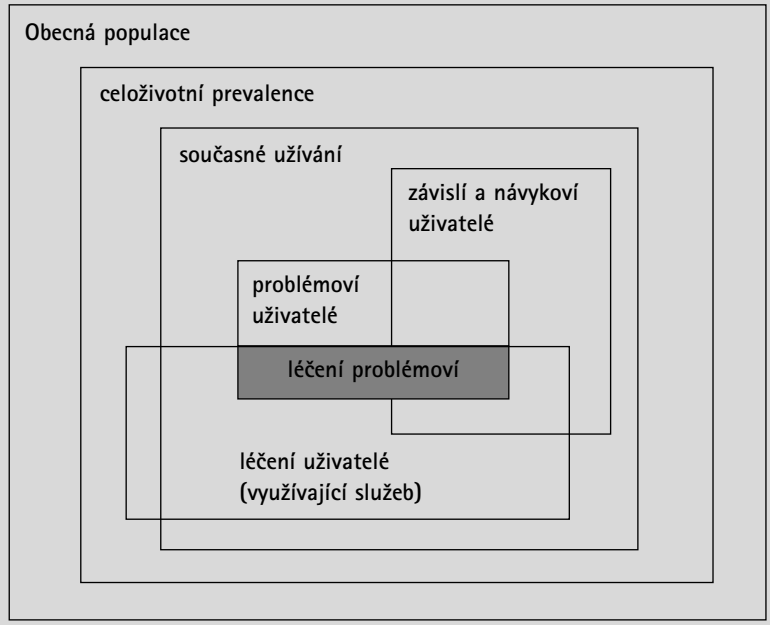


Pozn.: čáry znamenají epizody (nebo např. v případě D jediný případ) užití nebo užívání drog(y)

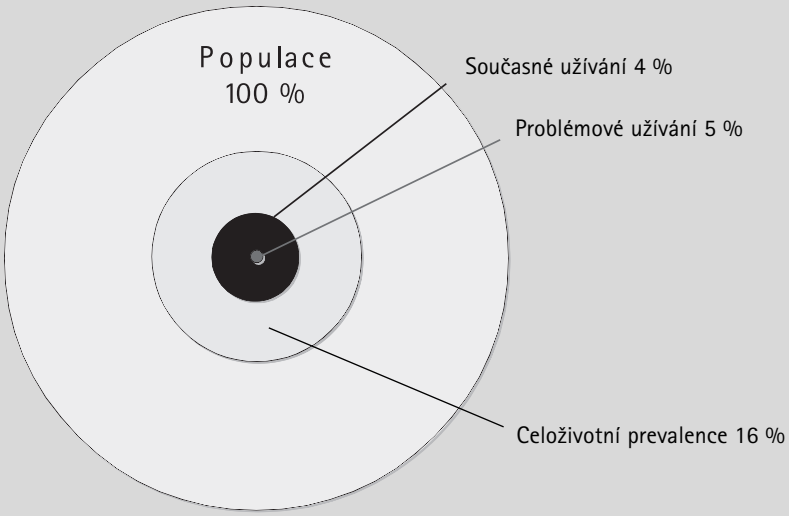
Obr. 2*: Prevalenční kotlík*



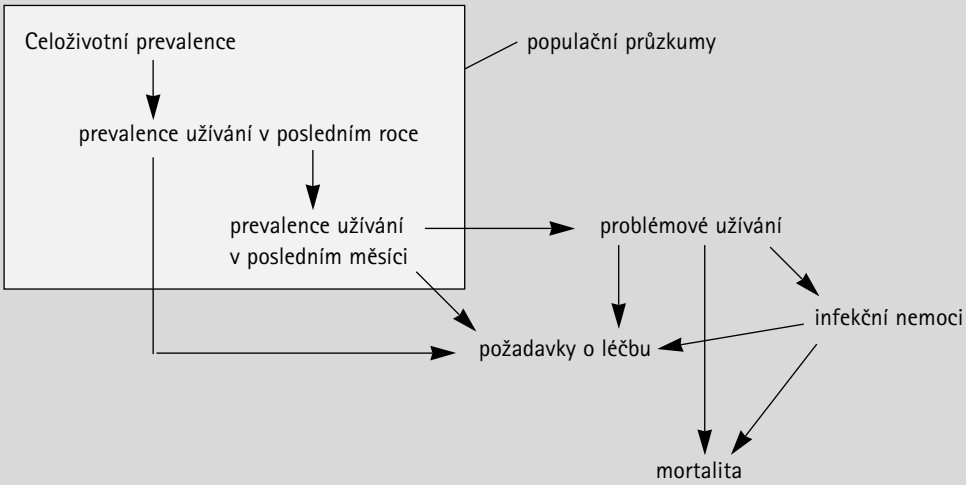
Obr. 3*: Vztah mezi některými typy prevalence*



Obr. 4*: Kvantitativní poměry mezi některými typy prevalence v ČR, 2001*



Obr. 5*: Vzájemný vztah pěti základních indikátorů – toky osob*



Literatura

■ Bém P., Minařík J., Kuda A., Hrdina P. (1999): Charakteristiky rizikového chování u skryté populace problémových uživatelů drog – kvalitativní studie (Characteristics of Risky Behaviour within the Hidden Population of Drug Users – Qualitative Study). In: Bém P., Minařík J., Rhodes T. (Eds.): Rapid assessment of the Czech Republic. PHARE „Technical Assistance to Drug Demand Reduction" & National Drug Commission of the Czech Republic, Praha

■ Csémy L., Sovinová H., Komárek J. (2000): Drogy a taneční scéna (Drugs and the dance scene). Státní zdravotní ústav, Praha

■ EMCDDA (2001): Extended Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union; Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 1997, 1998, 1999, 2000

■ EMCDDA (2002): Key indicators [Web Page]. Accessed 2002 Jul 7. Available at: http://www.emcdda.org/situation/methods_tools/key_indicators.shtml.

■ Janout V. (1995): Základy epidemiologie (Basics of Epidemiology), 1.vydání. Vydavatelství Univerzity Palackého, Olomouc

■ Komenda S. (1999): Úvod do metodologie zdravotnického výzkumu (Introduction into the Health Research Metodology). Vydavatelství Univerzity Palackého, Olomouc

■ Miovský M., Urbánek T. (2001): Výzkumná zpráva NEAD 2000 (The NEAD 2000 – Research Report). Scan, Tišnov

■ Meziresortní protidrogová komise (2000): Národní protidrogová strategie 2001 – 2004 (National Drug Policy Strategy 2001 – 2004). Úřad vlády ČR

■ Nožina M. (1997): Svět drog v Čechách (World of Drugs in Czech Republic). KLP – Koniasch Latin Press & Livingstone, Praha, & Orlík nad Vltavou

■ Polanecký V., Šejda J., Studničková B., Klaka J., Šeblová J., Hančlová, H. (2002): Epidemiologie drog a uživatelů drog – Česká republika 2001, 2000, 1999, 1998, 1997, 1996, 1995. Hygienická stanice hl. m. Prahy, Praha

■ Polanecký V., Šmídová O., Studničková B., Šafr J., Šejda J., Hustopecký J. (2001): Mládež a návykové látky v České republice – trendy let 1994 – 1997 – 2001 (Youth and Addictive Substances in Czech Republic: Trends 1994 – 1997 – 2001). Hygienická stanice hlavního města Prahy, Praha

■ Tyrlík M., Zuda T., Bém P. and Power R. (1997) Zhodnocení drogové situace v ČR 1996 (Rapid Assessment of the Drug Use Situation in the Czech Republic). MPK a FF MU Brno, Brno/Praha

■ United Nations (2002): World Drug Report. Oxford University Press, Oxford – New York

■ Victoria Premier's Drug Advisory Council (1996): Drugs and our Community. Report of the Premier's Drug Advisory Council, March 1996. Victorian Government, Melbourne

■ World Health Organisation (1992): Mezinárodní statistická klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10. WHO & Ústav zdravotnických informací a statistiky; Praha

■ WHO, EMCDDA, UNDCP (1997): Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment – Working Papers 1 – 8. WHO, Lisbon, Wienna, Zurich

■ WHO, UNDCP, EMCDDA (2000): Framework Workbook. Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment edn., WHO, Geneva

■ Zábranský T. (Ed.) (2001): Adiktologie Supplementum: Vybrané substudie Analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR. Adiktologie, 1 (1):1 – 256.

■ Zábranský T., Mravčík V., Gajdošíková H., Miovský M. (2001): PAD: projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR. Souhrnná závěrečná zpráva. – PAD: Impact Analysis Project of New Drugs Legislation. Summary Final Report. ResAd a Scan, Praha, Tišnov

■ Zábranský T., Langer I., Gronský L., Mravčík V. (1997): Racionální protidrogová politika (Rational Drug Policy). Votobia, Olomouc

■ Zábranský T., Miovský M., Mravčík V., Gajdošíková H., Kalina K. (2001): Projekt analýzy dopadů novelizované protidrogové legislativy v ČR: metodologie a průběžná zpráva pro zasedání vlády ČR 17. ledna 2001 (č.j. 23/01) (Impact Analysis Project of New Drug Legislature: Methodology and State-of-Art Report for the Governmental session 2001-01-17 #23/01). Meziresortní protidrogová komise vlády ČR, Praha

MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

Promoval na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v r. 1993. V roce 2002 získal titul PhD. v oboru epidemiologie. Jako národní vedoucí Komponentu 1 PHARE Twinning Projectu „Strenghtening Drug Policy" zodpovídá za vybudování Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti v ČR. Pracuje jako expert mezinárodních organizací (EMCDDA, WHO, Pompidou Group) a je členem redakčního týmu EMCDDA Regional Report on Drugs – Accessing Countries. Byl autorem výzkumného designu a vedoucím výzkumného týmu PAD (Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy), zadaného vládou ČR, který získal Cenu Jaroslava Skály za rok 2001. V letech 1999 – 2001 byl vedoucím české části mezinárodního výzkumného projektu Evropské komise Copernicus – Global Approach on Drugs pod vedením prof. Rogera Palma. Je autorem jedné knihy a řady odborných i populárně-naučných článků, tématicky svázaných s drogovou problematikou. Aktivně také působí jako překladatel a redaktor českých překladů zahraniční odborné literatury.

Kontakt – E-mail: tomas@zabransky.cz

1/5 Úmluvy OSN a zahraniční legislativa o omamných a psychotropních látkách

Alexander Sotolář

Klíčová slova: administrativní a kontrolní mechanismy – represe – trestní postih – úmluvy OSN – vyvážený přístup

Úvod

Produkce a obchod s drogami i jejich zneužívání nabývá stále více globální charakter a jeho důsledky se projevují prakticky v každé zeměpisné oblasti. Mezinárodní společenství a instituce se proto snaží přijímat vhodná opatření a průběžně reagovat na aktuální vývoj v této oblasti a na změny drogové scény. V tomto směru jsou aktivní jak jednotlivá regionální seskupení (Evropská unie, Organizace amerických států a další), tak i celosvětové instituce, zejména OSN a WHO. Většina států podílejících se na činnosti těchto organizací dosáhla postupně v druhé polovině 20. století konsensu v základních otázkách přístupu k řešení drogových problémů a dopracovala se k přijetí řady mezinárodních úmluv. Klíčový význam v celosvětovém měřítku i z hlediska České republiky přitom má Organizace spojených národů a na její půdě uzavřené tři nejvýznamnější mezinárodní dohody týkajících se omamných a psychotropních látek:

1) Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961, ve znění Protokolu z roku 1972 o změnách Jednotné úmluvy o omamných látkách (vyhláška č. 47/1965 Sb., ve znění sdělení č. 458/1991 Sb.)

2) Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971 (vyhláška č. 62/1989 Sb.)

3) Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988 (sdělení č. 462/1991 Sb.)

Všechny uvedené úmluvy vychází z toho, že výroba drog, obchodování s nimi a konzumace drog představují vážný celosvětový problém, který se nevyhýbá žádnému státu, bez ohledu na jeho ekonomickou vyspělost, kulturu, historii či geografickou polohu. Jde o problém, který má své aspekty zdravotní, sociální, kulturní, ekonomické, bezpečnostní a další. Drogová problematika je též významným kriminogenním faktorem – drogy jsou častou příčinou trestné činnosti různého druhu. Nejde jen o vlastní drogové delikty spočívající v nelegální výrobě drog a zakázané manipulaci s nimi, ale rovněž o další velice nebezpečnou činnost spojenou s jejich zneužíváním – od deliktů majetkových, přes útoky proti životu a zdraví až po organizovaný zločin. Tyto skutečnosti vedly k tomu, že většina států začala považovat nelegální výrobu drog, jejich nezákonnou distribuci a některé další nepovolené způsoby zacházení s nimi za trestné činy. Proto také bylo možné do citovaných základních mezinárodních úmluv týkajících se nakládání s drogami zakotvit povinnost smluvních stran důsledně kontrolovat výrobu drog, další nakládání s nimi omezit jen na nezbytně nutnou míru, zakázat jejich nelegální distribuci a porušení těchto zákazů trestně stíhat[1].

Kontrola a regulace

Mezi základní všeobecné závazky smluvních stran podle těchto úmluv patří přijetí *legislativních a správních opatření*, která jsou nutná k omezení produkce, výroby, vývozu, dovozu, distribuce, obchodu, použití a přechovávání omamných a psychotropních látek. Za účelem dosažení cílů sledovaných těmito úmluvami jsou v nich zakotveny nezbytné kontrolní mechanismy a formy dohledu příslušných mezinárodních orgánů nad dodržováním závazků, které z nich vyplývají.

Látky podléhající kontrole podle Jednotné úmluvy o omamných látkách z roku 1961 a podle Úmluvy o psychotropních látkách z roku 1971 jsou zařazeny do celkem osmi seznamů omamných a psychotropních látek, které jsou připojeny k těmto úmluvám. Seznam dalších sledovaných látek je obsažen ve dvou tabulkách tvořících přílohu Úmluvy OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988[2]. V případě potřeby jsou tyto seznamy aktualizovány a doplňovány. Tento proces mohou iniciovat jednotlivé smluvní strany a Světová zdravotnická organizace. Smluvní strany jsou kromě toho povinny učinit vše co je v jejich moci, aby látky, které nejsou dotčeny těmito úmluvami, ale mohou být zneužity k nedovolené výrobě drog, byly podrobeny co největšímu dohledu.

[1] Od roku 1993 má Česká republika vlastní protidrogovou strategii, která se snaží uvést v život pravidla zakotvená v uvedených úmluvách. Specifické závazky vyplývající z jejích trestních ustanovení jsou pak promítnuty zejména v § 187 až § 188a trestního zákona a v § 29 a § 30 zákona o přestupcích (viz kapitola I.7).

[2] Všechny látky zahrnuté do těchto seznamů podléhají kontrole též podle české vnitrostátní legislativy. Vyjmenovány jsou v přílohách zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, a nařízení vlády č. 192/1988 Sb., o jedech a některých jiných látkách škodlivých zdraví, ve znění pozdějších předpisů.

Výroba, pěstování, dovoz, vývoz a distribuce omamných a psychotropních látek podléhají přísným *omezením*. Úmluvy povolují výrobu a pěstování těchto látek v zásadě toliko pro lékařské a vědecké účely. V zájmu toho, aby se tyto již vyrobené nebo vypěstované látky nedostaly do rukou někoho, kdo by je mohl zneužít, stanoví úmluvy také přesná pravidla pro jejich distribuci k spotřebitelům a pro obchod s nimi, včetně jejich dovozu ze zahraničí a vývozu do zahraničí. Veškeré nakládání s nimi musí být důkladně evidováno. Uvedené látky nesmí být předepisovány nebo vydávány pro použití jednotlivci jinak než na lékařský předpis, s výjimkou případů, kdy jednotlivci mohou zákonně obdržet, používat nebo podávat tyto látky v rámci léčebně preventivní péče, hygienické péče nebo v souvislosti s činností vědeckovýzkumných ústavů. Navíc úmluvy požadují, aby výroba, dovoz, vývoz, obchod a distribuce omamných a psychotropních látek byly prováděny pouze na základě povolení (licence). Smluvní státy jsou zároveň povinny na subjekty, které takovou licenci obdržely, průběžně dohlížet a zabránit tomu, aby se v jejich držbě nahromadilo množství drog, jež by překračovalo množství potřebné pro normální chod podniku. Stejně tak musí zakázat držbu drog bez zákonného povolení[3].

Na dodržování plnění závazků z těchto úmluv dohlíží *mezinárodní kontrolní orgány*, jimiž jsou Komise pro omamné látky při Hospodářské a sociální radě OSN a Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek[4]. Cílem jejich působení je omezit pěstování, produkci, výrobu a používání omamných a psychotropních látek jen na přiměřené množství potřebné pro lékařské a vědecké účely. Přitom jde o to na jedné straně zajistit, aby byly omamné a psychotropní látky pro tyto účely k dispozici z legálních zdrojů, a na druhé straně zabránit nedovolenému pěstování, produkci a výrobě omamných a psychotropních látek, obchodu s nimi a jejich nedovolenému používání. V té souvislosti mohou smluvní strany získat od OSN technickou a finanční pomoc a samy jsou povinny zaslat Mezinárodnímu úřadu pro kontrolu omamných látek informace o potřebě omamných a psychotropních látek a další statistické údaje ohledně jejich produkce, výroby, spotřeby, dovozu a vývozu, stejně jako informace o jejich použití k výrobě jiných drog, přípravků a dalších sledovaných látek, o množství zabavených látek a o jejich zásobách.

Trestní ustanovení, úloha represe

Všechny tři uvedené úmluvy OSN o kontrole drog obsahují též rozsáhlá *trestní ustanovení*. Ta požadují po státech, které jsou jejich smluvními stranami, aby s výhradou svých ústavních předpisů učinily opatření nezbytná k zabránění pěstování, produkce, výroby, těžby, přípravy, držby, nabídky, distribuce, koupě, prodeje, zprostředkování, odeslání, tranzitu, dopravy, dovozu a vývozu omamných a psychotropních látek, neodpovídající ustanovením těchto úmluv, a aby tyto i jakékoliv jiné činy, které odporují těmto úmluvám, byly považovány za trestné činy, jsou-li spáchány úmyslně. Úmluvy zakazují též přechovávání, získávání nebo pěstování jakýchkoliv omamných nebo psychotropních látek pro osobní potřebu. Úmyslné překročení toho zákazu mohou jednotlivé státy rovněž trestat jako trestné činy podle vlastního právního řádu. Tím ovšem škála trestně postižitelných činů nekončí. Úmluvy stanoví i další typy jednání souvisejících s výrobou, distribucí a zneužíváním omamných a psychotropních látek, které mají jednotlivé státy považovat za trestné. Mezi ně patří zejména organizování a financování výroby drog, převody, ukrývání či zatajování majetku sloužícího k výrobě a distribuci drog nebo z nich pocházejícího, kroky směřující k legalizaci příjmů z drogové trestné činnosti, napomáhání, podněcování a navádění ke spáchání takové trestné činnosti, držba zařízení, materiálů nebo látek určených k nedovolenému pěstování, výrobě, nebo zhotovování jakýchkoli omamných nebo psychotropních látek, stejně jako spolčení a spiknutí za účelem spáchání drogových trestných činů.

Vedle toho jsou v úmluvách vyjádřeny zásady, které mají za cíl dosáhnout efektivního používání trestní represe vůči drogové delikvenci s ohledem na její zdůrazňovanou závažnost. Jde například o přísnější posuzování možnosti dřívějšího propuštění odsouzených osob z výkonu trestu odnětí svobody, o prodloužení promlčecí doby drogových deliktů, o zajištění mezinárodní spolupráce při trestním stíhání pachatelů trestných činů tohoto druhu, včetně možnosti jejich extradice apod. Úmluvy rovněž specifikují, které okolnosti je třeba považovat u trestných činů souvisejících s drogami za okolnosti zvlášť přitěžující. Mezi ně patří zejména činnost v rámci mezinárodních zločineckých organizací, použití násilí či zbraní, recidiva, skutečnost, že pachatel zastává veřejný úřad a že trestný čin souvisí s tímto úřadem, zneužití mladistvých a okolnost, že trestný čin byl spáchán v nápravném nebo školním zařízení, případně v jeho bezprostřední blízkosti apod. Každá smluvní strana je povinna přijmout opatření, jimiž zajistí, že obžalovaná osoba, která se nachází na

[3] V ČR se tak stalo zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, viz kapitola I.7.

[4] UN Commission for Narcotic Drugs, International Drug Control Bureau. Další instituce, Program OSN pro kontrolu drog (UNDCP), je pověřena plánováním a realizací mezinárodních programů pod patronací OSN. Sídlem všech je Vídeň.

jejím území, se dostaví k trestnímu řízení, jakož i opatření potřebná ke konfiskaci omamných a psychotropních látek, materiálů nebo zařízení, případně jiných prostředků užitých při spáchání těchto trestných činů, a kroky směřující k zabavení výtěžků získaných z drogových trestných činů.

Základním *účelem* uvedených úmluv je vytvořit vhodné legislativní prostředí pro boj proti zneužívání drog v celosvětovém měřítku. Převažují v nich sice represivně zaměřená odstrašující ustanovení, současně však v potřebném rozsahu zohledňují nezbytnost pozitivní motivace osob užívajících drogy k životu bez nich. Cílem trestní represe, kterou státy používají proti drogovým deliktům, je zejména omezení a snížení nabídky drog, byť určitou podpůrnou roli může represe sehrávat i ve vztahu k poptávce po drogách. Úmluvy vychází z toho, že snížení nabídky je možné především uvězněním či podobným omezením osobní svobody těch pachatelů, kteří nabídku drog zajišťují – výrobců, distributorů, dealerů, zprostředkovatelů, prodejců atd. Rovněž další úmluvami doporučované tresty – peněžitý trest či propadnutí majetku – mohou významně ovlivnit nabídku drog zejména tím, že omezují materiální zázemí pachatelů pro jejich šíření. Prohlášení různých způsobů nelegální manipulace s drogami za trestné činy či za jiné delikty vytváří současně podmínky pro účinné zásahy specializovaných policejních, celních či jiných jednotek proti výrobcům a distributorům drog, při nichž lze odhalit a zabavit nelegálně držené drogy v jakémkoli množství. Průběžně vzrůstá význam koordinovaného využití prostředků trestní represe i v rámci mezinárodní spolupráce států při postihu drogových deliktů, bez níž již není myslitelný účinný boj s tímto druhem trestné činnosti. Konečně, pokud jde o oblast snižování poptávky, trestnost drogových deliktů je nezbytnou součástí procesu formování celospolečenského vědomí, že zneužívání drog je značně společensky škodlivé a je spojeno s řadou závažných negativních důsledků, proti nimž se společnost musí bránit i prostředky trestní represe (viz Sotolář, Púry a kol., 2000 a).

Řada ustanovení citovaných úmluv OSN o kontrole drog svědčí o tom, že trestní represe má v reakci států na tzv. drogovou kriminalitu své nezastupitelné místo, její možnosti jsou však omezené a nelze ji považovat za jediný prostředek boje proti negativním jevům spojeným s užíváním drog. Proto i výše uvedené úmluvy umožňují signatářským státům řešit otázku vhodnosti postihu výroby, distribuce a zneužívání drog velice flexibilně – od klasického trestněprávního postihu tresty odnětí svobody, přes využití alternativních trestů a alternativních opatření k pouhému napomenutí, případně k uložení správních sankcí. Pro některé případy, zejména pak zneužívání drog osobami závislými na drogách, zůstává otevřená i možnost upustit od výroku o vině a trestu a upřednostnit vhodná terapeutická a resocializační opatření. V zásadě tedy tyto úmluvy nevyžadují, aby byli pachatelé uvězněni, ale umožňují individuální přístup v každém jednotlivém případě, včetně použití různých alternativních forem řešení stíhaných trestných činů. Velký význam je přitom přikládán motivům jednání trestně stíhaných pachatelů.

Vyvážený přístup: represe a její alternativy

Pro uvedené mezinárodní úmluvy a na ně navazující národní legislativu a protidrogové strategie je příznačná snaha o vyváženost a o relativní ucelenost přístupu k řešení tak složitého společenského problému, jakým je zneužívání drog a všechny legální a zejména pak nelegální aktivity, které s ním souvisejí. Národní protidrogové strategie většiny signatářských zemí vycházejí z řady společných zásad, třebaže se v posloupnosti priorit nezřídka liší. Jejich společným jmenovatelem je důraz na potlačování nedovolené nabídky drog a snaha omezit poptávku po nich, snížit společenskou přijatelnost a dostupnost drog pro mládež, nabídnout rizikovým skupinám osob alternativní životní styly, minimalizovat počty onemocnění a předčasných úmrtí spojených s užíváním drog, a předcházet negativním vlivům užívání drog na rodinné a širší sociální prostředí, na pracovní kvalifikaci a produktivitu práce, ale i na celkovou kvalitu života. V souladu s mezinárodními úmluvami je velký význam přikládán prevenci[5].

Dnes již všeobecně přijímaná zásada vyváženosti se promítá i do odlišného přístupu k těm, kdo drogy nelegálně distribuují (nebo s nimi jinak manipulují ze zištných důvodů) a k těm, kdo je užívají nebo jsou na nich závislí[6]. Zatímco v prvním případě stojí na prvním místě prostředky trestního práva, v druhém případě je dávána přednost prevenci, léčbě a resocializaci.

[5] Článek 38 Jednotné úmluvy o omamných látkách z roku 1961 a článek 20 Úmluvy o psychotropních látkách z roku 1971 výslovně stanoví, že smluvní strany jsou povinny přijímat praktická opatření za účelem prevence zneužívání omamných látek a včasného zjištění, léčení, výchovy, doléčení, rehabilitace a nového začlenění do společnosti osob, jichž se to týká. Své úsilí přitom musí koordinovat tak, aby těchto cílů dosáhly. Pokud to je možné, mají napomáhat také při odborném vzdělávání osob věnujících se léčení, doléčování, rehabilitaci a novému začleňování osob závislých na omamných a psychotropních látkách do společnosti, stejně jako přijmout všechna praktická opatření, aby osoby, jejichž práce to vyžaduje, byly seznámeny s problematikou užívání drog včetně prevence, a také zvyšovat informovanost širší veřejnosti o těchto otázkách. Za účelem snížení utrpení lidí a omezení finančních zdrojů pro nedovolený obchod s drogami je smluvním stranám doporučeno přijetí vhodných opatření zaměřených na likvidaci nebo omezení nedovolené poptávky po omamných a psychotropních látkách.

[6] Tento přístup je spojen s důkladným zjišťováním motivů jednání trestně stíhaných pachatelů. Některá zákonodárství zohledňují jako určující kritérium též druh zneužívané drogy. Jiná stanoví jako měřítko pro odlišování mezi držením drogy pro osobní potřebu závislé osoby a držením pro nezákonné obchodování množství drogy.

Proti osobám, které jsou výrobci drog, jejich distributory či obchodníky s drogami, jsou tedy namířena přísná represivní opatření. Shody bylo na mezinárodní úrovni dosaženo zejména v přístupu k potlačování výroby drog, přičemž většina států přistoupila v osmdesátých a devadesátých letech 20. století k výraznému zostření trestů. V poslední době se pak těžiště sféry represe přesouvá na pole boje proti nedovolenému obchodu s drogami, zvláště proti jeho mezinárodně organizovaným formám a proti praní špinavých peněz.

Nerepresivní a diferencovaný přístup je naopak volen vůči prvokonzumentům, experimentátorům a osobám již závislým na drogách. Zde mají místo především různé *alternativy* k standardnímu potrestání. Využití těchto alternativ je zpravidla podmíněno vhodnými léčebnými, poradenskými, rekvalifikačními a resocializačními opatřeními, která jsou způsobilá dostatečně účinně nahradit trest a trestní postih. Cílem těchto opatření je především snížit poptávku po drogách a pokud možno eliminovat příčiny vedoucí k jejich konzumaci.

Alternativní sankce a opatření jsou obecně upřednostňovány rovněž v oblasti zákonného postihu *držení drog pro vlastní potřebu*. V této oblasti však přetrvávají poměrně velké národní odlišnosti a specifika, a to v široké škále od trestního stíhání a trestání přes systém odklonů od standardního postihu až po faktickou dekriminalizaci konzumace drog. Jsme svědky vývoje, jehož smyslem je vyvážení represe a léčebně preventivních opatření a stimulace konzumentů drog ke zbavování se škodlivých sociálně patologických návyků.

Většina signatářských zemí uvedených úmluv neoznačuje jako trestné samotné užívání drog, nýbrž řeší věc prostřednictvím trestního postihu jejich držení pro vlastní potřebu uživatele. Ve shodě s doporučením mezinárodních úmluv upřednostňovat ve vztahu k uživatelům drog všude tam, kde je to možné, alternativní nerepresivní přístupy, disponují však orgány činné v trestním řízení a zejména soudy uvedených zemí řadou možností, jak zmírňovat tvrdost zákona například ve vztahu k prvokonzumentům nebo příležitostným uživatelům určitých typů drog, zvláště konopných produktů, a ve vztahu k drogově závislým osobám, které projeví přání léčit se[7]. Drogově závislé osoby se považují spíš za pacienty, jimž je nutno pomoci, než za pachatele, kteří mají být potrestáni[8].

Alternativní opatření a postupy uplatňované ve vztahu k osobám závislým na drogách nutně vybočují z rámce tradičně represivního systému trestní justice. Předpokladem jejich efektivního využití je kvalitní a dostatečně široká nabídka různě zaměřených programů umožňující individuální přístup k řešení problémů jednotlivých trestně stíhaných osob. Tento přístup není prakticky myslitelný bez součinnosti odborníků různých profesí, soudci, státními zástupci, mediátory a probačními úředníky počínaje a lékaři konče.

[7] Kromě dobrovolné a výrazně doporučené léčby přichází v některých zemích v úvahu i léčba nucená. Soudně přikázaná i soudem akceptovaná dobrovolná léčba je chápána jako stimul k odstraňování návyku a důvod k neuložení nebo zmírnění trestu. Důležitou úlohu zde hraje otázka individuálního posouzení každého případu, a to i na základě odborných expertiz, neboť jde o to, aby se léčebná alternativa a terapie vůbec používala v případech, kdy dotyčná osoba léčení skutečně potřebuje.

[8] Uveďme několik ilustrací ze zemí Evropské unie. V Portugalsku ukládá zákon soudci povinnost důkladně zkoumat každý případ, přičemž v praxi se zpravidla upouští od potrestání v prvním případě, výstraha se uplatňuje u příležitostných uživatelů drog a odklon od potrestání u pachatelů, kteří požádají o léčbu. V přísnějším Švédsku, kde držení drogy pro vlastní potřebu může být teoreticky trestáno až půlročním odnětím svobody, se v praxi držení malého množství konopných produktů nebo amfetaminů pro vlastní potřebu pouze pokutuje, zatímco držení i malého množství heroinu nebo kokainu se již trestá odnětím svobody. Nepodmíněný trest odnětí svobody se zpravidla ukládá v případech spojených s další závažnou trestnou činností páchanou buď pod vlivem drog, nebo za účelem jejich získávání a opatřování finančních prostředků na jejich nákup. Příkladem diskrepancí mezi literou zákona a vlastní praxí je Nizozemsko, které de iure prohlašuje za trestné jakékoliv držení drogy bez náležitého povolení, ale de facto depenalizuje nejen držení konopných produktů pro vlastní potřebu, ale i provozování drobného dealerství uživateli, přičemž je tolerováno i držení denní dávky tzv. tvrdé drogy pro vlastní potřebu. V Německu doporučil Ústavní soud v Karlsruhe v roce 1994 nadále nestíhat držení a dokonce ani dovoz malého množství cannabisu pro vlastní potřebu uživatele, i když se jedná o trestný čin. Blíže k tomu viz Sotolář a kol. (1999 – 2000) a Pikna (1996).

Summary International Legislation and UNO Conventions on Narcotic and Psychotropic Substances

An overview of the international drug legislation with particular reference to the UNO conventions and the consequent obligation for the CR. First, obligations of the administrative and control type are summarised and the role of UNO bodies is explained. Further, penal measures are presented. UNO conventions are taken as a basis of the "balanced approach", as their major purpose is to form an international legislative framework to combat illicit drugs. However, they also regard prevention and positive motivation of users to live without drugs. In the case of users, alternatives of penalisation are applied while severe repression is addressed to the producers, distributors, traders, etc. At its end the chapter gives several examples of solving the problem of "possession of drugs for own purpose" in the legislation of developed countries.

Key words: administrative and control measures – balanced approach — penalisation — repression – UNO conventions

Literatura a přehled právní úpravy viz kapitola 1/6

JUDr. Alexander Sotolář

Nar. 1959 v Sobrancích. V roce 1982 absolvoval Právnickou fakultu University Karlovy v Praze. Od skončení studia až doposud působí v justici. Zpočátku se věnoval profesi soudce, poté vzdělávací činnosti na Institutu pro další vzdělávání soudců a státních zástupců a legislativní činnosti na Ministerstvu spravedlnosti ČR, a nyní od roku 2000 opět profesi soudce (v současnosti předseda senátu Městského soudu v Praze). Působí též jako externí pedagog na Justiční akademii a na Policejní akademii a jako lektor Soudcovské unie ČR. Je členem Soudcovské unie ČR a International Association of Youth and Family Judges and Magistrates. Zahraniční studijní pobyty: v r. 1993 v USA, zaměřený na praktické uplatnění anglo-amerických procesních pravidel, v r. 1994 na Ecole nationale de la magistrature v Paříži a Bordeaux, věnovaný francouzskému procesnímu systému a alternativám k standardnímu trestnímu řízení. Legislativní činnost: od roku 1993 se podílel především na přípravě rekodifikace trestního práva hmotného a procesního, na zpracování několika dílčích novel trestních kodexů a na legislativních změnách spojených s konstituováním Probační a mediační služby. Publikační činnost: je vedoucím autorských kolektivů knih věnovaných alternativním způsobům řešení trestních věcí a trestné činnosti ve finanční oblasti, spoluautorem monografií o soudnictví pro mladistvé a o hospodářské trestné činnosti a editorem několika srovnávacích studií, zaměřených zejména na uplatnění alternativních způsobů řízení v trestních věcech. Řadu článků publikoval i v odborných časopisech (Právní rozhledy, Trestní právo, Právní praxe, Právní rádce). Kromě jiného se zabývá též trestně právní problematikou omamných a psychotropních látek. Vedle několika článků v odborném právnickém tisku v této oblasti připravil též sborník „Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení."

Kontakt: Městský soud pro Prahu, Spálená 2, 112 16 Praha 2
E-mail: ASotolar@msoud.pha.justice.cz

1/6 Legislativa České republiky o omamnych a psychotropních látkách se zvlástním zretelem na trestněprávní aspekty

Alexander Sotolář

Klíčová slova: diferencovaný přístup k pachatelům – legislativa ČR – trestní postih – trestní zákon – zákon o návykových látkách

Základní mimotrestní legislativa o návykových látkách

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, je klíčovou mimotrestní normou upravující omezení v zacházení s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory. Stanoví pravidla výzkumu, výroby, zpracovávání, odběru, skladování a používání těchto látek, přípravků a prekursorů, dále jejich koupě a prodeje, jakož i nabývání a pozbývání dalších věcných nebo závazkových práv s nimi spojených, zprostředkování smluv o jejich převodech a zastupování při uzavírání takových smluv. Toto zacházení s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory je v zásadě možné pouze na základě zvláštního povolení, které ve smyslu § 4 a § 8 citovaného zákona vydává Ministerstvo zdravotnictví. Každé nakládání s nimi bez takového povolení je *neoprávněné.*

Okruh produktů, patřících mezi *omamné a psychotropní látky*, je vymezen v přílohách č. 1 až 7 zákona o návykových látkách. Seznamy v nich obsažené jsou směrodatné rovněž z hlediska trestněprávní ochrany proti zneužívání omamných a psychotropních látek obsažené v § 187 až § 188a trestního zákona (viz dále). Obecná definice toho, co jsou omamné a psychotropní látky je upravena v § 2 písm. a) zákona o návykových látkách. Podle tohoto ustanovení to jsou takové látky, u kterých vzniká nebezpečí chorobného návyku nebo psychických změn nebezpečných pro společnost nebo pro toho, kdo je opakovaně bez odborného dohledu používá[1]. *Přípravkem obsahujícím omamnou nebo psychotropní látku* se pak rozumí roztok nebo směs v jakémkoli fyzikálním stavu obsahující jednu nebo více omamných nebo psychotropních látek [srov. § 2 písm. b) zákona č. 167/1998 Sb. a přílohu č. 8 k tomuto zákonu]. Konečně prekursory jsou v obecné rovině výchozí látky nebo meziprodukty, z nichž při látkové přeměně vznikají omamné nebo psychotropní látky nebo přípravky je obsahující. Konkrétně jde o látky uvedené v příloze č. 9 zákona č. 167/1998 Sb., jakož i roztoky nebo směsi obsahující jednu nebo více látek uvedených v této příloze[2]. Omamné a psychotropní látky uvedené v příloze č. 3 a 4 zákona o návykových látkách a přípravky je obsahující mohou být použity pouze k vědeckým a velmi omezeným terapeutickým účelům vymezeným v povolení k zacházení s nimi. Ostatní omamné a psychotropní látky a přípravky je obsahující mohou být použity jak k terapeutickým a vědeckým účelům, tak k účelům výukovým a veterinárním (§ 3 odst. 2 citovaného zákona).

Specifická podrobná ustanovení obsahuje zákon o návykových látkách ohledně regulace vývozu, dovozu a tranzitních operací s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory (srov. § 20 a násl. citovaného zákona); zákazy v oblasti pěstování konopí a koky a vývozu a dovozu makoviny vymezují ustanovení § 24 a § 25 citovaného zákona. Touto právní úpravou jsou v našem zákonodárství provedeny mimotrestní závazky vyplývající z úmluv OSN[3].

Trestněprávní rámec postihu zneužívání drog v České republice

Z hlediska celkového přístupu k řešení drogové problematiky je významné, že platná právní úprava zakazuje neoprávněné držení jakéhokoliv množství omamné nebo psychotropní látky pro jakékoliv účely a porušení tohoto zákazu také postihuje různě odstupňovanými sankcemi. Nejpřísněji jsou postihovány neoprávněné převody držených omamných a psychotropních látek a samotné přechovávání uvedených látek v jakémkoliv množství pro jiného podle § 187 trestního zákona. Naopak mírněji je stíháno přechovávání takových látek v množství větším než malém pro vlastní potřebu ve smyslu § 187a trestního zákona. Vedle skutkových podstat těchto trestných činů však na tyto případy dopadá též skutková podstata přestupku na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi[4] podle § 30 odst. 1 písm. j) zákona o přestupcích. Tímto přestupkem je postihováno držení drogy pro vlastní

[1] Mezi omamné látky patří podle citovaného zákona a úmluv OSN například kokain, heroin, opium nebo morfin; mezi psychotropní látky pak například efedrin nebo amfetamin.
[2] Prekursorem při výrobě metamfetaminu (pervitinu) je například efedrin. Ergometrin slouží jako prekursor při výrobě LSD.
[3] Viz kapitola I.5. Závazky vyplývající z trestních ustanovení těchto úmluv jsou pak promítnuty zejména v § 187 až § 188a trestního zákona a v § 29 a § 30 zákona o přestupcích.
[4] Pojem „toxikomanie" je v této kapitole používán s odkazem na znění zákona.

potřebu v množství, které nedosahuje rozsahu předpokládaného ustanovením § 187a odst. 1 trestního zákona, tedy jejího držení v malém množství. Za tohoto stavu je možné ve všech případech, kdy se zjistí držení omamné nebo psychotropní látky bez povolení k zacházení s ní podle zákona o návykových látkách, dosáhnout postupem podle § 11 odst. 1 písm. d), § 15, § 16 písm. b) a § 18 zákona o přestupcích nebo podle § 55 a § 73 trestního zákona a podle § 79 trestního řádu odnětí přechovávané látky jejímu držiteli a jejího propadnutí, resp. zabrání. Tím se mohou stát účinnějšími zásahy směřující proti pachatelům tzv. drogových deliktů, protože lze *zabavit jakékoli množství drogy*, pokud je kdokoli nelegálně přechovává, a to bez ohledu na účel přechovávání[5]. Komplexnost platné trestněprávní úpravy v drogové oblasti pak zajišťuje též možnost postihu výroby, opatření a přechovávání předmětů určených k nedovolené výrobě omamných a psychotropních látek podle § 188 trestního zákona a zakotvení skutkové podstaty trestného činu šíření toxikomanie podle § 188a trestního zákona.

Trestný čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187 TrZ

Nejzávažnějším z drogových trestných činů je trestný čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle ustanovení § 187 trestního zákona. Tento trestný čin postihuje pachatele, který neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabízí, zprostředkuje, prodá, jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed. Tímto způsobem se trestní zákon snaží chránit společnost i jednotlivce proti možnému ohrožení, které vyplývá z nekontrolovaného nakládání s uvedenými látkami a přípravky.

Jako *neoprávněná výroba* se tímto trestným činem postihuje nejen průmyslová nebo řemeslná výroba, ale i jakékoli jiné zhotovení nebo vytvoření omamné nebo psychotropní látky, přípravku obsahujícího omamnou nebo psychotropní látku, prekursoru nebo jedu subjektem, který k tomu nemá oprávnění. Ve své podstatě tedy jde o jakýkoli proces, vyjma produkce (pěstování, vypěstování)[6], jež umožňuje získání některé z uvedených látek. Trestná je výroba takových látek pro jiného i pro vlastní potřebu. V praxi se nejčastěji jedná o chemickou výrobu takových látek ze základních chemikálií, léčiv nebo přírodních surovin, a rovněž čištění a přeměna těchto látek v jiné takové látky.

Přechovávaním se rozumí jakýkoli způsob držení uvedených látek. Pachatel tedy nemusí takovou látku nosit s sebou nebo ji mít doma, ale stačí, že s ní může v případě potřeby disponovat (například ji má uloženou na nějakém jemu známém místě mimo své bydliště). K trestnímu postihu podle § 187 – přechovávání *pro jiného* – stačí jakékoliv množství takové látky, na rozdíl od přechovávání *pro sebe* podle § 187a trestního zákona, které je trestné pouze pokud se děje v množství větším než malém.

Trestný čin podle § 187 trestního zákona patří mezi tzv. ohrožovací trestné činy. K jeho dokonání proto dochází již nabízením uvedených látek, jejich vyrobením, dovezením, provezením, jejich přechováváním pro jiného, zprostředkováním jejich prodeje nebo jinou formou jejich opatření pro jiného, aniž by se taková látka dostala ke konečnému odběrateli. Předpokladem trestní odpovědnosti za tento trestný čin však je, že se tak děje neoprávněně.

Při naplnění znaků tohoto trestného činu v podobě základní skutkové podstaty může být pachatel potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let. Přísnější postih odnětím svobody na dvě léta až deset let hrozí pachateli, jestliže spáchá uvedený čin jako člen organizované skupiny nebo ve větším rozsahu anebo spáchá-li takový čin vůči osobě mladší než osmnáct let. K naplnění okolností podmiňující použití vyšší trestní sazby podle § 187 odst. 3 trestního zákona musí být činem získán značný prospěch, způsobena těžká újma na zdraví anebo musí k jeho spáchání dojít vůči osobě mladší patnácti let. Za těchto okolností může být pachatel potrestán odnětím svobody na osm až dvanáct let. Konečně trest odnětí svobody na deset až patnáct let hrozí pachateli v případě, způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví více osobám nebo smrt, získá-li prospěch velkého rozsahu anebo spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech. V případě mladistvých pachatelů se tyto trestní sazby ve smyslu § 79 odst. 1 trestního zákona snižují na polovinu, přičemž jejich horní hranice nesmí převyšovat pět let a dolní hranice jeden rok. V rámci takto stanovené trestní sazby jsou pak postižitelní například i mladiství žáci, kteří dovršili patnáctý rok věku a drogu nabízí svým spolužákům mladším patnácti nebo osmnácti let, přičemž skutkovou podstatu trestného činu podle § 187 odst. 1, odst. 2 písm. b) nebo odst. 3 písm. b) trestního zákona naplní bez ohledu na množství takto nabízené drogy.

Významnou skutečností, která by měla průběžně přispívat k odhalování závažné drogové kriminality je to, že n*epřekažení trestného činu* nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187 trestního zákona je trestné podle § 167 trestního zákona. Zpřísněný režim platí v takových případech i ohledně výkonu trestu odnětí svobody. Osoba odsouzená pro

[5] Viz Púry, Sotolář a Šámal (1999)

[6] Přitom není vyloučeno, aby již samotná vypěstovaná rostlina byla omamnou nebo psychotropní látkou, případně jedem. Tak tomu je například v případě pěstování koky, máku, indického konopí, ale i některých hub z rodu Stropharraia, Psilocybe apod. Jinak se ovšem pouhé vypěstování rostlin, které slouží k nedovolené výrobě jedu, omamné látky nebo psychotropní látky, posuzuje jako opatření předmětu určeného k nedovolené výrobě takových látek ve smyslu § 188 odst. 1 trestního zákona.

trestný čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187 odst. 4 trestního zákona může být podmíněně propuštěna až po výkonu dvou třetin uloženého trestu odnětí svobody (§ 62 odst. 1 trestního zákona).

Trestný čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187a TrZ

Další forma spáchání trestného činu nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů je upravena v § 187a trestního zákona. Podle tohoto ustanovení je trestně postižitelný ten, kdo bez povolení pro sebe přechovává některou z uvedených látek v *množství větším než malém*[7]. Za to mu hrozí trest odnětí svobody až na dvě léta nebo peněžitý trest. Odnětím svobody na jeden rok až pět let může být pachatel potrestán, pokud spáchá uvedený čin ve větším rozsahu. Ve srovnání s trestným činem podle § 187 trestního zákona tedy jde o čin mírněji trestný. Korespondujícím přestupkem je přestupek na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi podle § 30 odst. 1 písm. j) zákona o přestupcích.

Stanovení konkrétního množství, které je u jednotlivých látek *množstvím větším než malým*, ponechává zákon na výkladu a rozhodnutí soudu (na soudní judikatuře). Jisté však je, že toto ustanovení postihuje přechovávání uvedených látek, nikoliv jejich konzumaci. Proto na jeho základě nelze trestně postihovat držení jedné běžné dávky konzumentem drog (tzv. spotřební dávky), neboť to by fakticky kriminalizovalo samotnou konzumaci drog. K trestnímu postihu je třeba takové množství, které znamená zvýšené nebezpečí pro zdraví nebo život člověka. V té souvislosti se nelze obejít bez důkladného zvážení stupně případné závislosti konzumenta na užívání drogy, neboť denní dávka drogy u závislého jedince je do značné míry individuální. To vyžaduje posouzení konkrétních okolností každého případu, zejména pak druhu a účinnosti přechovávané látky, a toho, zda zjištěné množství je v daném případě způsobilé ve zvýšené míře ohrozit zdraví a případně i život člověka. Stávající soudní judikatura se přiklání k tomu považovat za množství větší než malé ve smyslu § 187a odst. 1 trestního zákona takové množství přechovávané látky, které vícenásobně – podle ohrožení vyplývajícího pro život a zdraví lidí ze škodlivosti jednotlivých látek – převyšuje běžnou dávku průměrného konzumenta[8].

V této souvislosti je důležité zodpovědět rovněž otázku, vůči komu směřuje ustanovení § 187a trestního zákona a sankce v něm zakotvené. Jisté je, že v tomto ustanovení nejde o postih tzv. dealerů či distributorů, tedy osob, které různým způsobem obchodují s drogami, resp. drogy vyrábějí, šíří či drží *pro jiného*. K jejich postihu je totiž určena skutková podstata podle § 187 trestního zákona, a to bez ohledu na přechovávané množství drogy. Na druhé straně by neměly být podle § 187a trestního zákona postihovány ani osoby skutečně nemocné, které u sebe přechovávají drogu, na jejímž užívání jsou závislé, a to v takovém množství, jež odpovídá stupni jejich závislosti na této droze.

Za nelegální přechovávání tedy nelze považovat ani držení drogy za účelem její aplikace poskytnuté ze zdravotních důvodů v rámci státem uznaného programu (například metadonového). Stejně tak není možné trestní odpovědnost vyvodit ani vůči osobám, u nichž jsou vzhledem k stupni závislosti na drogách již vymizelé rozpoznávací nebo ovládací schopnosti a v důsledku toho nejsou tyto osoby příčetné. V ustanovení § 187a trestního zákona rovněž nejde o trestní postih pouhého užívání drog, proto by podle něj neměla být vyvozována trestní odpovědnost ani vůči dalším osobám, které jsou například tzv. experimentátory v užívání drog a množství přechovávaných drog tomu odpovídá. K trestní odpovědnosti podle § 187a trestního zákona tedy nestačí, je-li někdo zadržen prokazatelně pod vlivem drogy (třeba i ve stavu intoxikace), a to ani s poukazem na argument, že před tím, než užil drogu, musel ji alespoň po minimální dobu přechovávat[9]. To prakticky znamená, že dosah skutkové podstaty § 187a trestního zákona je zúžen na případy, kdy bude u určitých osob zjištěno přechovávání drogy v množství, které přesahuje jejich běžnou potřebu (jde tedy o množství větší než malé ve výše vymezeném smyslu), ale nepodaří se jim prokázat, že ji přechovávají *pro jiného*[10].

Na skutkovou podstatu uvedenou v § 187a trestního zákona se *nevztahují* ustanovení § 167 a § 168 trestního zákona o trestnosti *nepřekažení* trestného činu a o *neoznámení* trestného činu. Proto by ani tato skutková podstata neměla v zásadě bránit v poskytování potřebné lékařské a další odborné pomoci uvedeným osobám.

Předmětem rozsáhlých odborných diskusí jsou dlouhodobě praktické formy postihu této drogové trestné činnosti. Zvláště problematické je trestání nemocných osob závislých na drogách. S ohle-

[7] V ustanovení § 187a trestního zákona je promítnut závazek vyplývající pro Českou republiku z článku 36 odst. 1 písm. a) Jednotné úmluvy o omamných látkách ze dne 31. března 1961, v němž je vyjádřen požadavek postihovat všechny formy neoprávněné držby drog.

[8] Srov. rozhodnutí publikované pod č. 46/2001 Sbírky rozhodnutí a stanovisek Nejvyššího soudu ČR; viz též Sotolář, Púry, Šámal, Kalina, Kudrle a kol. (2001), Púry, Sotolář a Šámal (1999), Šámal, Púry a Rizman (2001), Jelínek (1998), a Chmelík a kol.(1999).

[9] Viz Púry, Sotolář a Šámal (1999) a Sotolář, Púry, Šámal, Kalina, Kudrle a kol. (2001).

[10] Při přechovávání pro jiného podle § 187 není množství látky rozhodující.

dem na dopady a povahu této trestné činnosti je však v podstatě shoda v tom, že ať už se jí dopouští experimentátoři s drogami nebo osoby na nich závislé, je na místě volit vůči nim zvláštní přístup, odlišný od toho, který je uplatňován ve vztahu k pachatelům jiné obecné kriminality. V praxi je kladen důraz především na přednostní využívání alternativ k potrestání nepodmíněným trestem odnětí svobody: hojněji než v ostatních případech soudy přistupují k upuštění od potrestání za současného uložení ochranného léčení i bez něj, k podmíněnému upuštění od potrestání s probačním dohledem, k podmíněnému odsouzení k trestu odnětí svobody s probačním dohledem a k podmíněnému zastavení trestního stíhání.

U osob závislých na omamných a psychotropních látkách lze v potřebném rozsahu v souladu s doporučením článku 36 odst. 1 písm. b) Jednotné úmluvy o omamných látkách z roku 1961 využívat jako alternativu k trestu odnětí svobody rovněž léčení. V úvahu přitom přichází nejen tradiční nucené ochranné léčení ukládané podle § 72 trestního zákona, ale též dobrovolné absolvování léčení osobou závislou na drogách za současného podmíněného upuštění od potrestání s dohledem podle § 26 odst. 4 písm. c) trestního zákona, podmíněného zastavení trestního stíhání podle § 307 odst. 4 trestního řádu nebo uplatnění jiné alternativy k potrestání nepodmíněným trestem odnětí svobody ve smyslu § 45a odst. 1, § 57a odst. 3, § 59 odst. 2, § 60 odst. 1 nebo § 60a odst. 3 trestního zákona. Pozitivně motivující působení na obviněného může navíc posílit vhodné a kvalifikované využití specifických metod probační a mediační práce, případně součinnost mediátorů a probačních úředníků s psychology[11]. Přestože je tedy trestným činem již pouhé přechovávání drogy v množství větším než malém, jsou v rámci individuálního přístupu k posuzování jeho trestnosti uplatňovány zmíněné postupy tak, aby trestní represe, zejména pak v podobě nepodmíněného trestu odnětí svobody, nebyla (především u pachatelů závislých na užívání drog) jediným či rozhodujícím opatřením v reakci na tento trestný čin.

Trestný čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 188 trestního zákona

Poslední formu trestného činu nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů vymezuje § 188 trestního zákona. Toto ustanovení postihuje výrobu, opatření nebo přechovávání předmětu určeného k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku obsahujícího omamnou nebo psychotropní látku nebo jedu. *Nepřekažení* tohoto trestného činu je trestné podle § 167 trestního zákona.

Jde o *úmyslný* ohrožovací trestný čin, který je dokonán již vyrobením, opatřením nebo přechováváním předmětu určeného k výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku obsahujícího omamnou nebo psychotropní látku nebo jedu, aniž by muselo dojít k jeho použití ve výrobě těchto látek. Mezi uvedené *předměty* patří nejen přístroje, jiná zařízení a jejich součásti, ale i suroviny, které jsou podle své povahy způsobilé a zároveň určené k výrobě vyjmenovaných látek. Samotné opatření takového předmětu je trestné, ať už se tak stane pro pachatele nebo pro někoho jiného.

Sankce za tento trestný čin byly podstatně zpřísněny v roce 1998. Za naplnění znaků základní skutkové podstaty upravené v § 188 odst. 1 trestního zákona hrozí pachateli potrestání odnětím svobody na jeden rok až pět let, zákazem činnosti na jeden rok až deset let, peněžitým trestem až do výše 5.000.000,– Kč nebo propadnutím věci. Kvalifikované jednání spočívající v spáchání činu uvedeného v odstavci 1 ustanovení § 188 trestního zákona ve větším rozsahu nebo vůči osobě mladší než osmnáct let a případy, kdy pachatel takovým činem získá značný prospěch, jsou pak postihovány odnětím svobody na dvě léta až deset let[12].

Trestný čin šíření toxikomanie podle § 188a trestního zákona

Tohoto trestného činu se podle § 188a odst. 1 trestního zákona dopustí ten, kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří. Za to může být potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem. Odnětím svobody na jeden rok až pět let může být pachatel podle § 188a odst. 2 trestního zákona potrestán, spáchá-li čin uvedený v § 188a odst. 1 trestního zákona vůči osobě mladší než osmnáct let.

Tento úmyslný ohrožovací trestný čin směřuje k ochraně osob zejména z řad mládeže před rozšiřováním zneužívání návykových látek jiných než alkoholu[13].

Formy *svádění* zákon blíže nevymezuje. V praxi může jít například o přemlouvání ke zneužívání návykových látek, poučení, příp. předvedení způsobu zneužívání určité návykové látky či o jinou formu vyvolání rozhodnutí o zneužívání takové látky. Povahu svádění by mohlo mít i schvalování zneužívání návykové látky, pokud by jím bylo sledováno vzbuzení rozhodnutí o zneužívání takové látky v jiné konkrétní osobě.

---

11 Poznatky ze zahraniční i naší praxe svědčí o tom, že právě v případech, kdy dostane obviněný příležitost reálné volby mezi alternativami trestu a léčby, je pravděpodobnost úspěšnosti léčby i potřebného preventivního působení ve směru vyloučení recidivy trestné činnosti mnohem větší než v případech výlučně represivního přístupu. Blíže k problematice nucení osob závislých na drogách k léčbě a k možnostem využití Probační a mediační služby při řešení trestních věcí osob užívajících drogy viz Sotolář, Púry, Šámal, Kalina a Kudrle a kol. (2001).

12 Blíže k výkladu § 188 TrZ viz Šámal, Púry a Rizman (2001) a Sotolář, Púry, Šámal, Kalina, Kudrle a kol. (2001).

13 Ohledně alkoholu srov. trestný čin podávání alkoholických nápojů mládeži podle § 218 TrZ a trestný čin ohrožování mravní výchovy mládeže podle § 217 odst. 1 trestního zákona. Viz též trestný čin podávání anabolických látek mládeži podle § 218a trestního zákona.

Formy *podporování* také nejsou v zákoně blíže vymezeny. Podporování může mít formu fyzické i psychické (intelektuální) podpory. Fyzickým podporováním bude například opatření návykové látky, obstarání injekčních stříkaček, přivedení takové osoby do komunity, v níž je běžné zneužívání návykových látek, opatření bytu či jiné místnosti pro narkomana, kde může takovou návykovou látku nerušeně zneužívat apod. Podporování formou psychické pomoci je pak možno spatřovat v radě či utvrzování v předsevzetí zneužívat návykové látky.

Podněcováním ke zneužívání takové látky se v praxi rozumí projev, kterým pachatel zamýšlí vzbudit u jiných osob rozhodnutí nebo náladu vedoucí ke zneužívání návykových látek jiných než alkohol. *Šířením* je pak jakékoliv další jednání směřující k rozšíření zneužívání návykových látek jiných než alkoholu (může například jít o vyzývání osob, které látky již zneužívají, aby své postoje a návyky – tzv. drogovou kulturu – dále šířily mezi své vrstevníky apod.). Může být provedeno i formou schvalování spáchání trestných činů nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187 a § 188 trestního zákona. Podobně jako podněcování směřuje vůči blíže nekonkretizovaným osobám. Podněcování nebo šíření se může stát jak ústním nebo písemným projevem, tak i prostřednictvím tisku nebo jiného sdělovacího prostředku. Nevyžaduje se však, aby osoba či osoby, kterým je projev či jiné jednání pachatele určeno, jím byly skutečně ovlivněny. S ohledem na uvedené skutečnosti může důsledné stíhání trestného činu šíření toxikomanie podle § 188a trestního zákona výrazně přispět k celkové prevenci drogové kriminality a bránit vytváření prostředí drogových subkultur, v němž jsou ohrožovány velice významné hodnoty chráněné právním řádem, zejména zdraví a bezpečnost velkého množství osob.

Uplatnění preventivních postupů ve vztahu k osobám závislým na drogách v rámci zásady „minimalizace rizik" (například výměny injekčních stříkaček, poskytování jiného zdravotně nezávadného materiálu, poskytování poučení a rad k dodržování hygieny a zdravotní bezpečnosti apod.) nenaplňuje skutkovou podstatu trestného činu podle § 188a trestního zákona o šíření toxikomanie. V zásadě by tedy nemělo hrozit trestní stíhání těm, kdo poskytují uživatelům drog různé formy léčebné a jiné péče.

Přestupky postihující neoprávněné nakládání s omamnými a psychotropními látkami

Škálu možného postihu neoprávněného nakládání s omamnými a psychotropními látkami doplňuje právní úprava přestupků na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi podle § 30 odst. 1 písm. c), f), g), h), ch), j) zákona o přestupcích a přestupků na úseku zdravotnictví podle § 29 odst. 1 písm. e) zákona o přestupcích. Mezi přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi patří jednak již zmíněné neoprávněné přechovávání omamné nebo psychotropní látky v malém množství pro svou vlastní potřebu (postihuje ty případy neoprávněného držení těchto látek, které nenaplňují znaky trestných činů podle § 187 a § 187a trestního zákona), jednak nepodrobení se opatřením postihujícím nadměrné požívání omamných a psychotropních látek, umožnění neoprávněného požívání takových látek osobě mladší osmnácti let a požití takové látky před výkonem zaměstnání nebo jiné činnosti, při níž by mohlo dojít k ohrožení zdraví lidí nebo k poškození majetku, to vše za předpokladu, že nejde o čin přísněji trestný (zvláště tedy o některý z trestných činů). Přestupkem na úseku zdravotnictví pak je mimo jiné porušení povinnosti při zacházení s omamnými a psychotropními látkami. Za spáchání těchto přestupků hrozí uložení pokuty do výše 15.000,– Kč a zákaz činnosti na dobu až dvou let.

Možnosti trestněprávní reakce na drogovou trestnou činnost

Zneužívání drog a páchání trestné činnosti s tím související je nepochybně v našich poměrech i v mezinárodním kontextu velkým problémem současné doby. Veřejný zájem na postihu tohoto jednání je promítnut v trestním zákonu jednak formulací specifických skutkových podstat tzv. drogových deliktů v § 187 až § 188a TrZ, jednak obecným vymezením dalších skutkových podstat trestných činů, kterých se mohou dopustit osoby užívající drogy. Se spácháním každého z těchto trestných činů jsou spojeny následky předpokládané zákonem. V obecné rovině přitom platí, že zákon vždy vyžaduje určitou trestněprávní reakci na spáchání takového trestného činu, ovšem možné právní následky trestných činů a formy trestněprávní reakce na ně upravuje toliko rámcově a velice abstraktním způsobem. Potřebná individualizace posuzování jednotlivých trestních věcí je svěřena rozhodovací praxi soudů, přičemž zákonnou reakcí na spáchání trestného činu nemusí být nezbytně odsouzení k trestu odnětí svobody.

Z hlediska přístupu k řešení trestních věcí osob užívajících drogy a specificky případů trestního stíhání tzv. drogových deliktů je vhodné rozlišovat *dvě skupiny pachatelů* a jimi spáchaných trestných činů. Do první patří ti, kteří se *dopouští drogových trestných činů za účelem finančního zisku* (vyrábí nebo přepravují omamné nebo psychotropní látky, obchodují s nimi apod.). Jejich trestná činnost vyžaduje v zásadě přísný postih při respektování všech zákonných principů pro individualizaci ukládaných trestů a opatření. Je to dáno tím, že svým jednáním se podílí na vytváření prostředí, v němž jsou ohrožovány velice významné hod-

noty chráněné právním řádem, zejména zdraví a bezpečnost velkého množství osob. Do druhé skupiny patří ti pachatelé, kteří se drogové nebo jiné *trestné činnosti dopouští proto, aby získali finanční prostředky na obstarání omamných nebo psychotropních látek, které užívají*, popřípadě proto, že tyto látky pro sebe přechovávají v množství větším než malém. Motivy jejich jednání jsou tedy úplně jiné než u první skupiny a primárně je vůči nim na místě psychoterapeutické, léčebné nebo jiné vhodné působení zaměřené na to, aby ukončili užívání drog. Jde tedy především o to iniciovat a přijmout taková opatření, která by odstranila příčiny jejich trestné činnosti. Současně je však třeba najít taková řešení jejich trestních věcí, aby si uvědomili odsouzeníhodnost svého jednání, jeho negativní důsledky a způsobené újmy. Zvolené řešení by je současně mělo pozitivně motivovat k životu bez konfliktu se zákonem, reflektovat jejich aktuální životní situaci a přispět k odčinění škod způsobených trestným činem.

Zatímco ve vztahu k pachatelům patřícím do první skupiny je možné využít některé z alternativ k nepodmíněnému trestu odnětí svobody jen výjimečně (například jestliže jednali v tísni, byli svedeni k skupinové trestné činnosti, ale podíleli se na ní jen ve velice malém rozsahu apod.), v případech trestné činnosti páchané osobami patřícími do druhé skupiny je vhodné potenciálně zvažovat využití všech alternativních forem řešení trestné činnosti mimo standardního řízení (například podmíněného zastavení trestního stíhání na přiměřenou zkušební dobu nebo narovnání), hmotněprávních alternativ k potrestání (upuštění od potrestání a podmíněného upuštění od potrestání s dohledem) a alternativních trestů (zvláště podmíněného odsouzení a podmíněného odsouzení s probačním dohledem, příp. obecně prospěšných prací). Zákonné podmínky uplatnění těchto alternativ umožňují účelnou diferenciaci při výběru nejvhodnějšího z možných řešení.

Vedle těchto dvou výrazně odlišných skupin osob, dopouštějících se trestné činnosti v souvislosti se zneužíváním drog, se pochopitelně v praxi vyskytují případy pachatelů, kteří se sice trestné činnosti v zásadě dopouští s cílem opatřit si drogy pro vlastní potřebu, ale činí to tak, že ze svého jednání (například drobného dealerství drog) mají zároveň určitý malý finanční zisk. V té souvislosti je vždy třeba důkladně vážit konkrétní motivy jejich jednání, další významné skutečnosti charakterizující trestný čin, způsobené následky a perspektivu toho, že se v budoucnu nedopustí další trestné činnosti. Ani ve vztahu k nim tedy není vyloučeno využití uvedených alternativ k nepodmíněnému trestu odnětí svobody. S ohledem na konkrétní okolnosti případu může být v těchto případech aktuální i mimořádné snížení trestu odnětí svobody pod spodní hranici zákonné trestní sazby.

Pokud jde o držení a nepřímo i užívání drog, není a pochopitelně ani nemůže být účelem právní úpravy nahrazovat prevenci a léčbu trestní represí, která ostatně není s to vyřešit nejpalčivější problém konzumentů návykových látek: závislost ať již fyzické nebo psychické povahy. Trestní právo může sehrát svou roli v prevenci a omezování rizikového chování jedinců, případně určitých skupin populace, nicméně i tato jeho úloha je značně omezená a vzhledem k nástrojům, jimiž disponuje zdravotní a sociální politika, doplňková. Zásadně tedy platí, že i poté, co předchozí beztrestnost držení drogy pro vlastní potřebu byla od počátku roku 1999 vystřídána trestností takového jednání, má ostří trestní represe nadále směřovat především vůči obchodníkům s drogami a jejich výrobcům, jak tomu bylo po celé předcházející desetiletí.
V oblasti zákonného postihu nedovolené výroby omamných a psychotropních látek a nedovoleného obchodu s nimi odpovídá naše právní úprava evropskému standardu a co do výše trestních sazeb řadí evropské srovnání Českou republiku zhruba do jeho středu. Stejně tak je s ostatními evropskými zeměmi srovnatelná i naše platná úprava trestněprávního postihu přechovávání těchto látek pro vlastní potřebu.

Za všechny drogové delikty lze podle českého trestního zákona uložit trest odnětí svobody. Naše trestní právo však ve shodě se standardními evropskými úpravami disponuje řadou institutů, jež dávají uživateli drog, který se dostane do rozporu se zákonem tím, že si pro vlastní potřebu opatří větší než malé množství drogy, šanci vyhnout se trestu odnětí svobody. Je třeba zdůraznit, že trestní politika České republiky vychází ze subsidiární role trestního práva – prostředky trestní represe a speciálně tresty odnětí svobody mají být využívány pouze tehdy, jestliže jiný způsob řešení nemůže splnit zákonem stanovený účel. V praxi je trest odnětí svobody ukládán u osob trestaných poprvé pouze v případech, kdy jsou odsuzovány za mimořádně závažnou trestnou činnost (tedy zvláště výrobcům drog a obchodníkům s nimi, jakož i členům zločineckých organizací věnujících se této činnosti). Konzumentům drog, kteří se dopustí trestného činu spočívajícího v pouhém přechovávání drogy pro vlastní potřebu, proto zpravidla není při prvním konfliktu se zákonem ukládán nepodmíněný trest odnětí svobody, ale jiné druhy trestů více sledující převýchovný účel, nebo je před potrestáním dávána přednost vhodným alternativním řešením.

To vytváří podmínky pro postupné dosažení optimálního poměru prevence, represe a léčby. Jen tak lze vhodně skloubit oba základní přístupy k problematice zneužívání drog, a to jak snižování nabídky drog (to je záležitostí především represivních metod namířených proti výrobcům, překupníkům, dealerům a distributorům drog, včetně možnosti zabavení drog), tak i snižování poptávky po drogách (zejména prevencí a léčbou závislosti, což je zaměřeno vůči potencionálním uživatelům drog, experimentátorům a osobám již závislým na jejich užívání).

Summary Legislation of the Czech Republic on Narcotic and Psychotropic Substances (with Particular Regards to Penal Aspects)

An overview and explanation of the legislation of the CR on narcotic and psychotropic substances. The Addictive Substances Act (No. 167/1998) is presented first as a general framework for the application of the UNO conventions in the CR. Further, particular paragraphs of the Penal Code are summarised and essential terms explained, including the newest and controversial paragraph on possession drug for own purpose (§ 187a). In the final analysis the author considers options for the penal law response to drug criminality: he has characterised 2 groups of offenders and he recommends a differentiated approach to both of them. In the cases of drug users and addicts (forming the second group) alternative measures can be applied, which can form conditions to reach gradually an optimal combination of repression, prevention and treatment.

Key words: Act on addictive substances – differentiated approach to offenders – legislation of the CR – penal code – penalisation

Právní úprava ke kapitolám 1/5 a 1/6

Trestní zákon (zákon č. 140/1961 Sb., ve znění pozdějších předpisů), trestní řád (zákon č. 141/1961 Sb., ve znění pozdějších předpisů), zákon o přestupcích (zákon č. 200/1990 Sb., ve znění pozdějších předpisů), zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, zákon č. 157/1998 Sb., o chemických látkách a chemických přípravcích a o změně některých dalších zákonů, nařízení vlády č. 192/1988 Sb., o jedech a některých jiných látkách škodlivých zdraví, ve znění pozdějších předpisů, Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961, ve znění protokolu z roku 1972 (vyhláška č. 47/1965 Sb., ve znění sdělení č. 458/1991 Sb.), Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971 (vyhláška č. 62/1989 Sb.), Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988 (sdělení č. 462/1991 Sb.), zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Literatura ke kapitolám 1/5 a 1/6

■ Chmelík J. a kol.: Drogová kriminalita. Úřad vyšetřování pro Českou republiku, Ministerstvo vnitra, Praha, 1999

■ Jelínek J.: Novelizace trestního práva v roce 1998. Linde, Praha, 1998

■ Pikna B.: Téma legalizace drog jako závažný právní a společenský problém, Trestní právo č. 10/1996, str. 18 – 22, a č. 11/1996, str. 15 – 18

■ Púry F., Sotolář A., Šámal P.: K problematice trestněprávního postihu přechovávání drog pro vlastní potřebu, Právní rozhledy č. 10/1999, str. 509 – 517, č. 11/1999, str. 581 – 587

■ Růžička, M.: K problematice trestného činu nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek nebo jedů podle ustanovení § 187a trestního zákona, Trestní právo č. 6/1999, str. 8 – 13

■ Sotolář A., Šámal P., Kučírková L., Augustinová P., Ouředníčková L., Doubravová D.: Nizozemský model uplatnění alternativních trestů a mediace v trestních věcech a další perspektivy rozvoje mediační a probační služby v České republice. Právní praxe (a) č. 9/1999, str. 568 – 576, (b) č. 10/1999, str. 607 – 615, (c) č. 2/2000, str. 85 – 101, (d) č. 3/2000, str. 176 – 183, (e) č. 4/2000, str. 252 – 276

■ Sotolář A., Púry F., Šámal P., Doubravová D., Gawlik L., Radimecký J.: Povaha problému zneužívání drog v mezinárodních souvislostech. Trestní právo (a) č. 2/2000, str. 2 – 10, (b) č. 3/2000, str. 16 – 24, (c) č. 4/2000, str. 21 – 24, (d) č. 5/2000, str. 8 – 15, (e) č. 6/2000, str. 19 – 24

■ Sotolář A., Púry F., Šámal P.: Alternativní řešení trestních věci v praxi. C.H.Beck, Praha 2000

■ Sotolář A., Púry F., Šámal P., Kalina K., Kudrle S. a kol.: Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Příručky Ministerstva spravedlnosti ČR, svazek 64. Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců, Praha 2001

■ Šámal P., Púry F., Rizman S.: Trestní zákon. Komentář 4. vydání. C.H.Beck, Praha, 2001

JUDr. Alexander Sotolář – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/5.

1/7 Ekonomické aspekty užívání drog; ekonomická analýza jako podklad pro rozhodnutí o nejúčinnější dostupné intervenci

Tomáš Zábranský

Klíčová slova: ekonomické analýzy – náklady nemoci – PAD – QALY – účinnost intervencí

1. Úvod

Psychotropní látky, jejich užívání a zneužívání, metody regulace jejich dostupnosti – to vše jsou témata, v nichž se střetává řada přístupů, náhledů, protichůdných zájmů a ideologií. To pak významně ztěžuje efektivní plánování intervencí. Drogová epidemiologie se ve snaze o dosažení základního konsensu mezi jednotlivými proudy pokouší nalézt co nejobecnější – a nejpřijatelnější – vyjádření drogového problému pomocí aplikace ekonomických pravidel (pomocí ocenění jednotlivých aspektů problému).

Fakt, že monetární vyjádření je v současné společnosti prokazatelně nejuniverzálnějším jmenovatelem, o této společnosti pravděpodobně neříká nic hezkého – jenže to jeho pravdivost nijak nezpochybňuje. I navzájem nesmiřitelní ideologičtí odpůrci chápou shodně význam jedné tisícikoruny a umí jej rychle převádět do praktických termínů, jež jsou jejich chápání nejbližší.

Ekonomické analýzy v drogové epidemiologii také pomáhají pochopit vztahy v globálním drogovém průmyslu, který je hnacím motorem závislostí na psychotropních látkách. Podle analýz OSN (UNDCP, 1997) představoval objem obchodu s nelegálními látkami v roce 1995 přibližně 400 miliard amerických dolarů[1]. To jej v mezinárodním měřítku staví na čtvrté místo mezi průmyslovými obory – za chemický průmysl, potravinářství včetně alkoholu a za průmysl pohonných hmot, ale před turistický průmysl, textilnictví, železárenství a řadu dalších. Heroin na své pouti od výrobce konečnému spotřebiteli na ulici zvýší svou cenu stokrát, z 15 tisíc na 1,5 milionu US dolarů na libru (Premier's Drug Advisory Council, 1996); pokud uvažujeme nikoliv výrobní cenu heroinu, ale tržní cenu surového opia, je tento nárůst ještě vyšší.

V České republice se podle odhadů Českého statistického úřadu spotřebovaly v roce 2000 drogy za více než 15 miliard Kč, což je hodnota, dosahující téměř procenta hrubého domácího produktu (Vopravil, 2001).

Nelegální drogy patří mezi komodity, jejichž cena je vyšší než cena gramu čistého zlata. Pro problémové uživatele drog (a z nich zejména pro somaticky závislé) je prakticky nemožné financovat svůj návyk legálními způsoby a dopouštějí se jednak obchodování s drogami, jednak (a především) drobné majetkové trestné činnosti. Zpeněžením lupu získají v průměru cca 30 % jeho hodnoty (Miovský a Zábranský, 2001) – musejí tedy nelegálně získat zboží v trojnásobné hodnotě, než je cena jejich denní dávky (cca 1100 Kč u somaticky závislého uživatele heroinu).

Ekonomické škody, způsobené společnosti, ospravedlňují intervence společnosti – i ty jsou totiž nákladné. Hodina policejní práce má svou hodnotu, stejně jako hodina poskytování poradenství, hodina terapie nebo hodina práce terénního pracovníka.

Úspěch toho kterého opatření pak můžeme charakterizovat definicí „platí, že toto opatření snižuje společenské náklady". Jen taková intervence, která snižuje společenské náklady o částku, převyšující vlastní náklady, je ekonomicky výhodná. Vzhledem k faktu, že společenské (veřejné) prostředky jsou z definice omezené a tlak na efektivitu jejich vynakládání se stále zvyšuje, zvyšuje se také význam ekonomických analýz v drogové oblasti.

Ekonomická analýza by měla předcházet každé léčebné, represivní i preventivní intervenci. Je důležitá nejen z celospolečenského pohledu, ale i pro toho, kdo intervenci plánuje anebo chce provádět; racionální držitel rozhodovacích pravomocí takovou analýzu totiž bude s vysokou pravděpodobností vyžadovat jako základní podklad – anebo si ji provede sám.

Ekonomické analýzy zahrnují identifikaci, změření a ocenění. Dalším krokem může být srovnání nákladů (vnosů) a výnosů (zisků) dvou a více alternativ léčby, prevence atd. Ekonomické analýzy se vzájemně liší v závislosti na svém předmětu zájmu (subjektu) na cíli analýzy.

[1] Anebo 12 bilionů českých korun – 12.000.000.000.000 Kč – čili 900 milionů průměrných českých platů respektive 6 hrubých ročních domácích produktů celé České republiky.

„Ekonomické analýzy (evaluace) jsou nástrojem, umožňujícím kvalifikovaný výběr z řady alternativ a efektivní použití dostupných zdrojů."

Použití jakéhokoliv zdroje pro léčbu a/nebo prevenci (zne)užívání OPL znamená, že tyto zdroje nelze použít za jiným účelem – že příležitost (*opportunity*) vynaložit je jinak je ztracena. Proto se otázka efektivity nákladů (c*ost-effectivity*), tedy „hodnota" peněz, vynaložených na léčbu a služby, nalézá v centru zájmu většiny vládních a zdravotnických systémů.

Ekonomové upřednostňují nejširší možnou (celospolečenskou) perspektivu: kladou si obecné otázky o využití omezených zdrojů a o společenském blahu. V některých případech však držitelé rozhodovacích pravomocí chtějí znát odpovědi na speciálnější otázky – a ty pak například zužují výzkumnou oblast na určitý vymezený úsek (třeba na zdravotnické výdaje a výnosy nebo na dopady na zločin a na právní systém)

První systémové ekonomické studie drogového problému, ekonomické vyjádření strategií k jeho zmenšení a snahy o evaluace jednotlivých intervencí, resp. léčebných či represivních zařízení a agentur) se ve světovém měřítku datují k přelomu 60. a 70. let do USA; jsou neodmyslitelně spjaty se jménem profesorky Dorothy Rice.

2. Identifikační analýza nákladů: společenské náklady nemoci

Nejkomplexnějším nástrojem pro odhad nákladů společnosti podle jednotlivých položek je *analýza společenských nákladů zneužívání návykových látek* (bez ohledu na jejich zákonný status, tedy včetně alkoholu a tabáku). Tyto studie jsou poměrně dobře standardizovány a jsou tedy mezinárodně srovnatelné. V současnosti platí 2. revize směrnic pro jejich provádění, která vznikla pod vedením prof. Erica Singlea (Single et al., 2001). Tento typ studie se řadí do rodiny studií nákladů na nemoc (Cost of Illness, zkratka COI).

2.1. Studie COI – krátký přehled

Studie COI kombinují epidemiologické databáze s finančními daty, aby dospěly k sumě v peněžních monetárních jednotkách, jejichž významem je forma vyjádření nákladů, jež nese společnost v souvislosti s existencí jisté nemoci.

COI studie se zabývají společenskými náklady zdrojů, vynaložených na léčbu, prevenci, výzkum a prosazování práva (represi), peněžně vyčíslují ztráty produktivity, jež společnost utrpěla v důsledku zvýšené nemocnosti (morbidity) a úmrtnosti (mortality).

Společenské náklady na zneužívání psychotropních látek lze charakterizovat definicí Collinse a Lapsleyové (1971): *„Zneužívání drog zahrnuje jakékoliv užití nezákonné drogy, které znamená společenský náklad s výjimkou nákladu na pořízení drogy".*

Základním kamenem ekonomického konceptu COI je předpoklad, podle nějž jsou všechny relevantní náklady oportunními náklady, tedy předpoklad, že jedna činnost (jako je nemoc), brání tomu, aby byly zdroje užity pro jiný účel – a v takovém případě je příležitost (opportunity) považována za příležitost ušlou. Studie COI tedy stojí na předpokladu, že pokud by daná nemoc neexistovala, pak by zdroje, jež společnost užívá na léčení a za dalšími souvisejícími účely, mohly být vynaloženy jinak.

Bez ohledu na to, jak jsou rozličné ekonomické náklady klasifikovány, představují náklady ve své nejjednodušší ekonomické koncepci: zaznamenávají první realokaci zdrojů, které jsou danému ekonomickému systému dostupné. Klíčovým aspektem těchto nákladů je úvaha, podle které jsou v důsledku užívání OPL buď používány nebo poskytovány zboží nebo služby (přímé náklady) nebo dochází ke ztrátě či snížení (poškození) lidské produktivity (nepřímé náklady).

Jiné vysvětlení oportunních nákladů poskytuje protikladné tvrzení, tedy popis alternativního stavu věcí, podle nějž se oportunní náklady (výdaje) určují. Tak například protikladné tvrzení pro virovou hepatitidu B by mohlo znít, že žádná virová hepatitida typu B neexistuje.

Základním teoretickým rámcem COI studií je „teorie cen" (value theory), zabývající se rolí a interpretací tržních cen, jež byla rozvinuta do rigorózní podoby po II. světové válce. Dvě z praktických aplikací této teorie představuje např. Systém státního (národního) účtu, jenž je základním analytickým nástrojem ekonomů na národní úrovni, a Analýza nákladů a výnosů, která je metodou evaluace (zhodnocení) alternativních způsobů intervencí (například léčby).

2.2. Typy nákladů v COI studiích

Rozeznáváme tři typy nákladů, zahrnované do COI studií v oblasti psychotropních látek (viz *Obr. 1*):

1) *Náklady přímé* („out-of-pocket-money", hotové peníze, které společnost vydá v zájmu řešení drogového problému). Ty schematicky zahrnují:

– Náklady zdravotní péče (včetně harm reduction, kterou lze považovat za léčbu paliativní)
– Náklady na prosazování práva
– Transakční náklady systému, který přerozděluje dávky sociálního a zdravotního pojištění
– Náklady, spojené s pracovištěm (typu testů na alkohol či drogy v rizikových provozech)
– Náklady na prevenci, výzkum a vzdělávání
– Náklady rodin (privátní náklady na nehrazenou péči, právní zastoupení atd.)
– Jiné náklady (typu dopravních nehod u alkoholu a nelegálních drog, požárů u tabáku atd.)

2) *Náklady nepřímé* (ztráty produktivity), kdy usuzujeme, že v případě neexistence drog by současní uživatelé (a jejich nejbližší) byli standardně produktivními členy společnosti; každá nemoc, ztráta svobody, snížená ekonomická výkonnost, resp. nulová ekonomická výkonnost (v případě úmrtí) je pak posuzována jako (společenská) ztráta produktivity. Do této kategorie se standardně zahrnuje:
– Ztráty produktivity v důsledku nemocnosti
– Ztráty produktivity v důsledku úmrtnosti
– Ztráty produktivity v důsledku kriminálních kariér
– Ztráty produktivity rodin

3) *Nehmotné náklady* představují ekonomicky nejefemérnější kategorii nákladů. Již z názvu je jasný problém, který vzniká při jejich ekonomickém oceňování. Pro tyto účely se v zásadě používá dvou systémů: metody QALY (viz níže) nebo metody „ochoty platit". V zásadě lze ale říci, že ani jeden z těchto systémů není plně kompatibilní s metodou lidského kapitálu a proto bývá ve studiích COI obvykle tato kategorie vypuštěna. Pro přehlednost však uvádíme typy nehmotných nákladů, které jsou obvykle v této kategorii zahrnovány:
– Bolest a utrpení
– Psychosociální vývoj
– Ztráta blízkých
– Rodinné zdraví
– Sekundární následky pro trh v důsledku snížené kupní síly

2.3. COI studie v České republice

Prozatím jedinou studií společenských nákladů zneužívání nelegálních látek je COI studie (Zábranský et al. 2001a), podniknutá v rámci výzkumného projektu *Analýza dopadů novelizace drogové legislativy* (Zábranský et al., 2001b). Tato studie se řídila mezinárodními standardy pro provádění COI studií v oblasti zneužívání psychotropních látek a je tedy mezinárodně srovnatelná.

Detailní výpočet identifikovaných položek je popsán v Zábranský et al. 2001a); tato publikace zároveň může sloužit jako metodický materiál pro provádění dalších studií tohoto typu v příbuzných oblastech.

Výsledky COI studie v ČR pro rok 1998

Celkové identifikované náklady zneužívání nelegálních drog činily v roce 1998 v ČR částku 2,8 miliardy Kč. Z toho 2,3 mld. Kč tvořily náklady přímé a 0,5 mld. Kč náklady nepřímé. Částka 2,8 mld. Kč. reprezentuje 0,20 % hrubého domácího produktu *(HDP)*.

Diskuse k výsledkům

Společenské náklady na zneužívání nelegálních drog ve výši 2,8 mld. Kč představují 0,20 % hrubého domácího produktu *(HDP)*. Tento podíl odpovídá výsledkům obdobných zahraničních studií z 90. let, vyšší společenské náklady identifikovaly pouze americké studie. To je způsobeno skutečností, že prevalence (problémového) užívání drog je v USA nejvyšší na světě a zapojení tamních trestně-právních složek do řešení drogové problematiky je extrémně vysoké.

Překvapivá je distribuce zjištěných nákladů. Přímé náklady významně převyšují náklady nepřímé. V zahraničních studiích bývají tyto dva typy nákladů vyrovnány až posunuty ve prospěch nákladů nepřímých. To je pravděpodobně způsobeno výrazně pozdějším otevřením naší drogové scény okolnímu světu a mezinárodnímu obchodu (*1990 oproti 1965 – 1970 v ostatních zemích*) a z něj vyplývajícího (*nedávného*) nástupu nového typu šíření zneužívání drog a souvisejících problémů:
– prevalence (*problémového*) užívání drog je v ČR (*cca 0,5 %*) ve srovnání s USA, Kanadou a Austrálií (*cca 2,2 %*) nízká; v evropském kontextu představuje průměr (viz např. Hartnoll, 2002);
– ve spektru drog zneužívaných v ČR hraje v roce 1998 ještě poměrně malou roli heroin, považovaný za zdravotně i sociálně nejvíce devastující nelegální drogu;
– vzhledem ke krátké době endemického šíření zneužívání nelegálních drog na našem území je relativně nízká i drogová úmrtnost. S tím zřetelně souvisí jak nízký počet sekundárních drogových úmrtí, tak i do značné míry úspěšné a včasné nasazení opatření typu snižování škod (*harm reduction*);
– prevalence HIV/AIDS v obecné populaci i populaci uživatelů nezákonných drog je v ČR ve srovnání se světovou situací mimořádně nízká. Ve srovnání se západní Evropou, Austrálií i Severní Amerikou je v ČR významně nižší také promořenost (*seroprevalence*) obou typů parenterálních hepatitid. To beze zbytku platí i o (*pravostranné*) infekční endokarditidě, která je v ČR vyvolávána výrazně méně agresivnějším agens než v západní Evropě, Americe nebo Austrálii.

Jinou vysvětlující skutečností je vysoký podíl přímých nákladů sektoru prosazování práva v ČR, který odpovídá vysoké míře trestnosti[2] našeho právního systému.

3. Speciální ekonomické evaluace

Žádná intervence nemůže být ekonomicky efektivní, pokud není účinná ve smyslu léčebných výsledků. Proto je nejrobustnějším designem pro korektní ekonomickou evaluaci randomizovaný[3] kontrolovaný pokus. Jiné designy jsou výrazně méně signifikantní/robustní. Tak zejména studie, používající k výpočtu ekonomických ukazatelů stav před a po léčbě – bez existující kontrolní skupiny – vesměs přeceňují výnosy léčby. Pokud jsou do studie zahrnuti jen ti, kteří léčbu dokončili, jsou výsledky ještě zkreslenější.

Základním kamenem kvalitní ekonomické analýzy je správné zvolení otázek, na něž je třeba získat odpověď. Tak například pokud je smyslem zamýšlené (evaluované) intervence zlepšit zdraví uživatelů drog, je třeba se řídit designem analýzy efektivity nákladů (CEA). Pokud však je třeba širších srovnání, pak může být vhodnější použít design analýzy užitkovosti nákladů (CUA). Pro studie, které se snaží zohlednit celou šíři nákladů a výnosů poskytování léčby ve srovnání se situací bez léčby, může být nejlepší volbou analýza nákladů a výnosů (CBA). Hlavním rozdílem mezi základními čtyřmi typy ekonomických evaluací je *způsob měření a ocenění výnosů pro individuum (jedince).*

3.1. Analýza minimalizace nákladů (Cost Minimisation Analysis)

U tohoto typu analýzy se považují výsledky alternativních intervencí na kvantitu a kvalitu života jedince za totožné. Všechny ostatní následky na zdroje jsou měřeny v monetárních ukazatelích. Některé z těchto následků (jako je snížení budoucí hladiny zločinnosti nebo snížení nákladů na zdravotní péči) lze považovat za výnosy (negativní náklady), zatímco jiné aspekty (jako jsou přímé náklady na intervenci) jsou zřejmými „náklady".

Výhodou CMA je fakt, že problém změření nákladů je v nich redukován na prostý odhad monetárních následků vynaložených zdrojů. Jejich praktické použití je nicméně v oblasti drogové léčby (a prevence) jen velmi omezené. Lze totiž jen velmi těžko tvrdit, že dvě léčebná zařízení (nebo dvě alternativní léčebné modality) mají stejné výsledky co do individuálních zdravotních stavů.

Příklad použití CMU při srovnání tří standardních britských metadonových zařízení viz *Tab. 2*: Srovnání metadonových programů (podle (WHO et al. 2000)

3.2. Analýza efektivity/účinnosti nákladů (Cost Effectivity Analysis)

Většina publikovaných ekonomických evaluací používá design CEA. V tomto typu ekonomické analýzy (evaluace) je účinek léčby měřen v jedné zdravotní jednotce. Náklady a další následky jsou měřeny v peněžních jednotkách stejně jako v CMU. Podmínkou ekonomickou stude tedy je mít jedno – hlavní – měřítko/jmenovatel, s jehož pomocí je pak zkonstruována stupnice účinnosti nákladů. Ta pak vyjadřuje čisté náklady na jednu jednotku.

U některých léčebných intervencí lze přirozený léčebný výstup nejlépe měřit pomocí zabráněných (odvrácených) smrtí nebo získaných roků života. Většina studií v oblasti zneužívání OPL používá vlastní indikátory typu čistých nákladů na den v abstinenci nebo na procentuální redukci zneužívání OPL, případně na odvrácení propuknutí sekundárního onemocnění (typu HIV/AIDS nebo virové hepatitidy) u programů typu harm reduction.

Příklad:

– Systematické přehledy prokázaly, že po krátkodobých intervencích došlo ke snížení konzumace alkoholu o 20 %. Řekněme, že v hypotetické rizikové/problémové populaci to znamená snížení o 50 g čistého alkoholu týdně.
– Díky těmto výsledkům chce exekutiva zavést program screeningu a oportunních krátkodobých intervencí pro 100 mužů a 100 žen. Předtím však ještě chce znát účinnost nákladů.
– Náklady na screening pomocí dotazníku užívání alkoholu (2 minuty) byly vypočteny na 50 – 75 Kč na osobu, celkem tedy na 10 000 – 15 000 Kč.
– Odhaduje se, že intervenci bude potřebovat 46 lidí (36 pozitivních, 10 falešně negativních).
– Odhaduje se, že k poskytnutí intervence je třeba 15 minut, což spolu s dodatečnými náklady na letáky atd. dělá na každou intervenci 250 – 350 Kč.
– Pro 46 intervencí to bude činit 11 500 – 16 100 Kč.
– Celkové náklady programu tedy budou mezi 21 500 – 31 100 Kč.
– Náklady na jednoho rizikového pijáka pak činí 597 – 875 Kč.
– Ve smyslu efektivity (účinnosti) nákladů to pak znamená 12 – 17,50 Kč na gram čistého zkonzumovaného alkoholu, jemuž se podařilo předejít.

3.3. Analýza užitkovosti nákladů (Cost Utility Analysis)

Všechny zdroje mají hodnotu, vyjadřovanou jako *oportunní náklad*; příležitost s nimi něco provést za-

[2] 214 vězněných/100.000 obyvatel v roce 1998 (Vězeňská služba České republiky, 1999); to je míra trestnosti v zemích západní a střední Evropy s přehledem nejvyšší – o polovinu vyšší než u druhého v pořadí (Polsko)
[3] Randomizace – metoda náhodného výběru sestavy (vzorku) výzkumně sledovaných osob.

niká v okamžiku, kdy jsou nějak vynaloženy. V rámci zdravotní péče to znamená potřebu rozhodovat o rovnováze zdrojů – například mezi terminální péčí a prevencí. Taková srovnání vyžadují společné měřítko výstupů, které by dokázalo zahrnout kvantitu a kvalitu životních změn. Na taková měřítka lze nahlížet jako na měřítka *užitkovosti* (nebo hodnoty zdraví) pro jedince.

EMCDDA a WHO doporučují, aby se tato metoda používala tehdy, když je za důležitý výstup považována kvalita života. Tak může jít např. o evaluaci programů následné péče pro bývalé klienty dlouhodobé abstinenční léčby, k porovnání intervencí, které mají efekt jak na kvalitu, tak na délku života, nebo o programy komplexní, v nichž má řada intervencí různé následky a je třeba je nějakým způsobem porovnat.

Je nezbytné identifikovat, změřit a ocenit zdravotní výnosy z jakéhokoliv prodloužení života a jeho zlepšené kvality. Tam, kde CEA měří výstup v jedinečném okamžiku v čase (časovém bodu), musí CUA změřit, jak dlouho bude léčebný efekt trvat.

Většina CUA používá QALY (Quality Adjusted Life Years, volně „Roky kvalitního života"). Koncept QALY je založen na předpokladu, že pouhý popis živý/mrtvý dostatečně nezachycuje vícečetné stupně zdravotního stavu, ani kvalitu života, který v individuálních případech následuje po ukončení léčby. QALY používá stupnici, kde hodnotu 1.000 dosáhne hypotetická osoba, těšící se dokonalému zdraví. Pak byla dedukována hladina snižování této hodnoty pro jednotlivé projevy nemocí[4]. Ne všechny QALY jsou kalkulovány stejně.

V Evropě často používaný „Euro QOL" (EQ-D) má pět složek: mobilita, soběstačnost, obvyklá aktivita, bolest/diskomfort a anxiozita/depresivita. WHOQOL-Bref[5] používá jiný koncept: fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vazby, prostředí.

Všechny další náklady a spotřebované zdroje jsou měřeny a oceňovány stejně jako v jiných typech ekonomických analýz.

Příklad: metadonoví klienti z CMU oddílu 3.1. Kombinací zdravotních zlepšení a snížené mortality jsme dostali následující zdravotní výnosy během jednoho roku trvání programu.
Nem. zař: 160 QALY (vstoupilo 210 klientů)
Spec. A: 291 QALY (333)
Spec. B: 345 QALY (250)

Kombinací těchto nálezů s daty o nákladech (snížení o předčasnou mortalitu) vznikla *Tab. 3* (podle WHO et al., 2000). Z tabulky je zřejmé, že se „pořadí úspěšnosti" oproti tabulce 2 změnilo; to je způsobeno započtením léčebných výsledků (vyjádřených v QALYs) oproti zahrnutí prostého počtu „obsloužených" klientů v analýze CMU.

CUA je pro posuzování intervencí senzitivnější než CMA; tento typ analýzy vyvrací zažitou poučku „co je levné, je dobré"; poučka „levnější = lepší" platí pouze při dosažení totožných léčebných výsledků.

3.4. Analýza nákladů a výnosů (Cost and Benefit Analysis)

V analýze nákladů a výnosů jsou všechny individuální výnosy měřeny v monetárních jednotkách. Znamená to tedy, že všechny náklady a následky spotřebování zdrojů jsou měřeny v týchž jednotkách. Taková metoda je užitečná, pokud se snažíme o evaluaci intervence/spektra intervencí se širokou škálou různorodých výsledků. Vzhledem k faktu, že výsledek je vyjádřen jako jednoznačný údaj o tom, zda monetární hodnota výnosů převáží či převážila náklady, je často považována za nejmocnější ekonomický argument v diskusích o zavedení či nezavedení daného programu.

To se ukazuje důležité například v případě programů typu harm reduction, kde náklady na zavedení a provozování programu/intervence porovnáváme s náklady na léčení odvrácených nákaz krví přenosnými nemocemi, ušlou produktivitou v důsledku (odvrácených) nákaz a souvisejících úmrtí atd.

Relevance jakékoliv studie pro rozhodování („decision making") nicméně závisí na alternativách, které jsou v rámci evaluace testovány.

Po indikátorech typu „tržní hodnoty života", které podceňovaly tento ukazatel u starších a chudších, a typu „ochoty platit" se jako nejuniverzálnější ukazatel nepřímých nákladů prosazuje „ztracená produktivita"[6].

Podstatou analýzy nákladů a výnosů je po identifikaci společenských nákladů na nemoc (viz oddíl 2) osazení

[4] Např. používání hole snižuje QALY o 0.060 bodů, zatímco dušnost až o 0, 257.
[5] Používaný ve studiích Světové zdravotnické organizace
[6] Viz oddíl „Studie COI – krátký přehled".

získaných údajů na stranu nákladů či výnosů daného programu nebo intervence.

Popis obecného postupu konstrukce modelů analýz nákladů a výnosů však přesahuje rámec tohoto textu.

Summary Ekonomical Aspects of Using Drugs; Ekonomical Analysis as a Background of Making Decision on Most Effective Intervention

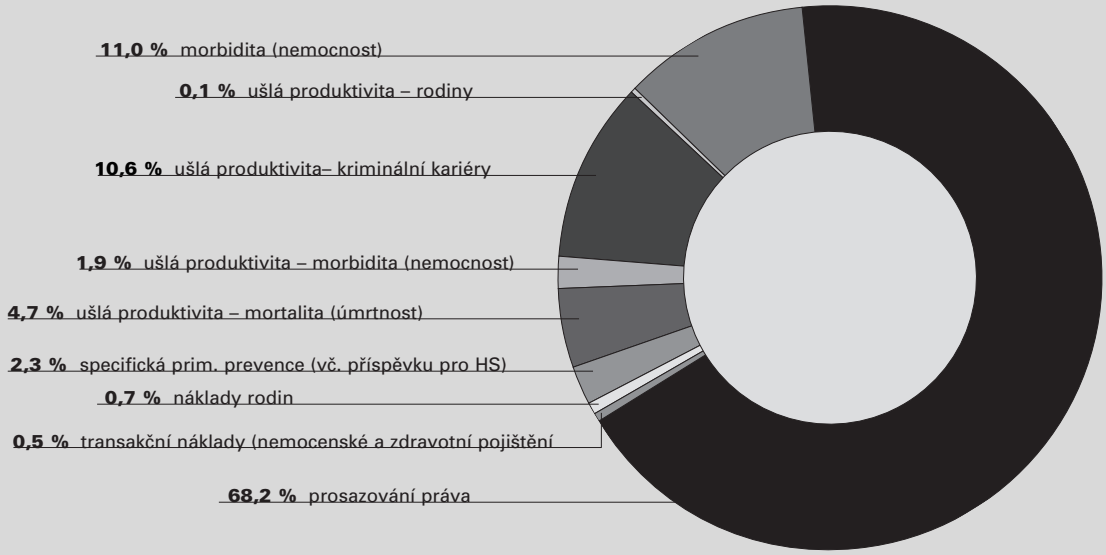
The chapter attempts to depict economical analysis as a part of applied epidemiology. In the introduction, essential data about the world drug market and the global cost of the drug problem are presented. In drug policy in general and also in particular intervention (primary prevention, treatment etc.), economic analyses are the tool, which enables a qualified selection of alternatives and efficient utilisation of existing resources. Expressing the drug problem in economical terms may form a basis for planning of prevention, treatment and law enforcement measures. Principal methods are presented from the viewpoint of definitions, methodology and interpretation: at first, cost identification analysis (cost of illness), then, special types of economic evaluation (cost minimalisation, cost effectiveness, cost utility and cost/benefit analyses). The practical examples are given e.g. in an economical analysis of methadone maintenance and exchange programmes in relation to HIV/AIDS and other infections. Particular attention is paid to the recent Czech PAD research project, based on the cost of illness methodology and aimed to analyse the impact of the 1998 drug legislation amendments in the CR. The results of the Estimate of Social Costs of Illicit Drugs Abuse in Czech Republic 1998 (part of the PAD project) are summarised here.

Key words: cost of illness – economical analyses – efficiency of interventions – PAD – QALY

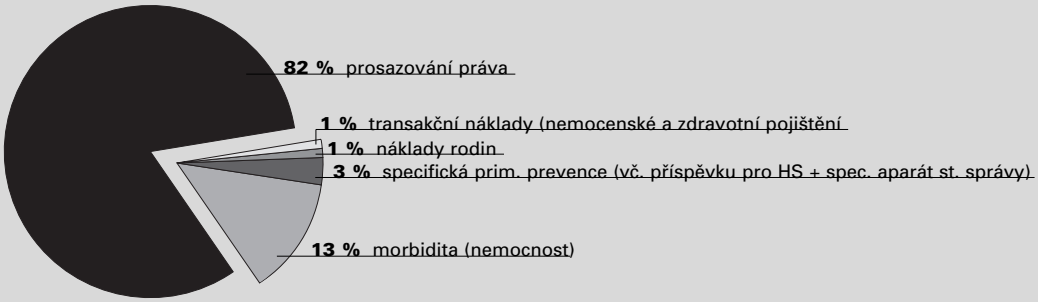
Tab. 1*: Přímé a nepřímé společenské náklady na zneužívání nelegálních drog v ČR 1998*

	POLOŽKA	VÝŠE
NÁKLADY PŘÍMÉ	Náklady na lékařskou péči, hrazenou pojišťovnami, a přiřaditelná část zvláštní dotace MZ ČR pro prevenci a léčbu HIV/AIDS	202 661 584 Kč
	Náklady na léčbu a služby, nehrazené pojišťovnami	106 259 774 Kč
	Transakční náklady pojišťovenského a zdravotního systému	14 959 888 Kč
	Náklady na specifickou primární prevenci	64 130 614 Kč
	Náklady na práci Policie ČR	1 238 740 724 Kč
	Náklady na státní zastupitelství	90 096 565 Kč
	Náklady na soudní moc	87 579 979 Kč
	Náklady na vězeňství	468 809 858 Kč
	Boj proti podloudnictví	26 767 250 Kč
	Náklady rodin	20 017 790 Kč
	PŘÍMÉ NÁKLADY CELKEM	2 320 024 026 Kč
NÁKLADY NEPŘÍMÉ	Ušlá produktivita v důsledku mortality (úmrtnosti)	131 171 672 Kč
	Ušlá produktivita v důsledku morbidity (nemocnosti)	52 548 394 Kč
	Ušlá produktivita v důsledku kriminálních kariér	297 838 576 Kč
	Ušlá produktivita rodin	3 937 343 Kč
	NEPŘÍMÉ NÁKLADY CELKEM	485 495 985 Kč
	CELKEM VŠECHNY TYPY NÁKLADŮ	**2 805 520 011 Kč**

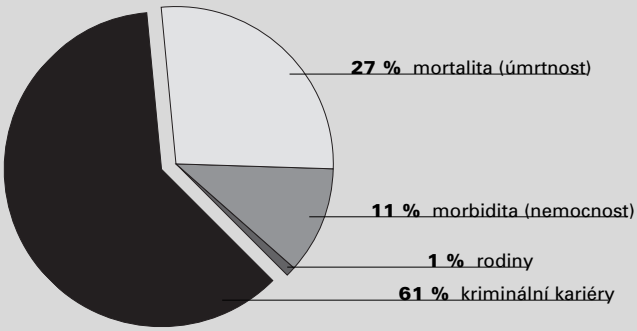
Obr. 2*: Přímé společenské náklady (2,3 mld Kč) na zneužívání drog v ČR 1998*



Obr. 3*: Přímé společenské náklady (0,5 mld) na zneužívání drog v ČR 1998*



Obr. 4*: Nepřímé společenské náklady (0,5 mld) na zneužívání drog v ČR 1998*



Tab. 2*: Srovnání metadonových programů (podle (WHO et al. 2000)*

	Nemocnice	**Spec. zař. A**	**Spec. zař. B**
Investice	105 340	83 107	17 190
Nájem a údržba	6 508	102 326	44 876
Náklady na personál	414 812	843 323	663 257
Telefony, kancelářský materiál, odpisy atd.	222 273	237 205	131 645
Smluvní služby (laboratorní testy, lékárníci, účetní atd.)	39 339	237 205	131 645
Celkem	787 282	1465 167	968 266
Počet klientů	210	333	250
Průměrně na klienta	3 754	4 400	3 873

Tab. 3*: QALYs v metadonových programech (podle (WHO et al. 2000)*

	celkové náklady programu	**Získané QALY**	**Průměrný náklad na QALY**
Nem. zař.	788 272	160	4 927
A	1 465 157	291	5035
B	968 265	345	2807

Literatura

■ Collins D.J., Lapsley H.M.: Estimating The Economic Costs of Drug Abuse in Australia. Commonwealth Dept. of Community Services & Health, Canberra, 1991

■ Hartnoll R.: Measuring Prevalence and Incidence of Drug Use. Drugs in Focus – Briefing, roč. 3, č. 1, str. 1681 – 5157, 2002. Internet: http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb1_3/pb_03_EN.pdf

■ Miovský M., Zábranský T.: Přehled výsledků substudie provedené s uživateli nelegálních psychoaktivních látek a s pracovníky zdravotnických zařízení a poskytovateli služeb uživatelům nelegálních drog (Overview of PAD Qualitaive Substudy Results – Drug Users and Care & Treatment Providers). Adiktologie (Scan Tišnov), roč. 2, Supplementum 1, 2002

■ Premier's Drug Advisory Council: Drugs and our Community: Report of the Premier's Drug Advisory Council. Victorian Government, Melbourne, 1996

■ Single E., Collins D., Easton B., Harwood H., Lapsley H., Kopp P., Wilson E.: International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse. Canadian Centre on Substance Abuse, Toronto, 2001. Internet: http://www.ccsa.ca/Costs/Guidelines/intguid.htm

■ UNDCP: Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking. UNDCP Technical Series Edition. UNDCP, Vienna, 1997

■ Vopravil J. a kol.: Nelegální ekonomika v ČR v roce 2000 (drogy, prostituce). Český statistický úřad, Praha, 2001

■ WHO, UNDCP, EMCDDA: Economic Evaluations. Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment. WHO, Geneva, 2000

■ Zábranský T., Mravčík V., Gajdošíková H., Kalina K., Vopravil J.: Ekonomické náklady společnosti na zneužívání nelegálních („pouličních") drog v České republice 1998 (The Social Costs of Illicit Drugs Abuse in Czech Republic 1998). Adiktologie (Scan Tišnov), roč. 2, Supplementum 1, 2002

■ Zábranský T., Mravčík V., Gajdošíková H., Miovský, M.: PAD: projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Souhrnná závěrečná zpráva) – PAD: Impact Analysis Project of New Drugs Legislation (Summary Final Report). ResAd a Scan, Praha/Tišnov, 2001

MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/4.

1/8 Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog

Kamil Kalina

Klíčová slova: biomedicinský model – bio-psycho-sociální model – Harm Reduction – holistický (celostní) přístup – morální a spirituální modely – Public Health

V této kapitole uvedeme přehled nejdůležitějších přístupů, které se ve světě uplatňují v teoretických výkladech drogové závislosti a v práci s ohroženými či uživateli. Pro drogovou politiku a strategie zaměřené na stranu poptávky po drogách *(primární, sekundární, terciární prevence)* představují tyto přístupy nabídku více či méně vhodných realizačních možností a nástrojů.

Biomedicínský model

Biomedicínský model dominoval v oblasti závislostí po dlouhá desetiletí, zejména v době, kdy nezákonné drogy byly *odborným problémem*[1], jímž se na straně poptávky zabývali výhradně lékaři-psychiatři (nebo, ještě přesněji, lékaři chorob nervových a duševních, protože k oddělení psychiatrie od neurologie dochází až kolem poloviny tohoto století).

V biomedicínském modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu (v zásadě chorobnou poruchou mozkových funkcí, do jisté míry s dědičnými dispozicemi). Pokládá se za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami, a nejspíše vůbec nevyléčitelnou – v tom se srovnává např. s ischemickou chorobou srdeční a zejména s cukrovkou. I když však není drogová závislost úplně vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu za podmínky specifické diety, tj. trvalé abstinence. Další užití drogy je vždy recidivou nemoci *(„závislý nikdy nepřestane být závislým, ale může abstinovat“)*. Tomuto pojetí odpovídaly i převládající léčebné metody: ústavní izolace, detoxikace, léčba prací. Ambulantní léčení individuální psychoterapií bylo velmi výlučné.

Biomedicínský model problematiku závislostí z dnešního pohledu zužuje, tj. jde o model redukcionistický, nesmíme však zapomínat, že ve své době znamenal převrat v euroatlantické kultuře. Odmítnul tradiční pojetí duševní choroby jako škodlivé sociální deviace, která v sobě slučuje rysy neloajálnosti, posedlosti, morálního selhání a zločinu, a nazval tyto projevy nemocí. Závislosti byly do biomedicínského modelu zahrnuty později než např. psychózy, a i v posledních desetiletích jsme svědky trendu zařazovat různé problémy psychosociální patologie do lékařských diagnostických kategorií (např. gambling a částečně, byť nesměle, i kriminalita). Lze polemizovat o tom, zda a do jaké míry je tento trend medicinalizace psychosociálních problémů a sociálních jevů „zdravý“ a prospěšný společnosti i jednotlivcům, tato polemika však přesahuje rámec této kapitoly i této publikace.

V současné době je biomedicínský přístup částečně překryt přístupem bio-psycho-sociálním, který uvádíme dále, některé charakteristické rysy – vhodné i méně vhodné – se však udržují.

Bio-psycho-sociální model

V bio-psycho-sociálním modelu se rozšiřuje model biomedicínský o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Nemoc (a tedy i drogová závislost) vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů[2]. Podstatnými pojmy jsou *dispozice* (např. genetické či biologické, případně dispozice psychologické získané v raném dětství), *zranitelnost* (která se vyvíjí na podkladě dispozic v dalším průběhu života) a spouštěče (např. životní události nebo nároky vývojového období), které vedou k *manifestaci* poruchy.

Léčení závislostí musí zahrnout všechny faktory bio-psycho-sociálního modelu. Tomu odpovídají vedle detoxikace a farmakoterapie právě nově zdůrazňované léčebné postupy, souhrnně nazývané psychosociálními terapiemi. Patří k nim různé metody individuální, skupinové a rodinné psychoterapie, včetně terapie v léčebném společenství – tzv. terapeutická komunita.

Bio-psycho-sociální model vstoupil do psychiatrie po II. světové válce, jeho rozmach však začal až v šedesátých letech. Jak jsme uvedli v první kapitole této publikace, je to zároveň období, kdy se drogy stávají *společenským problémem*. Komplexní bio-psycho-sociální výkladový model a terapeutický přístup nabízel

[1] Viz Kalina, kapitola I/1, Úvod do drogové politiky.
[2] Viz kapitoly části II.

v této situaci přínosné odpovědi a řešení. V léčení drogových závislostí se začal uplatňovat jen o málo později a neméně výrazně než v léčení jiných psychických poruch.

Již několik desetiletí je bio-psycho-sociální přístup „hlavním proudem" soudobých strategií na straně poptávky po drogách. Je důležité si uvědomit, že není sice přístupem tradičně lékařským (biomedicinským), ale vždy byl a zůstává přístupem v zásadě zdravotnickým nebo aspoň ze zdravotnictví vycházejícím. Pracuje se „zdravotnickými" pojmy individuální diagnózy, prevence, léčení a rehabilitace, s klinickým myšlením (příznaky, syndromy, dynamika vývoje, typy průběhu atd.). Přitom se opírá o široký koncept zdraví, prosazovaný WHO *(„zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady")*. Bio-psycho-sociální přístup má tedy jak široký záběr, tak i své hranice, což je však spíše výhoda než nevýhoda. Ve svých hranicích dokáže integrovat poznatky přírodních, psychologických i společenských věd, udržovat a rozvíjet spolupráci mezioborových týmů, aplikovat nové metody a pomáhat pacientům či klientům účinným a vědecky ověřitelným způsobem. Zároveň může být přijatelný a srozumitelný i pro neodborníky.

Díky vývojovému hledisku dokáže bio-psycho-sociální model prolomit hluboce zakořeněnou tezi o trvalé a nevyléčitelné závislosti. Činí přijatelnou představu, že za příznivých vnitřních a vnějších podmínek může člověk svoji závislost „přerůst" – vlastně se tedy uzdravit a být nadále zdravým člověkem, nikoliv pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem. Mnozí odborníci však možnost „přerůst závislost" popírají, a jistě tato perspektiva neplatí vždy a pro každého. Vývojově přerůst svou závislost je v podstatě snazší pro dvacetiletého závislého na heroinu, který se díky intenzivní léčbě může vyrovnat s nesplněnými a zanedbanými vývojovými úkoly a přesunout se do prostředí a životního stylu sdíleného většinovou populací, tj. do takového, v němž heroin nemá místo a nevyskytuje se ani jako nabídka či pokušení. Závislý na alkoholu ve středním věku však tuto vývojovou perspektivu vlastně nemá a rovněž většinová společnost, v níž je alkohol součástí každodenního života, mu bezalkoholové prostředí pro jeho abstinenci nenabízí.

Je však na místě zdůraznit, že teorie o vývojovém překonání závislosti nemá nic společného s rozšířeným a nesplnitelným přáním, které často mají závislí na alkoholu nebo na drogách na počátku léčby: aby je léčení nevedlo k abstinenci, ale naučilo je „kontrolovaně" pít nebo brát drogy.

V rámci bio-psycho-sociálního modelu má své místo i farmakoterapie. Na to je třeba upozorňovat zejména při jejím současném rozvoji. Tendence podceňovat psychosociální terapie se objevila během všech „psychofarmakologických revolucí" (tak jsou nazývány vlny zavádění nových léčiv – neuroleptik, antidepresiv, benzodiazepinů) a vedla zatím vždy, slovy Oldřicha Vinaře, „od opojení ke kocovině". Farmakoterapie v léčbě závislostí má sice omezený, ale významný prostor uplatnění, a tam, kde ji lze uplatnit, osvědčuje se její kombinace s psychoterapií a psychosociálními terapiemi obecně jako nejúčinnější.

Přístup ochrany veřejného zdraví („public health")
Přístup *„public health"* vychází z epidemologie, sociologie a veřejné politiky. Ve své čisté podobě nesleduje zájem individuálního klienta, ale ochranu populace, především před přenosem závažných infekčních chorob (AIDS, hepatitidy B a C). Vzniknul a vyvíjel se nikoliv jako odpověď na problematiku drogové závislosti, ale v souvislosti s šířením viru HIV. Soustředil se tudíž na sdílení jehel a stříkaček při nitrožilním užívání drog a na rizikový pohlavní styk jako na významné kanály, jimiž se infekce HIV šíří. Z toho se odvinuly metodické postupy jako výměna jehel a stříkaček, distribuce kondomů a edukačních materiálů, slinové testy na HIV, očkování drogové populace proti hepatitidám apod.

Dominance přístupu ochrany veřejného zdraví může vést k zanedbání individuálních potřeb a perspektiv problémového uživatele, k rezignaci na léčení, sociální opatření atd.

Přístup minimalizace poškození („harm reduction")[3]
I když se v rámci harm reduction (dále HR) využívá některých metod, které zároveň slouží ochraně veřejného zdraví, jde na rozdíl od výše uvedeného přístupu *public health* o přístup především individuální, zaměřený na individuální potřeby a perspektivy klienta.

Přístup minimalizace poškození si neklade za cíl abstinenci klienta od drog. Nevylučuje tuto perspektivu, ale nepokládá za nutné a účelné její okamžité, prvořadé a výlučné prosazování. Akceptuje, že klient v dané době užívá drogy a nechce či nemůže přestat (nemá třeba ani dostatečnou motivaci k tomu, aby o to usiloval a nastoupil léčbu), a snaží se zachovat klienta při životě a maximálně možném zdraví v bio-psycho-soci-

[3] Viz též Kalina, kapitola I/1, Úvod do drogové politiky; Hrdina, kapitola 5/1, Harm Reduction.

álním smyslu. Podaří-li se to, bude se klient třeba později rozhodovat rozumněji.

Poškození, která se snažíme minimalizovat, omezit či zmírnit jejich riziko nebo jim zcela předejít, jsou zejména následující:
– život a zdraví ohrožující infekce, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem (především jde o AIDS, v poslední době stále více také o virové záněty jater – hepatitidy)
– další tělesné komplikace, např. abscesy, záněty, postižení vnitřních orgánů nebo zhroucení jejich funkcí, což je častým důsledkem dlouhodobého nitrožilního užívání, nitrožilního užívání látky znečištěné různými příměsemi, ztráty vody z organismu a přehřátí při „tanečním" užívání stimulačních drog apod.
– dlouhodobé působení vysokých dávek
– předávkování (často smrtelné, může být způsobeno neodhadnutelným množstvím účinné látky v produktech získávaných na nezákonném trhu)
– sociální debakl a ztráta lidské důstojnosti

Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Dostanou-li se mimo tento okruh, např. do škol, vyvolávají senzaci, pobouření a obviňování, že se touto cestou mládež navádí k braní drog. Z poradenských a edukačních aktivit v rámci HR by se však nemělo ztratit citlivě vysílané a citlivě dávkované poselství, že je sice lepší brát drogy bezpečně než nebezpečně, ale ještě lepší je nebrat vůbec – a že je to možné a lze s námi o tom hovořit.

Do rámce HR patří i v podstatě podávání náhradní drogy (substituce, např. metadon) nebo původní drogy (heroin) pod lékařským dozorem, což omezuje u závislých prostituci a trestnou činnost pro získání drogy či finančních prostředků na ní. Na druhé straně se tyto přístupy, zejména dlouhodobá substituce metadonem či buprenorfinem, úspěšně začlenily do biomedicínského modelu jako jakákoliv jiná udržovací léčba (např. hemodialýza u chronického selhávání ledvin nebo podávání insulinu u diabetiků). Po překonání určité psychologické bariéry se tak v léčbě závislostí otevřel prostor i pro tradičně uvažující lékaře – s jistými riziky, o nichž se zmiňujeme v oddílu o bio-psycho-sociálním modelu.

Sociální a sociálně-pedagogický přístup
V modelu drogové závislosti tyto přístupy zdůrazňují vnější faktory: nepříznivé sociální prostředí, nevhodnou výchovu, chybění či ztrátu sociálních dovedností, schopností a možností integrovat se do komunity. Používanými metodami jsou zejména:
– sociální a výchovné poradenství, vedení, intervence a asistence
– resocializace, reedukace a rekvalifikace
– nácvik soběstačnosti, sebeobsluhy, sociální komunikace a pracovních dovedeností, často využívající chráněného prostředí (chráněné bydlení, chráněné dílny)

Sociální či sociálně-pedagogický přístup těží z rozvoje aplikovaných sociálních a pedagogických věd a je rovněž výrazem emancipace nezdravotnických profesí. Při nedostatku lékařů a klinických psychologů v oboru léčení závislostí a při trvajících společenských předsudcích proti „přidělení diagnózy" nepřekvapuje, že se sociálně-pedagogické přístupy ve světě i u nás dokáží uplatnit jako zcela samostatné řešení pro široký okruh uživatelů drog, především mladistvých klientů nebo naopak chronických toxikomanů. Jejich metody se však mohou integrovat i do rámce bio-psycho-sociálního modelu a lze je do jisté míry pokládat za širší součást „hlavního proudu".

V sociální a sociálně-výchovné oblasti je také hlavní těžiště dobrovolné práce, svépomoci a charity, která se často obejde zcela bez účasti profesionálů.

Přístupy morální a spirituální
Pojetí drogové závislosti jako morálního debaklu je ve společnosti stále značně rozšířené. Tento koncept využívají zastánci represe, ale může tvořit i východisko pomoci uživatelům a závislým. V praxi aplikuje sociální a sociálně-pedagogické postupy, spojené s křesťanskou morálkou a věroukou *(morální převýchova, morální resocializace)*. Často navazuje na misijní působení ve velkoměstských komunitách postižených sociálními problémy a kriminalitou.

V katolické církvi je morální přístup k závislým a uvedený typ práce tradicí *Salesiánského řádu*, velmi živě se jej však ujímají i protestantské církve a protestantská náboženská společenství v USA i v Evropě. Z těchto okruhů se přenesl do svépomocných hnutí *Anonymních alkoholiků* a *Anonymních narkomanů*. K jejich doktríně patří i teze o „nevyléčitelné, trvalé závislosti" – kdo byl jednou závislým, ať na alkoholu či drogách, nemůže být nikdy zdravým člověkem, ale pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem. Musí si své morální selhání stále připomínat *(„žít na kolenou")*, bojovat s ním

a opírat se přitom o víru a o příslušnost ke skupině AA či NA.

Jistým extrémem morálního přístupu je *přístup spirituální*, který za jedinou cestu z drogové závislosti pokládá náboženské obrácení, oddanost určité víře a život a práci v úzkém společenství podobně věřících pod trvalým duchovním vedením. Má často sektářský charakter nebo aspoň nádech.

Morální a spirituální přístupy až na vzácné výjimky nedůvěřují odborníkům a odborným postupům, mají tendenci se před nimi uzavírat. Často od nich odrazují klienty. Jindy se snaží do odborného světa expandovat, přesvědčovat a bojovat o duše klientů a své uznání. Obvykle jsou pro morální a spirituální fundamentalisty největšími nepřáteli nábožensky založení profesionálové, jimž víra, morální hodnoty a spiritualita není cizí.

Pokud však pomineme extrémy, mají morální a spirituální přístupy k problematice závislostí a léčbě závislých stále co dodat. Hnutí Anonymních alkoholiků uchovalo důraz na duchovní a morální rozměr po dlouhá desetiletí, která se o tyto rozměry příliš nezajímala, po dnešek, který je jim opět více nakloněn.

Holistický – celostní model

Holistický či celostní přístup je charakterizován jistým vykročením z bio-psycho-sociálního modelu do oblasti alternativních terapií, jako je akupunktura, akupresura, aromaterapie, používání léčivek, masáže (zejména japonské shia-tsu či thajské) či holotropní dýchání[4]. Obvykle se přitom neopouští základní rámec bio-psycho-sociálních přístupů.

Holistickým modelem je vlastně – a možná oprávněněji než používání akupunktury – i model, který se v této publikaci objevuje jako model bio-psycho-socio-spirituální[5]. Potřeba morálky a upamatování se na spirituální rozměr a potřeby člověka patří k normálnímu životu, k překonávání krize a uzdravování z nemoci – tedy i k léčbě drogových závislostí. Terapeutovi, který se setkává s hlubokou demoralizací, bezhodnotovostí a nevírou těžce závislých, nemusí být tato koncepce cizí. Jak se vývoj přirovnává ke stoupající šroubovnici, můžeme s poučením a nadhledem využít lidskou moudrost z dob předtím, než se škodlivá posedlost a morální selhání nazvaly nemocí.

Summary

Models of Drug Addiction and Helping Approaches to Addicts

The chapter presents an overview of the main models of drug addiction, as well as of intervention profiles and approaches to the patients or clients derived from the respective conceptualisation. The following are characterised here: the biomedical model, bio-psycho-social model, public health and harm reduction approaches, models formed on social or pedagogic backgrounds. Moral and spiritual models are also mentioned. Finally, holistic approach is discussed from the viewpoint of a bio-psycho-socio-spiritual model presented in another chapters in this publication.

Key words: biomedical model – bio-psycho-social model – harm reduction – holistic approach – public health

[4] Viz Kudrle, kapitoly I/9, 2/1 a 2/9.
[5] Viz Kudrle, kapitoly 2/1 a 2/9.

Literatura

■ Bateson G.: Steps to an ecology of mind. 8.vydání. Ballantine Books, New York, 1980

■ Dorner K., Plog U.: Bláznit je lidské. Grada Publishing, Praha, 1999

■ Kalina K.: Drogová politika ve světě. In: Bém P., Kalina K. (eds.): Studijní skripta distančního vzdělávání protidrogových koordinátorů. Úřad vlády ČR, Praha, 1998

■ Kalina K.: Přístupy k drogám ve světě a v ČR. In: Sotolář A. a kol.: Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Příručky Ministerstva spravedlnosti ČR, svazek 64. Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců, Praha, 2001

■ Kalina K.: Jak žít s psychózou. 2. vydání. PORTÁL, Praha, 2001

■ Foucault M.: Dějiny šílenství. Mladá Fronta, Praha, 1971

■ Chromý K.: Sociologie mediciny. Avicenum, Praha, 1985

■ Volpicelli J.R., Pettinati H.M., McLellan A.T., O'Brien Ch.P.: Combining medication and psychosocial treatment for addiction. Guilford Press, New York, 2001

MUDr. PhDr. Kamil Kalina CSc., MSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/1.

1/9 Historie užívání a zneužívání psychotropních látek

Stanislav Kudrle

Klíčová slova: historie – psychedelika – prohibice – rituály – šamanismus – úmluvy OSN

Historicky nejstarší zkušenosti má člověk s tzv. *psychedelickými drogami*, jejichž užívání bylo obvykle ritualizováno. Historicky mladší zkušenost má člověk s *návykovými drogami*, které bývají zneužívány příležitostným, konzumním způsobem a přinášejí člověku utrpení v závislosti na těchto látkách.

Historie psychedelických látek

Historie užívání psychedelických látek je stará jako lidstvo samo. Antropologové, kteří studovali různé domorodé kultury v různých částech světa popisují, že psychedelické substance byly a jsou používány k léčení, věštění, ke komunikaci s nebeskými i podsvětními oblastmi, v šamanských rituálech apod. Psychedelické látky obyčejně navozují intenzivní prožitky, které mohou mít za optimálního vedení hluboký transformativní charakter, často obsahují zážitky smrti a znovuzrození, jednoty s vesmírem a další transpersonální jevy. Podrobně jsou tyto jevy zkoumány zejména výzkumníky z oblasti *transpersonální psychologie*. Termín *psychedelický* pochází od Humphrey Osmonda a znamená z řeckého *psyche a delein = učiniti zjevným*[1].

Nejstarším dochovaným svědectvím užívání psychedelicky účinných látek jsou *šamanské rituály*. Šamanismus je nejstarším náboženstvím i nejstarší medicínou v historickém vývoji člověka, sahá až k paleolitu. Šamani měli vypracované techniky na vyvolávání *změněných stavů vědomí* na nedrogové i drogové bázi. Vnímání a porozumění světu se dělo na bázi bezprostředního prožitku, intuice a symbolu spíše než na úrovni racionální, logické abstrakce. Člověk tehdy patrně jinak využíval a jinak zatěžoval své mozkové hemisféry než v historické době.

Podle Achtenbergové (1985) posvátné rostliny zajišťovaly rychlý přestup do změněných stavů vědomí a umožňovaly na podkladě přímého zážitku porozumět stavům zrození a smrti, vztahu ke kosmu, ke stvoření vůbec. Psychedelický prožitek, ztráta hranic ega, vědomí kontinuity všech dějů a smysl pro zázrak dávaly šamanům možnost náhledu a poznání přesahující rámec smyslového poznání. Tyto rostliny proto nazývaly posvátnými, medicínou. Rekreační užívání bylo často nemyslitelné. Šaman musel fungovat skvěle v obou realitách. Procházel vlastně věčným kruhem cestování do podsvětí za nějakým poznáním a vracel se zpět, aby vykonal službu druhým. Nebylo v tom nic samoúčelného. Když léčil, bral medicínu spolu s nemocným a s pomocí vizualizace ovlivňoval chorobný proces. Pokud byly drogy (psychedelica, halucinogeny) užívány v duchovních tradicích, byly medicínou – podle autorky nejlepší medicínou, kterou svět po tisíciletí znal. „Ale pro kulturu, která se progresivně odcizovala od ducha světa ve všech svých aspektech, pro kulturu, která udělala vše pro oddělení ducha od těla, tam drogy poskytují útrpnou příchuť mysticismu, kterou náš kulturní mýtus není schopen vysvětlit a není schopen integrovat," píše dále Achtenbergová.

V historii *čínské medicíny* je popisováno užívání psychedelických látek již před 3 500 lety, ve staré *indické* literatuře se popisuje legendární posvátná rostlina a z ní připravovaný nápoj *soma*. Verše rgvédy opěvují mimořádné účinky této rostliny. Božský nápoj, který věřící požívali, je uvedl do extatických stavů, kdy „jednou polovinou byli na zemi a druhou na nebesích". Jejich těla oplývala silou, jejich srdce odvahou, radostí a nadšením a jejich mysli se dostávalo osvícení a ujištění o nesmrtelnosti.

Konopí provází člověka stejně dlouho jako alkohol. V literatuře jsou první zmínky před 5000 lety, kdy se konopí objevuje v lékopise čínského císaře Shen-Nunga (revma, malárie, zácpa). 800 let př. Kr. se tato droga objevuje v indické literatuře. V ajurvédě, indické medicíně, se konopí uvádí jako medicína na celou řadu nemocí zejména psychosomatické povahy, jako nespavost, migrény. Jeho užívání bylo i religiosně zakotveno, hašiš kouřili bráhmani, alkohol byl zapovězen.

Konopí bylo využíváno pro posvátné, léčebné a rituální účely a objevuje se pod různými názvy – *hašiš, kif, marihuana, hemp, ganja* – v oblastech Středního východu, v Africe, Indii, Číně, Tibetu, Severní a Jižní Americe, v Karibské oblasti. Konopí vystupuje jako důležitá posvátná rostlina u tak odlišných skupin, jako jsou africké domorodé kmeny, indičtí bráhmani, stoupenci tantrického budhismu, Skýtové či rastafariáni na Jamaice. V Evropě je konopí známo od 5. stol. po Kr. Ve 12.století známá mystička Hildegard von Bingen konopí doporučuje jako léčebný prostředek, později se

[1] Pro tyto látky byly raženy i jiné názvy, jako halucinogeny, byť halucinace vyvolávají spíše zřídka, psychoheuristika, čímž se má zdůraznit jejich funkce nástroje objevování nebo učení, mystikomimetika, kultogenika nebo entheogeny.

rozšiřuje ve středověku jako součást čarodějných lektvarů a mastí[2].

Obzvláště bohaté zastoupení psychedelických látek najdeme ve Střední a Jižní Americe. Předkolumbovské středoamerické kultury, jako Aztékové a Mayové, používaly řadu psychedelických rostlin, stejně jako indiáni kmene Huicholů a Mazatéků. Mezi nejznámější rostliny tohoto druhu patří kaktus Peyotl (Lophophora williamsi) nebo San Pedro, kde účinným alkokaloidem je meskalin, a dále posvátné houby Teonanacatl čili „maso bohů" (Psilocybe mexicana a P. cubensis), kde účinnou látkou je psilocybin. V amazónské oblasti je známa rituální substance *ayahuasca*, jejímž zdrojem je liánovitá rostlina Banisteropsis caapi. První výzkumné studie o této látce se datují do poloviny 19. Století. Nápoj z liány, který připravují Mazanští a Zaparo indiáni a nazývají jej „víno duše" (nebo „víno smrti"), obsahuje jako účinnou psychoaktivní substanci alkaloidy harmin, harmalin a tetrahydroharmin z řady betacarbolinů.

Před zahájením kolonizace amazónských oblastí Evropany v 16. století byla ayahuasca velmi rozšířena u domorodců v rámci religiózních rituálů, magie, čarodějnictví i léčby. Navzdory úsilí potlačit zvyky a náboženství domorodců zůstalo nadále posvátné a léčebné používání této látky nedotčeno. V tomto století pozorujeme velký nárůst užívání ayahuascy zvláště v okruhu moderní synkretistické církve Uniao Do Vegetal (UDV) anebo Santo Daime. Kult peyotlu s křesťanskými prvky kombinuje Native American Church (Církev původních Američanů), k níž se podle některých odhadů hlásí v současnosti více než polovina severoamerických indiánů.

V rovníkové Africe je známa keřovitá rostlina Tabernanthe Iboga, která je zdrojem drogy *ibogain*. Zejména v Gabunu jsou kořeny využívány v malých dávkách jako afrodisiakum a stimulancium, ve velkých dávkách pak v průběhu náboženských ceremonií k zasvěcení do kultu Bwiti. Účinky látky jsou popisovány již od poloviny minulého století. Ibogain inhibuje oxidaci serotoninu a katalyzuje oxidaci katecholaminů prostřednictvím monoaminoxidázy. Ibogain je považovanán za oneirofrenní látku (vyvolávající snové stavy)[3].

Ze starověkého Řecka se dochovaly částečné zápisy z mystérií smrti a znovuzrození, jako byla např. Eleusinská mysteria zasvěcená božstvům Demétře a Persefoně, trvající každoročně 9 dnů. V jejich rámci byl podáván *Kykeon*, opojný nápoj s psychedelickým účinkem. Výprava mystérií byla pečlivě promyšlena, aby maximalizovala transcendentní atmosféru. Tato mystéria se tradovala po dobu 2000 let i přes odpor křesťanské církve.

Ve středověku byla celá řada psychedelických rostlinných i živočišných látek používána k výrobě nápojů a mazání, které se pak používaly v čarodějných rituálech, černých mších a sabatech (belladona, mandragora, durman). Kruté potlačení evropského čarodějnictví svatou inkvizicí se odehrávalo v téže době jako pokusy vymýtit používání drog mezi kolonizovanými domorodci Nového světa.

Teprve koncem 18. století evropská kultura zrodila nového „ďáblova advokáta" v podobě vzpoury „prokletých" básníků a umělců, kteří se cítili jako vyděděnci své vlastní společnosti. Zatímco umělci jako Poe, De Quincy se nechali inspirovat účinky opia, Baudelaire, De Nerval a Victor Hugo se scházeli a užívali hašiš v Le Club des Haschischins, prvotní bohémské enklávě v Paříži založené v r. 1844 Théophilem Gautierem.

Historie návykových drog

Opiáty

První doklady o pěstování máku pro jeho narkotické účinky jsou staré 6000 let a pocházejí z říše Sumerů, kteří mák nazývali „rostlinou radosti". Odtud přešla znalost do Egypta, kde patrně opium používali kněží ke kultovním obřadům v rámci dávných mystérií, podobně jako hašiš. Ve starém Řecku lékaři využívali omamných účinků drogy k léčení, jak o tom referuje Theophrastos z Eresu žijící asi v letech 370 – 287 př.Kr. (Schmidbauer, 1986).

Řekové dali makové šťávě také název opium a získávaný elixír se tak stal postupně proslulým. Makovice se stala symbolem boha spánku Morphea a boha smrti Thanata. Homérští hrdinové znali kouzelný nápoj dodávající odvahu a nazývali jej Nepenthes. Dobytím Řecka Římany se nápoj dostal více na Západ. V 6. a 7. století Arabové na svých válečných taženích donesli opium až do Persie, Indie a Číny. Podobně jako hašiš nebyla tato droga Mohamedem zapovězena (na rozdíl

[2] Produkty konopí, tj. *marihuana a hašiš*, přicházely do Evropy již ve středověku díky křižáckým válkám, protože arabský svět je znal a odedávna používal v lékařství, jako „rekreační drogu" místo alkoholu i v rámci iniciačních rituálů fundamentalistických náboženských skupin. Nejznámější takovou skupinou bylo muslimské vražedné komando legendárního „Starce z hory" Hafana Ibn-Al-Sabbáha (kolem r. 1000): od těchto „hašašínů" se odvozuje jak slovo *„hašiš"*, tak slovo *„assasin"* (najatý vrah, atentátník). Od svých arabských soupeřů ve Svaté zemi převzaly užívání cannabisu především rytířské řády, pro středověkou křesťanskou kulturu Evropy však tyto praktiky nebyly přijatelné a obvinění z nich bylo součástí procesu proti templářům v Paříži r. 1310.

[3] Kult Bwiti u domorodců kmene Mitsogho je výhradně mužskou záležitostí, a ti, kteří byli zasvěceni, jsou prohlášeni za mistry vizuálního poznání toho, co je „za", což jim zprostředkoval *strom zázraků* – Iboga.

od alkoholu). Významný středověký lékař Paracelsus používal ke svému léčení tinktury, které obsahovaly opiáty a nazýval je Laudanum a Arkanum[4].

V Číně, kde se opium masově rozšířilo, bylo nejdříve konzumováno, teprve později kouřeno. Význam mělo i svým účinkem potlačení hladu v dobách hladomorů a katastrof. Podobně jako v arabských zemích se i v Číně rozvinuly rituály kolem kouření a požívání opia. Kvůli obchodu s opiem v letech 1839 – 1842 svedla Čína válku s Británií, ve které Britové vyhráli, stejně jako ve druhé opiové válce v r. 1856. Cílem válečných britských tažení bylo udržení importu opia do Číny. V 19. století se opium rozšířilo do Evropy a zejména ve velkých městech a v přístavních městech se hojně požívalo. Od r. 1909 jsou formulovány postupně požadavky na kontrolu nad opiem (Hongkongská smlouva). Po I. světové válce se rozšířil hlavně heroin a zatlačil do pozadí opium i z něj vyráběný morfin.

Mezi umělci, kteří se oddávali opiu, byli Baudelaire, Poe, Balzac, později pak Picasso, Cocteau a Borroughs, který vášeň k opiu ztvárnil v románu *Junkie*.

Kokain

Kokain je extrakt z několikametrové rostliny Erythroxylon coca, která roste v teplomilných oblastech Jižní Ameriky (Kolumbie, Venezuela) a na ostrovech Indonesie. Na svazích And, na území dnešního Equadoru byla droga a její účinky známé již před 5000 lety. V Peru nacházíme známky užívání této drogy později, asi 1500 let př. Kr. V říši Inků byla droga užívána přísně rituálně vedoucí kastou a rozhodně nebyla zneužívána masově. Sága praví, že rostlina byla darem bohů v době špatné úrody a měla „pokleslé na duchu vzpružit, vyčerpaným přinést nové síly a hladové nasytit".

Španělští kolonizátoři zakázali domorodé kulty a pod hrozbou trestu zakázali i pěstování a žvýkání koky. Církevní koncil v Limě v polovině 16. století prohlásil kult koky za „bezcenný, zatratitelný, k pověrám vedoucí nástroj ďáblův". Jelikož se však nedařilo vymýtit další pěstování, rozhodli se dobyvatelé celé pěstění zdanit a současně zničili náboženství Inků. Tyto kroky daly základ zneužívání drogy, její žvýkání se vymklo rituálnímu poslání a nakonec sloužilo k přežití zejména nejchudším obyvatelům pro anorektický účinek koky (potlačení hladu). Současné období charakterizuje neutuchající boj za vymýcení pěstování koky, boj s mafií.

V r. 1858 chemik Neimann izoloval z kokových lístků *kokain*, který začal být později používán v medicíně pro místní znecitlivění při drobnějších operacích. V 90. letech 19. století s ním experimentoval slavný psychoterapeut S. Freud[5]. Velkou popularitu kokain získal v I. světové válce a po ní. Droga se šířila hlavně mezi intelektuály a ve velkoměstském podsvětí.

Nejznámějším kokainistou z literatury je postava *S. Holmese*. Proslýchá se dále, že spisovatel R. L. Stevenson napsal svůj známý román *Dr. Jekyll a pan Hyde* pod vlivem kokainu. Napsal jej během 6 dnů, když předtím byl dosti dlouhou dobu neproduktivní a popisuje v něm proměnu charakteru člověka po té, co požil bílý prášek. Chtěl tím vyjádřit dramatičnost účinku na lidi delší dobu vystavené účinkům kokainu. Sám se s kokainem setkal pouze krátce z medicínské indikace. Podobně skladatel R. Strauss poznal účinky kokainu v den operace na nosní přepážce, kdy k anestezii byl použit místně kokain. Dvě hodiny po operaci jej našel ošetřující lékař na pokoji s mnoha listy papíru popsanými notami, které daly vznik dvěma áriím k opeře Arabela. Skladatel mluvil o silném uvolnění inspirace a ošetřujícímu lékaři žertem sděloval: „svět Vás za to bude činit odpovědným".

Budivé aminy

Amfetamin byl prvně syntetizován v r. 1887 chemikem Edeleanu. V r. 1910 si britští fyziologové Barger a Dale všimli podobných vlastností amfetaminu a adrenalinu. Byly více zkoumány jeho budivé účinky a terapeuticky byl využíván při léčbě *Encephalitis lethargica*. Ve 30. letech se rozběhla celá řada psychologických výzkumů zaměřených na změny výkonnosti pod vlivem amfetaminu. První zprávy o zneužívání amfetaminu jsou z r. 1937, kdy studenti Minesotské university užívali tyto látky proti ospalosti a ve snaze zlepšit studijní výsledky. Amfetaminy našly další oblast zneužití jako doping ve vrcholovém sportu (hlavně v zátěžových vytrvaleckých disciplínách) a ve válečných akcích[6].

Další budivý amin Ephedrin je znám nejméně 5000 let, pochází z rostliny Ephedra vulgaris a byl ve staré čínské medicíně používán jako antiasthmatikum.

20. století v přehledu důležitých událostí

1898: byl synteticky vyroben heroin, na počátku 20. století pak ověřován a veleben pro svou nenávykovost. Byl dokonce propagován jako „hrdinský lék" (odtud heroin) při potírání morfinové závislosti.

---

[4] Opiová tinktura se používala i v novověku proti průjmům a proti melancholii.

[5] Freud používal kokain při léčbě morfinismu. Podle některých pramenů byl i skutečným objevitelem znecitlivujícího (anestetického) účinku kokainu. Ve stejné době se už také vyskytly první případy zneužívání i smrtelného předávkování. Traduje se, že právě smrt jednoho přítele a zároveň pacienta v důsledku předávkování kokainem vedla Freuda k tomu, že se o kokain přestal zajímat a přepustil terapeutickou prioritu a proslulost objevitele svému příteli, vídeňskému očnímu lékaři Köhlerovi, který objev anestetických účinků kokainu popsal a uveřejnil (viz Kalina, 1996).

[6] Za II. světové války především při dopování bojových letců, později diverzních skupin a personálu polních nemocnic, stejně tak během Korejské války v 50 .letech (hrdinové známého televizního seriálu M.A.S.H. se ve skutečnosti dopovali amfetaminem).

1903: v USA bylo zakázáno používání kokainu v nápojích, což vedlo ke změně receptury Coca Coly[7].
1910: američtí farmáři na jihu USA dávají kokain černošským dělníkům, aby podpořili jejich výkonnost.
1914: v USA vyhlášen *Harrison Narcotic Act* – zákon upravující prodej opia, opiových derivátů a kokainu.
1920 – 1933: éra alkoholové prohibice v USA. Jen v r. l932 je za alkoholové zločiny uvězněno přibližně 45 tisíc osob.
1924: v USA je zakázána výroba heroinu, v r. 1925 Robert A. Schless napsal: „Věřím, že většina dnešní drogové závislosti je přímým důsledkem Harrisonova protinarkotického zákona, jenž zakazuje prodej narkotik bez lékařského předpisu... závislí, kteří jsou švorc, působí jako *agent provocateurs* pro podloudné obchodníky a jsou odměňováni heroinem nebo příslibem jeho dodávek. Harrisonův zákon vytvořil podloudné obchodníky s drogami a ti vytvořili drogově závislé!"
1930: v USA je založen Federální úřad pro narkotika (FNB – Federal Narcotic Bureau). Do čela úřadu se dostává bývalý prohibicionista H. Anslinger.
1937: H. Anslinger v tažení proti marihuaně: „Kolik vražd, sebevražd, zločinných přepadení, loupeží a smrtí z mánií způsobuje marihuana rok co rok, to se můžeme jen dohadovat." – V témž roce přijat *Zákon o dani z marihuany*. Za tažením proti marihuaně se ve skutečnosti skrývala možnost, jak úspěšněji kontrolovat ilegální migraci mexických utečenců na mexicko-americké hranici. Zdanění a velké tresty měly potlačit rozšiřující se konzum marihuany. Na vlastním těle to později poznal i T. Leary, který byl odsouzen ke 30 letům odnětí svobody a pokutě 30 000 USD za držení několika gramů marihuany pro vlastní potřebu.
1938: od přijetí Harrisonova zákona v r. 1914 bylo 25 000 lékařů obžalováno ze zločinů spojených s narkotiky. V témž roce 1938: objev LSD Albertem Hoffmanem v laboratořích firmy SANDOZ. Firma ztrácí zájem na látce, Hoffman na základě vnuknutí projeví zájem opět v dubnu r. 1943, kdy se náhodně intoxikuje. Období 2. světové války a poválečné období tzv. studené války je poznamenáno „strategickým" zájmem o psychotropní látky.

V Dachau nacisté zkoušeli účinky meskalinu na vězně. V USA po válce CIA hledala drogu pravdy, která by rozvazovala jazyk zadrženým špionům. Jako jedna z prvních byla zkoumána marihuana. Výsledky nebyly však přesvědčivé, pouze se potvrdilo, že marihuana uvolňuje asociace a odtlumí kontrolu. Pak již byla středem zájmu psychedelika. CIA monitorovala scénu ulice, výzkumníky na universitách a podněcovala vlastní výzkumy, z nichž řada se odehrála v armádě, na vězních, ale i na nic netušících lidech, například v nevěstincích, kde agenti CIA zkoumali změny sexuálního chování mužů po požití LSD. O LSD se uvažovalo právě v kategorii kompromitující drogy vzhledem k možnosti zneužití bizarních projevů v chování intoxikovaného. Nakonec v těchto indikacích psychedelika uplatnění nenašla právě pro nepředvídatelnost jejich účinku. Jejich působení se vymyká kontrole, kterou naopak chtěla CIA nad lidmi dosáhnout. Nicméně její zájem a monitorování celého vývoje, iniciování různých akcí, nikdy neskončil. Existuje podezření, že CIA stínově řídila i tragedii v Jonestownu, kde v kontextu náboženského fanatického rituálu spáchalo sebevraždu velké množství lidí. Manipulace s vědomím lidí, s jejich přesvědčením a jejich ovladatelnost byly vždy centrálním tématem pro všechny zpravodajské služby světa. Podobné indicie vedou tedy i ke KGB, či k naší StB (Schlain and Lee, 1996; Grof, osobní sdělení).

V 50. letech umělci, kteří tvořili tzv. beatnickou generaci, hledali v drogách „pravdu o životě". Jejich drogový šamanismus byl spojen s romantickým nadšením. Drogy sloužily ke katalyzaci jejich vzpoury proti všeobjímající konformitě americké kultury. Hlad po nových dojmech je vedl k hledání transcendence prostřednictvím jazzu, marihuany, budhistické meditace a frenetického tempa hipsterského životního stylu. Toto hnutí nonkonformismu přerostlo v další dekádě pak v masovou vzpouru.

Psychiatři a psychologové v 50. letech prováděli výzkumné aktivity na sobě a na dobrovolnících. Významnými osobnostmi psychedelického výzkumu byli T. Leary (jeho semináře na Harvardu), H. Osmond, R. Metzner, R. Alpert (University of California, Berkeley) a další. Významnou událostí byla konference o LSD v r. 1959, jejíž průběh byl stínově řízen CIA. Tato konference pak velmi ovlivnila postoj Federálního úřadu pro narkotika a podpořila i zákaz psychedelického výzkumu v pozdějších letech. Poslední legální možností výzkumu bylo užití LSD u umírajících, většinou v terminálních stadiích rakoviny. V těchto výzkumech pozoruhodných výsledků dosáhl psychiatr českého původu Stanislav Grof.

1961: ratifikována Jednotná úmluva OSN o omamných látkách, později – v r. 1971 a 1988 – ratifikovány další významné úmluvy[8].
1967: americký tabákový průmysl vydává na reklamu kolem 250 mil. USD, hrubé příjmy jsou však kolem 8 mld. USD

Konec 60. let běží pod heslem „Drogy pro masy", psychedelika se definitivně masově zneužívají spolu s ostatními návykovými dro-

[7] Podle jiných pramenů to byl rok 1906, kdy v USA došlo k zákazu kokainových přísad v některých patentovaných lécích a nápojích včetně Coca Coly (Kalina, 1996). – Stimulační účinek nápoje je od té doby dodáván pouze kofeinem. Z lístků koky se kokain vyluhuje a koka poskytuje nápoji pouze svoji charakteristickou chuť.
[8] O úmluvách OSN blíže viz Sotolář, kapitola 1/5.

gami včetně alkoholu. Existuje společný pouliční trh, jsou organizovány masové kulturní akce, při kterých se užívají drogy. Drogy ovlivňují hudební, filmovou i divadelní scénu, stejně jako literární umění. Z hudebních skupin jsou to především Greatful Dead, kteří proslavili tzv. Acid Culture[9], v oblasti divadla Living Theater, v literatuře A. Ginsberg, K. Kesey a produkce tzv. nezávislého filmu. Přibývá násilností, nehod a masových karambolů, přibývá závislých na drogách. V San Franciscu se otevírá přímo v centru schůzek hippie mládeže Haight Ashbury Free Clinic. R. 1967 – „léto květin", je vrcholem a současně počátkem rozpadu psychedelické kultury, začátkrm rozvoje závislosti na opiátech, zejména na heroinu.

Posledních dvacet let 20. století je ve znamení poměrně vyváženého zastoupení jednotlivých drog ve světě. Protidrogová politika nese rysy narůstající represe. Tento trend je iniciován zejména v USA a částečně přejímán i v Evropě. Výjimkou je například tzv. holandský model protidrogové politiky[10]. Teprve konkrétní hrozba šíření viru HIV mezi intravenózními uživateli posouvá společenský zřetel k účinnější prevenci a rozvoji strategie Harm Reduction[11] (přístupů snižujících rizika z užívání drog), což se již projevuje v politických dokumentech EU[12].

9 Acid (kyselina) je obecným slangovým názvem pro LSD (účinnou látkou je dietylamid kyseliny d-lysergové).
10 Viz Sotolář, kapitola 1/6, Úmluvy OSN a zahraniční legislativa o omamných a psychotropních látkách
11 Viz Hrdina, kapitola 5/1, Harm Reduction.
12 Viz Kalina, kapitola 1/1, Úvod do drogové politiky; Bém, Kalina a Radimecký, kapitola 1/, Vývoj drogové scény a protidrogové politiky v České republice.

Summary History of Use and Misuse of Psychotropic Substances

The chapter first discusses the social and cultural circumstances and spiritual aspects of using psychedelic substances such as naturally occurring peyotl, ayahuasca, psilocybin, cannabis, iboga etc. We observe their original use in spiritual, ritual or healing context, e.g. in shamanism. Abuse of psychedelic substances, particularly cannabis drugs and LSD, was reported mainly in the second half of the 20th century. Further, the history of another group of substances with higher addictive potential and minimum potential for spiritual and personal growth, i.e. opiates, stimulants, cocaine etc. is explored, and the context of their use and misuse in a broader sense is defined. The main risks of abuse of those two groups of substances are described. Finally, we present important conditions connected with the spread of substance abuse in the 20th century and the resulting implications.

Key words: history – prohibition – psychedelics – rituals – shamanism – UN conventions

Literatura

■ Achtenberg J.: Imagery in Healing. New Science Library. Shambhala, London,1985.
■ Eisner B.: Ecstasy, The MDMA Story. Roning Publishing, Inc., Berkeley, California, 1989.
■ Furst, P.T.: Halucinogeny a kultura. Maťa, Praha, 1996.
■ Grinspoon L., Bakalar J. B.: Marihuana – zakázaná medicina. CAD Press, Bratislava, 1996.
■ Grof S.: LSD Psychotherapy. Hunter House, Alameda, California, 1980.
■ Hoffmann A.: LSD – mé nezvedené dítě. M. Háša-Profes, Praha,1996.
■ Inaba S. D.: Uppers, Downers, All Arounders. CNS Productions, Ashland, Oregon, 1993.
■ Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. FILIA, Praha, 1996 (2. vyd. Institut FILIA, Praha, 1999).
■ Rätsch Ch.: Konopí, léčebný prostředek v dějinách lidstva. Datel, Brno, 1994.
■ Schlain B., Lee M.A.: Sny vědomí. Volvox Globator, Praha, 1996.
■ Schmidbauer W.: Handbuch der Rauschdrogen. Fischer Verlag, Frankfurt/Main, 1986.
■ Schulgin A.: PIHKAL – A Chemical Love story. Transform Press, Berkeley, California, 1991.
■ Schultes E. R., Hofmann A.: Rostliny bohů. Volvox Globator, Praha, 1996.
■ Sparks T.: The Wide Open Door. A Harper/Hazelden Book. Harper&Row Publishers, San Francisco, 1993.
■ Stafford, P.: Encyklopedie psychedelických látek. Volvox Globator, Praha, 1997.
■ Szasz T.: Ceremoniální chemie. Votobia, Olomouc, 1996.
■ Tyler A.: Drogy v ulicích. Nakladatelství Ivo Železný, Praha, 1998.
■ Walsh R. N.: The Spirit Of Shamanism. J. P.Tarcher, Los Angeles, 1990.
■ Zábranský T. a kol.: Racionální protidrogová politika. Votobia, Olomouc, 1997.
■ Zimmer L., Morgan J.P.: Marijuana Myths, Marijuana Facts. The Lindesmith Center, New York, 1997.

MUDr. Stanislav Kudrle

Vystudoval všeobecné lékařství na lékařské fakultě UK v Plzni. Ukončil specializaci v psychiatrii II. atestací v r. 1986. Absolvoval pětiletý psychoterapeutický výcvik v SUR, kurs pro soudně znaleckou praxi v IPVZ, výcvik v transpersonální psychoterapii GTT, Mezinárodní evropský výcvik pro terapii drogových závislostí (IEDATP). Pracuje jako vedoucí lékař léčby návykových nemocí ve FN Plzeň. Působí též jako supervizor v oblasti návykových nemocí a je členem týmu subkatedry návykových nemocí IPVZ. Je členem výboru Společnosti pro návykové nemoci. Publikuje časopisecky (Protialkoholický obzor, Praktický lékař). Hlavním zájmem je prosazování transpersonální psychologie v oblasti léčby závislostí.
Kontakt: FN Plzeň, Alej Svobody 80, 30460 Plzeň.
Tel. 019 / 7103156, E-mail: kudrle@fnplzen.cz

2 Bio-psycho-sociální model

2/1 Stanislav Kudrle: Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti
2/2 Magdaléna Fišerová: Neurobiologie závislostí
2/3 Stanislav Kudrle: Psychopatologie závislosti a co-dependence
2/4 Magdaléna Fišerová: Odvykací syndrom a craving – neurobiologické aspekty
2/5 Karel Nešpor: Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální aspekty
2/6 Magdalena Frouzová: Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti
2/7 Stanislav Kudrle: Trauma a závislost
2/8 Martin Hajný: Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti
2/9 Martin Hajný: Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti
2/10 Stanislav Kudrle: Bio-psycho-socio-spirituální model jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci

2/1 Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti Stanislav Kudrle

Klíčová slova: biologické faktory – bio-psycho-sociálně-spirituální model – psychologické faktory – modely závislosti – sociální aspekty – spiritualita

Příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou velmi komplexní. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Neznáme predisponovanou alkoholickou osobnost. U někoho se tedy rozvíjí závislost na základě excesivního pití pro psychologické problémy, jinde převažují genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na alkohol a rituály spojené s požíváním alkoholu nebo jiných návykových látek. Nejčastěji jde o kombinaci řady faktorů – například určité fyziologické faktory, buď hereditární nebo získané, se kombinují s psychologickými nebo sociokulturními při vytvoření závislosti. Vznik závislosti má i svůj odraz ve specifických reakcích a změnách na úrovni neurobiologie člověka. Jednotlivé faktory a problémové okruhy podrobněji popisují další kapitoly této části.

Návykové zneužívání alkoholu nebo drog vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebeposilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu.

Jellinek postuloval neznámý fyziologický faktor X, který bude jednou objeven a podá vysvětlení závislosti. Dnes se zdá, že faktorů může být více, protože téměř každý orgán v těle je nějak postižen abusem alkoholu nebo drog a reaguje a vstupuje do tělesných činností a interakcí při jejich odbourávání.

Biologická úroveň

Od 60. let, kdy se diagnóza alkoholismu objevuje v mezinárodních klasifikacích, se úporně hledají biologické příčiny a souvislosti, které by co nejpřesvědčivěji postihly etiopatogenezi závislosti.

Za biologické faktory můžeme považovat některé problematické okolnosti za těhotenství matky dítěte – například zda matka byla sama alkoholička nebo toxikomanka a zda se plod takto setkával s účinky návykových látek ještě před narozením (fetální alkoholový syndrom). Jsou to také okolnosti porodu (například zda byly používány psychotropní, tlumivé látky v době porodního stresu), co ovlivňuje neurobiologii jedince, a také celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících a traumatizujících faktorů (viz kapitola 2/7, „Trauma a závislost"). Biologické a psycho-socio-kulturní se vyvíjí v neustále hře vzájemných ovlivnění a interakcí.

Zdá se, že zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů – alkoholiků (Royce, 1989). Tato dispozice se projevuje tolerancí většího množství alkoholu od prvních zkušeností s alkoholem. Mylně bývá interpretována jako pozitivní faktor, protože dotyčný více snese, není mu zle v intoxikaci a nemívá vážnější problémy po jejím odeznění (tedy nemívá problematičtější kocovinu). To, co je zprvu často obdivováno, se rychle vyvíjí v rizikový faktor, protože dotyčný musí konzumovat více alkoholu než ostatní, aby dosáhl kýženého ovlivnění. Obvykle se pak druží spíše s těmi, kteří konzumují také větší množství a po delší dobu, tedy s těmi, kteří vyšší toleranci vytvořili tréninkem – s pijáky. A náhle se biologický faktor v interakci s individuální potřebou a v sociální interakci stává komplexním rizikovým faktorem.

Rozvoj epidemických vln drogové závislosti všude ve světě však těžko můžeme vztáhnout na biologické faktory, protože genofond ani další biologické dispozice se u člověka tak rychle nemění. Spíše za tyto jevy zodpovídá vyšší dostupnost a sociokulturní faktory, jako je popularizace, reklama, módní trendy, absence duchovních hodnot apod.

Výzkumy CNS identifikují důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony ve vztahu k závislosti. Věda odhaluje souvislosti mezi změnami elektrických potenciálů v CNS a změnami neurotransmise a rovněž souvislosti mezi změnami hladin neurotransmiterů a změnami afektivních a kognitivních funkcí[1].

Každý z nás má individuální „ustrojení" mozkového neurochemismu, kde do interakce s tímto systémem vstupují jednotlivé psychotropní látky a navozují

[1] Podrobněji viz Fišerová, kapitola 2/2, Neurobiologie závislosti.

změny, které jsou pak charakteristické pro změnu nálad, emocí a kognitivních funkcí (Nydia, 1990).

Například látky se stimulačním účinkem, jako jsou metamfetamin nebo kokain, zvyšují vyplavení dopaminu, tj. zvyšují jeho nabídku pro postsynaptická vazebná místa, což rezultuje v pocitech euforie, kompetence, vzrušení a bdělosti. Zároveň brání jeho zpětnému vychytávání, což posléze vede k vyčerpání toho efektu a ke zvratu v opačné pocity, které se pak rozvíjejí v potřebu další stimulace a jsou základem cravingu. Je jasné, že takové zacházení je jaksi na dluh, který se později neblaze projeví v depresivních rozladách a komplexu odvykacích stavů.

Opiáty působí synergicky s tělu vlastními, endogenními opioidy, tj. s endorfiny a enkefaliny. Zesilují účinek na opiátových vazebných místech, zároveň ale působí kompetitivně vůči tělu vlastním působkům, jejichž produkci posléze utlumují. To je druhý mechanismus, později zodpovědný za nutkavou potřebu – *craving*[2].

Zdá se, že u alkoholiků jsou od počátku určité odlišnosti, které navazují na vrozené predispozice. U alkoholiků nacházíme odlišnou hormonální sekreci adrenálních žláz. Játra jsou méně schopná ukládat cukr a plynule jej využívat, což má za následek extrémní změny hodnot krevního cukru. Odlišná je i jaterní enzymatická aktivita, např. jsou spíše využívány katalázy než alkoholdehydrogenáza (ADH), nebo existuje abnormální ADH. Nejdůležitější se zdají být interakce alkoholu v mozku s vrozenými psychoaktivními substancemi, jako je dopamin a serotonin a ovlivnění center slasti v limbickém systému. Zdá se že u alkoholiků některé nervové tkáně preferují alkohol před cukrem v metabolickém procesu. Mnoho však zůstává nevyjasněno.

Psychologická úroveň

Zkoumán je vliv tzv. psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj abusu návykových látek a pro rozvoj závislosti. Psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Nejde tedy o biologické faktory perinatálních poškození, ale o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození.

K těmto poznatkům nám dnes mnoho říkají moderní výzkumy vědomí, zejména s výzkumným nebo terapeutickým využitím změněných stavů vědomí, kde respondent často znovuprožívá sekvence zážitků souvisejících s těmito perinatálními traumaty a dokončuje psychologickou práci na jejich přijetí a integraci (Grof, 2000). Například jestliže žena prožívá těhotenství jako stresovou záležitost, ať už z jakýchkoliv důvodů, přenáší se informace o tomto stresu i na plod. Jestliže matka začne užívat na tlumení stresu tlumivé látky, přenese se i tato informace na plod a vytváří jakýsi imprint, vtisk, dráhu, kód o efektu tlumivě působících látek při prožívaném stresu. Tento kód bude čekat na své oživení v období postnatálním. Po aplikaci stejně působící látky v pozdějším období zažije potomek sice nový, ale zároveň již dávno poznaný efekt. Pozitivní zpětná vazba může rychle posilovat vznik návyku.

Významnými faktory jsou dále: úroveň postnatální péče, tedy péče o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím[3], a dále podpora v době dospívání, v krizi hledané identity a samozřejmě adekvátní pomoc v případech objevující se patologie nejrůznějších duševních poruch a chorob, jako je deprese, úzkost, eventuálně psychotické onemocnění. Pokud není k dispozici adekvátní pomoc, bývá to právě počáteční sebemedikace, která vede později k rozvoji abusu a vzniku závislosti.

Z psychologických faktorů je to celá řada těch, které vznikají jako důsledek abusu a posilují obvykle další abusus, čímž směřují jedince k závislosti. Například alkohol má anxiolytický a antidepresivní účinek na počátku užívání. Později se však sám stává příčinou depresivních a úzkostných stavů, které stimulují další pití. Vídáme to často v ústavní léčbě, kdy v prvních týdnech je pacient depresivní a úzkostný, obvykle od 4. týdne léčby tyto symptomy mizí. Jiným příkladem může být aktivizace paranoidních stavů u chronického abusu stimulancií, poruchy identity při abusu halucinogenů apod.

Sociální úroveň

Zaměřuje se na kontext ve kterém se vše děje. Velmi hrubě řečeno: všímá si vlivu vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí ve kterém jedinec žije, až po specifičtější a konkrétnější ovlivňování. Jinak formuje zrání člověka život na poklidné vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta. K těm konkrétněji působícím patří kvalita konkrétních rodinných

[2] Podrobněji viz Fišerová, kapitola 2/4 a Nešpor, kapitola 2/5.
[3] Podrobněji viz Hajný, kapitola 2/8, Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti.

vztahů, případně absence rodiny vůbec. Dospívání se děje v procesu sociálního učení, na kterém se podílí zejména rodina se svými pravidly, mýty a morálkou[4].

Stále více se v dnešní době mluví o rozpadu rodin, o nedostatku času dospělých pro mladé, o absenci rituálů pozitivně formujících zrání mladého člověka. Mladiství hledají identifikační vzory mimo rodinu, ve své přirozeně závislé pozici vyhledávají silné jedince nebo skupiny. Hledají pocit přijetí, sounáležitosti, a směřování k nezávislosti, anebo jde dokonce o hledání přežití vůbec. Síla a moc rituálů nezaniká tím, že je vědomě nekultivujeme. Prosazují se díky svému archetypálnímu poslání v životě dál, ale spíše v deviované podobě. Namísto náročných, ale celým kmenem sdílených a podporovaných rituálů iniciačních a přechodových, jak je vídáme dodnes v tzv. primitivních kulturách, se v naší společnosti vytvářejí spíše ponižující a důstojnosti zbavující *rituály* mazácké vojny, kterým pak říkáme šikana, nebo rituály kolem jehly a braní drog, které prolamují zbytky bezpečných hranic, ale nemají nic společného s ritualizovaným užitím některých halucinogenů v rámci religiózního nebo léčebného šamanského obřadu.

Ještě specifičtější situace nastává, pokud dítě v rodině vyrůstá v těsné blízkosti závislých osob. Je konfrontováno s braním drog či s pitím alkoholu jako s normou. Abusus jednoho z rodičů je například tajen a přeznačkováván, je jakýmsi tabuizovaným tématem rodiny. Namísto opilosti se mluví o únavě a přepracování, kocovině se říká nemoc apod. Život se závislým znamená žít dysfunkční vztahy, být vystaven prudkým změnám nálad a postojů, podle toho, zda je závislý intoxikován, nebo „odčiňuje" v době střízlivosti. Být vystaven slibům, které nemají naplnění, být vystaven nepředvídatelnosti příštích hodin. Často je jedinec žijící v těsné blízkosti se závislým vystaven zneužití, jak na fyzické, tak na emoční úrovni. Obvykle jeho způsob adaptace na toto spolužití vykazuje také patologii, vytváří vazby, kterým se říká *kodependence* – závislost na druhém[5]. A nezřídka se v dalším svém vývoji kodependent dostává sám k abusu, jako ke způsobu pseudoadaptace a zároveň možnosti, jak dočasně mírnit své utrpení.

Vedle rodiny v procesu sociálního učení nezastupitelnou roli hraje kolektiv vrstevníků. Známe rčení „chytil se špatných kamarádů". Sem patří především podpora pro zdravý a aktivní rozvoj diferencovaných vtahů a s tím i zájmových činností, vyrovnání se s autoritami. Pro nás dospělé je tato úroveň apelem kultivovat svůj vlastní obraz, který mladým jako poselství do jejich života předkládáme.

Spirituální úroveň

Spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.

Nejvíce popularizovali tuto úroveň Anonymní alkoholici ve svých 12. krocích k úzdravě (Anonyme Alkoholiker, 1983). Hovoří zde o vztahu k Vyšší moci, která má pomoci obnovit zdraví a navrátit smysl životu. Pojem spirituální přitom odlišují od pojmu náboženský v tradičním pojetí. Akcentován je právě přímý prožitek Božství, nikoliv účast v nějaké konkrétní církvi a sdílení její věrouky.

Velkým tématem je přitom práce na vzdání se svého závislého Já, sebestředného pojetí, pocitů ublíženosti a hostility. Dále učení se pokornému naslouchání a přijetí možností, které život reálně poskytuje. Tyto pojmy, takto psány, vypadají poněkud prázdně, nebo neurčitě, stávají se však zcela hmatatelnými, pokud terapeutický program oslovuje tyto nejhlouběji uložené potřeby v člověku. Vždyť všichni známe dilema v léčebných programech, které lze shrnout věrou: *„jsem střízlivý, kdy budu šťastný?"* Existenciální prázdno, deprese, ztráta smyslu bytí, jsou témata, která zůstávají, i když člověk již stabilizoval svoji abstinenci. Proto je důležité v terapeutickém programu, ale i v programech primární prevence, pamatovat na přístupy, které se dotýkají této roviny potřeb. Otevřenost terapeuta pro tyto otázky je předpokladem pro úzdravu na existenciální úrovni. Objevují se tvrzení, že krize, kterou znamená závislost, je především duchovní krizí, „žízní po celistvosti" (Grofová, 1993).

Velmi často tyto přístupy souvisejí s objevováním významu jiných úrovní vědomí, než je konvenční na hmotnou realitu orientované vědomí. Tyto stavy přicházejí buďto spontánně, ve formě krize, nebo jsou reflektovány v zrcadlícím empatickém rozhovoru s terapeutem či blízkou osobou. S výhodou lze také využít například hlubinně zážitkové metody jako jsou relaxace, meditace, jógická cvičení, holotropní dýchání apod. k navození vnímavosti pro spirituální rozměr a k aktivizaci vnitřního úzdravného potenciálu.

[4] Podrobněji viz Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti.
[5] Viz Kudrle, kapitola 2/3, Psychopatologie závislosti a kodependence.

Program AA nezahrnuje žádnou kvalifikovanou odbornou pomoc, přesto zůstává dlouhá desetiletí jedním z nejefektivnějších programů pro stabilizaci závislosti. Program 12. kroků, nazývaný někdy Západní jógou spirituální praxe (Sparks, 1993), adoptují dnes běžně i formální terapeutické programy jako jakousi páteř celé léčby. Praxe potvrzuje účinnost těchto idejí.

V posledních letech pozorujeme až inflaci potřeb spirituálního naplnění. Vyvolává ji pravděpodobně celá řada jevů: nereflektování těchto potřeb ve způsobu žití orientovaném převážně na konzumní uspokojení s absencí duchovních hodnot. Dále patrně i vnitřní proces, kdy „vědomí touží poznat samo sebe" (Weil, 1980) a stimulus po transcendenci je hluboce vnitřní.

Určité procento lidí dnes závislých na drogách hledalo původně v drogách naplnění této potřeby. V této souvislosti se objevují i novodobé rituály zasvěcování a kultovní aspekty. Stimulační a taneční drogy jsou užívány s touhou po skupinové transcendenci v novodobých chrámech diskoték, jindy jsou drogy brány v izolaci a ústraní od ostatních s očekáváním prolomení vlastní osamělosti v mimořádných prožitcích, jako je tomu u závislých na heroinu.

Namísto vnitřní svobody však nachází původní experimentátor fatální vazbu na drogu jako závislý.

Lze shrnout, že čím větší je potenciál drogy pro naplnění rychlého uspokojení a tím i pro závislost, tím nižší je její potenciál spirituální.

Summary Bio-Psycho-Socio-Spiritual Model of Addiction

The chapter is reflecting bio-psycho-socio-spiritual aspects of addiction and the components of the most comprehensive model of this complex disease. It goes through its single aspects. Biology of man looks for factors that would explain individual's disposition for addiction developing on the level of genetic transmission and hereditary disposition. These factors are usually overestimated because the disease is mostly considered under the tribute of a medically curable illness. Psychological aspects are mainly related to the early stages of evolution, perinatal traumatic events, mental disorders, personality disorders and to disturbances of emotional and cognitive functions. The role of family, relationships with the others and especially to the authorities are considered; the process of co-dependence development in dysfunctional social environment is described. Spiritual aspects are related to the sense of being, relations to the others and to what is beyond our individual Self.

Key words: biological factors – bio-psycho-socio-spiritual model – psychological factors – social factors – spiritual aspects

Literatura

■ Anonyme Alkoholiker: Anonyme Alkoholiker Deutsche Sprache. AA World Services INC. New York, 1983

■ Edwards G.: Arbeit mit Alkoholkranken. Psychologie Verlags Union, Beltz, 1986

■ Grof S.: Psychology of the Future. State University of New York, N.Y., 2000

■ Grof Ch.: The Thirst for Wholeness. Harper, San Francisco, 1993 (česky Grofová Ch.: Žízeň po celistvosti. Chvojkovo nakladatelství, Praha, 1998)

■ Inaba S. Darryl: Uppers, Downers, All Arounders. CNS Productions, Ashland, Oregon, 1993

■ Jellinek E. M.: The Disease Concept Of Alcoholism. In: Royce E. J., 1989

■ Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996

■ Nydia H.: Drugs – The Altered Brain. A Harper/Hazelden Book, Harper&Row Publishers, San Francisco, 1990

■ Rotgers F.a kol.: Léčba drogových závislostí. GRADA Publishing, Praha, 1999

■ Royce E. J.: Alcohol Problems and Alcoholism. The Free Press, New York, 1989

■ Schmidt L.: Alkoholkrankheit, Alkoholmissbrauch. Kohlhammer GMBH Stuttgart,1986

■ Sparks T.: The Wide Open Door. A Harper/Hazelden Book, Harper&Row Publishers, San Francisco, 1993

■ Tyler A.: Drogy v ulicích. Nakladatelství Ivo Železný, Praha, 1998

■ Weil A.: Chocolate to Morphine. Houghton Mifflin Co., Boston, Mass., 1983

MUDr. Stanislav Kudrle – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/9.

Klíčová slova: adaptační mechanismy – flashback – neurobiologické mechanismy – neuromediátory – senzitizace – tolerance

Úvod

Drogové závislosti je nutno pojímat i studovat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují. K pokroku v poznatcích biologických (farmakologických) mechanismů závislosti přispívají v posledních zhruba 30. letech stále zdokonalované experimentální modely drogových závislostí na zvířatech, doplňované testováním „in vitro" (tj. testování např. na tkáňových buněčných kulturách, tedy ne na celém zvířeti) a samozřejmě také moderní zobrazovací techniky využitelné i u lidí.

Současně s rozvojem stavu závislosti na droze je pozorována na různých úrovních lidského i zvířecího organismu řada změn v reaktivitě při opakované aplikaci drogy. V CNS dochází ke změnám na prakticky všech úrovních od neuronálních systémů až k submolekulárním jednotkám – rozvíjí se tzv. *adaptační změny*. Znalost mechanismů drogových závislostí je dosud nedostatečná, řada dosažených poznatků je však již nyní používána v léčení toxikomanií nebo alespoň pomáhá zmírnit drastické příznaky z odnětí drogy, či stavy předávkování. Biologický podklad drogových závislostí je doložen řadou poznatků, některé z nich jsou uvedeny níže.

Při výzkumu drogových závislostí byly prokázány určité znaky *genetických predispozic k závislostem* různých typů (Höschl, 1996). Např. u závislosti na alkoholu je studiemi dvojčat zjištěno, že incidence alkoholiků je vyšší u synů alkoholiků, i v když každé z dvojčat vyrůstalo v různém prostředí. Blum a kol. (1996) i další autoři dokládají genetické predispozice (zvýšenou prevalenci A1 alely pro D2 receptor) u závislých, gamblerů atd[1].

Prokázaly se rovněž *dispozice osobnostní*, související se syndromem narušené závislosti na odměně (viz níže, srv. např. Vinař, 1999). Mezi lidmi závislými na drogách se nejčastěji objevují lidé zvídaví, vyhledávající nové zážitky, lidé, kteří rádi a hodně riskují, cestují a věnují se umění. Účinek drogy lze alespoň zpočátku za tyto intenzivní tvořivé prožitky zaměnit. Všechny tyto intenzivní inspirativní činnosti aktivují – stejně jako droga – dopaminergní mesokortikolimbické dráhy (viz dále). Na rozvoji drogových závislostí se tedy mohou podílet určité odchylky dopaminergního systému a následný syndrom narušení závislosti na odměně. Velmi často se mezi závislými lidmi vyskytují lidé nevyrovnaní, se sklonem k depresím, úzkostem a impulsivitě (což svědčí pro účast serotoninu v rozvoji drogových závislostí).

Některé studie potvrzují rozdílnou dispozici k různým typům závislostí u mužů a žen *(„gender faktor")*. Ženy jsou citlivější na drogy než muži, a jejich citlivost se mění během menstruačního cyklu. Závislost se u žen většinou vyvíjí rychleji. Na druhé straně např. toxicita kokainu je u žen ve srovnání s muži nižší. Často také ženy rychleji reagují na léčbu, současně ovšem mohou být fragilnější v následném období abstinence. K relapsům dochází u žen často v jiných situacích, než u mužů; např. ženy léčené pro závislost na kokainu, se k němu častěji vracejí po negativních emočních prožitcích, kdežto muži kokainisté relapsují spíše po pozitivních emocích, spojených např. se společenským úspěchem. (Stoker 1998). Tyto nálezy naznačují, že další dosud nevyužitou možností ovlivnění (léčení) drogových závislostí by mohla být oblast pohlavních hormonů.

Je prokázána odlišná – *zvýšená reaktivita a citlivost nezralých jedinců* (dětí i mláďat zvířat) ve vztahu k rozvoji drogové závislosti. Závislost na návykových látkách u mladistvých a u dětí se vyvíjejí obecně rychleji než u dospělých, průběh onemocnění je dramatičtější, mívá závažnější a trvalejší důsledky fyzické i psychické. Také toxicita drog bývá u nezralých jedinců vyšší, po aplikaci drogy lze očekávat častější a závažnější komplikace, než u dospělé populace.

Závislost má rysy *obsedantně kompulsivního chování* (= stav neovladatelného opakovaného nutkání k určité činnosti), kde nutkavost nemusí být vždy odměněna pocitem libosti. Rys nutkavosti provázející závislost opět svědčí pro důležitost serotoninu při rozvoji a udržování této poruchy, protože právě serotonin hraje

[1] Ohledně úlohy A1 alely D2 receptoru i dalších znaků genetických predispozic existují protichůdná zjištění, řada prací nálezy zpochybňuje i potvrzuje. Diskuse o tomto tématu by přesáhla rámec této kapitoly.

v řadě psychiatrických obsedantních syndromů důležitou úlohu. Stejně jako u lidí, tak i v experimentech *droga posiluje chování vedoucí k odměně*. Nejznámějším dokladem jsou testy autostimulace určitých oblastí v mozku, mozkových struktur nazývaných někdy *„centra radosti"* – např. ventrální tegmentální oblast, nucleus accumbens, thalamus atd. (viz *Obr. 1*). V odměňovacích mechanismech hraje prokazatelně důležitou roli dopamin a je tedy zřejmé, že dopamin zaujímá důležité místo i v mechanismech navození závislostí.

Neurobiologické mechanismy drogových závislostí

Jsou intenzivně studovány role jednotlivých neurotransmiterů, hormonů a působků (mediátorů) v neurobiologických mechanismech účinků drog i navození závislosti. Mechanismy vzniku a udržování závislostí se u jednotlivých typů závislostí liší, v řadě případů však lze nalézt určité společné nebo často se opakující rysy. Obecně lze mechanismus účinku drog a vzniku a udržení závislosti shrnout tak, jak je uvedeno ve schématu na *Obr. 3*. I když jsou výjimečně popsány závislosti také na neúčinných látkách (závislost na placebu – Vinař, 1999), téměř vždy je droga látkou psychotropně účinnou. Je to tedy látka, která má *centrální účinky* (= působí na centrální nervovou soustavu – CNS) a po aplikaci vyvolá výraznou náhlou změnu vnímání a/nebo bdění ve smyslu např. euforie, stimulace nebo útlumu, uvolnění, odstranění strachu, štěstí, snění, halucinace atp. Akutní účinek bývá většinou pociťován jako příjemný, alespoň v určité z počátečních fází závislosti (viz odměna – „reward" v *Tab. 1*).

Aplikace drogy způsobí vychýlení přirozené rovnováhy složitých systémů v CNS – vyplavení neuromediátorů v některých oblastech CNS, účinek na receptorech atp. Když se látka aplikuje opakovaně, což je jednou z podmínek vzniku závislosti, rovnováha v CNS se vychyluje dlouhodobě. Zachování rovnováhy (homeostáza) je důležitým principem organismu, principem udržujícím integritu. Proto se v CNS začnou během chronického podávání drogy rozvíjet pochody, směřující k znovunastolení ztracené rovnováhy v organismu – tzv. *adaptační (neuroadaptační) mechanismy*. Při opakovaném užívání drogy se tedy organismus přizpůsobuje opakovanému přísunu cizorodé látky v mozku a postupně se nastoluje nová, patologická „homeostáza", pro jejíž udržení je nutno drogu stále dodávat. Jakmile droga chybí, rovnováha se opět poruší, vychýlí se tentokrát ve směru vyvolaných adaptačních změn, které v době abstinence nejsou vyvažovány drogou. Tyto disbalancované/odkryté adaptační změny se pak projeví známým syndromem z odnětí drogy (odvykací či abstinenční syndrom), který bývá velmi nepříjemný, někdy i nebezpečný (výrazné somatické projevy) a vede závislého k další aplikaci drogy. Rozvíjí se tedy závislost na droze.

Závislost je často (ne vždy) provázena rozvojem tzv. *tolerance*, kdy pro navození účinku je nutno aplikovat stále vyšší dávku drogy, protože droga působí proti vytvořeným adaptačním mechanismům. Při odvykání se tělo musí během abstinence postupně zase přítomnosti a vlivu drogy zbavit, tj. odstranit vzniklé adaptační mechanismy. Tento proces může být velmi dlouhodobý a dosud není úplně jisté, zda lze CNS vrátit do přesně stejného „nastavení", jako tomu bylo před závislostí. Není tedy jisté, zda jsou všechny úrovně drogou vyvolaných adaptačních změn plně reversibilní (např. včetně submolekulárních změn na úrovni genových expresí atp.). Ještě po řadě měsíců a někdy i let abstinence je citlivost CNS k bývalé droze nastavena jinak, než tomu bylo před závislostí. Proto při opětovném setkání organismu s příslušnou drogou (aplikace během abstinence), bývá reakce bouřlivější, navozený účinek je větší, než při prvních podáních. Tento stav se nazývá *senzitizace* k droze a je považován za jeden z mechanismů udržení závislosti[2].

Výše zmíněné procesy mají *neurobiologickou podstatu* či projev (viz *Obr. 2*). Základní neurobiologické mechanismy jsou v tomto textu shrnuty ve velmi zjednodušené podobě, podrobnější informace jsou uvedeny v literatuře, např. Katzung (2001), Feldman (1997), Fišerová (2000), Fišar (2002) a další.

Neurobiochemie účinků drog

Jak již bylo zmíněno výše, všechny látky s vysokým potenciálem závislosti mají *centrální účinky*, rychle a dobře pronikají hematoencefalickou bariérou a vážou se většinou na specifické receptory, či skupinu více různých receptorů, podle příslušných chemických struktur drog, eventuálně droga působí přímo změny prostupu některých iontů nebo i změnu fluidity membrán (např. alkohol, rozpouštědla). Specifické receptory v těle (tedy i v CNS) a příslušné tělu vlastní vazebné látky (mediátory, neuromediátory), zprostředkovávají přenos neuronálního signálu/impulsu mezi neurony. Tyto látkové/humorální přenosy informací se odehrávají na tzv. synapsích mezi neurony a jsou součástí

[2] Zde uváděná „senzitizace" jako součást neurobiologických mechanismů rozvoje závislosti a „senzitizace" jako farmakoterapeutická metoda (Popov, kapitola 3/1, Alkohol) jsou dva různé pojmy, jejichž případný vzájemný vztah nelze v rámci této publikace řešit.

vnitřních regulačních systémů (viz *Obr. 4*). Droga na tyto systémy působí podle svých vazebných schopností. Např. heroin, morfin a jiné opiáty se vážou především na opioidní receptory (mí, kappa, delta opioidní receptory). Působí tedy obdobně jako tělu vlastní přirozené (endogenní) látky – *endorfiny* či *enkefaliny*, které se na tyto opioidní receptory také váží. Opiáty – drogy působí ovšem výrazněji a dlouhodoběji. Některé složky z konopí – marihuany, hašiše atd. (např. tetrahydrokanabinol), se vážou na kanabinoidní receptory, stejně jako endogenní látky s obdobným účinkem, např. *anandamidy*. Stimulancia jako kokain, amfetamin atp. působí nepřímo – ovlivňují především transportní mechanismy katecholaminů (dopamin, noradrenalin, adrenalin) a způsobují vyplavení těchto neuromediátorů v některých oblastech CNS; vyplavené katecholaminy pak působí na příslušené dopaminergní a adrenergní receptory.

Na *Obr. 5* a *Obr. 6* je znázorněna synapse dopaminergních neuronů s dopaminergními a opioidními receptory. Na *Obr. 3* je v presynaptickém zakončení vidět vesikula (váček) se zásobou dopaminu, který se při příslušném impulsu uvolní do synapse; dopaminergní pumpa slouží k vychytávání přebytku dopaminu ze synapse a přenáší ho zpět do presynaptického zakončení, kde je ukládán do zásob, připraven na další impuls. Látky, které toto zpětné vychytávání („reuptake") neuromediátorů blokují, zvyšují tedy nabídku příslušných mediátorů v synapsi.

Většina drog je schopna působit více mechanismy, zasahují tedy do řady neuromediátorových systémů, ať už přímo, či zprostředkovaně. V *Tab. 1* jsou uvedeny hlavní (převažující) mechanismy účinků jednotlivých psychotropních látek (drog). Ve skutečnosti je situace mnohem komplikovanější, na účinku jedné drogy se většinou účastní více systémů, zprostředkovaně či přímo, systémy bývají vzájemně propojeny[3].

Jak již bylo uvedeno výše, při opakovaném podávání drogy se organismus (mozek) přizpůsobuje rozvojem *adaptačních mechanismů*. Dochází tak ke změnám stavu i počtu receptorů i ke změnám neuromediátorových poměrů, často provázených zmíněným rozvojem *tolerance*, nemusí to však být pravidlem. Např. u heroinové závislosti organismus reaguje na opakovaný přísun exogenního opiátu tak, že sníží počet opioidních receptorů, zmenší jejich citlivost a sníží syntézu endogenních opioidů (endorfinů a enkefalinů); tyto mechanismy vedou k vyrovnání přehnaného působení v tomto systému oproti normálu. Může docházet ke změnám až na úrovni genové exprese, což s sebou často nese hluboké dlouhotrvající následky.

Vysazení dávky drogy bývá provázeno nepříjemnými abstinenčními příznaky (*syndrom z odnětí drogy*, projev porušení nové rovnováhy), které se projevují prakticky opačnými efekty, než jsou účinky drogy (vyplývá to ze směru adaptačních mechanismů, které vedou proti účinku drogy). Typické projevy abstinenčních syndromů u jednotlivých typů závislostí jsou uvedeny v *Tab. 2*. Další aplikace drogy však dále prohlubují poškození CNS. Neuroadaptační změny vyvolané chronickým užíváním drog, probíhají v místech primárního účinku látky (receptory, iontové kanály atp.) nebo v následně ovlivněných mediátorových systémech a dále dochází k reakcím na tyto prvotní adaptace atd. včetně změn na již zmíněné úrovni genových expresí. Je důležité si uvědomit, že je třeba počítat i s účinky metabolitů vzniklých metabolizací (= biotransformací) původní drogy. Metabolity se často podílí na hlavním účinku drogy, ale mohou vykazovat i účinky odlišné, často třeba zvyšující toxické působení drogy.

Některé neuroadaptační změny vyvolané opakovaným podáváním drogy (změny v reaktivitě neuronů, receptorové změny, zejména pak změny na úrovni třetích poslů, genové exprese) mohou být velmi dlouhodobé a jsou pravděpodobně součástí mechanismu, který způsobuje zvýšenou reaktivitu – *senzitizaci* CNS při opakovaném setkání jedince s drogou, třeba i po období dlouhé abstinence. Tento stav senzitizace může přetrvávat měsíce i roky a přispívá k relapsům závislosti i po velmi dlouhém období úspěšné abstinence. Drtivá většina bývalých „těžkých" toxikomanů , s historií silně rozvinuté dlouhodobé závislosti, není proto schopna i po léčbě a úspěšné abstinenci přejít na tzv. příležitostné užívání drogy „pod osobní kontrolou". Jediným „kontrolovatelným" řešením pro plnohodnotný život vyléčeného závislého bývá proto naprostá doživotní abstinence.

Při vzniku závislosti se nejprve rozvíjí *psychické změny* (dříve označované jako psychická závislost) – nutkavost, náruživost po další dávce. Následně také často

[3] *Mechanismus podrobněji*: Vazba molekuly látky na receptor je obecně signálem, který se dále přenáší a vede k efektu. Po vazbě na receptor většina známých drog působí dále běžnými mechanismy – ovlivněním iontových kanálů a/nebo přes tzv. druhé posly (např. Ca2+, cAMP přes G-regulační protein). Dochází tak k ovlivnění enzymů např. proteinkináz, k ovlivnění fosforylačních procesů a proteosyntézy, různým buněčným změnám, eventuálně až k ovlivnění genových expresí v buněčném jádře (viz *Obr. 2*). *Obr. 6* názorně zobrazuje další krok přenosu signálu po vazbě na dopaminergní receptor. Dopaminergní receptor je spojen s přenašečovým poslem – „G-regulační protein", který signál zesiluje a aktivuje další systémy, např. zde pomocí vzniku c-AMP, který má také funkci posla signálu (je to jeden z tzv., „sekundárních poslů" = přenašečů signálu). C-AMP pak dále aktivuje řadu enzymů, celý proces vede např. až k syntéze nových bílkovin (proteosyntéze).

dochází (nemusí to být pravidlem) k rozvoji *somatických změn* (dříve označované jako fyzická závislost) – která je vytvářená především současným rozvojem celé řady změn vyvolaných drogou mimo CNS (poškození srdce, parenchymatických orgánů, atp.). Znakem navozených somatických změn jsou výrazné fyzické abstinenční příznaky, často velmi drastické a nebezpečné (např. u opiátové či alkoholové závislosti). Od dělení závislostí na psychickou a fyzickou se v poslední době ustupuje, závislost bývá nyní označována většinou prostě jako závislost bez rozlišení. V *Tab. 2* jsou uvedeny charakteristiky závislostí u jednotlivých drog a typické abstinenční příznaky pozorované u závislých pacientů po vysazení drogy; tabulka naznačuje typ navozené závislosti u jednotlivých drog – tedy spíše podíl psychických a somatických změn. Uvedené odstupňování závislostí (slabá – střední – silná) je velmi přibližné, protože zde nebylo možné dobře rozlišit např. způsob aplikace, použitou formu drogy atp., což jsou faktory, které mohou potenciál navození závislosti výrazně ovlivnit. Uvedené odstupňování závislostí souvisí s intenzitou bažení, touhy po droze (*craving*) pociťované během závislosti, respektive především v době abstinence[4].

Jak už bylo uvedeno výše, drogy – psychotropní látky – navozují kromě centrálního psychického účinku i řadu dalších efektů centrálních i somatických. Tyto jsou jedním ze zásadních parametrů škodlivosti, nebezpečnosti, toxicity a rizik užívání drog. I tyto efekty se mohou během dlouhodobého užívání měnit či prohlubovat. Přehled škodlivých účinků drog akutních i chronických je uveden v *Tab. 3*. Jsou zde uvedeny nejen navozené neurobiologické patologické změny, ale především systémová toxicita drog (akutní i chronická).

„Mechanismus pozitivního posilování"

Pro navození drogových závislostí je považován za zásadní tzv. *mechanismus „pozitivního posilování"*. Zjednodušeně řečeno droga musí navodit takový účinek, že člověk (i zvíře) touží jej zopakovat. Za biologický substrát tohoto mechanismu je považován *kortikolimbický dopaminergní systém* CNS (především dopaminergní neurony vedoucí z ventrální tegmentální oblasti do struktury nucleus accumbens, dále struktury amygdala, thalamus atp. – viz *Obr. 1*. Dopaminergní aktivace je většinou vnímána jako příjemná a je i součástí systému chování vedoucího k přežití druhu (libost = odměna – např. potrava, uspokojení sexuálního pudu = uspokojení základních životních potřeb pro přežití jedince a druhu = princip „pozitivního posilování"). Výraznou *aktivací dopaminergních neuronů* reaguje CNS i na příjem drogy. Během dlouhodobého užívání drogy, dochází vlivem neuroadaptačních změn k poklesu dopaminergní transmise v limbickém systému během abstinence, a po určitém čase už žádný jiný stimul nedokáže „znormalizovat" hladinu dopaminu v těchto oblastech CNS, pouze droga. I tímto mechanismem dochází ke změnám v motivačních systémech závislého a postupně se zájmy závislého zúží jenom na drogu. Významnou úlohu v systému odměňování má i *opioidní systém*.

Aktivace opioidních interneuronů v nucleus accumbens (např. po alkoholu) zde vede ke zvýšenému uvolňování dopaminu. Také *GABA* receptory jsou umístěny i na dopaminergních neuronech ve ventrálním tegmentu a GABA-ergní neurotransmise se může podílet na pozitivním posilování zprostředkovaném dopaminem. *Noradrenalin* je také neurotransmiterem důležitého neuronálního okruhu podílejícího se na biologii odměny mezi locus coeruleus a hippokampem. Jeho hlavní úloha je v regulaci, resp. urychlování psychomotoriky. Na pozitivním posilování se může podílet i *kortikotropin-releasing faktor* (CRF), jak je to zřejmé v situacích spojených se stresem (resp. s tzv. eustresem), např. při sportování, aktivní tvůrčí kreativní činnosti, v sauně atp. Zvýšená sekrece CRF se objevuje jak během účinku drogy, tak i při odvykacím syndromu po vysazení.

Noradrenalin se především uplatňuje ve stavech vznikajících při vysazení drogy (morfologickým substrátem je locus coeruleus – viz *Obr. 1*). U celé řady závislostí jak už bylo uvedeno, bývá období abstinence provázeno deficitem *serotonergních transmisí*, což zase souvisí s depresí, impulsivitou i typickým úzkostným kompulsivním chováním, nutkavostí vzít další dávku (proto se v léčbě drogových závislostí někdy osvědčuje podání serotonergních antidepresiv – SSRI). Různé typy závislostí se liší zapojením a vzájemným ovlivněním dalších neuromediátorových systémů, které se také různě podílejí na rozvoji drogových závislostí.

Acetylcholin zajišťuje většinu transmisí podílejících se na vědomé motorické činnosti a je látkou potřebnou pro intelektuálové (kognitivní – paměťové, poznávací) funkce. Při akutním deficitu cholinergních transmisí dochází k dezorientaci až deliriu, chronický deficit vede k demenci. Například abstinenční syndrom po nikotinu vede k častějším REM cyklům během noci v důsledku navozené hypersenzitivity postsynaptických muskarinových receptorů (podobně je tomu např. u deprese či v modelu mírného chronického stresu u laboratotních zvířat). Neurotransmise *kyseliny gama-aminomáselné (GABA)* jsou potencovány benzodiazepiny, alkoholem, barbituráty, jejich vysazení je tedy provázeno nespavostí a úzkostí. *Kortikotropin-releasing faktor (CRF)*, peptid synte-

[4] Cravingu je věnována kapitola 2/4.

tizovaný v hypothalamu, korových oblastech limbického systému a některých jádrech mozkového kmene, je uvolňován ve stresu, podobně jako serotonin. Podle některých teorií předchází uvolnění serotoninu sekreci CRF a díky zpětné vazbě sekrece CRF zase podněcuje další uvolňování serotoninu. Navíc mozek reaguje na každý nový podnět aktivací dopaminergní, což může tuto řadu reakcí dále prodloužit. Jak již bylo uvedeno, CRF se může podílet na pozitivním posilování, protože je zvýšeně vyplavován i při „pozitivně stresových" situacích („eustresu"). V tomto případě však neplatí, že opakované vystavování se těmto situacím by vedlo k neuroadaptaci. I odvykací syndrom u většiny drogových závislostí je totiž spojen se zvýšenou sekrecí CRF.

Při akutním i při opakovaném podání drog se některé účinky podobají účinkům antidepresiv a naopak při abstinenčním syndromu dochází ke změnám podobným depresivním stavům. Některé hypotézy proto popisují užívání drog jako jakési samoléčení lidí, kteří jsou v určitém smyslu depresivní (Markou a kol. 1998). Jedním z nejdůležitějších markerů deprese je vysoká kortisolémie. Není vyloučeno, že posedlost vyhledáváním nového je spojena s chronickým stresem, což tyto lidi činí náchylnými ke vzniku deprese, kterou léčí drogami (nebo např. i workaholismem atp.). Proto se v léčbě drogových závislostí často dobře uplatní serotonergní antidepresiva.

Při akutním i chronickém působení drog dochází tedy k interakcím mezi dopaminergními, serotonergními, noradrenergními, opioidními, cholinergními, GABA-ergními neuronálními systémy, včetně účasti excitačních aminokyselin; dochází ke zvýšenému uvolňovaným stresového kortikotropin-releasing faktoru (CRF). Dochází tak k ovlivnění kognitivních funkcí, psychickým změnám atd. Podrobnější popisování dosud poznaných interakcí a souvislostí se vztahem k drogovým závislostem přesahuje rámec této přehledové kapitoly (podrobnější informace jsou uvedeny v literatuře, např.: Katzung, 2001, Feldman, 1997, Fišerová, 2000, Fišar 2002 a další)

Summary Neurobiology of Drug Dependences

Considering drug dependence as a "bio-psycho-social" chronic disease, biological components are discussed in this chapter. The basic and presumed neurobiological mechanisms of inducing and maintaining drug dependence are summarised. The mechanisms of the acute and chronic effects of drugs of abuse are mentioned, as well as the risks of their usage. Adaptive mechanisms, mechanisms of tolerance, sensitisation, "flashback", the withdrawal syndrome and craving are outlined as well. The role of the appropriate neurotransmitters and of neuronal systems in the mentioned processes is summarised. Further possible biological factors contributing to addiction and drug dependence mechanisms are also indicated.

Key words: adaptation – neurobiological mechanisms – neurotransmitters – sensitisation – tolerance

Tab. 1*: Přímé a nepřímé společenské náklady na zneužívání nelegálních drog v ČR 1998*

Typ drogy	Droga	„odměna“ (“reward”)	Hlavní mechanismus účinku	Hlavní neurotransmitery
Stimulancia	Kokain	Euforie, vzrušení	Inhibice „reuptake“ katecholaminů	Dopamin, noradrenalin
	Amfetaminy (Extáze)	Euforie, vzrušení, změněné vnímání	Zvýšené uvolňování monoaminů a inhibice „reuptake“	Dopamin, noradrenalin, serotonin
	Nikotin	Euforie, koncentrace, uvolnění	Aktivace nikotinových ACh receptorů a uvolňování neurotransmiterů, desenzitizace nikotinových ACh rec.	Dopamin, noradrenalin, Acetylcholin
	Kofein	Koncentrace, odstranění únavy	Antagonizace adenosinových receptorů – zvýšené uvolňování neurotransmiterů	Noradrenalin
Tlumivé látky	Alkohol (ethylalkohol)	Euforie, uvolnění, amnézie	Zvýšené uvolňování dopaminu, potenciace GABAA rec., inhibice NMDA rec.	Dopamin, GABA, glutamát
	Benzodiazepiny	Anxiolytický účinek	Potenciace GABAA rec.	GABA
	Barbituráty	Útlum	Potenciace GABAA rec.	GABA
Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP) ketamin	Útlum, amnézie, změněné vnímání	Blok kanálů NMDA rec.	Glutamát
Opiáty	Morfin, heroin, metadon	Euforie, útlum, analgesie	Agonisté opioidních receptorů	Endorfiny
Kanabinoidy	Kanabis, marihuana, tetrahydrokanabinol	Euforie, uvolnění, změněné vnímání	Agonisté THC receptorů	Anandamid
Halucinogeny	Kyselina lysergová (LSD) diethylamid, meskalin	Změněné vnímání	Agonisté a antagonisté specifických serotonergních rec., účinek na katecholaminy	Serotonin, dopamin

Vysvětlivky: GABA = aminomáselná kyselina, THC = tetrahydrokanabinol, NMDA = N-methyl-D-aspartát, ACh = acetylcholin, cholinergní, rec. = receptor, „reuptake“ = zpětné vychytávání neurotransmiteru ze synaptické štěrbiny zpět do nervového zakončení

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny pouze předpokládané hlavní mechanismy účinků drog a hlavní zúčastněné neurotransmitery, skutečný účinek drog je komplexnější a probíhá za účasti více systémů.

Zdroj: autorka, podle Page a kol., 1997

Tab. 2*: Typ závislosti a symptomy při odnětí drogy*

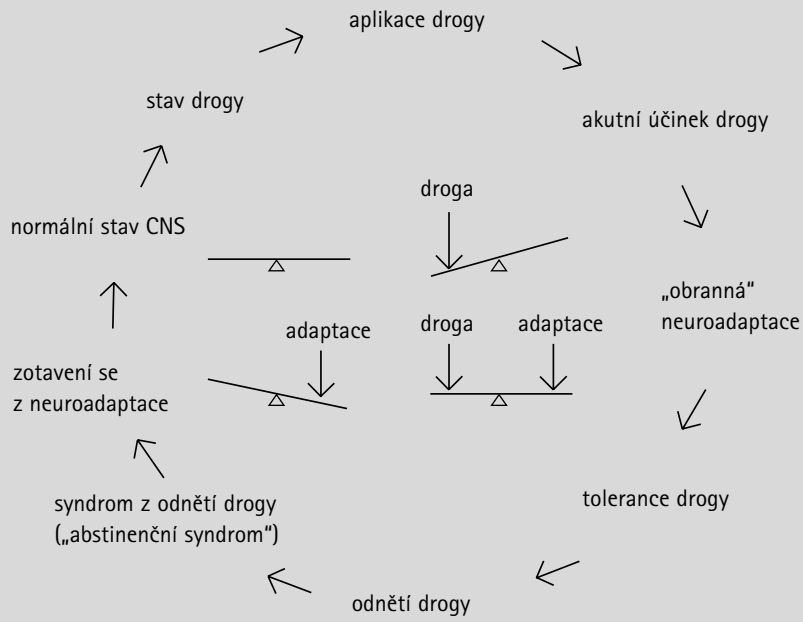
Typ drogy	Droga	„Psychická závislost“	„Fyzická závislost“	Abstinenční příznaky
Stimulancia	Kokain	Silná, vzniká velmi rychle zejména u i.v. aplikace nebo „crack“	Slabá	Především psychické znaky, těžké deprese, dysforie, poruchy spánku, zvýšená chuť k jídlu
	Amfetaminy (Extáze)	Silná, trochu pomalejší vznik, kromě i.v. aplikace	Slabá	Dtto jako kokain
	Nikotin	Slabá, relativně rychlý vznik u kouření	Slabá	Především psychické znaky, podrážděnost, strach, úzkost, deprese, zvýšená chuť k jídlu
Tlumivé látky	Kofein	Slabá, pomalu vzniká	Slabá	Především psychické znaky, deprese, únavnost, bolest hlavy
	Alkohol (ethylalkohol)	Středně silná, pomalu vzniká	Střední – silná	Těžké, strach, úzkost, deprese, dysforie, poruchy spánku, chvění, třes, otřásání, křeče, zmatenost, halucinace
	Benzodiazepiny	Slabá, pomalu vzniká	Slabá – střední	Slabé a různorodé, těžký strach, dysforie, poruchy spánku, cítění mimo realitu, třes, křeče, halucinace
	Barbituráty	Slabá – střední, pomalu vzniká	Výrazná	Těžké, strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku, třes, křeče
Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP) ketamin	Střední	Slabá ? Velmi	Strach, úzkost, dysforie
Opiáty	Morfin, heroin,	Silná, rychle vzniká pokud i.v. aplikace nebo při kouření	silná	Střední – těžké, strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku, svalové křeče, průjem, chvění a třes, otřásání
	methadon	Slabší	Silná	Slabší (pomaleji se vylučuje z organizmu)
Kanabinoidy	Kanabis, marihuana, tetrahydrokanabinol	Střední, relativně rychle vzniká při kouření	Střední ?	Slabé, strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku
Halucinogeny	Kyselina lysergová (LSD) diethylamid, meskalin	Slabá ?	Slabá ?	Řídké, nezvyklé vzhledem k frekvenci užívání, která nebývá tak častá, aby se vyvinula "fyzická závislost"

Tab. 3*: Škodlivé účinky drog*

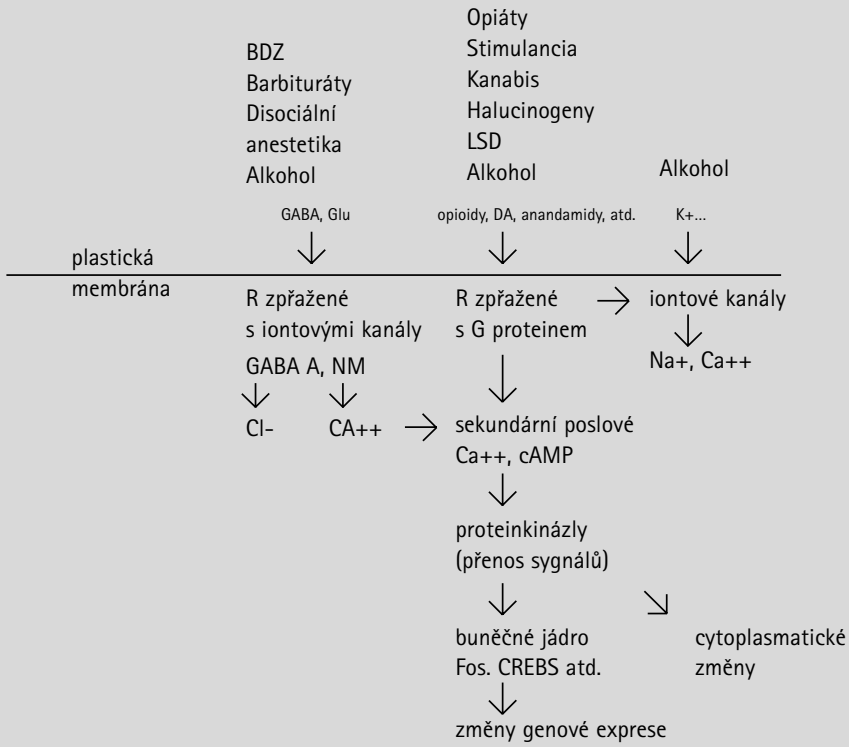
Droga	Akutní toxicita	Chronická toxicita a patologické změny CNS	Ostatní patologie
Kokain Amfetamin Extaze	Srdeční arytmie, hypertenze, mrtvice, křeče, delirium, psychóza, (hypertermie, smrt) Hypertermie, vyčerpání, dehydratace	Paranoidní psychóza, nespavost, delirium se sluchovými halucinacemi Neurodegenerace serotonergního nervstva ?	Vasokonstrikce a atrofie tkání v místě vpichu, šňupání nebo inhalace, někdy pneumotorax; poškození CNS plodu in utero
Nikotin	Nauzea, zvracení	Mrtvice (KVS účinky), méně často neurodegenerativní onemocnění	KVS (nikotin a oxid uhelnatý), ateroskleróza, hypertenze, koronární srdeční onemocnění Rakovina (dehet a nikotin) např. plic, močový měchýř Dýchací systém (dehet a nikotin), bronchitidy, rozedma plic, astma (pasivní) Plod (nikotin) zpomalení růstu (placenta?)
Kofein	Úzkost, nespavost, podráždění žaludku, palpitace	„Kofeinismus" (viz akutní toxicita)	Hypertenze, srdeční dysrytmie
Alkohol	Ataxie, nystagmus, koma, deprese dechu, hypotermie, špatná koordinace pohybů, smrt	Neurodegenerace (petenciace při hypovitaminóze vit B), demence, cerebrální ataxie, psychiatrická onemocnění, deprese	– Neuromuskulární myopatie a periferní neuropatie – KVS hypertenze, kardiomyopatie, dysrytmie (koronární trombózy, arterioskleróza, trombotické mrtvice méně časté) – GIT hepatitida a cirhosa jater, pankreatitida – Rakovina jater, žaludku – Fetální alkoholový syndrom poškození in utero, retardovaný postnatální vývoj
Benzodiazepiny	Hypotenze, zmatenost (zejména u starších), amnézie, hypotermie	Viz akutní toxicita (méně výrazné), zhoršení kognitivních funkcí (u starších)	Poškození CNS plodu
Barbituráty	Zmatenost, útlum, koma, deprese dechu, hypotenze, (těžší otrava – hypotermie, smrt)	Únavnost, apatie, podrážděnost, poruchy paměti	Poškození plodu a deprese dechu u novorozenců
Disociativní anestetika	Zmatenost, agresivní nebezpečné chování, hypertermie, paranoia, halucinace, svalová rigidita, hyperaktivita, smrt	„Flashbacks?", paranoidní psychózy?	Poškození plodu a deprese dechu u novorozenců
Heroin, morfin, Methadon	Zmatenost, deprese dechu, koma, zvracení , (cyanóza, smrt)	Únavnost, apatie, podrážděnost, nespavost	Deprese dechu u novorozenců, Zvýšená vagotonie (hypotonie, bradykardie), mizí potence
Kanabis, tetrahydro-kanabinoid	Zmatenost, halucinace, Tachykardie, ortostatická hypotenze, ztráta krátkodobé paměti, akutní paranoidní psychóza	„Flashbacks?", psychóza?, poruchy paměti – demence, delirium	Rakovina plic, imunosuprese, snížená sekrece testosteronu, (abnormality vývoje plodu)
Halucinogeny	Zmatenost, panická úzkost	„Flashbacks?", psychóza	Poškození plodu?

Vysvětlivky: KVS = kardiovaskulární systém, CNS = centrální nervový systém, GIT = gastrointestinální systém *Zdroj: autorka, podle Page a kol., 1997*

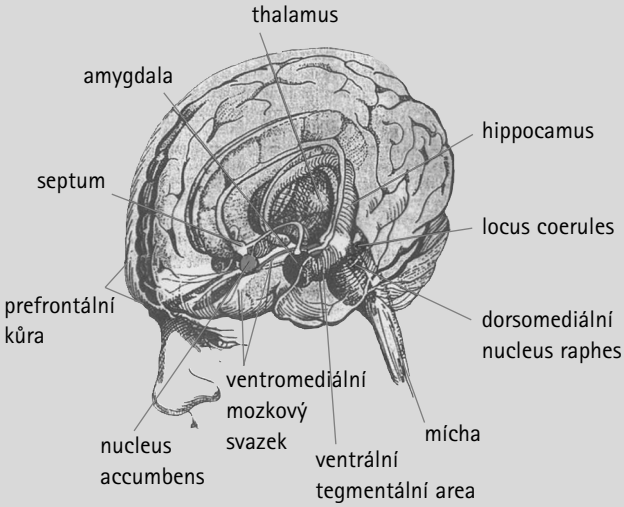
Obr. 1*: Mechanismus vzniku závislosti*

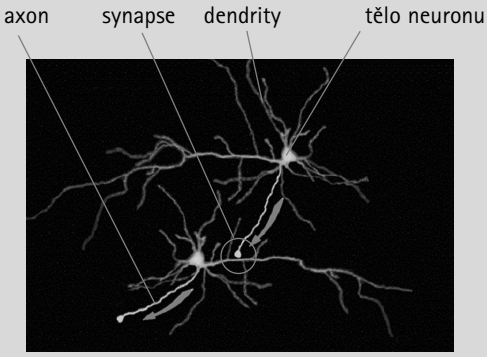


Obr. 2*: Mechanismus účinku drog*

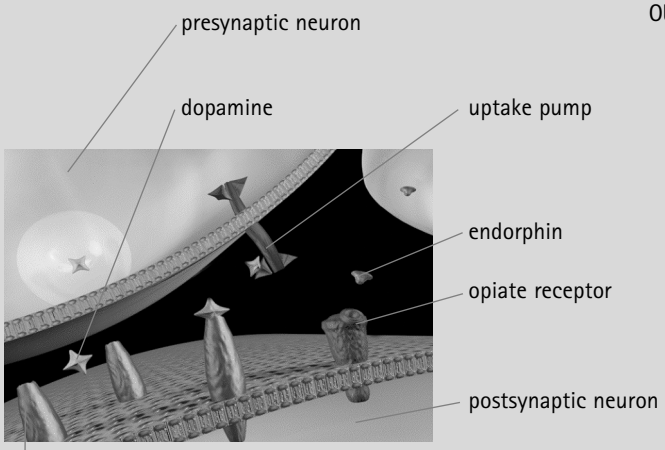


Obr. 3*: Struktury CNS v drogové závislosti*



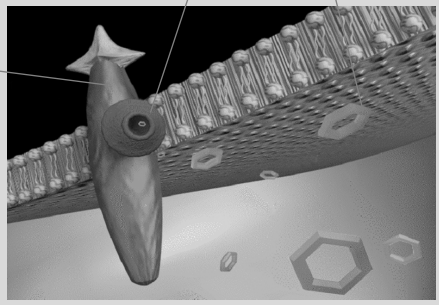


Obr. 4*: Přenos signálu mezi neurony*



Obr. 5*: Účinek dopaminu a endorfinů na synapsi*

dopamine receptor



Obr. 6*: G-regulační protein*

Literatura

■ Blum K., Sheridan P. J., Wood R. C., Braverman E. R., Chen T. J., Comings D. E.: Dopamine D2 receptor gene variants: association and linkage studies in impulsive-addictive-compulsive behaviour. Pharmacogenetic, roč. 5, č. 3, str. 121 – 141, 1995

■ Blume S. B.: Alcohol and other drug problems in women. Překlad in: Nociar A. a kol.: Úvod do liečby drogových závislostí. Asklepios, Bratislava, 1996

■ Feldman R. S., Meyer J. S., Quenzer L. F.: Principles of Neuropsychopharmacology. Sinauer Associates Inc. Publishers, Sunderland, Massachusetts, USA, 1997

■ Fišar Z.: Neurobiochemie návykových látek. Přehled biochemických účinků vybraných návykových látek. Trendy ve farmakoterapii (příloha Zdravotnických novin), č.1, str. 4 – 10, 2002

■ Fišerová M.: Drogové závislosti. Postgraduální medicína, roč. 2, č. 3, str. 288 – 298, 2000

■ Friedeman L., Fleming N. F., Roberts D. H., Hyman S. E.: Source book of substance abuse and addicition. Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland, USA, 1996

■ Höschl C.: Syndrom narušené závislosti na odměně. Vesmír, roč. 75, č. 9, str.485 – 488, 1996

■ Katzung B. G.: Basic and clinical Pharmacology. Lange Medical Books/Mc Graw Hill, 2001

■ Koob G. F., Rocio M., Carrera A. et al.: Substance dependence as a compulsive behavior. J. Psychopharmacology, roč. 12, č. 1, str. 39 – 48, 1998

■ Koob G. F., Sanna P. P., Bloom F. E.: Neuroscience of addiction. Neuron, roč. 21, str. 467 – 476, 1998

■ Markou A., Kosten T. R., Koob G. F.: Neurobiological similarities in depression and drug dependence: a self-medication hypothesis. Neuropsychopharmacology, roč. 18, str. 135 – 174, 1998

■ Page C. P., Curtis M. J., Morley C. S., Walker M. J. A., Hoffman B. B.: Integrated Pharmacology. Mosby, Barcelona, 1997

■ Self D. W. a Nestler E. J.: Molecular mechanisms of drug reinforcement and addiction. Annu. Rev. Neurosci., roč. 18, str. 463 – 495, 1995

■ Štípek S.: Stručná toxikologie. Medprint, Cheb, 1997

■ Stosker S.: Report. NIDA Abuse Notes, roč. 13, č. 4, str. 5 – 6, 1998

■ Stolerman I.: Drugs of abuse: behavioural principles, methods and terms. TIPS Reviews, 13, str. 170 – 176, 1992

■ Vinař O.: Psychofarmakologie drogových závislostí. Forum Medicinae, 2, str. 22 – 29, 1999

PharmDr. Magdaléna Fišerová, Ph.D.

Odborná asistentka Ústavu farmakologie 3. LF UK. Vyučuje farmakologii se zaměřením především na léčiva působící na CNS (psychofarmaka, analgetika, léčiva užívaná u poruch nervového systému, závislost na psychotropních látkách atp.). Pravidelně organizuje povinně volitelný a pro odbornou veřejnost volně přístupný kurs „Neurobiologie, léčení a prevence drogových závislostí", vytváří databáze kvantitativních analýz tablet „extáze" užívané v ČR. V experimentální práci se zabývá výzkumem mechanismů závislosti na především tlumivých psychotropních látkách (opiáty, alkohol, benzodiazepiny atp.) za použití metody mikrodialýzy CNS in vivo a behaviorálních metod. Člen redakční rady časopisu Adiktologie, národní korespondent za ČR o nových syntetických látkách při EMCDDA.

Kontakt: Ústav farmakologie 3. LF UK, Ruská 87, 100 00 Praha 10

E-mail: Magdalena.Fiserova@lf3.cuni.cz

2/3 Psychopatologie závislosti a kodependence

Stanislav Kudrle

Klíčová slova: abusus – kodependence – psychopatologie – obrané mechanismy – vulnerabilita – závislost

Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Člověk od nepaměti hledá způsoby, jak zintenzívnit prožitek radosti, euforie a slasti, jak uniknout před bolestí a pocity samoty a izolace. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a zavdat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků. Ty se projevují, vedle nutkavého dychtění po změně prožívání, také narušením až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním, pokračováním v dosavadním vzorci chování i přes narůstající důsledky a prohloubením stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce.

To, co mění kvalitu prožívaného, může být alkohol, droga, jídlo, sex, hazardní hry, televize, práce, moc apod. Problémem není tedy tak onen vnější aspekt – alkohol, droga či cukr – ale daleko spíše stav mysli s ním spojený. Tedy ulpění, vazba na nějaký způsob uspokojení prostřednictvím vnějšího zdroje. Takto chápáno, jde o univerzální lidský problém a není proto divu, že kromě psychologie, medicíny a filozofie se také všechna náboženství, odvěké mystické a spirituální tradice zabývají problémem touhy, dychtění, lpění a závislosti. Tento zájem trvá po tisíciletí, neboť dynamika touhy, nutkání je hybnou silou, která se váže ke zrození, utrpení, smrti a vůbec k celému životu.

Kritický bod

Kritický bod nastává, *když se změna prožívání stává iluzí a záměnou za změnu reality samotné.*

Možnost ovlivňovat, „manipulovat" své prožívání, zná člověk od nepaměti. Všichni to nějakým způsobem děláme, existují desítky bezpečných způsobů. Mezi ně patří zejména vše, co je spjato s podporou druhých, s projevy lásky a pochopení. Od jednoduché hry přes tvořivé vyžití k laskavému objetí. Od opojných prožitků v krásné přírodě k estetickým zážitkům spojených s vnímáním umění apod. Intenzita a hloubka těchto změn je různá a individuální, stejně tak jako další dopad na člověka. K rizikovým patří pak ty, kdy člověk manipuluje své prožívání bez vlastního úsilí, jen z popudu momentální potřeby nebo možnosti, kdy přístup je zcela pasivní. I tady nacházíme způsoby různě intenzivní a různě individuálně účinné.

Drogy vyvolávající závislost jsou nebezpečné tím, že ovlivňují prožívání razantně, většinou extrémně silně, s pocitem nebývalé intenzity a hloubky. Jsou tím nebezpečnější, čím rychleji působí, čím předvídatelnější je tento účinek. Tím silnější se vytváří pozitivní zpětná vazba a touha tento zážitek opakovat.

Intenzita účinku, prediktabilita a rychlost nástupu určují „tvrdost drogy". Dále pak schopnost drogy vyvolávat syndrom z odnětí po odeznění jejího účinku. Závislost vyvolávají tedy zejména drogy se stimulačním nebo opojným, tlumivým účinkem. Změna prožívání se postupně stává kýženou, vytouženou, protože nezřídka kompenzuje negativní prožitky nebo zkušenosti daného člověka. Například když positivně ovlivní jeho úzkost, pocity osamělosti, neadekvátnosti, neklidu či podrážděnosti. Člověk se najednou cítí normálně, nebo supra-normálně. Kdo by toto nevítal, kdo by toto nechtěl, zvláště když je v počátku ještě ovlivněn míněním svých vrstevníků, když má pocit, že je součástí něčeho, co je třeba rebelií vůči zavedeným pořádkům, které se někdy zdají hloupé a nemoderní. Navozovaná změna prožívání se nepozorovaně stává subjektivní normou a nakonec iluzí o změně reality samotné, provázené pocitem, že „jsem v pořádku".

Přerůstání v závislost

Jak tento vývoj ovlivní další život?

Ukazuje se, že podobné psychologické zákonitosti jako drogová závislost má i gambling, workaholismus nebo celá řada poruch přijímání potravy (eating disorders), jako je anorexie či bulimie. U všech nacházíme nutkavou naléhavost v jednání, pokračování v jednání vedoucím k určitému krátkodobému uspokojení i přes často závažné důsledky na zdraví, blahu rodiny, sociálním zázemí. Charakteristická je dále neschopnost přerušit tento vzorec, eventuálně rozvoj nelibosti, podráždění, dysforie, či deprese. Pokud k přerušení dojde, vzniká nová touha v jednání pokračovat.

Závislost je vyústěním abusu, který se stal výlučnou a dominantní činností, jež má zajistit pocit uspokojení. Na podkladě pozitivní zpětné vazby se logicky fixuje celý komplex očekávání, experimentu, změny prožívání a přerůstá postupně v návyk, závislost. Jde o proces

pozvolný, daným člověkem obvykle nereflektovaný, nebo reflektovaný jen částečně. Od určitého momentu závislý zaměňuje změnu prožívání za změnu reality samotné. „Uvěří" například tomu, že problém nemá, protože již určitou situaci problematicky neprožívá. V kontextu s tímto vývojem *jinak* prožívané reality se mění i jeho úsudek, myšlení a jednání. Jelikož situaci teď jinak prožívá, soudí, že problém zmizel, nebo není tak naléhavý a proto o tom nyní i jinak přemýšlí a na základě nových názorů i nově jedná. Jednáním ale dále ovlivňuje výchozí situaci: například prohloubení manželského neporozumění. Zhoršení celé situace je pak logicky dalším důvodem pro pokračování abusu. Posléze se takový člověk izoluje od svého autentického prožívání. Ba co víc, pokud by do jeho vědomí měly pronikat některé nelibé pocity (pocit viny, deprese, bezmoc), okamžitě startuje svojí aktivitu nutkavá touha po ovlivnění. Závislý jedinec požije nebo si drogu aplikuje dříve, než by se celý komplex nepříjemných pocitů stačil rozvinout. Úměrně hloubce této poruchy rozvíjí závislý člověk také své obrany a zdůvodnění. Tyto mají své opodstatnění v bránění se studu, pocitům slabosti a počínající bezmoci, kterou závislý od určitého momentu začíná prožívat, nebo přinejmenším hrozí, že by tyto pocity mohly proniknout do jeho vědomí.

Charakteristické obrany závislých

Při práci se závislými často pozorujeme, že v jejich jednání postrádáme „zdravý rozum", že skutečnosti pro nás evidentní jsou zkreslovány, popírány či podivně zdůvodňovány, že alkoholik zoufale brání svojí „realitu". Často opravdu zoufale brání své sebepojetí a pojetí druhých před zaplavením pocity studu a hanby, pocity odcizení a osamělosti. Manipulace a obrany jsou často nevědomé jako vnitřní konflikt sám, někdy zčásti uvědomované nebo i plně vědomé.

Příklady těchto obran podává Royce (1989):

– *Omnipotence a velikášství* jsou častým způsobem, jak zvládat neuvědomovaný pocit bezmoci („ve svém postavení bych si nemohl dovolit pít" nebo naopak „nemohu si dovolit při špičkových obchodních jednáních odmítnout obvyklou sklenku sektu").

– *Racionalizace* – neznamená racionální myšlení, ale naopak pseudo-zdůvodňování nebo emocemi ovládané myšlení. V podstatě jde o hledání důvodu k napití či k fetování. Alkoholik může najít tisíce důvodů k napití, ale samotný fakt, že někdo potřebuje drogu, protože je horko (nebo zima, nebo k povzbuzení, nebo pro uklidnění, tedy aby se cítil normálně), je jednou z možností, jak definovat závislost. Častá obrana tohoto typu je: „nemusel bych brát, kdybych neměl problémy". Jakoby se z pojetí života u závislého vytratil fakt, že život sám je problematický, že je normální mít problémy.

– *Projekce viny* – alkoholik tvrdí, že pije kvůli nevěrné manželce, zlé tchýni, nespravedlivému šéfovi apod., tam vidí zdroj svých skutečných potíží, nikoliv v pití. Často dovedně zatahuje lidi ve svém okolí nebo v rodině do bludných systémů, na kterých pak tito nevědomky participují.

– *Popření* – bývá charakterizované výroky „já nemusím pít pravidelně", „mohu přestat, když budou chtít", „to byste tu museli mít polovinu národa", „každý si ke kachně dá pivo" apod. Jindy říkávají, že problémem je nervozita, nespavost, pocuchané nervy atd. Jde opět o soubor racionalizací, emoční slepoty, ochranného nalhávání sobě i druhým. Popření mimo jiné živí i to, že pití je všeobecně společensky akceptované. Nejvýraznějším mechanismem, který posiluje popření, je to, že po napití se alkoholik cítí lépe, potíže naopak přicházejí ve stavu střízlivosti. Popření často sdílejí i rodinní příslušníci: „Kdyby sis dal jen 2 piva, ale proč se vždycky opiješ". „Když si dáš jedno pivo k jídlu, tak ti nic neřeknu" atd. Na popření se bohužel podílejí často i lékaři, když alkoholikovi doporučují pouze omezit alkohol nebo předepisují trankvilizéry na abstinenční potíže, které jsou někdy interpretovány i jako neurasthenie. Výsledným obrazem bývá kombinovaná závislost.

– *Minimalizace* – zmenšování problémů (někdy se říká bagatelizace), je charakterizovaná výroky „tak zlé to se mnou ještě není", „ta dvě piva si dá každý chlap" apod. Rozsah problémů a jejich závažnost bývá podstatně zkreslován a zmenšován, stejně jako míra konzumace alkoholu.

– *Únik* do regresivních fantazií o tom, jaký život by to mohl být, kdyby svět nebyl tak nespravedlivý, nebo kdybych měl více štěstí. Pocit, že se štěstí nedostává, sdílejí zejména hazardní hráči. „Kdybych měl štěstí, mohl bych žít úplně jinak". Pravdou je, že pokud u automatu mají občas chvilkové štěstí, nikdy s výhrou neodejdou. Naopak se prohloubí ještě víc svíravá touha získat víc. V běžném životě tito lidé mají problém na úrovni *braní a dávání*.

Tyto obranné a únikové mechanismy se v průběhu choroby posilují v důsledku pokračující traumatizace vycházející nejčastěji z neporozumění a předsudků, v důsledku klesajícího sebehodnocení a sebevědomí, v důsledku narůstajících pocitů viny a studu. Mají kompenzační charakter. Alkoholici a toxikomani si postupně vytvářejí iluzivní realitu, na okolí působí často zmateně, dráždí svými výmluvami, nedodržovanými přísliby a lhaním. Vznikající konflikty vedou k další traumatizaci, pocitům viny a studu, bludný kruh se zavírá.

Závislý je plně stižen svým *návykem*. Lidské návyky zahrnují fyziologické změny stejně jako učení. Mají své hluboké kořeny v nervovém a endokrinním systému. Návyk je primárním mechanismem vzniku alkoholismu a drogové závislosti u těch, kteří jsou biologicky vulnerabilní. Návyky jsou mocné, často iracionální a těžko zničitelné. Tak jako nezapomeneme jízdu na kole ani v 60ti letech, i když jsme celý život od dětství nejezdili, tak jedna cigareta znovu spustí pravidelné kouření

u kuřáka po mnohaleté abstinenci. Návyky se vyvíjejí nevědomě v určitém dlouhém časovém období. Nikdo se přece vědomě nestane alkoholikem. Návyk se postupně stává naučenou potřebou, stáváme se závislými na alkoholu, na drogách. Návyky rozvíjejí svojí funkční autonomii, svůj vlastní dynamismus, zákonitosti, bez ohledu na původ. Důležité je zdůraznit, že alkoholismus se stává autonomním, nikoliv alkoholik. Pití samo vede k dalšímu pití. A tak se sebeudržující návyk sám, nikoliv původní důvod, stává hlavním cílem změny v terapii. Právě funkční autonomie návyku, jeho vlastní dynamismus, vysvětluje nejvíce otázku po příčině závislosti[1]. I v takových případech, kdy pití nebo braní drog bylo symptomatické pro psychologický problém, se toto symptomatické pití nebo braní stává chorobou.

Formativní faktory psychopatologie závislosti

Psychopatologie závislosti je formována faktory, které jsou zároveň jejími potenciálními kořeny.

Na prvním místě zde uvádíme biologickou a psychologickou *vulnerabilitu*, což můžeme považovat za endogenní faktor, konkrétně daný například vrozenou vyšší tolerancí ke zneužívané látce, depresivními dispozicemi nebo jinou původní psychopatologií. Tento faktor hodnotíme z pohledu léčebných strategií snad nejčastěji a máme pro něj patrně i nejvíce vypracovaných metodik. S ohledem na tento faktor se psychopatologie závislosti dál vyvíjí také v obrazech následných psychických poruch, tedy poruch, které vyvolá abusus, či závislost sama, nebo výrazně podpoří jejich vznik. Máme na mysli například depresogenní účinek při chronickém abusu alkoholu, paranoidně halucinatorní syndrom při chronickém abusu stimulancií, amotivační syndrom při chronickém abusu marihuany, emoční oploštělost a intelektovou deterioraci v chronickém stádiu alkoholismu apod.

Psychopatologie syndromu závislosti má však vždy také *interaktivní* charakter, tzn. že je tvarována také vzájemným očekáváním pacienta a jeho okolí. Například v represivně působícím prostředím se pravděpodobně více zvýrazní pacientova úzkost a paranoidita, v chaotickém prostředí bez pravidel a hranic jeho desintegrace a panika, v permisivním prostředí jeho tendence ke zneužívání druhých a v emočně nepodporujícím prostředí se projeví pocity odlišnosti, deprese a prázdnoty.

V neposlední řadě je psychopatologie syndromu závislosti také tvarována *duchovním rozměrem* existence individua a společnosti. Projevy chronicky intoxikovaného hašišem nebo peyotlem v prostředí a kultuře, která religiózně či rituálně komponuje pravidelné intoxikace některými psychotropními látkami do pravidel sensu communis, pokud budou porovnány s podobnými projevy mladistvého středoevropana přežívajícího ve squatu, budou jednak rozdílně interpretovány, jednak budou rozdílně ovlivňovat další dění kolem dotyčného. V prvním případě budou oceňovány jako bohulibý stav vedoucí k hlubšímu poznání. Takový člověk může být i uctíván. Ve druhém případě budou interpretovány například jako rebelie a rezignace na společenský život, rozvoj problémového antisociálního jednání. Očekávání těchto interpretací na straně experimentujícího již samo ovlivňují i průběh intoxikace, pocity bezpečnosti a nebezpečnosti a samozřejmě a hlavně i schopnosti psychické integrace celé zkušenosti.

Tyto skutečnosti by nás měly vést k diferencovaným hodnocením, postojům a strategiím, pokud řešíme tzv. drogovou problematiku.

Kodependence, závislost na druhém

Kodependence[2] je poruchou ze ztráty sebehodnoty. Projevuje se potížemi psychickými, psychosomatickými, či fyzickými. Lze ji definovat jako j*akékoliv trápení nebo dysfunkci, která je spojena se zaměřením, nebo výsledně vzniká ze zaměření na potřeby a chování druhých.* Je naučeným chováním, pseudoadaptací, která má domněle chránit naše pravé Já před nebezpečím zvenku. Kodependenci se většina z nás učí od dětství v kontaktu s řetězcem pro nás důležitých osobností: rodiče, učitelé, přátelé, hrdinové, je posilována propagandami na různých úrovních. V kodependentním vztahu je možné se skrýt, ale také ztratit své pravé Já.

Od 60. let, kdy WHO přijala patologické návyky a závislost za chorobný stav, zásluhou hlavně psychiatra Jellineka říkáme, že alkoholismus je nemoc. V angličtině se používá zajímavější pojem *disease*, ve smyslu *disease* jakožto nesnáz. Nejen totiž chorobný stav vyvolaný toxickým působením alkoholu nebo drogy, ale nesnáz života jako takového je základem problému. Život je nesnadný. Nesnadné je střízlivé prožívání dicho-

[1] Alkoholik už pak pije proto, že je alkoholik. Titul jedné odborné publikace vystihuje podstatu problému: „Piji, abych zapomněl, že piji" (Müller, 1995). Podobně heroinista bere proto, že je heroinista.

[2] V americké literatuře „codependence", „co-dependence" v anglické, evropské literatuře. Český pravopis zvolili editoři s ohledem na terminologickou jednotu této publikace. O kodependenci viz rovněž Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti; Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislého; Broža, kapitola 9/2, Děti a mladiství. Viz též Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou.

tomie carteziánsky rozděleného světa, rozdělenosti těla a duše. Tato rozdělenost, prožitek necelistvosti je často zdrojem strádání člověka. Člověk přirozeně touží změnit takové prožívání, transcendovat jakékoliv utrpení. Self hledá možnost korekce této nesnáze například vytvářením kodependentních vztahů.

Pojem kodependence pochází z USA z první poloviny 90. let. Kodependence – závislost na druhém[3] byla původně zkoumána jako porucha u příbuzných v alkoholických rodinách, později se ukázalo, že tento fenomén je vůbec klíčový zejména v dysfunkčních rodinách. Vychází z pocitu neadekvátnosti, rozštěpenosti, nízkého sebehodnocení, strachu z opuštění, ze ztráty identity. Postihuje jak jednotlivce tak celou rodinu. V tomto stavu jakákoliv hodnota přichází jako souhlas nebo potvrzení zvenčí. Kodependentovo sebehodnocení je měřeno tím, jak vnímá, že jej vnímají ostatní. Tráví hodně času tím, že se snaží kontrolovat druhé a tím vlastně vylučuje možnost být osloven vlastními potřebami. Takové nutkavé zacházení se sebou a s druhými vede k poruše ve vztazích. Jelikož kodependentovo sebepojetí je nízké nebo v nejlepším případě nejasné, je pro něj téměř nemožné vytvoření zralých, funkčních hranic a separace. Vytvářejí si tak pokřivenou a nedefinovanou představu o sobě a o světě, obvykle jsou přitahováni k dysfunkčním vztahům, jejichž výsledkem je udržování pocitu oběti. Mnohé z těchto rysů jsou naučeným adaptivním chováním z dysfunkčních prostředí. Nosí v sobě jakýsi absces strachu a hanby, pocitů neadekvátnosti, beznaděje, který se otevírá vždy při setkání s nějakou vyvolávající událostí. Dysfunkční adaptace zpočátku poskytuje určitou úlevu, ale v této iluzivní odpovědi se trvalé řešení nenajde. Dalším krokem bývá vytvoření jiné adiktivní vazby, jiné závislosti, např. alkohol, drogy apod. Podnapilost kodependent objevuje jako další možnou korekci nesnáze.

V duchu Batesonovy teorie alkoholismu (Bateson, 1972) můžeme říci, že kodependent má zprvu tendenci vytvářet symetrické, soutěživé (kompetitivní) vztahy. Dokazuje sobě i druhým, obviňuje, vyčítá, přepíjí své vrstevníky, porovnává se s nimi, snaží se vydržet. Bateson to nazývá alkoholickou pýchou. Postupně však kodependent dosáhne opaku – stavu, kdy se podnapilostí mění základní nelibost a strnulost soutěživého vztahu tak, že se uvolní, zrelaxuje a prožívá spojitost s druhými (například prožívané sbratření v hospodě, vymizelý pocit osamělosti po napití). Stav mysli se stává spíše komplementárním (doplňujícím, zcelujícím). Napití, či prožité ovlivnění, způsobí změnu prožívání sebe a okolního světa. Fragmentované Ego se cítí lépe, v opojení se vytváří iluzivní pocit patřičnosti, adekvátnosti a celistvosti, dochází k iluzivnímu naplnění toho, co C. G. Jung nazývá „žízní po Bohu".

Narůstající závislost na alkoholu však dál rozštěpuje kodependentovu mysl. Se ztrátou skutečné sebekontroly se na něj zvyšuje tlak okolí. Nejbližší jej postupně chrání, opečovávají, šikanují, vztah je více komplementární z jejich strany, což v něm vyvolává zlost a hanbu. Snaží se po svém opět dokazovat, že „jedno zvládne". I když dále ztrácí sebekontrolu a jeho sebepojetí se nadále hroutí, přesto se snaží zůstat „kapitánem své duše". Za pomoci ostatních se někdy přechodně dostane do pořádku, ale většinou za cenu prožívané závislosti na nich. To jej vrací zpět do stavu původní nesnáze soutěživého vztahu, což obvykle vyústí v další napití. Dalším testováním sebekontroly však končí v debaklu, „pádu na dno", jeho víra v sebekontrolu se hroutí. „To jedno zvládnu" již prostě nefunguje. Je to moment vzdání se, ale také *bod obratu* (v duchu Batesonovy teorie,1972), který je klíčovým momentem v terapii.

Kodependence není jen nejvíce rozšířenou závislostí, je také *základnou*, na které vyrůstají všechny naše závislosti a nutkavosti. Pod povrchem téměř každé závislosti nebo kompulse najdeme kodependenci. Vytváří ji zraňování a udržuje ji pocit studu, pocit, že naše pravé Já, naše vnitřní dítě, je jaksi defektní a neadekvátní. Závislost nebo nutkavost se stává projevem mylné domněnky, že cosi mimo nás nás může učinit šťastnými a naplněnými.

Primární a sekundární kodependence

Kodependenci rozvíjíme nevědomě a nedobrovolně. Ve své primární podobě se začíná díky špatnému zacházení, zneužívání nebo díky obojímu, které se děje zranitelnému a nevinnému dítěti z jeho okolí, zvláště ze strany původní rodiny a později ze strany jeho kultury a společnosti. Rozvíjí se na základě procesu, který Whitfield (1991) nazývá *zraňováním*.

Primární kodependence tedy znamená, že žádná jiná porucha nevyvolala kodependenci, i když jedna nebo více poruch – včetně závislosti – mohou existovat souběžně. *Sekundární* kodependence se může objevit i u lidí, kteří vyrůstali ve zdravé rodině, pokud vstoupí do těsného nebo důležitého vztahu s aktivně závislou, narušenou nebo jinak dysfunkční osobou. Nejčastější diagnózy spojované s výskytem sekundární kodependence jsou poruchy přizpůsobení, dysthymní porucha, nebo úzkostná porucha. Rozdíl je v tom, že sekundární kodependence je mírnější a snadněji léčitelná.

Některé projevy kodependence

Mezi četnými projevy kodependence jsou takové, které se mohou

[3] Upozorňujeme na rozdíl oproti pojmu „mezi-závislost" (inter-dependence), který je používán v rodinné terapii z jiných hledisek než pojem kodependence.

projevovat jako převlek osobnosti. Ilustrují, jak se kodependence může chovat v mnoha podobách přestrojení. Naši pacienti se v terapii seznámí s těmito termíny a je možné je i používat pro jejich psychoedukaci. Jednotlivec může vykazovat některý z uvedených projevů nebo jejich kombinaci (uvádíme podle Whitfielda, 1991):

– *Zachránce a pomocník* – osoba ztrácí sebe sama v druhých ve snaze zachraňovat, napravovat nebo pomáhat druhým za cenu popírání sebe, nedostatečné pozornosti vůči sobě samému a péče o sebe. Do rizikové skupiny pro tento typ kodependence spadá zejména zdravotnický personál.

– *Uspokojovatel lidí* – člověk, který nezná dobře sám sebe a nemá vytvořené zdravé osobní hranice a meze, se raději podvoluje a vyhovuje druhým, aniž by vyjadřoval své zdravé potřeby a tužby. Tito lidé jen těžko říkají druhým ne a součástí jejich léčby je naučit se to říkat. Za uspokojováním druhých je často skrytá jemná manipulace a kontrola.

– *Výkonný* – lidé, kteří prožívají prázdnotu ze ztráty svého pravého Já, se eventuálně snaží tuto prázdnotu zaplnit vyššími výkony. Ale jelikož jejich prázdnota nepochází z nedostatku výkonnosti, nemůže jim ani vystupňování výkonnosti přinést podstatnou úlevu. Právě „rodinní hrdinové" jsou vystaveni tomuto velkému riziku.

– *Neadekvátní nebo selhávající* – pocitem prázdnoty se podobá předchozímu typu, jinak je však spíše jeho opakem. Ve spojení s nízkým sebevědomím a s pocity studu se člověk cítí nedokonalý, nehotový, neadekvátní, nebo ne dost dobrý, zkažený a v jádru špatný.

– *Oběť* – může se projevovat jako nemocný (např.s chronickou nemocí) nebo jako špatný – delikventní, nebo jako obětní beránek, který se neustále dostává do potíží. Oběti si přiznávají a vyjadřují sebelítost, cítí se nepochopené a obvykle naříkají, když vyprávějí o svém trápení. I když si mohu zahrávat se žádáním o pomoc, jen zřídka se odhodlají s problémy něco dělat. Soustavně utíkají před odpovědností za zlepšení vlastního života. Často k sobě lákají zachránce, pomahače a profesionály, aby jim pomohli, ve skutečnosti je ale mohou zahanbovat nebo jinak trestat za to, že jim opravdu nepomáhají. Jejich obvyklý závěr bývá „ve skutečnosti se to díky vám ještě zhoršilo". Žijí většinou v minulosti v nekonečné smyčce „kdybych jen". Oběť ví a připouští, že prohrála, a žádá druhé, aby jí litovali.

– *Mučedník* – je mnohem hůře léčitelný než oběť, jelikož popírá mnohem více, než oběť přiznává, například svoji sebelítost, pocity nepochopení, nedocenění, beznaděj, pocit žití pod balvanem atd. Tyto pocity ovšem vyjadřují svým jednáním a tím, jak zacházejí s druhými (jejich činy mluví „hlasitěji" než jejich slova). Často vzdychají a odmítají všechny rady nebo pomoc se slovy: „já dávno znám tato doporučení, už jsem stejně všechna vyzkoušel". Jejich pocit oběti se rozpozná mnohem hůře, protože navenek mohou vypadat velmi dobře. Nepřijímají odpovědnost za svůj život, ale přitom často říkají, že si „vše moc berou" a mohou se maskovat za pomocníky nebo zachránce. Jak oběť, tak mučedník potřebují druhou osobu, aby za ně vzala odpovědnost a chtějí vidět druhé se trápit a mít těžkosti. Žijí obvykle většinou budoucností, předstírají, že s minulostí skoncovali a mohou být také přehnaně religiosní. Jestliže oběť připouští, že prohrává, mučedník toto nedělá, ba dokonce o tom ani neví. Oba, jak oběť, tak mučedník odmítají vidět a cítit svojí bolest. Mučedník je pacientem, kterému lze nejobtížněji pomoci.

– *Závislý* – obvykle vyrůstá v dysfunkční rodině a vykazuje tak často poruchu primární kodependence, jak je popsána výše. Samozřejmě závislost, kterou nemocný projevuje, je vedle závislosti na druhých lidech často také závislostí na místě, věcech, chování nebo prožitcích, bez vztahu k alkoholu nebo drogám. Obvyklá bývá porucha příjmu potravy, závislost na sexu, workaholismus, závislost ve vztahu k penězům, jako je nutkavé utrácení nebo nakupování, kompulsivní či patologické hráčství, vztahová závislost – což je jen jiný převlek kodependence.

– *Grandiosní* – může se projevovat jako nadmíru sebevědomý nebo dokonce grandiosní. Muži se projevují jako „machos", ženy s přehnanou ženskostí – křehkostí nebo slabostí – nebo se zdají být nadmíru sebevědomé a vyjadřují grandiosní představu o sobě. S ohledem na inflaci ega je toto přestrojení protikladem ke zdravému rysu úzdravy, kterým je pokora (podle citovaného autora se pokora neprojevuje patolízalstvím nebo chováním se jako „rohožka", ale spíše otevřeností k možnosti učit se o sobě, o druhých a o Vyšší moci).

– *Ztracené dítě* – bývá jím obvykle 3. dítě v pořadí, které se narodí v dysfunkční rodině. Ztracené dítě prožívá vyčerpání z nezměrného úsilí získat pro sebe pozornost a naplnit své potřeby v rivalitě se staršími sourozenci (hrdinou nebo výkonným) a druhorozeným (delikventním zneužívatelem nebo tím špatným). Nakonec rezignuje a stahuje se. Může se stát obětí nebo mučedníkem, aby tak zvládalo své časté psychosomatické nemoci.

Ať se již zpočátku objevuje pod jakýmkoliv převlekem, je třeba myslet na to, že kodependence je nějakým důležitým způsobem zavzata do kauzálního řetězce utrpení mnoha lidí.

Diagnostické zařazení a terapie kodependence

V následujícím výčtu uvádím poruchy, které se nejčastěji vyskytují v souvislosti s kodependencí (číslo v závorce odkazuje na číslo diagnózy podle MKN-10):

Úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti (F60.6)
Závislá porucha osobnosti (F60.7)
Anankastická porucha osobnosti (osobnost „obsedantně-kompulsivní") (F60.5)
Smíšená porucha osobnosti (F61.0)
Smíšená úzkostná a depresivní porucha (F41.2)

Fobické úzkostné poruchy (F 40)
Generalizovaná úzkostná porucha (F 41.1)
Posttraumatická stresová porucha (F43.1)

Kodependence leží jaksi *uvnitř* diagnostických kritérií a my právě nyní zjišťujeme, u kterých diagnostických okruhů její léčba může vést k úplnému zvládnutí choroby. Podle Whitfieldovy zkušenosti lidé s některými diagnózami, jako je narcistická porucha osobnosti či antisociální porucha osobnosti obyčejně nemají zájem o léčbu kodependence, ani na ni nijak nereagují.

O poruchách osobnosti se říká, že jsou hůře léčitelné než jiné stavy. Přesto kodependence bývá léčitelnou, pokud použijeme specifický a úplný terapeutický program. Úzdrava je obvykle pomalá a její kvalita se u jednotlivých pacientů liší. Pokud u pacienta, který je diagnostikován jako porucha osobnosti a tudíž hůře léčitelný, zavedeme postupy, které jsou přiměřené z hlediska dynamiky kodependence, můžeme docílit větší naději na úzdravu a tudíž i lepší prognózu. Bude samozřejmě záležet na tom, zda terapeut má specifický trénink a dovednosti v léčbě kodependence, ale také na tom, zda budou rozpoznány a léčeny i jiné průvodní psychologické poruchy.

Summary Psychopathology of Drug Dependence and Codependence

The chapter is trying to find circumstances leading to a change of experience. It discusses the meaning of yearning for a change of this experience and the role of psychoactive substances on consciousness of man. It defines the terms "abuse" and "addiction" with reference to unconscious principles in dependence development that can, in a later stage of dependence, evoke threatening feelings of the loss of control, and therefore stimulate the formation of defence mechanisms. This defence system further protects one's identity against the overwhelming feelings of shame and quilt. Further, we describe factors modifying psychopathology development sleet relating with the roots of addiction: vulnerability, interaction and social expectance, culture and spiritual dimension. The second half of the chapter characterises in a detailed way a substantial aspect of dependence or linked phenomenon: co-dependence. We present its psychodynamics, manifestation, types, diagnostic relations, and several therapy implications.

Key words: abuse – codependence – defence mechanisms – dependence – psychopathology – vulneralibility

Literatura

■ Anonyme Alkoholiker: Anonyme Alkoholiker Deutsche Sprache. AA World Services INC, New York, 1983.

■ Bateson G.: The Cybernetic of Self: A Theory of Alcoholism. In Bateson G.: Steps Toward an Ecology of Mind. Ballantine Books, New York., 1972.

■ Beattie M.: Codependent No more. A Harper/ Hazelden Book. Harper&Row Publishers, San Francisco, 1987 (česky: Přestaňte být závislí. Pragma, Praha, 1999).

■ Bradshaw J.: Návrat domů. Gardenia Publishers, Bratislava, 1990.

■ Edwards G.: Arbeit mit Alkoholkranken. Psychologie Verlags Union, Beltz, 1986.

■ Grofová Ch.: Žízeň po celistvosti. Chvojkovo nakladetelství, Praha, 1998.

■ Müller E.: Ich Trinke, Um Zu Vergessen, Dass Ich Trinke. Verlag Anton Pustet, Salzburg, 1995.

■ Royce E. J.: Alcohol Problems and Alcoholism. The Free Press, New York, 1989.

■ Schmidt L.: Alkoholkrankheit, Alkoholmissbrauch. Kohlhammer GMBH, Stuttgart,1986.

■ Sparks T: The Wide Open Door. A Harper/Hazelden Book, Harper&Row Publishers, San Francisco, 1993.

■ Weinhold K. B., Weinhold B J.: Breaking Free of the Codependency Trap. Stillpoint Publishing. Walhole, New Hampshire, 1989.

■ Whitfield, Ch.L.: Codependency: Healing the Human Conditions. Health Communications, Deerfield Beach, Florida, 1991.

MUDr. Stanislav Kudrle – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/9.

Odvykací syndrom a craving – Neurobiologické aspekty

Magdaléna Fišerová

Klíčová slova: bažení (craving) – farmakologie závislostí – farmakoterapie – neurobiologické mechanismy – odvykací syndrom

Odvykací syndrom

Jak už bylo uvedeno v kapitole 2/2, *odvykací syndrom* („withdrawal syndrome", syndrom z odnětí drogy, abstinenční syndrom) je stav následující po vysazení látky (dávky drogy), která byla opakovaně nebo dlouhodobě užívána. Tento stav je projevem porušení nové rovnováhy v těle, které se přizpůsobilo adaptačními mechanismy přítomnosti drogy a bývá provázen nepříjemnými často i závažnými abstinenčními příznaky. Mezi abstinenčními příznaky lze často postihnout rysy, které se projevují prakticky opačnými efekty, než byly původní akutní účinky drogy, což vyplývá ze směru vytvořených adaptačních mechanismů, které vedly proti účinku drogy (jde o projevy na úrovni neurobiologické i symptomatické). Typické projevy abstinenčních syndromů u jednotlivých typů závislostí jsou uvedeny v *Tab. 1*. Neuroadaptační změny vyvolané chronickým užíváním drog, probíhají v místech primárního účinku látky (receptory, iontové kanály atp.), nebo v následně ovlivněných mediátorových systémech a dále dochází k reakcím na tyto prvotní adaptace včetně změn na již zmíněné úrovni genových expresí. Je třeba počítat i s účinky metabolitů vzniklých metabolizací (= biotransformací) původní drogy.

Je možno např. obecně říci, že dosud známé drogy vyvolávající závislost (kromě benzodiazepinů a barbiturátů) při akutním podání výrazně stimulují dopaminergní neurony např. v oblastech ventrálního tegmentu a nucleus accumbens (viz mechanismus pozitivního posilování a odměny). Neuroadaptační mechanismy při opakovaném aplikování drogy směřují tedy ke snížení citlivosti těchto neuronů – snižuje se počet a citlivost receptorů, tlumí se syntéza dopaminu a klesá koncentrace dopaminu v těchto oblastech. Při vysazení drogy (vynechání dávky) je tedy stávající dopaminergní systém velmi oslaben. To se projevuje, jak už bylo uvedeno, kromě jiného, neschopností uspokojení, změnou v motivačních systémech závislého a postupném zúžení jeho zájmů pouze na drogu, protože postupně už jenom droga je schopna opět stimulovat a „znormalizovat" dopaminergní transmisi. Tento stav je proto považován za jeden ze základních neurobiologických mechanismů touhy, *bažení po droze – „craving"*, který se podílí na udržení drogových závislostí (viz dále).

K obdobným procesům neuroadaptace a narušení rovnováhy při vysazení drogy dochází i v dalších neuromediátorových a regulačních systémech a strukturách, a to v celé komplexnosti a složitosti propojení a vzájemných vztahů. Celá řada těchto mechanismů není dosud přesně známa. Popisování jednotlivých typů přesahuje rámec této kapitoly.

Na ukázku lze uvést jeden příklad předpokládané neurobiologické podstaty některých typických centrálních projevů odvykacího syndromu, provázejícího vynechání dávky u *opiátové závislosti*. Jak je shrnuto v *Tab. 2* (u kapitoly 2/2), jde kromě jiného o projevy excitace, nervozity až úzkosti, poruch motoriky a třes po vysazení drogy. Část těchto projevů je pravděpodobně způsobena změnami probíhajícími v oblasti noradrenergně inervovaných neuronů v oblasti locus coeruleus. Opiáty se vážou na opioidní receptory, které jsou v této oblasti umístěny právě na noradrenergních neuronech a určitými mechanismy vedou k útlumu přenosu signálů na těchto neuronech, inhibici iontových přestupů a transmise vůbec, což přispívá k známému tlumivému účinku po aplikaci opiátů. Při opakovaném podávání drogy se rozvíjí neuroadaptační mechanismy, které naopak směřují k odblokování tohoto inhibičního účinku na příslušných neuronech, což vede po vysazení dávky opiátů k projevům stimulace, excitace neuronů a celkovým projevům excitace, které mohou být provázeny až deliriem (podrobnosti např. Friedeman a kol, 1996).

Craving

Ani všechny neurobiologické *mechanismy bažení po droze – cravingu* – nejsou ještě dostatečně v úplnosti známy, ale výzkum i v této oblasti již přinesl určité dílčí poznatky, z nichž některé se začínají uplatňovat (nebo již uplatňují) ve farmakoterapeutické praxi při léčení drogových závislostí. K bažení po droze přispívá více mechanismů, z nichž uvádíme dva nejvýznamnější:

1) Mechanismus „pozitivního posilování" – navozený prožitek, psychotropní účinek drogy navodí silný zájem o opakování tohoto prožitku (je dáno vlastnostmi drogy a citlivostí jedince). Droga různými mechanismy většinou zvyšuje dopaminergní transmisi ve ventrální tegmentální oblasti a v nucleus accumbens atp. (stimulace center blaženosti; odměna).

2) Mechanismus nepříjemného odvykacího syndromu – vysazením drogy, po jejím opakovaném podávání, jsou vyvolány nepříjemné stavy (komplexní projevy psychické i somatické), často závažné, které vyvolají snahu tyto obtíže odstranit další dávkou. Jde o projevy různých neuroadaptačních změn, které přestanou být vyrovnávány (balancovány) přítomností drogy.

Poznatky o neurobiologických mechanismech vzniku a udržení drogových závislostí přispívají k léčení drogových závislostí – zlepšují farmakoterapeutickou složku komplexní léčby.

„Flashback"

Fenomén s označením „flashback" může provázet především užívání halucinogenů a stimulancií s halucinogenními účinky, ale může se vyskytovat i u užívání disociativních anestetik, eventuálně rozpouštědel, jsou popisovány i případy „flashbacků" u kanabisu. Jedná se o náhlé znovuprožití psychotického účinku drogy – halucinací, bludů atd. bez vlastní přítomnosti drogy v těle – tedy třeba za několik dní, týdnů, měsíců, ba i let po poslední aplikaci drogy. Např. u LSD mohou být „flashbacky" pozorovány i za 5 let po posledním užití drogy. Neurobiologie „flashbacků" není dosud přesně doložena, ale existuje řada prací, které potvrzují účast serotonergního, noradrenergního a dopaminergního systému a spojení s paměťovými procesy a se stresem. „Flashbacky" se mohou spustit pod vlivem např. nějakého psychosociálního stresoru, ale mohou to být i normální paměťové procesy, které vyvolají halucinogenní prožitek, spouštěčem může být i aplikace jiné látky – např. právě užití kanabisu bývá spouštěčem „flashbacků" po konzumaci halucinogenů. Jsou popisovány i případy, kdy klienti s dlouhou historií zneužívání LSD a symptomy přetrvávající deprese byli léčeni specifickým typem antidepresiv (selektivními inhibitory re-uptaku serotoninu – SSRI) a to u nich vyvolalo nebo zhoršilo prožívání „flashbacků". U lidí závislých na metamfetaminu (pervitinu) byly popsány „flashbacky" tam, kde se v reakci na mírný psychosociální stresor současně objevila noradrenergní hyperaktivita a zvýšené uvolňování dopaminu (podle plasmatických hladin). Výrazná noradrenergní hyperaktivita a slabě zvýšené hladiny dopaminu pak zvyšovaly náchylnost jedince k opakujícím se „flashbackům". Zdá se, že „flashbacky" a schizofrenie mohou mít podobnou patofyziologii náchylnosti k opakování stavů paranoidních halucinací stejně jako senzibilizace (zcitlivění) ke stresu a také k noradrenergní hyperaktivitě a zvýšenému uvolňování dopaminu.

Léčení drogových závislostí z pohledu neuropsychobiologie

Hlavním ideálním cílem léčby je – vedle minimalizace újmy na zdraví způsobené toxickými účinky drog – úplné a trvalé odstranění závislosti. Jaká jsou tedy cílová kritéria ideální úspěšnosti léčby drogových závislostí? Dosažení úplné abstinence, což je zatím nejužívanější kritérium? Dosažení kontroly nad užíváním drogy, což zatím vypadá jako utopická představa? Dosud není, zdá se, definitivně rozhodnuto. Stále větší naděje je vkládána do látek snižujících žádostivost po droze („anti-cravingové látky").

V léčbě drogových závislostí – tedy bio-psycho-sociálního onemocnění – je vždy důležitý *komplexní postup* zahrnující psychologický přístup, úpravu sociálního zázemí pacienta a eventuální farmakologický přístup.

Obecné farmakologické postupy u drogových závislostí jsou následující:

1. *Detoxikace* – v případě předávkování drogy – život zachraňující postupy, eventuálně použití antidot (látek antagonizujících účinky drogy), pokud jsou k dispozici (např. naloxon je antagonistou opiátů) atp.

2. *Detoxifikace* – velmi pomalé odstranění látky z těla, postupným snižováním dávek drogy tak, aby se pokud možno zabránilo příznakům z odnětí drogy (abstinenčním příznakům) – příklady detoxifikačních postupů jsou uvedeny v *Tab. 2*.

3. *Substituce* – alternativou detoxifikace je náhrada drogy bezpečnější látkou tak, aby se zabránilo příznakům z odnětí drogy a tuto látku pak postupně také odebrat. Typickým příkladem substituce u opiátové závislosti je použití metadonu – na rozdíl od zneužívaných opiátů se metadon (strukturou také opiát) aplikuje orálně, má pomalejší nástup účinku, nemá výrazný psychotropní efekt (také proto, že má menší afinitu k opiátovým receptorům), má delší biologický poločas a jeho vysazení nezpůsobuje tak drastický odvykací syndrom, protože hladina v krvi klesá pomalu. Dalším substitučním lékem u opiátové závislosti je buprenorfin – opiát, který má částečně antagonistické účinky na opioidních receptorech (agonista/antagonista opioidních receptorů), podává se pod jazyk (sublingválně), další charakteristiky jsou obdobné metadonu, navíc je bezpečnější[1].

4. *Prevence relapsů* – aplikace látky, která snižuje žádostivost, bažení po droze, „craving", včetně „anti-cravingových" látek (viz též *Tab. 3*).

a) *Podávání látky, která snižuje/ruší pozitivní posilovací účinek drogy* (např. antagonista nebo agonista/antagonista dané drogy), například dlouhodobé podávání opi-

[1] Podrobněji viz Bayer, kapitola 6/2, Farmakoterapie závislostí.

oidního antagonisty naltrexonu u opiátové závislosti. Orální aplikaci látky, která ruší účinek opiátů při jejich eventuální aplikaci (= při relapsu), lze použít pouze u vysoce motivovaných pacientů.

b) *Podávání látky, která obrací účinek drogy ve velmi nepříjemný zážitek* (vytvoření podmíněné vazby droga = trest), například užití disulfiramu u alkoholové závislosti. Disulfiram zastaví metabolizaci alkoholu na stupni acetaldehydu – tj. látky subjektivně velmi nepříjemné, vyvolávající zvracení atp. Pokud se tedy před požitím alkoholu podá (injekčně) disulfiram, alkohol následně navodí nauseu, zvracení atp. a závislý si tak vytváří vazbu mezi alkoholem a velmi nepříjemným zážitkem (alkohol = nausea, zvracení atp.).

c) *Snaha o ovlivnění mechanismů žádostivosti obecně* – „anti-cravingové" látky (např. D2 antagonisté, SSRI, glutamatergní antagonisté, opioidní antagonisté atp.) v kombinaci s psychologickým přístupem. Příklady jednotlivých přístupů jsou shrnuty ve schématu – *Tab. 4.* Například uvedený bupropion je látkou snižující bažení po kouření tabáku. Acamprosat je látkou užívanou ke tlumení bažení po alkoholu (pozn.: mechanismus účinku acamprosatu je komplexnější a ještě ne úplně přesně známý – acamprosat je současně antagonistou NMDA receptorů, agonistou GABAA i GABAB receptorů, zvyšuje koncentraci serotoninu v CNS, antagonizuje noradrenergní aktivitu, snižuje influx kalcia do neuronů).

Podrobněji o farmakologické léčbě viz kapitola Farmakoterapie závislostí (6/1).

Summary Withdrawal Syndrome and Craving – Neurobiological Aspacts

Neurobiological mechanisms of the withdrawal syndrome are described in more details. Possible neurobiological mechanisms of craving, contributing to maintenance and induction of the drug addiction and dependence, are mentioned. Basic pharmacological treatment procedures are summarised; some used and potential anti-craving drugs are mentioned.

Key words: craving – neurobiological mechanisms – pharmacological treatment – withdrawal syndrome

Literatura viz kapitola 2/2

PharmDr. Magdaléna Fišerová, Ph.D. – Informace o autorce a kontakt viz kapitola 2/2.

Tab. 1*: Typ závislosti a symptomy při odnětí drogy*

Typ drogy	Droga	„odměna“ (“reward”)	Hlavní mechanismus účinku	Hlavní neurotransmitery
Stimulancia	Kokain	Euforie, vzrušení	Inhibice „reuptake“ katecholaminů	Dopamin, noradrenalin
	Amfetaminy (Extáze)	Euforie, vzrušení, změněné vnímání	Zvýšené uvolňování monoaminů a inhibice „reuptake“	Dopamin, noradrenalin, serotonin
	Nikotin	Euforie, koncentrace, uvolnění	Aktivace nikotinových ACh receptorů a uvolňování neurotransmiterů, desenzitizace nikotinových ACh rec.	Dopamin, noradrenalin, Acetylcholin
	Kofein	Koncentrace, odstranění únavy	Antagonizace adenosinových receptorů – zvýšené uvolňování neurotransmiterů	Noradrenalin
Tlumivé látky	Alkohol (ethylalkohol)	Euforie, uvolnění, amnézie	Zvýšené uvolňování dopaminu, potenciace GABAA rec., inhibice NMDA rec.	Dopamin, GABA, glutamát
	Benzodiazepiny	Anxiolytický účinek	Potenciace GABAA rec.	GABA
	Barbituráty	Útlum	Potenciace GABAA rec.	GABA
Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP) ketamin	Útlum, amnézie, změněné vnímání	Blok kanálů NMDA rec.	Glutamát
Opiáty	Morfin, heroin, metadon	Euforie, útlum, analgesie	Agonisté opioidních receptorů	Endorfiny
Kanabinoidy	Kanabis, marihuana, tetrahydrokanabinol	Euforie, uvolnění, změněné vnímání	Agonisté THC receptorů	Anandamid
Halucinogeny	Kyselina lysergová (LSD) diethylamid, meskalin	Změněné vnímání	Agonisté a antagonisté specifických serotonergních rec., účinek na katecholaminy	Serotonin, dopamin

Vysvětlivky: GABA = aminomáselná kyselina, THC = tetrahydrokanabinol, NMDA = N-methyl-D-aspartát, ACh = acetylcholin, cholinergní, rec. = receptor, „reuptake“ = zpětné vychytávání neurotransmiteru ze synaptické štěrbiny zpět do nervového zakončení

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny pouze předpokládané hlavní mechanizmy účinků drog a hlavní zúčastněné neurotransmitery, skutečný účinek drog je komplexnější a probíhá za účasti více systémů.

Zdroj: autorka, podle Page a kol., 1997

Tab. 2*: Léčebné postupy používané v detoxifikační fázi u drogové závislosti*

Droga	Detoxifikace a počáteční léčba	Poznámky
Kokain Amfetamin	Antidepresiva (imipramin, desipramin, SSRI – fluoxetin)	Není přímo detoxifikace,i když mechanizmus úč. je podobný; symptomatická léčba deprese při odnětí drogy a snížení následné žádostivosti
Nikotin	Nikotinové přípravky – lékové formy s dlouhou eliminací (náplasti, žvýkačky)	Mnohem menší toxicita než kouření, ale přesto určitá kardiotoxicita, noční děsy, kopřivka
Alkohol	Sedativa/ hypnotika (diazepam, klomethiazol)	Toxicita těchto látek je výrazně násobena při relapsu alkoholismu, riziko navození závislosti
Benzodiazepiny	Substituce BDZ s delším účinkem	zmírnění projevů závislosti; u některých pacientů navození závislosti a abstinenční symptomy během následné redukce dávek substituenta
Heroin, Morfin	Substituce parciálními agonisty a agonisty/antagonisty (methadon, buprenorfin)	Závislost na methadonu při udržovací následné terapii; perorální a sublingvální podání substituenta je bezpečnější než injekční

Zdroj: autorka, podle Page a kol., 1997

Tab. 3*: Možné farmakologické přístupy prevence relapsu drogové závislosti*

Pozitivní posilovací účinek	Negativní posilovací účinek
Farmakologie —prevence očekávané odměny „anti-cravingové" látky	*Farmakologie* —zmírnění příznaků z odnětí fáze detoxifikace
Podmíněné chování —prevence očekávání odměny	*Podmíněné chování* —Potlačení tvorby vazby při neuroadaptaci —Potlačení podmíněné vazby syndromu z odnětí

Tab. 4*: „Anti-cravingové" látky*

opioidní systém antagonisté: naltrexon, nalmefen agonisté/antagonisté: buprenorfin
dopaminergní systém D2 antagonisté ?
serotonergní systém: SSRI (= inhibitory uptake) – fluoxetin atp.
serotonergní a noradrenergní systém (=inhibitory uptake) bupropion
glutamatergní systém antagonisté – acamprosat+)

2/5 Odvykací syndrom a craving – Klinické a behaviorální aspekty Karel Nešpor

Klíčová slova: craving – relaps – odvykací stav (syndrom) – strategie zvládání

1. Odvykací stav

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) je to „skupina různě závažných a různě kombinovaných symptomů, ke kterým dochází při úplném nebo relativním vysazení látky po tom, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána, po opakovaném (a obvykle protrahovaném) užívání látky nebo po užívání vysokých dávek této látky. Příznaky odvykacího stavu jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu a nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou. Odvykací stav může být komplikován křečovými záchvaty.

Odvykací stav patří k typickým projevům syndromu závislosti[1] a v této souvislosti se s ním v klinické praxi nejčastěji setkáváme. Zda, kdy a v jaké intenzitě lze očekávat rozvoj odvykacího stavu u jednotlivých látek záleží jednak na látce samotné, tj. na schopnosti dané látky vyvolat závislost (potenciál pro závislost), jednak na faktorech na straně uživatele (délka a intenzita užívání, motivace k vysazení drogy a jiné osobní dispozice). Konečně zde mohou hrát roli i faktory prostředí, v němž dochází k manifestaci odvykacího syndromu.

Projevy odvykacího stavu[2]

Záleží na druhu látky, velmi zjednodušeně lze ale říci, že řada příznaků odvykacího stavu má opačný charakter než vlastní účinek dané látky. Tak o opiátech je známo, že působí protikřečově (při odvykacích obtížích jsou přítomny křeče), že mírní bolesti (odvykací stav je spojen s bolestivými příznaky), že působí tlumivě (při odvykacím stavu dochází k nespavosti a podrážděnosti), že vyvolávají euforii (v odvykacím stavu trpí postižení rozladami) atd. Toto pravidlo ovšem neplatí absolutně a řadu příznaků není možné si odvodit.

Odvykací stav po alkoholu: jsou přítomny nejméně tři z následujících příznaků: bolesti hlavy, pocení, vyšší tepová frekvence nebo krevní tlak, epileptické záchvaty, nevolnost nebo zvracení, přechodné halucinace nebo iluze, tělesný a duševní neklid, pocit choroby a slabosti, nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů. Závažnost odvykacího stavu po alkoholu kolísá od mírného několik hodin trvajícího třesu až těžkým život ohrožujícím stavům spojeným s deliriem a epileptickým záchvaty. Léčba delira tremens přesahuje rámec této práce[3], jen zde zmíníme, že klasická antipsychotika, např. chloropromazin jsou zde naprosto nevhodná a že je třeba věnovat náležitou pozornost úpravě vodního a minerálního hospodářství. Těžký odvykací stav po alkoholu s deliriem je indikací k nedobrovolné hospitalizaci.

Odvykací stav po heroinu a dalších opioidech: jsou přítomny nejméně tři z následujících příznaků: slzení, zívání, výtok z nosu, bolesti svalů či křeče, husí kůže nebo opakované pocení, vyšší tepová frekvence nebo vyšší krevní tlak, křeče v břiše, nevolnost nebo zvracení, neklidný spánek, rozšíření zornic, silná touha po droze. – I odvykací stav po heroinu může mít různou závažnost. Odvykací stav po nižších dávkách přirovnávají uživatelé k chřipce, u těžkých odvykacích stavů dominují křeče, časté je zvracení a silné průjmy. Akutní projevy i těžšího odvykacího stavu po heroinu zpravidla odezní do týdne, i když bolesti svalů a poruchy spánku mohou přetrvávat déle. Chování postiženého bývá zejména v nechráněném prostředí ovlivněno silným bažením po droze[4].

Odvykací stav po drogách z konopí (marihuana, hašiš): může trvat od několika hodin do týdne, projeví se např. úzkostí, podrážděností, třesy rukou, pocením a svalovou slabostí. Účinná látka z konopí (THC) se při chronickém užívání kumuluje v tukové tkání a následně při abstinenci se z ni jen zvolna vyplavuje, proto nebývají fyzické obtíže po vysazení konopí silné nebo život ohrožující[5].

Odvykací stav po sedativech a hypnotikách: Jsou přítomny nejméně tři z následujících znaků: vyšší tepová frekvence, bolesti hlavy, nespavost, epileptické záchvaty, třes jazyka, víček nebo prstů, přechodné halucinace nebo iluze, ochablé svalové napětí ve stoji, psy-

[1] Viz též Nešpor, kapitola 4/2, Diagnostika a diagnostická kritéria, dále o odvykacím stavu Fišerová, 2/2, Dvořáček, 5/7, Detoxifikace.
[2] Delirium tremens viz rovněž Popov, kapitola 3/1, Alkohol, Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace.
[3] Blíže viz Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace.
[4] Viz též Minařík, kapitola 3/2, Opioidy a opiáty, Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace.
[5] Viz též Miovský, kapitola 3/5, Konopné drogy.

chický i tělesný neklid, nevolnost či zvracení, pocit choroby a slabosti, představy pronásledování. Odvykací stav tohoto typu může ohrozit život. Zvláštní pozornost je třeba věnovat odvykacím stavům po *benzodiazepinech*[6]. Ty nastávají i po dlouhodobém podávání běžných terapeutických dávek, po terapeutických dávkách však neohrožují život. Projevují se obvykle tím, že příznaky, pro které byly benzodiazepiny nasazeny, se znovu objeví a to v zesílené podobě. Léčba těchto odvykacích stavů je svízelná, obvykle se volí postupné snižování dávek.

Odvykací stav po kokainu a jiných budivých látkách (zejména pervitinu): Jsou přítomny alespoň dva z následujících znaků: letargie a únava, bizarní nebo nepříjemné sny, zvýšená chuť k jídlu, zpomalení duševního a tělesného tempa či neklid, silná touha po droze, nespavost nebo nadměrná spavost. Po delší intoxikaci pervitinem se pravidelně setkáváme s dlouhým spánkem, který bývá sám o sobě spíše projevem vyčerpání a spánkového dluhu než odvykacím stavem[7]. Tyto stavy vyčerpání nevyžadují specifickou léčbu, v případě přetrvávajících úzkostí nebo depresí lze uvažovat o nasazení vhodného antidepresiva nebo antipsychotika.

Odvykací stav po nikotinu: Jsou přítomny nejméně dva z následujících znaků: úzkost, nespavost, kašel, obtíže se soustředěním, vředy na sliznici úst, rozladěnost, zvýšení chuti k jídlu, podrážděnost nebo neklid, pocit nemoci a slabosti, silná touha po nikotinu[8].

Odvykací stavy po dalších látkách, skupinách látek a kombinacích: Odvykací stav po *halucinogenních látkách* se zpravidla nevyskytuje. Stejně tak se nesetkáváme s odvykacím stavem po *organických rozpouštědlech* (např. toluen) a jiných těkavých látkách, i když mohou být přítomny příznaky cravingu. S odvykacím stavem po *kombinaci více látek* (např. opioidy a diazepam) se naopak lze setkat v praxi poměrně často a dají se tak někdy vysvětlit netypické průběhy odvykacích stavů, které špatně reagují na léčbu.

2. Craving (bažení)

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) se o cravingu hovoří jako o „silné touze nebo pocitu puzení užívat látku" a craving je tam uveden jako jeden z šesti znaků závislosti. „Silná touha po droze" je také znakem některých odvykacích stavů, jak jsme se o tom již zmínili výše.

Již v 50. letech se objevilo doporučení odlišovat tělesné a psychické bažení. Rozlišování bažení na tělesné (vznikající při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) a psychické (objevuje se i po delší abstinenci) je oprávněné i s ohledem na výsledky moderních výzkumů, které se zaměřovaly na aktivitu jednotlivých části mozku při bažení. Bažení, nebo fenomén mu blízký, je také součástí definice patologického hráčství a lze se s ním setkat i při léčbě jiných návykových poruch. Bažením u různých návykových nemocí se podrobněji zabýváme na jiném místě (Nešpor a Csémy, 1999, Nešpor, 2000).

Projevy cravingu

Některé objektivní a subjektivní příznaky bažení shrnujeme v následujícím přehledu.

Objektivní příznaky:

– Nálezy, týkající se aktivace určitých částí mozku (dorsolaterální a prefrontální kortex, limbický systém, amygdala, mozeček).
– Oslabení paměti.
– Prodlužuje se reakční čas – tedy se zhoršuje postřeh (vyšší riziko úrazů, proto neradi slyšíme, když některý klient hrdě referuje o tom, že bažení zahání jízdou v autě).
– Abnormální nález na elektroretinogramu (záznam elektrické aktivity sítnice).
– Zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku.
– Snížení kožního galvanického odporu.
– Vyšší salivace (slinění) u závislých na alkoholu.

Subjektivní příznaky:

– Vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky nebo fantazie na toto téma často nutkavého charakteru.
– Svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy a v různých částech těla, pocení.
– Silná touha po návykové látce, úzkost, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid, vzrušení, podrážděnost.

Při studiu uvedeného přehledu vás patrně napadne, že řada uvedených příznaků jsou zároveň projevy stresu. Lidé závislí na návykových látkách často popisují craving jako nepříjemnou zkušenost a silný craving nezřídka předchází relapsu či recidivě.

[6] Viz též Bayer, kapitola 3/6, Analgetika, sedativa a trankvilizéry, Hampl, kapitola 3/7, LOky vyvolávající závislost.
[7] Viz též Minařík, kapitola 3/3, Opioidy a opiáty.
[8] Viz též Králíková, kapitola 3/10, Tabák a závislost na tabáku.

Nedostatečně uvědomovaný craving

Z klinické praxe ovšem víme, že k řadě relapsů a recidiv návykového chování dochází, aniž by postižený pociťoval craving. Důvodem může být nedostatečně uvědomovaný a nerozpoznaný craving. To může mít více příčin.

1) Malá schopnost sebeuvědomění. Pojem alexithymie označuje, zjednodušeně řečeno, chudý fantazijní život a malou schopnost popsat (a také si uvědomovat) vlastní emoce. Alexithymie byla původně popsána u psychosomaticky nemocných, ale zdá se, že je častější i u některých skupin závislých pacientů. Pro závislého se zhoršenou schopností sebeuvědomování je důležité se naučit lépe vnímat své tělo (např. za pomoci některých relaxačních technik), psychiku a zejména emoce (např. za pomoci psychoterapie, relaxačních a meditačních technik a dalších postupů). To má význam samo o sobě i jako příprava na využívání jiných postupů. Americké prameny doporučují používat nácvik rozpoznáváním pocitů u alexithymických závislých na kokainu, což je připraví na využívání dalších, např. kognitivně-behaviorálních postupů.

2) Cravingové pocity specificky odrážejí i to, co dotyčný obecně postrádá (např. intimitu, pocity sounáležitosti). Sebeuvědomování dosahované v psychoterapii má proto obecně anticravingový účinek.

3) Důvodem nedostatečného sebeuvědomění může být i nadměrná únava související s nevyváženým životním stylem.

4) Důvodem špatného vnímání cravingu bývají nerealistické nároky na sebe a tendence si myšlenky související s cravingem zakazovat a nepřipouštět. Prosté potlačení myšlenek ohrožujících sebepojetí nemusí ovšem postačovat, a úzkost, kterou při tom člověk pociťuje, může craving ještě zesílit. Zdá se, že tento mechanismus je relativně častý u žen. U tohoto typu pacientů je důležité, aby si přiznali závislost a uvědomili si, že craving je jedním z častých projevů závislosti a ne např. vadou charakteru.

5) Špatné vnímání cravingu je časté i v situacích, kdy k recidivě dojde velmi rychle a téměř automaticky v prostředí, kde jsou návykové látky snadno dostupné a kde často docházelo k jejich aplikaci. Zde je důležité se orientovat na změnu životního stylu, změnu sítě sociálních vztahů, někdy změnu zaměstnání atd. Pomoci mohou také např. dovednosti odmítání.

Léčba a zvládání cravingu

V posledních letech se v odborné literatuře objevují poměrně často zprávy o lécích s přímým účinkem na bažení u závislých na alkoholu. Prakticky významné je také zjištění, že buprenorfin může mírnit bažení po kokainu, jestliže je podáván jako látka k substituční léčbě u kombinované závislosti na heroinu a kokainu (Mannelli et. al., 1993)[9]. Prakticky patrně ještě významnější jsou psychologické strategie zvládání cravingu. Zde si dovolujeme citovat přehled strategií zvládání cravingu řazených podle četnosti toho, jak je naši pacienti využívali (Nešpor a Csémy, 1999).

– Vyhýbat se situacím, které bažení vyvolávaly
– Uvědomit si negativní důsledky relapsu/recidivy
– Odvedení pozornosti (vhodná četba, hudba, psát dopis, vaření, sprcha, koupel atd.)
– Uvědomit si minulé nepříjemné zážitky související s alkoholem, drogami či hazardní hrou
– Uvědomit si výhody abstinence
– Tělesné cvičení nebo tělesná práce, jít do přírody
– Prostě vydržet
– Spánek nebo odpočinek
– Včas bažení rozpoznat, uvědomit si bažení na samém počátku, kdy je slabé
– Myslet na své zdraví
– Hovořit o pocitech při bažení – s odborníkem či s někým blízkým, telefonicky (např. linka důvěry) nebo i přímo
– Sex
– Relaxační techniky (úplná nebo částečná relaxace)
– Jít někam, kde nejsou návykové látky
– Napít se nealkoholického nápoje
– Požádat o pomoc
– S rizikovými myšlenkami diskutovat anebo vyvolat opačné myšlenky
– Uvažovat o příčinách bažení
– Využívat pomůcek, talismanů, symbolů připomínajících abstinenci
– Použití léku předepsaného lékařem
– V duchu nebo nahlas si popisovat pocity při bažení
– Někomu odevzdat peníze
– Cvičit plný jógový dech
– Pozorovat dech
– Pocity při bažení pokud možno uvolněně a neosobně pozorovat
– Sám někomu nabídnout pomoc
– Sebemonitorování (zapisovat si, kdy bažení vzniká, a co ho pomáhá překonat)

Obecně lze říci, že vysoce účinné, ale nepříjemné strategie typu „Uvědomit si negativní důsledky relapsu/recidivy" nebo „Uvědomit si minulé nepříjemné zážitky související s alkoholem, drogami či hazardní hrou" jsou vhodné k bezprostřednímu zvládnutí krize. Pozitivní

[9] Podrobněji o farmakologickém ovlivňování cravingu: Fišerová, kapitola 2/4, Bayer, kapitola 6/1.

a spíše příjemné postupy se zase dobře hodí k průběžnému udržování dobrého stavu[10].

Příklady z praxe

Ondřej

18.-letý Ondřej závislý na heroinu při skupinové terapii připustil, že mu heroin působil řadu problémů. Nebyl však ochotný se přestat stýkat s lidmi, kteří drogy berou, ani přestat chodit do rizikových prostředí. Terapeut se ho zeptal, co by cítil, kdyby se s některým ze svých známých dal do řeči. Ondřej připustil, že by v takovém případě měl nejspíš chuť „si šlehnout". Uvedené setkání není v této fázi léčby v jeho zájmu. I kdyby k recidivě nedošlo silný craving je sám o sobě nepříjemný. To Ondřej po určitém váhání připustil.

František

František přišel do Prahy studoval vysokou školu, na kolejích začal postupně zkoušet různé drogy a vytvořil si závislost na pervitinu a heroinu. Prostředky na drogy si opatřoval krádežemi, kvůli kterým se dostal na sedm měsíců do vazby. Po překonání odvykacích potíží ve vazbě žádný velký craving nepociťoval, protože ve vazební věznici pro něj nebyly drogy dostupné. Silný craving se však dostavil bezprostředně po propuštění, kdy si mohl drogy poměrně snadno opatřit. To byl také důvod, proč vyhledal naši pomoc a pak se rozhodl k ročnímu pobytu v terapeutické komunitě.

Jan

27.-letý středoškolák závislý na pervitinu a alkoholu trpěl i po střednědobé léčbě úpornými a dlouho trvajícím stavy bažení. Toto obtížné a mnoho týdnů trvající období se mu podařilo překonat za pomoci intenzivního ambulantního léčení, které zahrnovalo hromadnou, skupinovou i individuální terapii souběžně probíhající ve více zařízeních.

Summary Withdrawal Syndrome and Craving – Clinical and Behavioral Views

The author describes withdrawal syndrome according to ICD-10 generally, and withdrawal syndromes related to various groups of psychoactive substances. He also deals with craving, which are or are not associated with withdrawal syndrome. Typical subjective and objective symptoms of craving are described, and the topic of insufficiently recognised craving is discussed. With reference to his previously published papers, the author puts an overview of psychological and behavioral strategies to cope with craving (e.g. the remembrance of past negative experiences with addictive behavior and similar strategies are useful when coping with acute crisis.) The chapter is concluded by several case reports.

Key words: craving – coping strategies – relapse – withdrawal syndrome

[10] Dále o cravingu, dovednostech zvládání atd. v souvislosti s prevencí relapsu viz Kuda, kapitola 7/7.

Literatura

■ Isbell H.: Craving for alcohol. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 16, pp. 38 – 42, 1955

■ Mannelli P., Janiri L., Tempesta E., Jones R. T.: Prediction in drug abuse: Cocaine interactions with alcohol and buprenorphine. British Journal of Psychiatry, 163, suppl. 21, pp. 39 – 45, 1993

■ MKN-10 (ICD-10): Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka (Překlad z anglického originálu). Zprávy č. 102, Psychiatrické centrum Praha, 1992

■ Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996

■ Nešpor K., Csémy L.: Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a jeho zvládání. FIT IN a Sportpropag, Praha, 1999

■ Nešpor K., Csémy L.: Strategies to Cope with Cravings. Alcohologia: European Journal of Alcohol Studies, 11, No.1, pp. 13 – 17, 1999

■ Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Primář oddělení závislostí (muži) v Psychiatrické léčebně Praha – Bohnice, člen subkatedry návykových nemocí IPVZ. Absolvoval kromě jiného psychoterapeutický výcvik v SUR. Je autorem nebo spoluautorem více než 30 knih, týkajících se léčby návykových nemocí, psychoterapie a využívají jógy a relaxačních technik, a řady dalších odborných prací v češtině i angličtině. Je také vědeckým sekretářem Společnosti návykových nemocí ČLS JEP a národním koordinátorem Evropského akčního plánu o alkoholu WHO.

Kontakt: Psychiatrická léčebna Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8
E-mail: nespor@plbohnice.cz
Internet: www.plbohnice.cz/nespor, www.mujweb.cz/veda/nespor, www.geocities.com/dr_nespor

2/6 Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti Magdalena Frouzová

Klíčová slova: AA – psychologické faktory – sociální prostředí – terapeutické přístupy – změna

1. Faktory vzniku a rozvoje závislosti související s účinkem drogy

S rozvojem psychologie a zvláště psychoterapie byly hledány důvody rozvoje závislosti v psychice lidí, ať už v podobě určitých osobnostních vlastností či některých jemnějších souvislostí vnitřní psychologické dynamiky. V r. 1934 byla toxikomanie uznána v USA jako „duševní porucha" a brzy se i dostalo na výzkum její psychologické etiologie. Lze říci, že výzkumy sledovaly a částečně i potvrzovaly, že lidé drogy berou a stávají se na nich závislými hlavně pro jejich účinky, které buď pomáhaly řešit stávající stav (např. pocity odcizení, nemilovanosti, selhání a bezmoci, frustrace, tenze, apatie, nuda, deprese, emocionální bolest, nejistota, samota, nízká sebeúcta či sebevědomí) či nabízely něco, po čem jedinec toužil (např. odvaha, vzpoura, vzdor, únik, uvolnění, legrace, poznání, sex, moc, odmítnutí přítomného, schopnost bojovat), někdy ovšem také z pouhé příležitosti spojené s ignorancí. Souhrnem můžeme mluvit o šesti základních nabídkách, kterými různé druhy drog disponují (viz *Obr. 1*):

1. Umožňují dosažení větší *kontroly, moci* nad sebou či nad druhými.

2. *Urychlují a zkvalitňují vlastní vývoj*, umožňují zažít zvláštní poznání a tím si uvědomit více sám sebe či smysl svého života.

3. *Zbavují nepříjemného stavu*, akutního či permanentního, např. pocitů neschopnosti, méněcennosti nebo stavů, které doprovázejí fyzické nemoci či jiné duševní poruchy.

4. Vyvolávají *slast*, příjemný stav, zintenzivňují smyslové zážitky.

5. Umožňují lépe se cítit uprostřed těch, kteří drogu běžně používají, *usnadňují přizpůsobení.*

6. Pomáhají při *asociálním životním stylu*, kdy droga posiluje agresivitu a drogou posílená sebestřednost potírá empatii a potlačuje sebezpytování s případnými nepříjemnými výčitkami svědomí.

1.1 Dosažení větší kontroly, moci nad sebou či nad druhými

Většina pokušení nabízí tři hlavní odměny: poznání, moc a sex. Drogy zvláště v první fázi užívání toto vše nabízejí a působí na člověka dojmem všeléku, proto bylo jejich užívání dříve přísněji střeženo a vázáno na pouze určité časoprostorové (zejména rituální) podmínky. Dnes ale drogová závislost děsí svou nekontrolovatelností, neboť v psychice těch, kteří drogu užívají, neexistují dostatečně vyvážené alternativy. Paradoxem při tom je, že mladí lidé často drogy berou právě proto, že v nich nalézají pozitivní životní program či hodnotu. Zápas s pokušením a touha podlehnout mu je drama, kde droga může alespoň dočasně mnohé usnadnit odložením vnitřního zápasu. Odklad však komplikuje úměrnost psychosociálního vývoje. Stále jasněji vystupuje neschopnost žít nezávisle, neochota a strach z volby, které se vyjevují v podobě úzkosti a hněvivého podráždění. Lze říci, že svobodná vůle souvisí s vnitřní kontrolou a sebeovládáním. Zatím jsme dostatečné úrovně nedosáhli a někdy si dokonce pomáháme samotnými drogami. Problém ale stojí obráceně: abychom se mohli spolehnout na bezpečné zacházení s drogami, je třeba v civilizaci takové úrovně dosáhnout. Zatím je nejúčinnější technikou ztráty kontroly nad drogou její snížená dostupnost hlavně pro ty, kteří se sebeovládáním mají potíže či zatím nemají relativně stabilní svět vnitřních hodnot. Jiný přístup nabízí například teorie závislosti, vypracovaná hnutím Anonymních alkoholiků a Anonymních narkomanů (AA 1989): doporučuje příbuzným vzdát se kontroly nad závislým, neboť tato jejich pomoc umožňuje závislému vyhnout se poznání, že díky drogám přestal být schopen řídit vlastní život.

1.2 Urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje

Drogy v 60. létech vyvolávaly u lidí pocit, že jim otevírají mysl a stimulují mozek. V tomto období se celá řada předních výzkumníků zabývala průzkumem účinku psychedelik na člověka[1] a měla přitom na mysli zcela určité cíle, kterých zatím nebylo možno u běžně fungujícího mozku dosáhnout. T. Leary se svými spolupracovníky se v určitých fázích vývoje výzkumu těchto drog zabýval myšlenkou na ozdravné programy pro celou společnost a měl představu, že psychedelika budou nositelem této kvalitativní změny práce na sobě. Jedinec mohl na jedné straně zažít pocit „procitnutí uvědoměním si určitého řádu, který dříve nenahlížel. Na druhé straně ho chaos, do kterého byl prožitkově

[1] Jednalo se zejména o LSD – viz Kudrle, kapitola I/9, Historie...; Miovský, kapitola 3/4, Halucinogenní drogy

drogou uvržen, vyzýval k dalšímu úsilí přijmout takovou informaci jako přirozenou vesmírnou základnu, z které teprve mysl utváří proud omezeného, ale jasného vědomí (viz Leary, 1997). Při výzkumném úsilí zachytit procesy vyvolané drogou bylo však postupně stále více jasné, že hlavními determinantami celého procesu jsou ritualizované podmínky užití drogy a subjektivní očekávání účinků. Přesto 60. léta a vliv psychedelik na výzkum podstatně urychlily to, co nazýváme vývoj vědomí.

1.3 Zbavení se nepříjemného stavu

Drogy odjakživa působily dobrodiní v podobě odstraňování pocitu bolesti a v tomto smyslu jsou lékem. Myšlenka, že by droga mohla být lékem „na duši" je velmi stará[2]. Rychlé řešení psychosociálních krizí chemickou cestou se však ukázalo pouze jako řešení částečné, které je potřeba doplnit psychoterapeutickým procesem. Z klinické praxe je např. známo, že celá řada závislých začala drogou řešit svůj problém, např. s traumatickým zážitkem. U teenagerů se setkáváme s ambivalentním pocitem odchodu z domova a jednou z možností, jak situaci udržovat a podporovat, je braní drog se svou proklamací svobody a útokem na autority na jedné straně a zřejmým nesamostatným a sebe i jiné ohrožujícím chováním na straně druhé. Konec konců je přirozenou lidskou potřebou ukojit hlad po podnětech v psychosociálním světě, když neuspějeme, hledáme náhradní strategie. Jednou z nich může být únik k drogám. Tato, řečeno s Kunderou, „nesnesitelná lehkost bytí" pak je svépomocnou léčbou, ústí ale do osamocení, které navíc komplikuje možnost proces zastavit.

1.4 Vyvolání slasti, příjemného stavu, zintenzivnění smyslových zážitků

Případy, kdy jedinci používají drogu hlavně pro slast, kterou jim způsobuje, jsou nejsložitější. Dojde-li k závislosti, slast se brzy nerozlučitelně propojí se strastí, přesto se pro závislého jedince žádná alternativa svou intenzitou slasti droze nevyrovná. Nejefektivnější metodou je znemožnit jedinci se nadlouho k droze nadlouho dostat. Mezičas pak vyplňujeme psychoterapeutickým úsilím postaveným na jasné formulaci ohrožení života, vytvoření motivace pro přežití a získání dovedností (či umění) žít.

1.5 Usnadnění přizpůsobení

Droga je často vyjádřením náležení k určité skupině. Čím více je daná skupina na okraji společnosti, tím více používá skupinového narcismu jako formy kompenzace a droga zde častěji než v jiných skupinách slouží vyspravení ega potvrzováním si správnosti společenství a jeho životního stylu[3]. Chceme-li příslušníka takové skupiny léčit, je třeba uvážit následky takové intervence s následnou abstinencí; abstinence pak připomíná v mnoha směrech emigraci do jiných společenství s jiným jazykem, vnímáním a kulturou a začínající abstinent trpí svérázným kulturním šokem, opuštěností a „home sick" syndromem[4].

Dospívání, během něhož jedinec vrůstá do společnosti, dnes probíhá přes jakési psychosociální moratorium, tj. dobu hledání, nezávazného experimentování a pohybování se v méně formálních skupinách, které se rychle sdružují, ale i mění. Tyto subkultury často používají drogy pro své explorace a sdružovací rituály, a dospívající, který je v této chvíli v zemi nikoho, s nejistotou pozitivity svých kořenů (všechno bylo špatné, proto jsem to opustil) a ještě větší nejistotou své budoucnosti, snadno přijme drogu jakožto určitou proklamaci přináležení ke společenství či jenom aktuální naladění se na ní. Navíc hranice dospělosti se neustále posunuje, takže čas nejasné identity provázené úzkostí a potřebou dopingu či zklidnění se prodlužuje a bohužel roste někdy rychleji než schopnost mladých lidí na sobě disciplinovaně pracovat.

Přizpůsobení je vlastností u lidí velmi ceněnou. Henri Bergson však upozorňuje na nevýhodu druhého extrému: extrémní plasticita lidského sociálního chování může totiž způsobit rozpad společnosti jako celku v chaos. Droga by pak byla tím, co by pomáhalo v úzkosti z tohoto chaosu. Jiným extrémem této plasticity je globální kultura, ke které svět směřuje. Zde pak opět drogy mohou být motorem, který pomůže se od „velké matky – globální kultury" odpojit, nakonec však skončit v opiátové náruči.

1.6 Součást asociálního životního stylu

Braní drog pro jejich sníženou dostupnost či dokonce zákaz jejich braní samo o sobě dostává závislého na okraj společnosti a jeho dissocialita je potvrzována potřebou sehnat na drogu enormní množství financí. Mnoha závislým se proto velmi ulevilo, když je medicínský model označil na bezmocné jedince, kteří se musí ze své závislosti léčit, tedy musí s nimi být za-

---

[2] Viz Kudrle, kapitola 1/9, Historie...

[3] Tam, kde jde o dobytí teritoria, prosazování dominantního postavení v rámci dobře organizovaných skupin či sexuální agresivitu, mají zelenou stimulující drogy jako amfetaminy, kokain či drogy podporující růst svalové hmoty. Jedná-li se naopak o upevnění pravidel tohoto společenství, udržuje se podáváním relaxačních tripů, hašišem či heroinem.

[4] Stesk a touha po domově, popisovaná u emigrantů.

cházeno daleko lépe než jako s trestanci. Droga sama se nicméně stává pro podsvětí atraktivním předmětem obchodu a není tedy divu, že se mezi těmito lidmi usídlila jako součást jejich životního stylu a někteří z nich se stali na ní závislými. Jiným příkladem je subjektivnost percepce při braní drog v 60. létech, která zaměřila pozornost jedinců beroucí drogy více na sebe sama a jejich fascinace sama sebou je uzavírala před ostatním světem. Často se dopracovávali ve své rostoucí sebestřednosti do alternativních životních stylů, z nichž některé obsahovaly i parazitický život, někdy i s projevy kriminality.

Jako terapeuti se běžně setkáváme rovněž s asociálním životním stylem dítěte, na jehož počátku stojí protektivita rodičů podporující vývoj dítěte směrem k samozřejmému braní více než k dávání, což zabraňuje rozvinout pocity sounáležitosti s druhými a ochotu s nimi spolupracovat. Tento postoj se později stává důležitou okolností drogové kariéry a ještě později může být na překážku při návratu z drog do běžného života.

2. Drogová závislost z hlediska psychoterapeutických škol

Existuje 4 vůdčí teoretické a praktické přístupy v psychoterapii drogových závislostí: 1) spirituální přístup Anonymních alkoholiků, 2) psychodynamický přístup, 3) přístup rodinné terapie, 4) přístup behaviorální. Tyto přístupy se navzájem liší pojetím poruchy ve vztahu k droze a k abstinenci, a tudíž i druhem léčby. Vznikaly v úzké souvislosti s praxí a jen málo z nich vycházelo z výsledků výzkumů.

2.1 Spirituální přístup

Nejznámějším příkladem je hnutí Anonymních alkoholiků (viz AA, 1989), které hraje velmi významnou roli v bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti[5] právě tím, že vneslo do této oblasti spirituální dimenzi. Hnutí AA hovoří o intenzivních pocitech odcizení a ztrátě smyslu života lidí, následkem čehož upadají do zmatku ve svých osobních cílech. Popisuje úpadek jejich hodnotového systému hlavně v oblasti morálky a o zmatku v přesvědčení. Spirituální dimenze, s kterou jedinci ztratili spojení, se pro ně otevírá připuštěním vlastní bezmoci a přijetím poznání své závislosti. Pomocí důkladné revize sebe sama dosahuje zvýšeného sebeuvědomění, které podporuje převzetí přiměřené odpovědnosti za sebe sama a spolupráci s vyšší mocí, kterou může symbolizovat i společenství těch, kteří jsou ve stejné situaci a kteří vytvářením vzájemně podpůrné sítě dosahují abstinence jakožto prostředku k úzdravě. Teorie obsahuje taktéž resocializaci ve smyslu realizovatelném vyrovnání se s lidmi, kterým jejich závislost taktéž ublížila.

2.2 Psychodynamický přístup

Psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek zahrnují nevědomý konflikt, deficity a deformace intrapsychických struktur a interních objektních vztahů. Vycházení buď z koncepce pudů a jejich zvládání nebo ze vztahů s ostatními lidmi. Braní drog je jakýmsi produktem konfliktu mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní a léčba vychází z představy, že zvědomíme-li opět to, co jsme potlačili na určitém stupni vývoje, můžeme dnes ve svém vědomí si s problémem či zážitkem poradit lépe.

Pro ilustraci uvádíme několik významných psychoanalytických autorů a jejich přístupů (cit. in Mikota, 1995; Leeds a Morgenstern, 1999). V r. 1984 Blatt popsal tři psychologické motivace braní opiátů: 1) vytvoření symbiotického stavu uspokojujícího potřeby, 2) obrana vůči špatnému sebehodnocení, 3) obrana vůči potenciální psychotické dezintegraci. Propojil tak teorii pudů a objektních vztahů. – Leon Wurmser zdůraznil při vysvětlení braní drog kruté super ego, které člověka ničí nejen vzpomínkami na bolestivé dětství i reálnými současnými symptomy z takového stavu vyvěrajícími: nepřátelstvím vůči autoritě či příliš vysokými požadavky na sebe a případným sebetrestáním či výčitkami. Drogy slouží k vyhnutí se bolesti, úzkosti a strachu. – Edward Khantzian vycházel v teorii self-psychologie z hypotézy, že podstatou problémů osob jsou nedostatky ega nebo self a že drogy pomáhají buď tento deficit dočasně „vyspravit" či na něj zapomenout. Modifikovaná dynamická skupinová terapie (MDST), kterou vypracoval, se proto zaměřuje na ty hlavní projevy vývojových deficitů, které závislý drogami nejčastěji přikrývají: afekt, nedostatečnou sebeúctu, špatné interpersonální vztahy a destruktivní zakořenění mezi dalšími závislými. – Henry Krystal se v rámci teorie objektních vztahů zaměřuje na dvě vážná narušení v raném vývoji. V symbiotickém vztahu k matce, která velmi podobně jako droga hrála v určitém úseku života jedince ústřední roli, se objevuje touha po sjednocení se svým ideálním objektem, zároveň však individuum prožívá hrůzu z možných zranění, která ostatně při droze nastávají. Druhá teorie se věnuje alexithymii, kdy osoba pomocí drogy si zajišťuje odpojení se od svých bolestivých emocí. Podobně Moyce McDougall zdůraznil v teorii psychosomatických poruch funkci snížení bolesti, kde užívání je součástí „falešného self".

Kaufmann (1994) upozorňoval na důležitost nezralých objektních vztahů k droze, v nichž se současně či střídavě uplatňuje adorace a nenávist či hněv. Ve fázi pokročilé rekonvalescence prožívá pacient truchlení nad ztrátou drogy. Psychodynamická terapie, indikovaná

[5] Viz též Kudrle, kapitola 2/1, 2/2, 2/10.

zejména v této fázi (viz níže) by se těmito vztahy a jejich zvědoměním měla zabývat.

2.3 Přístup rodinné terapie[6]

Tento koncept vychází především z teorie systémů, kde symptomový člen ukazuje na poruchu celého systému a jako takový je také třeba léčit. Může jít o druh vztahů, vzájemných podpor patologických vzorců chování a výchovy dětí, či komplementárních obran nedovolujících změnu.

2.4 Behaviorální přístup

Závislost je v behaviorálním modelu závislosti nazírána jako naučené chování, podmíněné navíc chemicky. Terapie se proto zabývá přeučením těchto maladaptivních vzorců hlavně pomocí odměn a trestů. Jak se postupně behaviorální přístup obohacoval kognitivně-emocionálním přístupem, i teorie vzniku a udržování závislosti byla obsažnější a brala v úvahu důležitost informací (zvědomění nevědomého i prosté dodání informace jakožto návodu, cesty k abstinenci) i emocionální a existenciální dimenzi psychoterapeutického vztahu.

3. Integrované přístupy a význam pro terapeutickou praxi

Integrované přístupy (obvykle spojující v teorii či praxi psychodynamický model s behaviorálním a/nebo systemickým) mají význam především v tom, že upozorňují méně na faktory, které k závislosti vedly, a více na faktory, které ji udržují, brání změně nebo naopak mohou změnu vyvolat či usnadnit. Tím umožňují řešení zdánlivě neřešitelných problémů.

Freud ve své praxi závislé po několika pokusech vzdal jako neléčitelné, nejen pro jejich neochotu sebereflexe, ale pro jejich zásadní nemotivovanost ke změně. Je realitou, že braní drog je obvykle spojeno s touhou v této činnosti pokračovat a že případné informace či výrazné symptomy, které by mohly dotyčného varovat a upozorňovat na potřebu změny, jsou obvykle ztíženy až naprostým „popřením" (viz Mikota, 1995). 80. léta s obohacením behaviorálního přístupu však spolu s integrací v terapii přinesly do práce nemotivovanými klienty zásadní zlom. Optimismus vycházel z podrobnější Prochaskovy a DiClementovy (1986) analýzy vývoje změny (prekontemplace, kontemplace, akce a udržení změny), která umožňovala proces předtím neviditelný popsat v krocích a tak motivovat i terapeuty, kteří již nemuseli být smýkáni nudou nad neměnností procesu. Taktéž systemický přístup posiloval motivaci ke spolupráci, protože se – spíše než na obrany, které obcházel – soustřeďoval na zpřítomnění důsledků změn a tím zpřítomňoval v psychice klientů změnu jako takovou. Pojmenování faktorů, které změnu podporují (zvýraznění nepříjemnosti dosavadního stavu, podpora pacientova sebevědomí, rozfázování změny do postupných kroků, zvýšení představy dosažitelnosti a atraktivnosti cíle) a jejich funkční implementace do terapie dávaly terapeutům metodu pro práci s těmi, kterým se zatím braní drog velmi líbilo, avšak jejich mládí často ukazovalo při razanci jejich úletů na značnou nebezpečnost pasivního čekání na dosažení jejich subjektivního dna a bodu obratu k méně destruktivnímu chování.

Galanter (in Galanter a Kleber, 1996, cit. in Keller, 1999) ve své networking therapy vytvářel pragmatický přístup, v kterém kombinoval dynamickou psychoterapii s kognitivně-behaviorálními metodami, navíc prováděné i s pomocí členů rodiny, u kterých vystupoval spíše jako jejich učitel a manažer celého procesu. Zaměřil se hlavně na automatické reakce na drogu, které se vypracovaly pravděpodobně hlavně podmíněným reflexem a které je potřeba narušit zvědoměním, osvojit si schopnost rozpoznávat impulsy a své vysoce rizikové situace a naučit se předcházet relapsu.

Marlattova teorie prevence relapsu[7] z 80. let a její další úpravy již vycházejí z integrovaného psychodynamicky-kognitivně-behaviorálního modelu (Marlatt a Barret, 1994, Rotgers, 1999). Identifikuje nejprve skupiny *jevů podporujících závislos*t, jako jsou vysoce rizikové situace, spouštěcí klíče, maladaptabilní myšlenkové procesy a emocionální stavy, které vedou k tzv. zdánlivě nevýznamným rozhodnutím, k neuvědomovaným vzorcům chování, kterými se závislý přibližuje pravděpodobnosti relapsu. Ve střední fázi terapie pak zvědomění faktorů podílejících se na destruktivním procesu závislosti slouží k práci na jejich změně: vyhnutí se jim, způsob, jak odolávat touze a pocitům prázdnoty, jak zpracovávat maladaptivní myšlenky, také učení se zvládnout první fáze relapsu a budovat vztahovou síť, často téměř novou. Intrapsychické konflikty, které spolupráci zpomalují, se ošetřují postupným zvědomováním obran a přenosu a empatickým zrcadlením poruch v dialogu i ve vztahu. Důležitou roli hraje i obvykle nízká tolerance závislého vůči negativním afektům a jeho neschopnost je verbálně vyjádřit.

Jestliže v první fázi abstinence (fáze nucené abstinence) se uplatňuje hlavně behaviorální terapie, ve

[6] Blíže viz Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti; Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou.
[7] Viz též Kuda, kapitola 6/8, Relaps a prevence relapsu

druhé fázi (fáze podmíněné abstinence) se mohou uplatnit psychodynamické teorie, především při zvědomování uchovávání a obrany potlačeného konceptu braní drogy. Ve třetí fázi abstinence (abstinence nespolehlivá) působí efektivně přístup kognitivně–behaviorální. V poslední fázi abstinence (abstinence relativně spolehlivá), která obvykle přichází mezi 2. – 5. rokem abstinence může být velkou pomocí psychodynamická psychoterapie, která vedle rekonstrukce intimity a autonomie se snaží jedince naučit unášet život. Platí zde to, co napsal Freud o úspěchu terapie jakožto transformaci hysterického utrpení do „běžného neštěstí."

Summary Psychological and Psychosocial Factors of Aetiology and Development of Dependence

There are no psychological factors or personality types, that could surely imply the aetiology of dependence. However, combinations of some psychological factors in a certain setting can facilitate not only drug abuse, but also the development of dependence. These combinations are searched for at the psychological/social interface from following aspects: 1) achieving a better control or power, 2) acceleration of personal development, 3) avoiding acute or permanent unpleasant states, 4) reaching pleasure, 5) joining particular groups, 6) maintaining an asocial lifestyle. Further, factors of origin and development of dependence are found in the mirror of treatment approaches, models and theories: AA, psychodynamic, systemic, and behavioral approaches are presented. Many integrative approaches prefer to deal more with factors that maintain dependence and prevent changes (or may facilitate them), which has a practical relevance for treatment.

Key words: AA – change – psychological factors – setting – therapeutic approaches

Obr. 1*: Co drogy umožňují*

Literatura

■ Brockman J., Matsonová K.: Jak se věci mají. Průvodce myšlenkami moderní vědy. Edice Mistři věd, Archa, Bratislava, 1995

■ Galanter M., Kleber H. D.: Textbook of substance abuse treatment. The American Psychiatric Press, Washington – London, 1994

■ Grofová Ch.: Žízeň po celistvosti. Chvojkovo nakladatelství, Praha, 1998

■ Keller D. S.: Odkrývající terapie ve službách prevence relapsu. Příspěvek psychoanalýzy k léčbě užívání návykových látek. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999

■ Leary, Timothy: Chaos a kyberkultura. Ed. Michael Horowitz. Maťa Gharmagaia, Praha, 1997

■ Leeds J., Morgernstern J.: Psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999

■ Prochaska J. O., DiClemente C. C.: Towards a comprehensive model of change. In: Miller W. R., Heather N. et al.: Treating addictive behaviors – process of change. Plenum Press, New Yorrk, 1986

■ Rotgers F.: Behaviorální teorie léčby drogové závislosti – aplikace vědeckých přístupů v praxi. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999

■ Marlatt G., Barrett K.: Relaps Prevention. In: Galanter M. and Kleber H.: Textbook of Substance Abuse Treatment. The American Psychiatric Press, Washington-London, 1994

■ Mikota V.: Alkohol v psychoanalýze. Několik poznámek k psychoterapii v psychiatrii. Psychoanalytické nakl. Jiří Kocourek, Praha, , 1995

■ Szasz, T.: Ceremoniální chemie. Votobia, Olomouc, 1996

PhDr. Magdalena Frouzová

Vystudovala psychologii na FF UK v Praze. Další vzdělání a výcviky: psychoterapeutický výcvik SUR, systemická psychoterapie, psychoanalýza, Mezinárodní vzdělávací program v oblasti terapie drogových závislostí (IEDATTP), kurs v EATI, kurs supervize pod záštitou EAS a další. Pracovní kariéra: Psychiatrická léčebna Praha – Bohnice, Poradna pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy. V 90. letech založila Skálův institut a Institut pro výzkum rodiny, kde působí jako ředitelka. Zabývá se terapií závislých a jejích rodin, vzděláváním v oblasti závislostí a psychoterapie, působí jako vedoucí psychoterapeutických výcviků a supervizor.

Kontakt: Institut pro výzkum rodiny, Vinohradská 14, 120 00 Praha 2

E-mail: traininginst@mbox.vol.cz

Klíčová slova: obranné mechanismy – retraumatizace – trauma – traumatizace primární/sekundární

Úvod

Mnoho závislých je traumatizováno, buďto v dětství, nebo v pozdějším životě a zcela jistě v období života se závislostí.

Traumatizace v dětství vzniká tělesným nebo sexuálním zneužitím rodiči nebo jinými rodinnými příslušníky. Někdy je to náhlá smrt blízkého člověka, separace ve zranitelném věku, bolestivá léčba či stresující hospitalizace, operace. Jindy účast u nějaké hrůzné nebo destruktivní události, která může mít traumatizující dopad. Obzvláště chronické sexuální a tělesné zneužívání je často provázeno citovou deprivací.

Traumatizace v pozdějším věku (adolescence a dospělost) zahrnuje tělesné a sexuální násilí, znásilnění, vražedný pokus, těžkou nehodu, ozbrojené přepadení. Někdy je to protrahované sexuální či tělesné zneužívání od dětství do dospělosti.

Traumatizace během závislosti vzniká již samotným aktem závislosti, ale obzvláště destruktivními injekčními aplikacemi, pácháním kriminálních deliktů, ať už jako pachatel nebo jako oběť takových činů, či předávkováním. Dále konfrontací se smrtí někoho blízkého na drogách nebo prostitucí (zvláště pokud je tato provozována pod pohrůžkou, nebo pod násilím).

Vztah mezi závislostí a traumatizací

Jaký je vlastně vztah mezi závislostí a traumatizací? Abychom toto mohli objasnit, musíme nejprve zkoumat dopad traumatizace. Musíme rozlišovat jednorázové (též nazývané trauma I. typu) a chronické trauma (nazývané trauma II. typu) a také vzít v úvahu věk, kdy k traumatizaci došlo. Čím mladší věk, tím těžší dopad na vývoj a psychiku oběti. Obzvláště pokud je dítě tak malé, že ještě není schopno verbalizovat, bývá dopad dramatický. Trauma I. typu vyúsťuje v posttraumatickou stresovou poruchu více či méně závažnou. Trauma II. typu, které vzniká téměř vždy v dětství, přerušuje vývoj. Posttraumatické symptomy zahrnují chronickou afektivní disregulaci, destruktivní jednání vůči sobě i druhým, poruchy učení, dissociativní problémy[1], somatizace. Deformace v pojetí sebe i druhých vyúsťují v poruchy osobnosti, jako je hraniční, narcistická, dissociativní či antisociální[2] porucha osobnosti nebo v komplexní posttraumatickou stresovou poruchu.

Jinými slovy: trauma je ochromující, ničí vazby a tím i důvěrný vztah s jinými lidmi. Ničí i milující vztah k tělu, k tělu vlastnímu i k tělu druhých, a mění jej na nenávistný. Trauma ničí integritu a základní důvěru. Trauma přerušuje kontinuitu a tím se stává věčným. Trauma způsobuje nenávist k sobě samému, nízké sebehodnocení a neschopnost ocenit druhé. Nakonec vyvolává pocit izolace v nitru člověka i mezi lidmi. Jak vnitřní svět oběti, tak její vztahy k okolí, se stávají fragmentovanými. Bezmocnost, izolace a ochromující strach jsou jádrovými prožitky psychického traumatu.

V dospívání se tyto problémy zvýrazňují a často poprvé vůbec se projeví vážnými poruchami chování. Oběť chronické traumatizace není schopna dosáhnout uspokojení z vnitřních zdrojů, a tak se spoléhá na činy, většinou na negativní přehrávání (acting-out). Vztahy s dospělými jsou narušeny. Mezi svými vrstevníky si dospívající oběti chronické traumatizace vyhledávají jedince se stejnými názory. Narušený vztah k tělu se stává více komplexním. Znechucení narůstá a s tím také možnosti jak je agovat: sebepoškozování, prostituce apod., tedy znovupotvrzení oběti.

Trauma samo o sobě je pro děti nesnesitelné. Jak toto zvládnout? Jak přežít? Zapojují se všechny obranné mechanismy, zvláště potlačení a disociace (odštěpení). Disociace je nejúčinnější. Vypadá to, jako by trauma bylo zapomenuto. Ale existují projevy, které potvrzují, že trauma je tu stále: noční můry, flashbacky[3], chronická předrážděnost, netečnost, nevysvětlitelný strach a výbuchy agresivity. Manifestuje se dále studem, stažeností dětí nebo jejich hyperaktivitou, potížemi s koncentrací na výuku ve škole, fobiemi, panickými atakami. Často není rozpoznáno, že se tyto projevy vztahují k traumatu, protože to se mohlo udát před dlouhým časem. Ale trauma je věčné. Obranné mechanismy, mechanismy přežití vždy selhávají, zcela jistě

[1] Dissociativní (konverzní) poruchy podle MKN 10 zahrnují například poruchy paměti, stupor, trans a posedlost, dissociativní motorické poruchy, ztrátu citlivosti nebo kombinace uvedeného na podkladě dissociace.
[2] Dissociální dle MKN-10.
[3] V tomto kontexu pojem *flashback* znamená znovunabytí krátké živé vzpomínky na trauma, nikoliv na stav pod vlivem drogy.

pak v dlouhodobějším měřítku. A co navíc, aby mohly být účinné, měly by být silné, jenže pokud jsou silné, pak mají závažné vedlejší účinky: překážejí vývoji.

V dospívání se normální integrativní funkce ega oslabují a obrany vůči traumatu, které se vynořuje k povrchu, hrozí úplným selháním. Pro přežití je pak nezbytné vzpomínku na trauma potlačit ještě důkladněji. Každé chování, které vyúsťuje ve stres, má takový účinek. Přehrávání proto začíná hrát stále významnější roli. K posílení disociace jsou důležité psychoaktivní látky – tzv. chemická disociace. Drogy, alkohol a gambling umrtvují emoce, facilitují potlačování emocí, jindy mění emoce a uvolňují ty, které by jinak zůstaly skryté (agrese). Zastavují flashbacky a noční můry a mění deprese v netečnost. Bezmoc ustupuje a (falešný) pocit kontroly začíná převládat. Závislý život je naplněn stresovými událostmi a vzrušením a trvale vysoká úroveň stresu znecitlivuje emoce. Obojí, jak drogy, tak závislý způsob života, tedy přispívají k nezbytnému potlačování posttraumatického syndromu.

Nová traumatizace závislostí

Psychoaktivní drogy účinkují jen krátce. Proto, aby se jejich účinek projevoval déle, je nutné pokračovat v jejich užívání. Postupně se však začíná projevovat opačný účinek těchto strategií. Jsou to například ataky vztahovačnosti při užívání amfetaminů nebo kokainu a nebo realitu narušující efekt všech drog, které vyvolávají úzkost a pocity ztráty kontroly. Závislý život je také naplněn hrůznými událostmi, které často připomínají časné traumatické zážitky. Násilí, nerespektování, závislost na drogách nebo druhých lidech, kteří narušují hranice, účast při kriminálních deliktech, blízkost smrtelného ohrožení apod. Způsob, jakým závislý žije svůj život, potvrzuje způsob, jakým vnímá svět. A tento svět je naplněn traumaty, narušenými pohledy na vše, co se dotýká kontaktu s lidmi. Závislý život znovupotvrzuje trauma, je retraumatizující. Retraumatizace, která je vlastní závislosti, vede ke zvýšené potřebě obrany. Tak se vytváří bludný kruh traumatu a závislosti – závislost na traumatu.

Psychobiologie

Výzkum biologie u postraumatické stresové poruchy potvrdil trvalé změny u stresových hormonů. Extrémní stres, jaký se objevuje u traumatu, je provázen uvolněním četných neurohormonů, jako jsou endogenní opioidy (endorfiny). Tyto hormony jsou nezbytné pro zvládání stresu, například pro boj či útěkovou reakci.

Existují důležité rozdíly mezi jednotlivou stresovou událostí a chronickým traumatem. Chronický stres indukuje znecitlivění, což znamená, že více hormonů je potřeba k vyvolání stejného účinku. Většina studií byla uskutečněna se zvířaty, ale od období Vietnamské války jsou prováděny také humánní studie s veterány s PTSD (posttraumatic stress disorder – posttraumatická stresová porucha). Některé nálezy poskytují objasnění i ve vztahu k naší problematice. Endogenní opioidy indukují analgesii. Většina ze zraněných vojáků nepotřebovala morfin, protože stres z bojiště a poranění indukovaly uvolnění endorfinů. Jenže tyto opioidy a další neurohormony (např. norepinefrin) mají ještě další účinky: interferují s uloženými traumatickými zážitky v explicitní paměti. Jako by tímto způsobem nebylo člověku dovoleno vědomě prožít a pamatovat si onu traumatizující situaci. Zdá se být evidentní, že toto může být vysvětlení účinku disociace zážitku a vzpomínky na trauma.

Exogenní opioidy mají stejný účinek jako endogenní. U závislých traumatizovaných jedinců je zcela zřejmě užívání heroinu vysvětlitelné jako pokus zvýšit hladinu opioidů v mozku, když se jich již nedostává. Traumatizovaní lidé mohou být za normálních okolností velmi dobře sociálně přizpůsobení. Jejich reakce na stres je však odlišná: ve stresových situacích jednají, jako by byli opět traumatizováni. Pokusy na zvířatech ukázaly, že za normálních, málo stresových okolností si zvířata vybírají příjemnější ze dvou alternativ, ale ve stavu velkého rozrušení reagují zaběhnutým chováním bez ohledu na důsledky. Stejný typ reakce pozorujeme u traumatizovaných lidí, pokud se dostanou do stavu velkého vybuzení. V těchto stavech jsou také vyvolány vzpomínky na trauma. Roli zde hraje mechanismus obnovení situační paměti (state-dependent memory). Výzkum potvrdil, že některá psychofarmaka precipitují traumatické vzpomínky u lidí s PTSD, ale ne u kontrolní skupiny.

Chronické trauma snižuje citlivost receptorů k endorfinům. Přitom je dále zajímavé, alespoň u zvířat, že časná emoční deprivace a ztráta sociální podpory mají stejný účinek. Kvůli této snížené citlivosti je nutný větší přísun opioidů k vyvolání stejného zklidňujícího a tišícího účinku. Dalším důležitým nálezem je, že sebepoškozování, běžné u PTSD, uvolňuje endorfiny, které jsou pak zodpovědné za zklidňující účinek, jak tvrdí sebepoškozovači. To samé také platí pro stresující chování. Opioidy, ať endogenní nebo exogenní, zmírňují nadměrné vybuzení. Předpokládá se, že tyto hormony hrají roli i u projevů přilnutí a u vazeb (je např. známo, že břišním kontaktem mezi matkou a kojencem se uvolňuje malé množství endogenních opioidů). Existuje rovněž významná podobnost mezi opiátovým odvykacím syndromem a symptomatikou PTSD.

Předpokládáme u nich stejnou etiologii: hyperaktivitu v noradrenergním systému kombinovanou se sníženou vazebnou kapacitou opiátových receptorů. Clonidin (alfa-2-adrenergní agonista) má positivní účinek jak na opiátový odvykací syndrom, tak na hyperaktivitu u PTSD. Zdá se, že u PTSD nová expozice vůči traumatické situaci vyvolá nárůst opiátové odpovědi, která na subjektivní úrovni vytvoří pocit kontroly. Když expozice končí, objevují se odvykací příznaky opiátového typu, jako úzkost, hyperaktivita a poruchy regulace afektů, což jsou zároveň také symptomy PTSD. Ačkoliv přechodně se zdá být možné udržet tíživé emoce pod kontrolou, v dlouhodobém pohledu se naopak PTSD symptomatika posiluje. Bludný kruh se uzavírá.

Těžké trauma má těžké důsledky ve všech oblastech života, intrapsychicky i mezilidsky. Bez léčby trauma nikdy nekončí a průběžně narušuje život posttraumatickou symptomatikou. Závažné důsledky si vyžadují silné obranné mechanismy. Ty pak překáží již tak narušenému vývoji. Trauma je vždy provázeno retraumatizací. To vyžaduje další mechanismy přežití. Alkohol, ilegální drogy a hráčství a také stres (který je často znovuustavením traumatu) pomáhají potlačit posttraumatické symptomy a pomáhají „zapomenout" na trauma a na vztah mezi symptomy a původním traumatem. Závislost je však retraumatizací v mnoha ohledech. Čím větší je potřeba se bránit, tím více vzniká závislé chování. Bludný kruh, nebo spíše spirála vedoucí do temnot. Různé neurohormony, například endogenní opioidy, hrají centrální roli jak u PTSD, tak u závislosti. Trauma a závislost se prolínají.

Léčba

Jaké jsou z toho konsekvence pro léčbu? Úzdrava z traumatu a popření je možná jen v kontextu bezpečných vztahů. Psychobiologie toto potvrzuje: výše uváděné neurohormonální poruchy mají tendenci se zlepšovat pod vlivem bezpečných vztahů. Ústřední otázkou v léčbě traumatizovaných závislých osob bývá: co má převažovat – léčba závislosti nebo posttraumatických symptomů? Jak už bylo řečeno, závislý způsob života je re-traumatizující a ostatně tento životní styl lze nahlížet jako uzákonění traumatu. Také jsme viděli, že braní drog má funkci tlumit posttraumatickou symptomatiku, je tedy mechanismem pro přežití. Vysazení drogy a ukončení závislého způsobu života zastavuje retraumatizaci. To je podstatnou součástí léčby traumatu. Bez užívání drog se začnou více projevovat posttraumatické příznaky, obzvláště flashbacky[4] a pocity neužitečnosti, které je třeba terapeuticky zpracovat.

Je zřejmé, že těžce traumatizovaní závislí jsou nejobtížněji léčitelnou skupinou pacientů a že často přerušují léčbu. Částečně to může být proto, že léčba jejich posttraumatické symptomatiky, zvláště její dissociativní projevy, není správně rozpoznaná a adekvátně léčená.

Jádrovým problémem v léčbě jak závislých, tak traumatizovaných lidí je opětné získání plné kontroly a odpovědnosti za svůj život. Získání kontroly je zcela zásadní, neboť trauma znamená, že oběť neměla vůbec žádnou moc a nemá ji ani v současnosti. Flashbacky a dissociativní jevy jsou projevem ztráty kontroly. Lidé ztrácejí odpovědnost, když jsou pronásledováni, neboť pronásledovatelé se chovají neodpovědně. Závislí se cítí a jednají, jako by neměli odpovědnost. Spíše přenášejí svojí odpovědnost na drogy (a na okolí). Léčba by toto měla obrátit: kontrolu a odpovědnost navrátit zpět traumatizovanému závislému. Takový musí být postoj od samého počátku, tedy od prvního kontaktu, i když v tu chvíli jde jen o zhodnocení stavu nebo o krizovou intervenci.

Pomoc závislému k získání kontroly začíná vysvětlením, že by si měl vytvořit určité hranice a vymezit se jak vůči užívání drog, tak vůči všemu, co jej může poškodit. Pro traumatizované jedince mohou být poškozující často již slůvka nebo malé činy. Problém bývá v tom, že oni sami si toto poškozování často neuvědomují. Od počátku je tedy učíme rozpoznávat to, co je normální a co ne, a musíme je naučit říkat „ne", nebo „dost". Mnoho terapeutů se také musí naučit toto „ne" a „dost" slyšet jako signál, že jdou příliš rychle příliš daleko. Pokaždé, když terapeut klientovo „ne" odmítne nebo mu neporozumí, nastává retraumatizace. Nikdy bychom se neměli vyptávat příliš mnoho na trauma v zhodnocovací či úvodní fázi, dokud není vytvořena dostatečná stabilita a důvěra v terapeuta. Právě v této fázi mohou být důležitým vodítkem a indikátorem traumatu PTSD symptomy, protože komplexní PTSD se nikdy nevyskytuje bez chronického traumatu s počátkem v raném dětství.

Získávání kontroly znamená také nabytí schopnosti zastavit automutilaci, flashbacky, závažné poruchy spánku, a také schopnost zůstávat v realitě tady a teď. Dissociativní mechanismy (depersonalizace a derealizace) umožňují traumatizovaným lidem unikat z kontaktu s realitou a žít v minulosti.

Jak jsme uvedli výše, problémy nastávají, když traumatizovaní závislí vysadí drogu, protože v této situaci oží-

[4] Viz pozn.2.

vají PTSD symptomy. Někteří terapeuti proto tvrdí, že rychlá detoxifikace není vhodným přístupem. Postupují velmi pozvolna a detoxifikují postupně, nejčastěji ambulantně. Podle našeho názoru je nejlepší detoxifikovat co nejrychleji, ale v bezpečném prostředí za klinických podmínek. Detoxifikační jednotka má být zároveň místem zhodnocení případu, protože pouhá detoxifikace není příliš přínosná. Závislý by měl od počátku cítit a převzít odpovědnost, což znamená soustředit se na svůj život a na svojí závislost, a měl by si pokládat otázky jako „proč si toto sobě způsobuji, jaký to má smysl?" To je zhodnocování a současně také práce na motivaci ke změně. Z tohoto důvodu je zhodnocování nezbytné – bez něj se nevytváří motivace a nezačíná terapie. Těžkou PTSD symptomatiku, která se objevuje po vysazení drogy, je nutné zpracovávat a neuchylovat se k lehkomyslnému podávání psychofarmak, obzvláště benzodiazepinů, jakkoliv se mohou zdát účinná.

V konkrétním případě se pak dostáváme k otázce, jakou volbu léčby máme. Ve většině případů těžce traumatizovaní závislí, o kterých tu mluvíme, potřebují ústavní léčení v terapeutickém prostředí s dobrou strukturou, například hierarchickou terapeutickou komunitu. Téměř vždy by toto léčení mělo pokračovat ambulantní léčbou a mělo by se zaměřovat na poruchu osobnosti a trauma.

Retraumatizace v léčbě

V oddíle věnovaném psychobiologii jsme uvedli, že znovuprožívání traumatu je provázeno uvolněním endorfinů a po odeznění tohoto efektu návratem hyperaktivity, syndromem z odnětí drogy a dalšími PTSD symptomy. Rozvzpomínání se na trauma během léčby může mít shodný účinek, při němž dochází ke zhoršení klientova stavu precipitací úzkosti, paniky a zlosti. Jde tedy jistě o retraumatizaci. Ale k retraumatizaci vedou nejen nevhodné terapeutické zásahy, shodný účinek mohou vyvolat i jemnější podněty. Je-li například v terapeutické komunitě obvyklé, že se klienti objímají, pak by mělo být zajištěno, aby sexuálně zneužívaná dívka, která se naučila získávat určitou kontrolu nad muži tím, že jim nabídne své tělo, věděla (a byla poučena), jaký je smysl tohoto objímání, a že jsou i jiné způsoby, jak si zajistit kontrolu nad situací. Například, že řekne „ne" namísto objetí. Personál musí také ohlídat případné napadání a zesměšňování takového „ne" výroky: „na tom přece není nic špatného, ty toho ale naděláš" apod. Je-li klient smutný a pláče, bývá dobré nabídnout drobný tělesný kontakt, tedy položit ruku kolem ramen nebo se lehce dotknout ruky. Vždy bychom se však měli zeptat klienta, jestli je to tak v pořádku, nebo ne. Mějme na paměti, že traumatizovaní lidé jsou experti v přizpůsobení se tomu, co cítí, že druzí očekávají nebo chtějí. A říci „ne" někomu, o kom si myslí, že má sílu, je pak téměř nemožné. Již proto je velmi důležité pro personál a terapeuty uvědomovat si i protipřenosové pocity, jak positivní, tak negativní. Pokud nejsou včas rozpoznány a zpracovány, vedou k retraumatizaci klienta.

Proč je prevence retraumatizace v léčbě důležitá? Odpověď je jednoduchá: jinak je totiž léčba nemožná. Mnoho z těch, kteří přerušili léčbu, bylo nepochybně obětí retraumatizujících zážitků. Existuje samozřejmě celá řada důvodů pro přerušení léčby, ale zjišťujeme, že vyvolání traumatických vzpomínek příliš brzy a v málo zabezpečených podmínkách (tj. v situaci, kdy oběť má málo stability a prostředků pro jejich zvládnutí), je jedním z nich. Dalším je například ignorování faktu, že oběť traumatu je vždy součástí systému, zejména rodinného systému, který hraje důležitou roli v jeho individuální traumatické historii.

Summary Trauma and Addiction

The chapter deals with the relationship between traumatisation and the development of abuse of – and dependence on – addictive substances. Primary traumatisation in childhood, later traumatisation in adulthood and traumatisation in the time of active addiction, mostly understood in form of re-traumatisation, are discussed. Further, we define the impact of trauma on the central nervous system and defence mechanisms within our psyche, such as suppression and dissociation. These mechanism of defence might be strengthened by the influence of addictive substances, which interfere with traumatisation neurobiology. Finally, possibilities of treatment are discussed, which, in the case of traumatised addicts, should consider the danger of re-traumatisation and should offer enough space and time for the treatment of both the dependence on addictive substances and the trauma itself. A client in such a therapy learns to find healthier ways of self-protection.

Key words: defence mechanisms – neurobiology – re-traumatization – trauma – traumatization primary / secondary

Literatura

■ H. P. J. Vos: Trauma and Addiction, Addiction to Trauma. Český překlad S. Kudrle. SANANIM Olomouc, 1997. Upraveno pro účely této publikace.

MUDr. Stanislav Kudrle – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/9.

2/8 Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti

Martin Hajný

Klíčová slova: adolescence – dětství – psychologický vývoj – separace/individuace – vývojové faktory

V této kapitole se budeme zabývat souvislostmi mezi vznikem a rozvojem závislosti a vývojem jedince. Zaměříme se především na ty momenty a znaky psychického vývoje dítěte a dospívajícího, které lze považovat za rozhodující rizikové faktory nebo kritické body. Zjednodušeně lze vidět vývoj člověka jako cestu od naprosté závislosti na druhých (kojenec) k vyváženému poměru mezi samostatností a vzájemnému tvořivému využívání potenciálu dvou či více lidí (zralá schopnost vytvářet a udržovat vztahy s druhými). V adolescenci, kdy vrcholí drama dospívání a kdy dominuje téma separace (oddělování se) a individuace (utváření vlastní identity), je mladý člověk vystaven zatěžkávací zkoušce zralosti dosud vybudované osobnosti. Totéž můžeme říci i o rodině. Téma, které by šlo rozvést do celé knihy, musíme pro naše potřeby omezit pouze na některé aspekty: zaměříme se na určité propojení mezi závislým chováním a raným obdobím dítěte, narušený vývoj schopnosti vytvářet si vztahy s lidmi, význam užívání drog v rámci adolescentních snah o konfrontaci a vymezení identity a tendenci k idealizaci či devalvaci druhých.

Vztah mezi závislostí a raným dětstvím

Narkotický účinek psychoaktivní látky umožňuje vyjádření určitých afektů a uspokojení určitých potřeb, které za běžného stavu vědomí bývají potlačeny. Obvykle jde o potřeby a afekty pocházející z minulosti – převážně z dětství.

Užívání drog stejně jako pití alkoholu bývá autory z psychoanalytického okruhu spojováno se závislým typem osobnostní struktury fixované v orálním stádiu vývoje. Tímto stádiem se v psychoanalytické literatuře myslí první rané období dítěte, ve kterém se dětské vnímání okolí a lidí soustřeďuje převážně do oblasti úst a zažívacího traktu. Odraz tohoto období v životě dospělého lze pak spatřovat v momentech, kdy člověk vyžaduje, aby o něj bylo pečováno, aniž by se on sám na tom nějak aktivně podílel. Dalšími znaky orální fixace jsou: nízká tolerance k napětí, bolesti a frustrací (viz např. Mentzos, 2000).

Jde jednak o to, že uživatel se stává závislý na zvnějšku přicházejících podnětech a na substancích , které ovlivňují to, jak cítí, vnímá a jak se chová. Regresivní a extrémně silný základ vztahu vůči těm, které miluje, brání závislému vyjádřit případné agresivní, kritické nebo separační myšlenky, pocity či chování přímo. Intoxikace či životní styl závislých pak umožňují náhradní vyjádření těchto prvků vztahu. Uživatel se pak cítí dost silný, aby řekl rodičům, co si o nich myslí, alkoholik je naprosto upřímný a nebojí se v tu chvíli důsledků svého jednání, bezohlednost závislých vůči citům, přáním i majetku blízkých lze vidět jako výraz skrytých a nahromaděných agresivních tendencí, které nebylo možné vyjádřit jinou cestou.

Dalším znakem, ze kterého můžeme vycházet při úvahách o orální povaze závislých, je skutečnost, že jejich uspokojení je zcela závislé na vnějších podmínkách a oni samotní mají tendenci zůstávat ve zdánlivé pasivitě. Slovo zdánlivé je na místě, neboť i kojenec není pouze pasivním příjemcem mateřského mléka a pozornosti matky. Jeho křik, mimika, pohyby poutají pozornost ostatních a vedou tak k jeho uspokojení. Se závislými je to podobné – jejich blízcí (a někdy i terapeuti) jsou nepřímo vedeni k tomu, aby dotyčnému poskytovali péči, která se zdá být někdy neúměrná jejich věku, schopnostem i ocenění.

Narušený vývoj schopnosti vytvářet vztahy s druhými

Jedním vývojovým aspektem problematiky závislostí je otázka, nakolik se „závislý" charakter života problémového uživatele drog projevuje v jeho vztazích a sociálních funkcích. Uvažujeme pak, jestli je závislý dost „zralý" nebo „dospěle odpovědný" – protikladem pak je dojem, že je „nezralý" nebo „dětsky nezodpovědný". Při klinickém pozorování a úvahách někdy slyšíme, že dotyčný nahradil svou závislost na droze závislostí na konkrétní osobě nebo dokonce instituci. K tomu musím připomenout důležitý rozdíl – závislost na substanci, na návykové látce není zaměnitelná se závislostí na osobě, jak jí známe ze vztahu dítěte k matce nebo partnera vůči partnerce, případně ze vztahu pacienta či klienta vůči terapeutovi. Závislost na osobě znamená využívání určitých funkcí druhého – ne plnohodnotný vztah k druhému. Mikota mluví o *pseudozávislosti* na osobách nebo o funkčních vztazích (Mikota, 1995). Klient v takovém případě využívá například jen jeden z rysů terapeutického vztahu: terapeut spolehlivě za-

reaguje na jakýkoliv prohřešek a poskytne jistý a srozumitelný trest (sankci), což klientovi poskytne pocit odčinění, který mu uleví. Od jiného člověka může závislý potřebovat jen jeho nekonečnou důvěru a ochotu mu pomoci. To, co je v systematické psychoterapii zapotřebí léčit, je jeho neschopnost vnímat a přijmout druhého, tudíž i terapeuta, jako komplexní osobnost a vytvořit plnohodnotný vztah.

Neschopnost rodičů reagovat na potřeby dítěte

„Neschopností" nemyslíme, že by rodiče nechtěli vyhovět anebo neměli k dispozici to, co dítě právě potřebuje. Vývoj však probíhá ve vzájemné a složité interakci, ve které dítě tím, co dělá a později i tím, co říká, dává najevo určité potřeby a tendence, které vyžadují adekvátní odezvu ze strany rodičů. Pro zdravý vývoj je třeba v určité chvíli reagovat vstřícně, jindy odmítavě, kriticky, a použít i určitých sankcí. Vyvážení a načasování takové rodičovské reakce je někdy skutečně nejen dílem lásky, ale i talentu a komplexu sociálních dovedností a vyzrálosti (Hansen, 1991). V rodinách mladých uživatelů drog se můžeme setkat s pozoruhodnou nevyváženostíi v reakcích: v určitých věcech jsou děti přetěžované odpovědností a nároky, a jinde mají roli malých dětí. Ve svých reakcích navíc někteří rodiče ustavičně kolísají v nevypočitatelných výkyvech. Nadměrné přetěžování dítěte v určité oblasti může vést k vývoji tzv. dospělého dítěte, které je v něčem předčasně zralé, anebo k opakovanému selhávání, které se postupně šíří na další a další oblasti jeho života. Na druhé straně – je-li dítě málo stimulované a nárokované, jeho vývojový potenciál zamrzne, nemá dostatečné podněty pro růst a úspěch a neučí se ani vyrovnávat se s drobnými neúspěchy a překážkami.

Nedostatečná schopnost snášet nepříjemné emoce a afekty

Znakem dokončeného emocionálního vývoje a zrání osobnosti je dále schopnost snášet nepříjemné stavy vyvolané na základě určitých vnitřních i vnějších faktorů. Pocit bolesti, zklamání, ponížení či nesnesitelné zlosti jsou příklady takových stavů.

Podle Wurmsera (1975) závislí užívají drogu proto, aby se vyhnuli duševnímu zranění v podmínkách, které nejsou traumatické. Na užívání návykových látek lze podle toho pohlížet jako na svépomocnou léčbu. Tato teze by neměla být zneužívána závislými pro obhajobu svého chování, ale může být smysluplným prvkem výkladu o souvislosti mezi určitým patologickým rysem osobnosti a nutkáním k opakovanému užívání návykové látky i přes jeho negativní důsledky (Mikota, 1995).

Závislí jsou stejně jako obdobně nezralí lidé (lidé s poruchou příjmu potravy, hraniční poruchy osobnosti a podobně) popisováni jako lidé „s tenkou kůží", extrémně citliví vůči zranění, která pramení z vnitřních pocitů a konfliktů i vnějších zdrojů a okolí. Droga tak nahrazuje chybějící odolnost i sílu k vyjádření. Pokud daný model léčby závislosti nerespektuje u konkrétního klienta tento deficit a nereaguje náležitým terapeutickým nástrojem (systematická psychoterapie, farmakoterapie apod.), existuje vysoká pravděpodobnost, že abstinující klient využije jakéhokoli prostředku ke zmírnění utrpení, které zažívá v důsledku narušeného vývoje.

Užívání návykových látek jako náhradní prostředek separačních a individuačních tendencí

Návykové látky jsou odjakživa předmětem zájmu a regulace společnosti. Překročení norem je dobrodružstvím a zážitkem odvážného a samostatného kroku, který je výzvou pro autority společnosti. Předpokládáme, že jde o součást vývojově nutného procesu, ve kterém dochází k postupnému vymezování mladého člověka od druhých a budování jeho pocitu identity. Adolescence je pak obdobím, kde se tyto tendence projevují. Proces separace a individuace v dospívání má svůj předobraz v raném vývoji dítěte a do jisté míry můžeme říci, že testuje, jak byl úspěšný.

Potřeba takového boje s pravidly, zákony a konvencemi je dostatečně zmiňována v každé práci o dospívání či užívání drog (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999). Méně však se zdůrazňuje, že pro další zdravý vývoj je nesmírně důležitá kvalita reakce těch „druhých" (rodiče, škola, sousedé, zákon, média…). Pokud bychom se chtěli při hledání optimální reakce na takové potřeby rebelie a boje inspirovat, máme po ruce následující příklad z rodiny. Například vývojová nutnost konfrontace mezi synem a otcem je nesporná: zatímco tradiční společnost a model rodiny byl přehlednějším „bitevním polem" pro tento mužský a generační zápas, je dnešní stav mnohem nejasnější. Zkušenosti s rodinným vývojem však ukazují na určité rysy, které by otcovská reakce měla mít: *zájem, emocionalita, předpokládatelnost a úměrnost*. Otec by tedy neměl být lhostejný a měl by zlobení syna věnovat pozornost, měl by být schopen projevit jak lásku tak i zlost, jeho reakce by neměly být nevypočitatelné, ale stabilní a pevné a jeho chování a rozhodnutí by měla být úměrná výzvám (agresi) syna. Obdobné podmínky by pak měla splňovat i reakce či postoj rodiny i společnosti.

Nelze však přehlížet ani vnější znaky chování a celkový životní styl a sociální život závislých[1]. Je dokonce možné mluvit o samostatné kultuře, která je definována hodnotami, estetickými znaky (v současnosti například hudbou typu techno, house apod., literaturou fantasy, oblečením), filosoficky, politicky či nábožensky (např. anarchismus, satanismus), rituály (při aplikaci) či jazykem (slang). Sounáležitost s takto vymezenou skupinou a kulturou má významný vliv na vývoj a hledání vlastní *identity* – a to zvláště u lidí, kteří mohou na základě předchozích zkušeností mít zvýšenou potřebu či obtíže při utváření individuálního a hodnotného vědomí sebe sama. Zajímavé je opět to, že daná kultura či specifické znaky společenství závislých nepředstavuje ucelený a plnohodnotný systém. Většina prvků je vytržena z kontextu a využívána čistě funkčně. Příkladem může být nespolehlivost vzájemné důvěry mezi uživateli na drogové scéně (informátoři, podvody s drogou), narušená a pragmatická podoba většiny partnerských vztahů mezi závislými, zúžení vnímání hudby pouze na ty prvky, které jsou v souladu s potřebami unikat do fantazie, rozpouštět se v extázi a podobně.

K vývoji dítěte tedy patří období, kdy usiluje o dosažení nezávislosti na okolí, na rodičích i celém kulturním a sociálním systému. Potřebu oddělit se (separace) a udržet si vládu nad sebou a svým prožíváním lze vidět i v tom, jak se aktivně ovlivňujeme látkami či aktivitami, které tyto schopnosti mají. Návykové látky disponují několika vlastnostmi, které separační tendence mohou využít. Změna vědomí, kterou navozují, je sama o sobě krokem, kterým se člověk odděluje od běžného stavu prožívání a myšlení a vytváří si *sám* v ten moment vlastní (obvykle příjemný a zajímavý) stav, který je *méně závislý* na realitě. O aplikaci drogy si navíc rozhoduje sám a tím si potvrzuje zážitek, že jeho život je v jeho rukou.

Idealizace a devalvace (černobílé vidění) ve vztahu k druhým

Při sledování problémů ve vývoji, které souvisí s problematickou závislostí, je nutné zmínit se potřebě klientů využívat vztahu se (zdánlivě) omnipotentní osobou. Idealizace (zkreslené vnímání druhého a tendence přisuzovat mu větší míru potřebných a ceněných vlastností a popírat problematické) je ve vývoji dítěte přirozeným fenoménem. Děti si idealizují rodiče, pedagogy, významné (hrdinské) postavy v jejich životě. Idealizace je také znakem dramatického zamilování v dospělosti. Pro stručnost a zjednodušení lze říct toho: schopnost adekvátně vnímat druhé lidi (i sebe sama) bývá u závislých značně narušena. V léčbě se pak projevuje jejich kolísání mezi naprostou idealizací terapeutů (či terapeutických systémů, pracovišť, týmů atd.) i jejich totální devalvací. Pokud dokážeme vidět tyto jedince jako v této vývojové kompetenci narušené, můžeme jim nabídnout adekvátně vyvážený terapeutický přístup, který bude respektovat (ale i rozvíjet) jejich deficit a potřebu. Výzva pro léčbu v tomto ohledu může být následující: v určitém období léčby je idealizace terapeuta a instituce zřejmě vhodná a snad i nezbytná. Pokud však takový postoj klientů nadměrně sytí adekvátní potřebu terapeutů (být ceněn jako vševědoucí a všemocný), může se stát, že budou své klienty v takovém postoji udržovat příliš dlouho a ponechají je v iluzorním a infantilním stavu, kde se lidé dělí na dobré a zlé.

Specifická role závislosti v období dospívání

Vraťme se ještě k vývojovému období adolescence, ve kterém se nejčastěji objevují první pokusy o intoxikaci a rozvíjí se charakteristický životní styl pravidelného uživatele drog. Adolescent by měl pro úspěšné začlenění do společnosti druhých lidí splnit či zahájit zvládání řady tzv. vývojových úkolů[2]. Jde o osobnostní a vztahové kvality, jejichž budování předpokládá dostatečné zvládnutí předchozího duševního a fyzického vývoje – je svým způsobem revizí předchozích úkolů. Řešení těchto úkolů je úzce spojeno s příčinami užívání drog i rozvojem závislosti.

Na prvním místě je třeba zmínit identitu – úkol adolescence, který do popředí postavil Erikson (1958). V pozadí budování identity stojí chaos, který celý proces narušuje, inspiruje a umožňuje vznik nové kvality. Chaotická či difúzní identita typická pro slabé já bývá u závislých osobností obvyklá. Stereotyp závislosti s jednoduchým zaměřením na dosažení změny prožívání prostřednictvím chemické změny se pro dospívajícího může stát úlevným útočištěm a odpovědí na mnoho těžko řešitelných otázek a nejistot.

Dále by měl adolescent dokázat přijmout reálný obraz svého těla, ujasnit si svou sexuální preferenci a bez nadměrného studu realizovat své potřeby. Užívání drog v tom nabízí řadu úniků či náhradních řešení. Snižování psychických zábran může pomoci při sexuálním chování, stimulační funkce pervitinu navíc snižuje chuť k jídlu – vede k úbytku váhy, což ocení především

[1] Viz též Frouzová, kapitola 2/6, Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti.
[2] Viz též Kalina, kapitola 7/2, Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. O naplňování vývojových úkolů v souvislosti s procesem socializace viz Dvořák, kapitola 6/8, Sociální rehabilitace.

ti, kteří mají problémy s redukcí vyšší hmotnosti. Na druhé straně vede užívání drog k dočasnému řešení a autoagresivní vztah k vlastnímu tělu je pravým protikladem vývojového úkolu v tomto období.

Dospívající by v tomto věku měl také experimentovat a hledat v oblasti vytváření přátelských a partnerských vztahů. Cílem by mělo být nalezení stabilnější role mezi vrstevníky, prožití intimity partnerského vztahu a naplnění vzájemné potřeby idealizace v období zamilování. Nezbytné jsou také okamžiky ztrát vztahu, rozchodů a zklamání, které vystavují mladého člověka dalším zkouškám. I zde představují drogy „pomocný" prostředek – ať již pomáhají překonat rozpaky, nesmělost, pocit odlišnosti (marihuana, pervitin, extáze), anebo přinášejí introvertní slastný stav, kdy člověk vlastně nikoho nepotřebuje (opiáty). Svébytné subkultury uživatelů drog navíc přinášejí pocit sounáležitosti zasvěcených (my a ti druzí), který je pro dospívající velmi svůdný. Po delší drogové kariéře však samotní uživatelé popisují fatální devastaci většiny svých vztahů, které začnou být podřízeny potřebě zcela dominantní – potřebě získat drogu či peníze. V samotné psychoterapii v rámci léčby pak mnohdy musí pacienti své vztahy budovat znovu a na jiných principech se všemi obtížemi, kterým se předtím pomocí drog vyhýbali.

I další významné cíle dospívání, jako jsou: najít své místo ve společnosti, práci a postupně nalézat vyváženější vztah k rodičům (od závislosti přes nezávislost k vyrovnání a spolupráci), mohou být úzce provázány s funkcemi užívání drog. Pocit neúspěšnosti stejně jako nadměrně dlouho trvající role žáka či studenta vystavuje sebeúctu dospívajícího a mladého dospělého frustracím. Nadměrný negativismus, zřeknutí se odpovědnosti za vlastní rozvoj a vlastní tvořivou roli ve společnosti vedou k hledání alternativního chování či alternativní kultury a „alternativních" prožitků a „vědomí".

Ve vztahu k rodičům pak můžeme sledovat naprosté ustrnutí v závislosti na rodičích (převážně v závislosti materiální a sociální, ale i emoční) nebo vzájemný vztahový kolaps a vývojové uvíznutí. Sadomasochistický charakter vzájemných vztahů, plných pocitů viny, studu, hněvu a pomsty, pak udržuje bludný kruh závislosti tak, jak je znám u tzv. spoluzávislých (kodependentních) rodinných systémů[3].

Summary Developmental Factors of Addiction

The chapter concerns addictive behaviour in relation to the individual development. It is focused particularly on the moments and features of psychological development in childhood and adolescence, which may include critical or risk factors. With a certain simplification, the individual development can be seen as a way from a total dependence to a balance of autonomy and mature capacity to establish and maintain relationships to the others. In early childhood, an insufficient ability of the parents to meet the child's needs can correspond to an insufficient ability of the child to form relationships to the others and to cope with unpleasant affects. Both can be relevant for the later development of drug abuse or another psychic disorder. In the period of adolescence, drug taking may occur as a mean of substitution in the process of separation/individuation, together with a tendency to idealise or devalue the others (black-white perception).

Key words: adolescence – childhood – developmental factors – psycholgical development – separation/individuation

[3] O kodependenci viz též Kudrle, kapitola 2/3, Psychopatologie závislosti a kodependence; Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti; Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislého; Broža, kapitola 9/2, Děti a mladiství.

Literatura

■ Erikson E. H.: Identity and The Life Cycle. Psychological Issues. New York, International University Press, 1958

■ Hajný M., Klouček E., Stuchlík R.: Akta Y – Drogový problém vs rodina. Votobia, Olomouc, 1999

■ Hansen F.: Alcohol and drug abuse in family perspective – developmental consequences for children. Borgestadtklinniken Ed., Porsgrunn, 1991

■ Mentzos S.: Rozumíme sami sobě? Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 2000

■ Mikota V.: O ovlivňování duševních chorob. Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, Praha, 1995

■ Wurmser L.: Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. J.Am. Psychoanalytic. Assoc., 22, pp. 820 – 843, 1974

PhDr. Martin Hajný, Ph.D.

Narozen v roce 1963 v Praze. Vystudoval na UK speciální pedagogiku, později doktorát v klinické psychologii. Po výcviku ve skupinové terapii v rámci komunity SUR a výcviku v systemické rodinné terapii psychosomatických poruch pokračoval tréninkem v individuální psychoanalytické psychoterapii. Působil v centru RIAPS a jako vedoucí oddělení pro mladé závislé MOST (SMK – Klíčov, Praha 9). Nyní pracuje jako psychoterapeut v soukromé praxi, výcvikový terapeut, supervizor a překladatel.

Kontakt: Blanická 25, 120 00 Praha 2,
E-mail: martin@hajny.net

2/9 Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti

Martin Hajný

Klíčová slova: kodependence – konstelace rodiny – mezigenerační hranice – rodinné faktory – role – vzájemná závislost

Existuje nějaký určitý faktor nebo dokonce typická struktura rodiny závislého? Při průběžné práci se závislými si po určité době tuto otázku začne klást každý. Postupně si snad každý také projde fází, kdy považuje některý rys rodinného fungování, rodinnou roli nebo mechanismus za hlavního „původce" závislosti. Obvykle však také většina odborníků dojde k závěrům, které jsou v souladu se současným pojetím rodinné etiologie – rodinné prostředí závislých nelze jednoznačně charakterizovat a spíše než typickou rodinu závislého můžeme zobecňovat některé opakující se znaky, které se na rozvoji (spíše než na vzniku) závislosti podílejí[1].

Při výzkumech vztahů mezi závislými a jejich rodiči se objevily jak nadměrně angažované, přehnaně ochraňující tendence, tak i chladné a lhostejné postoje (Kaufman a Kaufman, 1979). Objevuje se i podíl pití alkoholu u otců závislých na heroinu. Stanton (1991) zjistil problémy s pitím rodičů u více než 80 % heroinistů. Mnoho závislých má ve své anamnéze nezpracovanou zkušenost s opuštěním nebo náhlou smrtí rodiče – obvykle otce. V rodinných historiích vidíme poměrně často nahromadění traumatizujících prvků: sebevraždy, psychická onemocnění, násilí, úmrtí, rozvody rodičů, chronické partnerské konflikty.

Pozorování a výzkumné závěry lze zobecnit do řady mechanismů či faktorů, , které jsou pro rodiny závislých charakteristické. Nejvýznamnější z nich zde uvádíme.

Nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte

Chování dítěte se utváří do značné míry v souladu s očekáváním či reakcemi (zpětnou vazbou) rodičů. Rovněž jistota – a sebejistota – dítěte roste s mírou pevné, nekolísající a dostatečné pozornosti rodičů, která je věkově adekvátní. Většina prací, které se zabývaly výzkumem rodinných vztahů závislých, vychází spíše z historických, anamnestických dat než z průběžného sledování většího počtu rodin v delším časovém období vývoje ještě nepoznamenaného závislostí. Zpětné usuzování může proto být zavádějící. Terapeutická a poradenská práce s rodinami však poskytuje poměrně reálný obraz o rodičovských postojích, schopnostech i nedostatcích. Jako udržující faktory, které brání změně směrem ke zdravějšímu rodinnému prostředí, můžeme považovat právě nedostatečnou pozornost k pozitivnímu chování dítěte a naopak nadměrnou pozornost a citlivost k chybě a selhání. Chyby a selhání však nevyvolávají jistou a očekávatelnou reakci – byť kritickou či trestající. Výchovné nebo korigující postupy se místo toho dějí nedůsledně, neprůhledně a mnohdy prostřednictvím výčitek, skrytě vnucovaných pocitů viny anebo vynucovaných nerealistických předsevzetí.

Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem

Z vlastní praxe i výzkumných prací (např. Stanton, 1991, Kooyman, 1993) známe opakující se strukturu rodinných vztahů závislých: nadměrně ochraňující a pečující matka a chladný, slabý či nepřítomný otec. Vztahy mezi synem a otcem bývají značně negativní, konfliktní či prázdné. Při posuzování a začleňování rodiny do takových či podobných schémat je vždy velmi důležité pozorovat možná zkreslení ze strany pozorovatele či terapeuta (situace, kdy se rodina obrací na instituci s žádostí o pomoc s problémy dítěte může být velmi specifická a rozložení vlivu a rolí může být za jiných okolností zcela jiné!). V každém případě však zmíněná konfigurace, je-li skutečně ve hře, jen prospívá jako udržující faktor. Závislý, který se při svém chování setkává jen s nedůslednou a přitom milující matkou, nezískává dostatečný kontakt s realitou. V případě dlouhodobé nepřítomnosti stenických, konkretizujících reakcí a disciplíny (kterou otcové často představují) může pak skutečně jít i o jeden z faktorů, které přispěly i ke vzniku závislosti.

Závislé ženy a dívky mívají častěji zkušenost se vztahem k úzkostné či z jiných důvodů značně kontrolující matce – zmiňován bývá i citelně chladný a racionální přístup matky k dceři. Obvykle jde o značně složitý vzorec – matka k sobě například od malička dceru poutá a využívá jako důvěrnici či spojence (což může malé holčičce velmi imponovat). Hrozící oddálení vyvolané

[1] Viz též Hajný, kapitola 2/8, Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti.

dospíváním dcery může pak vyvolat nečekaně silnou úzkost a tendenci uchovat vztah v původní podobě. Rovněž závislé matky či alkoholičky představují specifické riziko – pro dcery se pak stávají výrazným identifikačním vzorem, například zdrojem rezignace na uspokojení z ženské role nebo návodem k řešení citových problémů pomocí alkoholu či jiných látek.

Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi

Mezigenerační vztahy v rodinách závislých jsou předmětem pozornosti především autorů vycházejících z koncepce rodinné terapie. Stojí nicméně za pozornost, neboť představují významnou oblast, ve které probíhají kritické okamžiky vývoje k samostatnosti. Tradiční společnosti ve svých normách a kulturách věnují důslednému vymezení generací (a také mužských a ženských rolí) velkou pozornost. V současnosti není výjimkou, že si v ordinaci nejsme jisti, zda přichází otec s dcerou či partnerkou, starší sestra jedná v roli matky, tchyně vychází s manželem své dcery lépe než ona, děti radí rodičům v rozvodové situaci apod. Zdá se, že v rodinách závislých existuje větší podíl narušení transgeneračních hranic než jinde, jde však o závěr výzkumem těžko prokazatelný.

Spíše než naprosté záměny rolí se zdá být pravidlem, že v rodinách není jasně stanoveno, kdo má co dělat, co je čí starost a čím si kdo může být jistý. Dítě pak vyrůstá v dramatické nejistotě, kde se neustále mění jeho kompetence, svoboda i odpovědnost. Můžeme jen spekulovat o tom, že se to významně podobá tomu, jak se v praktickém životě projevuje nezralost a nejistota závislých. Extrémním narušením mezigeneračních hranic je sexuální zneužívání či incest. Následky tohoto traumatu velmi často vedou k problémům se sebeúctou a v partnerských vztazích, sebevražedným myšlenkám, poruchám tělového schématu a poruchám příjmu potravy. Cuskey (1979) uvádí, že až 90 % závislých žen v jeho výzkumu zažilo sexuální zneužití v rodině.

Skryté, nedostatečné či naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině

Zlost, vztek, agresivní reakce či prostá důsledná asertivita – v rodinách existují velice různé způsoby, jak s těmito přirozenými emocemi a afekty zacházet. Při zkoumání relapsů pacientů po absolvované léčbě hrají momenty související s agresivitou významnou roli, a to jak v situacích, kdy je dotyčný nucen snášet a vydržet hněvivou reakci někoho blízkého, tak v situacích, kdy má zvládat a vyjadřovat vlastní agresivní reakci. Rovněž v terapeutické práci s rodinami nalézáme důležitou polaritu: některé zlostné projevy jsou nadměrně potlačovány a jiné se objevují v nadměrné a neadekvátní míře. Můžeme se setkat s jakousi podobou rodinných her nebo skrytých úmluv, na jejichž základě se k sobě všichni chovají zdánlivě hezky a klidně, a své oprávněné výhrady či zlost úmyslně či nevědomě skrývají. Lidé si v takové situaci někdy představují, že spontánní výměna názorů a hádka povede ke katastrofě a vyslovení tragických pravd. Opačným příkladem je rodina, ve které se komunikace na jakékoliv téma stočí do bludné spirály, ve které se mísí dokazování typu „jak to bylo" s předpoklady „já vím co si myslíš" a generalizacemi „ve všem lžeš". Zvýšená hladina napětí, obava ze zneužití otevřené komunikace nebo pocit ohrožení v domácím prostředí vedou k různorodým nepříznivým důsledkům pro všechny členy rodiny. Pro uživatele drog jsou pak nepochybným udržujícím faktorem.

Závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu

Jde o zdánlivý paradox – může se projevovat například tak, že přílišná přetíženost rodičů v práci či partnerském konfliktu je vyvážena tím, že dítě se obrátí k úzkému kruhu party a většinu svých nálad začne řešit nejdříve kouřením marihuany a později třeba heroinem. Dokud se neztrácejí doma věci a ve škole se udržuje únosný prospěch, je vše navenek v pořádku – v rodině panuje dočasný setrvalý stav. Může se pak stát, že první rušivou změnou je pokus dítěte abstinovat, který vede k jeho větší podrážděnosti. Často se také setkáváme s významnou souvislostí – užívání se objevuje v době, kdy přichází první známky odpoutávání dítěte od rodiny. Užívání drog umožňuje zdánlivou samostatnost, ale vnitřně posiluje závislost dítěte na rodičích. Předpokládáme, že v některých rodinách může být závislé chování skutečně skrytě a mnohdy nevědomě udržováno ostatními blízkými – obvykle rodiči. Motivem takového zdánlivě paradoxního přístupu bývá úzkost ze skutečné separace dítěte a osamocení rodiče či rodičovského páru (syndrom prázdného hnízda) nebo obava z odkrytí do té doby neřešených problémů či prázdnoty v rodině.

Jeden či více závislých členů rodiny

Klinické zkušenosti i závěry empirických studií (Steinglass, 1981) se shodují v tom, že jedním z nesporných faktorů pro vznik a rozvoj závislosti u dítěte a další zhoršující jevy v rodině je závislost (v našich podmínkách alkoholová) dalšího člena rodiny (obvykle rodiče). Ukazuje se, že míra rizika narušení dítěte je úměrná tomu, jak závislost rodiče ovlivňuje chod rodiny, rodinné rituály a společně trávený čas. Zdánlivě paradoxní může být situace slušně fungující rodiny s otcem alkoholikem, jehož pití je přirozenou a mini-

málně destruktivní součástí systému rodiny – není výjimkou, že jeho abstinence může vyvolat řadu problematických procesů, jejichž součástí může být i rozvoj závislého chování dítěte. V tom se vyjevuje princip homeostázy, který znamená, že všechny prvky v systému rodiny mají svůj smysl, navzájem se vyvažují ve prospěch momentálního stavu a významná změna jednoho prvku může vyvolat řetězovou reakci v celém systému. Místo dobromyslného otce se tak může v rodině objevit nová postava vzteklého a věčně nespokojeného pedanta, což nepochybně ovlivní celkový rodinný život. A stejným způsobem můžeme hledat význam závislého chování dítěte pro homeostázu rodinných vztahů. Tomu se však budu věnovat podrobněji v další části.

Předpokládáme, že rizikový vliv závislého člena rodiny na dítě spočívá mimo jiné v tom, že se může stát modelem (je zřejmé, že se mu takto „daří" zlepšovat si náladu a dodávat odvahu nebo zklidnit se). Nečekané reakce měnícího se rodiče (v souladu s jeho momentální stavem střízlivosti či intoxikace) mohou dítě značně a dlouhodobě znejistit. Plačtivé nálady, nenaplněná předsevzetí a odevzdanost závislého rodiče narušují proces žádoucí idealizace[2], identifikace dítěte s rodičem, zklamávají jeho očekávání a přispívají k rezignovanému životnímu postoji. Typické popírání závislosti ze strany rodiče vede k hlubokému narušení důvěry a hromadění bezmocného vzteku. Problematické jsou i důsledky chování druhého rodiče, který je vůči evidentním problémům svého partnera raději slepý anebo řešení donekonečna odkládá.

Kodependence

Určitou souvislost s koncepcí homeostáze nebo systémového přístupu k chápání rodiny lze vidět v modelu kodependence[3]. Podle něj jde o určitý vzorec osobnostních rysů, který lze předpokládat u většiny členů rodiny se závislým členem. Mezi jeho znaky uvádí Cermak (1986) například: přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb druhého na úkor vlastních, zkreslování hranic mezi generacemi a rolemi v rodině, tendence kontrolovat druhé i na úkor vlastní sebeúcty atd. Podle tohoto modelu se tedy předpokládá, že členové takové rodiny se chovají tak, že drogovou závislost *umožňují*. Jejich chování užívání drog usnadňuje, provokuje k němu anebo se vyhýbají strategiím, které by jej korigovalo například stanovením určitých hranic.

Co by však bylo motivem takového „umožňování"? Odpověď nám poskytuje spíš klinický materiál a terapeutické hypotézy: často zmiňovaný (a rodinami popíraný) motiv směřuje k zakrytí a odvedení pozornosti od vážného a neřešeného partnerského konfliktu. Uživatel drogy je pak středem pozornosti, péče, kontroly a hněvu všech zúčastněných.

V literatuře se již dlouho objevují více či méně opodstatněné závěry, které předpokládají zvláštní význam chování a vztahování se matky. Předpokládá se, že matka závislého jej od dětství nadměrně chránila a zahrnovala projevy lásky a přitom stála mezi ním a otcem, který byl necitlivý či rozporuplný (Simmel, 1948). Jak trvalý nedostatek, tak i trvalý přebytek láskyplné pozornosti rodičů v dětství závislého člověka představují předpoklady, které nás při chápání etiologie mohou vést do slepé uličky. Ani maximální přijetí ani tvrdý racionální přístup nejsou proto namístě ani jako převažující postoje v terapii.

V souvislosti kodependencí je důležité uvést významnou souvislost mezi obdobím, kdy většina uživatelů začíná s drogami experimentovat a užívat, a stádiem rodiny, které bývá nezřídka také dobou, kdy rodiče vnímají první signály nadcházejícího období nazývaného jako období „prázdného hnízda". Tato přirozená vývojová krize rodiny a především partnerského vztahu může nabývat patologických kvalit, které se pak podílejí i na vztazích s dětmi. Obvykle pak můžeme pozorovat snahu některých rodičů nepřímo udržovat své děti nekompetentní, svázané pocity viny. Rodičovský pár (nebo rozvedený rodič) může tak na hrozící separaci dítěte reagovat tak, aby byl zachován status quo. To platí především tam, kde dítě hraje významnou roli nositele problémů, která například rodičům umožňuje nezabývat se chronickým partnerským nesouladem, nebo tam, kde dítě zprostředkovává komunikaci mezi rodiči, a případně i tam, kde se dítě stalo „náhradním partnerem" jednoho z rodičů[4].

Užívání drog dítětem pak nabývá řady funkcí, které s podobnými vztahovými a komunikačními procesy

[2] Idealizace je přirozená součást procesu identifikace s rodičem (ale i součástí jiných, například partnerských vztahů). Vnímání problematických či frustrujících vlastností druhého je dítětem potlačeno, zatímco dobré bývají nadhodnoceny. V určitém životním období je to nutné, protože psychika dítěte by nemohla unést celou složitost osobnosti dospělého. Takový vztah pomáhá překonávat zátěže vnějšího světa a budovat vlastní osobnost prostřednictvím zvnitřnění určitých rysů, vlastností a chování. Další vývojová období pak idealizaci rodiče vystaví tvrdým zkouškám, na jejichž základě se buduje zralejší a realističtější hodnocení a vzájemný vztah.

[3] Viz též Kudrle, kapitola 2/3, Psychopatologie závislosti a kodependence; Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislého; Broža, kapitola 9/2, Děti a mladiství.

[4] Viz též Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou.

souvisejí: někteří uživatelé drog pak jako by využívali účinků drogy a drogového životního stylu k falešné separaci od rodiny a konečně říkají a jednají ve snaze se odpoutat. Jiným droga „pomáhá" setrvat v těžké a nehybné atmosféře domova. Někteří rodiče se tak dostávají do role „věčných rodičů", kteří žijí ve stálých obavách o zdraví, život a osud svého například již pětatřicetiletého dítěte. V těchto rodinách lze zaznamenat v historii traumatické epizody separací, nedostatek vzájemné podpory mezi rodiči či prarodiči, narušování mezigeneračních hranic a vměšování prarodičů apod.

Klasifikace závislosti ve vztahu k rodinnému prostředí

Zajímavá je klasifikace Cancriniho (1985), který dává do souvislosti typ závislosti a rodinnou strukturu. Rozlišuje závislost na traumatickou, neurotickou, přechodnou a sociopatickou.

Závislost traumatického typu je obvykle náhlou reakcí na trauma, ztrátu, konflikt a pocity úzkosti, zlosti či paniky, které s ní souvisí. Rodinnými faktory v tomto případě jsou: zneužití, úmrtí, nezvládnutý odchod jednoho z rodičů, násilí, onemocnění, psychická porucha v rodině apod[5].

Druhým typem závislosti je *neurotická závislost*: vyvíjí se v rodině s nahromaděným napětím, neřešenými vztahovými problémy, špatně či slabě vymezenými hranicemi mezi generacemi, zdůrazňováním rozdílů mezi „dobrým" a „špatným" dítětem a partnerskými obtížemi. Tento typ se vyskytuje nejčastěji.

Třetí kategorie – *přechodová závislost* – odpovídá těm osobnostním rysům závislých, které jsou popisovány jako hraniční. Patří k nim nestálost v osobních vztazích, epizodické úniky do fantazijního či zcela psychotického prožívání a myšlení, jiné vážné aspekty psychiatrické komorbidity apod. V rodinách se může vyskytovat také psychiatrická zátěž nebo těžké trauma, které nebylo dostatečně otevřeně a emočně zvládnuto. Jak závislí, tak někdy i jejich rodiče mohou tíhnout k podivným životním zájmům či aktivitám (sekty, esoterické vědy, holotropní dýchání a podobně).

Sociopatická závislost je charakteristická tím, že závislý obvykle prošel rodinou, kde figurovala lhostejnost, fyzické násilí, kriminalita či zneužívání, nebo vyrůstal v instituci. Závislý vykazuje vysokou míru asociálního jednání a nemívá jasné chvíle, kdy by připouštěl vlastní vinu nebo odpovědnost. Užívání drog není primárním zdrojem jeho dalších obtíží – spíše tvoří další část nebo jen doplněk jeho celkového problémového chování.

Závěrem je třeba zdůraznit, že pro léčebnou a poradenskou praxi je užitečné věnovat více pozornosti udržujícím faktorům, které vedou k rozvoji a pokračování závislého chování, než příčinným souvislostem. Kromě zmíněných faktorů můžeme ještě zmínit v bodech další:

– Shovívavý postoj rodiny k užívání či jinému závislému chování
– Nedůsledný, opakovaně odpouštějící a vždy zachraňující postoj
– Tabuizovaná témata či problémy, které se dlouhodobě neřeší – což může být nevěra, těžká nemoc, duševní nemoc, hluboký partnerský rozkol a podobně
– Závislé chování členů rodiny dalšího druhu (gambling, alkoholismus, porucha příjmu potravy)
– Přetrvávající tendence rodičů brát si odpovědnost za dítě a řešit za něj problémy či praktické věci

Podrobnější rozbor rodinných faktorů a rodinného prostředí ve vztahu k drogám lze najít v dalších publikacích (Rieger, 1997, Hajný, 2001, Rotgers, 1999)[6].

Summary

Family Factors in the Development of Addiction

Many experts put a question, whether there exists a family factor or a structure typical for the family with an addict member, and they try to point out particular features of family functioning, a particular family role or mechanism as a "cause" of addiction. However most of research-based views do not confirm it. More than a "typical family of an addict" we can generalise some repeated features which may be relevant for the development and maintaining addictive patterns. The chapter presents them as follows: a) insufficient attention of parents to the child or their problematic response to the child behaviour, b) disturbance of the parent-child relationship, c) chaotic or poorly defined inter-generational boundaries, d) hidden, poor or excessive expressed anger in the family, etc. Addiction may play in the family a role of a stabilising element. The chapter also deals with the situation of "more addicts in one family" and codependence, and it defines some characteristics of family behaviour that are practically important in family counselling.

Key words: co-dependence – family constellation – family factors – inter-generational boundaries – roles

Literatura

■ Cancrini L., Constantini D., Mazzoni S., Cingolani S., Compagnoni F.: Juvenile drug addiction. A study on typology of addicts and their families. In: Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities, pp. 59 – 68. Walden House, San Francisco, Cal., 1985

■ Cermak T.: Treating multiple substance abuse clients. Recent Developments in Alcoholism, 1986, 4:85 – 103

■ Cuskey W. R., Richardson A., Berger L. H.: Specialized therapeutic community program for female addicts. In: NIDA, Serv. Research Rep., DHEW No. (ADM) 79 – 880. US Government Printing Office, Washington D.C., 1979

■ Hajný M.: O rodičích, dětech a drogách. Grada, Praha 2001

■ Kaufman E., Kaufman P.: Multiple family therapy with drug abusers. In: Kaufman E., Kaufman P. (eds.): Family therapy of drug and alcohol abuse. Gardner Press, N.Y., 1979, pp. 81 – 94

■ Kooyman M.: Therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment success. Swets a Zeitlinger B.V., Amsterdam, 1993

■ Rieger Z.: Ostrov rodiny. Konfrontace, Hradec Králové, 1997

■ Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publ., Praha 1999

■ Simmel G.: Alcoholism and addiction. Psychoanal. Q., 1948, 17:6 – 19

■ Stanton S.: Some overlooked aspects of the maily and drug abuse. In: Ellis B. E.(ed.): Drug abuse from the family perspective: coping in a family. US Government Printing Office, Washington, D.C., 1991

■ Steinglass J.: Alcoholic family at home. Patterns of interaction in dry, wet and transitional stages of alcoholism. Archives of General Psychiatry, 1981, 38:578 – 584

PhDr. Martin Hajný, Ph.D. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 2/8.

2/10 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci

Stanislav Kudrle

Klíčová slova: AA – bio-psycho-socio-spirituální model – léčba – prevence primární, sekundární, terciární – sociální práce

Úvod

Vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje v základě fakt, že jako živé bytosti se apriori s tématem závislosti konfrontujeme od prvních chvil života. Vyvíjíme se v absolutní závislosti na organismu matky v jejím lůně a nebyli bychom se schopni rozvinout v moudré lidské bytosti *homo sapiens*, kdyby ihned po narození nebyla k dispozici dost citlivá péče dospělé blízké bytosti. Stejně tak jsme závislí na spoustě dalších okolností a faktorů, které neumíme ani ovlivňovat, jako je vzduch, voda, sluneční energie, zemská přitažlivost, nebo se o to nějak pokoušíme, jako je to u závislosti na podpoře nebo dokonce mínění druhých.

V prvotních fázích naší existence je tedy naše vědomí vlastního já (Self) formováno prožitky splynutí, spojitosti, jednoty se Vším, co je. Míru závislosti podtrhuje na biologické úrovni fakt, že přestože jsme jedincem již v lůně mateřském, je řada životně důležitých funkcí přímo obstarávaná matkou. I po narození je nezbytné vytváření zástupného lůna citlivou péčí, bez které by sotva porozený život skončil.

Na úrovni psychologické, sociální a spirituální se Já dítěte vyvíjí v intimní symbióze s matkou, tedy za absence jiného kontextu, jiného světa. Já a matka Jedno jsme, jsme Vše, co je. Na spirituální úrovni patrně není diferencovaný ani prožitek Já a matka, ale daleko spíše Já se identifikuje se Vším, co je. Chybí prožitek separace, v ideálním případě se plod vyvíjí za absence rušivých elementů, které by informovaly o dualitě a protikladech vnějšího světa.

Záhy však, v okamžiku porodu, začínáme svojí neodbytnou cestu za samostatností, nebo snad zdánlivou samostatností. Zejména pak v období puberty je tento apel zvláště silný: *hledáme cestu od závislosti k nezávislosti*. Napětí, které v dimenzi závislost vs. nezávislost prožíváme, je zároveň součástí vývoje nás všech, celé společnosti. Je hnací silou, je jedním ze základních životních dilemat. Někdy zůstane nezávislost pomyslným životním cílem, když dospěje do své karikované formy, kdy probojovávaná nezávislost končí jinou závislostí, např. na návykových látkách.

Kořeny závislosti

Jestliže hledáme hlubší kořeny vzniku závislosti a zkoumáme, co život vlastně je, zjišťujeme, že žijeme život ve světě protikladů – zrození a smrt, světlo a temnota, radost a žal, štěstí a utrpení, láska a nenávist apod. Vztah těchto dualit je antagonistický, vyvolává napětí, je zdrojem neklidu, tužeb a hledání, je zodpovědný za základní dynamiku vývoje vůbec.

V onom hledání obvykle nacházíme hlubší motivace a potřeby:

1) potřebu vyhnout se bolesti či nalézt zklidnění, ulevit si od bolesti fyzické i duševní, na individuální či na kolektivní úrovni. Patří sem i bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, bolest z pocitů odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení,

2) potřebu cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti,

3) potřebu transcendence utrpení v zážitku splynutí a/nebo sebepřekročení, jednoty se sebou samým a s druhými, jednoty s Bohem a podobně.

Tyto tři vektory jsou hluboce založeny. Jsou zčásti nevědomé, zčásti s uvědomovaným a reflektovaným dopadem. Mají i svojí biologickou komponentu a sílu instinktu. Všechny tři nacházejí i své korespondující drogy, které umocňují tyto prožitky.

1) Opioidy: látky tlumící bolest

2) Stimulancia: látky přinášející slast a euforii

3) Psychedelika: (složenina slov psyché=duše a delein=zjevovat): látky zjevující cosi z nejhlubších úrovní lidské psychiky

Při vytváření programů primární prevence, sekundární prevence (aktivní léčba) a terciární prevence (prevence škod, sociální služba) bychom vždy měli reflektovat úvodní premisu. To znamená respektovat „přirozené" zákonitosti vývoje závislosti na návykových látkách a programy volit jako jakési možné „výhybky" v patologickém vývoji.

Úroveň primární prevence
Primární prevence má programově podporovat zrání jedince, aby co nejbezpečněji prošel cestou hledání vlastní identity. Má rozvíjet jednotlivé předpoklady bio-psycho-sociálně-spirituálního celku.

Biologický předpoklad
Sem patří například starost o výživu, o fyzické zdraví, včasná léčba nemocí, prevence úrazů, účinná rehabilitace fyzických handicapů. V mnoha případech vidíme, že návykové látky jsou zprvu užívány jako analgetika pro chronickou a špatně léčenou bolest, že zranění mladého sportovce bez adekvátní celostní rehabilitace a náhlá ztráta „cíle" bývá spouštěčem únikového braní. Nerozpoznané poruchy příjmu potravy, například obezita, jsou redukovány pomocí amfetaminů.

Psychologický předpoklad
Nejčastější faktory stojící u počátku abusu návykových látek jsou prožitky nudy, zvědavost na mimořádné prožitky, absence vlastního programu, narušené hranice, nízké sebehodnocení. Uživatelům drog často chybí zaujetí pro pěstování diferencovaných potřeb a zájmů. Jedinec není veden k samostatnosti, a tak si samostatnost prosazuje v oblastech, kam za ním rodiče nemohou – ve změněných stavech vědomí. Primární prevencí je pak učení se intimitě ve vztazích, otevřené komunikaci a sdílení hodnot s druhými. Učení se asertivitě, hranicím, tvorbě vlastních „programových struktur" a zvládání volného času.

Sociální předpoklad
Časté rizikové faktory abusu jsou pocity vyčlenění z komunity lidí, inferiorní sociální status, rasová odlišnost, touha identifikovat se se silnější skupinou. K primární prevenci proti patří starost o sociální integritu, péče o minority, o sociálně potřebné. Starost o to, jak my dospělí předáváme dětem obraz dospělosti. Rozvoj prosociálního chování, komunitního cítění, dobrovolnosti a dobročinnosti, soucítění s druhými.

Spirituální předpoklad
Rizikovým faktorem abusu drog v této oblasti bývá absence smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority. Nevyvážené zaměření k materiálním ziskům, ale i rozčarování nad pomíjivým uspokojením, které přinášejí. Iluzivní štěstí v dopřávaném si maximu požitků. Nerozvíjená introspekce a naslouchání vnitřnímu Já. Nerozvíjení pokory, smyslu pro zázrak, mýtické a mytologické poznání světa, absence posvátných rituálů typu iniciačních a přechodových rituálů.

Často rozpoznáváme na počátcích abusu absenci signifikantních autorit, které jsou nahrazeny autoritami disponujícími namísto síly hrubostí, namísto vnitřní krásy vnějšími dekoracemi, namísto mentální síly arogancí. Chybějící rituály jsou nahrazeny rituály gangů ulice, mazáckou, nebo internátní „vojnou". Momentální uspokojování se stává základním motivem života. Poživačnost, intenzita a bezodkladnost těchto potřeb je forsírovaná klipovou rychlostí současného života „in".

Programy primární prevence by měly zohlednit tyto premisy a svojí náplní a programem korigovat pociťované nedostatky. Případně by měly nabízet jinou alternativu, „výhybku" těm, kteří již „jedou".

V podobném duchu hledáme předpoklady i pro terapii, či resocializaci, neboť úzdrava není možná bez komplexní změny v člověku, pro kterou jsme předpoklady uvedli již v předchozích řádcích.

Úroveň sekundární prevence
Léčba je:
– zastavením
– odpoutáním od prostředí, které mi umožňovalo žít závislým způsobem života
– detoxifikací v širším smyslu slova (substance, vztahy, prostředí, návyky)
– pohledem zpět na uplynulé životní události
– konfrontací s tím, co mě poškozovalo a zraňovalo
– konfrontací s tím, co já jsem poškodil, nebo koho jsem zranil
– rozpoznáváním, pochopením a přijetím odpovědnosti za svůj život
– vytvářením si náhledu na souvislosti abusu návykové látky a špatné životní strategie
– znovuobjevováním pocitů a emocí a učením se jejich adekvátnímu vyjadřování a vlastnění pocitů (namísto projekce)
– možností uvědomit si reálné vztahy a vazby ke svému okolí (rodina, přátelé, pracoviště)
– hledáním smyslu života, životních hodnot
– hledáním vztahu k nějakému vyššímu ideálu, principu, k pravému Já
– hledáním nástrojů k provádění změn a jejich udržení v každodenním životě
– upevňováním hodnot souvisejících s nabytou abstinencí

Principy, které jsou obvykle základem terapeutické práce, vycházejí z tzv. komunitního uspořádání a z převažujícího stylu práce formou skupinové psychoterapie:

– Nejsem sám, mohu sdílet spolu s ostatními svá zoufalství a své naděje.
– Jsem otevřený a sdílím své pocity z toho, co prožívám.
– Žiji v realitě, podle principu „tady a teď".
– Mám právo se vyjadřovat k čemukoliv, co se děje v komunitě. „Když vidím to a to, prožívám, nebo cítím to a to…"
– Pečuji o sebe i o druhé, není mi lhostejné, když někdo porušuje pravidla, protože to pak snižuje pocit bezpečí pro všechny, včetně pro mě.
– Čím více jsem schopen aktivně se skupině otevřít (dát), tím více dostanu zpět (brát).
– Přijímám ochotně zpětnou vazbu od ostatních, byť by vyvolávala nepříjemné pocity a jsem za ni vděčný.
– Podporuji každého svojí pozorností a vstřícností.
– Respektuji důvěrnost sděleného na skupinách a s nikým mimo komunitu o těchto věcech nemluvím.
– Otevřeným a pravdivým vyjadřováním posiluji své sebevědomí a pocit sebejistoty.
– Pracuji pilně a samostatně v každodenním rozjímání a v práci s deníkem.
– O nově objevované poznání se dělím na skupinách.

Léčba se ve standardním léčebném uspořádání vždy rovněž zaměřuje na předpoklady biologické, psychologické, sociální a spirituální.

Biologické předpoklady
Sem patří léčba medicínsky ovlivnitelných nemocí, které: 1) otevřely cestu k abusu, jak tomu bývá například u abusu analgetik a trankvilizérů u algických syndromů nejrůznější povahy nebo u abusu stimulancií při léčeném bronchiálním astmatu, 2) dále udržují abusus, jako to vidíme při opakujících se relapsech pro somatické komplikace odvykacích stavů.

Psychologické předpoklady
Obvykle se zajímáme o celou biografii klienta, v anamnéze se stopují souvislosti mezi psychologickými problémy jedince a rozvojem abusu, identifikuje se období, kdy návykový abusus, závislost sama počala vytvářet psychologické problémy a celý systém se stal sebeudržujícím. Pracuje se na tzv. náhledu těchto souvislostí a na získání odpovědnosti za svoje chování. Léčebné prostředky, které jsou z oblasti psychoterapie k dispozici, souvisejí nejčastěji s typem odborného výcviku terapeutického personálu. Jednotlivé psychoterapeutické techniky tým implementuje do sytému terapeutické komunity a skupinové psychoterapie. Ta může mít orientaci od kognitivně behaviorálního zaměření přes psychodynamické postupy až po transpersonálně orientovanou psychoterapii.

Sociální předpoklady
Jsou v léčbě reflektovány na úrovni sociální práce a výrazně ovlivňují prognózu výsledků léčby a dalšího uplatnění klienta. Patří sem pomoc při hledání zaměstnání, v kontaktu s úřady či zdravotními pojišťovnami apod.

Spirituální předpoklady
Jsou reflektovány v léčebných systémech, které jsou například založeny na filosofii Anonymních alkoholiků, anebo přejímají z těchto programů *Program 12. kroků a 12. tradic* jako jakousi páteř léčebné filosofie. Dále jsou to programy, které považují univerzální spiritualitu za primární dimenzi lidské existence. Zaměřují se na aspekty životního smyslu nebo údělu, na aspekty víry v Boha, lidské sounáležitosti a soucítění, pokory a respektu k tomu, co přesahuje individuální Já. Jsou to programy, které vycházejí z jungiánských tradic nebo z transpersonální psychologie, případně programy na religiózní bázi reprezentované například hnutím Teen Chalenge.

Pokud má léčba přesáhnout za pouhou stabilizaci abusu návykových látek, tzn. aspirovat na komplexní úzdravu jedince, pak musí obsahovat nástroje, metodiky, techniky, které působí na všech čtyřech úrovních. Velkou důležitost vidíme v pochopení významu změněných stavů vědomí. Mohou být indukovány účinkem psychotropních látek v samém počátku vývoje závislosti. Dopad těchto zkušeností je v širokém rozsahu od pozitivních ovlivnění až po destruktivní a násilné. Podle našich zkušeností je terapeutické využití změněných stavů vědomí na nedrogové bázi také nejmocnějším nástrojem vedoucím k podpoře úzdravy na konci tohoto vývoje. Využití meditačních technik, holotropního dýchání, jógických cvičení, transovních rituálů a terapeutického využití některých psychedelických látek je velkou podporou úzdravného procesu.

Úroveň terciární prevence
Pod pojmem terciární prevence rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. V tomto smyslu je terciární prevencí: 1) resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog, 2) intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnuti užívání zanechat, souborně zvané Harm Reduction – zaměřují se především na snížení zdravotních rizik, zejména přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog (Glosář, 2001, heslo TERCIÁRNÍ PREVENCE).

Terciární prevence využívá zejména přístupů z *úrovně sociální*. Ty mívají podobu konkrétní pomoci uživatelům drog na úrovni chráněného zaměstnání, zdravotního pojištění, chráněného bydlení, právního poradenství apod.

Dále tento přístup zlepšuje *biologické předpoklady* elementární péčí o zdraví uživatelů drog. Jde zejména o předcházení vážným přenosným onemocněním díky výměnným programům jehel a stříkaček. Poskytováním informací o možných komplikacích typu abscesů, flebitid a trombóz žilního systému, včetně léčby těchto komplikací u postižených jedinců se významně zlepšuje zdravotní stav ohrožené populace.

Psychologickou pomocí je komplex doléčovacích aktivit, individuální a skupinové poradenství, motivační trénink, prevence relapsu, rodinné poradenství a edukace rodiny. Za významnou považujeme i psychologickou podporu v terminálních fázích vývoje závislosti, kdy medicínská pomoc již selhává, nebo není jedincem akceptovaná.

Zvláštní úlohu pak vidíme v pomoci nemocným s terminálním vývojem choroby AIDS a umírajícím. V tomto aspektu se propojuje psychologická pomoc s *dimenzí spirituální*, jejíž snahou je najít smíření s fyzickou smrtí.

Summary Implication of the Bio-psycho-socio-spiritual Model of Addiction to Primary, Secondary and Tertiary Prevention

The chapter presents the impulses and implications coming from the bio-psycho-socio-spiritual model of addiction (see Chapter 2/1) for primary, secondary and tertiary prevention. In the field of primary prevention, it emphasises mainly the aspects of physical and mental development, creative work against boredom and other kind of suffering. Support to personal growth, community feeling and the development of spiritually based rituals are mentioned. In the field of secondary prevention, basic principles of therapy are presented with regard to the ideas of non-harming medical therapy, which would not cause or keep the addictive pattern and ideas of the psycho-social support. Spiritual aspects in therapy are confirmed by complementary impact of the so-called self help groups, such as AA, NA, Teen Challenge. The tertiary prevention brings the ideas of a comprehensive Harm Reduction strategy which consists of all model aspects and which also can have a special meaning in the late stadium of dying addicts (and AIDS patients) in guiding them to death.

Key words: AA – bio-psycho-socio-spiritual model – prevention primary, secondary, tertiary – social work – treatment

Literatura

■ AA: Anonyme Alkoholiker Deutsche Sprache. AA World Services INC., New York, 1983

■ Achtenberg J.: Imagery in Healing. New Science Library. Shambhala, London. 1985

■ Beattie M.: Codependent No more. A Harper/Hazelden Book. Harper&Row Publishers, San Francisco, 1987 (česky: Přestaňte být závislí. Pragma, Praha, 1999)

■ Bradshaw J: Návrat domů. Gardenia Publishers, Bratislava, 1990

■ Glosář – Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. FILIA NOVA, Praha, 2001

■ Grofová Ch.: Žízeň po celistvosti. Chvojkovo nakladetelství, Praha, 1998

■ Grof S.: LSD Psychotherapy. Hunter House, Alameda, CA. 1980

■ Houston J.: The Possible Human. J. P. Tarcher, Los Angeles, 1982

■ Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996

■ Rotgers F.: Léčba drogových závislostí. GRADA Publishing, Praha 1999

■ Sparks T.: The Wide Open Door. A Harper/Hazelden Book. Harper & Row Publishers, San Francisco, 1993

■ Walsh R.N.: The Spirit Of Shamanism. J.P.Tarcher, Los Angeles. 1990

■ Weil A.: Chocolate to Morphine. Houghton Mifflin Co., Boston, 1983

■ Weil A.: Cesty ke zdraví. Nakladatelství J.A.M. Praha, 1991

MUDr. Stanislav Kudrle – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/9.

3 Rozdělení a účinky návykových látek

3/1 Petr Popov: Alkohol
3/2 Jakub Minařík: Opioidy a opiáty
3/3 Jakub Minařík: Stimulancia
3/4 Michal Miovský: Halucinogenní drogy
3/5 Michal Miovský: Konopné drogy
3/6 David Bayer: Analgetika, sedativa a trankvilizéry
3/7 Karel Hampl: Léky vyvolávající závislost
3/8 Karel Hampl: Těkavé látky
3/9 Jakub Minařík, Tomáš Páleníček: MDMA a jiné drogy „technoscény"
3/10 Eva Králíková: Tabák a závislost na tabáku

3/1 Alkohol Petr Popov

Klíčová slova: abstinence – acamprosat – alkoholizmus – Antabus – ebrieta – delirium tremens

Charakteristika a rozšíření

Alkohol (chemicky *etylalkohol*, etanol C2H5 -OH) vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů – buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Alkoholy tvoří celou skupinu látek, z nichž etylalkohol, druhý nejjednodušší, převzal jako nejznámější jméno celé skupiny. Při nedokonalých chemických procesech (např. při domácí výrobě destilátů) vzniká směs etylalkoholu s nejnižším alkoholem, *metylalkoholem* (metanol), který je silným nervovým jedem se selektivním působením na oční nerv (působí oslepnutí) a vede k metabolickému rozvratu vyvoláním acidózy. Charakteristiku nervového jedu a schopnost vyvolat acidózu má i etylalkohol, i když v nižší míře.

Etylalkohol (dále zde již jen „alkohol") byl ve formě alkoholických nápojů vyráběn a používán v dobách historických civilizací, jak o tom svědčí četné archeologické nálezy – někdy jako látka zvláštního významu při náboženských obřadech, později stále častěji jako nápoj. Staré jsou též zprávy o léčebném používání alkoholu. I v současnosti se používá alkohol poměrně široce jak v oficiální (farmakologie), tak i v lidové medicíně. Patrně stejně dlouho jak je alkohol znám, však lidstvo provází i negativní následky nemírného požívání alkoholu.

Z historie naší země máme doklady o tom, že již v dávných dobách přinášela všeobecná obliba piva a medoviny řadu závažných problémů, které posléze vyvolaly dokonce potřebu mocenského řešení (první „protialkoholní zákon", který byl vyhlášen Břetislavem I. roku 1039, měl výrazně prohibiční charakter a uvádí přísné tresty pro opilce a pro krčmáře, kteří jim nalévají).

Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako „*alkoholismus*". Tento termín je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který jej poprvé použil v r. 1849. Teprve o sto let později (v r. 1951, díky WHO) však začal být alkoholismus oficiálně považován za medicínský problém. Přitom první definice pijáctví jako nemoci pochází již z roku 1784, jejím autorem byl americký lékař Benjamin Rush, který mj. sepsal též první učebnici psychiatrie v USA.

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, resp. alkoholických nápojů. V přepočtu na 100 %ní alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu téměř deseti litrů (!!!) na jednoho obyvatele za rok[1].

Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen. Při pravidelné konzumaci vyšších dávek (20 – 60 g) může docházet k řadě vážných zdravotních potíží. Přitom pravidelná denní konzumace alkoholu již v dávkách (přepočteno na 100 %ní alkohol) vyšších než 18 g u žen a 20 g u mužů sebou nese riziko návyku a posléze závislosti na alkoholu. V průmyslově vyspělých zemích představují lidé, závislí na alkoholu 30 – 40 % celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení.

Klasifikace poruch

Poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu jsou v MKN-10 uvedeny v oddílu F10. Z psychiatrického hlediska lze tyto poruchy rozčlenit do dvou základních skupin:

1) poruchy, které jsou způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém, ať již bezprostředně (intoxikace alkoholem), či jako následek chronického abusu alkoholu (odvykací stav, psychotická porucha, amnestický syndrom),

2) poruchy, které se projevují návykovým chováním, souvisejícím s abusem alkoholu (narušená kontrola užívání) a které mohou vyústit v závislost (ztráta kontroly užívání alkoholu, syndrom závislosti na alkoholu).

V odborné literatuře bývá dosud citována klasická *Jellinekova typologie* z r. 1940. Jellinek (verze z roku 1960, citováno podle Skála a spol., 1987) rozlišuje 5 typů abusu, respektive závislosti na alkoholu:

– Typ alfa: „problémové pití", abusus alkoholu, používaný jako „sebemedikace" k odstranění dysforie, potlačení tenze, úzkosti, či depresivních pocitů, často pití o samotě

– Typ beta: „společenské pití", příležitostný abusus, výrazně charakterizovaný sociokulturálně, častým pitím ve společnosti, charakteristickým následkem je somatické poškození

– Typ gama: (bývá označován jako „anglosaský typ", s preferenci

[1] V konzumaci piva jsme se spotřebou 160 litrů na jednoho obyvatele za rok dokonce na prvním místě celosvětových tabulek. V pěti zemích s nejvyšší spotřebou piva (ČR, SRN, Belgie, Lucembursko, Austrálie) žijí sice jen 4 % světové populace, vypijí však ročně téměř 1/3 světové produkce piva. Tato „světovots" však má pro občany ČR řadu negativních dopadů.

piva a destilátů) závislost na alkoholu, charakterizovaná poruchami kontroly pití, postupným zvyšováním tolerance k alkoholu, s typickou progresí konzumace, následovanou somatickým a psychickým poškozením, výrazněji bývá vyjádřena psychická závislost – Typ delta: (označovaný jako „románský typ", preferující víno) typická je chronická (denní) konzumace alkoholu, trvalé udržování „hladinky", bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly, výrazněji bývá vyjádřena somatická závislost s tělesným poškozením – Typ epsilon: epizodický abusus (dipsomanie, „kvartální pijáctví") s obdobími delší, občas úplné abstinence, nepříliš častá varianta závislosti, provázející někdy afektivní poruchy

V klinice je dodnes užíván Jellinekův popis vývoje závislosti na alkoholu ve čtyřech vývojových fázích, resp. stádiích: 1) počáteční – symptomatické, 2) varovné – prodromální, 3) rozhodné – kruciální, 4) konečné – terminální.

Účinky

Neurobiologický substrát vlivu alkoholu na psychické funkce je dán změnami, ke kterým dochází v metabolizmu neurotransmiterů (zejména dopaminu a noradrenalinu) v CNS. Při alkoholismu dochází útlumu dopaminergní, serotonergní a taurinergní aktivity. Dochází rovněž k potlačení inhibičního účinku kyseliny gama aminomáselné (GABA). Naopak zvýrazněna je aktivita glutamátu, zvyšuje se aktivita kalciových kanálů v neuronech a počet NMDA receptorů, dochází k hyperstimulaci cholinergního, noradrenergního a opioidového systému. Podkladem somatického poškození organismu při alkoholismu je zejména tkáňová aktivita acetaldehydu, vznikajícího při biodegradaci etylalkoholu.

Kvantitativní stanovení alkoholémie – množství alkoholu (etylalkoholu) v krvi, či v jiném biologickém materiálu – se v praxi provádí dvěma nezávislými standardizovanými metodami: 1) plynovou chromatografií 2) jinou alternativní metodou, např. Widmarkovou metodou (v modifikaci podle Weyricha), která však není zcela specifická. Pokud není k dispozici biologický materiál, provádí se někdy (nejčastěji z forenzních důvodů) zpětný výpočet extrapolací z hladin alkoholu ve známém čase. Metoda zpětného výpočtu hladiny alkoholu v krvi vychází z předpokladu konstantní rychlosti odbourávání alkoholu (kinetika nultého řádu). Tento předpoklad však někteří odborníci zpochybňují a metoda je považována pouze za orientační.

Psychoaktivní účinky alkoholu závisí zejména na množství (dále též na formě a způsobu užití) požitého alkoholického nápoje a mají komplexní charakter. Na výsledném bezprostředním efektu (projevech chování) se podílejí vedle biologických (osobní dispozice, kondice, zdravotní stav) také psychologické vlivy (anticipace účinku, očekávaný efekt) a vlivy sociální (působení prostředí, ve kterém dochází k pití, včetně působení společnosti, dalších osob).

Akutní intoxikace CNS alkoholem se projevuje většinou jako prostá (nekomplikovaná) opilost (ebrieta, ebrietas simplex). Při nižších dávkách a na začátku konzumace se působení alkoholu projevuje stimulačně. Dochází k psychomotorické excitaci s elací nálady, mnohomluvnosti, zvýšenému sebevědomí, posléze se objevuje snížení sebekritičnosti a zábran, agresivita. Při rychlé konzumaci vyšších dávek alkoholických nápojů (zejména nápojů s vyšším obsahem alkoholu) a při déle trvající nepřerušené konzumaci dochází k projevům hlavního efektu etylalkoholu na CNS, kterým je útlum. Objevuje se únava, somnolence, spánek, případně bezvědomí a smrt. Podle hladiny alkoholu v krvi, korelující v zásadě s množstvím vypitého alkoholu, se popisují čtyři stádia intoxikace alkoholem: 1) excitační stádium při alkoholémii do 1,5g/kg, vedoucí k lehké opilosti, 2) hypnotické stádium při hladinách v rozmezí 1,6g/kg až 2,0g/kg, korelující s opilostí středního stupně, 3) narkotické stádium s výraznými známkami opilosti při hladinách alkoholu vyšších než 2g/kg, 4) těžká alkoholová intoxikace s rizikem bezvědomí, zástavy dechu a oběhu (asfyktické stádium), při dávkách nad 3g/kg.

Škodlivé užívání je způsob užívání alkoholu, který vede k poškození zdraví, předcházející většinou několik let vlastní závislosti na alkoholu. Dochází k somatickému poškození, jehož známky mohou upozornit např. praktického lékaře, že jeho pacient má zdravotní potíže, způsobené chronickým abusem alkoholu (viz dále oddíl „Somatické komplikace"). Škodlivé užívání se může postupně vyvinout v závislost.

Závislost na alkoholu

Etiologie

Vznik závislosti na alkoholu velmi dobře popisuje „dispozičně-expoziční model": čím výrazněji se uplatňují faktory dispoziční (biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav, komorbidita aj.), tím menší podíl expozice je nutný a naopak, čím větší je expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace-množství, frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti. Vždy však jde o komplexní působení řady faktorů, které se spolupodílejí na vzniku a vývoji závislosti (biologické, psychosociální). Co se týče dědičnosti, existuje řada dokladů (rodinné studie, studie dvojčat, sledování adoptovaných dětí, aj.), potvrzujících význam dědičných vlivů, které se mohou více, či méně uplatnit. Naopak žádný výzkum nedokázal existenci specifické osobnostní struktury, zakládající vyšší pravděpodobnost vzniku závislosti, či dokonce determinující pro vývoj do závislosti na alkoholu.

Vývoj závislosti

Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně, typické pro vývoj závislosti jsou „postupné" změny („postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu", „postupná ztráta kontroly užívání alkoholu", „postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů"). Současně dochází (zpočátku většinou rovněž nenápadně) ke změnám v myšlení a chování, které se postupně mohou fixovat a způsobit osobnostní změny. Jedná se vlastně o adaptační mechanismus, kterým alkoholik reaguje na konflikty, vznikající při konfrontaci s realitou stále častějších a výraznějších problémů, vyvolaných jeho pitím. Tyto změny myšlení a z nich vycházejícího chování se označují jako „alkoholické obrany". Alkoholik jimi zpočátku zakrývá, později vysvětluje a obhajuje („racionalizuje") pití.

Příznakem *rozvinuté závislosti* bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu, následovaná výskytem odvykacích příznaků např. v podobě „ranních doušků" (resp. potřeby odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu vzápětí po probuzení) a poruchami paměti (tzv. „okénka"). Alkoholická „okénka" (palimpsesty) jsou typické výpadky paměti (akutní amnézie), při kterých si pacient nepamatuje, co dělal během intoxikace alkoholem. Pro vývoj tolerance na alkohol je charakteristické, že s rozvojem závislosti dochází zpočátku k jejímu zvyšování. Závislá osoba je tak schopna denně konzumovat značné množství alkoholu, přičemž se často nechová nápadně, takže nebudí pozornost, nepůsobí dojmem opilého člověka. Postupně však dochází naopak k výraznému snížení schopnosti rychle a účinně metabolizovat alkohol – snížení tolerance, při kterém i malé množství vypitého alkoholu vyvolá u postiženého rychle příznaky těžké opilosti. To je zvláště nápadné v kontrastu s množstvím alkoholu, konzumovaným v minulosti.

Odvykací stav

Alkoholový odvykací stav se objevuje u osob s anamnézou dlouhodobého a intenzivního abusu alkoholu. Dochází k němu během několika hodin až dní po ukončení (přerušení) konzumace alkoholu, či po výrazné redukci dávek pravidelně konzumovaného alkoholu. Maximální intenzita příznaků se většinou projeví druhý den po vysazení alkoholu. Charakteristickými projevy jsou třes rukou, event. celého těla, pocení, závratě, poruchy stability a koordinace pohybů, úzkost, psychomotorický neklid, přechodné vizuální, taktilní nebo sluchové halucinace nebo iluze, nauzea, či zvracení, bolesti hlavy, tachykardie nebo hypertenze, pocity slabosti, poruchy spánku. Pokud nedojde ke komplikacím, odeznívá odvykací stav obvykle během čtyř až pěti dnů. Některé příznaky (nespavost, vegetativní obtíže, úzkost) mohou přetrvávat ještě několik měsíců. Odvykací stav může být komplikován křečemi, případně epileptiformními záchvaty, může také progredovat do alkoholového odvykacího stavu s deliriem (deliria tremens). Delirium tremens je závážný, někdy život ohrožující stav s relativně vysokou mortalitou. (V některých případech se tento stav může objevit také v průběhu pijáckého excesu, pak bývá označován jako intoxikační delirium.) Projevuje se poruchami vědomí, kognitivních funkcí, vizuálními, taktilními, čichovými nebo sluchovými halucinacemi, bludy (často paranoidními), dezorientací, výrazným psychomotorickým neklidem, vegetativními poruchami (tachykardií, pocením), hrubým třesem („tremens"=třesoucí se), záchvaty křečí, s maximem potíží v noci, typická je inverze spánku. Stav je komplikován hypoglykémií, progredujícími poruchami rovnováhy elektrolytů s rizikem metabolického rozvratu, proto je nezbytné sledovat stav vnitřního prostředí, monitorovat vitální funkce a včas zahájit intenzívní léčbu.

Průběh a prognóza

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které postihuje pacienta kromě oblasti zdravotní postupně též v dalších důležitých oblastech jeho života. Pokud není závislý pacient adekvátně léčen, jeví jeho onemocnění sklon k progresi, v terminálním stádiu může dojít k depravaci s nutností trvalého umístění v psychiatrickém zařízení. Naopak při úspěšné léčbě dochází k úzdravě. Na rozdíl od závislostí na některých jiných návykových látkách, při kterých existuje možnost substituční léčby, u závislosti na alkoholu není možno dosáhnout kontrolovaného užívání (pití). *Abstinenc*e je základní podmínkou léčby závislosti na alkoholu. Pro tuto poruchu je charakteristická „nevratná" ztráta schopnosti kontrolovaně pít alkohol. Smysluplným a efektivním řešením jsou proto pouze léčebné strategie, vedoucí k abstinenci, která je předpokladem (prostředkem) ke zdravému životu. U velké části léčených pacientů nedochází k trvalé („doživotní") abstinenci po první léčbě. Tato skutečnost je často zdrojem terapeutického nihiliszmu a (mylného) dojmu, že léčba závislosti na alkoholu je všeobecně neúspěšná a tedy marná a zbytečná. Skutečností je naopak minimálně jednoroční úplná abstinence u 50 – 70 % absolventů odvykací léčby, po třech letech plně abstinuje 30 – 40 % pacientů. Kritériem úspěšnosti však není pouze trvalá abstinence, ale též maximální délka nepřerušené abstinence a celková doba abstinence, během které je pacient závislý na alkoholu stabilizován, bez potíží a schopen normálního života. Tohoto

významného zlepšení kvality života je možno léčbou dosáhnout u 40 – 50 % pacientů.

Komplikace a komorbidita

Somatické komplikace

Somatická poškození, zapříčiněná nadměrnou konzumací (škodlivým užíváním) alkoholu se mohou týkat prakticky všech částí (systémů) lidského organismu[2]. Příznaků somatického poškození, vyvolaného škodlivým užíváním alkoholu, je popsáno velké množství. Velmi často se vyskytují chronické potíže a známky poškození gastrointestinálního traktu (dysfagie, průjmy, gastritidy, jícnové varixy, hepatopatie). Zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater, rakoviny jícnu, žaludku a tenkého střeva, u pijáků piva je uváděn vyšší výskyt rakoviny rekta. Chronický abusus alkoholu může narušit endokrinní systém (pseudo-Cushingův syndrom), vést k poškození pankreatu, poruše sekrece inzulínu a podílet se na vzniku diabetu. Časté jsou též avitaminózy, poruchy krvetvorby, hemokoagulace a anémie. U mužů vede alkoholismus ke snížené sekreci testosteronu, poruchám sexuální funkce a k impotenci. U žen alkoholiček, které otěhotní, hrozí riziko poškození plodu, které se u dětí projeví růstovou retardací, postižením CNS a kraniofaciální dysmorfií (mikrocefalie, oční anomálie, krátké palpebrální štěrbiny, plochý kořen nosu, vymizelé filtrum, tenký horní ret, nízko položené uši). Soubor těchto příznaků se označuje jako *fetální alkoholový syndrom* (FAS), jsou-li přítomny pouze poruchy chování a intelektu bez jiných známek postižení, používá se termín fetální alkoholový efekt (FAE).

Při chronickém abusu alkoholu dochází k funkčnímu a posléze i k orgánovému poškození oběhového systému (systémová arteriální hypertenze, kardiomyopatie), obdobně je tomu při poškození nervového systému (alkoholické polyneuropatie, mozková atrofie, alkoholická epilepsie, syndrom deficitu thiaminu). Chronický nedostatek vitaminu B1 (thiaminu) u alkoholiků může vyústit v akutní, život ohrožující neurologický syndrom (Wernickeova encefalopatie), projevující se obrnou okohybných svalů, poruchami rovnováhy, ataxií, zmateností, apatií, event. delirantním stavem. Dýchací systém bývá u alkoholiků často poškozen jednak vzhledem k celkovému oslabení imunitního systému a též z důvodu chronického dráždění a toxickým působením tabákového kouře. Většina alkoholiků pravidelně kouří větší množství cigaret a navíc se často pohybuje v zakouřeném prostředí. Nepřekvapí proto častý výskyt bronchitid a vyšší výskyt bronchogenního karcinomu, nádorů v dutině ústní, močového měchýře a prostaty.

Při chronickém abusu alkoholu dochází také ke změnám hodnot pomocných laboratorních vyšetření – krevního obrazu (úbytek erytrocytů), zvýšené hodnoty MCV (mean corpuscular volume) bilirubinu a jaterních enzymů. Zvyšují se hodnoty ALT, AST, citlivým ukazatelem je zejména hodnota GMT. Vysoce specifické je vyšetření CDT – transferinu, jehož zvýšení nad normu svědčí téměř vždy o chronickém abusu alkoholu.

Psychické komplikace

Patologická intoxikace alkoholem se projevuje jako náhle vzniklá patická reakce na alkohol – *patická ebrieta*. Začíná záhy po vypití relativně malého množství alkoholu, které by u většiny lidí nezpůsobilo intoxikaci. Stav se projevuje kvalitativní poruchou vědomí s nepochopitelným jednáním, netypickým pro dotyčného jedince ve střízlivém stavu. Vyskytují se poruchy emocí (strach, masivní úzkost), poruchy vnímání (zrakové a sluchové halucinace) a poruchy myšlení (často s paranoidně perzekučními bludy). Často je přítomna těžká agresivita vůči okolí, která se projevuje jako nekontrolovatelný výbuch vzteku. Porucha trvá několik minut až několik hodin, většinou končí terminálním spánkem, po kterém je úplná, či ostrůvkovitá amnézie.

Psychotické poruchy vyvolané alkoholem *(alkoholické psychózy)* vznikají jako následek dlouhodobého, léta trvajícího chronického abusu. Řadí se sem alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická demence[3].

Alkoholická halucinóza je diagnostikována na základě trvalé přítomnosti halucinací, většinou sluchových a vizuálních, objevujících se po snížení množství konzumovaného alkoholu u osoby, závislé 10 a více let. Postihuje čtyřikrát častěji muže než ženy, vzácně přechází do chronické formy, připomínající schizofrenii.
Amnestický (amnezický) syndrom je sdružený s chronickým výrazným zhoršením krátkodobé paměti, při zachování bezprostřední paměti.

Komorbidita

Pacienti, závislí na alkoholu, mají často řadu psychic-

[2] Diagnóza závislosti na alkoholu je přitom právě na somatických odděleních často přehlížena. Podle zahraničních výzkumů (Německo) je závislost na alkoholu správně diagnostikována pouze u 50 % závislých pacientů interních oddělení, 20 % závislých pacientů chirurgických oddělení a pouze u 7 % pacientek závislých na alkoholu na gynekologických odděleních.

[3] Dříve byly mezi alkoholické psychózy zařazovány také patická ebrieta, delirium tremens, Korsakovova psychóza, alkoholická epilepsie a Wernickeova encefalopatie.

kých potíží, které z valné části odezní během několika týdnů poté, co začnou abstinovat. Vedle poruch spánku jsou nejčastěji zdrojem pacientových potíží při zahájení odvykací léčby *anxiózně-depresivní stavy*, které přetrvávají i po odeznění somatického odvykacího stavu. Většinou se stav upraví spontánně, či s krátkodobou podpůrnou farmakoterapií antidepresivy. Velmi často se však kombinuje závislost na alkoholu s jinou duševní poruchou sui generis, např. s afektivní poruchou (deprese). Jedná se tedy o souběh dvou duševních poruch (závislosti na psychoaktivní látce a další duševní poruchy) a taková kombinace se označuje jako *duální diagnóza*[4]. Uvádí se, že další psychiatrickou diagnózu má 40 – 60 % žen závislých na alkoholu, u mužů alkoholiků je to 20 – 40 %. Nejčastěji jsou to depresivní a úzkostné poruchy, dále osobnostní poruchy, u mladých žen se nezřídka vyskytují poruchy příjmu potravy, navíc často provázené závislostí na další psychoaktivní látce. Současná závislost na další návykové látce se vyskytuje přibližně u 10 % všech pacientů závislých na alkoholu.

Terapeuticky je nutno řešit obě poruchy, podle pacientova stavu buď současně, nebo se přednostně řeší aktuálně závažnější z obou poruch. Např. pokud je pacient léčen pro závislost na alkoholu, aniž by byla léčena depresivní porucha, může to být hlavní příčinou pacientova rozhodnutí pro předčasné ukončení odvykací léčby a relapsu, následujícího vzápětí po opuštění léčebného zařízení. Naopak, je-li pacient závislý na alkoholu léčen v psychiatrickém zařízení pro depresi, bývá jeho opakované porušování abstinence, resp. opakované stavy opilosti důvodem pro předčasné ukončení psychiatrické léčby. Je to buď proto, že svým chováním (včetně agresivity) závažně narušuje léčebný režim a léčebné klima zařízení nebo často i z důvodu praktické nemožnosti smysluplné, účinné a bezpečné farmakoterapie při současném, často intenzívním pití alkoholu.

Odborné intervence

Klíčovou roli v terapii závislosti na alkoholu hraje *psychoterapie*. Většinou je používána skupinová, dynamicky orientovaná psychoterapie. Terapeutický program lůžkových oddělení často používá principy terapeutické komunity. Jedním z hlavních terapeutických cílů pacienta v odvykací léčbě je získání náhledu, jeho vývoj od náhledu verbálního k náhledu produktivnímu, kdy je pacient schopen začít realizovat důležité změny životního stylu a s tím související rozhodnutí (upevnění rozhodnutí) pro abstinenci. U ostatních klinických stavů (poruch), vyvolaných užíváním alkoholu, má psychoterapie význam podpůrné terapie – vedle více, či méně intenzívní farmakoterapie. Ostatní formy léčby, např. v zahraničí někdy aplikovaná hypnóza, akupunktura, či fyzikální léčba jsou u nás využívány minimálně.

V případě škodlivého užívání může být vysoce efektivní aplikace strategie, označované jako *krátká intervence* (brief intervention). Jejím smyslem je pacienta upozornit na zdravotní rizika škodlivého užívání v situaci, kdy má dotyčný ještě schopnost přerušit nebo omezit pití alkoholu, protože u něj dosud nedošlo ke ztrátě kontroly užívání, typické pro syndrom závislosti. Krátká intervence (5 – 30 minut) byla vypracována zejména pro praktické lékaře a další pracovníky primární zdravotní péče. Cílem této intervence je, aby pacient škodlivé pití omezil, resp. pokusil se abstinovat alespoň do dosažení stabilizace zdravotního stavu. Časnou intervencí v případě závislosti na alkoholu (kterou provádí většinou již odborník – adiktolog) je zejména psychoterapeutická intervence s cílem motivovat pacienta k brzkému zahájení odvykací léčby (podpůrná, motivační psychoterapie).

Detoxifikace[5] – léčba odvykacího stavu spočívá v korekci poruch elektrolytové rovnováhy, dostatečné hydrataci a farmakoterapii, při které se provádí substituční léčba na principu zkřížené tolerance užívaných farmak s alkoholem. Nejčastěji se používají benzodiazepiny se středním biologickým poločasem (chlordiazepoxid, oxazepam, lorazepam), či klomethiazol (Heminevrin) v kapslích. Pokud se podává ve formě kapénkové infúze, je nezbytné monitorovat vitální funkce (při předávkování hrozí zejména útlum dýchání). Při predelirantním stavu, event. nižší intenzitě příznaků deliria je možno s výhodou použít též neuroleptikum tiaprid (Tiapridal). Pokud je delirium komplikováno křečemi, doporučuje se podávat MgSO4 i.m., případně karbamazepin. Vzhledem k výraznému nedostatku vitaminů je též vhodné podávání multivitaminových preparátů, event. thiaminu a kyseliny listové.

Senzitizace – empiricky podložená farmakoterapie, spočívající v podávání preparátů, zvyšujících vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu. Jestliže dojde k požití alkoholu po aplikaci senzitizujícího farmaka, následuje výrazná vegetativní reakce organismu, projevující se zvýšením, resp. kolísáním TK, tachykardií, zrudnutím v obličeji, bolestmi hlavy, nauzeou, případně zvracením, obtížným dýcháním. Výjimkou nejsou kolapsové stavy a bezvědomí[6]. Podle nejčastěji

[4] Blíže viz Nešpor, kapitola 4/3.
[5] Viz též Dvořáček, kapitola 5/7 a 5/8

používaného preparátu, kterým je Antabus, bývá popsaná reakce označovaná jako „antabusová reakce" a to i v případě použití jiné účinné látky (např. metronidazolu), než je disulfiram, obsažený v Antabusu. „Antabusový efekt" různé intenzity je schopna vyvolat řada dalších léků i u člověka, který není na alkoholu závislý – to je jedním z důvodů upozornění na nevhodnost kombinace léků s alkoholem. Antabus je podáván v optimálním případě po dobu jednoho roku od zahájení abstinence, resp. od ukončení základní odvykací léčby. Obvykle je pacientům podáván v ambulantním programu ordinace AT dvakrát týdně, čímž je současně jednak zajištěna kontrola, zda je pacient v pořádku, a jednak umožněn terapeutický kontakt. Kontraindikací pro podávání disulfiramu vedle nesnášenlivosti preparátu, gravidity a některých závažnějších zdravotních potíží (vředová choroba GIT, těžké onemocnění oběhového systému, jater, ledvin, dýchacího systému, epilepsie, diabetu aj.) je rovněž nespolupracující pacient, zejména hrozí-li u něj riziko napití.

Na rozdíl od Antabusu, používaného při léčbě závislosti na alkoholu více než padesát let, se již neprovádí tzv. *averzivní terapie*[7].

Terapie duálních diagnóz – při výběru vhodného léku je nutno u pacientů s duální diagnózou postupovat uvážlivě. S ohledem na riziko recidivy pití nejsou vhodné preparáty, u kterých hrozí nebezpečné interakce s alkoholem (např. tricyklická antidepresiva). Pokud to není nezbytně nutné, snažíme se nepodávat rovněž preparáty, na které může mít pacient závislý na alkoholu zkříženou toleranci. Jejich užívání by mohlo jednak účinkovat jako spouštěč recidivy pití alkoholu, jednak pacientovi–alkoholikovi hrozí vyšší riziko vzniku závislosti na tyto preparáty, které jsou samy často rovněž návykové. V případě nutnosti (event. nemožnosti podávání méně rizikového preparátu) je proto nutno zkrátit dobu podávání na nezbytné minimum. Nevhodné je podávání (zejména dlouhodobé) benzodiazepinů, opioidů, či barbiturátů. Naopak snaha vyhnout se „principiálně" u pacientů závislých na alkoholu jakékoliv psychofarmakoterapii je často neodůvodněná a v případě duální diagnózy kontraproduktivní. Antidepresivní léčba (např. antidepresivy typu SSRI) může mít navíc u depresivních pacientů podpůrný tzv. „anticravingový efekt".

Terapie cravingu – prokazatelný efekt při snaze farmakologicky ovlivnit (snížit, potlačit) craving u pacientů závislých na alkoholu, kteří nejsou depresivní, byl dosažen dvěma různými typy látek. První z nich je *acamprosat*[8], druhým typem preparátů jsou léky, obsahující jako účinnou látku *naltrexon*[9]. Naltrexon se používá zejména k udržení abstinence u pacientů závislých na opioidech, ale s efektem jej lze použít (díky částečně zkřížené toleranci mezi alkoholem a opioidy) i u pacientů závislých na alkoholu. Efekt této farmakoterapie závisí vedle adekvátního dávkování také na celkové době užívání, u acamprosatu koreluje doporučená délka jeho podávání (1 rok) s nejnáročnějším obdobím z hlediska rizika relapsu po zahájení abstinence. Terapie cravingu je součástí preventivní léčebné strategie (prevence relapsu[10]), jejímž cílem je minimalizovat riziko relapsu u závislého pacienta. Klíčovou roli při tom hraje tzv. nácvik sociálních dovedností, forma behaviorální terapie, při které se pacient učí zvládat stres a řešit rizikové situace (např. odmítání nabízeného alkoholu).

Podpůrná farmakoterapie (hepatoprotektiva, vitaminy) doplňuje komplexní léčbu pacienta závislého na alkoholu. Vedle vlastního účinku této léčby (zlepšení somatického stavu) často – jako sekundární efekt – dochází též ke zlepšení pacientova náhledu na vlastní odvykací léčbu a abstinenci.

---

6 Příčinou této reakce je metabolický blok, při kterém je inaktivován enzym acetaldehyddehydrogenáza, čímž dochází k následné intoxikaci organismu hromadícím se acetaldehydem a popsané vegetativní reakci.

7 Při averzivní terapii se pacientům podávala injekčně emetika (např. apomorfin), vyvolávající dávivý reflex a zvracení. Podnětem, který se měl fixovat do podmíněného reflexu, bylo současné ochutnávání alkoholických nápojů. Vzhledem k nízké efektivitě a častým zdravotním komplikacím (kolapsové stavy) je dnes tato metoda považována za zastaralou a nepoužívá se.

8 Acamprosat – acetylhomotaurinát, látka, která má strukturu a účinky podobné jako kyselina gama aminomáselná – GABA. K dispozici v ČR je Campral firmy Merck.

9 Naltrexon – opioid, čistý antagonista opioidních receptorů. V ČR je registrován preparát ReVia, firmy Torrex Pharma.

10 Viz Kuda, kapitola 7/7, Relaps a prevence relapsu.

Summary

Alcohol and Alcohol Dependence

The chapter at first offers the characteristics of alcohol and some epidemiological data on alcohol consumption with a particular regard to the CR. The term "alcoholism" and the classification of disturbances caused by alcohol are then presented, including the classical classification by Jellinek. Further, alcohol dependence is described in the aspects of aetiology (based on the disposition-exposition model), development, symptomatology and withdrawal syndrome. An overview of somatic and psychic complication (pathological intoxication, alcoholic psychoses) and co-morbidity follows. In the treatment of alcohol dependence, psychotherapy is an essential method, but in the section on treatment we present also another interventions: detoxification, treatment of delirium tremens, pharmacological desensitisation (disulphiram) and the pharmacotherapy of craving (acamprosat, naltrexon).

Key words: abstinence – acamprosat – alcoholism – disulphiram – delirium tremens – ebriety

Literatura

■ Kudrle S.: Závislost na alkoholu a jiných látkách. Doorway, Plzeň, 1993

■ MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (Překlad z angl.orig.) „Zprávy" č. 102, Psychiatrické centrum Praha, 1992

■ Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996

■ Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000

■ Popov P.: Návykové poruchy. In: Raboch J., Zvolský P. a kol.: Psychiatrie. Galén, Praha, 2001[11]

■ Prokeš J.: Základy toxikologie, díl I a II. Universita Karlova, vydavatelství Karolinum, Praha, 1997

■ Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999

■ Skála J. a spol.: Závislost na alkoholu a jiných látkách. Avicenum, Praha, 1987

MUDr. Petr Popov

Absolvent Fakulty všeobecného lékařství University Karlovy, promoce 1987. Postgraduální vzdělání: I. atestace z psychiatrie – 1991, II. atestace z psychiatrie – 1994, nástavbová atestace „Léčení alkoholismu a jiných toxikomanií" (AT) – 1997. Funkční specializace v systematické psychoterapii (osvědčení IPVZ) 1998. Absolvoval experienciální výcvik v dynamicky orientované skupinové psychoterapii (SUR)1989 – 1994 a intenzívní bálintovský výcvik 1989 – 1992. V současné době je primářem oddělení pro léčbu závislostí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, vedoucím subkatedry pro návykové nemoci Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Vyučuje na 1. lékařské fakultě UK jako odborný asistent Psychiatrické kliniky 1. LF UK. Je předsedou Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP. Členství v dalších odborných společnostech: Česká psychiatrická společnost ČLS JEP, Společnost pro psychoterapii a rodinnou terapii, Česká neuropsychofarmakologická společnost, European Society for Biomedical Research on Alcoholism. Je členem protidrogové komise Rady zastupitelstva hl. m. Prahy, pracovní skupiny expertů pro otázky sekundární protidrogové prevence Rady vlády ČR – Meziresortní protidrogové komise, členem pracovní skupiny Vědecké rady ministerstva zdravotnictví a předsedou Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek.

Kontakt: Oddělení léčby závislostí VFN, Apolinářská 4a, 128 00, Praha 2

E-mail: petr.popov@vfn.cz

[11] Uvedená stať byla hlavním podkladem pro tuto kapitolu a bylo upravena pro účely této publikace.

3/2 Opioidy a opiáty Jakub Minařík

Klíčová slova: braun – heroin – hydrocodon – metadon – opioidní receptory – opioidy

Mechanismus účinku

Opioidy ovlivňují (farmakologicky působí) organismus prostřednictvím opioidních receptorů (μ, δ, κ a σ). Opioidy se v lékařství používají jako nesilnější léky proti bolesti (analgetika-anodyna), nebo jako léky proti kašli (antitusika), protože tlumí kašlací reflex. Tinctura opii jako lék při úpornému průjmu se dnes používá už jen výjimečně (běžný je v této indikaci opioid dioxifenolát s firemním názvem REASEC), je však lékem volby při léčbě odvykacího stavu u novorozenců, jejichž matky jsou závislé na heroinu. Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má strukturu blízkou morfinu[1].

Mechanismus účinku je dán vazbou látky na opioidní receptory[2], které se vyskytují v celém centrálním nervovém systému (CNS). Morfinové receptory existují v několika subtypech:

– μ (mí-receptory) – mají analgetické působení, vedou k euforii, sedaci, útlumu dechového centra. Jsou nejdůležitější pro vznik závislosti.
– δ (delta-receptory) – jsou lokalizovány periferně a podílejí se na analgezii.
– κ (kappa-receptory) – podílejí se na analgezii na míšní úrovni, vedou k sedaci a dysforii.
– σ (sigma-receptory) – podílejí se na působení některých psychotomimetik a na dysforii způsobené opioidy.

Podle poměru afinity (síly vazby k receptoru) a vnitřní aktivity (efektivity, síly aktivace receptoru) se opioidy dělí na několik skupin:

– opioidní agonisté – mají silnou afinitu i vnitřní aktivitu, vyvolávají typické účinky opiátů *(morfin, kodein)*
– opioidní antagonisté – mají silnou afinitu, ale nulovou vnitřní aktivitu – blokují tedy recetor a zabrání účinku jiného opioidu, proto se užívají jako lék při předávkování *(naloxon)*
– částeční opioidní agonisté-antagonisté – váží se na receptory, některé aktivují a jiné blokují *(butorphanol, pentazocin)*
– částeční opioidní antagonisté (dualisté) – mají pevnou vazbu na receptor, ale slabou vnitřní aktivitu *(buprenorfin)*

Účinek se mění podle afinity látky k jednotlivým subtypům. Látky, které mají vysokou afinitu k μ-receptorům a současně vysokou aktivitu na těchto receptorech jsou zatíženy velkým rizikem vzniku závislosti *(morfin, heroin)*, naopak látky které μ-receptory blokují, mohou vyvolat u závislého prudký odvykací stav *(naloxon)*.

Stimulace receptorů inhibuje na vnitřní straně buněčné membrány tvorbu cAMP[3]. Po dlouhodobé aplikaci se tvorba cAMP obnovuje, což souvisí s rozvojem tolerance. Po náhlém přerušení přívodu dojde k prudkému vzestupu nitrobuněčné koncentrace cAMP a k rozvoji odvykacího stavu[4].

Opiáty také ovlivňují produkci endogenních opioidů (látky normálně potlačující bolest v organismu): zpočátku jej stimulují, ale při dlouhodobém užívání výdej endorfinů a enkefalinů inhibují a stimulují navíc jejich rozklad.

Somatické účinky

Zde uváděné účinky plně platí pouze pro opiodní agonisty, u částečných antagonistů je efekt modifikován především co do kvantity, u agonistů-antagonistů i co do kvality.

Centrální nervový systém (CNS) – povšechně tlumivý účinek. Opioidy potlačují percepční a lokalizační i psychickou a emocionální složku bolesti, působí euforii a zklidnění až ospalost. Dochází k útlumu dýchacího centra, k poklesu citlivosti na dráždivý účinek acidózy[5] a CO2, může dojít i k zástavě dechu (pak je nezbytné okamžitě zahájit řízené dýchání). Opioidy tlumí centrum pro kašel, dráždí chemorecepční zónu pro zvracení (může dojít ke vdechnutí žaludečního obsahu a aspirační pneumonii[6]). Opioidy vyvolávají miózu[7] (stažení zornice), centrálně také snižují tělesnou teplotu (hypotermie).

[1] Morfin je nejdůležitější účinnou látkou opia a referenční látkou, ke které se vztahuje účinek ostatních opioidů.
[2] Organismus sám vyrábí látky-endogenní opioidy (endorfiny, enkefaliny, dynorfin), které se váží na tyto receptory a ovlivňují některé funkce organismu, především reakci na bolest. Blíže viz Fišerová, kapitola 2/2, Neurobiologie závislostí.
[3] Cyklický monoamin fosfát, v tomto případě funguje jako tzv. druhý posel – tj. látka, která přenáší informaci od receptoru do nitra buňky. Podrobněji viz kapitola 2/3.
[4] Odvykací stav je pojem shodný s pojmem abstinenční syndrom. Z hlediska neurobiologie a neurofarmakologie podrobněji viz Fišerová, kapitola 2/4.
[5] Zvýšená kyselost vnitřního prostředí organismu.
[6] Velmi nebezpečný zánět plic z vdechnutí zvratků.
[7] Při intoxikaci je typická zornice velikosti špendlíkové hlavičky.

Krevní oběh – rozšíření cév (vazodilatace), zpomalení frekvence srdeční činnosti (bradykardie), pokles krevního tlaku (hypotenze). V toxických dávkách při hypoxii[8] může dojít k obrně vegetativních center v mozku, která řídí srdeční akci a k zástavě krevního oběhu.

Dýchání – opioidy svým centrálním účinkem zpomalují dechovou frekvenci a snižují dechový objem. Změlčení dechu může být takové, že intoxikovaný bývá cyanotický[9]. Snížená ventilace plic a pokles pohyblivosti hladkého svalstva řasinkového epitelu bývá příčinou častých pneumonií, hlavně při základně plic v oblastech kolem páteře. Specifickým efektem je zúžení průdušek (bronchokonstrikce).

Trávící trakt – opioidy vyvolávají těžkou zácpu (útlum pohyblivosti a vzestup napětí hladkého svalstva). Vzestup napětí Oddiho svěrače[10] může vyvolat biliární koliku[11].

Urogenitální systém – snížená produkce a retence moči pro vzestup napětí močového měchýře. U žen dochází také k vzestupu napětí dělohy a k poklesu pohyblivosti řasinkového epitelu ve vejcovodech a tím ke sterilitě.

Kůže – svědění, Vondráček (1971) udává typické poškrabování se po celém těle, a to i v bezvědomí.

Projevy při užívání a závislosti

Při *intoxikaci* je v popředí zklidnění a příjemná euforie, která více než jiné účinky podléhá toleranci[12]. Opioidy ale mohou také vyvolat dysforii (rozladu), hlavně u žen, obyčejně bývá spojena s nevolností, zvracením a neschopností koncentrace.

Prvními příznaky *akutní intoxikace* jsou nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění[13] – intoxikovaný se poškrabuje po celém těle i v komatu, dýchání je povrchní, zúžení zornic (mióza) přechází v konečném stadiu[14] v rozšíření zornic (mydriáza), dochází ke zvýšení všech somatických reflexů (hyperreflexie).

Při *chronickém abusu* je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností, intelekt bývá nepostižen, dochází k etické degradaci individua. Závislý je líný, bez vůle, ztrácí libido a potenci, může být depresivní, pravidlem bývají děsivé hypnagogické[15] pseudohalucinace. Častá bývá nespavost, únava a podrážděnost střídající se s apatií. Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání organismu a k extrémní vyhublosti (kachexie). Často dochází k infekcím, které souvisejí s oslabením imunitního systému a nesterilní injekční aplikací drogy. Koloběh opatřování si drogy a výše uvedené poruchy mohou vést k sebevraždě.

Opioidy a opiáty, zejména heroin, mají vysoký potenciál pro vznik *závislosti somatického typu*, která se odvíjí z kombinace mechanismů na buněčné (zmnožení receptorů) a nitrobuněčné úrovni (obnova inhibované tvorby cAMP), na úrovni cílových orgánů a poklesu produkce endogenních opiátů[16]. Závislost se rozvíjí již po několika týdnech nebo nejpozději několika měsících užívání. Její psychická složka se vyznačuje ztrátou kontroly nad užíváním a neovladatelným dychtěním po droze, somatickou součástí je vzestup tolerance a tím i potřeba stále vyšších dávek. Pravidelní dlouhodobí uživatelé se dostávají na dávky, které jsou mnohonásobkem smrtelné dávky pro prvouživatele. Důležitý z tohoto hlediska je fakt, že při abstinenci od opiátů rychle klesá tolerance a dávka, která před odvyknutím byla běžná, se stává smrtelnou!

Hlavními příznaky *odvykacího stavu* jsou zrcadlové k účinku opiátů. V lehčích případech se projevuje především příznaky stran trávícího traktu – bolest břicha, průjmy, dále neklidem a nespavostí. V těžších případech je reakce bouřlivá – pocení, zvýšení teploty, slzení, mydriasa, pokles krevního tlaku, úporná nespavost, poruchy řeči, třesy, nechutenství a dehydratace. Může dojít i ke kolapsu a úmrtí.

Přehled základních intervencí

První pomoc při akutní intoxikaci (předávkování)[17] je udržet při vědomí, pokud to není možné, je třeba zajistit dýchání[18]. Specifickým antidotem je naloxon, aplikace může vyvolat prudký odvykací stav s rizikem úmrtí. Při léčbě závislosti na opiátech se někdy využí-

---

8 Nedostatek kyslíku (pokles jeho parciálního tlaku v krvi).
9 Modrofialové zabarvení kůže způsobené nedostatečným okysličením červených krvinek.
10 Svěrač při ústí žlučovodu do dvanácterníku.
11 Žlučová kolika, zaklínění žlučového kamene ve žlučovodu. Velmi bolestivé onemocnění.
12 Tolerance znamená, že při opakovaném užití látky organismus „přivyká" na vysoké dávky a pro dosažení účinku (nebo normálního fungování) potřebuje vysokou dávku drogy.
13 Slangově „mravenci".
14 Stadium intoxikace, které bezprostředně předchází úmrtí; příčinou bývá mělké dýchání a nedostatečné okysličení krve. Rozšíření zornic je v tomto případě je známkou těžké hypoxie CNS.
15 Při usínání, na rozhraní mezi bděním a spánkem.
16 Podrobněji viz Fišerová, kapitola 2/3, Neurobiologie závislostí.
17 Viz též Dvořáček, kapitola 5/6, Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek, a 5/7, Detoxifikace.
18 Udržet volné dýchací cesty, zabránit aspiraci a v případě, že postižený nedýchá, dýchání z úst do úst.

vají antidota, která mají za úkol blokovat opioidní receptory a zabránit tak intoxikaci. Je důležité si uvědomit, že i při léčbě těmito látkami může při dostatečně vysoké dávce dojít k intoxikaci. Efektem pak ale bývá masivní předávkování a úmrtí.

Léčba odvykacího stavu může být při vysokých dávkách komplikovaná a je vhodné ji svěřit specializovanému pracovišti. Často používaným léčebným modelem je převedení závislého na jiný opiát (ethylmorfin, metadon – u nás se v této indikaci používá především buprenorfin), který se postupně vysazuje snižováním dávek.

Nástup odvykacího stavu záleží na užívané droze (poločasu eliminace[19]), výši dávky a stavu organismu. U většiny nelegálně užívaných opiátů (např. heroinu) se první symptomy objeví během prvního dne (eliminační poločas je řádově v hodinách) a vrcholí 3. – 4. den, po týdnu obvykle z větší části odezní. Poruchy spánku však přetrvávají ještě asi měsíc a v některých případech i řadu měsíců po ukončení užívání. Po celou dobu odvykání (resp. po vysazení opiátů) je nejvhodnější ponechat pacienta zcela bez medikace, případně se pokusit ovlivnit poruchy spánku režimovým opatřením a bylinnými preparáty[20]. Pokud dojde k rozvoji např. depresivního onemocnění[21], nebo pokud jsou poruchy spánku velmi vážné, je nezbytné přistoupit k medikaci.

Léčba závislosti: závislost na opioidech a opiátech, zejména na heroinu, patří k nejzávažnějším a nejúpornějším. Rozlišujeme léčbu vedoucí k abstinenci a léčbu substituční. V druhém případě se jako léčebná metoda uplatňuje *substituce* metadonem nebo buprenorfinem, která vede ke stabilizaci dlouhodobých uživatelů[22]. Může být řešením přechodným (a směřovat k vysazení a abstinenci) nebo dlouhodobým, prakticky trvalým. K podpoře abstinence a snížení cravingu lze použít naltrexon.

Jednotlivé drogy této skupiny

Heroin

Charakteristika: Heroin byl syntetizován v roce 1874, v roce 1898 jej začala německá firma Bayer prodávat pod jménem heroisch, což znamená „silný". Po léta byl heroin považován za účinný lék pro závislost na morfinu. Pikantní je, že heroin byl zpočátku považován za lék s nulovým rizikem vzniku závislosti. Chemicky jde o diacetylmorfin, který patří mezi polosyntetické deriváty morfinu. „Obohacení" chemické struktury morfinu o dvě acetylové skupiny má za následek lepší rozpustnost v tucích a tím i snadnější průnik hematoencefalickou barierou[23], což má za následek silnější „nájezd", čili „orgastický" pocit typický na začátku intoxikace, v anglosaské literatuře tzv. flash. Acetylové skupiny jsou v organismu rychle odštěpeny a vlastní účinek je zprostředkován morfinem. Zdrojovou látkou pro výrobu heroinu bývá morfin nebo přímo opium.

Rozšíření: Heroin je řadu desetiletí celosvětově nejrozšířenější drogou této skupiny. Do r. 1994 se v ČR vyskytoval jen sporadicky, od tohoto přelomového roku jeho užívání mnohonásobně vzrostlo. Poměr mezi uživateli heroinu a pervitinu v tzv. skryté populaci v Praze je asi 1:1, v léčebných zařízeních však převažují závislí na heroinu v poměru až 3:1.

Účinky – viz opiáty obecně.

Způsoby aplikace: Nejčastější a nejrizikovější je aplikace nitrožilní (v pražské populaci 80 – 90 % uživatelů heroinu aplikuje nitrožilně). Méně rizikové způsoby jsou šňupání, kouření a inhalace z aluminiové folie. Zjišťujeme je v poslední době více než dříve zejména mezi začínajícími uživateli, kteří však většinou brzy přecházejí na nitrožilní aplikaci[24]. Záleží i na formě látky: hnědý heroin má zásaditou reakci a je vhodný ke kouření nebo inhalaci z aluminiové folie, bývá s příměsí strychninu. Nesnadno se rozpouští, proto při jeho přípravě k injekční aplikaci je potřeba přidat kyselinu (nejvhodnější je použít krystalický vitamin C). Bílý heroin-hydrochlorid je určen k injekční aplikaci, event. šňupání.

Dávky: od obvyklých počátečních dávek pod 100 mg denně stoupá se zvyšováním tolerance na 1 i více gramů denně, rozložených většinou do několika aplikací. Existuje jen malé rozpětí mezi dávkou, která vyvolá intoxikaci a dávkou, která je smrtelná; při stoupající toleranci se toto rozpětí paradoxně ještě zužuje. Snadno tedy dojde k předávkování.

Poločas eliminace heroinu (tj. doba za kterou se množství látky v organismu zredukuje o 50 %, jednak pře-

---

19 Eliminační poločas je definován jako doba, za kterou se vyloučí polovina množství látky přítomné v organismu.
20 Tím není myšlen odvar z makovic, ale např. meduňkový čaj.
21 Literatura i naše poznatky se shodují, že deprese může být důvodem abusu opiátů a po zahájení abstinence často dochází k rozvoji symptomatologie.
22 Viz Popov, kapitola 8/11, Programy metadonové a jiné substituce.
23 Hematoencefalitická bariéra odděluje krevní oběh od mezibuněčného prostoru mozku.
24 Důvodem je zejména zvyšování tolerance a potřeba vyšších dávek – nitrožilní aplikace zajišťuje vyšší účinek za srovnatelnou cenu. Méně rizikové způsoby aplikace k nám přicházejí ze západní Evropy, kde nitrožilní aplikace je již známkou celkového úpadku uživatele.

měnou na metabolity, které mohou být také účinné, dále pak vylučováním) je asi 3 – 20 minut, poločas eliminace jeho prvního metabolitu 6-monoacetylmorfinu je 2 – 3 hodiny. Eliminace se děje močí, až 80 % může být vyloučeno do 24 hodin a metabolity mohou být zjištěny laboratorním testem až 3 dny po poslední dávce. Relativně krátký eliminační poločas má za následek zkracování doby mezi jednotlivými aplikacemi při rozvoji závislosti (závislý na heroinu si aplikuje látku ve 2 – 4 denních dávkách a pokud k užití do určité doby nedojde, dochází k rozvoji odvykacího stavu).

Zdravotní a sociální rizika: Heroin je typickým příkladem drogy s tzv. neakceptovatelným rizikem. Závislost vzniká pravidelně a poměrně rychle, již po několika týdnech (ze zkušeností se ukazuje, že prvních symptomů odvykacího stavu si uživatel všimne po 1 – 3 měsících denního užívání). Obdobně jako u ostatních látek této skupiny má závislost na heroinu složku fyzickou a psychickou (viz výše). Závislost těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci včetně kriminality, prostituce apod. jako jediných možných způsobů získání finančních prostředků na drogu. Další rizika plynou z nitrožilního užívání[25] (zejména nákaza HIV a viry hepatitid) a z předávkování.

Odvykací syndrom vzniká asi 10 hodin po poslední aplikaci s maximem 2. – 3. den, trvá asi 10 dní. Jeho intenzita závisí na podávané dávce. V lehčích případech se projevuje především příznaky ze strany trávícího traktu – bolest břicha, průjmy, mydriasou, úzkostí a špatnou náladou, pravidelnou, obyčejně delší dobu přetrvávající obtíží je nespavost. V těžších případech dochází k vzestupu tělesné teploty, úporné nespavosti, poruchám řeči, třesům, nechutenství a dehydrataci. Vzácně dochází ke kolapsu a úmrtí. Pro odvykací stav není podstatné, jaká byla forma aplikace heroinu, důležitá je dávka a pravidelnost užívání. Po odvyknutí rychle klesá tolerance, což přináší riziko smrtelného předávkování dávkou předtím běžně užívanou nebo i menší.

„Braun“

Směs derivátů kodeinu, obsahující vedle obvykle uváděného hydrocodonu též dicodid a dihydrocodeinon. Chemicky patří mezi polosyntetické opioidy, strukturálně – podobně jako heroin, morfin a kodein – mezi fenantrenové alkaloidy. Braun je specificky česká droga, vyrábí se v domácích laboratořích z léčiv obsahujících kodein (metylmorfin), výsledný produkt je tinktura hnědé barvy (odtud název), která se aplikuje nitrožilně. Braun má poněkud nižší potenciál pro závislost než heroin. Poločas eliminace je podobně jako u heroinu jen několik hodin. Jinak však účinky a důsledky užívání jsou obdobné jako u heroinu a opioidů obecně. V 2. polovině 90. let byl braun z české drogové scény prakticky zcela vytěsněn heroinem, nyní se dostává ke slovu jako náhradní droga při výkyvech heroinového trhu.

Metadon

Patří mezi syntetické opioidy, chemicky není odvozen od morfinu. Je také čistý _ – agonista, ale díky mimořádně pomalému nástupu účinku doprovázenému jen minimálním pocitem euforie má nižší potenciál závislosti než heroin. Poločas eliminace je cca 25 hodin, tj. výrazně delší než u heroinu, což umožňuje při substituční léčbě bezpečné dávkování 1x denně. Aplikace je nejčastěji ústy, v zahraničí se používá i injekční forma. Metadon se vyrábí pouze legálně, pro medicínské účely (substituční léčba závislých na opioidech), prosakuje však na nelegální trh, kde je vyhledáván jako náhradní nebo doplňující droga a pro účely abstinenčních pokusů.

[25] Viz Minařík a Hobstová, kapitola 4/3, Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení; Hobstová a Minařík, kapitola 4/4, Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS.

Summary Opioides and Opiates

The chapter first describes the neurobiological mechanisms of opioid effects and the symptoms of acute intoxication with regards to the risk of overdosing. Further, we focus on the consequences of chronic misuse, dosing, increasing tolerance and risks of intravenous application. The opioid dependence with somatic and psychic components may arrive after several weeks of using. The withdrawal syndrome occurs according to the elimination rate of a particular substance, in the case of heroin after several hours. It is characterised by abdominal and muscular pains, pains of joints, nausea, diarrhoea, rhinorrhoea, sweating etc. This state is severely unpleasant but not dangerous to life; it comes to the end in several days. Typical representatives of this group of drugs presented in this chapter are heroine, hydrocodone and methadone.

Key words: opioids – opioid receptors – heroine – hydrocodone – methanode

Literatura

■ Hrdina R., Fendrych Z., Hrdina V., Višňovský P., Vlček J.: Farmakologický slovník. Maxdorf, Praha, 1997
■ Kalina K. a kol.: Devět rad jak ušetřit. Příručka pro rodiče. SANANIM, Praha, 2002
■ Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. Nadace Filia, Praha, 1997
■ Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996, 203 s.
■ Popov P.: Návykové poruchy. In: Raboch J., Zvolský P. a kol.: Psychiatrie. Galén, Praha, 2001
■ Presl J.: Drogová závislost. Maxdorf, Praha, 1994
■ Riedl O., Vondráček V.: Praktická toxikologie. Avicenum, Praha, 1971
■ Suchopár J. a kol.: Remedia compendium. Panax, Praha, 1996
■ Vondráček V.: Farmakologie duše. Praha, 1935
■ Vondráček V., Holub F.: Fantastické a magické z hlediska psychiatrie. Columbus, Praha, 1993
■ Wenke M. a kol.: Farmakologie. Avicenum, Praha, 1990
■ Zábranský T. a kol.: Drogy na předpis. Votobia, Olomouc, 1998

MUDr. Jakub Minařík

Vzdělání: LF UK v Plzni (promoce 1994), specializační atestace psychiatrie I.stupně (2002). Absolvoval výcvik ve skupinové psychoanalytické psychoterapii při IAP. Od roku 1994 pracuje v různých zařízeních o. s. SANANIM, v posledních letech jako lékař Denního stacionáře SANANIM, koordinuje internetovou poradnu. Přednášel na celostátních AT konferencích (1995, 1996, 2000, 2001), na I. konferenci československé psychiatrie ve Špindlerově Mlýně (1996), na konferenci Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí (2000), pravidelně zván jako lektor katedry návykových nemocí IPVZ. Podílel se na několika výzkumech drogové scény – koordinoval českou část projektu „Harm Reduction pro Českou republiku a Slovinsko", Principal Investigator projektu „Kvalitativní výzkum drogové scény" v rámci PHARE Technical Assistence to Drug Demand Reduction, člen užšího výzkumného týmu Kvalitativní analýzy v rámci PAD (Projekt analýzy dopadů nové drogové legislativy v ČR). Odborné zájmy: psychiatrické a somatické komplikace závislostí, výzkum.

Kontakt: Denní stacionář SANANIM, Janovského 26, 170 00 Praha 7
E-mail: minarik@sananim.cz

Klíčová slova: amfetamin – kokain – psychostimulancia – pervitin – psychická závislost – stimulační drogy – toxická/paranoidní psychóza

Psychostimulancia obecně

Obecná charakteristika: Psychostimulancia (psychoanaleptika, psychomimetika) jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na CNS (centrální nervový systém). Typickými zástupci jsou pervitin (metamfetamin), amfetamin, kokain, méně typickým zástupcem je extáze, která může mít kromě stimulační účinku také účinek psychedelický[1].

Neurobiologický mechanismus působení[2] na synapsích spočívá ve vzestupu koncentrace monoaminů (dopamin, noradrenalin, serotonin) v synaptické štěrbině. Dochází k jejich zvýšenému vylučování (ovlivnění presynaptických receptorů), dále pak ke snížení zpětného vychytávání monoaminů (reuptake). Blokují také jejich biotransformaci (inhibice MAO) a podílí se na vytváření p-hydroxynorefedrinu, který funguje jeko falešný mediátor (přímá stimulace postsynaptického receptoru).

Akutní a dlouhodobé účinky: Psychostimulancia povšechně zvyšují psychomotorické tempo a bdělost (vigilitu) především urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti (na úkor přesnosti). Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit síly (duševní i tělesné) a energie. Snižují chuť k jídlu.

Psychostimulancia působí anxiogenně – vyvolávají úzkost, někdy umocňují trému, užití může vést k agresivitě a přecenění hranic psychosomatických možností. Na organismus působí jako periferní sympatomimetika (stimulují sympatikus) – způsobují vzestup tlaku krve, tepové frekvence, bronchodilataci atd. Po odeznění účinku látky se dostavuje tzv. dojezd, stav podobný „kocovině". V obraze dominuje celkové vyčerpání, únava, bolest kloubů, po delší „jízdě"[3] není výjimečný několikadenní spánek přerušovaný krátkými epizodami bdění s „vlčím" hladem a konzumací ohromného množství potravy.

Dlouhodobým účinkem užívání stimulancií je vznik *závislosti*. Látky této skupiny nevyvolávají somatickou závislost, „jen" závislost psychickou, která se vyznačuje především cravingem (dychtěním po látce, resp. jejím účinku). Je důležité si uvědomit, že psychická závislost je v zásadě vážnějším následkem než závislost fyzická, protože zatímco fyzické závislosti je možné se zbavit relativně krátkodobým pobytem na detoxifikační jednotce, psychická závislost je důvodem relativně dlouhé léčby a handicapuje uživatele při jakémkoli dalším užití látky, a to i z terapeutických důvodů. Totéž platí o psychické složce závislosti na opioidech[4].

Somatické komplikace: Užívání stimulancií představuje zátěž pro celý organismus, především pro kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Organismus je po celou dobu účinku připraven na vrcholový výkon, což se sníženou chutí k jídlu vede k velmi rychlému zhubnutí, někdy i o více než 10 kg za měsíc. Uživatelé jsou mnohdy extrémě vyhublí, např. hmotnost 35 kg při 170 cm výšky! Realimentace z takového stavu je potom dlouhodobá a organismus se dostává do původní kondice až za několik měsíců abstinence. Návrat k původní hmotnosti po krátkodobém užívání je přibližně stejně rychlý jako její úbytek, což je varováním pro ty, kteří chtějí rychle zhubnout.

Toxické psychózy: Dlouhodobé užívání psychostimulancií (pervitin, amfetamin, kokain) může vést k toxické psychóze. Může ji však vyvolat i jednorázová vysoká dávka. Stav se většinou objevuje pod obrazem paranoidního či paranoidně-halucinatorního syndromu („stíha"). Při dlouhodobém užívání se vývoj podobá funkčním paranoidním syndromům. Psychóza se rozvíjí pozvolna, začíná senzitivní vztahovačností, zpočátku je přítomný náhled, který později mizí. Hlavní rysy rozvinuté toxické psychózy u uživatelů stimulancií jsou:

– zřetelné paranoidní domněnky, že klientovi chce někdo ublížit,
– zřetelné postižení nálady,
– zrakové, sluchové a taktilní halucinace (obrazu mo-

[1] Viz kapitola 3/9.
[2] Podrobněji viz kapitola 2/2.
[3] Několikadenní opakované užití, typické pro začátek drogové kariéry uživatelů stimulancií.
[4] Viz kapitola 3/2.

hou dominovat zrakové halucinace, u kokainu většinou dominují halucinace taktilní).

Klinický obraz toxické psychózy je mnohdy neodlišitelný od schizofrenie a odlišení je nutné provést i na základě ostatních znaků. Rozvinutá toxická psychóza je indikací k hospitalizaci. Záleží na aktuálním stavu postiženého: chybí-li kontakt s realitou, jsou-li přítomny suicidiální myšlenky a halucinace, není vyhnutí. Toxická psychóza u uživatelů stimulancií velmi dobře reaguje na antipsychotickou léčbu psychofarmaky a po léčbě odezní bez následků a rezidua.

Kokain

Charakteristika a původ: Kokain je alkaloid jihoamerického keře Erythroxilon koka LAM (koka pravá). Patří mezi tropanové alkaloidy, výchozí látkou pro syntézu je aminokyselina arginin. Medicínsky se využívá ve formě Cocainum chloratum nebo hydrochloricum (bílé šupinovité, lesklé krystaly, bez zápachu, nahořklé chuti a znecitlivují jazyk). Chemicky byl kokain izolován r. 1859, jeho učinky jako lokálního anestetika objevil pro medicínu Sigmund Freud[5]. V roce 1878 začal Bentley léčit kokainem morfinisty, a tím přispěl k rozšíření kokainismu.

Rozšíření: Zneužívání kokainu postihuje epidemicky především USA a Kanadu, rostoucí problém představuje ve Velké Británii, kontinentální Evropa s výjimkou Holandska není zatím příliš zasažena. Ve střední Evropě včetně ČR je kokain okrajovou drogou, i když jsou i u nás známky jeho zvýšeného užívání v určitých spíše finančně privilegovaných skupinách.

Aplikace a dávkování: Tradičním způsobem aplikace je žvýkání kokových listů, které se v našich podmínkách nevyskytuje a žvýkači denně spotřebují asi 25 – 50 g kokových listů (0,05 – 0,1 g kokainu). Užívání kokainu je nejčastější šňupáním, injekční aplikace je méně častá. Množství přijaté drogy je individuální, pohybuje se od desetin gramu do 20 – 30 g denně. Crack (chemicky forma volné báze) lze kouřit. Jednorázová dávka bývá 10 – 120 mg. Biologická dostupnost je 20 – 30 % při intranasální aplikaci (aplikuje se hydrochlorid), ve formě volné báze (crack) až 32 %.

Akutní účinky: Mechanismus účinku je podobný jako u jiných stimulancií. Rychlost nástupu závisí na formě podání. Účinky kokainu trvají poměrně krátce, již po 30. minutách ustupují, poločas vylučování je 0,7 – 1,5 hodiny (podle užité dávky). Možnost detekce v moči je u kokainu jen asi 3 – 6 hodin, jeho metabolity lze zachytit do 3 dnů.

Nástup účinku se tělesně projeví vzestupem krevního tlaku, zrychlením pulsu, rozšířením zornic (mydriasou), pocením, bledostí a nevolností. Pocity při prvním užití mohou být i nepříjemné (srdeční slabost, třes rukou, mrazení) a teprve opakované užívání vede k euforii. Kokainista je veselý, družný, má halucinace příjemného obsahu, dostavuje se touha po pohybu a zvýšeném výkonu. Stav připomíná hypomanii – intoxikovaný je často na první pohled nápadný přebytkem energie, hovorností, často hyperaktivitou až agitovaným neklidem. Dostavuje se euforie, nápadné jsou poruchy chování, vymizení zábran, vystupňovaný sexuální pud vede k nymfomanickému chování u žen, u mužů také roste chuť, ale často klesá schopnost pud ukojit (vzrůst apetence, pokles potence). U některých uživatelů se objeví lenivá snivost spojená s halucinacemi. Kokain je silné anorektikum (snižuje chuť k jídlu). Anorexie vede k nápadné, často viditelně nezdravé hubenosti, organismus trpí podvýživou.

Dlouhodobé účinky a komplikace: Kokain nevyvolává somatickou závislost, o to mocnější je ale *závislost psychická*. Někteří autoři považují závislost na kokainu za vůbec nejsilnější. Dlouhodobé užívání se děje typicky v tazích, chronická otrava vede k vzestupu tolerance k účinkům euforizujícím, současně se objevují stavy úzkosti, panické ataky a paranoidní psychotické epizody.

Užívání kokainu představuje ohromnou zátěž pro kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Dlouhodobé šňupání vede k poškození nosní sliznice, často nevratnému, mohou se objevit i nekrózy (místní odúmrť) v oblasti nosu, postižení či ztráta čichu je pravidlem.

Při těžké akutní otravě se objevují záškuby a křeče, stoupá teplota a slábne krevní oběh. Otrávený nakonec kolabuje a umírá v důsledku ochrnutí dýchacího centra.

Běžné jsou psychotické epizody paranoidního charakteru – *toxické psychózy*. Typické bývají tělové halucinace, při nichž má postižený dojem, že je napaden hmyzem. Postižený trpí pocity sledování, které mohou vést až k agresivitě, či suicidiu. Toxická psychóza po vysazení drogy obyčejně bez následků odeznívá. Stává se však, že u disponovaných osob může přetrvávat.

[5] Viz Kudrle, kapitola 1/9, Historie užívání a zneužívání psychotropních látek.

Odvykací syndrom: odvykání se děje v několika fázích:
1) Bezprostředně po vysazení se dostavuje únava, často několikadenní spánek přerušovaný epizodami bdělosti se silným hladem a příjmem velkého množství potravy. Dostavuje se deprese, úzkost, svět se abstinujícímu jevů bezútěšně šedivý, mohou se dostavit sebevražedné myšlenky.
2) Abstinující se mírně zrestauroval, odpočinul si a nasytil se, dostavuje se obyčejně silná touha po droze, vzhledem ke zlepšené tělesné kondici často dochází k relapsům. Přetrvává depresivní prožívání, dostavuje se podrážděnost, někdy se objevují poruchy spánku. Trvá řádově dny až týdny.
3) Fáze mírnějších obtíží, depresivní symptomatologie postupně odeznívá, touha po aplikaci drogy slábne, i když někdy se dostavuje v neztenčené síle. Obyčejně trvá několik týdnů až měsíců.

Podpůrná farmakologická léčba obyčejně není nutná, často je spíše nevhodná. Při silné depresivní atace se doporučují antidepresiva ze skupiny S.S.R.I., která zvyšují hladinu serotoninu a odstraňují vyčerpání interneuronálních synapsí, někdy je možné pokusit se o farmakologickou podporu látkami, které specificky zlepšují metabolismus nervových buněk (nootropika). Toxická psychóza často odezní sama při pouhém vysazení drogy, při vážnějších potížích nebo protrahovaném průběhu se používají neuroleptika. Při poškození nosní sliznice se osvědčil nosní olej s vitaminy A a E (Coldastop).

Pervitin a skupina budivých aminů

Pervitin (perník, péčko, piko, peří) patří mezi budivé aminy. Ty byly objeveny a připraveny k použití poměrně pozdě, první zástupce – amfetamin – byl syntetizován až v r. 1887. Jeho působení bylo prozkoumáno až počátkem 20. stol. a ještě v r. 1939 byl považován návyk za vyloučený. Za necelý rok však již popsali zneužívání amfetaminu v USA. Skupina budivých aminů má stovky zástupců, vedle amfetaminu a metamfetaminu (pervitinu) je to např. MDMA neboli extáze[6], a také bohatou historii jako léky proti únavě, narkolepsii, nadměrné chuti k jídlu nebo jako látky zneužívané armádou pro vyšší výkon bojových jednotek[7].

Ve světě nejrozšířenější droga této skupiny je *amfetamin*, který se u nás vyskytuje pouze v některých oblastech severní Moravy. Má obdobné, avšak o něco slabší účinky než v ČR dominující metamfetamin (pervitin).

Charakteristiky a rozšíření pervitinu: Pervitin, genericky metamfetamin, chemicky pravotočivý fenylmethylaminopropan je účinnější než Amfetamin. Čistý má formu mikrokrystalického bílého prášku, bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu je často zabarven do žluta či do fialova, protože obsahuje zbytky látek používaných při domácí výrobě, neboli „varu". Výchozí látkou je efedrin, k výrobě se používá louh, červený fosfor. Výrobce – „vařič" – musí mít znalosti na úrovni chemické průmyslovky, protože nedokonalým „varem" může syntéza skončit ve fázi meziproduktu, což zvyšuje riziko pro uživatele (pro obtížněji kontrolovatelný účinek a toxické příměsi).

Z nelegálních drog s vysokým potenciálem pro závislost (v holandské terminologii „drogy s neakceptovatelným společenským rizikem") je pervitin v ČR nejrozšířenější, i když v Praze a některých regionech již zaujímá první místo heroin. Z českého trhu pervitin proniká na západoevropské trhy pod názvem „čeko".

Aplikace, dávkování, mechanismus účinku: Pervitin se aplikuje ústy, šňupáním nebo nitrožilně, což je v ČR nejčastější způsob aplikace. Běžné *dávky* se pohybují od 50 do 250 mg. Literatura popisuje užívání denních dávek nad 1 g. Látky ze skupiny budivých aminů se používají (nebo používaly) i léčebně, ovšem v dávkách daleko nižších. Nejvyšší povolená terapeutická dávka je asi 3x menší než oněch zmíněných 50 mg. Účinek nastupuje u i. v. *aplikace* ihned, u sniffingu za 5 – 10 minut, při užití per os do 1 hodiny. Hlavní příznaky intoxikace zmizí za 8 – 24 hodin. Z těla se *vylučuje* močí z velké části nezměněn po řadu dní (v moči se objevuje již za 20 min. po aplikaci). Biologický poločas je 12 – 34 hod. Jeho průkaz laboratorními metodami v moči je možný po 2. – 14. dnech.

V CNS pervitin zvyšuje koncetraci mediátorů-monoaminů (dopaminu, noradrenalinu a serotoninu) v interneuronálních synapsích. Po odeznění efektu dochází k depleci (nedostatku) neuromediátorů, to je příčinou nepříjemného stavu, tzv. „dojezdu".

Učinky akutní a chronické: Pervitin je *psychomotorické stimulans* (psychostimulans) – zřetelně ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce, užití vede k euforii, snižuje únavu, navozuje stereotypní chování, působí nechutenství (anorexii). Uvolňuje v těle zásoby energie, zvyšuje výkonnost celého organismu. Urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid – ty-

[6] Viz Minařík a Páleníček, kapitola 3/9, MDMA a jiné drogy „technoscény".
[7] Viz Kudrle, kapitola 1/9, Historie užívání a zneužívání psychotropních látek.

pická je tzv. „vykroucenost". Zvyšuje krevní tlak a tep, stoupá dechová frekvence. Zorničky jsou rozšířené (mydriáza). Zvyšuje pohotovost ke křečím. Ustupuje pocit únavy, organismus pracuje s vypětím sil až do vyčerpání.

Pervitin urychluje tok myšlenek, často na úkor kvality (hlavně při opakovaném užití), zvyšuje pozornost a soustředěnost. Zlepšuje schopnost empatie, odstraňuje zábrany. Nastupuje euforie, pocit sebejistoty a rozhodnost. Intoxikovaný nemá potřebu spánku. Působí anxiogenně (může navodit strach a úzkost). Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s hlubokými pocity vyčerpání a celkovou skleslostí (dojezd).

Akutní intoxikace: při prvním požití často bolest v čele, úzkost. Akutní intoxikace se projevuje silným drážděním sympatiku, dále neklid, hyperaktivita, bolesti hlavy, mydriáza, tachykardie s arytmiemi, hyperreflexie, u běžných otrav nastává hyperpyrézie (vzestup tělesné teploty), někdy křeče a delirium. Předávkovaný pociťuje těžkou bolest na hrudi a může upadnout do bezvědomí na 1 – 2 hod. U sportovců, kteří požili amfetamin jako doping, došlo až k naprostému fyzickému vyčerpání a smrti, protože látka zvýšila pocit tělesné výkonnosti a způsobila tak ztrátu schopnosti posoudit hranice somatických možností.

Chronická intoxikace: jako následek chronického užívání mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí (asi u 10 % zemřelých nalezeny změny na mozku). Závislý je neklidný, pociťuje napětí, úzkost, předrážděnost, poruchy spánku, panikaření, nevolnost, zvracení, sucho v ústech. Při dlouhodobém užívání se dostavuje celková sešlost z podvýživy (pervitin *snižuje chuť k jídlu* a látky s podobným efektem se užívají/užívaly jako anorektika), třes, bolesti u srdce a bolesti kloubů, zvýšení šlachových a okosticových reflexů, široké nereagující zorničky, hemorhagie (krvácení) v plicích, játrech, ve slezině.

Psychické komplikace: halucinace, strach, neklid, vztahovačnost, deprese, sebevražedné tendence, podezíravost, chorobná žárlivost, stavy zmatenosti. Objevují se poruchy paměti a neschopnost koncentrace. Při chronické intoxikaci nebo při užití velmi vysoké dávky se rozvíjí *toxická psychóza* pod obrazem paranoidně-halucinatorního syndromu, tzv. „stíha" (pozdobněji viz úvodní oddíl této kapitoly – „Stimulancia obecně").

Odvykací syndrom: je pouze psychický, s obdobným průběhem jako u kokainu (viz výše).

Zdravotní a sociální rizika: Riziko vzniku závislosti je značné, i když poněkud nižší než u kokainu. Má následující rysy: 1) rychle vznikující psychický návyk, 2) nepřítomnost fyzické závislosti, 3) rychlý vzestup tolerance až k psychotickým dávkám. Uživatel pervitinu může mít delší dobu dojem (a říkat to), že má „drogu pod kontrolou".

Kombinováním pervitinu s jinými drogami či léky zvyšuje pravděpodobnost nežádoucích účinků. Život ohrožující je užití spolu s MAO inhibitory (antidepresiva).

Další zdravotní rizika plynou z nitrožilního užívání a z komplikací popsaných v předchozích odstavcích. Časté je samoléčení toxických psychóz heroinem, což vede k závislosti na heroinu se všemi dalšími důsledky[8]. Sociální konsekvence (sociální dezintegrace, kriminalita, prostituce) mohou být u rozvinuté závislosti na pervitinu obdobné jako u heroinistů.

Léčebné intervence u závislých na pervitinu zahrnují širokou škálu poradenských přístupů, ambulantní a intenzivní ambulantní léčby, léčby ústavní i rezidenční léčby v terapeutických komunitách. Jde v podstatě vždy o léčbu vedoucí k abstinenci, protože možnost substituční léčby prakticky neexistuje, resp. dosavadní pokusy se substitucí stimulanty či buprenorfinem mají spíše rozporuplné výsledky.

[8] Viz Minařík, kapitola 3/2, Opioidy a opiáty.

Summary Psychostimulants

Psychostimulants are substances of various chemical structure. They stimulate CNS and increase psychomotoric pace and vigility. Central mechanism of effect depends on dopamine, serotonine and noradrenaline systems. Intoxication is characterised, among others, by feelings of energy and high competence, physically by heart acceleration, high blood pressure, dilatation of bronchi, anorexia and mydriasis. After intoxication there is typical fall into exhaustion. Stimulant drugs may provoke paranoid syndrome or even psychosis. Addiction usually results from several months of using. Withdrawal syndrome is also described in the chapter: several days of exhaustion, sleeping, hunger and consumption of enormous amount of food. Typical representatives of stimulants belonging to the high risk drugs are cocaine, amphetamine and the most widespread Czech stimulant metamphetamine (pervitine).

Key words: amphetamine – cocaine – pervitine (methamphetamine) – psychic dependence – stimulant drugs – toxic/paranoid psychosis

Literatura viz seznam u kapitoly 3/2

MUDr. Jakub Minařík – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 3/2

3/4 Halucinogenní drogy Michal Miovský

Klíčová slova: „bad trip" – durman – halucinogeny – LSD – lysohlávky – psilocybin

1. Charakteristika

Halucinogenní drogy jsou jednou z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Velikou pozornost vědců i laiků přitahují nejen jejich velmi neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka, ale především jistá nevyzpytatelnost, tajemnost, možná až mystičnost spojovaná s těmito účinky a využívaná lidskou kulturou od nepaměti.

Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek. Obecně je lze rozdělit do tří základních skupin:

– přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. mezkalin, durman, psilocybin atd.)
– přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. bufetenin)
– semisyntetické a syntetické, tj. poloumělé a umělé halucinogenní drogy (např. LSD a PCP – „andělský prach")

Samotné označení halucinogenní drogy prošlo složitým vývojem. Název zavedli v roce 1954 Osmond, Smythies a Hoff, ve starší literatuře se je možné setkat s termíny jako např. delirogeny, psychotomimetika, psychodysleptika, fantastika, psychedelika atd.

Pravděpodobně největšími impulsy ve výzkumu byla jednak série výzkumných studií účinků mezkalinu a jednak objevení LSD a jejího účinku na psychiku člověka Albertem Hoffmanem (viz Hoffmann, 1996), který se po dlouhá desetiletí věnoval vědecké práci v oblasti farmaceutického průmyslu a který mj. stál také u zrodu syntetické přípravy psilocybinu. 50. a 60. léta našeho století se díky bouřlivému vývoji výzkumu v této oblasti natrvalo zapsala jako éra masivního výzkumu psychedelických látek, který nemá obdobu a který se také stal po dlouhé následující období velmi žádaným, vyhledávaným a vděčným mediálním tématem, k němuž se upírala pozornost laické i odborné veřejnosti. Bohužel však podobně jako v kterékoli jiné oblasti podobná pozornost médií ani tomuto odvětví vědy nepřinesla mnoho dobrého a naopak se po masovém rozšíření užívání halucinogenních látek mezi mládeží v průběhu 60. let stala jedním faktorů, které přispěly k zastavení a zákazu výzkumu. Česká republika patřila ke světové špičce ve výzkumu účinků halucinogenních látek (včetně výzkumu klinického) a výzkumné práce Stanislava Grofa, Milana Hausnera či Jiřího Roubíčka a dalších odborníků patřily k nejlepším v oboru.

S halucinogenními látkami (zejména s LSD a psilocybinem) se kromě jiného experimentovalo v rámci psychoterapie k usnadnění a urychlení terapeutického procesu u těžších neuróz, poruch osobnosti, závislostí i u psychóz, a rovněž v psychoterapii umírajících. Stanislav Grof pak v návaznosti na terapeutickou práci za využití LSD, se svojí ženou rozvinul metodu holotropního dýchání. Zákazem používání LSD počátkem 70. let se pozoruhodná éra „psychodysleptické" či „psychedelické" psychoterapie výrazně utlumila a pozvolnou renesanci prodělává až po roce 1997, po konání mezinárodní konference ve Švýcarsku. Ta přinesla podněty k revizi hodnocení výzkumů prováděných v 50. a 60. letech a dala podněty k navazující výzkumné práci.

2. Nejčastější halucinogeny

LSD

LSD se na našem současném černém trhu objevuje téměř výhradně ve formě tzv. tripů či krystalů. V prvním případě se jedná o malé papírové čtverečky s potiskem zobrazujícím různé symboly. Ve druhém případě pak jde o malé granulky většinou tmavomodré či zelené barvy, připomínající umělé hnojivo. Oba přípravky se užívají perorálně, postupným rozpouštěním v ústech pod jazykem.

Účinnou látkou je diethylamid kyseliny lysergové – LSD-25. Účinná látka musí být vázána na látku jinou (matrici). U nelegálně vyráběné drogy zaznamenáváme výrazné výkyvy v obsahu aktivních látek a značný podíl různých dalších příměsí a nečistot. Někdy se jedná o příměsi, jejichž přítomnost je ze strany ilegálních výrobců záměrná, obvykle se jedná o látky ze skupiny stimulancií (relativně frekventovaná bývá např. kombinace s extází). Proto v případě tripů a krystalů nelze hovořit o „čistém" účinku LSD, ale o kombinovaném účinku více psychoaktivních látek. V důsledku toho můžeme hovořit o zhoršené předvídatelnosti účinku a tím i zvýšení rizika výskytu nepříjemných reakcí u méně zkušených uživatelů. Potisk tripů (různé symboly) je ze strany uživatelů spojován s určitou „klasifikací" kvality. Díky velkému množství různých ilegálních výrobců a různé úrovni technologického zpracování se

však na černém trhu v obsahu účinných látek setkáváme s výraznými kvalitativními i kvantitativními výkyvy. Zatímco během 60. a 70. let se obsah účinné látky pohyboval v řádech stovek mikrogramů (150 – 300 mikrogramů), dnes se obvykle řádově jedná o desítky mikrogramů (50 – 80 mikrogramů) účinné látky.

Mezi středoškolskou mládeží má s jejím užitím zkušenost dle regionů 8 – 14 %. Užívání této drogy v současnosti zaznamenáváme převážně vázáné na subkulturní prostředí se specifickou hudbou, oblékáním a dalšími módními trendy. V rámci tzv. taneční scény patří LSD k relativně oblíbených a rozšířeným drogám, přestože tomuto prostředí jasně dominuje „extáze". Výlučné zaměření na LSD a používání LSD v uměleckých a meditačních experimentech, známé z 50. a 60. let, se dnes vyskytuje zřídka.

Psilocybin

Psilocybin je psychicky velmi aktivní látkou obsaženou v houbách rodu Lysohlávek. Ty se běžně vyskytují na velké části území ČR.

Tato historicky velmi stará a známá droga patří k u nás nejrozšířenějším přírodním halucinogenním látkám. Zkušenost s ní má podle regionu 5 – 9 % středoškoláků v ČR. Na černém trhu se většinou objevují sušené části houby, většinou pouze klobouky. Zatímco černý trh s jinými drogami má relativně ustálený charakter, nedá se totéž říci o lysohlávkách. Jejich cena je velmi kolísavá a z větší části se jedná spíše o darování či výměnu, nežli prodej. Dostupnost této houby je poměrně snadná díky jednoduchému sběru a sušení. Množství aktivní látky v houbě nelze odhadnout, což s sebou přináší velké riziko spojené s kontrolou intoxikace. Užívá se perorálně. Někdy pro zmírnění (potlačení) nepříjemné chuti bývají klobouky máčeny v medu. Lysohlávky lze označit spíše jako příležitostnou (sezónní) doplňkovou drogu, jinak je její užití úzce vázáno na specifické subkulturní skupiny.

Ostatní halucinogeny

V ČR se kromě dvou výše jmenovaných látek vyskytuje značné množství dalších halucinogenů. Jejich rozšířenost je však relativně malá, což není způsobeno pouze obtížemi s dostupností či složitostí přípravy, ale také charakterem účinku, kterým se jen obtížně mohou srovnávat se známými a zneužívanými látkami. Dalším důvodem, proč nejsou tyto látky více rozšířeny, je bezesporu i jejich mnohem vyšší nebezpečnost a rizika spojená s požitím vyšších dávek. Do této skupiny patří například bufotenin (ropuší jed), muscarin (jed obsažený v muchomůrce červené) a mnoho dalších. Ve světové literatuře je popsáno mnoho stovek různých halucinogenních látek rostlinného i živočišného původu. Za všechny jmenujme alespoň mezkalin (získávaný z kaktusu Lophophora Williamsi), iboga, bulbocapnin a další. V posledních několika letech se stále častěji objevují otravy způsobené požitím některé z rostlin čeledi lilkovitých (Solanaceae). Nejčastěji se jedná o durman (Datura stramonium) či rulík zlomocný (Atropa belladona). Účinek alkaloidů těchto rostlin byl dobře znám již ve středověku. Díky nezkušenosti a malé možnosti regulovat dávkování však mohou experimenty s těmito rostlinami vést k vážným otravám, končících i smrtí.

3. Účinky

Účinky obou látek (LSD a psilocybinu) si jsou vzájemně velmi podobné. Po krátkém období latence (řádově několika minut až jedné hodiny) se objevují první příznaky intoxikace. Nástup i účinky jsou velmi závislé na množství požité látky, její čistoty a individuální citlivosti vůči jejímu účinku. Nástup bývá doprovázen pocity mírného chvění, neschopnosti ovládat pohyby, někdy pocity závratě či nevolnosti. Jen velmi výjimečně dochází k výraznější nevolnosti až pocitům zvracení. Po krátké chvíli však dochází k odeznění těchto příznaků. U lysohlávek bývají tělesné příznaky výraznější, často spojené s mírným třesem a neklidem, doprovázeným zvýšeným tlakem krve a tepu. Výjimečně stav může přejít do výrazně neklidného až agresivního jednání. Celková délka intoxikace se v závislosti na požité dávce pohybuje mezi 4 – 8 hodinami, jen výjimečně déle.

Neurobiologické mechanismy účinku halucinogenních látek v mozku souvisejí s jejich vlivem na specifické serotonergní receptory. Ve vazbě na tyto receptory působí jako agonisté a antagonisté serotoninu a dopaminu.

U nižších dávek je charakteristický výskyt iluzí a pseudohalucinací. Typický je výraznější sklon k ornamentalizaci, zvýšené citlivosti k prostorovému vnímání a vnímání barev. Častý je výskyt barevných kaleidoskopických obrazců. V drtivé většině případů je intoxikace doprovázena pocity mírné euforie, dobrou náladou, někdy přecházející až v nabuzený extatický stav. Někdy ale také dochází k objevení nepohody, úzkosti, občas též k depresi.

Vyšší dávky látky mohou navodit intenzivní halucinatorní stav bez možnosti ovlivnění vůlí, což osoby se silnou potřebou kontroly a sebekontroly mohou vnímat velmi negativně. Tímto mechanismem může dojít k výskytu tzv. bad tripu. Vysoké dávky mohou způsobit vý-

raznější poruchy myšlení, zvýšenou vztahovačnost až paranoiditu, doprovázenou poruchami paměti, úsudku a pozornosti.

Velmi zajímavými a potenciálně rizikovými jevy jsou depersonalizace a derealizace. Depersonalizace (odosobnění) může být prožíváno tělesně jako pocit ztráty citlivosti v části či celém těle (v extrémním případě ve spojení s halucinacemi může dojít k pocitu chybění končetiny apod.), dále duševně například pocitem ztráty schopnosti empatie (vcítění), vřelých pocitů, lásky, nenávisti apod. Derealizační pocity pak mohou navodit stav úplného odcizení vlastního těla a prožívání a vést postupně až k situaci, kdy intoxikovaný sám sebe vnímá jako „divák" – pozorující postavu v kině, a má dojem naprosté neúčasti na tom, co se děje okolo něj.

Celkový ráz a průběh intoxikace je velmi nepředpověditelný a kromě vlivu samotné látky (a nejistoty co do její koncentrace například u „tripů" či „houbiček") se na průběhu a charakteru stavů podílí celkové „nastavení" jedince, očekávání, únava, individuálně odlišná citlivost a mnoho dalších faktorů, z nichž každý může stavy během intoxikace velmi zásadně změnit. Vedle toho pak je výzkumně prokázán značný (s jinými drogami nesrovnatelný) vliv tzv. „settingu", tedy místa, prostředí kde je droga užívána (s kým, kde, jak, proč, hudba, znalost prostředí a jeho příjemnost atd.). O halucinogenních látkách se traduje – a nejde o žádnou nadsázku – že co do účinku patří k nejméně předvídatelným drogám.

4. Rizika

LSD ani psilocybin u člověka nevyvolávají závislost tak, jak ji známe u jiných skupin drog. Znamená to, že se u nich nevyskytuje tzv. syndrom odnětí drogy. Pokud se setkáváme s náruživými uživateli vykazujícími tendenci k excesívním vzorcům užívání, pak se bez výjimky jedná spíše o součást osobnostních rysů těchto uživatelů a tedy mechanismy nefarmakologické povahy.

Doposud nebyl u LSD popsán případ *předávkování* s následkem smrti. Vysoké dávky však u lysohlávek mohou způsob vážná a nevratná poškození jater nebo ledvin (u muchomůrek je díky přítomnosti množství dalších toxických látek riziko mnohanásobně vyšší).

U lidí s vrozeným srdečním onemocněním (ať již latentním či manifestovaným) může dojít k různým *srdečním komplikacím*, způsobeným velkými výkyvy tlaku krve a zrychlené srdeční činnosti.
Psychologická rizika: značné riziko u této skupiny látek představuje neznalost množství aktivní látky v substanci a v případě LSD také neznalost obsahu dalších látek na jiné bázi (např. amfetaminů) nebo nečistot. To vše může způsobit *neočekávaný účinek* a vést k tzv. bad tripu. Při „špatném naladění", tedy například při déletrvající depresi z rozchodu s partnerem nebo při intoxikaci na místě, kde to není příjemné a/nebo s lidmi, kteří jsou nepříjemní a neznámí, může dojít k *rozvoji paranoidního stavu*, kdy má dotyčný pocit, že je ostatními sledován, že se na něj stále dívají, pozorují ho, hodnotí. Může se objevit i strach, že bude zatčen policií za užívání „tripu" (přestože již tuto nezákonnou drogu nemá u sebe) atd.

U predisponovaných osob, tedy osob s vytvořenou či vrozenou dispozicí může dojít k rozvoji velmi intenzivních, hlubokých *depresivních stavů* či *stavů úzkosti a napětí*. Ty mohou při vystupňování přejít až do panického stavu, kdy hrozí nebezpeční sebepoškození či naopak agrese k okolí. Občas se to může stát při nepřipravenosti k požití velmi vysoké dávky (tady je nutno znovu upozornit na obecnou nemožnost ověřit si koncentraci aktivní látky v kupovaném tripu či nalezené houbě; konzument vlastně nikdy přesně neví, kolik účinné látky pozře).

Výjimečně může u disponovaných jedinců (či při velmi vysoké dávce při dlouhodobém užívání) dojít k mírným stavům *zmatenosti*. Ty za určitých okolností mohou přejít až do *psychotické roviny* – tedy projevit se stavem zmatenosti, *dezorientace, poruch myšlení, emocí* apod. Výjimečná není *agrese* k sobě sama (až po sebevraždu) či k okolí. V případě delšího přetrvávání těchto stavů je nutné posouzení psychiatrem. Zde se nejčastěji jedná o *provokaci* latentního duševního onemocnění, kde halucinogenní látka může sehrát úlohu spouštěcího mechanismu (podobně jako v případě rozvoje dlouhodobé hluboké deprese, pokračující i po odeznění intoxikace). K tomu může dojít i při jednorázové první zkušenosti s touto drogou a toto riziko patří pravděpodobně k nejvýraznějším. Neexistuje totiž možnost kvalifikovaně předvídat, u koho nastane a u koho ne.

Většina výše popsaných stavů postupně ustupuje s odeznívající intoxikací. V případě delšího průběhu je nanejvýš nutné kontaktovat lékaře, nejlépe psychiatra. Ačkoli část výzkumných studií přinesla důkazy o tom, že LSD může způsobovat genetické mutace zejména v období prvních tří měsíců těhotenství, je celkový potenciál této látky způsobovat podobná poškození několikanásobně nižší než například u kávy. Většina popsaných stavů postupně ustupuje s odeznívající intoxikací. V případě delšího průběhu je nanejvýš nutné kontaktovat lékaře, nejlépe psychiatra.

Výrazně rizikové mohou být experimenty s rostlinnými halucinogeny. Při jejich dlouhodobém užívání v dávkách schopných vyvolávat halucinace (nebo jednorázovém požití velkého množství) může dojít k nevratným poškozením zejména jaterního parenchymu (lysohlávky, muchomůrky). Intoxikace alkaloidy durmanu představuje vážné riziko zejména u kardiaků, avšak i u zdravých jedinců může intoxikace vyšší dávkou vést k závažným komplikacím.

5. Odborné intervence

S uživateli halucinogenních látek se v běžné adiktologické praxi nesetkáváme. Výjimku tvoří tři relativně málo početné skupiny případů. U první z nich se jedná o klienty, u nichž se na motivaci vyhledat odbornou péči výrazně podílí tlak rodiny či školy nebo výskyt psychických komplikací. Většinou dostačují intervence poradenského typu nebo krátkodobá psychoterapie, zaměřená např. na řešení psychologických problémů, které k užívání drogy mohou vést. Ústavní léčba v zařízeních pro drogově závislé obvykle není nutná ani vhodná.

Druhou skupinu klientů tvoří nezkušení experimentátoři, u nichž droga během intoxikace vyvolá nečekaný a nepříjemný stav. Tito klienti přicházejí s nejistotou a vystrašením zda se „něco nemohlo během intoxikace stát" a zda „to nemůže mít nějaké následky" apod. V těchto případech je obvykle zcela dostačující citlivá poradenská intervence, na kterou může případně navázat krátkodobá psychoterapie zaměřená na práci s důvody, které klienta vedly k experimentům.

Nejzávažnější je třetí skupina klientů, u nichž se v souvislosti s intoxikací objevují výrazné psychické komplikace (ať již v souvislosti s předchozí psychiatrickou léčbou či bez ní). Tito klienti jsou indikovaní pro psychiatrickou léčbu a v jejich případě nelze díky vysokému riziku výskytu komplikací brát ani krátkodobé experimenty s halucinogenními látkami na lehkou váhu.

Summary Hallucinogenous Drugs

In this chapter the author presents a short overview of hallucinogens, divided into three categories: natural plant and mushroom hallucinogens, natural hallucinogens of animal origin, and semi-synthetic and synthetic hallucinogens. Further, the chapter describes the effects of these drugs on the human level, the risks related to using this type of drugs, and the consequences for treatment. As characteristic examples, the author presents the two most popular hallucinogens – LSD and psilocybine.

Key words: „bad trip" – hallucinogens – mushrooms – LSD – psilocybine

Literatura

■ Csémy L.: Pití alkoholu a užívání drog u dospívajících. Srovnání změn během druhé poloviny 90. let. In: Sovinová H., Csémy L., Sadílek P.: Zdraví a škodlivé návyky. Státní zdravotní ústav, Praha, 1999

■ Griffith P. a kol.: New trends in synthetic drugs in EU. EMCDDA, Lisabon, 1997

■ Grof S.: Za hranice mozku. Gema, Praha, 1992

■ Grof S., Dytrych Z.: LSD-25 a jeho využití v klinické praxi. Zprávy č.2., VÚPs, Praha, 1965

■ Hoffmann A.: LSD – mé nezvedené dítě. M. Háša-Profes, Praha, 1996

■ Horowitz J.: Flashback: Recurrent Intrusive Images After the Use of LSD. Amer. J. Psychiat., 126, No. 4, 1969

■ Miovský M.: LSD a jiné halucinogeny. Albert, Boskovice, 1996

■ Miovský M., Urbánek. T.: NEAD 2000. Zprávy z výzkumu za jednotlivé okresy (1 – 31). Albert, Boskovice, 2001

■ Roubíček J.: Experimentální psychózy. Státní zdravotnické nakladatelství, Praha, 1961

PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Pracuje jako výzkumný pracovník Psychologického ústavu Akademie věd v Brně a odborný asistent na katedře psychologie FFUP v Olomouci. Zaměřuje se zejména na oblast užívání tzv. rekreačních drog, adiktologický výzkum obecně, metodologii psychologického výzkumu zejména (zejména aplikaci kvalitativního přístupu a metod). V minulosti pracoval jako psychoterapeut a později ředitel sekce léčebných zařízení ve sdružení Podané Ruce, Brno. Výzkumně se aktuálně věnuje uživatelům konopných drog, aplikaci evaluativních nástrojů a technik v oblasti léčebné a preventivní péče a zavádění standardních epidemiologických indikátorů v adiktologickém výzkumu v ČR. Mj. se podílel na projektu PAD jako vedoucí kvalitativní části. Je předsedou sdružení SCAN vydávajícího odborný časopis Adiktologie.

Kontakt: Psychologický ústav Akademie věd ČR, Veveří 97, 616 00 Brno

E-mail: miovsky@psu.cas.cz

Klíčová slova: cannabis – konopné drogy – hašiš – marihuana

1. Charakteristika, původ, rozšíření

O konopných drogách se někdy hovoří jako o něčem, co do Evropy bylo přivezeno až v novověku a o něčem, co nemá v jejím kulturně-historickém kontextu tradici. Moderní výzkumy prokázaly, že takovéto představy jsou mylné. Poslední výsledky naopak ukazují, že konopné drogy jsou látkami, které byly v Evropě známy a zřejmě též užívány ve velmi hluboké historii. Pravděpodobně nejodvážnější současný odhad pochází od Richarda Schultese, který předpokládá, že první pokusy o pěstování konopí, mohou být datovány někdy do doby okolo 10 000 let př. Kr. Z poměrně mnoha nálezů semínek konopí na různých archeologických nalezištích prehistorické Evropy (Rumunsko, Rakousko, Švýcarsko, Německo) vedly dalšího badatele Richarda Rudgleyho k domněnce, že pro nitrofilní rostlinu jako je konopí mohla taková na organický dusík bohatá místa, jako smetiště či kompost okolo osad, být naprosto ideálním místem. Pro konopí rostoucí jako plevel tak mohly být vytvořeny optimální předpoklady k jeho zdomácnění. Názory obou vědců podporují četné nálezy například polypodních keramických misek sloužících s největší pravděpodobností k pálení konopí. Tyto nálezy jsou datovány do období okolo r. 3000 př. Kr.

Zdaleka nejstarším známým písemným dokladem o užívání konopí je farmakologické pojednání připisované legendárnímu čínskému císaři Šen-nungovi a datované do období okolo roku 2 737 let př. Kr. To se však do dnešních dnů fyzicky nedochovalo a informaci o něm máme z jiného díla, pocházející až z prvního století po Kr., vzniklého za dynastie Han. Podobně je tomu s nejstarší dochovanou čínskou knihou „Knihou písní", v níž je konopí také zmíněno a která se navíc odvolává na prameny až o 2000 let starší, než je sama. Prvním z evropských autorů zmiňujícím se o konopí byl až řecký filozof a historik Herodotos z Halikarnasu. Ačkoli jeho květnaté popisy byly dlouhou dobu považovány více za básnická díla, než za seriózní práce, ukázalo se nakonec, že tento řecký učenec popsal staré skythské rituály velmi věrně a přesně. Od něj také pochází název drogy kanabis, neboť „kanabos" v překladu znamená hlučný a právě hlučnost je jedním z charakteristických projevů chování skupinového užívání.

V taxonomii a botanice konopí vládla v minulosti poměrně značná nejednotnost. Obvykle se rozlišují tři druhy:

– Cannabis sativa (Linné 1737)
– Cannabis indica (Lamarck 1783)
– Cannabis ruderalis (Janischewsky 1924)

Jiná botanická klasifikace uvádí, že rod Cannabis je pouze jeden velmi variabilní druh, Cannabis sativa, s dvěma poddruhy, sativa a indica. Všechny druhy konopí jsou dvoudomé, tedy mají jak samčí, tak samičí rostliny. Samičí rostliny jsou jak z hospodářského hlediska, tak z hlediska obsahu psychoaktivních látek významnější. Nejbližším příbuzným konopí je chmel (Humulus lupulus) patřící také do řádu Cannabaceae (konopné).

Původním domovem konopí je pravděpodobně centrální část Asie[1], odkud se díky své pěstitelské nenáročnosti rozšířila prakticky po celém světě. Konopí roste prakticky po celém světě, především pak v oblastech s teplým klimatem. Pěstuje se však i v evropských podmínkách včetně České republiky. Přestože se u nás lze s pěstováním konopí setkat prakticky ve všech částech země, nejvíce se mu daří v oblastech severní a jižní Moravy, kde konopí dosahuje nejvyšší kvality co do obsahu psychoaktivních látek.

2. Účinné látky, mechanismus účinku, využití

Účinné látky, obsažené v užívaných produktech konopí, byly identifikovány až v roce 1964, kdy se zjistilo, že psychicky aktivní jsou látky, dnes nazývané cannabinoidy. Pryskyřice obsahuje čtyři základní látky: D1 – tetrahydrocannabinol se třemi variantami, ze kterých dvě vznikají teprve ukládáním pryskyřice jako artefaktu: cannabidiol (CBD) a cannabinol (CBN).

Cannabidiol je sám o sobě co se účinku na psychiku týká, téměř inaktivní. Za psychicky nejaktivnější látky jsou považovány 8-trans-tetrahydrocannabinol a *delta-9-trans-tetrahydrocannabinol*, jenž je současně zřejmě vůbec psychicky nejaktivnější látkou obsaženou v marihuaně a hašiši. Dále je prozkoumána struktura přibližně dalších 30 cannabinoidů. Pryskyřice

[1] V některých středoasijských oblastech hraje konopí úlohu tzv.ekologické rostliny, která zabraňuje desertifikaci, tj. přeměně krajiny v poušť – viz např. povídky a romány Džingise Ajchmatova z Kazachstánu.

mimo to obsahuje éterické oleje, různé cukry, flavonoidy, alkaloidy a chlorofyl. Ty jsou z hlediska účinku na lidskou psychiku v drtivé většině velmi málo či úplně inaktivní.

Neurobiologickým mechanismem účinku THC je jeho vazba na kanabinoidní receptory v mozku. Za normálních okolností se na tyto receptory vážou endogenní látky s obdobným účinkem, zvané *anandamidy*. Tyto tělu vlastní látky působí euforii a uvolnění. Vnější přívod THC vytěsňuje anandamidy z vazby na kanabinoidní receptory a při dlouhodobém užívání vede k útlumu jejich produkce.

Kanabinoidy mají kromě psychotropního efektu i další zajímavé a potenciálně využitelné vlastnosti. Analgetický vliv spolu s efektivním potlačením nevolnosti a zvracení je již od roku 1991 využíván i terapeuticky při zvládání těchto obtíží u AIDS a chemoterapii nádorových onemocnění. Jedná se o preparát Marinol cps. (dronabinol), který např. v Kanadě mohou preskribovat i praktičtí lékaři. Tentýž lék je v klinickém zkoušení i u terapie Alzheimerovy choroby, kde mj. příznivým vlivem působí na afektivitu nemocných. Dnes je k dispozici množství sdělení o možném uplatnění kanabinoidů v léčbě dalších chorob. Mimo terapie AIDS a přidružených poruch (AIDS-related complex), vedlejších nežádoucích účinků některých léků (především jde o nežádoucí účinky na gastrointestinální trakt a o centrálně navozenou nevolnost) je možno v budoucnu počítat především se syntetickými kanabinoidy i v jiných oblastech. Perspektivní se jeví užití v neurologii (roztroušená sklerosa, migréna či Parkinsonova choroba), ve vnitřním lékařství (THC je účinný bronchodilatans s rychlým nástupem účinku) a v očním lékařství (terapie glaukomu, kdy THC snižuje nitrooční tlak). Další oblastí je léčba chronické bolesti a rovněž léčba afektivních poruch. Tato indikace má historické kořeny: Robert Burton kolem r. 1840 používal kanabis jako lék u deprese a zmiňuje se o tom ve své knize The Anatomy of Melancholy.

3. Formy

Na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány dvě základní formy drogy: *marihuana* (tráva, zelí, maruška apod.) a *hašiš* (haš, čokoláda apod.).

Marihuana

„Marihuana" představuje název pro sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí. Barva je dle kvality zpracování od příjemně plné spíše tmavě zelené až skoro k černo-zelené (v případě rychlého sušení, vlhkého sběru a nekvalitní přípravy). Při dobrém zpracování je látka v menších kouscích, držících v hrudkách při sobě, jemně lepících a s velmi charakteristickým aroma. Pašovaná marihuana obvykle neobsahuje semínka, marihuana vypěstovaná v Čechách někdy nebývá pročištěná.

Marihuana domácí produkce se dle oblasti svého původu pohybuje v mezích 2 – 8 % obsahu aktivních látek. Zahraniční pak někde v rozmezí 6 – 14 % (speciálně upravená pak až 18 % a ve výjimečných případech i více). O určité „revoluci" na černém trhu lze hovořit ve spojitosti s rozvojem technologií pro hydroponii a pěstování při umělém osvětlení (tzv. „indoor"). Šlechtěné vysoce potentní odrůdy tak dosahují značně vysokého obsahu účinných látek přesahujícího někdy až hranici 20 %.

Hašiš

Hašiš je konopná pryskyřice, obvykle obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot. Barvu má tmavě zelenou, spíše přecházející do tmavě hnědé (dle čistoty). Někdy se barevně liší podle původu – v českých zemích nejčastěji světle hnědý z Maroka, tmavě hnědý z Afghánistánu atd. Obsah aktivních látek může být až okolo 40 %. Rozdíl oproti marihuaně v obsahu aktivních látek zároveň určuje základní rozdíl v dynamice účinku obou forem i potenciálních rizik spojených s jejich užíváním. Nové technologie pěstování marihuany však tento rozdíl zmenšují až téměř stírají.

4. Rozšíření a aplikace

Doposud nebyl v ČR proveden žádný kvalitní prevalenční odhad počtu uživatelů konopných drog. Český statistický úřad ve své zprávě „Odhad spotřeby drog v ČR za rok 2000" odhaduje počet dlouhodobých pravidelných uživatelů na 150 000. Tento odhad je však pravděpodobně hrubě podhodnocen a na základě výsledků dalších výzkumů se zdá být realističtější odhad 250 – 350 tisíc uživatelů v ČR. Centrum pro výzkum veřejného mínění (AV ČR) uvádí, že přibližně 10 – 14 % dospělé populace má alespoň jednu zkušenost s těmito látkami za život. Školní studie uvádějí přibližně 35 – 50 % středoškoláků dle regionu s alespoň jednou zkušeností s těmito látkami. Přestože je počet uživatelů vykazován také v rámci indikátoru FTD[2], není možné jej zařadit, neboť je tato skutečnost způsobena chybným užíváním metodiky a uživatelé cannabis nemají do in-

[2] First Treatment Demand – první žádost o léčbu/péči, epidemiologický indikátor incidence uživatelů. Dle definice jsou v jeho rámci vykazování uživatelé stimulancií a opiátů a/nebo uživatelé aplikující drogy injekčně. Viz též Zábranský, kapitola 1/4, Drogová epidemiologie.

dikátoru FTD být vůbec zařazeni. Ze školních studií došlo za posledních 8 let k poměrně výraznému nárůstu. Zatímco v roce 1994 se zkušenost s produkty konopí u středoškoláků pohybovala okolo 15 – 20 % (Miovský a Urbánek, 2002), v roce 2000 se tento údaj pohyboval okolo 35 – 50 % (Miovský a Urbánek, 2001). Nárůst byl patrný zejména v období poloviny 90. let. Zdá se, že v současné době jsme svědky spíše stabilizace těchto hodnot, nežli pokračujícího rychlého nárůstu.

Konopné drogy jsou užívány především *kouřením*. V menším měřítku se objevuje také perorální užití, obvykle jako součást pokrmů či nápojů nejrůznějšího druhu. Určité omezení z hlediska úpravy představuje rozpustnost účinných látek především v oleji a tucích a naopak velmi malá rozpustnost ve vodě. Dávkování bývá velmi proměnlivé a častěji je u nepravidelných uživatelů ovlivňuje množství drogy, kterou mají k dispozici, nežli jiné faktory. U dlouhodobých uživatelů je naopak množství aktuálně užité drogy ovlivněno stále přítomným určitým množstvím v těle. Velmi obecně tak můžeme říci, že se množství požité drogy u marihuany pohybuje od desetin gramu až po několik gramů sušiny (v závislosti na „kvalitě", tj. obsahu aktivních látek a zkušenosti uživatele).

5. Účinky

Jako u všech psychotropních látek, i tady je třeba zdůraznit, že dále popsané účinky konopných drog patří mezi nejčastější, jejich výčet ale nemůže být úplný. Nelze totiž nikdy s naprostou jistotou říci, jak bude intoxikace probíhat. Kromě samotného vlivu látky (a nejistoty co do její koncentrace) se totiž na průběhu a charakteru stavů podílí celkové „nastavení" (setting) jedince, očekávání, prostředí, únava, individuálně odlišná citlivost a mnoho dalších faktorů, z nichž každý může stavy během intoxikace velmi zásadně změnit.

Účinek při vykouření drogy nastupuje obvykle během několika desítek sekund až minut (v závislosti na obsahu aktivních látek). Při perorálním požití nastupuje účinek pomaleji a později, avšak trvá déle. Celková doba účinku po vykouření drogy se pohybuje od 3 – 6 hodin, jen velmi výjimečně u vyšší dávek déle (při perorálním požití je doba účinku výrazně delší).

Mezi nejcharakterističtější účinky konopných látek lze řadit *sucho v ústech* (často velmi intenzívní, někdy až nepříjemné), jemný *pocit chladu a hlad*. Nijak výjimečná není situace, kdy – přestože před intoxikací byla dotyčná osoba plně sytá – po vykouření několika jointů sní „nášup". Pro tento účinek bylo s konopím také experimentováno při léčbě nechutenství. Typická pro konopnou intoxikaci je *deformace ve vnímání času*. Čas se zdá být delší, vše se jakoby vleče a i velmi krátký okamžik se může zdát jako by uběhly celé hodiny. Objevují se rovněž deformace ve vnímání prostoru a sluchové, hmatové a nejčastěji zrakové iluze (začínající často jako zostřené vnímání barev). V drtivé většině případů je intoxikace doprovázena stavem lehké *euforie* a příjemné nálady, která občas může přejít do bouřlivého a nezadržitelného dlouhého smíchu. Agresivní či depresivní rozlady, stejně tak jako panické a úzkostné stavy (tzv. „bad trip") se objevují výjimečně a většinou spíše u osob k tomu různým způsobem disponovaných (viz rizika). Celkový stav se blíží mírně meditativnímu ponoření do vlastních pocitů, nálad, myšlenek a fantazií. Stav velmi svádí k zabývání se jimi a k hloubání.

Ne zcela ojediněle se může intoxikace konopím projevit nevolností až zvracením; úzkostné stavy (viz výše) jsou popisovány jen zřídka. Někdy může dojít k plynulému přechodu od „žádoucích" účinků k nežádoucím. Patrné je výrazné překrvení spojivek (tzv. „králičí oči"). Vylučování THC z organismu trvá velmi dlouho, biologický poločas je 30 hodin. Účinná látka, respektive její metabolity, jsou poměrně dlouho detekovatelné v moči, při pravidelném intenzívním užívání až několik týdnů od posledního požití. Nejednotnost v literatuře panuje ohledně možného vlivu metabolitů na psychiku. Studie provedené na leteckých pilotech (např. Leirer, Yesavage, Morrow, 1991) ukazují, že tento účinek je výrazně delší (dvoj– až trojnásobně), než je literaturou uváděna délka samotné intoxikace. Zimmer s Morganem (1997) provedli analýzu studií v této oblasti a tvrdí, že psychoaktivní účinek u člověka mizí při koncentraci THC v krvi okolo hranice 2 nanogramů na mililitr (této hladiny je dosaženo během 4 – 5 hodin po aplikaci drogy).

3. Rizika

Doposud nebyl popsán případ *předávkování* s následkem smrti. Obecně je většinou odborníků sdílen názor, že konopné drogy nevyvolávají somatickou *závislost*. Psychická závislost se dostavuje asi u 8 – 10 % dlouhodobých uživatelů. Není popisován ani vzestup tolerance, který by vedl ke vzrůstajícím potřebným dávkám, ani *odvykací příznaky* při užívání těchto drog[3]. V literatuře někdy bývá popisován u výjimečných případů (např. Popov 2001) odvykací stav projevující se psychomotorickým neklidem, podrážděností, nervozitou, úzkostí, depresivní rozladou, bolestmi hlavy. Čas-

[3] MKN-10 má v kategorii F 13 definované pouze diagnózy „akutní intoxikace" a „škodlivé užívání".

těji se však v literatuře setkáváme s názorem, že se jedná o pacienty obecně s výrazným sklonem k somatizaci psychických potíží a ke zvládnutí těchto stavů často plně dostačuje podpůrná psychoterapeutická intervence.

Pokud se setkáváme s náruživými uživateli vykazujícími tendenci k excesívním vzorcům užívání, pak podobně, jako je tomu např. u halucinogenních látek, se bez výjimky jedná spíše o součást osobnostních rysů těchto uživatelů a tedy o mechanismy nefarmakologické povahy.

Role kanabinoidů (kouření marihuany) jako *vstupní drogy* („gateway drug" – též používán pojem „iniciační" či „startovací" drogy) bývá zkreslována. Bayer (2001) uvádí, že v zásadě nejsou kanabisové drogy odpovědné za tzv. „stepping stone", tedy přechod na tzv. tvrdé drogy (opiáty či stimulancia). Největší riziko představuje pití alkoholu a kouření nikotinových cigaret v dětství a adolescenci. Za iniciační drogu lze pro určitou specifickou skupinu uživatelů drog pokládat rovněž těkavé látky[4] a předepisovaná psychofarmaka. Akutní ovlivnění psychoaktivní substancí jako je marihuana přirozeně může ovlivnit rozhodnutí zkusit jinou („tvrdší") drogu. Rovněž při užívání kanabinoidů ve společnosti, kde se vyskytují i jiné drogy, může snáze dojít k jejich konzumaci (Popov, 2001).

V případě tzv. *amotivačního syndromu* panuje v literatuře opět výrazná nejednotnost. Halikas (a po něm i několik dalších autorů) sice v roce 1981 zformuloval základní klinický popis tohoto syndromu, nicméně ten se v mnoha kritériích shoduje s diagnostickými vodítky pro deprese a výzkum zde není doposud jednoznačně schopen přinést odpověď na to, zda tento syndrom vůbec existuje či nikoli (nebo zda se nejedná pouze o nerozpoznanou, event. chybně diagnostikovanou depresi).

Při velmi častém, nadměrném a dlouhodobém užívání konopných drog se dostavují jemné poruchy některých kognitivních funkcí. Jedná se *zejména o zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředění*. Poruchy kognitivních funkcí se vyskytují u akutní intoxikace. Názory na vliv na psychiku po odeznění účinku se různí. Autoři vzpomínané studie provedené na leteckých pilotech tvrdí, že tento účinek je výrazně delší (dvoj až trojnásobně), než je literaturou uváděna délka samotné intoxikace. Naopak Zimmer s Morganem (1997) uvádějí, že psychoaktivní účinek u člověka mizí při koncentraci THC v krvi okolo hranice 2 nanogramů na mililitr. Titíž autoři se ve své kritické analýze věnují také tématu rizika účinku THC pro dopravu. Účinek THC jednoznačně představuje zvýšené riziko pro řízení motorových vozidel či obsluhu nebezpečných strojů a zařízení. Vedle toho třeba také poznamenat, že toto riziko je nižší, než v případě alkoholu. Navíc např. při srovnání dopravních nehod s fatálními následky v USA, Kanadě a Austrálii se ukázalo, že THC bylo nalezeno v krvi cca 3 – 11 % těl řidičů. Autoři však kriticky zdůrazňují, že z těchto 3 – 11 %, mělo 70 % v krvi také alkohol a výsledek je tak velmi nejednoznačný. Robbe a O'Hanlon (1993) ve výsledcích své studie poznamenávají, že při srovnání vlivu různých drog (včetně alkoholu) na lidskou psychiku, je marihuana z hlediska potenciálu nebezpečnosti způsobit nehodu nejméně rizikovou.

Při pravidelném užívání se mohou dostavit flashbacky (viz dále). Při „špatném naladění", tedy například při déletrvající depresi z rozchodu s partnerem nebo při intoxikaci na místě, kde to není příjemné a/nebo s lidmi, kteří jsou nepříjemní a neznámí, může dojít k rozvoji *paranoidního stavu*, kdy má dotyčný pocit, že je ostatními sledován, že se na něj stále dívají, pozorují ho, hodnotí. Může se objevit i strach, že bude zatčen policií za užívání „trávy" (přestože již tuto nezákonnou drogu nemá u sebe) atd.

U predisponovaných osob, tedy osob s vytvořenou či vrozenou dispozicí může dojít k rozvoji velmi intenzivních, hlubokých *depresivních stavů* či *stavů úzkosti* a napětí. Ty mohou při vystupňování přejít až do *panického stavu*, kdy hrozí nebezpečí *sebepoškození* či naopak *agrese* k okolí. Občas se to může stát při nepřipravenosti k požití velmi vysoké dávky (tady je nutno upozornit na obecnou nemožnost ověřit si koncentraci THC v kupovaném i vypěstovaném rostlinném materiálu; konzument vlastně nikdy přesně neví, kolik účinné látky pozře).

Velmi výjimečně u disponovaných jedinců (či při velmi vysoké dávce při dlouhodobém užívání) může dojít k mírným stavům *zmatenosti*. Ty za určitých okolností mohou přejít až do *psychotické roviny* – tedy projevit se stavem zmatenosti, *dezorientace, poruch myšlení, emocí* apod. Výjimečná není *autoagrese či agrese k okolí*. V případě delšího přetrvávání těchto stavů je nutné posouzení psychiatrem. Zde se častěji jedná o *provokaci latentního duševního onemocnění*, kde konopí může sehrát úlohu spouštěcího mechanismu (po-

[4] Viz Hampl, kapitola 3/8, Těkavé látky.

dobně jako v případě rozvoje dlouhodobé hluboké deprese, pokračující i po odeznění intoxikace). K tomu může dojít i při jednorázové první zkušenosti s touto drogou a toto riziko patří pravděpodobně k nejvýraznějším. Neexistuje totiž možnost kvalifikovaně předvídat, u koho nastane a u koho ne.

Většina uvedených stavů postupně ustupuje s odezníivající intoxikací. V případě delšího průběhu je nanejvýš nutné kontaktovat lékaře, nejlépe psychiatra.

4. Odborná péče

Uživatelé marihuany či hašiše obvykle sami nevyhledávají odbornou pomoc v zařízeních pro problémové uživatele drog a závislé. Při masivním rozšíření zejména marihuany však není výjimkou kontakt iniciovaný rodinou či školou nebo motivovaný výskytem psychických komplikací. V podstatě zde opět jako u halucinogenních drog můžeme rozlišit tři nepříliš početné skupiny potenciálních klientů. Kromě uvedené skupiny přicházející pod nátlakem rodiny, partnera, školy apod. se jedná také o skupinu klientů tvořenou nezkušenými experimentátory, u nichž droga během intoxikace vyvolá nečekaný a nepříjemný stav. Tito klienti často přicházejí s nejistotou a vystrašením zda se „něco nemohlo během intoxikace stát" a zda „to nemůže mít nějaké následky" apod. V těchto případech je obvykle zcela dostačující citlivá poradenská intervence (individuální i rodinné poradenství), na kterou může event. navázat krátkodobá psychoterapie zaměřená na práci s důvody, které klienta vedly k experimentům apod.

Závažnější je třetí skupina klientů, u nichž se v souvislosti s intoxikací objevují závažné psychické komplikace (ať již v souvislosti s předchozí psychiatrickou léčbou či bez ní). Tito klienti jsou indikovaní pro psychiatrickou léčbu (včetně farmakoterapie) a v jejich případě nelze díky vysokému riziku výskytu komplikací brát ani krátkodobé experimenty s konopnými drogami na lehkou váhu.

Ústavní léčba v zařízeních pro drogově závislé je pro uživatele konopných drog (nekombinují-li konopné drogy s žádnou jinou drogou) nevhodná.

Summary Cannabis Drugs

The author in this chapter presents characteristics, effects and risks of cannabis drugs: marihuana and hashish. A short historical overview accents the long and deep tradition of using this type of drugs, not only in medicine, but also as relaxation and meditation means. Special focus is put on risks of the effects of these drugs on cognitive functions and on the manifestation of latent psychotic disorders. The research data show an enormous popularity of these drugs that are, following alcohol and tobacco, the third most frequent and popular drugs.

Key words: cannabis – hashish – marihuana

Literatura

■ Allebeck P., Adamsson C., Engtstroem A., Rydberg, U.: Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm County. Acta Psychiatr. Scand, 88, pp. 21 – 24, 1993

■ Bayer D.: Marihuana a hašiš v České republice. Práce ke specializační atestaci z léčby návykových nemocí. IPVZ, Praha, 2001

■ Bayewitch M., Man-Hee Rhee, Avidor-Reiss T., Breuer A., Mechoulam R., Vogel Z.: Tetrahydrocannabinol antagonizes the perinephral cannabinoid receptor-mediated inhibion of adenyl cyclase. Journal of Biological Chemistry, 271, No. 17, pp. 9902 – 9905, 1996

■ Cannabis: a health perspective and research agenda. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHO, 1997

■ Cohen S.: "Cannabis Effect on Adolescent Motivation." In: Marijuana and Youth: Clinical Observations on Motivation and Learning. NIDA, Rockville, 1982

■ Csémy L.: Pití alkoholu a užívání drog u dospívajících. Srovnání změn během druhé poloviny 90. let. In: Sovinová H., Csémy L., Sadílek P.: Zdraví a škodlivé návyky. Státní zdravotní ústav, Praha, 1999

■ Doležal J. X.: Marihuana. Votobia, Olomouc, 1997

■ Hampl K.: Vliv věku na užívání návykových látek. Alkoholizmus a Drogové Závislosti (Protialkoholický Obzor) roč. 35, č. 1, str. 33 – 40, 2000

■ Hubík J., Dušek J., Řezáčová A., Štarhová H.: Obecná farmakognosie. Státní pedagogické nakladatelství, Praha, 1986

■ Leirer V. O., Yesavage J. A., Morrow D.G.: Marijuana carry-over effects on aircraft pilot performance. Aviat Space Environ Med. 62, pp. 221 – 227, 1991

■ Martinove M., Benkovič J., Koprdová E., Stebilová Š., Dusková S., Ištvánová: Úzkostné poruchy v náhodne vybratej skupine pacientov so závislosťou od psychoaktívnych látok. Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický Obzor) roč. č. 1, str. 13 – 18, 2000

■ Mendelson J. H., Mello N. K., Lex B. V., Bavli S.: Marijuana withdrawal syndrome in a woman. American Journal of Psychiatry 141, pp. 1289 – 1290, 1984

■ Menhiratta S. S., Wig N. N., Verma S. K.: Some psychological correlates of long-term heavy cannabis users. The British Journal of Psychiatry, 132, No. 5, pp. 482 – 486, 1978

■ Miovský M., Urbánek T.: NEAD 2000. Zprávy z výzkumu za jednotlivé okresy (1 – 31). Albert, Boskovice, 2001

■ Miovský M., Urbánek T.: Tabák, alkohol a nelegální drogy mezi středoškoláky. Čs. Psychologie, roč. 46, č. 2, str. 165 – 177, 2002

■ Moskowitz H.: Marihuana and driving. Accident Analysis and prevention, 17, No. 4, pp. 323 – 345, 1985

■ Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Psychiatrické centrum Praha, 1996

■ NIDA: Marihuana Update. National Institute of Drug Abuse, Washington D.C., 1997

■ Poole R., Brabbins C.: Drug Induced Psychosis. The British Journal of Psychiatry, 168, No. 2, pp. 135 – 138 (in: Alkoholizmus a Drogové Závislosti/Protialkoholický obzor, roč. 35, č. 2, str. 82, 2000

■ Popov P.: Návykové poruchy. In: Raboch J., Zvolský P. a kol.: Psychiatrie. Galén, Praha, 2001

■ Reiger D. A., Farmer M. E., Rae D. S.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. JAMA, 264, pp. 2511 – 2518, 1990

■ RobbeH., O'Hanlon, J.: Marihuana and Actual Driving performance. US Department of transportation, Washington DC, 1993

■ Varma V. K., Malhotra A. K., Dang R., Das K., Nehra R.: Cannabis and cognitive functions: a prospective study. Drug Alcohol Depend, 21, pp. 147 – 152, 1988

■ Thornicroft G.: Cannabis and psychosis: Is There Epidemiological Evidence for an Association? British Journal of Psychiatry, 157, pp. 25 – 33, 1990

■ Zimmer L., Morgan J. P.: Marihuana myths, marihuana facts: a review of the scientific evidence. The Lindesmith Center, New York, 1997

PhDr. Michal Miovský, Ph.D. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 3/4

Analgetika, sedativa a trankvilizéry

David Bayer

Klíčová slova: analgetika – benzodiazepiny – sedativa – škodlivé užívání léků – trankvilizéry – závislost na lécích

Charakteristika

Analgetika jsou látky, které s dostatečnou selektivitou snižují vnímání bolesti. Bolest sama o sobě má značný biologický význam – varuje organismus před poškozením a signalizuje přítomnost nemoci, je tedy symptomem (příznakem). Bolest však mnohdy svůj smysl ztrácí, a to v případě, kdy nemocného vysiluje. V krajním případě může navodit šokový stav, onemocnění zhoršuje a tudíž se sama stává nemocí.

Analgetika můžeme v zásadě rozdělit na dvě základní skupiny, opioidní analgetika a nesteroidní antiflogistika – NSA (viz *Tab. 1*).

Opioidní analgetika velmi pravděpodobně působí přímo v CNS (centrální nervové soustavě) – v mozku a míše na úrovni μ-receptorů, resp. κ-receptorů. Zde působí identicky jako tělu vlastní látky blokující bolest -opiopeptiny (Katzung, 1994). Opioidní analgetika se používají k tišení středně silné až silné bolesti – pooperační, poúrazové, u onkologicky nemocných.

Naopak NSA působí v místě bolesti (např. trauma), kde se vytváří zánětlivá reakce. NSA blokují tvorbu některých látek (především prostaglandinů), které dráždí nervové zakončení a tímto vyvolávají bolest. NSA jsou určena k tišení bolesti nižší až středně silné intenzity – bolesti kloubů, svalů, nezastupitelné jsou při léčbě revmatických onemocnění.

Opomíjenou kategorií léků tišících bolest jsou psychofarmaka. Především se jedná o tricyklická antidepresiva (amitriptylin, dosulepin), která jsou dosti účinná např. i u pacientů s nádorovým onemocněním a umožní snížení dávky opioidních analgetik. Jsou i práce potvrzující účinnost novějších antidepresiv III. generace skupiny S.S.R.I. (citalopram, fluoxetin). Taktéž stále nedoceněná a běžné praxi nepříliš často využívaná jsou i některá antiepileptika (carbamazepin, gabapentin), která s efektem účinkují u bolestí nervů.

Sedativa jsou látky se všeobecně zklidňujícím účinkem. Do této skupiny medikamentů se řadí barbituráty, bromidy a některé rostlinné drogy – zde myšleno v lékárnické terminologii (Wenke a kol., 1990). Nyní se tyto látky již v podstatě nepoužívají, resp. pozbyly smyslu s objevem jiných bezpečnějších léků.

Dnes již spíše zřídka se používají barbituráty v neurologii jako antiepileptika – léky zamezující vzniku epileptického záchvatu. Barbituráty pravděpodobně nepotřebují, na rozdíl od benzodiazepinů, vlastní receptory, protože působí přímo na chloridové kanály.

V přeneseném slova smyslu můžeme za sedativa pokládat též *hypnotika* – „léky na spaní". Hypnotika jsou léky negativním způsobem ovlivňující vigilitu (bdělost) – tedy vyvolávající ospalost a navozující spánek. Indikací jsou samozřejmě poruchy spánku nejrůznější etiologie, dále předoperační příprava pacienta, vlastní anestezie, barbituráty mají navíc využití v léčbě epilepsie. Léky „na spaní" jsou velmi často předepisovanou kategorií léčiv, mnohdy neúčelně či zbytečně. Rozdělení a příklady hypnotik viz *Tab. 2*.

Hypnotika působí v CNS prostřednictvím GABA-receptoru, resp. GABA-benzodiazepinový/Cl-kanál-makromolekulární komplex (Švestka, 1995). Přes tuto společnou vlastnost se však značně liší v mnoha dalších směrech (např. hlavní místo zásahu, ovlivnění architektoniky spánku, indukci jaterních enzymů či potenciál návykovosti).

Skupinou léků, které pozitivním způsobem ovlivňují náladu, jsou *anxiolytika – trankvilizéry* (*Tab. 3*). V medicínské terminologii převažuje označení „anxiolytika". Tato skupina léků je, spolu s hypnotiky, velmi často předepisována praktickými lékaři.

Anxiolytika svým působením působí snížení či odstranění anxiety (úzkosti), psychické tenze (napětí) a strachu. Primární indikací (důvodem podávání) anxiolytik jsou tedy úzkostné stavy včetně těch, které jsou spojené s doprovodnými vegetativními fenomény úzkosti (palpitace – bušení srdce a subjektivní pocit nepravidelné akce srdeční, subjektivní pocit nedostatku vzduchu, průjmy, etc.). Dalšími indikačními skupinami jsou: 1) poruchy spánku spojené s anxietou, 2) odvykací syndrom při závislosti na alkoholu a barbiturátech, 3) epileptický paroxysmus (záchvat) či status epilepticus (kumulace epileptických záchvatů, stav bezprostředně

ohrožující život), 4) některé vedlejší nežádoucí účinky navozené neuroleptiky (akutní i tardivní – pozdní), 5) premedikace před anestézií či krátkodobé chirurgické výkony nebo kardioverze (Švestka, 1995).

Nejčastěji preskribovanou skupinou jsou benzodiazepinová anxiolytika. Tato se vyznačují vysokou účinností, relativní bezpečností při předávkování, ale i rizikem vzniku závislosti. U všech anxiolytik, včetně benzodiazepinů, je nutno počítat s tím, že se vedle efektu prospěšného pacientovi (snížení či odstranění úzkosti) dostaví i vedlejší nežádoucí účinky (především pak negativního ovlivnění vigility – sedace).

Benzodiazepinová anxiolytika působí identickým mechanismem na specifických benzodiazepinových receptorech, jak již bylo výše zmíněno u benzodiazepinových hypnotik.

Rozšíření

Zcela jistě jsou v populaci nejrozšířeněji používána *analgetika a nesteroidní antiflogistika*. V roce 2001 se v ČR potřebovalo 38,99 miliónů balení analgetik a 18,75 miliónů balení protizánětlivých a antirevmatických přípravků (1. a 2. místo celkově v předepsaných baleních v ČR ve vymezených indikačních lékových skupinách). Toto činí celkem náklady 2601,7 miliónů Kč za uvedený rok. V první desítce nejvíce předepisovaných léků je ibuprofen na 5. místě (na Rp. předepsáno celkově za 447,9 miliónů Kč) a na 10. místě diclofenac (na Rp. předepsáno celkově za 358,7 miliónů Kč).

Způsoby aplikace

Ve většině případů se jedná o preparáty aplikované per os, vstřebávané ze zažívacího traktu. Některá opioidní analgetika – tramadol (TRAMAL inj.), petidin (DOLSIN inj.), pentazocin (FORTRAL inj.), piritramid (DIPIDOLOR inj.) či vlastní morfin (MORPHIN inj.) lze užít i parenterálně (intramuskulárně či intravenózně). Z benzodiazepinových anxiolytik je k injekčnímu použití diazepam (SEDUXEN inj., APAURIN inj.) či clonazepam (RIVOTRIL inj.), farmakokinetika (absorpce) nitrosvalové aplikace diazepamu vyjma deltového svalu je nízká. Z hypnotik lze nitrosvalově podat pouze flunitrazepam (ROHYPNOL inj.).

V praxi se u uživatelů drog můžeme setkat s nitrožilní aplikací nadrcené tablety rozpuštěné ve vodě. Jedná se především o pravděpodobně nejčastěji zneužívaný preparát Rohypnol. Běžná dávka u zdravého člověka při nespavosti je 1 tbl., pacient závislý a používající Rohypnol k mírnění odvykacího stavu užívá 5 až 10 tbl. Taktéž i u jiných benzodiazepinů používaných k zastření odvykacího syndromu je dávka mnohonásobně vyšší – např. Diazepam je terapeuticky podáván při úzkostných stavech v dávce 10 až 40 mg denně (pouze zřídka vyšší), což ještě bývá rozděleno do tří porcí. V případech zneužívání nebo závislosti se jedná o dávku kolem 50 až 100 mg denně a často jednorázově.

Akutní a dlouhodobé účinky

Opioidní analgetika se zásadně v ničem neliší od jiných opioidů, tedy ani nejčastěji zneužívaného heroinu. Doposud se nepodařilo syntetizovat opioidní analgetikum, které by nemělo potenciál návyku. Akutní i dlouhodobé účinky jsou identické jako u nelegálních opioidů – heroin, braun[1].

Benzodiazepinová anxiolytika jsou svým účinkem v mnohém podobná účinku alkoholu. Akutní intoxikace samotnými benzodiazepiny není výrazněji toxická a má minimální letální zakončení (důvodem je i fakt, že dnes známe kompetitivního antagonistu benzodiazepinových receptorů – flumazenil ANEXATE). Diagnostická kritéria akutní intoxikace sedativy nebo hypnotiky jsou uvedena v *Tab. 4*[2].

Daleko horší, co se týká průběhu otravy a letality, je kombinace benzodiazepinů a jiného CNS-tlumivého preparátu (potenciace tlumivého vlivu na CNS s útlumem dechového centra, poklesem krevního tlaku a zpomalení tepu až kardiopulmonální zástava) – alkohol, bazální neuroleptika (chlorpromazin – PLEGOMAZIN, levomepromazin – TISERCIN, chlorprothixen – CHLORPROTIXEN, etc.), tricyklická antidepresiva (amitriptylin – AMITRIPTYLIN, dosulepin – PROTHIADEN, etc.). Alkohol navíc současně inhibuje metabolismus benzodiazepinů a tím zvyšuje jejich plazmatickou koncentraci (Švestka, 1995).

Z autorovy zkušenosti konziliárního lékaře je kombinace alkohol a benzodiazepiny (především bromazepam – LEXAURIN, diazepam – DIAZEPAM, flunitrazepam – ROHYPNOL) typická pro zkratkové jednání, kdy opilost předchází požití farmak. Naopak současné požití benzodiazepinů a dalších psychofarmak signalizuje přítomnost závažnějšího duševního onemocnění (depresivní či psychotickou poruchu).

[1] Viz Minařík, kapitola 3/2, Opioidy a opiáty.
[2] Viz též Dvořáček, kapitola 5/6, Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek.

Kombinace alkohol + benzodiazepiny často vyvolává přechodné narušení krátkodobé paměti. Benzodiazepinová anxiolytika mohou paradoxně uvolnit afekty – vztek a agresivitu. U starších lidí není podávání těchto preparátů vhodné neboť mohou způsobit (a i způsobují) zmatenost a neklid, zhoršují již předtím narušené kognitivní funkce (pozornost, paměť, exekutivní funkce). Zřídkavé, ale možné, jsou zažívací potíže, závratě, pokles tlaku či horečka (Švestka, 1995).

Při dlouhodobém užívání benzodiazepinů je největším nebezpečím vznik *závislosti*, která má psychickou i fyzickou složku. Stejně jako u jiných návykových látek lze hovořit o disponované osobnosti. Jsou to především lidé s anomální strukturou osobnosti či přímo poruchou osobnosti – pozorujeme rysy vyhýbavosti, úzkostnosti, astenické prvky. Dosti často se jedná také o ženy kolem či po menopauze, které v rámci přechodu (s rozkolísáním hladin ženských pohlavních hormonů) trpívají úzkostností s vegetativními příznaky.

Příznaky z vysazení

Analgetika na bázi opioidů se neliší odvykacím stavem od jiných opioidů, příznaky z vysazení však obvykle mají nižší intenzitu[3]. Nesteroidní analgetika nemají vyjádřené příznaky z vysazení.

Benzodiazepinová anxiolytika a hypnotika barbiturátového typu vyvolávají výrazný odvykací syndrom v případě, že se vyvine na nich závislost. Na rozdíl např. od opioidů (heroin) či stimulancií (metamfetamin) odvykací syndrom u těchto skupin léků ohrožuje nemocného přímo na životě: při vysazení hrozí totiž vznik tzv. „rebound fenoménu" s těžkými poruchami spánku, s možným přechodem do deliria a riziko těžkých epileptoidních paroxysmů (křeče typu grand mal), které někdy vyústí až v životu nebezpečný delší epileptický stav (status epilepticus). Z tohoto důvodu se nedoporučuje, pokud nemocný užívá větší dávky, na kterých je závislý, vysadit léky najednou, ale dle přesného doporučeného algoritmu. Diagnostická kritéria odvykacího stavu po užívání sedativ a hypnotik viz Tab. 5[4].

Somatická, psychologická a sociální rizika

Nesteroidní analgetika – antiflogistika jsou nebezpečná především při otravách. U dospělých akutní intoxikace končí letálně málokdy, jinak je tomu však u dětí. Otrava salicyláty (ASPIRIN, ACYLPYRIN) je častá zejména u kojenců a batolat (80 % všech dětí, které si otravu způsobily samy jsou ve věku 2 – 5 let), často i jako terapeutická otrava při současném onemocnění – klinický obraz není jednoznačný (hyperventilace, hyperpyrexie, porucha vědomí až kóma, křeče), důvodem úmrtí je plicní edém (Buchanec, 1990).

Ani nadužívání léků z této skupiny není (stejně jako i u dalších medikamentů) bez rizika. Jedná se především o poškození gastrointestinálního traktu. Gastritida (zánět žaludeční sliznice) vzniká při nadužívání ibuprofenu (IBUPROFEN, APO-IBUPROFEN, BRUFEN, IBALGIN). U lidí s vředovou chorobou je ibuprofen odpovědný za exacerbaci nemoci, ani možnost přímo vzniku vředové choroby žaludku u doposud zdravého jedince není zanedbatelná. Při překročení denní doporučené dávky paracetamolu (PARALEN, PANADOL) může dojít k toxickému poškození jater. Zvláště nebezpečné je užívání paracetamolu člověkem závislým na alkoholu. Alkoholismus zvyšuje toxicitu paracetamolu pravděpodobně až o 50 – 70 procent.

Analgetika nesteroidního typu v případě dlouhodobého nadužívání mohou způsobit poškození ledvin. Dnes již naštěstí nejsou tolik k dispozici léky obsahující účinnou, ale nefrotoxickou (ledviny poškozující) látku fenacetin. Ten v případě letitého nadužívání vedl k chronickému ledvinovému selhávání, mnohdy s nutností pravidelné hemodialýzy.

Je nutno podotknout, že užívání nesteroidních antiflogistik se stalo jakýmsi „módním" trendem v samoléčbě. Ibuprofen či diclofenac jsou mnohdy považovány za všespasitelné léky. Tomu také mnohdy odpovídá tlak pacienta na lékaře k předepisování této kategorie léčiv. Samoléčba analgetiky (bolesti zad, bolesti kloubů, bolesti zubů a pod.), je dle autorovy zkušenosti v ČR zcela běžná. V mnoha případech by však byly na místě jiné léčebné úkony, které by byly pacientu prospěšnější nejen terapeutickým efektem, ale i šetrností zásahu do organismu (např. rehabilitace či sanace poškozeného chrupu).

Neodborné a často neadekvátní užívání léků vede k poškození pacienta sebou samým. Toto v následující fázi lékařské péče vede k použití léků a ty mívají další vedlejší nežádoucí účinky, čímž se celý začarovaný kruh zacyklí.

Anxiolytika a hypnotika jsou povětšinou vůči tělu šetrnější. Přesto např. užívání některým benzodiazepinových preparátů (např. clonazepam – RIVOTRIL) může

[3] Viz Minařík, kapitola 3/2, Opioidy a opiáty.
[4] Viz též Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace.

způsobit přechodné zvýšení jaterních testů. Největším rizikem této skupiny léků je možný vznik *závislosti* (viz výše). V tomto případě se mnohdy jedná o iatrogenní (lékařem způsobené) poškození. Dle autorovy zkušenosti u iatrogenně způsobených závislostí „vyniká" skupina praktických (dříve obvodních) lékařů. Ti v dobré víře pomoci pacientovi dlouhodobě, často mnoho měsíců, při úzkostných či depresivních potížích předepisují benzodiazepiny (bromazepam – LEXAURIN, alprazolam – NEUROL či diazepam – DIAZEPAM). Obdobné je to i s preskripcí benzodiazepinových hypnotik (především flunitrazepam – ROHYPNOL).

Odborná péče

Lékové závislosti se dosti podceňují a pokládají se za méně problematické ve srovnání se závislostmi na jiných drogách. Jsou však velmi úporné a obtížně léčitelné. Dalším problémem je, že dlouho probíhají skrytě (jde prakticky o jedinou závislost, která nemá své společenství, skupinové rituály atd.) a často za podpory rodiny a zdravotnického systému. Léčba odvykacího stavu – *detoxifikace* – je často dlouhodobou záležitostí, i zvládnutí její akutní počáteční fáze na detoxifikačním oddělení většinou vyžaduje několikanásobně delší pobyt než je tomu při detoxifikaci u závislostí na jiných drogách (Popov, 2001) Kauzálním postupem je pomalé snižování dávek užívaných preparátů, event. jejich postupné nahrazování podobnými látkami s delším biologickým poločasem.

Jinak se *léčba* lékových závislostí (v praxi se především jedná o benzodiazepinová anxiolytika a hypnotika: bromazepam – LEXAURIN tbl., diazepam – DIAZEPAM tbl., alprazolam – NEUROL tbl. či flunitrazepam – ROHYPNOL tbl.) principiálně neliší od léčby závislosti na alkoholu. Může – podle závažnosti, motivace a dalších okolností, jako např. celkový somatický a psychický stav pacienta – probíhat ambulantně i na lůžkovém oddělení nemocnice či léčebny. V terapeutických komunitách se čisté lékové závislosti léčí jen ojediněle. Podmínkou úzdravy je úplná abstinence, včetně abstinence od alkoholu (vzhledem ke zkřížené toleranci mezi alkoholem a benzodiazepiny, resp. barbituráty). Popov (2001) uvádí, že podobně jako při závislosti na alkoholu se pacient závislý na lécích jen těžko vyrovnává s představou, že by se měl zcela vzdát užívání látky, jejíž konzumace je legální, všeobecně rozšířená, považovaná za „normální" a někdy dokonce propagovaná, která mu sice způsobuje řadu problémů, ale současně si bez ní nedovede představit řešení svých potíží.

Zejména u pacientů závislých na trankvilizérech je dobré mít na zřeteli problematiku duální diagnózy – tyto léky jsou ve většině případů předepsány lékařem v dobré vůli pacientu pomoci od jiných duševních potíží (úzkostnost, depresivní prožívání, nespavost a pod.). Z tohoto důvodu lze efektivně nahradit nevyhovující medikaci léky bezpečnějšími a nevyvolávajícími závislost (např. antidepresiva či hypnotika III. generace).

I v jiných případech je klíčem k úspěšné léčbě lékové závislosti souběžné řešení primární poruchy, pro kterou začal pacient původně užívat léky, na kterých se stal posléze závislým.

Summary Analgetics, Hypnotics and Tranquillisers

Analgesics, hypnotics and tranquillisers belong to the most frequently used medicaments in the contemporary medicine. If prescribed rationally, they can hardly be replaced in treatment of many health problems. However, they are misused more and more extensively. Many of substances mentioned here can – in addition to physical damage if misused or inappropriately prescribed – lead to dependence, which is no less dangerous than the dependence on illicit substances. In addition, particularly benzodiazepines, anxiolytic and hypnotic drugs are very favoured among people dependent on illicit drugs who use them to relieve the withdrawal syndrome or as a secondary or substitute drug.

Key words: analgesics – benzodiazepines – harmful use of medicaments – hypnotics – tranquillisers – medicament dependence

Tab. 1*: Dělení analgetik a některé používané preparáty*

Analgetika	**Opioidy**	Přírodní Polysyntetické a syntetické	MORPHIN, CODEIN* TRAMAL, FORTRAL, FENTANYL, TEMGESIC
	Nesteroidní antiflogistika		ASPIRIN, ACYLPYRIN, BRUFEN, IBUPROFEN, DICLOFENAC, SURGAM, INDOMETACIN
	Kombinovaná		ALNAGON*, EFERALGAN Codeine, KORYLAN.

* *Tyto preparáty mohou vyvolat návyk.*

Tab. 2*: Dělení hypnotik a některé používané preparáty*

I. generace hypnotik	Barbiturátová PHENAEMAL*
	Nebarbiturátová
II. generace hypnotik (benzodiazepinové)	ROHYPNOL**, NITRAZEPAM, DORMICUM
III. generace hypnotik	HYPNOGEN, STILNOX, ZOPICLON**
Ostatní (hypnotický efekt je pouze adjuvantním projevem hlavního farmakologického působení)	Neuroleptika (TISERCIN, CHLORPROTHIXEN), antihistaminika (DITHIADEN, PROTHAZIN), antidepresiva (AMITRIPTYLIN, REMERON).

* *Tyto vyznačené preparáty mohou vyvolat návyk.*
** *U těchto preparátů jsou popsány kazuistiky vzniku závislosti.*

Tab. 3*: Dělení anxiolytik (trankvilizérů) a některé používané preparáty*

Anxiolytika	**Propandioly**	MYDOCALM, QUAJACURAN, MEPROBAMAT*
	Benzodiazepiny*	DIAZEPAM, VALIUM, SEDUXEN, OXAZEPAM, NEUROL, XANAX, LEXAURIN, DEFOBIN, RADEPUR, RIVOTRIL, RUDOTEL, GRANDAXIN.
	Jiná	Malé dávky tricyklických antidepresiv (AMITRIPTYLIN, PROTHIADEN) malé dávky neuroleptik (PLEGOMAZIN, TISERCIN, CHLORPROTHIXEN) _-blokátory (TRIMEPRANOL)

* *Tyto preparáty mohou vyvolat návyk.*

Tab. 4*: Dg. kritéria akutní intoxikace sedativy nebo hypnotiky (podle MKN-10)*

A. Musí být splněna obecná kritéria pro akutní intoxikaci.	
B. Dysfunkční chování se projevuje nejméně jednou z následujících charakteristik:	1) Euforie nebo desinhibice 2) Apatie nebo útlum 3) Hrubost nebo agresivita 4) Labilita nálady 5) Zhoršení pozornosti 6) Anterográdní amnézie 7) Zhoršení psychomotorického výkonu 8) Rušivý vliv na běžné denní činnosti
C. Musí být přítomen nejméně jeden z následujících znaků:	1) Kolísavá chůze 2) Obtíže při stoji 3) Setřelá řeč 4) Nystagmus 5) Snížené vědomí 6) Kožní léze

Tab. 5*: Diagnostická kritéria odvykacího stavu po užívání sedativ a hypnotik (podle MKN-10)*

A. Musí být splněna obecná kritéria pro odvykací stav.	
B. Musí být přítomny alespoň tři z následujících znaků:	1) třes jazyka, víček nebo rukou 2) nevolnost, dávení nebo zvracení 3) tachykardie = zrychlení tepu 4) pokles krevního tlaku 5) psychomotorický neklid 6) bolest hlavy 7) poruchy spánku, nespavost 8) malátnost nebo slabost 9) přechodné iluze nebo halucinace 10) paranoidní myšlení 11) křeče typu grand mal

Literatura

■ Buchanec J.: Urgentní stavy. In: Houštěk J.: Dětské lékařství. Avicenum, Praha 1990
■ Fišar Z., Jirák R.: Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie. Grada Publishing, Praha, 2001
■ Katzung B. G.: Základní a klinická farmakologie. Nakladatelství H & H, Jenišovice, 1994
■ Otravy paracetamolem. Zdravotnické noviny, roč. 51, č. 28, str. 31, 2002
■ Popov P.: Návykové poruchy. In: Raboch J., Zvolský P. a kol.: Psychiatrie. Galén, Praha, 2001
■ Preston A.: Drogy na předpis II. – Vše o metadonu. Votobia, Olomouc,1999.
■ Smolík P.: Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf Jessenius, Praha, 1996
■ Spotřeba léčiv v ČR. Zdravotnické noviny, roč. 51, č. 14, str. 28 – 29, 2002
■ Švestka J. a kol.: Psychofarmaka v klinické praxi. Grada Publishing, Praha, 1995
■ Wenke M. a kol.: Farmakologie. Avicenum, Praha, 1990

MUDr. David Bayer

Absolvoval Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 1994. Atestaci I. st. z psychiatrie vykonal v r. 1998 a atestaci léčení alkoholismu a jiných toxikománií složil v r. 2001. Do r. 1995 pracoval na Psychiatrickém oddělení Nemocnice Liberec, v letech 1995 – 1998 na Psychiatrické klinice FN v Hradci Králové. Nyní je vedoucím lékařem Centra pro léčbu návykových nemocí Nemocnice Pardubice a současně pracuje jako lékař na Psychiatrickém oddělení Nemocnice Pardubice. Mimo terapie závislostí patří mezi jeho zájmy léčba afektivních (depresivních a manických) a psychotických (schizofrenních) poruch.
Kontakt: Psychiatrické oddělení, Nemocnice Pardubice, Kyjevská 44, 530 03 Pardubice.
E-mail: bayer@nem.pce.cz

3/7 Léky vyvolávající závislost Karel Hampl

Klíčová slova: Alnagon – analgetika – anxiolytika – hypnotika – léková závislost

Všeobecný přehled

Skupina návykových látek uvedená v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) pod označením F-13 se týká kromě sedativ a hypnotik i dalších léků, které u jejich uživatelů mohou způsobit závislost, např. analgetika, anxiolytika a některé léky se stimulačním účinkem, které by se jinak nedaly zařadit.

Veliké skupiny tvoří zejména léky s opioidním a benzodiazepinovým účinkem, které jsou zařazovány do několika skupin. Tvoří je analgetika, sedativa, hypnotika a anxiolytika. Ty se dělí na další podskupiny opioidní a neopioidní, benzodiazepinové a nebenzodiazepinové. Jednotlivé léky pak existují samostatně jako generická léčiva nebo ve směsi různých látek. Některé složky kompozitních léků pak mohou sloužit jako prekurzory k výrobě ilegálních drog. Přehled skupin a podskupin ukazuje přehledně *Tab. 1*.

Hlavním společným účinkem analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik je útlum centrální nervové soustavy (CNS). Po jejich užití dochází k postupující ospalosti, otupělosti, k celkovému útlumu s rozmazanou bláboli-vou řečí. Může dojít k ataxii, vyhasínání reflexů a při předávkování až k hlubokému bezvědomí – kómatu.

Chronické užívání vede k psychické a somatické závislosti na dané návykové látce, a to i u uživatelů, kteří ji dostávají jako lék na lékařský předpis. Pokud má uživatel obvyklou dávku své drogy, svého léku, nemusí se to nijak výrazněji projevit, pokud nepřekročí svoji toleranci.

Při chybění léku-drogy se objevuje odvykací syndrom charakterizovaný neklidem, nespavostí, zvýšenou mrzutostí až agresivitou, případně zvýšením nebo znovuobjevením bolestí, zejména po vysazení opioidních analgetik. Objevují se bolesti svalů, křeče gastrointestinálního traktu, průjem, třes, piloerekce. Při nedostatku benzodiazepinů a některých hypnotik může dojít ke zhoršení prostorového vidění a udržení pozornosti, v krajních případech se může vyvinout i epileptický záchvat.

Zneužívání léků a závislost na nich je známá u mladistvých a mladých pacientů, ale nejvíce postižených je ve středním, případně vyšším věku, podobně jako je to u pacientů se závislostí na alkoholu. Věkové rozvrstvení pacientů registrovaných v ambulantních zařízeních AT pro potíže s abusem alkoholu a léků ukazuje *Tab. 2* spolu s porovnáním věkového rozvrstvení pacientů registrovaných pro potíže s abusem kanabinoidů, heroinu a prchavých rozpustidel.

Pacientům se závislostí na lécích a alkoholu je možná věnována menší, nedostatečná pozornost právě proto, že se jedná o pacienty středního a vyššího věku.

Analgetika

Tvoří rozsáhlou skupinu léků s potencionální závislostí. Používají se k tlumení nebo odstranění bolestí. Mají široké medicínské působení a řada z nich je k dostání bez lékařského předpisu. Závislost může způsobit jak generický lék, tak i některá část kompozitního analgetika.
Analgetika se dělí na neopioidní, označovaná jako analgetika – antipyretika, protože se používají nejen k tlumení bolestí, ale i ke snížení horečky. Druhou skupinou jsou analgetika opioidní, označovaná jako analgetika – anodyna s centrálním účinkem, používaná ke tlumení středně silné a silné bolesti.

Neopioidní analgetika

Sama o sobě závislost nezpůsobují. Jedná se o salicyláty, paracetamol a aminophenazon. Pacienti se ale stávají závislí na kompozitních analgeticích tohoto typu, kde k základní složce je přidána další složka nebo složky způsobující závislost. Mezi takové složky patří na příklad kofein, kodein, efedrin a barbituráty. Nejčastěji se jedná o tyto preparáty:
ACYLCOFFIN (acidum acetylsalicylicum 450 mg, coffeinum anhydricum 50 mg), ALNAGON (acidum acytelsalicylicum 12 mg, coffeinum anhydridicum 50 mg , phenobarbitalum 20 mg, codeinum dihydricum 50 mg), DINYL (aminophenazonum 200 mg, phenacetinum 200 mg, allobarbitalum 18 mg, burobarbitalum 12 mg, coffeinum anhydricum 50 mg), KORYLAN (paracetamol 325 mg, codeini dyhydrogenphosphas 21,17 mg), COLDREX (paracetamol 500 mg, coffeinum anhydricum 25 mg, phenylephedrini hydrochloricum 5 mg a další složky).

Masivního rozšíření se dočkaly hlavně DINYL a ALNAGON. Šlo o dříve volně dostupná analgetika, kde svoji roli sehrály hlavně barbituráty a kofein, v pří-

padě Alnagonu kodein. Největší návykový potenciál má Alnagon, protože obsahuje hned tři návykové složky: kofein, fenobarbital a kodein. Pacienti si brzy uvědomovali nejen analgetický, ale i euforický efekt Alnagonu. Pro tento jeho efekt se dokonce uvažovalo o jeho širším užívání v domovech důchodců. V užívání většího množství Alnagonu per os brání přítomnost acetylosalicylové kyseliny, která způsobuje žaludeční potíže. Proto u závislých perorálních uživatelů docházelo jen výjimečně k překročení dávky 6 tablet denně.

Kromě perorálního užívání se v sedmdesátých letech objevilo intravenózní užívání Alnagonu upraveného rozpuštěním a filtrací. Protože nejvíce rozpustný je kodein, filtrát obsahoval největší množství právě této látky. K jednorázovému užívání intravenózní cestou pak docházelo u závislých v dávce až 20 tablet denně. Časté byly záněty žil a flebotrombózy vedoucí k úplnému zničení povrchního žilního systému. Proto docházelo i k aplikaci nitrosvalové, která zase vedla k tvorbě abscesů s horečnatými stavy. U pacientů se vyvinula závislost morfinového typu (Hampl, 1984). Závislost tohoto typu jsme označili termínem parenterální alnagonismus (Hampl, 1984). Účinným opatřením ke snížení počtu uživatelů bylo snížení jeho dostupnosti zavedením Alnagonu na recept. V době, kdy se stal dostupný heroin, dávají pacienti přednost heroinu.

Podstatným znakem pacientů užívajících injekčně Alnagon byla euforie, spokojenost, zpomalení v myšlení i konání, lhostejnost vůči okolí. Jediným jejich zájmem bylo sehnat si dostatek Alnagonu, užít jej injekčně a částečně uniknout z reality. U alnagonistů se projevovaly všechny tři složky závislosti: somatická, charakterizovaná syndromem z odnětí, který ale nebyl tak výrazný jako u heroinistů; psychická vyjádřená silným cravingem a rituální složka nitrožilní aplikace. V léčbě kromě psychoterapie a symptomatické léčby se nám osvědčil penfluridol, vyráběný v současné době pod názvem SEMAP. Jeho výhodou je podávání dávky 20 mg jedenkrát týdně. S postupem času přestali tito pacienti Alnagon i.v. užívat. Vliv mělo samozřejmě i zrání osobnosti pacienta, případně přístup k dalším návykovým látkám.

Péče o tyto pacienty je stejná jako o ostatní pacienty s problematikou závislosti. Kompozitní analgetika se složkami vedoucími k závislosti nebo se složkami, které je možné použít jako prekurzory pro výrobu ilegálních drog, by měla být dostupná pouze na lékařský předpis.

Opioidní analgetika

Jde o analgetika – anodyna, která tlumí vnímání bolesti působením na specifické receptory v CNS a i v jiných tkáních. Používají se i k analgezii během celkové anestezie, ale hlavně v případech, kdy neopioidní analgetika se jeví jako nedostatečně účinná. Do této skupiny patří i centrálně působící analgetika, která nelze zcela zařadit mezi analgetika opioidní. Výsledek působení je téměř totožný. V mozku mají afinitu pro opioidy peptidové receptory μ, δ, κ. Vazby se u jednotlivých farmak liší a z hlediska působení se dělí na opioidní agonisty a opioidní antagonisty (Fišar, 2002)[1].

Chronické podávání analgetik opioidních a některých analgetik centrálně působících vede k závislosti morfinového typu a mělo by být omezeno jen na plně indikované stavy nesnesitelných akutních i chronických bolestí. Obavy před vznikem závislosti by neměly být důvodem k odmítání léčby opioidy u pacientů s chronickými intenzivními bolestmi neřešitelnými jinými prostředky.

Opioidní agonisté

Mají vysokou aktivitu na příslušném receptoru. Patří mezi ně:

MORFIN užívaný injekčně i perorálně a dříve zneužívaný lékaři a ostatním zdravotnickým personálem, u kterých pak vedl k závislosti morfinového typu. DOLSIN (penthidini hydrochloricum) užívaný převážně jako injekční anodynum, byl dříve zneužíván podobně jako morfin. KODEIN (codeini dihydrogenonophosphas) je přirozený alkaloid transformující se v těle částečně na morfin. Vyrábí se v tabletách o síle 15 mg a 30 mg. Je součástí kompozitních analgetik. Zneužívá se k injekční aplikaci, k navození lhostejné euforie, podobné euforii po heroinu. Ještě v nedávné době se užíval k detoxifikaci a substituci při závislosti na heroinu. DIOLAN (ethylmorfini hydrochloricum) vyráběný rovněž v tabletách o síle 15 mg a 30 mg měl podobný osud jako kodein, ale jeho užívání k substituci závislosti na heroinu ještě někde přetrvává. Pacienti závislí na heroinu užívají i více než 20 tablet Diolanu per os denně.

Opioidní agonisté/antagonisté

Mají kromě agonistického účinku i účinek antagonistický. Z užívaných léků dochází ke zneužívání se vznikem závislosti u následujících preparátů:

Beforal (butophtanol hydrogenotartaras; 20 mg v 1 ml injekčního roztoku) je syntetický agonista působící na opioidní receptory κ a δ a antagonista na opioidních receptorech μ. Možná proto je méně zneužíván než

[1] Viz též Fišerová, kapitola 2/2, Neurobiologie závislostí.

následující preparáty, jako je TEMGESIC 0,2 mg a SUBUTEX 0,4 mg, 2,0 mg, 8 mg buprenorphinu v sublingválních tabletách. Buprenorfin začal být používán k detoxifikaci pacientů závislých na heroinu a později k substituční léčbě heroinové závislosti.

Další opioidní analgetika

Mezi opioidní analgetika je dále zařazen TRAMAL (tramadoli hydrochloricum) vyráběný v injekcích i tabletách a hojně užívaný k odstraňování zejména akutních bolestivých stavů. I u tohoto preparátu je riziko vzniku závislosti a zdá se, že je stále více zneužíván závislými pacienty. Valoron (tilidini hydrochloricum) vyráběný v injekcích a kapkách je méně zneužíván, ale riziko závislosti zde rovněž existuje.

Hypnotika a sedativa

Jsou další skupinou léků vedoucích k závislosti. Užívají se k léčbě spánkových poruch ve velké míře a někteří pacienti se pak stávají na těchto lécích závislými. Mezi nejdéle užívané patří *barbituráty*, které jsou obsaženy v některých kompozitních lécích, ale považují se již za obsoletní a ustupují z drogové scény. Kombinovaným preparátem je BELLASPON (ergotamini tartras 0,3 mg, belladonae radicis alcaloida 0,1 mg, phenobarbitalum 20 mg v jednom dražé). Vliv na vznik závislosti u Bellasponu má fenobarbital s výrazným tlumivým účinkem s dlouhodobým trváním. Ve vyšších dávkách je výrazně toxický.

Hypnotika benzodiazepinová

Patří sem hlavně dva následující preparáty: NITRAZEPAM 5 mg a 10 mg v jedné tabletě, užívaný při poruchách spánku, patří mezi léky, které vyvolávají závislost. Dále ROHYPNOL (flunitrazepam) 1 mg v tabletě, 2 mg v ampuli je – podobně jako Nitrazepam – benzodiazepinové hypnotikum, které doznalo světového rozšíření a zneužívání v takové míře, že byl již někde zakázán. Není však uveden v seznamech omamných a psychotropních látek zákona č. 167/1998 o návykových látkách. Stal se nejoblíbenější lékovou drogou v České republice u mladistvých a mladých pacientů užívajících i jiné návykové látky. Je užíván buď samostatně nebo velmi často v kombinaci s ostatními drogami. Pravidelně bývá doplňkem injekčního užívání heroinu a způsobuje komplikace při substituční léčbě metadonem. Pacienti ho užívají ve vysokých dávkách i více než 20 tablet denně. Prodlužují si tak stav heroinové intoxikace. Závislí na pervitinu ho používají k odstranění příznaků „dojezdu", tedy v době, kdy pervitin přestává působit. Řada jich užívá Rohypnol pro uklidnění před tím, než jdou na „čorku" – krást do obchodů, aby si vydělali na drogy.

Po užití vyšší než tolerované dávky Rohypnolu se objeví ospalost, neklid, úzkost, pokles víček, setřelá řeč, ataxie. Bývá modré zbarvení ústní sliznice a někdy je přítomný horizontální nystagmus. Současné užívání heroinu a Rohypnolu je jedním z problémů při metadonové substituci (Hampl, 2002).

Hypnotika nebenzodiazepinová

Měla se stát novými hypnotiky, na které nevzniká závislost. Ale byla již popsána závislost i na těchto preparátech. Příkladem je HYPNOGEN – STILNOX (zolpidemi hydrogenotartras) – tablety po 10 mg mají dobrý hypnotický účinek, i když pacienti preferují hypnotika benzodiazepinová.

Anxiolytika

Anxiolytika (trankvilizéry) nejsou uvedena v názvu skupiny F 13, ale plně sem patří, protože jde o další skupinu léků, na které vzniká velmi často závislost. Jedná se o léky k tlumení patologického strachu a úzkosti. Zařadily se mezi nejčastěji předepisované léky a bohužel se staly i léky nejčastěji zneužívanými.

Benzodiazepinová anxiolytika

Benzodiazepiny působí agonisticky na GABA receptory a ovlivňují tak nepříznivě paměťové a jiné kognitivní funkce. Prakticky všechna benzodiazepinová anxiolytika vedou k návyku a při delším užívání se pacienti stávají na nich závislí. Jedná se o následující léky: alprazolam *(*NEUROL, XANAX*)* v tabletách od 0,25 mg až 3 mg, chlordiazepoxid *(*RADEPUR, ELENIUM, DEFOBIN*)* v tabletách po 10 mg, diazepam *(*DIAZEPAM, SEDUXEN*)* v tabletách po 2 mg, 5 mg a 10 mg, APAURIN, 10 mg ve 2 ml, LEXAURIN (bromazepam) tablety 1,5 mg a 3 mg. Klinický obraz závislosti na benzodiazepinových anxiolytikách se podobá závislosti na benzodiazepinových hypnotikách.

Nebenzodiazepinová anxiolytika

Patří mezi ně hlavně dříve užívaný MEPROBAMAT (meprobamatum) tablety po 400 mg s výrazným sedativním účinkem a myorelaxačním účinkem. Dříve hojně zneužívaný zejména ženami, nyní již ustupuje z drogové scény.

Návyk a závislost na anxiolyticích vzniká poměrně rychle a pacienti se pak opakovaně dožadují lékařského předpisu na tyto léky. Chtějí předepsat více balení a v silnější formě. Hlavním účinkem je útlum CNS, postupující ospalost, ataxie, nezájem o okolí a tím i únik z reality, z úzkosti a strachu. Závislí mají i další důvod k užívání, kterým je vznik somatické závislosti s odvykacím syndromem při nedostatku léku. Mají-li uživa-

telé, i závislí, při dostatečné toleranci svoji obvyklou dávku, nemusejí se nijak výrazněji projevovat. Dojde-li ale k odnětí drogy (léku) a k jejímu nedostatku, dochází k neklidu, nespavosti, zvýšené mrzutosti a případně i k projevům agresivity. Při náhlém vysazení zejména vyšších dávek benzodiazepinů a některých hypnotik může dojít k epileptickému záchvatu typu GM. Proto je potřebné při detoxifikaci dávky léků snižovat postupně.

Ostatní léky

Z ostatních léků mohou vést k závislosti léky se stimulačním účinkem na CNS. Jde především o deriváty amfetaminu[2] a některá anorektika: RITALIN (methylphenidat) používaný pro léčbu hyperkinetického syndromu u dětí (ADHD), který se stal návykovou látkou zejména v USA, kde se začal používat nejen v rodinách, ale i ve školách ve velkém měřítku. U nás se zatím závislí pacienti neobjevili. Ritalin představuje jeden z léků připadajících v úvahu pro substituční léčbu závislých na injekčním užívání pervitinu. FENMETRAZIN (phenmetrazini hydrochloricum), vyráběný v tabletách po 20 mg, určený původně jako anorektikum, později již jen k léčbě narkolepsie, byl používán k substituční léčbě závislosti na pervitinu. V současné době již není u nás dostupný. ADIPEX RETARD (phentemini rezinas) 15 mg v tabletě užívaný jako anorektikum prokázal i substituční účinek u obézní pacientky se závislostí na pervitinu. SOLUTAN je kompozitní expektorans a brochodilatans obsahující ephedrinum hydrochloricum 17,5 mg. Pro přítomnost efedrinu se stal hlavně zdrojem pro ilegální výrobu pervitinu. Antitusika kodeinového typu, obsahující CODEIN či DIOLAN, se projevují jako opioidní agonisté. Byla popsána výše.

Závěr

Léková závislost je velkým problémem, kterému nebyla zatím věnována dostatečná pozornost. V budoucnosti se bude zneužívat jistě i mnoho dalších léků, o kterých třeba předběžné studie tvrdily, že při nich nebezpečí závislosti nehrozí. Je proto potřebné při každém nově zavedeném léku sledovat i možnost vzniku lékové závislosti.

Summary Pharmaceuticals with Risk of Misuse and Dependence

Dependence on pharmaceuticals, often of the iatrogenous origin, is an enormous problem, which is often neglected. The misuse of pharmaceuticals and dependence on them affect mostly patients in the mid- or elder age. The chapter presents an overview and categorisation of risky pharmaceuticals: above all, analgesics with the opioid component and benzodiazepine derivates (hypnotics or tranquilisers) are characterised here, but also pharmaceuticals belonging to stimulants, anorectic and antitussic drugs. Some patients taking their pills for years do not increase their dosage while others do it because of increasing tolerance. Particularly after a sudden withdrawal, a severe withdrawal syndrome may occur with epileptic paroxysms in the case of barbiturates and benzodiazepines. Many pharmaceuticals were introduced in the market with a statement that they are not dangerous as for their misuse/dependence potential, but later the opposite was proven. The scale of pharmaceuticals applied in medicine, as well as the pharmaceuticals that are misused, is increasing enormously; therefore, in each case the potential for misuse/dependence should be cautiously checked before introducing the pharmaceutical in the market. Another danger is using pharmaceutical components as precursors for illicit drugs. The misuse of analgesics (particularly of Alnagon) in former Czechoslovakia in the 1970s – 1980s is also mentioned as an important phenomenon of the drug scene of that period.

Key words: Alnagon – analgesics – hypnotics – pharmaceutical dependence – tranquillisers

[2] Amfetamin (dříve u nás s firemním názvem PSYCHOTON) již není v ČR v distribuci.

Tab. 1*: Léky s možným vznikem závislosti*

Skupina	Charakteristika	Příklady léků
ANALGETIKA	Neopioidní s opioidní složkou opioidní agonisté opioidní agonisté – antagonisté opioidní + noradrenalin + serotonin	ACYLCOFIN, COLDREX, DINYL, KORYLAN, ALNAGON MORFIN, DOLSIN, DIOLAN KODEIN, BEPHRONAL, TEMGESIC, SUBUTEX TRAMAL
SEDATIVA	Barbituráty (obsolentní)	BELLASPON
HYPNOTIKA	Benzodiazepinová Nebenzodiazepinová	NITRAZEPAM, ROHYPNOL HYPNOGEN, STILNOX
ANXIOLYTIKA	Benzodiazepinová Nebenzodiazepinová	NEUROL, XANAX, RADEPUR, ELENIUM, DIAZEPAM MEPROBAMAT
OSTATNÍ	Stimulancia Anorektika (stimulans) Expektorans (stimulans) Antitusika (opioidní agonisté)	FENMETRAZIN, RITALIN ADIPEX RETARD SOLUTAN CODEIN, IPECARIN, KODYNAL, DIOLAN

Tab. 2*: Věková struktura uživatelů vybraných návykových látek*

Skupina látek dle dg. kategorií MKN 10	Věková kategorie v letech					
	0 – 14	15 – 19	20 – 29	30 – 39	40 a více	Celkem
F10 ALKOHOL	31	502	4 726	9 272	**14 051**	28 582
F13 SEDATIVA, HYPNOTIKA	3	98	418	507	**761**	1 787
F12 KANABINOIDY	43	**563**	534	94	14	1 248
F11 HEROIN	4	463	**2 427**	474	96	3 464
F18 PRCHAVÁ ROZPUSTIDLA	24	88	**166**	23	9	310

Zdroj: ÚZIS, 2001

Literatura

■ Fišar Z. : Přehled biochemických účinků vybraných návykových látek. Trendy ve farmakoterapii – Zdravotnické noviny, č. 1, příloha, str. 8 – 10, 2002

■ Hampl K.: Alnagonismus – závislost morfinového typu. Protialk. Obzor, 1984, 1, str. 827 – 831, 1984

■ Hampl K.: Parenterální alnagonismus. Praktický lékař, roč. 69, č. 20, str. 753 – 756, 1985

■ Hampl K.: Léčba závislosti na heroinu metadonem v zařízeních AT bez lůžkového zázemí. Česká a slovenská psychiatrie, roč. 98, str. 86 – 91, 2002

■ Suchopár J. a kol.: Remedia compendium. 3. vydání. Léčiva Panax Co., Praha, 1999

■ Švihovec J. a kol.: Pharmindex brevíř. MediMedia Information, Praha, 2001

■ Výkaz o činnosti zdravotnických zařízení – AT péče. ÚZIS, Praha, 2001

MUDr. Karel Hampl, CSc.

Vedoucí lékař Ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí v Mělníce. Vzdělání: LF UK Praha, MUDr. 1953, specializace z interny 1958, všeobecného lékařství 1978, alkoholismus a jiné toxikomanie 1981. Kandidát lékařských věd (CSc.) 1998. Výcvik: skupinová psychoterapie 1981 — 1983, pedagogické minimum 1990, WHO — drogová epidemiologie 1991, drogová politika 1992. Studijní pobyty: Řím OSN (UNICRI) snižování poptávky a drogová epidemiologie 1992, Švýcarsko — problematika drog – heroin 1995, Holandsko: zařízení pečující o závislé 1999. Pracovní kariéra: Od roku 1954 převážně praktický lékař, od 1963 vedoucí lékař OAT — praxe v oboru 39 let, krajský odborník AT 1978, expert pro drogovou epidemiologii v Radě Evropy 1993, člen výkonného výboru Národní komise HIV/AIDS od 1993 a několika komisí MZ ČR, externí pracovník MZ ČR od 1997, předseda Sekce AT Psychiatrické společnosti, člen odborných společností. Počet publikací: zatím 150.

Kontakt: Ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí, NsP Mělník, Bezručova 715, 276 00 Mělník.
E-mail: ordinaceat@nspmelnik.cz

3/8 Těkavé látky Karel Hampl

Klíčová slova: čichání – inhalační drogy – organická rozpustidla – sniffing – těkavé (prchavé) látky – toluen

Charakteristika

Skupina návykových látek uvedených v MKN-10 pod označením F 18 – prchavé látky se častěji označuje jako těkavé látky nebo inhalační drogy. Patří mezi ně některá rozpustidla, ředidla a lepidla, ale i plynné látky, například éter a rajský plyn. Jednotlivé těkavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Společným znakem po užití je ovlivnění CNS, které se projevuje euforií, většinou s útlumem, mohou se objevit zrakové a sluchové halucinace.

Některé těkavé látky jsou uvedeny v Zákoně 167/98 Sb. o návykových látkách, v příloze č. 10 jako pomocné látky zařazené do tabulky II podle Úmluvy OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami.

Jednotlivé inhalační drogy

Toluen – methylbenzen ($C_6H_5 – CH_3$) – je v současné době nejrozšířenějším zástupem skupiny inhalačních drog u nás. Chemicky jde o aromatický uhlovodík Bezbarvá kapalina, získává se z ropy, lehkého oleje nebo koksových plynů. Toluen je důležité rozpouštědlo a ředidlo, zejména laků. Je i výchozí látkou pro výrobu trinitrotoluenu. O účincích, rizicích a léčebných opatřeních pojednáváme v dalších oddílech.

Trichlorethylen ($ClHC=CCl_2$) – Jedovatá kapalina sloužící zejména jako všestranné rozpouštědlo, užívané na některých průmyslových pracovištích, kde bývá zneužíváno zaměstnanci jako inhalační droga způsobující euforii. Při inhalaci trichlorethylenu se mohou objevit zrakové a sluchové halucinace, které mohou mít imperativní charakter (Hampl, 1989).

Trichlorethylen byl součástí čistícího prostředku Čikuli, který začali školáci hromadně užívat poté, co byli před ním varováni v televizi (v pořadu „Veřejná bezpečnost žádá, radí, informuje"). Užívání se rozšířilo zejména na začátku 70. let. Uživateli byli hlavně žáci základních škol ve věku od 13. let s maximem uživatelů ve 14. letech. Inhalování probíhalo často ve skupinách. Z námi sledované sestavy pak všichni ukončili užívání po dosažení 19. let. V současné době (2002) nejsou uváděny žádné případy zneužívání trichlorethylenu, ale stačí opět podobná „primární prevence" jako začátkem sedmdesátých let, aby došlo k nové vlně zneužívání a závislosti.

Mezi inhalační drogy u nás méně užívané patří:
Aceton – $CH_3 – CO – CH_3$ (dimethylketon, propanon), mnohostranné rozpouštědlo se stává příležitostně předmětem zájmu lidí, kteří s ním pracují.

Éter – $C_2H_5 – O – C_2H_5$, diethyléter, rozpouštědlo tuků a olejů, dříve používaný k narkózám a v souvislosti s tím i zneužívaný (Hampl, 1983).

Benzin – směs vyšších uhlovodíků – pohonná hmota.

Rajský plyn – N_2O – oxid dusný, smíšen s kyslíkem vyvolává krátce po vdechnutí opojný bezbolestný stav. Používá se ke krátkodobým narkózám. Zdá se, že se znovu objevuje jeho zneužívání. Inhaluje se z tlakových lahviček pro výrobu šlehačky nebo z nafukovacích balónků, ze kterých je vdechován. Účinek se rychle vytrácí. Při vdechování z lahve může dojít ke spálení dýchacích cest mrazem, který vzniká při rychlém odpařování oxidu dusného (Vaněček, 2002).

Rozšíření

K největšímu rozšíření užívání těkavých látek došlo v Anglii od roku 1980. V roce 1990 bylo registrováno již 149 úmrtí. Užívanou látkou nebyla rozpustidla nebo lepidla, ale butanový plyn, kterým byly plněny zapalovače a který se užíval i ve formě aerosolů. Objevilo se i inhalování obsahu hasících přístrojů. Anglie proto iniciovala sběr evropských dat a v roce 1992 zahájila veřejnou národní kampaň s cílem hlavně varovat rodiče před nebezpečím užívání těkavých látek. Součástí kampaně bylo telefonické poradenství, vydávání knížek a pořady v televizi, které ale mají nevýhodu, protože vzbuzují zájem široké veřejnosti a zejména dětí a mladistvých o něco, o čem do té doby nevěděli.

V některých zemích Evropy (Rakousko, Belgie, Lucembursko, Dánsko) učitelé vědí o možnosti inhalování těkavých látek u žáků a mladistvých, ale registrují spíše experimenty s těmito drogami než dlouhodobé užívání. Finsko dělí „čichače" na uživatele mezi třinácti a patnácti lety a na uživatele třicetileté a starší, převážně muže, kteří inhalují těkavé látky v souvislosti s užíváním jiných drog. Ve Švédsku šlo jen o malé sku-

piny inhalujících chlapců od deseti do patnácti let, kteří inhalují jen krátkou dobu a brzy přestávají. V Holandsku a Švýcarsku se neuváděly žádné větší problémy (Hampl, 1994).

V bývalém Československu byly těkavé látky a jejich zneužívání známé již před druhou světovou válkou, jednalo se ale jen o jednotlivé dospělé osoby. Oblíbenou látkou byl éter. Hromadný výskyt zneužívání těkavých látek se objevil v našich zemích koncem šedesátých let u žáků a studentů základních a středních škol. Jak jsme uvedli výše, zneužívanou látkou byl čistící prostředek Čikuli, obsahující trichlorethylen. Ten byl v posledních letech vytlačen toluenem.

Opakovaně se vyskytují vlny zneužívání na jednotlivých školách v České republice, které někdy bagatelizují jak učitelé, tak i rodiče. Nejčastěji inhalují žáci vyšších ročníků základních škol a žáci odborných učilišť. Měli jsme již ale i devítiletého pacienta. Příčinou je snadná dostupnost levných inhalovaných látek. Mladistvé láká touha po neobyčejném zážitku a zvědavost. Jedná se v současné době nejvíce o nabízený toluen, který zhruba třetina žáků odmítne, 1/3 zkusí inhalování, ale končí prvním pokusem a zbylá třetina pak inhalaci opakuje. Někteří se pak stávají závislými.

Maximum počtu uživatelů inhalačních drog bylo zpočátku ve věku 14 – 15 let, od roku 1997 je to skupina 20 – 29letých. Přehled podle údajů ÚZIS ukazuje *Tab. 1*.

Počet uživatelů inhalačních drog je v ČR poměrně stabilní. Uživatelé relativně brzy s užíváním přestávají a často pak přecházejí na jiné návykové látky. Inhalační látky se tak staly součástí iniciačních (startovacích) drog, mezi které patří také tabák a alkohol (Hampl, 1991). Zatímco užívání tabáku a alkoholu přetrvává do středního a vyššího věku, užívání inhalačních drog končí relativně velice brzy. Začátkem sedmdesátých let jsme sledovali skupinu 15 uživatelů těkavých látek. Na vyšetření se dostavili ve věku 14 až 18 let, často tedy i po delším užívání. Užívání těkavých látek předcházelo jen kouření tabáku. S alkoholem začínali uživatelé prakticky ve stejném věku jako s inhalačními drogami.

Vztah mezi užíváním rozpustidel a tabáku, alkoholu, léky a kávou ukazují *Graf 1 – 4* (Hampl, 1989).

Způsob aplikace

Toluen je volně prodejný v drogeriích a je relativně levný. Může se inhalovat přímo z lahve, ale obvyklejším způsobem je vdechování (sniffing) výparů toluenu z napuštěné tkaniny. Účinná dávka je u toluenu řádově několik mililitrů. Účinek se dostavuje během několika minut a je krátkodobý – odezní během několika desítek minut, pokud inhalace neprobíhá dál nebo se neopakuje. Ke zvýšení účinku si někteří uživatelé přetahují přes hlavu plastový pytlík, pod kterým inhalují. Tento způsob aplikace přináší zvýšené riziko úmrtí.

K inhalaci dochází za nejrůznějších okolností – buď individuálně, třeba i během chůze po frekventované ulici, nebo velmi často ve skupinách s dodržováním určitého rituálu. Bohužel nestalo se součástí rituálu poskytnout první pomoc spoluuživateli, když ztratí vědomí nebo přestane dýchat. Většinou všichni od postiženého uteče a zanechají ho jeho osudu.

Akutní a chronické účinky

Při inhalaci toluenu se dostavuje velmi rychle pocit euforie, poruchy vnímání provázené živými, barevnými halucinacemi, dochází k útlumu, ke spánku, k poruchám vědomí. Cílené a předvídatelné dávkování je při obvyklém způsobu aplikace prakticky nemožné a kvalitativní porucha vědomí snadno přechází v poruchu kvantitativní, v bezvědomí až koma, ve kterém může dojít k srdeční zástavě, k zástavě dechu nebo k udušení zvratky.

K úmrtí může dojít již při prvním experimentálním užití, proto by se experimentování s inhalačními drogami nemělo podceňovat. Většinou ale dochází k úmrtí u uživatelů až po dvacátém roce. V roce 1992 podle policejní statistiky došlo k šesti úmrtím. Všichni zemřelí byli muži, čtyři ve věku 20 – 25 let, dva ve věku 31 – 40 let.

Při delším užívání dochází k celkovému otupění, „hloupnutí", poruchám emotivity a chování, zejména k afektivní labilitě, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti. Jde o typický organický psychosyndrom, daný toxickým působením zneužívané látky na mozkovou tkáň bohatou na lipidy. Často dochází i k toxickému poškození jater a ledvin, k dalším komplikacím patří poleptání dýchacích cest, případně aspirační pneumonie.

Toluen vyvolává silnou psychickou *závislost*, někteří pacienti inhalují toluen prakticky denně. V důsledku pak nejsou schopni výkonu žádného zaměstnání a postupně dochází k degradaci osobnosti. Trvalé poškození mozkových struktur může zůstat dlouhou dobu utajeno, protože se projeví jen za některých nepříznivých okolností. Pacient pak začne v dané situaci neadekvátně reagovat, může dojít k nečekané agresivitě.

Somatická závislost nebývá patrná. Po vysazení inhalační drogy se neobjevuje syndrom z odnětí, ale pacient se vrací k užívání pro silný craving. Někdy znovu vyhledá inhalační drogu z rituálních důvodů, zejména při hromadném užívání. Pokud dojde k úplnému vysazení těkavé látky a pacient již dále abstinuje nebo přechází na jinou drogu, je třeba stále počítat s tím, že již došlo k organickému poškození mozku, které jsou patologové schopni u zemřelých najít.

Při diagnóze nás na užití inhalačních drog může přivést charakteristický zápach v prostředí, z oblečení, možné je poslat moč na toxikologické vyšetření a po inhalaci toluenu na kvantitativní vyšetření kyseliny hippurové, jejíž hladina se při inhalování toluenu zvyšuje.

Léčebný postup

Na skončení užívání těkavých látek musí zdravotnické zařízení spolupracovat nejen s pacientem (často nezletilým), ale i s rodiči a se školou. Všechny zainteresované je nutné upozornit na závažnost třeba i jen experimentování s inhalačními drogami. Rodiče i škola musí přijmout skutečnost, že v jejich rodině nebo škole k tomu skutečně dochází a že mezi postižené patří jejich syn, dcera, žák.

Pokud se podaří zachytit experimentujícího pacienta, obvykle stačí nepříjemnosti, které s tím má spojeny, a individuální psychoterapie kognitivně behaviorálního charakteru. Vhodné jsou rodičovské skupiny. Pacienty je potřebné sledovat po dobu několika let, protože dozrávání osobnosti je spojeno se změnami přístupů k problematice abusu návykových látek a je potřebné u pacienta udržovat potřebný náhled (s ohledem na riziko přechodu k jiným drogám).

U závislých pacientů jsou vyhlídky na dosažení abstinence daleko menší, už i z toho důvodu, že pacient je dlouhodobým užíváním natolik poškozen, že není dostatečně schopen vnímat své okolí, chápat souvislosti a docházet do zdravotnického zařízení. Někteří z nich končí úmrtím nebo invaliditou.

Závěr

Zneužívání této skupiny látek je velmi nebezpečné a dosti podceňované. Těkavým látkám je potřebné věnovat stejnou pozornost jako ostatním drogám a uvědomit si, že potřebného efektu můžeme dosáhnout včasnou registrací a léčbou v daleko větší míře u experimentujících dětí a mladistvých, než u dospělých závislých pacientů.

Legislativní opatření jsou zatím nedostatečná. Některé těkavé látky jsou sice uvedeny v zákoně 167/98 Sb. o návykových látkách, ale jedinou zákonnou povinností je povinnost registrace výrobce před zahájením výroby u ministerstva zdravotnictví. Žádné jiné zákonné omezení pro výrobu, distribuci a užívání toluenu neexistuje a dá se tedy říci, že se jedná o legální drogu, v případě, že je řádně registrována její výroba. Omezení dostupnosti pouze v určitém regionu nemá význam, protože kontakt mezi uživateli je prakticky neomezený. Měl by být alespoň celostátně zakázán volný prodej těkavých látek osobám mladším osmnácti let. Pokud nedojde k celostátnímu legislativnímu omezení výroby, distribuce a užívání toluenu, nelze očekávat snížení počtu uživatelů ani počtu úmrtí na toluen.

Summary Volatile Substances

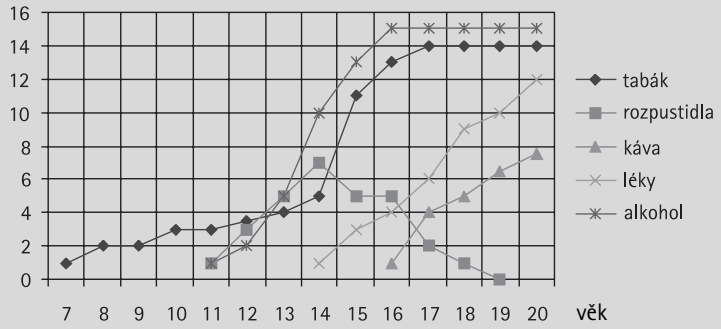
The chapter first presents a general characteristic of this group of substances (according to ICD-10, F 18). The misuse of volatile substances has been growing from the 1980s, the particularly affected groups are the young (school) age categories and/or marginal social group_ in young age, volatile substances often act as gateway drugs. Further, toluen (methylbenzen) as a most frequent volatile substances in the CR is presented in more detail, with regard to its application and risks, acute and chronic intoxication and resulting somatic and psychic damages including an irreversible brain damage in long term users. Many deaths were also described among "sniffers". The volatile substance misuse in general is very dangerous as they are easily accessible for a low price but their danger is often underestimated both in medicine and legislation. The last part of the chapter concerns the principles of treatment: among others the application of cognitive behavioral therapy and a long term follow-up of the patient during adolescence, when a risk of shift to other drugs exists.

Key words: organic detergents – sniffing – toluen (methylbenzen) – volatile substances

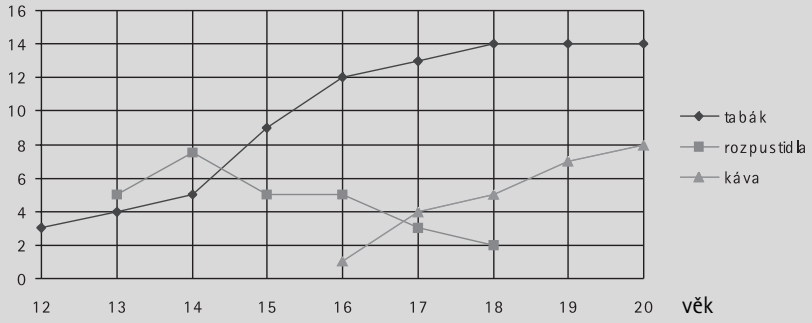
Tab. 1*: Věková distribuce užívání těkavých látek*

Rok registrace	Počet pacientů	Maximální počet ve věkové skupině
1996	347	15 – 19
1997	247	20 – 29
2001	310	20 – 29

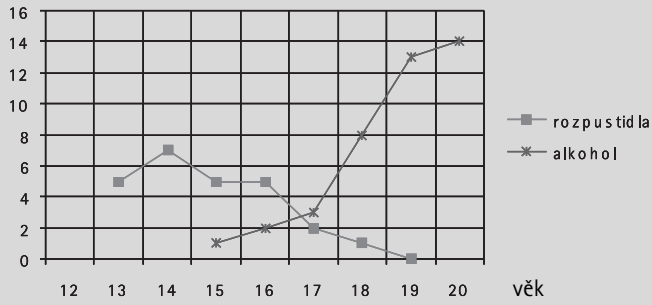
Graf 1*: Vztah rozpustidel k ostatním látkám v průběhu dospívání*



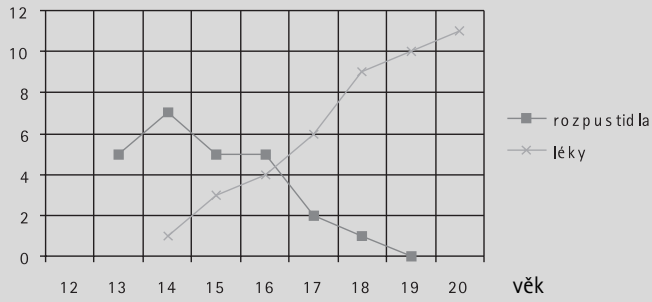
Graf 2*: Vztah rozpustidel k užívání tabáku a kávy*



Graf 3*: Vztah rozpustidel k užívání alkoholu*



Graf 4*: Vztah rozpustidel k užívání léků bez lékařského předpisu*



Literatura

■ Hampl K.: Některé problémy nealkoholové toxikomanie z pohledu lékaře. Prokuratura, č. 1, str. 72 – 77, 1983

■ Hampl K.: Parenterální alnagonismus. Praktický lékař, roč. 69, č. 20, str. 753 – 756, 1985

■ Hampl K.: Prognóza dětí a mladistvých zneužívajících rozpustidla. Protialk. Obzor, roč. 24, č. 3, str. 135 – 141, 1989

■ Hampl K.: Parenterální aplikace drog: startovací drogy, motivace k abstinenci, terapeutický přístup a výsledky. Protialk. Obzor, roč. 26, č. 2, str. 101 – 108, 1991

■ Hampl K.: Čichání těkavých látek v evropských zemích. Protialk. Obzor, roč. 29, č. 3, str. 131 – 133, 1994

■ Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. FILIA, Praha, 1996

■ Sbírka zákonů ČR: Zákon č.167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů

■ Vaněček M.: Ketamin, Ufo, Rajský plyn. Bulletin národní protidrogové centrály, roč. 8, č. 1, str. 13 – 14, 2002

MUDr. Karel Hampl, CSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 3/7.

3/9 MDMA a jiné drogy „technoscény“

Jakub Minařík, Tomáš Páleníček

Klíčová slova: extáze (Ecstasy) – halucinogeny – ketamin – MDMA – parties – phenylcyklidin – stimulancia

Historie a rozšíření, kontext užívání

MDMA (Ecstasy, extáze) byla jako účinná látka syntetizována, resp. patentována v roce 1912 firmou Merck jako lék na hubnutí. Nikdy však nebyla komerčně vyráběna a používána v této indikaci.

Moderní historie MDMA je spojena se jménem Alexandra Shulgina, který látku resyntetizoval v 50. letech. V následujících letech proběhly pokusy o její využití v psychoterapii. Výsledky terapeutické práce s MDMA byly terapeuty hodnoceny vesměs pozitivně, zvláště pozitivně byla hodnocena schopnost introspekce a zlepšení schopnosti komunikace mezi lidmi, se vzájemným silným citovým vztahem. Mezi indikační skupiny patřila posttraumatická stresová porucha (v této indikaci se nyní znovu zkouší), partnerská terapie a péče o smrtelně nemocné. MDMA se experimentálně používala také jako prostředek, který posiloval terapeutický účinek dynamické psychoterapie a prohluboval vztah pacient – terapeut. Na druhé straně existovaly pochybnosti o trvalosti dosažených změn. Poté, co byla prokázána neurotoxicita MDMA, bylo její další legální používání většinou zakázáno. Přesto existují dodnes amatérští terapeuti, kteří MDMA k terapii nadále používají.

Rekreační užívání MDMA na „parties“ se začalo objevovat v 70. letech v USA. Postupně se šířilo přes Velkou Británii do ostatních států Evropy. Od 80. let se objevuje již pravidelně v řadě evropských států. Dnes patří extáze mezi nejrozšířenější drogu užívanou mladými lidmi na tanečních parties všude na světě. Užívání v klubech a na masových akcích za doprovodu typické reprodukované hudby (styl techno, house, rave a jiné) patří mezi fenomény současné doby[1].

V průzkumech prováděných v klubech v ČR (viz Kalina a kol., 2002) se zjišťuje, že průměrný věk návštěvníků se pohybuje okolo 20. Asi 90 % návštěvníků je svobodných, 2/3 jsou studující, 1/3 mladí zaměstnaní (převážně v jiných než dělnických profesích) nebo podnikatelé. Nejčastěji užívanou drogou mezi nimi je marihuana (88 %), extázi užívalo 20 %, stejně jako pervitin a LSD. V některých klubech je však extáze jasně nejoblíbenější drogou pro 93 % návštěvníků. Uživatelé extáze ji pokládají za příjemnou a bezpečnou drogu, na níž nevzniká závislost a kterou lze mít dlouhodobě pod kontrolou. Je lepší než alkohol, „protože po ní není člověku špatně“. Odmítají heroin a pervitin jako drogy, které pravidelně vedou k závislosti („Nejsem žádný feťák, jen se ráda bavím,“ říká účastnice jednoho průzkumu).

Uživatel extáze většinou intenzivně tančí, někdy až do naprostého vyčerpání – buď nepociťuje vyčerpání vůbec, nebo je varovný pocit vyčerpání přehlušen příjemnými prožitky. To může mít za následek tělesné poškození.

Charakteristika, kombinace

Extáze svým účinkem spadá na pomezí stimulancií a psychedelik (halucinogenů). Vedle svého stimulačního účinku podobného tomu u amfetaminů obvykle vyvolává příjemné, snadno kontrolovatelné emoční stavy s relaxací a bez pocitů strachu, pocity štěstí a blaha, a toto vše někdy může být provázeno halucinacemi. Díky tomu bývá označována společně s látkami jí podobnými (MDEA, MDA) jako entaktogen.

Chemicky je látka odvozena od amfetaminu, patří mezi fenyletylaminy a chemický název je 3,4-metylendioxy-N-metylmetamfetamin (odtud její zkratka MDMA). V čisté formě je to bílá, krystalická, silně hořká látka. Na trhu je obyčejně dostupná ve formě tablet či kapslí. Forma tablet je různorodá, typicky bývá z jedné strany reliéfní obrázek (vytlačené e, holubice, delfín a další), z druhé strany někdy zlomová rýha. Tablety bývají různého tvaru, nejčastěji kulaté, typická bývá špatná homogenisace. Obsah účinné látky bývá průměrně mezi 50 – 100 mg (v rozmezí 0 – 200 mg). Běžně užívaná dávka se pohybuje nejčastěji v rozmezí 80 – 100 mg. Konzumace několika tablet za večer (2 – 10) nebývá však nijak neobvyklou, dokonce jsou známy i případy, kdy došlo k užití několika desítek tabletek extáze (tedy pravděpodobně několik gramů MDMA) najednou. Složení tablet nebývá standardní. Pouze MDMA obsahuje jen část z nich, mnohé jsou bez účinné látky, ně-

[1] V r. 2001 nabízely kluby v Praze a nejbližším okolí každý všední den průměrně 5 takových akcí, v pátek a v sobotu 15. Vedle toho existuje řada akcí soukromých (Kalina a kol., 2002).

které obsahují jiné amfetaminy, efedrin, kofein či ketamin. V tabletách se však mohou vyskytnout i potenciálně nebezpečné látky či jejich kombinace, příkladem může být parametoxyamfetamin — PMA.

Kombinování extáze s jinými drogami či léky zvyšuje pravděpodobnost výskytu závažných zdravotních komplikací a nežádoucích účinků. MDMA je často uživateli kombinována s jinými látkami pro dosažení silnějšího nebo kvalitativně jiného efektu. Typické jsou kombinace s amfetaminy, kokainem, THC a alkoholem, nezřídka se však setkáváme i s řadou jiných látek např. LSD, GHB[2], 2C-B[3], ketamin[4], piracetam[5]. Velmi nebezpečné a život ohrožující stavy mohou být navozeny kombinací MDMA s inhibitory monoaminooxydázy (některá antidepresiva, PMA[6], 4-MTA[7]), což přináší riziko rozvoje serotoninového syndromu.

Zajímavé je, že u zdravých jedinců je pravděpodobnost smrtelné intoxikace samotnou MDMA velmi nízká. Naopak intoxikace kombinacemi různých psychotropních látek (antidepresiva, jiná stimulacia) a MDMA jsou zatíženy mnohem vyšším výskytem komplikací (včetně obávané maligní hypertermie u serotoninového syndromu) a úmrtími.

Farmakokinetika

Běžná dávka se pohybuje mezi 80 — 150 mg, po užití per os se látka vstřebává sliznicí trávícího traktu, distribuována krví do celého organismu. Nástup účinku do 0,5 — 1 hodiny, odeznění po 5 — 7 hodinách.

Eliminační poločas (t1/2) u MDMA je 6 — 8 hodin, jeden z hlavních metabolitů MDA má t1/2 kolem 20 hodin. Biotransformace probíhá v játrech na cytochromu P450 pomocí enzymu CYP2D6. Enzym je inhibován řadou běžně užívaných farmak – např. antidepresivy ze skupiny SSRI, některými neuroleptiky, antivirovými látkami. Navíc 5 — 10 % populace (především bělochů) není tímto enzymem vybaveno díky mutaci tohoto genu. Inhibice a genetický defekt tvorby enzymu s sebou nesou pravděpodobně vyšší riziko výskytu závažných reakcí po MDMA.

Vylučování se pak děje zejména ledvinami (podíl MDA je asi 1/10). Průkaz v moči je možný ještě po několika dnech.

Účinek

Hlavním místem účinku je CNS, konkrétně ovlivnění vylučování neurotransmiterů serotoninu, dopaminu a noradrenalinu na synapsích. MDMA vytlačuje serotonin uložený v zásobních synaptických váčcích z presynaptického zakončení neuronu do synaptické štěrbiny. Navíc stimuluje syntézu, inhibuje degradaci a snižuje zpětné vychytávání serotoninu do presynaptického nervového zakončení. Způsob ovlivnění dopaminergních synapsí je podobný jako u serotoninergních, navíc ale zvýšená aktivita serotoninergního systému usnadňuje uvolnění dopaminu. Po odeznění účinku MDMA dochází k vyrovnání hladiny serotoninu a následně k opětovnému poklesu, který přetrvává dlouhodobě.

Kromě ovlivnění psychiky dochází také k ovlivnění somatických funkcí.

Mezi první uvědomované *příznaky intoxikace* patří neklid a mírná zmatenost, které v další fázi obyčejně ustoupí, nastává fáze klidu a pohody, mizí stres, dochází k projasnění nálady. Při užití o samotě je uživatel obyčejně schopen zvýšeného intelektuálního výkonu. Při užití v páru nastupují pocity empatie[8], lásky, zvyšuje se komunikativnost a potřeba dotýkat se druhého. Pocit vcítění se dostavuje i ve skupině či v davu a je uživateli vysoce ceněný. MDMA nefunguje jako afrodiziakum. U mužů může dokonce snižovat schopnost erekce a oddaluje ejakulaci. Pro efekt MDMA je charakteristická určitá plochost a mírnost intoxikace, halucinace jsou méně pravděpodobné, dostaví se jen mírně zostřené vnímání a celková psychická a fyzická stimulace.

Somaticky bývá nástup účinku doprovázen nevolností, případně zvracením. Časté je zvýšené napětí kosterního svalstva, někdy bývá pociťováno jako bolestivé. Intoxikovaní si nejčastěji uvědomují napětí žvýkacích svalů. Častými doprovodnými příznaky jsou snížená

---

[2] Gama-HydroxyButyrát – prekursor a metabolit Gamaaminomáselné kyseliny (GABA); v malých dávkách působí euforizačně, ve vyšších vyvolává poruchy koordinace pohybů, pokles svalového napětí, vysoké dávky mohou způsobit křeče, nevolnost, zvracení, anestezii, koma.

[3] 4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamin – látka stejné chemické skupiny jako MDMA s údajně více halucinogenním efektem a výraznou citlivostí na správné dávkování.

[4] Ketamin je injekční anestetikum příbuzné phencyklidinu (viz dodatek).

[5] Piracetam patří mezi látky, které zlepšují metabolismus neuronů – tzv. nootropika, nebo také „smart drugs".

[6] Parametoxyamfetamin – látka v sobě slučuje 2 mechanismy účinku – uvolnění serotoninu a inhibici MAO-A enzymu. Výsledný efekt je velmi rizikový, může dojít ke vzniku serotoninového syndromu a hypertermie, která bývá i příčinou smrti. Záludnost látky navíc tkví v tom, že její efekt oproti MDMA nastupuje později, uživatel tak má tendenci nedostatečnou dávku „přikrmit".

[7] 4-metylthioamfetamin – látka s převažující inhibicí MAO-A, údajně volně prodejná např. v Holansku. Má údajně spíše méně příjemný efekt a relativně vysokou toxicitu.

[8] Odtud název „empatogeny" pro tento typ drog.

chuť k jídlu a snížená potřeba spánku, subjektivně nepříjemně bývá vnímáno pocení a sucho v ústech.

Objektivně lze nalézt urychlení tepu a vzestup teploty, zvýšený krevní tlak. Podobně jako u jiných látek této skupiny je intoxikace provázena rozšířením zornic.

Druhý den po užití extáze se většinou dostavuje kocovina v podobě únavy, bolesti svalů a kloubů, 2. — 3. den po odeznění intoxikace se typicky dostavuje zhoršení nálady.

Komplikace, poškození a nežádoucí účinky

MDMA selektivně poškozuje serotoninergní nervová zakončení. Mechanismus poškození není přesně znám, pravděpodobně zahrnuje několik mechanismů – vyčerpání energetických zásob, přímou neurotoxicitu některých metabolitů, vzestup tělesné teploty při intoxikaci a jiné. V souvislosti s neurotoxicitou se často hovoří také o zhoršení kognitivních funkcí. Mechanismus i v tomto případě bude multifaktoriální, na zhoršení se bude kromě přímého toxického působení podílet i vliv sekundárně vyvolaných změn.

Mezi nejvážnější komplikace užití MDMA patří *hypertermie*, přehřátí organismu, které se může vyskytnout zvláště při užití na celonočních párty. Pravděpodobnost vzrůstá při nadměrné tělesné aktivitě, vyšší teplotě okolí, vyšší dávce, nebo opakovaném užití v průběhu párty a nedostatečné konzumaci tekutin s minerály. Důležitým preventivním faktorem je mimo jiné průběžný příjem tekutin a iontů a také odpočinek a pobyt v chladnějším prostředím. MDMA je ovšem schopna vyvolat hypertermii i sama, bez okolních „podporujících" podmínek.

Následkem hypertermie může dojít ke spuštění kaskády dějů, která může vést k úmrtí. Jedná se hlavně o uvolnění myoglobinu z poškozeného kosterního svalstva, poškození ledvin a rozvoj diseminované intravaskulární koagulace (srážení krve v cévách, které vede k vyčerpání srážlivých i protisrážlivých faktorů a následně k vykrvácení). Zjednodušeně lze říci, že dochází k hrubému narušení vnitřního prostředí organismu a k metabolickému rozvratu.

Mezi *nežádoucí účinky*, které doprovázejí užití MDMA, patří ovlivnění kardiovaskulárního systému se vzestupem krevního tlaku a urychlením srdeční akce. To může vést k subjektivně negativně vnímaným pocitům jako jsou bušení srdce, bolest hlavy atp., ale např. i k vyššímu riziku mozkového krvácení. Poškození jater ve spojení s užitím MDMA může vést až k jaternímu selhání a k úmrtí. Častější jsou však toxické hepatitidy, někdy bez subjektivních příznaků, jen s laboratorním nálezem. Mechanismus poškození jater není dosud znám. Extáze patří mezi látky s teratogenním působením, pravděpodobnost vrozených vad je při užívání MDMA matkou několikanásobně vyšší. Pravidelné užívání MDMA vede také k poškození imunitního systému.

U disponovaných jedinců existuje, tak jako u jiných látek této skupiny, možnost provokace psychotického stavu, případně mírnějších, prepsychotických obtíží, které jsou mírnější a nemusí dovést postiženého k lékaři. Výskyt těchto obtíží je ale ve srovnání s jinými látkami skupiny (např. metamfetaminem) méně častý. Jako u jiných psychotropních látek existuje i při užívání MDMA riziko vniku závislosti, v porovnání s metamfetaminem je však potenciál pro závislost u MDMA daleko nižší. Komplikovanějším psychosociálním fenoménem je návyk určitého životního stylu spojeného s užíváním extáze a obdobných drog (život „od párty k párty").

Odborné intervence

Hlavním důvodem lékařské péče u uživatelů extáze jsou somatické komplikace, resp. nežádoucí účinky na organismus. V klientele zařízení pro problémové uživatele drog a závislé činí uživatelé extáze pouze zlomkový podíl, nejde-li o kombinované užívání např. s pervitinem, který v tomto případě představuje hlavní problémovou drogu. Závislost na extázi přichází k léčbě jen výjimečně, častěji, ale i tak dosti zřídka, jde o psychologické komplikace, u nichž jsou indikovány psychoterapeutické či poradenské intervence, případně farmakoterapie dle charakteru obtíží.

Masový rozvoj užívání extáze na specifických hudebně-tanečních produkcích přináší specifické intervence typu Harm Reduction přímo na těchto místech. Jde například o místnosti pro ochlazení (cooling) a dostatek studené pitné[9] nebo minerální vody. V některých zemích (Velká Británie, Itálie) úřady tato opatření od provozovatelů parties povinně vyžadují. Pracovníci nízkoprahových programů rovněž nabízejí přímo na parties testování chemického složení drogy ještě před užitím, aby se předešlo nežádanému účinku jiných drog nebo potenciálně nebezpečných příměsí. Toto testování se v rámci programů Harm Reduction začíná provádět i v ČR.

[9] V souvislosti v pitným režimem je popisována tzv. otrava vodou, kdy uživatel požije velké množství čisté vody bez adekvátního příjmu iontů.

Dodatek

Fenylcyklidin, PCP („andělský prach")

Psychoaktivní látka s účinky na CNS, s budivými, bolest tlumícími a halucinogenními účinky. Tato látka byla zavedena do klinické medicíny jako disociativní anestetikum, ale její užívání bylo zakázáno kvůli častému výskytu syndromu sestávajícího se ze ztráty orientace, neklidu a zmatenosti. PCP (zkratka chemického názvu phenylcyclidine phosphate) lze relativně levně a jednoduše vyrobit a od sedmdesátých let se užívá jako nepovolená droga. Látky s podobnými účinky jsou dexoxadrol a ketamin (viz dále). Při nepovoleném užívání se PCP bere orálně, intravenózně, nebo se šňupe, nejčastěji se však kouří. Obvyklá dávka je 5 — 15 mg. Účinky se začnou projevovat přibližně 5 minut po užití a vrcholí po 30 minutách. Na začátku nastupuje euforie, pocit tepla, brnění, vznášení se a „klidné izolace/odloučení". Mohou se vyskytnout sluchové a vizuální halucinace, nebo změněné vnímání těla, zkreslené vnímání času a prostoru, „klam, blud" a rozpad myšlení. Přidružené neurologické a fyziologické reakce souvisí s dávkováním a zahrnují zvýšení krevního tlaku, grimasování, zvýšení potivosti, hypotermie, kóma, rozšířené nereagující zřítelnice, snížená citlivost vnímání bolesti, svalová ztuhlost atd. Účinky PCP trvají zpravidla 4 — 6 hodin, ale někdy trvá i několik dní a déle, než některé z nich zcela vymizí. Během „dojezdu" se může vyskytnout sebedestrukční nebo násilné jednání. Byly zaznamenány poruchy vnímání, delirium a poruchy nálad, způsobené PCP. Stejně jako v případě halucinogenů není prokázáno, zda jsou takové poruchy způsobeny účinkem drogy, nebo zda jde o pre-existující zranitelnost či dispozici.

Ketamin („Ket", „K", „Vitamin K")

Ketamin je celkové anestetikum, které způsobuje tzv. disociativní anestesii (prožívání je jakoby oddělené). Je chemicky příbuzný s PCP. Intoxikace bývá často vnímána jako spíše nepříjemná. Okolí se jakoby fragmentuje, mizí vůně a chutě. Někdy se míchají časové souvislosti, přicházejí i zážitky smrti. Mohou se objevit halucinace (často bývají popisovány anesteziology při probouzení z celkově anestesie vedené ketaminem). Jedním z dominačních zážitků je ztráta citlivosti (hmatu), ruce intoxikovaným často připadají jakoby plechové. Při intoxikaci stoupá krevní tlak, často se objevuje nevolnost, intoxikovaný je schopen pohybu a slovního projevu jen v omezené míře. Asi po hodině intoxikace odeznívá. Při častém užívání se snižuje citlivost ke ketaminu, předávkování je život ohrožující. Aplikace je možná i.v., sniff připadá v úvahu, pokud je droga ve formě prášku.

Summary MDMA (Ecstasy) and Other Drugs of the "Technoscene"

MDMA (Ecstasy) belongs to the most popular drugs of recent years. The MDMA misuse is closely linked to the "dancing scene". It occurred in the U.S.A. in the 1970s and it has spread through Great Britain to the continental Europe. MDMA is chemically derived from amphetamine, but its effect varies on the border of stimulants and hallucinogens. Its favourable psychic effects are the feelings of empathy, friendship and energy. MDMA itself is rather safe as for overdosing but its combination with another substances may be very toxic. Dangerous side effects are neurotoxicity, hepatotoxicity; heart disturbances and cerebral palsy can also result. The risk of dependence is not high and the paranoid syndrome, frequent in stimulant users, is also quite rare. – At the end of the chapter, essential informations on phenylcyclidine and ketamine are added.

Key words: Ecstasy – hallucinogenes – MDMA – parties – phenylcyclidine – stimulants

Literatura

■ Eisner B.: Ecstasy – The MDMA Story. Roning Publishing, Inc., Berkeley, California, 1989

■ Fišerová M., Páleníček T.: MDMA (3,4-methylendioxymethamphetamin) – „Extáze". Adiktologie (Scan Tišnov), roč.1, č.2, str. 61 – 79, 2001

■ Fišerová M., Páleníček T.: Testování tablet „Extáze"" – kvantitativní analýza obsahu v ČR. Adiktologie (Scan Tišnov), roč. 1, č. 2, str. 107 – 109, 2001

■ Inaba S. D.: Uppers, Downers, All Arounders. CNS Productions, Ashland, Oregon, 1993

■ Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. Nadace Filia, Praha, 1997

■ Kalina K. a kol.: Devět rad jak ušetřit. Příručka pro rodiče. SANANIM, Praha, 2002

■ Páleníček T., Kubů P.: Tekutá extáze – GHB. Internet: www.whiteandround.cz

■ Riedl O., Vondráček V.: Praktická toxikologie. Avicenum, Praha, 1971

■ Saunders N.: Extáze a techno scéna. JOTA, Brno, 1996

■ Shulgin A., Shulgin A.: PIHKAL (Phenetylamines I Have Known and Loved) – A chemical love story. Transform Press, Berkeley, California, 1991. Internet: www.erovid.com

■ Tyler A.: Drogy v ulicích. Nakladatelství Ivo Železný, Praha, 1998

MUDr. Tomáš Páleníček

Absolvoval 3. lékařskou fakultu UK v Praze. V současné době pracuje a postgraduálně studuje v Psychiatrickém centru Praha, kde se věnuje především výzkumu v oblasti schizofrenie. Zabývá se dále výzkumem návykových látek a testováním MDMA.

Kontakt: Psychiatrické centrum Praha, Ústavní 90, 180 00 Praha 8 – Bohnice.

E-mail: palenicek@pcp.lf3.cuni.cz

MUDr. Jakub Minařík – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 3/2.

3/10 Tabák a závislost na tabáku Eva Králíková

Klíčová slova: kouření – nikotin – odvykání kouření – psychosociální závislost – tabák

Charakteristika

Jedinou návykovou látkou ze 4. – 5. tisíc složek tabákového kouře či v tabáku jako takovém je toxický rostlinný alkaloid *nikotin*. Jedná se o bezbarvou tekutinu, bez zápachu. Smrtelná dávka pro člověka je kolem 80 mg, poměrně rychle však vzniká tolerance.

Závislost na tabáku začíná závislostí psychosociální[1], po určité době (ta je individuální, záleží na geneticky získané podobě receptorů[2] v mozku) vzniká také fyzická drogová závislost, tedy závislost na nikotinu (asi u 60 – 70 % kuřáků).

Rozšíření

Tabák pěstovali již Indiáni, ovšem významné zdravotní poškození to asi neznamenalo: jednak kouřili jen rituálně, tedy ne v takové míře, jako dnešní kuřák, a jednak nemuseli „šlukovat", aby pocítili omamný vliv nikotinu, protože kouřili dýmku. Z kouře dýmky a doutníku se na rozdíl od kouře z cigarety nikotin vstřebává v ústní dutině: rozdíl je v pH tabákového kouře. Nikotin potřebuje ke vstřebání pH lehce zásadité a takový je kouř doutníků a dýmek. Kouř z cigaret je však lehce kyselý a proto kuřák cigarety musí vtáhnout kouř až do plic, aby se mohl nikotin vstřebat. Do Evropy přivezli tabák dva námořníci na lodích Kryštofa Kolumba roku 1492.

Dnes je tabák rozšířen prakticky po celé planetě. Kdybychom teď chtěli začít vyrábět nebo prodávat cigarety v nějaké zemi, nikde by nám to nemohli povolit – dnes je už znám zničující dopad na zdraví. Bohužel jsme na to přišli pozdě, až po roce 1950. Ročně stoupá spotřeba tabáku celosvětově zhruba o 3 %, a to především v rozvojových zemích. V rozvinutých („západních") zemích kouření buď stagnuje nebo klesá, většinou kouří kolem 25 % populace nad 15 let. U nás kouří necelých 30 % obyvatel ve věku nad 15 let, mezi 15. a 18. rokem však kouří 40 – 50 % mladých, a to zejména dívek. To je alarmující trend i při celkovém poklesu kuřáků (asi o 10 % za posledních 10 let, přestávají však spíše muži a spíše starší).

Nejčastěji se s kouřením začíná kolem 14 let, 80 – 90 % kuřáků začne před svým 18. rokem. Děti ve věku 12 – 14 let jsou také cílovou skupinou tabákové reklamy (WHO, 1987; Králíková a Kozák, 1998).

Způsoby aplikace

V ČR jsou běžné v zásadě dvě následující formy: bezdýmý tabák nebo tabák, který hoří. *Bezdýmý tabák* můžeme dále rozdělit na šňupací (aplikace vdechem do nosních dutin) a orální (aplikace do úst). Orální tabák je jednak tabák žvýkací, tedy listy tabáku, které se vkládají do úst a žvýkají (oblíbená forma zejména u horníků, kteří bývají závislí na nikotinu, ale během směny nemohou kvůli metanu kouřit) a „moist snuff", doslova „vlhký šňupec" (výstižněji by to snad bylo „cucec", protože jsou to papírové pytlíčky s tabákem podobné čajovým, které se vkládají do úst, kde se z nich uvolňuje nikotin, bohužel také spolu s dalšími chemikáliemi).

Tabák, který hoří, známe především ve formě doutníku, dýmky nebo cigarety. Doutník je jen svinutý tabákový list, obsahuje nejméně přidaných látek. Dýmkový, ale především cigaretový tabák je už různě upravován a doplňován, takže mezi 4. – 5. tisíci látek cigaretového kouře je dnes kolem 700 aditiv – látek přidaných pro různé účely, např. několik desítek chemikálií pro ladné vinutí kouře: to je důležitou součástí psychosociální závislosti. Dále tu najdeme asi 60 kancerogenů a desítky dalších toxických látek.

Pokud jde o vliv na zdraví, u bezdýmého tabáku nejsou zplodiny pyrolýzy, celkový vliv je tedy o málo menší, ale vinou intenzivnějšího a delšího působení v dutině ústní je tu výraznější místní vliv (nemoci dutiny ústní).

Akutní a dlouhodobé účinky

Kouření doutníků a dýmek neznamenalo pro lidstvo významný zdravotní problém, protože to vždy byl ojedinělý úkaz. Tabáková epidemie začala až s masivním rozšířením cigaret. To se stalo na začátku 20. století, kdy vynález automatu na jejich výrobu začal chrlit miliardy kusů. Nejvýznamnější vzestup kuřáctví byl bě-

[1] Psychosociální závislost – kombinace psychické a sociální závislosti, psychická = naučená potřeba určité činnosti v určité situaci, sociální = totéž v určité společnosti.
[2] Receptor – čidlo, specifické vazebné místo pro určitou látku, kterou umí rozeznat, event. navázat a předat informaci dalším buňkám.

hem 1. světové války, kulminace v rozvinutých zemích byla zhruba koncem 2. světové války. V podstatě po roce 1950 prevalence kuřáctví u mužů v rozvinutých zemích již nestoupala (Jha, 1999).
První dvě dostatečně velké epidemiologické práce, prokazující souvislost rakoviny plic a kouření, byly publikovány až v roce 1950. Od té doby bylo publikováno kolem 70 000 prací, které popisují podíl kouření na 24 nemocích ve třech skupinách: kardiovaskulární (podíl kouření asi 20 – 25 %), nádory (30 %) a chronická plicní onemocnění (75 %). Nejčastější příčinou smrti v důsledku kouření je infarkt myokardu. Nenajdeme ovšem obor medicíny, jehož by se kouření netýkalo (Kozák, 1993; Peto, 1994).

Akutní účinky nejsou tak podstatné: lokální podráždění sliznic, nauzea, bolesti hlavy, průjem. Někoho od kouření mohou odradit, ale většinou pod sociálním tlakem začínající kuřák tyto problémy rychle překoná, později se už neobjevují – rychle vzniká tolerance.

Mezi hlavní *odvykací (abstinenční) příznaky* při vzniklé *závislosti* patří především nezvladatelná touha po cigaretě (craving), nervozita, podrážděnost, změny nálady, smutek až deprese, nesoustředěnost, poruchy spánku, únava. Abstinenční příznaky se objevují řádově za několik hodin po poslední dávce nikotinu.

Somatická, psychologická a sociální rizika
Psychologická a sociální rizika jsou u tabáku minimální: tabák nevede ke změněným stavům psychiky a neprovokuje je, je to psychicky bezpečná, legální, dostupná, tolerovaná droga. Možná právě tato absence psychologických a sociálních rizik nám brání, abychom si uvědomili o to větší *rizika somatická*. Tabák prakticky zabije každého druhého svého konzumenta, jinak řečeno, kuřák zemře s pravděpodobností 1:1 v důsledku užívání tabáku, průměrně asi o 10 let dřív než nekuřák – ovšem citlivost na 4 – 5 tisíc látek tabákového kouře je individuální a není reálné ji konkrétně posoudit. Celosvětově nyní umírají ročně 4 miliony lidí a v ČR 23 tisíc každý rok v důsledku nemocí způsobených tabákem. Ve dvacátém století má tabák na svědomí kolem 100 milionů obětí, ve 21. to už bude miliarda (Jha, 1999).

Léčba
Kouření je především naučené chování, které si kuřák fixuje většinou mnoho let. Proto nelze očekávat zázračný lék ani okamžitý výsledek. Kuřák si musí především přát přestat kouřit a rozhodnout se sám k aktivní změně, totiž naučit se nekouřit, stejně jako se před časem učil kouřit. Tato změna chování trvá řádově měsíce či léta, průměrné období problémů bývají tři měsíce, do tří měsíců se také odehraje většina relapsů, tedy návratů ke kouření (Fiore et al., 2000; Hajek, 1999; Peto et al., 1994).

1. Psychobehaviorální intervence
Psychosociální závislost znamená potřebu v určitých situacích mít v ruce cigaretu, pohrávat si s ní. Je to závislost na předmětu „cigareta", bez ohledu na její složení. Tady spočívá léčba v psychobehaviorální intervenci, která rozbije zažitý stereotyp, vazbu určité situace na kouření cigarety.

Zeptáme se pacienta, kdy nejčastěji kouří a poradíme mu, aby si pro tyto situace dopředu připravil nějakou náhradní činnost – pak bude řešení bez cigarety snazší. Tyto situace jsou zcela individuální, i když se typicky opakují: např. cigareta u kávy nebo po jídle. Pokud to je možné, doporučíme se takovým situacím vyhnout. Příkladem může být cigareta u kávy: po cca 3 měsíce je možné nahradit kávu čajem, nápojem s kofeinem (raději „light", aby nedošlo k zvyšování hmotnosti) nebo stereotyp její chuti a vůně nějak narušit: přestat nebo naopak začít sladit, přidávat mléko či podávat v jiném hrnečku. Příklad z praxe: „Kávu si klidně vypiju, ale ve stoje. Kdybych si sedla, měla bych chuť na cigaretu.", „Kávu si dám, protože vím, že ten den už to horší nebude, tak ať to mám hned za sebou." – Jiným situacím není možné se vyhnout, příkladem může být cigareta po jídle. Pak se kuřák může připravit tak, že např. má v kapse kartáček na zuby a pastu, ihned po jídle si vyčistí zuby, vypije sklenici vody, změní místnost nebo alespoň židli, zkrátka opět rozbije zažitý stereotyp. Dalším příkladem z praxe může být úředník, kterému byly kladeny nepříjemné dotazy. Vždy, když hledal slova odpovědi, získával čas tak, že si zapaloval cigaretu: „Teď chodím kopírovat. Zkrátka vezmu nějaký papír ze stolu, jdu ke kopírce, ofotím a mezitím si připravím odpověď. Papír později vyhodím, ale na cigaretu si ani nevzpomenu." – Z příkladů plyne, že jednotlivé činnosti nemůžeme pacientům nadiktovat, ale měli bychom je stimulovat k tomu, aby si je sami připravili.

Drogová závislost na nikotinu vzniká zmnožením receptorů, citlivých na nikotin, v mozku. Bohužel se jejich počet už během života nezmenší a proto naprostá většina těch, kdo jednou byli závislí na nikotinu, už nemůže být příležitostnými kuřáky.

Většinou lidé sami ze své zkušenosti nebo ze svého okolí znají typický příběh: „Sedm let jsem nekouřil, pak jsem při jedné oslavě zkusil, co se mnou udělá jedna cigareta (jestli by mi to ještě chutnalo) a spadl jsem do toho, do tří dnů jsem kouřil víc než předtím."

Při léčbě závislosti na tabáku znamená závislost na nikotinu další problémy a výskyt abstinenčních příznaků. Mechanismus závislosti, abstinenční příznaky i úspěš-

nost léčby se podobají závislosti na jiných drogách jako kokain, amfetamin, heroin. Pro tyto látky je společné především zvyšování dopaminu[3] v nervových synapsích. U kouření cigaret k tomu dochází dvěma způsoby: jednak vlivem nikotinu – ten zvyšuje vyplavování dopaminu do synapsí a to je při léčbě důvodem k doporučení náhradní terapie nikotinem v dostatečné dávce i trvání (2 – 3 měsíce). Další složka tabákového kouře (a dodnes nevíme, která) snižuje hladinu monoaminooxidázy[4] u kuřáků asi o 40 % (Fowler et al., 1996).

Závislost na nikotinu lze snadno a rychle určit podle odpovědi na dvě klíčové otázky: kolik cigaret denně kuřák kouří (15 a více obvykle znamená závislost na nikotinu) a jak brzy po probuzení si musí zapálit první cigaretu (kuřák závislý na nikotinu si obvykle zapaluje do 60 minut po probuzení). Podrobněji je možné tuto závislost posoudit Fagerströmovým testem závislosti na nikotinu (Fagerström, 1989; Heatherton et al.,1991 – viz *Příloha*):

2. Farmakologická léčba závislosti na tabáku

Kromě různých přípravků s účinkem srovnatelným s placebem (různé silice, soli stříbra, propichování cigaret/Phaseout – i placebo však přináší zhruba 5 % úspěšnost, tedy abstinenci, po roce) je skutečně účinná náhradní terapie nikotinem (10 až 20 % abstinence po roce) a původně antidepresivum bupropion (Zyban), které opět zvyšuje úspěšnost léčby, zejména v kombinaci s náhradní léčbou nikotinem (Balfour a Fagerstöm, 1996; Bollinger a Fagerström, 1997; Fiore, 2000; Peto, 1994).

Náhradní terapie nikotinem (NTN) je na našem trhu ve formě žvýkaček, náplastí a inhalátoru s nikotinem. Všechny formy jsou volně prodejné v lékárnách a žádná zdravotní pojišťovna na ně nepřispívá. Při správném a pravidelném způsobu aplikace poskytují všechny formy stejný výsledek. Je však třeba upozornit, že se nejedná v žádném případě o lék proti kouření, o náhražku cigarety. Jde o lék proti vzniku abstinenčních příznaků.

Uváděné kontraindikace NTN (především těhotenství a recentní kardiovaskulární příhoda) se pochopitelně týkají především nekuřáků. Je-li alternativou cigareta, samotný nikotin znamená vždy menší zlo: u pacientů po infarktu nebo cévní mozkové příhodě byl tento benefit prokázán, u těhotné ženy však i nikotin samotný může poškodit plod. WHO však doporučuje v těch případech, kdy kuřák nedokáže přestat bez léčby, NTN vždy aplikovat, její podávání monitorovat a poskytnout pro centrální vyhodnocení, které povede v budoucnu ke zrušení veškerých kontraindikací NTN (McNeil, Hendrie, 2001).

Léčbu NTN můžeme popsat na příkladu intervence (vysvětlení pacientovi):

– Žvýkačka s nikotinem – Nicorette gum se 4 nebo 2 mg nikotinu: nepoužívejte ji však jako žvýkačku! Několikrát ji nakousněte a po 5 až 8 skusech ji ponechejte v klidu asi půl minuty, pak opět 5 – 8krát skousněte, a opět nechte v klidu v ústech. Tento cyklus opakujte po dobu půl hodiny.

– Při léčbě nesmíte cítit pálení v ústech, ani se nesmí tvořit větší množství slin. Obojí by znamenalo, že žvýkáte příliš rychle, uvolněného nikotinu ze žvýkačky bylo příliš mnoho a nemohl se v ústech vstřebat. Musíte proto kousat do žvýkačky ještě pomaleji a méně často. Nikotin, který byste při příliš rychlém kousání spolykali, by nebyl účinný a mohl by podráždit žaludek (nevolnost, škytavka).

– Léčbu je nutné zahájit 4 mg žvýkačkou. Po 2 měsících léčby přejděte na 2 mg žvýkačku. Během „žvýkání" nic nejezte, nepijte – nikotin by se nevstřebal.

– Zpočátku užívejte vždy novou žvýkačku každé dvě hodiny, tj. 8 až 10 žvýkaček denně. První žvýkačku použijte ráno ihned po probuzení, vždy v předstihu před dobou, kdy si obvykle zapalujete prvou cigaretu.

– Náplast s nikotinem – Nicorette patch 15, 10 a 5 mg/16h (tedy doba aplikace 16 hodin, čili přes den) nebo Nicotinell TTS 30, 20 a 10 cm2 (s dobou aplikace 24 hodin – ta se u nás však právě přestala prodávat). Jde o formu, která zajistí, že po celou dobu nalepení náplasti máte zabezpečen přívod nikotinu.

– Léčba se zahajuje vždy nejsilnější náplastí: 15 mg nikotinu (Nicorette 15 mg/16h) nebo 30 cm2 (Nicotinell 30cm2). Nalepí se po odstranění krycí folie na suchou, nemastnou a neochlupenou kůži, nejlépe na vnitřní stranu paže. Po nalepení se náplast ještě dlaní přitiskne. Také náplast aplikujte ihned po probuzení, ještě v posteli, dřív, než byste si zapalovali svou první cigaretu. Náplast odstraňte večer těsně před spaním v případě šestnáctihodinové náplasti Nicorette nebo ráno před nalepením nové v případě náplasti na 24 hodin (Nicotinell).

– Po nalepení náplasti někteří pacienti pociťují pod ní

[3] Dopamin – jeden z významných neurotransmiterů, jehož množství v nervových synapsích souvisí mimo jiné s náladou a tím, jak se cítíme. Neurotransmiter – obecně látka, která přenáší nervové impulsy v synapsích z jednoho neuronu na druhý.
[4] Monoaminooxidáza (MAO) – látka, která v mozku (v synapsích) odbourává (rozkládá) dopamin.

svědění a po jejím odstranění večer na místě aplikace bývá zarudlá kůže. Ta zmizí následující den. Místa aplikace střídejte: vnitřní strana paže vlevo, pak vpravo, vnitřní strana předloktí vpravo, pak vlevo, pátý den opět na prvé místo: vnitřní strana paže vlevo atd.
– Nejsilnější náplasti aplikujte denně po dobu 2 měsíců. Poté vždy po tři týdny aplikujte náplasti slabší (tři týdny Nicorette 10mg/16h nebo Nicotinell 20cm2 a poslední tři týdny Nicorette 5mg/16h nebo Nicotinell 10cm2)
– Jak náplasti, tak žvýkačky uchovávejte mimo dosah dětí.

Bupropion (Zyban SR) je zatím nejúčinnější lék závislosti na tabáku, dokonce s anekdotickým začátkem: lékaři, kteří vedli terapii antidepresivem Wellbutrin (v obou případech jde o stejnou účinnou látku bupropion), informovali o tom, že jejich pacienti houfně zahazují cigarety a říkají, že kouření jim už nepřináší žádné uspokojení. To je u pacientů s depresí naprosto neobvyklé – naopak, právě oni odvykají obtížně a u některých psychiatrických diagnóz budeme dokonce zvažovat doporučení přestat kouřit. Stejná látka pak byla pod názvem Zyban registrována jako lék závislosti na tabáku, ačkoli původní předpoklad souvislosti účinku pouze s antidepresivním působením se nepotvrdil – mechanismus efektu tedy zůstává nejasný, i když jistě se jedná o ovlivnění neurotransmiterů v mozku. Přesto je úspěšnost ve srovnání s NTN opět o několik procent vyšší, nejúčinnější je u silných kuřáků kombinace NTN a Zybanu (Fiore, 2000; Raw et al., 1998; Simpson, 2000). V ČR je Zyban k dispozici od roku 2001 pouze na lékařský předpis, a to bez preskripčního omezení, tedy může jej napsat kterýkoli lékař.
Každý lékař by měl léčit závislost na tabáku u každého svého pacienta (Fiore, 2000; Raw et al., 1998; Simpson, 2000; WHO, 1987). Pokud jde o pregraduální vzdělávání lékařů v ČR v této oblasti, spolupracuje na něm všech 7 našich lékařských fakult. Od roku 1993 jsou pravidelně pořádány postgraduální kurzy metod odvykání pro lékaře v IPVZ. Česká lékařská společnost JEP (ČLS JEP) zřídila v r. 2000 pracovní skupinu pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku. Ti, kdo potřebují podrobnější rady a konzultace, mohou navštívit některou z poraden pro odvykání kouření, kterých je u nás na 60 po celé ČR[5].

Příloha

Fagerströmův test nikotinové závislosti – FTND (Fagerstöm Test of Nicotine Dependence)

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou prvou cigaretu?
během 5 minut (3 body)
za 6 – 30 minut (2 body)
za 31 – 60 minut (1 bod)
po 60 minutách (0 bodů)

2. Je pro vás obtížené nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?
ano (1 bod)
ne (0 bodů)

3. Kterou cigaretu byste se nerad postrádal?
první ráno (1 bod)
kteroukoli jinou (0 bodů)

4. Kolik cigaret denně kouříte?
31 a více (3 body)
21 – 30 (2 body)
11 – 20 (1 bod)
0 – 10 (0 bodů)

5. Kouříte častěji, intenzivněji během dopoledne než v jiné části dne?
ano (1 bod)
ne (0 bodů)

6. Kouříte i když jste nemocen a upoután na lůžko ?
ano (1 bod)
ne (0 bodů)

Hodnocení součtu bodů:
0 – 2 žádná nebo velmi slabá závislost
3 – 4 slabá závislost
5 střední závislost
6 – 7 silná závislost
8 – 10 velmi silná závislost na nikotinu

[5] Velká část poraden je při hygienických stanicích, ale řadu z nich vedou lékaři (praktičtí, plicní i jiní) v rámci svých klinických praxí. Seznam těchto poraden je k dispozici např. v Centru informací VZP ČR, Orlická 3, 130 00 Praha 3, nebo na internetové adrese České koalice proti tabáku: www.koaliceprotitabaku.euweb.cz

Summary Tobacco and Tobacco Dependence

The chapter presents basic epidemiological data concerning prevalence of smoking and related mortality. The tobacco epidemic, which started with the beginning of the 20th century, killed more people during this century (about 100 million deaths) than both World Wars together. The tobacco consumption increases world-wide about 3 % yearly, and the peak of the tobacco related deaths follows the peak of smoking prevalence with 30 – 40 years delay: so today we can estimate the number of tobacco related deaths in the 21st century as about 1 000 000 000 deaths. In the Czech Republic tobacco kills now about 23 000 people yearly – every 5th death is caused by tobacco. Further, the effects of nicotine and tobacco and the health impact of smoking are presented. As for tobacco dependence (diagnosis F 17 in IDC-10), we briefly describe its psychosocial and physical components and the nicotine withdrawal syndrome. Nicotine dependence is the reason why 75 % of smokers would prefer to cease smoking if they had the choice. Unfortunately, 9 out of 10 smokers started before they reached age of 18 – when they did not know how difficult it is to cease. In the last section of the chapter, principles and methods of treatment of tobacco dependence (both psychobehavioral and pharmacological) are presented, and the accessibility of treatment in the CR is mentioned. For information, the Fagerström test of nicotine dependence (FTND) is attached.

Key words: psychosocial dependence – nicotine – smoking – smoking cessation – tobacco

Literatura

■ Balfour D. J., Fagerstöm K. O.: Pharmacology of nicotine and its therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative disorders. Pharmacol.Ther., 72, No.1, pp. 51 – 81,1996

■ Bollinger C. T., Fagerström K. O.: Tobacco Epidemic. Karger, Basel, 1997

■ Butler Ch. C., Pill R., Scott N. C. H.: Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion, Br.Med.J., 316, pp. 1878 – 81,1998

■ Crofton J.: Memo on desirable tobacco content of curricula of medical schools. IUATLD News Bulletin on Tobacco and Health, pp. 11 – 14, 1993

■ Fagerström K. O., Schneider N. G.: Measuring nicotine dependence: A review of the FTQ. J. Behav. Med., 12, pp. 159–181, 1989

■ Fiore M. C., Bailey W. C., Cohen S. J. et al.: Treating Tobacco Use and Dependence. Quick Reference Guide for Clinicians. U.S. Department of Health and Human Services – Public Health Service, Rockville, MD, October 2000, Internet: www.surgeongeneral.gov/tobacco/

■ Fowler J. S., Volkow N. D., Wang G. J., Pappas N., Logan J., MacGregor R., Alexoff D., Shea C., Schyler D., Wolf A. P., Warner D., Zezulkova I., Cilento R.: Inhibition of monoamino oxidase B in brains of smokers. Nature, 379, pp. 733 – 736, 1996

■ Hajek P.: Current issues in behavioural and pharmaceutical approaches to smoking cessation. Addictive Behaviours, 21, pp. 699 – 670, 1996

■ Heatherton T. F., Kozlowski L. T., Frecker R. C., Fagerström K. O.: The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the FTQ. Brit. J Addiction, 86, pp. 1119 – 1127, 1991

■ Jha, P.: Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington D.C., 1999
Kozák J.: Rizikový faktor kouření. KPK nakladatelství, Praha, 1993

■ Králíková E., Kozák J. T.: Odvykání kouření v denní praxi lékaře. Maxdorf-Jessenius, Praha, 1998

■ McNeill A., Hendrie A.: Regulation of nicotine replacement therapies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001

■ Peto R., Lopez A. D., Boreham J., Thun M., Clark H. Jr.: Mortality from Smoking in Developed Countries 1959 – 2000. Oxford University Press, New York, 1994

■ Raw M., McNeil A., Westr R.: Smoking Cessation Guidelines for Health professionals. A Guide to effective Smoking Cessation Interventions for the Health Care System. Thorax, 53, Suppl.5, Part 1,1998

■ Simpson D.: Doctors and Tobacco. Tobacco Control resource Centre. European Commission, Brussels, 2000
WHO: Smoke Free Europe 1: The Physicians Role. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1987

■ World Bank: Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington D.C., 1999

MUDr. Eva Králíková, CSc.

Pracuje na Ústavu hygieny a epidemiologie 1. lékařské fakulty university Karlovy (1. LF UK) a ve Všeobecné fakultní nemocnici 1. LF UK. Vede poradnu pro odvykání kouření při 1. LF UK. Epidemiologii, prevenci a léčbě závislosti na tabáku včetně kontroly tabáku se věnuje od poloviny 80. let u nás i na mezinárodní úrovni a to jak v rámci výuky na fakultě, tak svou odbornou činností. Spolu s MUDr. Jiřím Kozákem,CSc., napsali knížku určenou kuřákům „Jak přestat kouřit", jejíž druhé vydání vyšlo v roce 2002.

Kontakt: Poradna pro odvykání kouření při 1. LF UK, Studničkova 7, 128 00 Praha 2, každé úterý 14 – 16h, mimo červenec a srpen, možno přijít bez objednání.
E-mail: eva.kralikova@lf1.cuni.cz

4 ZÁKLADY DIAGNOSTIKY
A ZHODNOCENÍ KLIENTA, PSYCHOLOGICKÉ A SOMATICKÉ KOMPLIKACE

4/1 Karel Nešpor: Úvod do problému diagnostiky a „matchingu"
4/2 Karel Nešpor: Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami
4/3 Jakub Minařík, Jiřina Hobstová: Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení
4/4 Jiřina Hobstová, Jakub Minařík: Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS
4/5 Karel Nešpor: Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy"
4/6 Taťána Kostroňová: Psychologická diagnostika
4/7 Karel Nešpor: Toxikologické vyšetření – laboratorní a screeningové testy
4/8 Karel Nešpor: Diagnostický rozhovor a posilování motivace
4/9 Kamil Kalina: Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí

4/1 Úvod do problémů diagnostiky a „matchingu“

Karel Nešpor

Klíčová slova: diagnostika – diagnóza – matching – plánování intervencí

Význam diagnostiky pro další léčbu

Stanovení správné diagnózy usnadňuje rozhodnutí o další léčbě. Např. diagnóza toxické psychózy ukazuje zpravidla na potřebu intenzívní psychiatrické péče a nasazení vhodných psychofarmak na rozdíl od diagnózy prosté intoxikace, kde může být důležitější zvládnutí tělesných komplikací otravy.

Zde je ovšem třeba zdůraznit, že diagnóza není jediným kritériem pro plánovaní vhodné léčebné intervence. Uvedené lze ilustrovat na příkladu. Mladá žena ve věku 18 let přišla do léčebného zařízení k detoxifikaci při závislosti na návykových látkách. Ukázalo se, že závislost na heroinu se rozvinula poměrně nedávno a vyšetření neprokázalo jinou duševní poruchu. Zmíněná dívka ovšem bydlela u rodičů, její nevlastní otec byl závislý na alkoholu a v minulosti ji sexuálně zneužíval. Pokud by se brala v úvahu pouze diagnostická kategorie závislosti na návykových látkách, šlo by uvažovat o nějaké formě intenzívní ambulantní léčby nebo o střednědobé ústavní léčbě. S ohledem na rodinnou situaci ale terapeutický tým navrhl klientce dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě, což by jí mohlo pomoci se postupně odpoutat od vysoce problémové rodiny a chránilo ji před recidivou v důsledku nevyřešených rodinných problémů[1].

Matching[2]

Pro komplexní pohled na klienta, který při volbě nejvhodnější formy pomoci bere v úvahu nejen diagnostickou kategorii, ale i řadu dalších okolností, se v zahraniční literatuře vžil pojem *„matching“*.

O tom, jak velká pozornost se právě matchingu v posledních letech věnovala, svědčí okolnost, že na toto téma byla zpracována patrně největší a statisticky nejsilnější studie v oblasti psychoterapie vůbec. Projekt, který se týkal léčby závislých na alkoholu, organizovala americká vládní organizace NIAAA, která koordinovala činnost řady dalších pracovišť zapojených ve studii. Autoři porovnávali výsledky léčby tří forem léčby a to techniku posilování motivace, kognitivně behaviorální terapii a program založený na 12. krocích, který má své kořeny v organizaci Anonymní alkoholici. Autoři zkoumali, jak budou na uvedené formy terapie reagovat klienti s různými charakteristikami (zaujetí alkoholem, pohlaví, kognitivní postižení, hledání smyslu, motivace, psychiatrické příznaky, sociopatie, podpora pití ze strany okolí, typ A nebo B). Ukázalo, se že všechny uvedené postupy byly s odstupem 12. měsíců efektivní, co se týče zvýšení počtu dní, kdy klient abstinoval, i dalších charakteristik; autoři mezi nimi nalezli pouze jediný statisticky signifikantní rozdíl. Nálezem, který odlišoval uvedené modality, byly o něco lepší léčebné výsledky u klientů, kteří absolvovali program založený na 12. krocích a nevykazovali známky psychopatologie. Studie byla pozoruhodná rozsahem i tím, že prokázala srovnatelnou efektivitu postupů založených na velmi odlišných teoretických principech.

Lze říci, že při matchingu, tj. při přiřazování nejvhodnější intervence tomu kterému klientovi, bereme v úvahu širší spektrum informací než pouze diagnózu. Podstatnou roli mohou hrát různé psychologické charakteristiky klienta, trvání návykového problému, jeho sociální situace včetně schopnosti určitou formu léčby uhradit, selhávání v určitých životních rolích, fungující nebo nefungující síť sociálních vztahů, trestní stíhání, stadium motivace (o stadiích motivace se podrobněji zmíníme v jiných kapitolách[3]), dosavadní zkušenost s různými léčebnými programy a jejich efekt, pohlaví (např. programy určené čistě ženám), věk (speciální programy pro nezletilé klienty zahrnující intenzivnější práci s rodinou i možnost vzdělávání), náboženské vyznání (např. při uvažování o vhodnosti zařazení do vysloveně nábožensky založeného léčebného programu), tělesné zdraví apod.

Význam diagnostiky v dalších oblastech

Diagnostika a standardizace

Bez diagnostiky by nebyla možná standardizace léčebných postupů. Např. ve standardech pro substituční

[1] 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí bere do jisté míry v úvahu i uvedené faktory, pro které se používají kódy začínající písmenem „Z“. V tomto případě by se jednalo kromě kódu F19.2 (závislost na více návykových látkách), i o kódy Z61.4 (problémy způsobené sexuálním zneužitím dítěte osobou z rodiny) a Z 63 (problémy spojené s primární podpůrnou skupinou včetně rodinného prostředí, nedostatečná podpora rodinou).

[2] Blíže viz Kalina, kapitola 4/9, Diagnostika a indikace k léčbě.

[3] Viz Nešpor, kapitola 4/8, Diagnostický rozhovor a posilování motivace; Dobiášová a Broža, kapitola 5/4, Motivační trénink.

léčbu[4] se operuje s pojmem závislost, což je jedna z nutných podmínek pro zařazení do substitučního programu. Zařazení do metadonového programu by bylo u klienta, který by nesplňoval kritéria závislosti, hrubou chybou.

Diagnostika jako prostředek komunikace mezi pracovišti

Správná diagnostika umožňuje nejen zvolit vhodný léčebný postup a vhodné pracoviště, ale také usnadňuje předávání informací o klientovi mezi pracovišti. V této souvislosti jsou užitečné i standardizované diagnostické nástroje jako Addiction Severity Index (ASI), jehož česká verze je k dispozici (Kubička a Csémy, 1998)[5].

Diagnostika, efektivita léčby, výzkum

Bez správné, ba precizní, diagnostiky by prakticky nebylo možné hodnocení efektivity léčby. Pokud by se např. porovnávaly léčebné výsledky dvou skupin klientů, z nichž podstatnou část jedné by tvořili klienti škodlivě užívající návykovou látku bez závislosti, zatímco druhou skupinu by tvořili klienti s těžkou formou závislosti, srovnání skupin by nemohlo být objektivní. Diagnostika je zvláště důležitá při výzkumu, kde se obvykle vyžaduje přesný popis souboru zkoumaných osob včetně jejich diagnostického posouzení.

Nečastější chyby při diagnostice a jak se jim vyhnout

Bohužel není vzácností, že i atestovaný psychiatr diagnostikuje návykovou nemoc nesprávně. Zkusme se zamyslet proč.

– Znalosti diagnostických kritérií pro závislost na návykových látkách, psychotickou poruchu vyvolanou návykovými látkami atd. nejsou takové, jaké by měly být. Např. řada lidí používá pojem „závislost", aniž by si uvědomovali, že se jedná o poměrně přesně definovanou diagnostikou kategorii, natož aby znali její znaky (Nešpor, 2000). Kromě toho se mnohdy používají pojmy, které nejsou v Mezinárodní klasifikaci nemoci uvedené a mají nejednoznačný a nejasný význam. Tak pojmy „toxikoman", „heroinista", „alkoholik", „feťák" atd. většinou znamenají člověka závislého na návykových látkách, ale mnohdy jsou laiky používány i pro toho, kdo je momentálně pod vlivem návykové látky nebo ji škodlivě užívá bez závislosti. Pro nejasnost významu zmíněných výrazů a jejich stigmatizující charakter je lépe je nepoužívat a držet se oficiální terminologie.

– Častým důvodem je nevědomé popírání návykového problému ze strany klienta nebo i vědomé zkreslování jeho údajů o návykovém problému. Důvodem může být stud, snaha vyhnout se nálepce „toxikomana", obava z reakce okolí (např. zaměstnavatele) nebo snaha být co nejdříve propuštěn ze zdravotnického zařízení v případě nedobrovolné hospitalizace např. pro toxickou psychózu. Údaje ze strany klienta bývá užitečné porovnat s údaji z jeho okolí (rodičů, jiných osob ve společné domácnosti apod.) a pro případné rozpory hledat vysvětlení. Větší otevřenosti ze strany klienta může také napomoci informace, že údaje, které poskytuje, jsou chráněny povinnou mlčenlivostí a nesmí být sdělovány policii nebo zaměstnavateli bez klientova výslovného souhlasu.

– Otázky je třeba klást srozumitelně. Např. otázka „rostla vám tolerance?" nemusí být srozumitelná a klient na ni odpoví záporně i v případě, že na otázku týkající se zvyšování dávek by odpověděl kladně. Podobně místo otázky „cítil jste craving?" se budeme raději ptát „cítil jste silnou touhu po pervitinu a puzení si ho vzít?"

– Další častou chybou je zaměňování příznaků odvykacího stavu nebo nepřímých následků braní drog (rodinné, pracovní i jiné problémy) za jinou duševní chorobu (např. depresivní nebo úzkostnou poruchu). Souběh závislosti s jinou duševní poruchou je sice možný a poměrně častý, ale diagnostikovat stav spolehlivě lze často až po určité době abstinence. Podle zahraničních pramenů je možné odlišit depresivní poruchu od deprese vyvolané návykovou látkou a nepřímými důsledky jejího zneužívání nejlépe po třech měsících, nejméně však po jenom měsíci abstinence (Ciraulo a Shader, 1991). Přesné výsledky nelze po krátké abstinenci očekávat často ani od psychologického vyšetření, zejména pokud bychom chtěli posuzovat postižení paměti a dalších kognitivních funkcí v důsledku zneužívání návykové látky.

Jako příklad uvádíme následující ilustraci. Před lety byla na naše oddělení přijata právnička závislá na alkoholu, u které byl podle výsledku psychologického vyšetření provedeného v ambulanci intelekt postižen do té míry, že odpovídal pásmu debility. Po asi měsíčním pobytu v chráněném prostředí a abstinenci ukázalo psychologické vyšetření hodnoty IQ kolem 120, což odpovídalo jejímu vysokoškolskému vzdělání.

[4] Viz Popov, kapitola 8/11, Programy metadonové a jiné substituce.
[5] Blíže viz Kalina, kapitola 4/9, Diagnostika a indikace k léčbě.

Summary

Introduction to Diagnostic and Matching Process

A proper diagnosis enables proper treatment, even if the diagnosis is not the only criterium to make an individualised treatment plan. The term "matching" means finding a set of interventions most appropriate for a particular client, not only with regard to his/her diagnosis but also with regard to other factors, such as gender, ethnicity, social situation, extent of the problems etc. Proper diagnostics enable the standardisation of treatment methods and communications between various treatment facilities. A proper evaluation of various treatment methods is also not possible without perfect diagnostics. At the end the author deals with most common mistakes in diagnostic process and how to avoid them.

Key words: diagnostic process – diagnosis – matching – planning of intervention/treatment

Literatura

■ Galanter M., Kleber H. D.: Textbook of substance abuse treatment. The American Psychiatric Press, Washington a London, 1994, s. 475

■ Kubička L., Csémy L.: Validita české verze EuropASI. Alkoholizmus a drogové závislosti, roč. 33, str. 307 – 315, 1998

■ MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Psychiatrické centrum Praha, 1992

■ Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000

■ Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogenity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. J. Stud. Alcohol, roč. 58, č. 1, str. 7 – 29, 1997

MUDr. Karel Nešpor, CSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 2/5.

4/2 Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami

Karel Nešpor

Klíčová slova: akutní intoxikace – diagnostika – gambling – odvykací syndrom – psychotické poruchy – syndrom závislosti – škodlivé užívání

1. Diagnostické schéma

Při zpracování této kapitoly vycházíme především z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která je u nás v platnosti, okrajově se ale zmíníme i o diagnostických kritériích Americké psychiatrické asociace (DSM-IV).

V MKN-10 se diagnostické jednotky skupiny „Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek" označují kódem F10 až F19, podle toho, o jakou skupinu látek se jedná. Za desetinnou tečku se pak uvede typ poruchy. Např. závislost na pervitinu se kóduje F15.2 (číslo 5 před desetinou tečkou odpovídá pervitinu a číslo 2 za desetinnou tečkou odpovídá závislosti – viz Tab.1).

Samotný pojem „psychoaktivní látka" není v MKN-10 definován, ale lze tam najít, o jaké skupiny látek se jedná:

F10.x Poruchy vyvolané účinkem alkoholu
F11.x Poruchy vyvolané účinkem opioidů (např. heroinu)
F12.x Poruchy vyvolané účinkem kanabinoidů (např. marihuana)
F13.x Poruchy vyvolané účinkem sedativ nebo hypnotik
F14.x Poruchy vyvolané účinkem kokainu
F15.x Poruchy vyvolané účinkem jiných stimulancií (např. pervitin)
F16.x Poruchy vyvolané účinkem halucinogenů
F17.x Poruchy vyvolané účinkem tabáku
F18.x Poruchy vyvolané účinkem organických rozpouštědel
F19.x Poruchy vyvolané účinkem několika látek nebo jiných psychoaktivních látek

Které látky by se za psychoaktivní ve smyslu MKN-10 považovat neměly, i když psychiku ovlivňují? Bude se jednat o následující skupiny: antidepresiva, laxativa (projímadla), některé léky proti bolestem, vitamíny, steroidy nebo jiné hormony a přírodní nebo lidové preparáty. Ty se řadí do diagnostické kategorie „abusus látek nevyvolávajících závislost" (kód F55).

2. Akutní intoxikace (F1x.0)

Jedná se o přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Tato diagnóza by měla být hlavní diagnózou pouze v případech, kdy se intoxikace vyskytuje bez současných vážnějších nebo trvalejších problémů, vyvolaných požíváním alkoholu nebo jiných drog. Tam, kde jsou takové problémy, měla by se dát přednost diagnóze škodlivého užívání, syndromu závislosti nebo psychotické poruše.

DSM-IV: Uvedená definice MKN-10 zhruba odpovídá definici americké DSM-IV.

Projevy akutní intoxikace se liší podle druhu látky, velmi orientačně lze návykové látky rozdělit na tlumivé (např. léky na spaní, „na uklidnění" a některé léky proti bolestem včetně opioidů), budivé (např. pervitin a kokain) a halucinogenní.

Léčba akutní intoxikace: U těžších intoxikací je třeba neprodleně volat lékaře, důležité je zajistit vitální funkce (dýchání, krevní oběh) a také bezpečnost intoxikované osoby, která může např. pod vlivem pervitinu nebo halucinogenních drog jednat nebezpečně. U některých látek lze podat antidotum (protijed), to ovšem přísluší pouze lékaři[1].

3. Škodlivé užívání (F1x.1)

Je to vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Poškození může být tělesné (např. u žloutenky po nitrožilní aplikaci látek) nebo duševní. Tato diagnóza vyžaduje, aby užívání mělo za následek aktuální poškození duševního nebo tělesného zdraví uživatele. Škodlivé užívání je často kritizováno okolím a vyvolává různé nepříznivé sociální důsledky. Skutečnost, že nesouhlas druhých lidí a kulturně podmíněné postoje ke způsobu užívání nebo k určité látce mohou vést k sociálně negativním důsledkům, jako je zatčení nebo manželské spory, není sama o sobě důkazem škodlivého užívání. Akutní intoxikace nebo „kocovina" nejsou samy o sobě dostateč-

[1] Blíže o léčbě akutních intoxikací viz Dvořáček, kapitola 5/5, Předlékařská a lékařská první pomoc při akutní intoxikaci – obecné otázky; Dvořáček, kapitola 5/6, Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek.

ným důkazem poškození zdraví, které se vyžaduje pro kódování škodlivého užívání. Škodlivé užívání by se nemělo diagnostikovat, jestliže je přítomen syndrom závislosti, nebo psychotická porucha nebo jiné specifické poruchy, vyplývající z požívání drog nebo alkoholu.

DSM-IV: Definice škodlivého užívání podle DSM-IV je poněkud širší. Pro tuto diagnózu postačuje jedno z následujících kritérií: Selhávání v důsledku užívání látky v některé životní roli, opakované rizikové užívání (např. při řízení), opakované právní problémy související s návykovou látkou a pokračující užívání navzdory trvajícím sociálním nebo mezilidským problémům.

Z porovnání výše uvedených definic vyplývají zajímavé rozdíly. Tak dospívající, který v souvislosti s užíváním návykových látek selhává v učebním poměru, ale nedošlo u něj k diagnostikovatelnému duševnímu nebo tělesnému poškození, by splňoval definici škodlivého užívání podle DSM-IV, ne však podle MKN-10. Naproti tomu ten, kdo si v důsledku zneužívaní alkoholu přivodil poškození jater nebo tak dekompenzuje svojí poúrazovou epilepsii, splňuje obě uvedené definice.

Léčba škodlivého užívání: Vhodná je některá z technik časné a krátké intervence[2], k nimž patří doporučení přestat zneužívat návykovou látku, předání svépomocné příručky, spolupráce s rodinou, posilování motivace (podrobněji viz dále), sebemonitorování (zaznamenávání si výskytu návykového chování nebo bažení – v jakém čase a v jaké situaci k nim došlo, co se osvědčilo při jejich zvládání), krizová pomoc na lince důvěry (klientovi je třeba příslušné zařízení doporučit a poskytnout mu i jeho telefonní číslo) a dlouhodobé sledování.

4. Syndrom závislosti (Fx.2)

V MKN-10 se uvádí, že „... užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák." Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,

b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,

c) tělesný odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,

d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců, závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),

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

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

DSM-IV: Definice škodlivého užívání podle DSM-IV je v mnoha směrech podobná, překvapivě však nezahrnuje první z šesti výše uvedených znaků tj. craving (bažení), naproti tomu se klade větší důraz na zhoršené sebeovládání ve vztahu k návykové látce.

Léčba závislosti: Bývá časově i jinak podstatně náročnější než léčba škodlivého užívání a většinou se při ní využívá více postupů zároveň. Podrobnější popis některých technik a postupů viz jiné kapitoly této knihy a literatura k dalšímu studiu (např. Nešpor a Csémy, 1996, Nešpor, 2000).

5. Odvykací stav (F1x.3) a odvykací stav s deliriem (F1x.4)[3]

Je to skupina různě závažných a různě kombinovaných příznaků, ke kterým dochází při úplném nebo částečném vysazení látky po tom, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána, po opakovaném (a obvykle dlouhodobém) užívání látky nebo po užívání vysokých dávek této látky. Příznaky odvykacího stavu jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu a nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou. Odvykací stav může být komplikován křečovými záchvaty nebo deliriem[4].

DSM-IV: Definice odvykacího stavu v DSM-IV zhruba odpovídá MKN-10

[2] Viz kapitoly 5/1 až 5/4.

[3] Delirium je kvalitativní porucha vědomí s prudkým průběhem Postižený je desorientován, má poruchy vnímání, bývá rozrušený a úzkostný. Současně bývají přítomny i vegetativní příznaky jako bušení srdce, zvýšení krevního tlaku apod. Delirium se poměrně často objevuje u odvykacích stavů po alkoholu, kde se hovoří o deliriu tremens (delirium s třesem).

[4] Definice odvykacích syndromů po jednotlivých návykových látkách viz Nešpor, kapitola 2/5, Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální aspekty_ Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace.

Léčba odvykacích stavů viz příslušné kapitoly této publikace[5] nebo doporučená literatura.

6. Psychotická porucha (tzv. toxické psychózy, kód F1x.5)

Je to porucha, která vznikla během nebo bezprostředně po požití látky a která se projevuje smyslově živými halucinacemi typicky sluchovými (časté jsou halucinacemi více smyslů), záměnou osob, bludy (často paranoidními nebo perzekučními) anebo vztahovačností, psychomotorickými poruchami (vzrušení nebo stupor[6]) a abnormálními emocemi (od intenzivního strachu až k extázi). Vědomí je většinou jasné, nicméně někdy se může projevit i určitý stupeň poruchy vědomí, který se však nevyvine v těžkou zmatenost. Zahrnuje alkoholovou halucinózu, alkoholickou žárlivost, alkoholickou paranoiu a tzv. toxické psychózy po pervitinu, konopí nebo halucinogenech.

DSM-IV: Definice psychotické poruchy vyvolané psychoaktivními látkami podle MKN-10 a DSM-IV jsou si velmi blízké. DSM-IV však obsahuje kromě této diagnostické kategorie i další poruchy, které se v MKN-10 vůbec nevyskytují: Jedná se o emoční poruchu vyvolanou návykovými látkami, úzkostnou poruchu vyvolanou návykovými látkami, sexuální poruchu vyvolanou návykovými látkami a poruchu spánku vyvolanou návykovými látkami.

Léčba toxických psychóz vyžaduje většinou vhodnou farmakoterapii a lékařskou péči.

Zkušenost z praxe: Někdy se mylně zaměňuje toxická psychóza a intoxikace pervitinem, konopím nebo halucinogeny. Aby se diagnostikovala psychotická porucha vyvolaná návykovými látkami, musí stav trvat nejméně 48 hodin. Na druhé straně by měla psychotická porucha po návykových látkách při abstinenci částečně vymizet nejpozději do jednoho měsíce a plně do 6 měsíců. Pokud by se tak nestalo, jednalo by se nejspíše o jinou duševní poruchu (např. schizofrenii), jejíž propuknutí mohlo být návykovými látkami spoluzapříčiněno.

7. Amnestický syndrom včetně Korsakovova syndromu vyvolaného psychoaktivní látkou (F1x.6)

Je spojená s chronickým výrazným zhoršením krátkodobé paměti (dlouhodobá paměť je také někdy zhoršena), zatímco bezprostřední paměť je zachována. Obvykle jsou zřejmé poruchy časového smyslu a řazení událostí, rovněž se zhoršuje schopnost učit se novou látku. Konfabulace[7] mohou být výrazné, avšak nemusí být nutně přítomny. Ostatní kognitivní[8] funkce jsou obvykle relativně dobře zachovány.

Uvedené poruchy jsou typické pro alkohol, mohou se však vyskytnout i po dlouhodobém zneužívání tlumivých léků. K postižení kognitivních funkcí a soustředění může dojít i po dlouhodobém zneužívání těkavých látek a netamfetaminu (tj. pervitinu, McKetin a Mattick, 1997). Postižení paměti u chronických uživatelů konopí přetrvává 24 hodin po aplikaci drogy, zda a jak dlouho přetrvává u chronických uživatelů při abstinenci, není zatím zcela jasné (Mathias, 1996).

DSM-IV: Definice DSM-IV zhruba odpovídá MKN-10.

8. Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem (F1x.7)

Sem patří demence vyvolaná alkoholem nebo jinými návykovými látkami (tato porucha splňuje všeobecná kritéria pro demenci, přičemž poruchu lze přičíst účinkům návykové látky). Řadí se sem také poruchy osobnosti nebo chování, reziduální afektivní porucha a jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí.

Do stejné skupiny se řadí i psychotické reminiscence (tzv. flashbacky[9]). Pro tuto poruchu je typické krátké trvání (řádově vteřiny nebo minuty). Postižený se během „flashbacku" dostává při abstinenci do stavu, jako by byl pod vlivem drogy (obvykle pervitinu, halucinogenu nebo konopí). Nejčastější bývají prožitky zrakové a emoční. Flashback může, ale nemusí být vyprovokován nadměrným stresem, jinou drogou nebo únavou.

DSM-IV: Kategorie demence vyvolaná psychoaktivními látkami se v DSM-IV také vyskytuje. Flashbacky se ovšem v DSM-IV označují jako „přetrvávají porucha vnímání po halucinogenních drogách" a asi vhodněji se zařazují do jiné skupiny poruch.

Léčba psychotických reminiscencí (flashbacků). Klienta bývá vhodné uklidnit, podstatná je dlouhodobá léčba zaměřená k abstinenci včetně abstinence od marihuany. Krátkodobě lze podat např. malou dávku antipsy-

[5] Viz kapitoly uvedené v předchozí poznámce.
[6] Nadměrná strnulost nebo ztuhlost, při které postižený minimálně odpovídá na zevní podněty.
[7] Smyšlenky, které mohou při povrchním vyšetření zakrývat těžké poruchy paměti a které postižená osoba zapomíná a vytváří si místo nich nové.
[8] Poznávací, týkající se vnímání a myšlení.
[9] Viz Fišerová, kapitola 2/4, Craving a odvykací syndrom – neurobiologické aspekty.

chotik. Flashbacky většinou vymizí při abstinenci nejdéle do jednoho až dvou let.

9. Další návykové poruchy

Někdy se mluví o „závislosti bez návykové látky" – na hazardních hrách, počítačích, nakupování nebo práci. O závislost podle MKN-10 se ale nejedná. Patologické hráčství je v MKN-10 zařazeno k návykovým a impulzivním poruchám (skupina F63) a podobně lze uvažovat i klasifikaci některých dalších návykových poruch bez návykové látky. Klinicky mají tyto poruchy ovšem se závislostmi mnoho společného a odborníci v oblasti návykových nemocí se jimi stále častěji zabývají. Více na toto téma viz Nešpor (2000).

Patologické hráčství (F63.0)

Tato porucha spočívá v častých, opakovaných epizodách hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Lidé trpící touto poruchou mohou riskovat své zaměstnání, velmi se zadlužit a lhát nebo porušovat zákon, aby získali peníze nebo unikli placení dluhů. Postižení popisují intenzívní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí. Toto zaujetí a puzení se často zvyšuje v dobách, kdy je život stresující.

K diagnostickým vodítkům patří trvale se opakující hráčství, které pokračuje a často i vzrůstá přes nepříznivé sociální důsledky, jako je zchudnutí, narušené rodinné vztahy a rozkol osobního života.

Při podrobném pročtení uvedené definice je nápadná podobnost některých z uvedených znaků s příznaky závislosti (craving, zhoršená sebekontrola, zanedbávání jiných zájmů).

DSM IV: Definice DSM-IV je exaktnější. Dalším rozdílem je to, že podle DSM-IV je možné diagnostikovat patologické hráčství i u sociopatických osobností, kdežto MKN-10 tuto možnost vylučuje.

Léčba: Při léčbě patologického hráčství a při léčbě závislostí se používají některé podobné postupy (posilování motivace, kognitivně-behaviorální postupy, organizace pracující na principu 12 kroků (organizace Anonymních hráčů, což je obdoba organizace Anonymní alkoholici), relaxační techniky a jóga ke zvládání stresu, skupinová a rodinná terapie atd.). Část patologických hráčů hazardně hraje pod vlivem alkoholu nebo pervitinu. V tom případě je samozřejmě třeba věnovat pozornost i této problematice. Opatrnost nebo abstinence ve vztahu k alkoholu a jiným návykovým látkám doporučujeme všem patologickým hráčům, aby se nezhoršovala sebekontrola. O patologickém hráčství viz více jinde (Nešpor, 1999)[10].

Závěr

Proces, který vede ke stanovení správné diagnózy, by měl vytvořit dobré předpoklady pro vytvoření léčebného plánu a další léčení. Je možno jít ještě dále a říci, že diagnostický proces by měl být už léčbou samotnou. Tak při diagnostickém rozhovoru s klientem je možné využívat prvky motivačního tréninku (více viz kapitola o diagnostickém rozhovoru) nebo získávání údajů z okolí klienta lze spojit s nějakou vhodnou formou rodinné terapie.

[10] Viz též Frouzová, kapitola 9/1, Úvod do problematiky specifické klientely a „nových závislostí"; Frouzová, kapitola 9/9, Gambleři a gambling.

Summary

Diagnostics and Diagnostic Criteria of Disorders Due to Substance Use

This chapter deals with diagnostics and differential diagnostics of mental problems caused by psychoactive substances. ICD-10 is here used primarily, but the similarities and differences with DSM-4 are also pointed out, and these diagnostic systems are compared. Among others, acute intoxication, substance abuse, dependence, withdrawal states and their differential diagnostics are described. There are also mentioned pathological gambling and other addictive diseases, which cannot be labelled as substance dependence but which have some very similar symptoms. Brief remarks about treatment are included as well.

Key words: acute intoxication – dependence – diagnostics – gambling – harmful use – psychoses – withdrawal syndrome

Tab. 1*: Diagnostické schéma poruch vyvolaných psychoaktivními látkami (podle MKN-10)*

	Skupina látek	Desetinná tečka	Typ poruchy	Případně upřesnění poruchy
F1	0 – 9	.		

Literatura

■ DiClemente C. C., Prochaska J. O., Fairhurst S. K. a spol.: The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, roč. 59, č. 2, str. 295 – 304, 1991

■ Galanter M., Kleber H. D.: Textbook of substance abuse treatment. The American Psychiatric Press, Washington – London, 1994

■ Hašto J.: Diagnostické a diferenciálne diagnostické moduly podĺa WHO-ICD-10. Integra a Betlehem, Rimavská Sobota, 1997

■ Mathias R.: Studies Show Cognitive Impairments Linger in Heavy Marijuana Users, NIDA Notes, roč. 11, č. 3, 1996

■ McKetin R., Mattick R. P.: Attention and memory in illicit amphetamine users. Drug and Alcohol Dependence, roč. 48, č. 3, str. 235 – 242, 1997

■ MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Psychiatrické centrum Praha, 1992

■ Miller W. R., Zweben A., DiClemente C. C., Rychtarik R. G.: Motivational enhancement therapy manual. U. S. Department of Health and Human Services, ADAMHA, NIAAA, Washington D.C., 1992

■ Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996

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

MUDr. Karel Nešpor, CSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 2/5.

4/3 Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení

Jakub Minařík, Jiřina Hobstová

Klíčová slova: abscesy – flegmóny – orgánová postižení – somatické komplikace – tromboflebitidy

1. Úvod

Drogová závislost je závažný společenský problém s dopady nejen v psychosociální oblasti, ale i v oblasti somatických onemocnění. Uživatel drog je ohrožen nejenom intoxikací či vznikem toxické psychózy, jak bylo popsáno v předchozí kapitole[1]. Jeho způsob života vede ke zvýšenému riziku řady chorob infekční i neinfekční povahy. Jindy může užívání drog zhoršit již existující chorobné procesy nebo vyprovokovat k manifestaci jejich latentní formu.

Možnosti somatických komplikací a komorbidit tím však nejsou zdaleka vyčerpány. Aktivní užívání drog s sebou nese výrazně vyšší riziko otrav a úrazů, včetně úrazů dopravních. Mnohdy však bývá možnost intoxikace při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení opomenuta, snad vyjma případů, kdy je úraz doprovázen poruchou vědomí, která neodpovídá závažnosti poranění. Nutno připomenout i skutečnost, že se závislí také častěji stávají obětí násilných trestných činů. V této kapitole se budeme zabývat místními i celkovými infekcemi (kromě krví přenosných virových onemocnění – AIDS a hepatitid, jimž bude věnována další kapitola) a rovněž různými orgánovými postiženími, k nimž může dojít zejména v souvislosti s nitrožilním užíváním, ale i při jiných způsobech aplikace.

Velká část zdravotního rizika drogově závislého jedince připadá na vrub *infekčních chorob*. Charakter onemocnění, vyvolávající infekční agens, a v neposlední řadě i klinické symptomy těchto chorob souvisí:

1) s používáním nesterilních pomůcek užívaných k i.v. aplikaci, s nesterilní přípravou drogy (často také její primární kontaminací), s vzájemným půjčováním jehel a stříkaček při nedostatku vlastních

2) s často nízkou socioekonomickou životní úrovní a z ní vyplývajícím nízkým hygienickým standardem

3) se sexuální promiskuitou, která se s životem pod vlivem drogy snoubí a která bývá v horším případě násobena prostitucí obou pohlaví k získání finančních prostředků na drogu nebo drogy samotné.

Průběh infekčního onemocnění a tudíž i diagnostika infekčních chorob u aktivního uživatele drog s sebou nese řadu odlišností. Především nechuť závislého k návštěvě lékaře jej často vede ke zvyšování dávky, která mu pomáhá snášet či dokonce necítit bolest a tím chorobu alespoň na čas zamaskovat. Tento způsob zažehnávání choroby nás později staví před velmi pokročilá onemocnění, ať již infekčního původu či třeba nádorová onemocnění. Při vzestupu horečky si často sám ordinuje antibiotika, což v prvních fázích invazivních onemocnění[2] znemožňuje bakteriologickou diagnostiku. Na druhé straně dochází zejména již v nemocničním zařízení k příznakům z odnětí drogy, které se manifestují artralgiemi, myalgiemi, třesy, tachykardií (cenným příznakem syndromu z odnětí drogy je mydriáza), které mohou dobře imitovat akutní infekční onemocnění. Není ovšem vzácností, kdy si naopak nemocný své obtíže vymýšlí za účelem dostat vyšší dávku analgetika nebo substituční lék. Horečka u uživatele drog není vždy příznakem infekce, ale často pouhou reakcí na nečistoty i.v. aplikované s drogou. Ani ošetřování drogově závislých pacientů není jednoduché. Zejména na otevřených odděleních lze jejich asociální chování jen obtížně tolerovat, obtíže působí nejenom ošetřujícímu personálu, ale především spolupacientům. Nepodřizují se léčebnému režimu a často odcházejí nedoléčeni na revers proti radě svého lékaře.

Opakovaně je diskutována otázka imunitní odpovědi drogově závislých jedinců. Z dosavadních studií vyplývá, že humorální složka imunity není drogou ovlivněna. Zvýšení IgG a IgM, které je pozorováno u většiny aktivních uživatelů drog je pravděpodobně odpovědí na opakované antigenní stimuly cestou nitrožilní aplikace cizorodých antigenů. Za určitou dobu po vysazení drogy se hladina imunoglobulinů vrací k normě. Ze studií buněčné imunity nevyplývají žádné jednoznačné závěry a výsledky jsou rozporuplné. Podobné výsledky vykazují studie baktericidní aktivity polymorfonukleárních leukocytů. Situace se mění v případě nákazy HIV, kde je snížení buněčné imunity vázané na pokročilou retrovirovou nákazu. Modulace funkce imunitního systému je ale možná i přímý účinkem některých psychotropních látek. Například vazba opiátů

[1] Nešpor, kapitola 4/2, Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami.

[2] Invazivními onemocněními rozumíme takové infekce, při kterých bakterie překonají místní obranné mechanismy a dostávají se do cévního řečiště – viz oddíl 3.2 této kapitoly.

na opioidní receptory může být příčinou inhibice imunitního systému (Thomas a spol., 1995).

Onemocnění, která může uživatel drog získat, mohou být v konečném důsledku vážnějším problémem než sama drogová závislost. Mnohdy se jedná o neléčitelné poruchy, které je možné jen stabilizovat (infekce HIV/AIDS), jiné mají nepříznivou prognózu v kombinaci se závislostí jako primárním onemocněním. Rozvoj somatických komplikací je dán specifickým efektem užívané drogy, velikostí dávky, způsobem aplikace drogy a v neposlední řadě délkou drogové kariéry. Z tohoto hlediska můžeme uživatele drog rozdělit do několika kategorií:

1. *Experimentátoři a neinjekční uživatelé s kratší drogovou kariérou* – skupina uživatelů, u kterých obyčejně nenajdeme vážnější zdravotní obtíže. Jsou spíše ohroženi rozvojem drogové závislosti než některou ze specifických tělesných komplikací užívání drog. U této skupiny klientů můžeme nejspíše očekávat poškození nosní sliznice jako následek sniffingu, mohou se ale vyskytnout potenciálně vážné komplikace, které budou souviset spíše se specifickým účinkem látky (např.: neurotoxicita MDMA). Ve většině případů se zdravotní stav může vrátit téměř k normálu.

2. *Injekční uživatelé drog dosud bez vážných zdravotních obtíží* – typická je kratší anamnéza injekčního užívání, případně vysoká informovanost uživatele o možnostech ochrany a jejich dodržování. K nákaze např. HIV může dojít i při jednorázovém experimentu, ale pomineme-li tuto možnost, rozsah devastace organismu bývá malý a pravděpodobnost návratu k relativně dobrému zdravotnímu stavu při přerušení užívání a přiměřené léčbě je vysoká.

3. *Dlouhodobí injekční uživatelé drog se závažnějším zdravotním poškozením* – obyčejně se jedná o klienty s několikaletou anamnézou injekčního užívání drog. Opakovaně probíhající infekce mohou vést k poruchám výživy, vážnému poškození cévního systému i vnitřních orgánů. Pravděpodobnost výrazného zlepšení zdravotního stavu těchto nemocných bývá nižší.

2. Způsoby aplikace drog

1) *Injekční aplikace* je spolehlivě nejrizikovější způsob užívání drog, neboť dochází k vpravení toxické látky včetně všech nežádoucích příměsí a mikroorganismů přímo do krevního řečiště. Pokud je infekční dávka (množství bakterií) dostatečná, dochází k rozvoji infekčního onemocnění. Choroboplodné zárodky mohou být krevním oběhem zaneseny i do vzdálených orgánů.

2) *Šňupání-sniffing* je méně rizikový způsob aplikace. Branou vstupu je nosní sliznice, která bývá často značně poškozena (některé látky, např. kokain způsobují její odkrvení-anemizaci; při opakovaných aplikacích dochází k její atrofii, posléze i destrukci nosní přepážky a ztrátě čichu).

3) *Inhalace* – při inhalaci dochází ke vstřebávání účinné látky plicními sklípky. Rychlost nástupu účinku je oproti předchozímu způsobu vysoká, nedosahuje však rychlosti při i.v. aplikaci. Nejčastěji se tímto způsobem užívají konopné drogy, heroin nebo organická rozpouštědla. Při užívání posledně zmíněných látek dochází k poleptání plicních sklípků. Inhalace kouře zvyšuje pravděpodobnost vzniku nádorových i infekčních onemocnění dýchacího systému.

4) *Perorální aplikace* (ústy) s sebou nese riziko špatně odhadnutelné dávky pro pozdní nástup účinku. Také biologická dostupnost (tj. % využité látky z užitého množství) je nízká.

3. Bakteriální infekce nitrožilních uživatelů

Jejich vznik je vázán na nesterilní aplikaci drogy i.v. Patogeticky lze tyto infekční komplikace rozdělit na povrchové a invazivní.

3.1. Povrchové infekce

Povrchové neboli lokální infekce, které postihují kůži, sliznice a měkké tkáně přivedou uživatele drog jen málokdy k lékaři. Nejenom proto, že zpočátku nemají velké obtíže, ale i pro nechuť vůbec lékařskou péči vyhledávat. Nejčastěji se s nimi proto setkávají pracovníci kontaktních center a na nich zůstává rozhodnutí, zda odeslat nemocného k lékaři.

Lokální záněty nejsou zpravidla doprovázeny celkovými příznaky infekce, jako je horečka, celková schvácenost. Většinou jde o kožní infekce a infekce podkožních měkkých tkání. Klinicky se projevují jako kožní ulcerace, často i velmi rozsáhlé, impetigo, povrchní i hluboké abscesy[3] a flegmóny[4], povrchové záněty žil. Povrchní kožní hnisavé procesy jsou charakteristické hnisavou sekrecí, vznikem žlutavých krust, popř. okolním zarudnutím s otokem. Vznik abscesu a flegmóny je doprovázen zarudnutím, vyklenutím postižené oblasti a výraznou bolestivostí. Abscesy a flegmóny jsou doprovázeny celkovými příznaky infekce a jejich léčba se neobejde bez lékařského zásahu (chirurgické vyčištění ložiska a podání antibiotik). V některých případech

[3] *Absces* je lokalizovaný hnisavý zánět, tedy dutina která vzniká zkapalněním postižené tkáně. Je vyplněná hnisem který je tvořen exsudátem se zbytky bakterií, leukocytů a tkáňovým detritem. Abscesová dutina je ohraničena zprvu jen rozpadlou tkání a fibrinem, později opouzdřena pevnou pyogenní membránou, která brání průniku antibiotik do ložiska. Absces se může spontánně provalit navenek – vzniká hnisavá píštěl.

[4] Při *flegmóně* k ohraničení nedochází, proces se šíří do okolí.

bývá vhodná krátkodobá hospitalizace. Antibiotika by měla v těchto případech volena tak, aby postihla nejběžnější bakterie, které zánět vyvolávají (Staphylococcus aureus a Streptococcus pyogenes). Lehčí povrchní záněty žil, méně rozsáhlé flegmóny či počínající abscesy mohou být léčeny pouze lokálně (masti s Ketazonem, Višněvského balzám apod.) Zanedbání lokálních infekcí může vést k rozvoji invazivního onemocnění.

V souvislosti s povrchními kožními infekci je nutno se zmínit i o poměrně často se vyskytujícím parazitárním kožním onemocnění – *svrabu*. Svrabem trpí často závislí bez domova, squatteři, typičtí uživatelé pervitinu a návštěvníci kontaktních center. Diagnostika tohoto parazitárního onemocnění skýtá při zpravidla přítomné impetiginizaci[5] řadu obtíží a je lépe ji ponechat na kožních specialistech. Léčba spočívá v třídenní lokální léčbě, nejlépe za hospitalizace. Problémem zůstávají reinfekce při návratu do squattu či nošení infikovaných oděvů.

3.2. Invazivní infekce

Invazivními onemocněními rozumíme takové infekce, při kterých bakterie překonají místní obranné mechanismy a dostávají se do cévního řečiště. Přítomnost bakterií v cévním řečišti může být pouze krátkodobá, která díky přirozeným obranným mechanismům lidského organis mu zůstává bez klinické odezvy a nemusí zanechávat následky. Hovoříme o krátkodobé či přechodné (tranzitorní) bakteriémii. Jestliže není bakteriální infekce v krvi rychle zvládnuta, pozorujeme již příznaky zánětu (horečka, zrychlený dech, puls) a v těchto případech již hovoříme o *sepsi*. Včasná léčba i zde může zanechat onemocnění bez následků. Bohužel u uživatelů drog se často setkáváme s pokročilými stavy, kdy dojde již k projevům závažné sepse s postižením a poruchou funkce více orgánů. Tento stav může vyústit v tzv. septický šok, při kterém dochází k selhání více orgánů, především ledvin a plic. Úmrtnost u takto rozvinutých septických stavů je vysoká i při adekvátní léčbě na anesteziologicko-resuscitačních odděleních.

I přechodná bakteriémie může vést k vytvoření metastatického hnisavého ložiska kdekoliv v těle včetně důležitých orgánů, např. v srdci, ve slezině, k septické plicní embolii a k jiným vážným a život ohrožujícím stavům.

Nejvíce je nemocný ohrožen vznikem *infekční endokarditidy*, při které se mikrobiální infekce usídlí na srdeční nitroblíně, nejčastěji na chlopni. Nejvíce jsou ohroženi jedinci se srdeční vadou, která nemusí dotyčnému až do této doby dělat nejmenší obtíže. I u infekční endokarditidy je nejčastějším patogenem Staphylococcus aureus nebo Streptococcus pyogenes (popř. oba najednou), méně často je izolována běžná gramnegativní flóra (Klebsiella spp., Pseudomonas spp., E.coli, Proteus). Ve skutečnosti může být vyvolavatelem každá bakterie, která invaduje do krevního řečiště. Pozorovány bývají i polymikrobiální infekce. U i.v. uživatelů drog je většinou postižena trojcípá chlopeň v pravém srdci. Klinické příznaky pravostranné endokarditidy se projevují především horečkou, příznaky systémové infekce a plicní symptomatologií (nehojící se či opakované záněty plic, pohrudnice) v důsledku septických embolizací do malého oběhu. Šelest na srdci u endokarditidy trojcípé chlopně nepatří ke konstantním klinickým příznakům a také srdeční selhávání bývá pozorováno jen zřídka. Zdroj septických plicních embolizací nemusí být jen v pravém srdci, ale i ve vzdálené *septické tromboflebitidě*, např. pánevních žil. Méně často bývají postiženy chlopně levého srdce, při které prvním příznakem může být embolizace do mozku. Z této komplikace musí být vždy podezíráno náhle vzniklé ochrnutí poloviny těla u mladého jedince, zejména injekčního uživatele drog, zvláště u horečnatých stavů.

Absces sleziny může vzniknout v důsledku septické embolizace při levostranné endokarditidě, ale také následkem bakteriémie bez postižení srdečních chlopní. Podobně jako v předchozích případech i zde jsou nejčastěji izolovány Staphylococcus aureus a Streptococcus pyogenes, i když nezřídka jsou pozorovány i infekce vyvolané anaerobními bakteriemi (Fusobacterium spp.). U injekčních uživatelů drog nezřídka pozorujeme několik infikovaných ložisek, z nichž jsou izolovány rozličné patogeny a proto také není v těchto případech jistota, že bakterie izolovaná z hemokultury se podílí na vzniku abscesu sleziny. Ze zahraničí je hlášena dokonce lokální i diseminovaná infekce vyvolaná Bacillus anthracis, kterým byla primárně kontaminována droga (Afghánistán, kde se anthraxové spóry v půdě vyskytují, byl až donedávna jedním z největších vývozců heroinu).

4. Orgánová a systémová postižení

4.1. Poškození cévního systému

Při injekční aplikaci drog vždy dochází k *mechanickému poškození* cévního systému. Jedinci s letitou drogovou kariérou, kterým zbývá již jen omezený počet míst vhodných k i.v. aplikaci drogy se uchylují k aplikaci do v.jugularis, v.subclavia či vena nebo arteria femoralis. Opakované vstupy do těchto velkých cév s sebou nesou riziko vzniku mikrotraumat, která vedou k tvorbě trombóz, s následnou ischemií okolních tkání, popř. v tvorbu abscesů. K tvorbě trombů přispívá i nečistota nebo rozpouštědla, která vyvolávají uvolnění norepinefrinu, který způsobí stažení cévy, lokální poškození, popř. nekrózu. K poškození cévní stěny nadále přispívá skutečnost, že aplikované roztoky mají jiné pH a osmolaritu než plasma. Aplikace kokainu může způ-

[5] Bakteriální superinfekce, která se klinicky projevuje jako hnisavý proces kožní

sobit vznik trombu i na vzdáleném místě od místa vpichu a kožní infekce i infekce měkkých tkání může vyvolat kokain i po inhalačním použití. Trombus může být zpočátku sterilní (bez přítomnosti bakterií), ale dříve nebo později dojde bakteriálnímu osídlení.

Tromboflebitidy hlubokého žilního systému většinou na dolních končetinách se klinicky projevují výrazným otokem a bolestivostí, která často znemožňuje chůzi. Při utržení krevní sraženiny dojde k masivní plicní embolii a k srdečnímu selhání. „Drolení" trombu po menších částečkách vede k tzv. sukcesivní embolizaci – uzavírání menších plicních cév a omezení perfúzní kapacity plic. Dochází tak ke ztrátě schopnosti plic dostatečně okysličovat krev. Infikované části trombu (tzv. septické embolizace) mohou být příčinou vzniku plicních abscesů. Dolní končetina postižená zánětem hlubokého systému má ve srovnání s druhou větší objem (edém) a zamodralou barvu. Často si nemocný stěžuje na tupou bolest v chodidle či lýtku. Bolestivě vnímá silnější palpaci lýtka, stehna nebo tlak na chodidlo. Onemocnění je indikací k okamžité hospitalizaci. Léčba spočívá v podávání antikoagulancií[6] do žíly nebo podkožně, v případě zlepšení průchodnosti žilního systému je možno přejít na perorální léčbu (kumarinové preparáty). Nevýhodou perorálního podávání antikoagulancií je bezpodmínečná nutnost pravidelných laboratorních kontrol srážlivosti krve. Tato podmínka léčby není zpravidla aktivními uživateli drog dodržována, léčba není dokončena, nedojde k zhojení trombózy a vzniká neprůchodnost žilního systému s rozvojem chronické žilní nedostatečnosti. Tento stav vede k tvorbě nehojících se vředů na dolních končetinách, k vzniku opakovaných infekcí vyvolaných Streptococcus pyogenes (růže), Staphylococcus aureus, ale i gramnegativními tyčkami. Pokročilé stavy vyžadují denní ambulantní péči a často i hospitalizaci. Kdykoli může nemocného postihnout embolizace do plic.

Jak již bylo řečeno, z původně povrchových infekcí nebo z neinfikovaných trombóz může vzniknout invazivní nákaza ve smyslu *celulitidy, nekrotizující fasciitidy, myositidy, sepse, septické tromboflebitidy*, traumatických arteriovenózních píštělí, hlubokých abscesů s intermitentním uvolňováním bakterií do krevního řečiště, záněty kostní dřeně, apod.

Závažnou komplikací intravenózního užívání drog je vytvoření *aneurysmatu*. Jde o tzv. pseudoaneurysma, kde opakující se poranění periferní žíly vede ke vzniku zpočátku sterilního krevního výronu kolem cévy a poškození cévní stěny. Ta se časem infikuje, zánět se šíří do okolí, vzniká absces či celulitida, posléze dochází ke komunikaci s arterií, méně často žílou a k vytvoření pseudoaneurysmatu. Takto jsou nejčastěji postiženy femorální (stehenní) tepny (spíše vlevo, neboť je převaha praváků), méně často jsou postiženy cévy na krku. Vážnou komplikací je v tomto případě ruptura. Obvyklými klinickými příznaky, které vznik aneurysmatu provázejí jsou bolestivost a pulzující resistence v dané lokalizaci, celkové příznaky zánětu. Cenným příznakem bývá nedokrvení dolní končetiny, příznaky utlačení nervů, vibrace v místě rezistence popř. šelest. Ultrazvukové vyšetření může snadno zaměnit aneurysma za absces, proto rozhodující pro včasnou diagnózu je arteriografie. Z antibiotik obvykle volíme protistafylokoková antibiotika, pokud je z mikroskopického vyšetření punktátu podezření na gramnegativní tyčky, přidáváme aminoglykosid. Chirurgická intervence je nezbytná, antibiotika podáváme pod dobu 4 – 6 týdnů.

Postižení srdce ve smyslu infarktu myokardu, arytmií, ale i náhlého selhání bývá pozorováno zejména u uživatelů psychostimulačních látek i bez souvislosti s infekcí. Důvodem bývá vyčerpání organismu se srdeční arytmií. Důvodem náhlé srdeční smrti může být i embolie plicnice, zejména u uživatelů drog, kteří mají trombózu DK, což vůbec není vzácné. Jistě se na celém procesu podílejí i metabolické změny ve smyslu hypoxie, laktátové acidózy a všech důsledků anaerobního metabolismu při vasokonstrikci ve splanchnické oblasti.

4.2. Dýchací systém

Plicní postižení patří u i.v. uživatelů drog k nejčastějším. Rozsáhlé akutní nebo chronické poškození plic vede k nedostatečnému okysličení krve a tím k poškození mnoha orgánů (nejcitlivější je nervová tkáň). Kromě poškození plic může dojít i k zástavě dechového automatismu vlivem intoxikace opiáty. Děje se tak snížením citlivosti dechového centra k CO_2, intoxikovaný umírá bez pocitu dušení. Útlum dechového centra mohou ve vyšších dávkách vyvolat i jiné tlumivé látky, včetně alkoholu. Plíce mohou být postiženy drogou navozeným bronchospasmem, otokem plic, popřípadě talkovou granulomatózou. Uživatelé drog jsou většinou silní kuřáci cigaret, mají narušenou samočisticí činnost průdušek a průdušinek, při poruše vědomí pod vlivem drogy dochází snadno k aspiraci žaludečního obsahu. Všechny tyto faktory podstatně přispívají k propuknutí infekce.

Aspirační pneumonie, která vzniká vdechnutím žaludečního obsahu, provází někdy předávkování opioidy[7]. Aspirace může také komplikovat těžší opilost, nebo in-

[6] Léky zabraňující srážení krve.
[7] Opiáty dráždí chemorecepční zónu pro zvracení a současně tlumí kašlací reflex.

toxikaci jinými tlumivými látkami. Jedná se o velmi vážnou komplikaci, dochází k natrávení plicního parenchymu a rozvoji pneumonie často gangrenózního charakteru. Bez hospitalizace a masivní antibiotické léčby nemocný umírá.

Uživatelé opiátů mají také větší sklon k *zápalům plic*. Ty vznikají v důsledku hypoventilace plicních okrsků hlavně v okolí páteře. Možnou komplikací u těchto pacientů je *akutní plicní otok*. Vzniká narušením mnoha regulačních mechanismů (zvýšený tlak v plicních kapilárách, pokles hladiny krevních bílkovin, hypoventilace a jiné) v kombinaci s různými poškozeními (např. hypoxie nebo poškození plicních kapilár).

Pevné částečky obsažené v roztoku určeném k injekční aplikaci jsou krví zaneseny až do plicních kapilár a způsobují *mikroembolizaci*. Cizorodý materiál vyvolává zánětlivou reakci – pneumonitidu – dochází k proliferaci v intersticiálním prostoru a ztluštění stěn alveolů a tím i k omezení funkční kapacity plic. Poleptání plic je charakteristické při inhalaci organických rozpouštědel. Podobně jako v předchozím případě může při dlouhodobém zneužívání dojít ke ztluštění stěny alveolů a k ztížení difúze pro O_2 a CO_2. Opakované či nehojící se *pneumonie, pleuropneumonie* nebo *plicní abscesy* by měly být podezřelé ze septických embolizací při pravostranné endokarditidě.

4.3 Postižení oka, ledvin a centrálního nervového systému

Vzácné, ale vážné infekční komplikace mohou postihnout i *oční bulbus*. Zvláště prognosticky nepříznivé jsou kvasinkové infekce (Candida albicans), které zpravidla vznikají při kandidových sepsích. Následná endoftalmitida si nezřídka vyžádá enukleaci bulbu. Embolizace očních kapilár vede k poruchám sítnice – *retinopatiím*, které bývají ireverzibilní. Chronický abusus stimulačních látek může vést k šedému nebo zelenému očnímu zákalu (katarakta, resp. glaukom). Obě onemocnění mají při přiměřené léčbě dobrou prognózu.

K *poškození ledvin* dochází po dlouhodobém injekčním abusu a opakovaných infekčních komplikacích. Při nich dochází k rozpadu bílkovin tvoří se tzv. *amyloid*, který se ukládá ve stěnách nefronů[8], dochází tak ke změně v rovnováze vylučování a zpětné resorpce. U heroinistů černé pleti se může rozvinout *maligní nefroskleróza*, s rychle progredující poruchou funkce ledvin. Pokročilá stádia obou onemocnění si zpravidla vynutí dialyzační léčbu. Akutní poškození ledvin může vzniknout v souvislosti s užíváním tzv. tanečních drog, zejména MDMA. Dlouhotrvající nedostatek tekutin v kombinaci s extrémní fyzickou námahou vede k dehydrataci pacienta a k sekundárnímu rozvoji šokové ledviny s poruchou jejich funkce. Prognóza tohoto poškození ledvin záleží na stupni poškození a to se odvíjí od rozsahu ztráty tekutin. Pouze rychlá náhrada tekutin, popřípadě další podpůrná opatření vedou k znovuobnovení funkce ledvin bez dalších následků.

Postižení CNS: Infekce centrálního nervového systému (CNS) jsou na rozdíl od jiného poškození CNS u uživatelů drog relativně méně časté. O mozkových abscesech v důsledku septických embolizacích při infekční endokarditidě bylo pojednáno v předchozím oddílu. Pochopitelně i injekční uživatel drog může onemocnět hnisavým zánětem mozkových blan či aseptickou meningoencefalitidou, aniž by původ infekce byl vázán na aplikaci drogy. V těchto případech je nutné diferencovat mezi zánětem CNS, vlivem drogy či naopak syndromem z odnětí drogy a rychle stanovit diagnózu. Extrémní bolesti hlavy, porucha vědomí a přítomnost příznaků z dráždění mozkových plen by mělo lékaře prvního kontaktu vést k převozu nemocného na jednotku intenzivní péče. Jakékoli prodlení ve stanovení diagnózy vede k pozdnímu zahájení léčby, což může být pro nemocného osudné.

Fyzikálně-chemický vliv toxické látky na CNS se uplatňuje nejvíce u abusu organických rozpouštědel. Základem jejich účinku je narušení fluidity lipoidní buněčné membrány. Při pravidelném užívání dochází k jejímu poškození, při pitvě chronických uživatelů se nezřídka nacházejí v mozkové tkáni dutinky, klinicky nacházíme postižení mozečku a kognitivních funkcí. Po vysazení je stav jen částečně reverzibilní.

Užívání psychostimulačních látek vede k prudkému vzestupu krevního tlaku, který může způsobit *krvácení do mozkové tkáně*. V případě přítomnosti *vrozených výdutí* na mozkových tepnách, do této doby asymptomatických, může při zvýšení krevního tlaku dojít k jejich ruptuře, následnému *krvácení* mezi mozkové pleny, popřípadě k destruujícímu mozkovému krvácení. Prognóza postižení CNS závisí na rozsahu poškozené mozkové tkáně.

[8] Nefron je základní funkční jednotka ledvin. Dochází v něm k ultrafiltraci krevní plasmy a zpětné resorpci látek z primární moči.

Summary Somatic Complications and Co-morbidity

Drug misuse and drug-related lifestyles lead to higher risk of many infection and non-infection diseases. In this chapter the authors describe various local and general infections (except for AIDS and hepatitis, which are presented in the next chapter) and the diseases of cardio-vascular, respiratory and other systems related particularly to intravenous usage but also to other ways of application.

Key words: abscess – endocarditis – phlegmona – somatic complications – trombophlebitis

Literatura viz seznam u kapitoly 4/4

MUDr. Jiřina Hobstová, CSc.

(Baierová, Šlárová), nar. 1949 v Praze. V r. 1973 promovala na tehdejší FDL UK v Praze (nyní 2. LF UK), atestace 1. stupně z pediatrie 1976, specializační atestace v oboru infekčních chorob 1980, kandidátská práce z oboru infekčních meningitid 1995. 27 let pracovala na Infekční klinice ve Fakultní nemocnici Bulovka a učila na 2. lékařské fakultě UK, v r. 2000 nastoupila na primářské místo na Infekční oddělení ve FN Motol, kde pracuje dosud. Působí též jako externí pedagog na 3. LF UK a jako lektor České lékařské komory. Členka České odborné společnosti infekčního lékařství, České pediatrické společnosti při ČLS JEP a European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Zabývá se kromě jiného jaterními chorobami dospělých a v rámci Infekčního centra drogově závislých, které je součástí Infekčního oddělení v Motole i infekčními chorobami, které uživatele drog ohrožují. Publikovala téměř 40 článků v domácích i zahraničních odborných časopisech a statí v monografiích.

Kontakt: Infekční oddělení FN Motol, V úvale 51, 150 00 Praha 5 – Motol
E-mail: jirina.hobstova@lfmotol.cuni.cz

MUDr. Jakub Minařík – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 3/2.

4/4 Somatické komplikace a komorbidita 2 – Infekční hepatitidy a AIDS

Jakub Minařík, Jiřina Hobstová

Klíčová slova: AIDS – HIV – infekční hepatitidy – nitrožilní užívání – žloutenka typu A,B,C

1. Hepatitida typu A

Toto onemocnění je pouze výjimečně přenášeno krevní cestou. Heparna virus ze skupiny Picornavirů, který hepatitidu A vyvolává, je vylučován stolicí již ke konci inkubační doby, tedy v době, kdy nemocný nemá ještě žádné obtíže. Inkubační doba je 2 – 8 týdnů. Hlavním způsobem přenosu jsou špinavé ruce. Nákaza se snadno šíří v kolektivech s nízkým hygienickým standardem (mytí rukou po použití WC). Při způsobu života v některých komunitách (squatty) není epidemický výskyt hepatitidy A vzácností. K přenosu nákazy může přispět i sexuální kontakt, zejména při užívání orálně-análních praktik. Velké epidemie jsou zpravidla vyvolány konzumací infikované potraviny.

K hlavním klinickým příznakům patří zažívací obtíže: nechutenství, nadýmání, zvracení, někdy i zvýšená teplota. Často nemocného přivede k lékaři pouze pozorování tmavé moči, světlejší stolice či žluté zbarvení očního bělma nebo kůže celého těla.

V České republice je povinná *izolace* nemocného na infekčních odděleních po dobu 2 týdnů. V léčbě se uplatňuje dietní režim v akutní fázi, popřípadě tzv. symptomatická léčba. Účinný antivirový preparát není k dispozici. Hepatitida A nepřechází do chronického stadia a pokud nemocný dodržuje ochranný režim v akutní fázi a rekonvalescenci, dochází zpravidla k úplnému uzdravení. K dietním opatřením patří zejména zákaz alkoholu, který je pro jaterní buňku přímo toxický. Nejúčinnější prevencí je očkování.

2. Virová hepatitida typu B

Jedná se o krví přenosnou nákazu. Vyvolavatelem je Hepadna virus ze skupiny Hepadnaviridae. V případě uživatelů drog se virus přenáší pomocí sdílení injekčního náčiní a parafernálií. Přenos je možný i sexuálním kontaktem přes neporušenou sliznici, častý je přenos homosexuálním stykem. Podíl nakažených při injekční aplikaci je u *typu B (VHB)* jen asi 15 %, častější je nákaza sexuálním stykem (50 %). Z matky, která je v době porodu infikována, dochází k přenosu na novorozence až v 80 %. Takto získaná nákaza přechází zpravidla do chronicity. Inkubační doba je 2 – 6 měsíců.

K nejčastějším obtížím patří výrazná únava, bolesti kloubů, tlak v pravém podžebří. K zežloutnutí kůže nedochází u všech nemocných, i když i bez žloutenky si nemocní všimnou tmavého zbarvení moči, popř. světlejší stolice. Hepatitida B může probíhat velmi těžce, dlouho, může dojít k jaternímu selhání a v 10 % přechází do chronické formy. Chronická hepatitida může vyústit během 6 – 20 let v jaterní cirhózu, ve které se může u malého počtu nemocných vytvořit rakovina jater.

Léčba akutní fáze je podpůrná. Chronické hepatitidy lze se střídavým úspěchem léčit antivirovými preparáty (interferon, lamivudin). Účinným způsobem, jak tomuto onemocnění předejít, je *vakcinace*. K dispozici je monovakcína proti hepatitidě B, popřípadě kombinovaná s vakcínou proti hepatitidě A. V ČR se od roku 2001 proti hepatitidě B očkují všichni novorozenci a dvanáctileté děti, u kterých se předpokládá počátek rizikového chování. Uživatelé drog patří do vysoce rizikové skupiny a vakcinace by jim měla být důrazně doporučena, a to nejlépe v kontaktních centrech.

3. Virová hepatitida C

Tato další krví přenosná nákaza má obdobný způsob přenosu jako hepatitida B, pouze je vyšší podíl přenosu krví než sexuálním kontaktem. Přenos z infikované matky na novorozence se odhaduje na 2 – 5 %. Vyvolavatelem je virus ze skupiny flavovirů. Rozeznáváme 6 genotypů, což má význam jednak epidemiologický (geografická distribuce), ale i prognostický. Na našem území se uplatňuje především genotyp 1a, 1b, který je bohužel velmi rezistentní k léčbě.

Inkubační doba je 2 – 12 týdnů. Na rozdíl od hepatitidy B je u většiny nemocných akutní průběh s klinickými příznaky a ikterem vzácný (20 %), spíše bývá infekce diagnostikována již jako chronická. Přechod do chronicity je pozorován v 70 – 80 %. U 7 – 20 % nemocných s chronickou hepatitidou C vzniká během 6 – 20 let cirhóza (požívání alkoholu její vznik značně urychluje). Cirhotik je posléze ohrožen vznikem rakoviny jater (0,7 % – 3,4 %). Úmrtí v souvislosti s jaterním postižením je popisováno v období 6 – 20 let od začátku hepatitidy C v 1,3 % – 5,3 %.

Prevence hepatitidy C očkováním není možná. Je možná protivirová léčba chronických forem, a to interferonem a ribavirinem. Ani při použití nejmodernějších interferonů není možné trvale vyléčit všechny nemocné. Léčba je doporučena pouze pro nemocné, kteří vykazují biochemickou i virologickou aktivitu jaterního zánětu. Vzhledem k častým vedlejším účinkům léčby (myelosuprese, hemolytická anémie, depresivní syndrom) jsou nutné pravidelné lékařské kontroly, které vyžadují spolehlivost nemocného, kterou aktivní uživatelé drog nezaručují. Velmi častým nežádoucím účinkem podávání interferonu je tzv. flu-like syndrom, který se projevuje horečkou, bolestmi ve svalech a chřipkovitými příznaky, které se velmi podobají obtížím, které jsou charakteristické pro syndrom z odnětí drogy. Možné reinfekce u aktivních toxikomanů by finančně velmi náročnou léčbu znehodnocovaly. To jsou hlavní důvody, proč doporučujeme léčit závislé pouze v případě *doložené* roční abstinence od drog.

Doporučení pro nemocné s chronickou hepatitidou B a C při pobytu v terapeutických komunitách

Závislí s chronickou hepatitidou B i C by měli dodržovat běžný hygienický standard (vlastní holení, ručníky). V případě, že nemají vysokou biochemickou aktivitu jaterního poškození nemají žádná omezení ve smyslu diety či omezení fyzické námahy. V opačném případě je třeba se řídit doporučením lékaře z jaterní poradny. V případě únavy by se jim měl poskytnout žádaný odpočinek. Tzv. hepatoprotektiva (Flavobion, Essenciale, Lipovitan) nejsou nutná a jediné, co je jim přísně zakazováno, je pro játra toxický alkohol, jehož požívání ani pobyt v TK nepřipouští, podobně jako sexuální kontakt. Pravidelné měsíční kontroly laboratorních testů v jaterní poradně jsou z výše uvedených důvodů vhodné.

4. Infekce HIV (Human Immunodeficiency Virus) / onemocnění AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome)

Vyvolavatelem onemocnění je HIV patřící mezi retroviry. Je poměrně citlivý na zevní podmínky, hyne při teplotách nad 60° C a při zaschnutí, zničí jej i běžné dezinfekční prostředky. HIV napadá buňky imunitního systému člověka (lymfocyty, které nesou CD 4 receptor) a tím způsobuje postupnou ztrátu imunity.

AIDS již je pokročilé stadium nemoci, ve kterém je nemocný, díky ztrátě především buněčné imunity, náchylný onemocnět řadou oportunních infekcí, nádory a celkově schází. V neposlední řadě je postižen i centrální nervový systém, a to jak HIV, tak jinými viry, houbami či nádory.

Celosvětově je hlášeno přibližně 60 mil. onemocnění, z toho již téměř 20 mil. nemocných infekci podlehlo, z nich byly necelé 4 miliony dětí. V České republice je hlášeno dosud celkem 550 případů HIV pozitivních nemocných včetně AIDS a z nich již nákaze podlehlo necelých 100 nemocných.

Virus se přenáší podobně jako výše uvedené hepatitidy C a B, ale na rozdíl od nich je nejčastějším způsobem přenosu nechráněný sexuální styk homosexuální i heterosexuální. Vysoká koncentrace viru je zjišťována zejména ve spermatu, poševním sekretu a krvi. Možný je přenos z matky na dítě během porodu či kojením.

Průměrná inkubační doba je 3 týdny do vzniku tzv. primoinfekce. Ta se asi u poloviny nemocných klinicky projeví příznaky podobnými infekční mononukleóze (zvýšené teploty, zvětšené uzliny). Následuje fáze nosičství HIV, které není doprovázeno žádnými nebo minimálními klinickými příznaky, virémie kolísá. Včasná diagnostika HIV infekce vede k brzkému zahájení léčby a tím k významnému prodloužení kvalitního života za předpokladu pravidelných kontrol imunitního systému (CD4 T ly) v některých z AIDS center (krajská zařízení). Léčba HIV pozitivních pacientů spočívá v podávání antiretrovirových léků, v profylaxi oportunních infekcí a jejich včasné léčbě, v dietních opatřeních a podpoře výživy. Takto prováděná léčba dokáže prodloužit kvalitní život nemocného přesto, že zatím nedokáže onemocnění vyléčit. Stadium klinicky plně rozvinutého onemocněni AIDS nastupuje v závislosti na typu léčby až po 10 – 15 letech i déle. Nemocný ve stadiu AIDS zmírá na některou z oportunních infekcí vyvolanou převážně viry a houbami (pneumocystová pneumonie, tbc, kryptokokové meningitidy, toxoplazmóza CNS, akutní cytomegalovirová nemoc). V tomto období nemocný chátrá a mohou se objevit některé typy nádorových onemocnění (Kaposiho sarkom, lymfomy).

Nejdůležitější je tedy prevence onemocnění prosazováním bezpečných sexuálních praktik, výměnnými programy injekčních jehel a stříkaček u injekčních uživatelů drog a osvětou prováděnou zejména u dětí a v rizikových skupinách.

Jak vyplývá z výše uvedených čísel, infekce HIV/AIDS zatím není v ČR příliš rozšířena. Jistě k tomu přispívají podmínky, které jsou v ČR splněny:

1. vysoká dostupnost testů na přítomnost protilátek proti HIV, na požádání i anonymně

2. legální dostupnost sterilního injekčního náčiní pro injekční uživatele drog

3. HIV preventivní programy zaměřené přímo na populaci injekčních uživatelů drog
4. výše uvedené preventivní aktivity byly zahájeny včas, což je dříve než počet HIV pozitivních mezi IDU dosáhne 5 %

HIV pozitivní nemocný by neměl být vyloučen z běžného života ani z pobytů v léčebných komunitách. Opatření vedoucí k šíření nákazy jsou identická jako u virové hepatitidy B. Bezpečný sex je při pobytu mimo komunitu zásadním opatřením bránícím šíření nákazy.

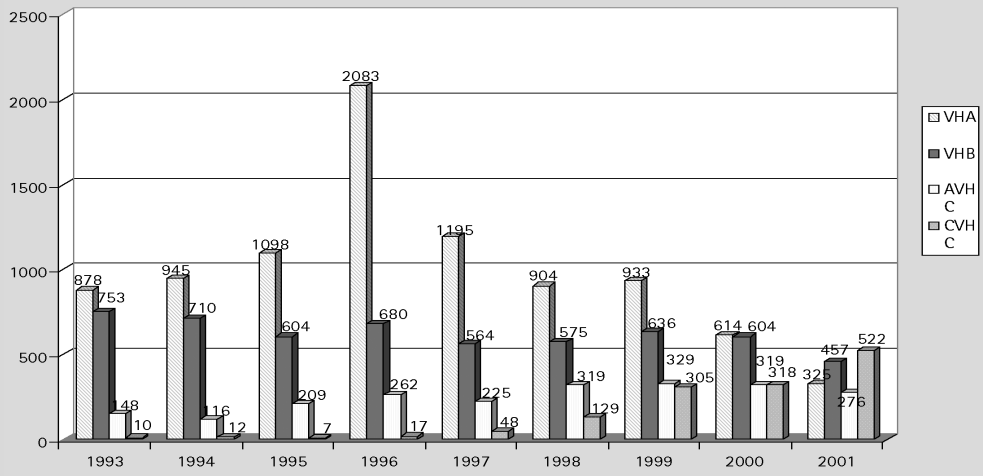
Závěrem je nutné připomenout, že sexuální promiskuita, popř. prostituce vede k zvyšující se incidenci venerických chorob v této populaci. Setkáváme se nezřídka s neléčenými pohlavními nemocemi v pokročilém stadiu. Často je diagnostikujeme pouze při hospitalizaci z jiného důvodu a léčba bývá obtížná.

Summary Blood Transmitted Viral Infections

The chapter deals with blood-transmitted viral infections linked to non-sterile intravenous drug usage. At first, the authors describe hepatitis B and C (hepatitis A is also mentioned in relation to the lower hygiene among problem drug users). They summarise the clinical symptomatology, development, treatment measures and also practical recommendations for the stays of infected clients in drug treatment facilities. In the next part, HIV/AIDS are described in a similar way. The question of lower prevalence of HIV/AIDS in drug population in the CR is also discussed, and the authors point out some important factors: accessibility of tests, legal access to the sterile injection equipment, special preventive programmes focused on intravenous users, and the fact of an early implementation of all these measures.

Key words: : AIDS – blood transmitted infections – hepatitis A,B,C – HIV – intravenous using

Graf 1*: Incidence virových hepatitid v ČR v letech 1993 – 2001*



Zdroj: *Zprávy CEM – SZÚ, Praha, roč. 11, č. 2,str. 70, 2001*

Literatura ke kapitolám 4/3 a 4/4

■ Bednář B. a kol.: Učebnice patologické anatomie. Avicenum, Praha, 1975

■ Bém P.: Riziko epidemického šíření HIV infekce mezi IVUD a zhodnocení dostupných preventivních aktivit zaměřených na tuto cílovou populaci v České republice. Atestační práce ke specializační zkoušce z léčby návykových nemocí. IPVZ, Praha, 1994

■ Beneš J.: Infekční endokarditida. In: Veselka J., Hoňek T., Špatenka J. a kol.: Získané chlopenní vady. Medcore Europe Publishing, Praha, 2000

■ Beneš J., Kabelková J., Džupová O., et al.: Infekční endokarditida – pacienti hospitalizovaní na infekční klinice FN Bulovka v letech 1990 – 1999. Cor et Vasa, roč. 42, č. 8, str. 389 – 396, 2000

■ Chrobák L. a kol.: Propedeutika vnitřního lékařství. Státní pedagogické nakladatelství, Praha, 1991

■ Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. Nadace Filia, Praha, 1997

■ Kolektiv autorů České republiky: Chirurgická propedeutika. Grada Publishing a Avicenum, Praha, 1993

■ Kordač V. a spolupracovníci: Vnitřní lékařství. Avicenum, Praha 1991

■ Levine D. P., Brown P. D.: Infections in Injection Drug Users. In: Mandell, Douglas, and Bennett: Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th Edition. Díl 2, str. 3112 – 3126. Publishing Churchill, Livingstone, 2000

■ Rozsypal H.: Klinický obraz a léčba AIDS. Maxdorf, Praha, 1998

■ Thomas P. T., House R. V., Bhargava H. N.: Direct Cellular Immunomodulation Produced by diacetylmorhphine (heroine) or methadone. Gen Pharmacol, č.1 – January, str. 123 – 130, 1995

■ Zprávy Centra epidemiologie a mikrobiologie (Státní zdravotní ústav, Praha), roč. 11, č. 2, 2002

MUDr. Jakub Minařík – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 3/2.

MUDr. Jiřina Hobstová, CSc. – Informace o autorce a kontakt viz kapitola 4/3.

4/5 Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“ Karel Nešpor

Klíčová slova: deprese – duální diagnózy – duševní poruchy – poruchy osobnosti – poruchy příjmu potravy – posttraumatická stresová porucha – psychopatologie

1. Vztah duševní poruchy a návykové nemoci

Psychologická komorbidita a psychologické komplikace zneužívání návykových látek nejsou okrajovým problémem. Podle ředitele amerického National Institute on Drug Abuse[1] trpí 30 – 60 % osob zneužívajících návykové látky souběžně probíhající duševní poruchou (Leshner, 1999), Deykin a Buka (1997) např. uvádějí, že výskyt posttraumatické stresové poruchy[2] je u dospívajících závislých na návykových látkách 5x vyšší než u jejich vrstevníků, kteří závislí nejsou. V zájmu objektivity je ale třeba dodat, že někteří autoři poukazují na okolnost, že se výskyt duševních chorob u lidí závislých na návykových látkách přeceňuje a řada úzkostných a depresivních příznaků při abstinenci spontánně odeznívá (Compton a spol., 2000).

Jaký je vztah duševní poruchy a návykové nemoci?

1. Duševní porucha > návyková choroba

Závislost na návykové látce nebo jiná návyková choroba se objevila v u klienta, který už před tím trpěl jinou duševní poruchou. Výskyt návykových problémů je u řady duševní poruch vyšší než v běžné populaci. To se týká depresivních poruch, poruch osobnosti (častěji u mužů), poruch příjmu potravy (častěji u žen). U žen také bývá častější výskyt sociální fobie[3] nebo posttraumatické stresové poruchy ještě před vznikem problému s návykovou látkou.

2. Návyková choroba > duševní porucha

V tomto případě se duševní nemoc manifestovala už u jedince, který návykové látky zneužíval nebo byl na nich závislý. To se týká např. opět posttraumatické stresové poruchy, ta ale vznikla v tomto případě až po rozvoji návykového problému (např. klient byl svědkem smrtelného předávkování blízkého přítele), s postkontuzními syndromy (po úrazech hlavy a otřesech mozku při intoxikaci), propuknutí schizofrenie nebo deprese u klienta, který dlouhodobě zneužívá drogy z konopí, což je relativně časté (Troisi a spol., 1998 Allebeck a spol., 1993) apod.

Souvislost mezi zneužíváním návykové látky a duševní chorobu si ovšem nelze představovat zjednodušeně, jak by se mohlo zdát z předchozích schémat. V obou případech jsou totiž příznaky duševní choroby a návykové nemoci v interakci a navzájem se ovlivňují (*viz Obr.1*). Tak např. u osob s dissociální poruchou osobnosti se nikoliv překvapivě prokázala větší tendence k používání cizích jehel, a lze předpokládat, že návykový problém zase naopak zhoršil jejich i bez toho obtížnou sociální adaptaci.

2. Diagnostické problémy

Závislost na návykových látkách, odvykací stav, toxická psychóza apod. mohou napodobovat prakticky jakoukoliv jinou duševní nemoc včetně např. schizofrenie nebo poruchy osobnosti. Stanovení správné diagnózy na základě jediného vyšetření je obtížné nebo dokonce nemožné. Např. u depresí u závislých se doporučuje před stanovením diagnózy alespoň měsíc abstinence (deprese mohla být vyvolána odvykacím stavem, tělesnými komplikacemi závislosti nebo závislostí vyvolaným psychosociálním stresem). Závislost nebo jiný návykový problém ovšem na druhé straně často překrývá další duševní poruchu a znesnadňuje její rozpoznání.

Je také třeba brát v úvahu i následující okolnosti. Zejména ženy se za návykový problém stydí ještě více než muži, a proto prezentují pouze své duševní obtíže, aniž by přiznaly zneužívání návykových látek. V klinické praxi se setkáváme s ženami závislými na tlumivých lécích, které byly před tím neúspěšně léčeny pro deprese, aniž přiznaly návykový problém. Dalším motivem, proč tajit návykový problém a zdůrazňovat psychické obtíže, může být snaha závislých získat léky, které by bylo možné zneužít či prodat.

[1] Nejvýznamnější americká a patrně i světová výzkumná instituce zaměřená na prevenci a léčbu problémů působených nealkoholovými návykovými látkami. Její webové stránky mají adresu: www.nida.nih.gov

[2] Posttraumatická stresová porucha vzniká jako odezva na stresovou událost neobvykle hrozivého rázu. Typické pro ni bývá opakované oživování příslušné události ve vzpomínkách nebo snech a vyhýbání se všemu, co takové vzpomínky vyvolává. Stav bývá provázen zvýšenou dráždivostí, úzkostmi, depresemi a poruchami spánku.

[3] Sociální fobie začíná většinou v dospívání, je pro ni typický strach ze zvědavých pohledů jiných lidí v poměrně malých skupinách, častý bývá strach z kritiky, nízké sebehodnocení a vegetativní příznaky (např. červenání, třes , nevolnost, nucení na močení apod.). Takto postižený se obvykle vyhýbá příslušným situacím, což může vést k osamělosti.

U uvedeného vyplývá, že stanovení správné diagnózy nebývá u těchto klientů snadné a chyby, ke kterým zde nezřídka dochází, je třeba posuzovat s jistým pochopením. Diagnostický proces mohou usnadnit zejména následující okolnosti:
– dobrá spolupráce klienta,
– možnost vyšetřit klienta po delší prokazatelné abstinenci (Galanter a Kleber, 1994),
– možnost vyšetřit klienta opakovaně,
– podstatné údaje z okolí klienta, nejlépe od osob ve společné domácnosti nebo těch, kdo ho znají delší dobu,
– dostupnost minulé zdravotnické dokumentace (od praktického lékaře nebo z jiných odborných zařízení) a dobrá komunikace mezi léčebnými zařízeními.
– toxikologická vyšetření (o nich podrobněji v jiné kapitole této knihy[4]), částečně i některá další biochemická vyšetření (např. jaterní testy) a důkladné vyšetření tělesného stavu,
– psychologické vyšetření (o něm podrobněji v jiné kapitole této knihy[5]).

3. Některé časté kombinace návykových nemocí a jiných duševních poruch

Obecně lze říci, že většina duševních problémů zvyšuje riziko problémů s návykovými látkami a komplikuje jejich prevenci i léčbu. Následují některé kombinace poruchy, s nimiž se v praxi opakovaně setkáváme.
– *Poruchy příjmu potravy* (anorexie, bulimie) a závislost na alkoholu nebo drogách (mnohem častější u žen).
– *Deprese a úzkostné stavy* a závislost na alkoholu nebo tlumivých lécích (častěji u žen).
– *Dissociální porucha osobnosti* a závislost na alkoholu nebo drogách (podstatně častěji u mužů), typické zde bývá to, že násilné nebo jinak bezohledné jednání předcházelo návykové nemoci a neobjevovalo se až v jejím důsledku.
– *Narcisistická porucha*.
– *Patologické hráčství.* Tito klienti také mívají sklon počínat si nezdrženlivě i ve vztahu k práci (někdy se v této souvislosti hovoří o workaholismu) a jsou více ohroženi i závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách. Mimořádně nebezpečná je kombinace patologického hráčství a závislosti na pervitinu.
– Opakované *dekompenzace psychotických onemocnění* související se zneužíváním alkoholu, konopí, pervitinu nebo halucinogenních drog.

4. Léčba klientů s návykovou nemocí a jinou duševní poruchou (tzv. duální diagnóza)

Je zřejmé, že u klienta s duální diagnózou je třeba léčit jak pro návykovou poruchu, tak i pro jiný duševní problém (např. Nunes a spol., 1998). Taková léčba je pak daleko efektivnější než léčba pouze pro návykový problém nebo léčba pouze pro duševní poruchu. Léčba může být *následná* (obvykle nejprve v jednom zařízení pro návykový problém a pak v jiném pro duševní poruchu, návykový problém je často naléhavější a jeho zvládnutí podmiňuje spolupráci při psychoterapii nebo farmakoterapii), *souběžná* (současně v zařízení pro léčbu návykových problémů a zároveň v jiném psychiatrickém zařízení) a *integrovaná* (v jenom zařízení a jedním terapeutickým týmem, který je schopen léčit oba problémy). Nejlepší z uvedených možností je zjevně integrovaná léčba, není nám však známo, že by v současnosti působilo v České republice zařízení specializované na léčbu těchto pacientů, i když řada zejména psychiatrických zařízení poskytujících pomoc závislým musí ve větší či menší míře brát v úvahu vysoký podíl pacientů s duální diagnózou.

Při léčení klientů s duální diagnózou je třeba mít na zřeteli následující okolnosti:

Okolnosti týkající se farmakoterapie

Návykové látky (např. heroin) vstupují do interakcí s psychotropními léky (např. hypnotiky[6]), to vede nezřídka k netypickým stavům nebo i k otravám. Např. při kombinaci heroinu a tlumivých léků se pronikavě zvyšuje riziko zástavy dechu a smrtelných příhod.

Při předepisování léků je třeba brát v úvahu *možnost vzniku závislosti* na nich a vzniku kombinované závislosti (např. na heroinu a benzodiazepinech) . Z tohoto hlediska jsou bezpečné malé dávky antipsychotik a antidepresíva, ne však naprostá většina trankvilizérů[7] a hypnotik. Bývá také vhodné uvažovat o jiných alternativách než léky (např. relaxační techniky, vhodné cvičení, psychoterapie apod.).

Při používání léků je třeba uvažovat o *interakcích* mezi léky, které klient dostává předepsány, a návykovými látkami, které zneužívá nebo by mohl zneužívat. Velmi nebezpečné jsou např. interakce alkoholu a některých antidepresívy, alkoholu a methadonu nebo heroinu a tlumivých léků.

Okolnosti týkající se psychoterapeutického přístupu

Léčbu je třeba přizpůsobovat *individuálním potřebám* klienta ještě mnohem více než u klientů s čistě návy-

[4] Nešpor, kapitola 4/6
[5] Kostroňová, kapitola 4/5.
[6] Léky používané pro poruchy spánku.
[7] Trankvilizéry jsou zklidňující léky.

kovým problémem. Např. u pacienta se schizofrenií je třeba brát v úvahu jeho nižší frustrační toleranci a neklást na něj takové nároky jako na jinak duševně zdravého závislého pacienta v dobrém stavu.

Při psychoterapii těchto klientů je na místě citlivost a opatrnost. Používání dramatických, úzkost vyvolávajících psychoterapeutických technik zde bývá spojeno s vyšším rizikem zhoršení závislosti i duševní choroby. Podpůrná psychoterapie, posilování motivace (Martino a spol., 2000) a některé kognitivně-behaviorální techniky bývají naproti tomu vhodné. Konfrontačně laděné postupy se neosvědčily ani u klientů se samotnou návykovou nemocí a u většiny klientů s duální diagnózou bývají vysloveně kontraindikované. Psychoterapeut pracující s tímto typem klientů by měl umět dobře pracovat s neverbální složkou své komunikace (výraz tváře, gesta, tón hlasu), na což bývají tito klienti zvláště citliví. I když v přístupu ke klientům s duální diagnózou je vhodná větší tolerance, i zde je třeba jasně vymezit základní pravidla spolupráce. To je zvláště důležité např. u některých poruch osobností a klientů s manipulativními tendencemi.

Klient s duální diagnózou představuje nemalý problém pro osoby ve společné domácnosti, spolupracovníky apod. Další členové jeho rodiny často potřebují psychologickou pomoc s ohledem na značnou zátěž, které jsou vystaveni. Mnozí z nich navíc sami trpí návykovým problémem nebo jinou duševní poruchou. Kromě např. rodičovských skupin mohou vyžadovat i jiné formy *rodinné terapie* a individuální psychologickou nebo psychiatrickou péči.

Léčba pacienta s duální diagnózou klade také specifické nároky na tým a *interdisciplinární spolupráci*. To se netýká jen teoretické přípravy týmů, ale i větší pružnosti, větší frustrační tolerance a dobré komunikace a spolupráce lékařů, psychologů, sociálních a i jiných pracovníků.

Jiné okolnosti

Návykové látky (typicky pervitin, halucinogeny a konopí) mohou pronikavě zhoršit duševní poruchy včetně např. schizofrenie. To lze vysvětlovat více mechanismy. Kromě přímého účinku zmíněných návykových látek zde jistě hraje roli i náhlé chaotické braní léků a jejich vysazování, malá spolupráce při léčbě, další zhoršování vztahů s okolím apod.

Léčba klientů s dvojí diagnózou bývá většinou *dlouhodobá*. Je třeba předpokládat kolísání stavu, zhoršení a recidivy návykového chování a tomu přizpůsobovat léčbu. Na recidivu by mělo být připraveno i okolí klienta a mělo by si v takové situaci počínat účinně. Léčba klientů s duální diagnózou vyžaduje od terapeutů i okolí pružnost a trpělivost.

Zvýšenou pozornost je třeba věnovat *prevenci sebevražedného* jednání nebo jednání vysloveně ohrožujícího okolí klienta. V těchto případech se také bude spíše uvažovat o ústavní léčbě a to někdy i nedobrovolné.

Summary **Psychopatological Complication and Comorbidity, "Dual Diagnoses"**

Other psychiatric disorders are common among substance-dependent clients (e.g. posttraumatic stress disorder) and, on the other hand, many psychiatric patients (e.g. with diagnoses of bulimia or anorexia) are more vulnerable to psychoactive substances. Problems with psychoactive substances and symptoms of a mental illness interact and complicate both the diagnostic process and the treatment. Substance dependence and its complications may imitate almost any mental diseases or, on the contrary, disguise it. The diagnostic process can be enhanced by the client's compliance, the possibility to examine a client repeatedly and after the period of abstinence, relevant data from relatives, his/her past medical records, toxicological analyses and psychological examination. Further on, we deal with the treatment of dual diagnoses (it can be simultaneous, consecutive or integrated), and with its specific features in psychotherapy and pharmacotherapy.

Key words: eating disorders – depression – dual diagnoses – personality disorders – posttraumatic stress disorder – psychopathology

Obr. 1*: Interakce duševní poruchy a návykové nemoci*

	→	
Duševní porucha		**Návyková nemoc**
	←	

Literatura

■ Allebeck P., Adamsson C., Engström A.: Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm County. Acta Psychiatr. Scand., roč. 88, str. 21 – 24, 1993

■ Brady K. T., Grice D.E., Dustan L., Randall C.: Gender differences in substance use disorders. American Journal of Psychiatry, roč. 150, č. 11, str. 1707 – 1711, 1993

■ Compton W. M., Cottler L. B., Phelps D. L., Abdallah A. B., Spitznagel E. L.: Psychiatric disorders among drug dependent subjects: Are they primary or secondary? American Journal on Addictions, roč. 9, č. 2, str. 126 – 134, 2000

■ Deykin E. Y., Buka S. L.: Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. American Journal of Psychiatry, roč. 154, č. 6, str. 752 – 757, 1997

■ Galanter M., Kleber H. D.: Textbook of substance abuse treatment. The American Psychiatric Press, Washington – London, 1994

■ Leshner A. I.: Drug Abuse and Mental Disorders: Comorbidity Is Reality. NIDA Notes, roč. 14, č. 4, 1999. Internetové stránky: www.nida.nih.gov

■ Martino S., Carroll K. M., O'Malley S. S., Rounsaville B. J.: Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. American Journal on Addictions, roč. 9, č. 1, str. 88 – 91, 2000

■ Nunes E. V. a spol.: Imipramine treatment of opiate-dependent patients with depressive disorders. Archives of General Psychiatry, roč. 55, str. 153 – 160, 1998

■ Troisi A., Pasini A., Saracco M., Spalletta G.: Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. Addiction, roč. 93, č. 4, str. 487 – 492, 1998

MUDr. Karel Nešpor, CSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 2/5.

Klíčová slova: anamnéza – psychodiagnostika – psycholog – rozhovor – testy

1. Definice psychologické diagnostiky, obecné zásady

Podle Svobody (1992) se psychologická diagnostika zabývá zjišťováním a měřením duševních vlastností a stavů, případně i dalších psychologických charakteristik jedince. Jde o souhrn operací, postupů a technik, které se liší podle konkrétního cíle a které vedou k získání psychologické diagnózy, tj. k získání souhrnu psychologických poznatků o určité osobě. První část diagnostického procesu je tvořena pozorováním a měřením, druhá pak sestává z interpretace a hodnocení poznatků.

Výběr použitých metod a způsob interpretace získaných dat, je dán především cílem a účelem diagnostického procesu,který bývá stanovován různě podle oblasti psychologie, v níž je používán. Chápeme-li proces psychologické diagnostiky jako proces hledání odpovědí, je zřejmé, že otázky kladené v oblasti poradenské, pracovní nebo zdravotnické se mohou lišit. Nás zajímá zejména oblast zdravotnická, kde se podle Svobody (1992) psychodiagnostického procesu používá:

1) pro diagnostické a diferenciálně diagnostické účely,
2) k výběru a objektivnímu sledování některých účinků terapeutických zákroků (psychoterapeutických, farmakologických a chirurgických),
3) k posouzení možnosti adekvátního pracovního a společenského zařazení osob se změněnou psychickou výkonností a adaptabilitou osob,
4) pro zvláštní účely společenské (např. v důchodovém řízení).

Dle zásad formulovaných Českomoravskou psychologickou společností „může psychodiagnostické metody zásadně používat jen odborný psycholog, který je povinen respektovat etický kodex povolání a etické zásady naší společnosti vůbec. Psychodiagnostické metody jsou v rukou odborníka jedním z vědeckých prostředků poznávání člověka. Pokud je použijí osoby, nemající příslušnou kvalifikaci, vzniká vážné nebezpečí, že budou buďto poškozeny vyšetřované osoby nebo jiní jednotlivci nebo instituce. Psycholog může svěřit administrování a případné pomocné práce při kvantitativním zpracování dat některých metod příslušně zaškoleným osobám (Svoboda 1992).

Při výkonu svého povolání pracuje klinický psycholog s velmi citlivými údaji o pacientech a proto se na něj vztahuje povinnost dodržovat tzv. „lékařské“, nebo „psychologické“ tajemství. V praxi to znamená,že nemá právo sdělovat informace o vyšetřované osobě lidem, kteří se diagnostického procesu neúčastní, tedy například i rodinným příslušníkům. Výsledky psychologického vyšetření je psycholog oprávněn sdělit lékaři, který o vyšetření požádal, případně spolupracujícímu zdravotnickému týmu. Pokud se jedná o vyšetření vyžádané soudem, je povinen odpovědět soudu na položené otázky. Ve všech ostatních případech je potřeba k eventuálnímu dalšímu použití obdržených dat (např. pro výzkumné účely) získat souhlas pacienta. Tyto okolnosti také nově upravuje zákon na ochranu osobních dat.

2. Metody psychologické diagnostiky

V klinické psychodiagnostice se používají v zásadě dva typy metod: (1) metody klinické, (2) metody testové. Někdy zařazujeme ještě (3) metody přístrojové.

2.1. Klinické metody

Ke klinickým metodám patří především pozorování, rozhovor, anamnéza a analýza spontánních produktů.

Tyto metody patří mezi starší a zdánlivě jednodušší metody poznávání druhých a nejsou také využívány pouze ve zdravotnictví. Určitou „laickou“ zjednodušenou modifikaci metod používají všichni, kteří se „umí vyznat v lidech“. Získané údaje mají tzv. kvalitativní charakter, což znamená, že jsou velmi subjektivní, nejsou kvantifikovatelné a pouze obtížně se dají reprodukovat. Jejich přínos je nesporný, jejich výsledek ale vždy záleží na umění psychologa navázat s pacientem dobrý kontakt, získat jeho důvěru, udržet „zacílení“ metody a neztratit orientaci v získávaných informacích. Na rozdíl od některých metod testových nemůže psycholog při použití uvedených klinických metod zastávat úlohu jakéhosi psychologického „laboranta“ a vstupuje do procesu s celou svou osobností.

Pozorování je v podstatě sledování pacienta v určité situaci. Jedná-li se o situaci při psychologickém vyšetření, všímáme si např. pacientovy mimiky, gestikulace, způsobu řeči, slovní zásoby apod. Pozorujeme-li pacienta v jiné situaci (např. při plnění nějakého úkolu, při práci atd.), jde o pozorování jako samostatnou dia-

gnostickou metodu a děje se často pomocí jednosměrného zrcadla nebo jiných technických pomůcek. V obou případech je ale nutné určit jev (způsob chování), který chceme zachytit. K tomuto účelu slouží různé osnovy, vodítka, a předem stanovená struktura pozorování. Pro interpretaci pozorovaného jevu je velmi důležité jeho zachycení, nejčastěji písemnou formou. Záznam je možno pořizovat v průběhu pozorování nebo dodatečně, přičemž oba způsoby mají své výhody i nevýhody. V prvním případě může zapisování působit rušivě na pacienta či odvádět pozornost pozorujícího, ve druhém hrozí nebezpečí nechtěného zkreslení dodatečně vyhotovovaného záznamu. Jako optimální způsob se jeví možnost zaznamenávat si během pozorování heslovité poznámky, které bezprostředně po ukončení pozorování doplníme (modernější způsob je použití audio a video techniky).

Rozhovor: podle Svobody (1992) lze dělit psychodiagnostický rozhovor na diagnostický, terapeutický, anamnestický, poradenský a výběrový. V klinické praxi, po navázání kontaktu a několika obecných tématech, která mají za cíl uvolnit atmosféru, se většinou dále používá takzvaný řízený rozhovor. Tento je veden podle určité předem stanovené osnovy a je zaměřený k určitému cíli. Pro záznam o průběhu rozhovoru platí totéž, co bylo řečeno u metody pozorování.

Anamnéza: psychologická anamnéza má za úkol zjišťování takových informací o pacientovi, které mohou osvětlit vývoj jeho osobnosti a zachycení faktorů, podílejících se na vzniku jeho současného stavu. Tyto informace lze získat buďto formou řízeného rozhovoru s pacientem (viz rozhovor) nebo rozborem životopisu, který pacient, obvykle podle určité osnovy, vypracoval. Údaje získané anamnestickým rozhovorem se označují jako „subjektivní" anamnéza. Pokud je třeba získat tzv. „objektivní" anamnestická data, jedná se o data získaná z jiných zdrojů, než od pacienta samotného (rodinní příslušníci, zaměstnavatel, sociální pracovnice).

Analýza spontánních produktů: jde o výsledky vlastní činnosti zkoumané osoby, např. básně, malby, literární tvorbu, dopisy, či spontánní manuální práce. Analýza uvedených produktů bývá obtížná a interpretace vyžaduje značnou zkušenost psychologa.

2.2. Testové metody

Test je vlastně zkouška, měřící výkon při řešení zadaného úkolu. Jde o standardizovaný soubor otázek, úloh, při kterých se uplatňuje standardizovaný postup při zjišťování odpovědí, případně výkonů, reakcí a jejich hodnocení. Výsledky jednotlivých osob lze srovnávat, porovnávat a podle jejich umístění v jednotlivých úrovních i hodnotit a eventuálně predikovat další vývoj zachyceného jevu. Získávání výsledků, tzv. vyhodnocování některých typů testů je poměrně mechanické a může být svěřeno zaškoleným osobám, u jiných už i vyhodnocování předpokládá značnou zkušenost psychologa. Interpretace výsledků všech typů testů klinickou erudici psychologa přímo vyžaduje.

Testy dělíme na:

A – testy výkonové:
- 1 – testy inteligence
- 2 – testy speciálních schopností a jednotlivých psychických funkcí
- 3 – testy vědomostní

B – testy osobnosti:
- 1 – projektivní
- 2 – objektivní
- 3 – dotazníky
- 4 – posuzovací stupnice

2.3 Psychologický nález

Psychologický nález adresuje psycholog většinou lékaři, který pacienta k vyšetření doporučil, což v běžné klinické praxi obvykle bývá lékař-psychiatr. Psychologická vyšetření, prováděná na vyzvání soudu, musí být adresována tomuto soudu a musí obsahovat přesné odpovědi na položené otázky. Písemný psychologický nález je tedy předán žadateli o vyšetření, jeho kopie, pracovní listy a pomůcky použité při vyšetření archivuje obvykle psycholog sám. Číselné výsledky testů se uvádějí v nálezech tehdy, když se předpokládá, že v budoucnu může být testování opakováno. Je důležité, aby závěry vyšetření byly psány srozumitelně, zejména je-li vyšetření určeno pro nepsychology (např. pro soud).

3. Psychologická diagnostika u osob závislých na návykových látkách

Podle návrhu „Akreditačních Standardů" (2001) se psychologické vyšetření řadí do kategorie „komplexní vyšetření" a je tedy součástí celkového lékařského nálezu. Do zdravotnických zařízení, poskytujících uvedenou léčebnou péči, se obvykle zahrnují ambulantní nespecializovaná pracoviště, ambulantní specializovaná pracoviště a lůžková zařízení s AT péčí.

V nespecializovaných ambulantních pracovištích – což jsou převážně psychiatrické nebo psychologické ambulance a poradny – jde o stanovení, eventuálně o upřesnění základní diagnózy pacienta-klienta a posouzení nutnosti jeho odeslání na specializované pracoviště. Psycholog se zde obvykle vyjadřuje k úrovni intelektu,

struktuře osobnosti a zachycení psychopatologických projevů pomocí výše uvedených psychodiagnostických metod. Objektivní metody, přesně určující závislost a její míru, psychologie zatím nemá. K určení úrovně užívání, nadužívání nebo stanovení intenzity závislosti se užívají zejména dotazníky zaměřené na problematiku, se kterými může pracovat i pacient sám a které někdy bývají používány jako dobré východisko pro další diagnosticko-terapeutický proces (jedna z nejnovějších škál nyní používaných je „Addiction Severity Index" – překlad a úprava Kubička a Csémy (1996 a 1997). K upřesnění diagnozy závislosti je ale dobré použít i další objektivní markery, např. somatický stav, laboratorní hodnoty, sociální faktory – rodinná situace, absence v zaměstnání apod.

Po stanovení základní diagnozy bývají pacienti odesíláni na specializovaná ambulantní nebo lůžková pracoviště, což jsou psychiatrické ordinace AT a lůžková oddělení psychiatrických léčeben. Tato zdravotnická zařízení slouží převážně pro pacienty mající problémy s alkoholem. Pacienti s problémy s jinými návykovými látkami většinou navštěvují nezdravotnická zařízení. V ordinacích AT, kterých byl v minulosti poměrně vysoký počet a které měly velmi dobré léčebné výsledky – viz Hampl (1994) – se psychologové zabývají podrobněji strukturou osobnosti, jejími psychopatologickými rysy, úrovní organického postižení apod. Získané údaje by měly sloužit jako východisko pro stanovení nejúčinnější formy psychoterapie, která je na specializovaných pracovištích již těžištěm psychologovy práce.

Psycholog, pracující v léčebném zařízení pro dlouhodobé či rezidenční pobyty se setkává s pacienty, u kterých již diagnóza byla stanovena. Pro vlastní diagnostiku jsou zde psychologové využíváni pouze v případech, kdy lékař uvažuje ještě o jiném psychickém onemocnění, než je závislost. Hlavní náplň práce psychologů na těchto odděleních, pracujících převážně formou terapeutické komunity, je psychoterapie. Pro zvýšení její účinnosti se používají všechny výše uvedené psychodiagnostické klinické metody, tj. pozorování, rozhovor, i analýza vlastních produktů – deníků, životopisů, kreseb.

Osoby, mající problémy s nealkoholovými drogami, přicházejí především do nízkoprahových kontaktních center. Vlastní psychodiagnostika je u nich prováděna pouze, pokud jim jejich centrum doporučí návštěvu spolupracující ordinace AT. Poněkud jiná situace je v případě pobytu těchto osob na tzv. detoxifikačních odděleních, jednotkách intenzivní péče či přijímacích psychiatrických odděleních. Zde se často vyskytne nutnost posoudit, zda u pacienta jde o tzv. toxickou psychózu a nebo o jiné psychotické onemocnění, případně, zda jsou jeho psychopatologické projevy vyvolány drogami, nebo zda mají jinou příčinu. Vzhledem k praxi většiny detoxifikačních oddělení, kam pacient dobrovolně přichází, a může z nich také dobrovolně na revers odejít, bývá přesnější stanovení etiologie jeho problému zvlášť důležité. Podobný postup je zachován i po přechodu pacienta na střednědobou terapii pro závislé na nealkoholových drogách na specializovaných odděleních některých léčeben. Po příchodu do specializovaných déledobých komunit pro závislé na nealkoholových drogách se většinou kontakt se zdravotnickými pracovníky minimalizuje.

Problematikou osob zneužívajících návykové látky se dále psychologové zabývají i v teoretických výzkumných pracích. Tyto práce dříve často testovaly hypotézy vycházející z předpokladu, že základem pro vznik závislosti je nějaká somatická nebo psychická predispozice a snažily se o vytvoření nějakých charakteristických profilů osobností, drogovou závislostí více ohrožených. Odpovědi na tyto otázky se vždy hledaly podle teorie osobnosti, kterou autoři preferovali. I když podobné výzkumy většinou nesplnily uvedená očekávání, informace, které přinesly mají i pozitivní praktický dopad. Některé slouží pro částečné detekování ohrožených skupin lidí, jiné jsou jedním z dobrých východisek pro prevenci.

V průběhu dalšího vývoje drogové scény v naší společnosti a zejména s výskytem stále mladších věkových kategorií uživatelů drog, nabývají na intenzitě výzkumné práce, vycházející z předpokladu, že závislost vzniká v interakci mezi osobností, návykovou látkou a prostředím. Podle této teorie záleží tedy nejen na osobnosti, ale i na situaci, prostředí, dostupnosti drogy apod. a možný vznik závislosti tak ovlivňuje podstatně širší řada faktorů. Uvedené poznatky mají vliv i na používané strategie ve výzkumných pracích. Dříve pracovali psychologové na tomto poli většinou s dospělými jedinci, závislými převážně na alkoholu. Nyní pracují nezřídka s pouhými dětmi, jejich rodiči, učiteli, sociálním prostředím s různou hodnotovou orientací a širokým spektrem převážně nealkoholových drog. Psychologové spolupracují se zahraničím, stávají se členy mezinárodních výzkumných týmů a problematiku uživatelů návykových látek pomáhají poznávat a řešit na všech úrovních.

Summary Psychological Diagnostics

The chapter defines, in general terms at first, the most frequently used methods of psychological diagnostics. Clinical methods (particularly observation, interview, psychological history and analysis of spontaneous products) and test methods (performance tests and personality tests) are characterised here. The rules of their professional usage are discussed. Further, the chapter deals with the psychological diagnostics of drug addicts, and the procedures, performed by psychologists at different types of treatment facilities, are presented. This chapter is concluded by references to the drug abuse research, which requires an interdisciplinary approach.

Key words: interview – psychological diagnostics – psychological history – psychologist – testing

Literatura

■ Abu-Arab: Niektoré osobnostné koreláty v skupine alkoholikov. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 32, č. 1, 1997

■ Akreditační standardy (2001): Kalina K. a kol.: Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách v působnosti MZ ČR. Verze 5. MZ CR, Praha, 2001

■ Bartošíková I., Kostroňová T.: Některé psychologické charakteristiky pacientů léčících se na odd. AT. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 19, č. 2, 1984

■ Hampl K.: Zajištění dostupnosti zdravotní péče o zneužívající a závislé osoby v rámci státem garantovaného sortimentu služeb veřejného zdravotnictví. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 29, č. 3, str. 134, 1994

■ Hanzlíček L. a kol.: Psychiatrická encyklopedie. Zprávy VUPS č.28. Výzkumný ústav psychiatrický, Praha, 1982

■ Heller J., Pecinovská O. a kol.: Závislost známá neznámá. Grada Publishing, Praha, 1996

■ Kubička, L., Csémy, L.: Evropský index závažnosti návykového chování (Europ-ASI) – česká verze. Závěrečná zpráva grantu 3705 – 3 IGA, MZ ČR, Praha, 1996

■ Kubička, L., Csémy, L.: První zkušenosti s českou verzí EuropASI. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 32, str. 215 – 222, 1997

■ Kunda S. a kol. : Klinika alkoholizmu. Osveta, Martin, 1998

■ McLellan A. T., Lumborsky L., Woody G. E. a kol.: An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity index, J. Nerv. Ment. Dis, roč. 168, str. 26 – 33, 1980

■ MPK: Katalog služeb poskytovaných v protidrogové prevenci. Úřad vlády ČR, Praha, 2000

■ Nerad J., Neradová L., Mikota V.: Psychoterapie závislosti na alkoholu a jiných látkách. Výzkumný ústav psychiatrický, Praha, 1989

■ Nerad J. M., Neradová L. (1996): Analytická psychologie, závislost a vývoj ega. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 31, č. 4, 1996

■ Nešpor K.: Některé praktické dotazníky používané u návykových nemocí. Závislosť (Slovensko), roč. 5, č. 17, str. 12 – 14, 1997 (Anglická verze „Some practical questionnaires used in addictive diseases" tamtéž)

■ Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000

■ Nociar A. (1992): Porovnání krátko a dlhodobe abstinujúcích alkoholikov s alkoholikami v liečbe. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 27, č. 3 a 4, 1992

■ Nociar A.: Abstinujúci alkoholici po desiati rokach. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 35, č. 1, str. 41 – 52, 2000

■ Stančák A.: Klinická diagnostika. Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava, 1982

■ Svoboda M.: Metody psychologické diagnostiky dospělých. CAPA, Brno, 1992

■ Vašina L., Šťastný V., Kostroňová T.: Některé osobnostní charakteristiky alkoholiků ve vztahu k poruchám adaptability a odolnost vůči zátěži. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 25, č. 1, 1990

PhDr. Taťjana Kostroňová

Vystudovala obor psychologie na Filozofické fakultě UJEP Brno v r. 1970. V roce 1982 získala v tomto oboru doktorát. Od absolutoria pracovala jako klinický psycholog nejprve v PL Kroměříž na odd. pro léčbu neuróz u prof. Kratochvíla (18b), a od roku 1971 až dosud působí v PL Brno – Černovice. Problematice léčby osob závislých na návykových látkách se věnuje od r. 1975 na specializovaném odd. pro dobrovolné, motivované pacienty. Podílela se na rozvoji doléčovacích socioterapeutických klubů a svépomocných skupin v ČR. Publikovala přes třicet statí v odborných časopisech a sbornících.

Kontakt: Psychiatrická léčebna Brno – Černovice, Húskova 2, 618 32 Brno

E-mail: kostronova@plbrno.cz, kost@fss.muni.cz

4/7 Toxikologické vyšetření – laboratorní a screningové testy

Karel Nešpor

Klíčová slova: ověřování abstinence – diagnostika – profese se zvýšeným rizikem – screening – toxikologické vyšetření

1. Toxikologická vyšetření v klinickém prostředí

Význam a použití

Význam toxikologického vyšetření lze ilustrovat na následujícím příkladu. Na centrální příjem lůžkového psychiatrického zařízení je přivezen mladý cizinec, který vzbudil pozornost nápadným chováním a vykazuje známky akutní duševní poruchy. Může se jednat o intoxikaci neznámou látkou (např. pervitinem nebo halucinogenní drogou), toxickou psychózu případně i duševní chorobu typu schizofrenie. Údaje z okolí postiženého nejsou k dispozici a on sám není schopen validní informace poskytnout. Výsledek toxikologického vyšetření není zdaleka jediným kritériem ke správnému posouzení stavu, diagnostický proces však může velmi usnadnit. Toxikologické vyšetření má významnou úlohu i v případě identifikace problémů s návykovými látkami u klientů s těžkým traumatem a umožňuje časnou intervenci v této indikaci (Neuenschwander a Parren, 1998). Předpokladem ovšem je, že bude odběr správně proveden a výsledky vyšetření náležitě interpretovány.

Typické situace, kdy klinický pracovník vyžaduje toxikologická vyšetření:

– Intoxikace neznámou látkou.

– Diferenciální diagnostika nejasných psychotických nebo jiných stavů, které mohou být působeny návykovými látkami, ale mohou mít i jinou příčinu. Při posuzování těchto stavů nelze vždy spoléhat jen na klinický obraz, protože návyková látka může napodobit příznaky prakticky jakékoliv duševní choroby.

– Ověření abstinence při ambulantní nebo ústavní léčbě u klienta léčeného pro závislost. Takové vyšetření se provádí při nápadnostech v projevu klienta i jako namátková kontrola.

Klinický pracovník by uvítal, kdyby toxikologické vyšetření bylo rychlé, naprosto spolehlivé a levné. Tato očekávání ve vztahu k toxikologickému vyšetření jsou pochopitelná, ale ne vždy realistická.

Spolehlivost vyšetření

Na základě nespolehlivého vyšetření lze sotva postavit diagnózu např. toxické psychózy, předčasně propustit klienta, který „možná" porušil abstinenci v terapeutické komunitě nebo zahájit specifickou terapii pro otravu. Z tohoto hlediska jsou zvláště nebezpečné falešně pozitivní výsledky (např. falešně pozitivní výsledky na pervitin při použití imunochemických metod). Diagnostické rozpaky může zvýšit i falešná negativita častá při screeningovém vyšetření chromatografií na tenké vrstvě zejména např. u drog z konopí (Verebey a Turner, 1991). Možnost prokázat látku při toxikologickém vyšetření závisí nejen na citlivosti daného vyšetření, ale i na dávce. U málo citlivého vyšetření a po aplikaci malé dávky drogy bývá výsledek screeningového vyšetření často falešně negativní. To se týká tím spíše relativně levných papírkových a destičkových testů, na druhé straně ale v jejich prospěch hovoří okolnost, že výsledek je k dispozici velmi rychle.

Ideální by bylo, kdyby laboratoř po provedení screeningového vyšetření automaticky verifikovala nález další spolehlivější metodou. To není v našem zařízení možné, proto rozdělujeme vzorek moči do dvou dílů, z nichž první posíláme ke screeningovému vyšetření. V případě pozitivity prvního dílu vzorku se ptáme klienta, zde si neaplikoval příslušnou látku, pokud odpoví negativně, posíláme druhý díl k verifikaci jinou metodou.

Odběr biologického materiálu na toxikologické vyšetření

Moč k toxikologickému vyšetření se odebírá zásadně pod dohledem. Bylo by bylo naivní očekávat např. to, že klient, který porušil v léčbě abstinenci a který se pošle bez dohledu s nádobou na moč na WC, přinese vlastní moč a ne moč, kterou mu poskytl někdo jiný nebo kterou nabral ze záchodové mísy.

Pro rutinní vyšetření na neznámou drogu požaduje většina laboratoří asi 50 ml moči nebo 10 – 20 ml krve. V případě podezření na jednu určitou látku stačí méně. Toxikologická vyšetření z vlasů, potu nebo smolky se u nás provádějí zatím pouze experimentálně, ne však běžně.

Pro zajímavost uvádíme, že vyšetření vlasů za pomoci bezplamenové atomické absorpční spektrografie se v Itálii běžné provádí u žadatelů o řidičský průkaz, při

čemž pozitivní nález žadatele automaticky vylučuje. Prokazatelnost návykových látek ve vlasech trvá řádově měsíce a někdy i roky. Uvažuje se také o vyšetření potu (formou diagnostických náplastí), které by usnadnili ověřování abstinence u ambulantně léčených klientů (Swan, 1995).

2. Význam negativního a pozitivního nálezu

Co znamená negativní nález

Negativní nález, i v případě, že je vzorek odebrán pod dohledem, říká jen to, že v době odběru nebyly příslušná látka nebo její metabolity prokazatelné. Navíc v případě negativních výsledků se většina laboratoří spokojí se screeningovým vyšetřením a vzorek dále nezkoumá, takže falešně negativních výsledků bývá více než falešně pozitivních. Velkou citlivost nelze očekávat od orientačních vyšetření používajících proužky papíru. Navíc negativita může být způsobena i tím, že některé látky mají rychlý poločas vylučování a jejich metabolity proto už nebyly v době vyšetření v moči zachyceny. A konečně např. u Rohypnolu může klient vykazovat známky ovlivnění látkou dříve, než lze látku nebo její metabolity v moči prokázat.

Toxikologické vyšetření je ale i tak užitečnou součástí komplexní léčby návykových nemocí, jak jsme o ní pojednali na jiném místě (Nešpor a Csémy, 1996). Pro klinickou práci může být užitečný přehled v *Tab. 1*, který jsme převzali a poněkud adaptovali ze zahraničních pramenů (Verebey a Turner, 1991).

Začátečníka může mýlit okolnost, že některé vzorky vrátí laboratoř jako nevyšetřené s tím, že moč má nízkou specifickou váhu. Takový výsledek v praxi znamená, že klient buď moč naředil nebo nahradil vodou nebo že vypil velké množství tekutin, aby tak vyplavil drogu z organismu a ztížil její prokazatelnost. Uvedený výsledek proto doporučujeme hodnotit podobně jako nález návykové látky v moči.

Co znamená pozitivní nález

Některé látky se vylučují z organismu velmi pomalu nebo se při chronickém užívání kumulují v organismu, takže u chronických kuřáků konopí je droga prokazatelná v moči i mnoho týdnů po poslední dávce.

Jak už uvedeno, imunochemické metody s sebou nesou i určité riziko falešně pozitivních výsledků. Toto riziko lze snížit tím, že se řádně vyplní žádanka na vyšetření včetně rubriky, zda a kterými léky byl klient léčen. Je také vhodné na žádanku stručně popsat projevy klienta. Navíc doporučujeme vzorek biologického materiálu rozdělit do dvou dílů a jeden z nich uschovat, aby bylo možné výsledek ověřit jinou metodou. Některé laboratoře tak postupují při pozitivních nálezech samy. Tak v Ústavu soudního lékařství a toxikologie 1. LF UK VFN provádějí nejprve imunochemický screening na 6 skupin látek. Při pozitivním nálezu následuje vyšetření na tenkovrstevné chromatografii. Další možností vhodnou zejména v případě, že je k dispozici jen malé množství vzorku, anebo by měl výsledek sloužit soudním účelům, je plynová chromatografie s hmotovou spektrometrií.

3. Toxikologická vyšetření v pracovním prostředí

Podle amerických pramenů považovali samotní zaměstnanci v roce 1995 za indikována screeningová, namátková toxikologická vyšetření u mnoha kategorií zaměstnanců (viz *Tab. 2*).

Důvody pro toxikologické vyšetření v pracovním prostředí

O rozšířenosti alkoholu v České republice asi pochybuje málokdo a zaznamenali jsme zde také strmý vzestup spotřeby ilegálních drog. Podle amerických údajů (Indiana Prevention Resource Center, 1988) je 70 % uživatelů ilegálních drog zaměstnáno. Návykové látky v pracovním prostředí jsou tedy velmi rozšířeným, i když ne vždy plně uvědomovaným problémem. O preventivní programy na pracovištích projevují zájem i naše podniky, jak o tom svědčí zkušenost kolegy, kterého požádal o spolupráci jeden z našich největších strojírenských podniků (Kudrle, 1998).

Je zajímavé, že naprostá většina amerických zaměstnanců souhlasila s tím, že testování na návykové látky je za určitých okolností vhodné a 85 % z nich uvedlo, že testování může odrazovat od zneužívání ilegálních drog. Většina nejvýznamnější amerických zaměstnavatelů provádí testování na návykové látky a zhruba 20 % amerických zaměstnanců působí na pracovištích, kde se provádí testování na drogy. O negativním vlivu alkoholu a drog na pracovní výkonnost existují přesvědčivé doklady. Např. uživatelé drog spotřebují nejméně dvojnásobek lékařské péče v porovnání s osobami, které drogy neužívají, mají nejméně o polovinu více absencí a vyžadují více než dvakrát častěji odškodné pro úraz. Existují i data týkají se vlivu alkoholu, konopí (např. Crouch a spol., 1993, Leirer a spol., 1991) i dalších látek na riziko pracovních úrazů.

Důvody, proč američtí zaměstnavatelé provádějí testování na přítomnost drog na pracovištích, tedy především zahrnují:

– Prevence pracovních úrazů.
– Testování na návykové látky včetně alkoholu může

také snížit riziko násilných konfliktů v pracovním prostředí (NIAAA,1997).
– Ochrana dalších osob a širší veřejnosti (např. v případě řidičů autobusů).
– Testování žadatelů o zaměstnání zejména u zaměstnání spojených s rizikem.
– Testování u osob, které v rámci jednoho podniku přecházejí na zodpovědnější místo.
– V USA mají někteří zaměstnavatelé povinnost provádět testování na návykové látky (např. ministerstva dopravy, obrany, energetiky; podniky, které získaly významné státní zakázky atd.).
– Prevence finančních ztrát zaměstnavatelů v důsledku nižší produktivity práce, vyšší nemocnosti a vyšší kriminality v pracovním prostředí.
– Prevence problémů se zákazníky a partnery.
– Testování na přítomnost drog mohou vyžadovat některé pojišťovny.
– Tetování na drogy může také pomoci relativně brzy identifikovat osoby, které mají s návykovými látkami problémy a směrovat je k odborné pomoci.
– Může se tak předejít rozvoji závislosti u osob, které drogy užívají rekreačně.
– Testování může být součástí následné péče v pracovním prostředí o osoby, které se léčily pro problém s návykovou látkou. Může to být u určitých profesí také součástí pravidelného (např. ročního) lékařského vyšetření.

Typické situace, kdy dochází k testování
– Před nástupem do nového zaměstnání
– V případě, že jeví pracovník známky možného ovlivnění návykovou látkou, chová se rizikově nebo došlo k jiné mimořádné události.
– Namátkové testovaní. V tomto případě vyžadují americké předpisy, aby pracovníci, kteří jsou již v pracovním poměru, byli o skutečnosti, že bude na pracovišti zavedeno namátkové testování na přítomnost návykových látek, informováni např. 30 dní předem.
– Testování poté, co došlo k pracovnímu úrazu, aby se zjistilo, zda se na něm nepodílel alkohol nebo droga.
– Jako kontrola u zaměstnanců, kteří se léčili pro závislost a o nichž to zaměstnavatel ví.

Spolehlivost testování na drogy
Americké předpisy vyžadují následující postup: zejména pokud nastalo podezření, že by mohlo dojít k záměně vzorku, může být odběr proveden po dohledem osoby téhož pohlaví. Nakládání se vzorkem moči musí být dokumentováno. Nejprve se provede screeningové vyšetření. V případě, že je pozitivní, následuje vyšetření plynovou chromatografií a hmotovou spektrometrií. Pokud je výsledek pozitivní, ověřuje jej školený lékař, ten také kontaktuje při pozitivním nálezu testovaného a zjistí, zda neměl lékařem předepsány léky, které mohly výsledek ovlivnit.

Důsledky potvrzeného pozitivního nálezu
Tyto důsledky měly být jasně dány předem. U uchazečů o zaměstnání bývá pozitivní nález zpravidla důvodem k nepřijetí, i když některé podniky mohou např. připustit, aby se žadatel ucházel o místo znovu např. po třech měsících. V případě pracovního úrazu může pozitivní nález znamenat to, že zaměstnanec přichází o finanční kompenzaci. Pozitivní nález v moči u pracovníka rizikové profese může znamenat např. převedení na jiné místo a požadavek léčení.

Placení testování
Testování obvykle hradí zaměstnavatel. Některé americké podniky nechávají za testování platit zaměstnance, ale v případě negativních nálezů jim dodatečně uhradí výdaje spojené s testováním.

Testování na návykové látky jako součást širší preventivní strategie
Tak jako testování na přítomnost návykových látek při léčbě není celou léčbou, ani testování na návykové látky v pracovním prostředí není celou prevencí v této oblasti. Je např. třeba pamatovat na skutečnost, že riziko pracovních úrazů a nižší produktivita práce nastává i při alkoholové nebo drogové kocovině, kdy už se alkohol nebo droga v organismu nedá prokázat. Dobrý preventivní program v pracovním prostředí by měl zahrnovat zejména následující prvky (Creating a drug-free workplace, Nešpor, 1995):
– Racionální, zdůvodněná a důsledně prosazovaná pravidla týkající se zákazu návykových látek v pracovním prostředí. Všem pracovníkům by mělo být naprosto jasné, co je zakázáno a jaké sankce jsou spojeny s porušením pravidel. Tuto záležitost je možné postavit i pozitivně a zdůrazňovat výhody těch, kdo budou příslušné zásady respektovat. Prevence může mít pro zaměstnance i příjemnou stránku, např. zaměstnavatel může nabízet za výhodných podmínek na pracovišti jídlo, aby nechodili do restaurací, poskytovat nealkoholické nápoje a povzbuzovat ke zdravému způsobu života.
– Důležitým prvkem preventivního programu je i vzdělávání vedoucích pracovníků a supervizorů.
– S tím souvisí vzdělávání řadových zaměstnanců.
– Dalším prvkem je dostupnost vhodné pomoci pro zaměstnance, kteří mají s návykovými látkami problémy, i pro jejich rodinné příslušníky.
– Testování na návykové látky v pracovním prostředí, jestliže je indikováno. V případě testování je třeba za-

městnancům předem sdělit, kdo a za jakých okolností bude testován na přítomnost alkoholu nebo jiných látek.

– Prevence profesionálního stresu u určitých profesí (Roman a Blum, 1988). Úspěšné programy často berou v úvahu specifika dané profese. Tak autor tohoto sdělení se setkal s preventivním programem v San Francisku, kde se mimo jiné zabývali psychologickou pomocí bankovním úředníkům, kteří byli přepadeni. Jiným příkladem je prevence profesionálního stresu ve zdravotnictví, jak jsme o tom podrobněji pojednali jinde (Nešpor, 1995).

Summary Laboratory and Screening Toxicological Testing

The toxicological examination is very useful, e.g. when dealing with the intoxication by unknown substances, in differential diagnosis, or to verify abstinence from psychoactive substances during the treatment. To obtain reliable results, certain rules should be kept. A therapist should be aware of the risks of false positive as well as false negative results; e. g. a negative result may be caused, among others, by the clients' replacing the sample with the sample of somebody else, by a low sensitivity of the test method, or by a fast elimination of some psychoactive drugs. A short review of the detectability of some drugs by common laboratory methods is presented. Another part of the chapter puts an overview of the topic of tests at workplaces, which is very important especially in high risk (security sensitive) professions.

Key words: abstinence testing – diagnostics – high risk profession – screening – toxicological testing

Tab. 1*: Poločas vylučování některých návykových látek a doba, po kterou je lze prokázat běžným toxikologickým vyšetřením*

Látka	**Poločas vylučování (hodiny)**	**Prokazatelné po (dny)**
Amfetaminy	10 – 15	1 – 2
Barbituráty dlouhodobě působící	48 – 96	10 – 14
Barbituráty krátkodobě působící	20 – 30	3 – 5
Diazepam*)	20 – 35	2 – 4
Kokain	0,8 – 1,5	0,2 – 0,5
Opiáty (morfin, kodein)	2 – 4	1 – 2
Konopí (THC)	10 – 40	2 – 8 (nechronické užívání) 14 – 42 (chronické užívání)

**) Farmakologicky blízký Rohypnol, který bývá také často zneužíván, lze prokázat 1 – 3 dny*

Tab. 2*: Procento amerických zaměstnanců, kteří se v roce 1995 vyslovili pro namátkové toxikologické testování u pracovníků příslušného zaměstnání*

Zaměstnání	**Procento respondentů, kteří jsou pro namátkové toxikologické testování**
Řidiči školních autobusů	96 %
Piloti aerolinií	96 %
Pracovníci atomových elektráren	95 %
Pracovníci v profesích náročných na bezpečnost	95 %
Řidiči nákladních automobilů	94 %
Průvodčí v metru a na železnici	94 %
Lékaři	93 %
Zdravotničtí pracovníci	92 %
Pracovníci chemických továren	90 %
Volení veřejní pracovníci	87 %
Pracovníci veřejných služeb	85 %
Pracovnici stavebních profesí	84 %
Pracovníci v naftařském průmyslu	81 %
Kancelářští pracovníci	69 %

Literatura

■ Creating a drug-free workplace. When Service is Your Business. Center for Substance Abuse Prevention, Washington, D.C., autor a rok neuvedeny, str. 13

■ Crouch D. J., Birky M. M., Gust S. W., Rollins D. E., Walsh J. M., Moulden J. V., Beckel R.W.: The prevalence of drugs and alcohol in fatally injured truck drivers. J Forensic Sci, roč. 38, č. 6, str. 1342 – 1353, 1996

■ Indiana Prevention Resource Center at Indiana University: Prevention Primer: Drug Testing in the Workplace. Internetová verze publikace, 1988

■ Kudrle, S.: Zaměstnanecký protialkoholní program (ZPP). Nepublikováno. Plzeň, 1998

■ Leirer V. O., Yesavage J. A., Morrow, D. G.: Marijuana carry-over effects on aircraft pilot performance. Aviat. Space Environ. Med., roč. 62, č. 3, str. 221 – 227, 1991

■ Nešpor K.: Toxikologické vyšetření v klinické medicíně a při prevenci v pracovním prostředí. Seminář Odborné skupiny toxikologické chemie ČSCH a IPVZ, Praha, 25.3.98. Alkoholizmus a drogové závislosti, roč. 33, č. 1, str. 31 – 38, 1996

■ Nešpor K.: Profesionální stres u zdravotnických pracovníků. Zdravotnické noviny, roč. 44, č. 23, příloha Lékařské listy str. 14 – 15, 1995

■ Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996

■ Neuenschwander J., Parren T.: Chemical dependency assessment and toxicology testing on E.R. trauma patients. Substance Abuse, roč. 19, č. 3, str. 143 – 144, 1998

■ NIAAA: Alcohol, violence and aggression. Alcohol Alert, č. 38, říjen 1997

■ Roman P. L., Blum T. C.: Formal intervention in employee health: Comparisons of the nature and structure of the employee assistance programs and health promoting programs. Soc. Sci. Med., roč. 26, č. 5, str. 503 – 514, 1988

■ Swan N.: Sweat Testing May Prove Useful in Drug-Use Surveillance. NIDA Notes, roč. 10, č. 5, 1995. Internetové stránky: www.nida.nih.gov.

■ Verebey K., Turner C. E.: Laboratory testing. In: Frances R. J., Miller S. I.: Clinical textbook of addictive disorders. The Guilford Press, New York, 1991

MUDr. Karel Nešpor, CSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 2/5.

4/8 Diagnostický rozhovor a posilování motivace

Karel Nešpor

Klíčová slova: anamnéza – diagnostický rozhovor – motivace – posilování motivace – terapeutický vztah

Odpověď na otázku, co je *cílem diagnostického rozhovoru*, není tak snadná, jak by se mohlo zdát. Při diagnostickém rozhovoru nejde zdaleka jen o získání informací o klientovi pro jejich další vyhodnocení. Neméně důležité je navázání terapeutického vztahu a ovlivnění motivace k lepšímu zvládání návykového problému. Diagnostický proces by měl vyústit ve stanovení léčebného plánu, o čemž více v jiné části této publikace.

1. Navázat terapeutický vztah

Klient by měl mít od počátku rozhovoru pocit, že k němu terapeut cítí respekt a váží si ho, i když vždy neschvaluje jeho jednání a postoje. Z tohoto hlediska je důležitá je nejen slovní, ale také mimoslovní (neverbální) komunikace, tedy výraz tváře, tón hlasu, gesta, vzdálenost. Např. zkušení terapeuti doporučují s depresivním klientem hovořit z větší blízkosti, kdežto s klientem rozhněvaným nebo podezíravým spíše na větší vzdálenost. Terapeut by měl být také ochoten poskytnout vyžádané informace, např. týkající se povinné mlčenlivosti, placení nebo neplacení za léčbu apod. Měl by také vyslechnout to, co klient považuje za důležité, i když z hlediska léčby a klientova stavu to není nejdůležitější (např. účast na oslavě matčiných narozenin u klienta v toxické psychóze). Kromě toho má řada klientů velmi reálné životní problémy. To, že na ně terapeut v přiměřené míře reaguje a bere je v úvahu, může také velmi posílit terapeutický vztah. Ostrý konfrontační styl komunikace nebývá vhodný. Jednak může znesnadnit získávání informací a kromě toho často snižuje i efektivitu intervence (Miller a spol., 1993). S popíráním závislosti a problémů, které působila, lze pracovat elegantněji a účinněji (viz partie o posilování motivace).

2. Získat podstatné informace

Zásady vyšetření duševního stavu může zájemce najít v některé učebnici psychiatrie, např. Höschl a spol. (2002). Zde se zaměříme spíše na ty části vyšetření, které jsou zvláště důležité pro posouzení návykových problémů. To, o jak důkladné vyšetření se bude jednat, záleží na ochotě klienta ke spolupráci i na situaci. Tak vstupní rozhovor s novým členem terapeutické komunity bude asi důkladnější než letmé posouzení stavu u klienta, který vyhledal hygienický servis v kontaktním centru.

Vyšetření může mít následující části:

1. Anamnéza získaná od klienta

Rodinná anamnéza: U návykových nemocí nás zejména zajímá výskyt závislostí a duševních nemocí u rodičů a sourozenců, ale i u manžela (manželky) nebo partnery (partnerky). Návykový problém u osoby ve společné domácnosti s klientem představuje totiž závažnou komplikaci v léčbě.

Osobní anamnéza: Zajímáme se o užívání návykových látek včetně alkoholu v těhotenství matky, vývoj v dětství, prostředí, traumata, školu (prospěch, chování), zaměstnání včetně možných problémů a selhávání a jejich příčin.

Důležitý je i zdravotní stav, protože některé tělesné nemoci mohou zvyšovat rizika návykových látek (např. úrazy hlavy). Při dotazech týkajících se partnerského a sexuálního života v manželství se nezapomeneme zeptat na chování partnerů ve vztahu k návykovým látkám. Zajímá nás také, zda došlo k trestné činnosti a pokud ano, zda už před zahájením zneužívání návykových látek nebo po něm. Obvykle se také ptáme na sebehodnocení a jaké změny klient pozoroval v souvislosti s návykovým problémem.

Velkou pozornost věnujeme návykovým látkám včetně tabáku, kofeinu, alkoholu a návykových léků, kdy první zkušenost, jak se vztah k nim měnil v čase a v návaznosti na různé životní události. Ptáme se i na množství aplikovaných látek a jejich kombinace i přítomnost jednotlivých příznaků závislosti (viz kapitola „Diagnostika"). V souvislosti s posilováním motivace jsou důležité dotazy týkající se problémů, které návykové látky působily v různých oblastech života (práce, rodina, zdraví tělesné i duševní, zákon).

Popis nynějšího onemocnění: Ten by měl zahrnovat výčet okolností, které vedly k zahájení léčby. Je třeba nechat si podrobně popsat problémy, jimiž klient trpěl i to, jak se měnily v čase. Za pomoci příslušných diagnostických kritérií zjišťujeme, zda se jedná o závislosti anebo jinou poruchu. Užitečné bývá se ptát i na to, jaké má klient představy o léčbě, případně jaké má s různými typy léčby zkušenosti.

Objektivní nález popisuje pozorování toho, kdo provádí vyšetření (např. stav vědomí, zevnějšek, způsob řeči klienta, mimika, psychomotorické tempo, případně i orientační vyšetření paměti. Jestliže je klient v době vyšetření pod vlivem látky, je to významná okolnost, která může svědčit o zhoršené sebekontrole, a je třeba to zaznamenat.

Uvedené údaje je třeba ještě doplnit *vyšetřením tělesného stavu a laboratorními vyšetřeními* včetně např. toxikologického vyšetření, pokud je indikováno (viz příslušná kapitola). Někdy je potřebné i psychologické vyšetření (jestliže nás zajímá stupeň postižení paměti po dlouhodobém zneužívání návykových látek, bývá vhodné vyšetření naplánovat až po asi měsíční abstinenci, aby vyšetření nezkreslovalo doznívání účinku návykových látek, odvykací stav či jiné okolnosti).

2. Anamnéza z okolí

Nejcennější bývají údaje od osob ve společné domácnosti a těch, kdo znají klienta dlouhodobě. Zajímají nás projevy poruchy, jejich trvání, životní podmínky, osobnost před vznikem návykového problému i údaje o zdravotním stavu. Pro správné posouzení jsou podstatné i údaje o dalších osobách v jeho okolí a o fungování rodinného systému. (Např. při výskytu závislosti v rodině se uvádějí následující stadia: 1. popírání, 2. domácí léčení, 3. chaos, 4. zvládání.)

3. Strukturovaný rozhovor a využívání dotazníků

Vyšetření může probíhat i jako strukturovaný (tj. předem definovaný) diagnostický rozhovor. Ve světě se těší značné oblibě Addiction Severity Index (zkráceně ASI, McLellan a spol., 1980, Kubička a Csémy, 1997, 1998). Tento nástroj byl validizován i pro naši populaci a může usnadnit matching (přiřazení vhodné formy léčby určitému klientovi podle jeho specifických potřeb). Používají se také různé diagnostické dotazníky, které mohou vyšetření zpřesnit, urychlit a vhodně doplnit. Vhodným diagnostickým nástrojem u dospívajících se zvýšeným rizikem návykových problémů je dotazník R. E. Tartera, který jsme přeložili a otestovali na rozsáhlém souboru české populace (Nešpor a spol., 1998).

3. Posílit motivaci k léčbě

Techniky posilování motivace byly rozpracovány především v USA (Miller a spol., 1992). Jedná se o účinný a přitom poměrně jednoduchý postup.

Stadia motivace

Motivace k překonání návykového problému se mění i bez léčby. Spontánní změny motivace popisuje *Obr.1*.

Stadium motivace bývá vhodné mít na zřeteli i při vedení terapeutického rozhovoru.

1. stadium (chce pokračovat v braní drog) – zde se doporučuje vyvolávat pochybnosti o návykovém chování a pomoci klientovi lépe vnímat rizika.

2. stadium (se změnou váhá) – doporučuje se postupovat podobně jako v 1. stadiu a navíc posilovat sebedůvěru.

3. stadium (rozhodnutí) – zde je vhodné navrhnout, co konkrétně by měl klient udělat.

4. stadium (jednání) – terapeut pomáhá klientovi pozitivní změnu uskutečnit.

5. stadium (udržování) – využívají se strategie k prevenci recidivy jako soustavné doléčování, vyhýbání se rizikovým místům a situacím, přiměřený životní styl.

6. stadium (recidiva) je nebezpečné samo o sobě i tím, že se z něj klienti často dostávají zpět do 1. stadia, kdy nestojí o změnu. Zde je nejdůležitější pomoci recidivu rychle zastavit.

Posilování motivace obecně[1]

Bell a Rollnick (1999) shrnuli motivační trénink následovně: Jedná se o pět principů, tj. vyjadřování empatie, vytvoření rozporu (co klient chce v budoucnu a jak se chová v současnosti), vyhýbání se neproduktivním sporům a práce s odporem (reflexe odporu, změna vztahového rámce, uvažování o jeho příčinách). Tyto principy se spojují s příslušnými strategiemi: probírání typického dne nebo sezení, chtěné a nechtěné následky užívání návykových látek, poskytování relevantních informací, probírání problémů (zejména působených návykovou látkou). K tomu ještě přistupují „drobné dovednosti" (kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, potvrzení a shrnutí).

Miller a spol. (1992) zdůrazňují při posilování motivace projevování respektu, naslouchání a sdělování toho, že terapeut klientovi rozumí (reflexivní naslouchání). Terapeut klade otázky, které se týkají problémů s návykovou látkou (duševních, zdravotních, materiálních, pracovních, rodinných) a zajímá se o klientovy perspektivy, plány a dobré životní cíle. Terapeut poskytuje pozitivní zpětnou vazbu, oceňuje pokroky v léčbě, zdůrazňuje klientovy schopnosti a nadání. Jak již uvedeno výše, zároveň pomáhá klientovi vnímat rozpor mezi tím, jak jedná a jak by chtěl jednat. Používá při tom vhodné otázky nebo určité skutečnosti nekonfrontačně

[1] Podrobněji viz Dobiášová a Broža, kapitola 5/4, Motivační trénink.

připomíná. Terapeut se s klientem nedostává do konfliktu a respektuje okolnost, že určité obrany v určité fázi léčby není účelné konfrontovat. Odpor terapeut využívá. Např. na něj prostě upozorní, může ho nadsadit, poukázat na rozpornost klientových úmyslů, může rezistenci přijmout nebo změnit vztahový rámec. Např. jestliže někdo tvrdí, že má strašné rodiče, kvůli kterým bere drogy, lze poukázat na to, že pro něj je důležité abstinovat a připravovat si při tom půdu pro skutečné osamostatnění a nezávislosti na rodině. Odpor je také možné obejít za pomoci nepřímého vyjádření nebo metafory. Tužby, které jsou ve vzájemném rozporu, vnímá terapeut jako pochopitelné a otevřeně o nich hovoří. Terapeut podporuje soběstačnost a sebedůvěru klienta. Do léčby včleňuje konkrétní kroky, jak dosahovat pozitivních životních cílů a zvyšovat soběstačnost. Důležitým významným motivačním činitelem bývá působení rodiny a pracovního nebo jiného okolí klienta.

Závěr

Uvedené cíle diagnostického rozhovoru (navázat terapeutický vztah, získat relevantní informace a posílit motivaci) se prolínají a nejsou odděleny, terapeut střídá ohnisko své práce podle okamžité potřeby a situace. Zkušení psychoterapeuti varují před dvěma extrémy. Tím prvním je nesmyslné hromadění nepoužitelných informací a formální vyptávání se na okolnosti, které zjevně nejsou důležité. To může zejména ambulantního pacienta snadno odradit. Naopak druhým extrémem je tendence intervenovat ještě před tím, než terapeut získá dostatečné informace, takže se pak může velmi snadno ocitnout v neznámém a nebezpečném terénu. Citlivé a inteligentní vedení diagnostického rozhovoru vyžaduje určitý nácvik, v ideálním případě by měl být tento nácvik doplněn supervizí.

Summary **Diagnostic and Motivation Interview**

The objectives of a diagnostic interview include not only obtaining the information about the client, but also building up the therapeutic relationship and motivation enhancement. Diagnostic interview is an essential component of the diagnostic process, which should lead to an individualised treatment programme. To establish a constructive therapeutic relationship, the therapist should pay attention to his/her non-verbal communication, he/she should use the listening skills and provide the relevant information requested by the client. The therapist should be also aware of the client's social and other needs and work skilfully with the client's resistance instead confronting it directly. Further on, the chapter presents the methods of obtaining information from a client including some diagnostic tools such as ASI. Finally, motivation enhancement is characterised as a treatment intervention which should be included in the diagnostic interview.

Key words: anamnesis – diagnostic interview – motivation – motivation enhancing – therapeutic relationship

Obr. 1*: Změny motivace*

↗	**1. stadium – nestojí o změnu (chce pokračovat v návykovém chování)**	↘
6. stadium – recidiva (návykového chování)		**2. stadium – rozhodování (se změnou váhá)**
5. stadium – udržování (udržuje si dobrý stav)		**3. stadium – rozhodnutí (rozhodl se pro změnu)**
↖	**4. stadium – jednání (uskutečňuje změnu)**	↙

Zdroj: autor podle DiClemente a spol. (1991)

Literatura

■ Bell A., Rollnick S.: Motivační trénink v praxi: strukturovaný přístup. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999

■ Höschl C. a spol.: Psychiatrie. Multimediální učebnice. Tigis, Praha, 2002

■ DiClemente C. C., Prochaska J. O., Fairhurst S. K. a spol.: The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, roč. 59, č. 2, str. 295 – 304, 1991

■ Kubička L., Csémy L.: První zkušenosti s českou verzí EuropASI. Alkoholizmus a drogové závislosti, roč. 32, str. 215 – 221, 1997

■ Kubička L., Csémy L.: Validita české verze EuropASI. Alkoholizmus a drogové závislosti, roč. 33, str. 307 – 315, 1998

■ McLellan A. T., Lumborsky L., Woody G. E. a spol.: An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. J. Nerv. Ment. Dis., roč. 168, str. 26 – 33, 1980

■ Mercer D. E., Woody G. E.: Individual Drug Counseling, Washington D.C., NIH Publication No. 99 – 4380, str. 93, 1999

■ Miller W.R., Benefield R. G., Tonigan J.S.: Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. J. Consult. Clin. Psychol., roč. 61, č. 3, str. 455 – 461, 1993

■ Miller W. R., Zweben A., DiClemente C. C., Rychtarik R. G.: Motivational enhancement therapy manual. U. S. Department of Health and Human Services, ADAMHA, NIAAA, Washington D. C., 1992

■ Nešpor K., Csémy L., Provazníková H.: Dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti (volně podle R. E. Tartera). Státní zdravotní ústav/ nakladatelství Fortuna, Praha, 1998

MUDr. Karel Nešpor, CSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 2/5.

4/9 Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí

Kamil Kalina

Klíčová slova: diagnostika – Harm Reduction – indikace k léčbě – léčba vedoucí k abstinenci – matching – zhodnocení pacienta/klienta

1. Vícerozměrná diagnostika – komplexní zhodnocení klienta

Jedním z předpokladů účinné léčby je zevrubné zhodnocení klienta a vhodná indikace určitého léčebného programu.

Závislost ovládá celý život jednotlivce. Obvykle nezahrnuje jen nutkavé užívání drog, ale patří k ní široká škála problémů, které narušují nebo znemožňují normální fungování v rodině, na pracovišti či ve škole, ve skupinách vrstevníků i v širším společenství. Závislost rovněž vystavuje člověka zvýšenému riziku mnoha dalších nemocí, z nichž některé souvisejí se životním stylem závislého (špatná výživa a bydlení, opomíjení péče o vlastní zdraví), jiné s toxickým účinkem užívaných drog nebo se způsobem jejich aplikace.

Závislost sama má tedy mnoho rozměrů a ovlivňuje mnoho oblastí života. Její léčení není jednoduché a musí na mnohorozměrný problém přiměřeně odpovídat. Stejně tak není jednoduchý vztah mezi určením diagnózy a doporučením vhodné odborné péče – neexistuje jediná léčba, která by se hodila pro všechny.

Stanovení správné diagnózy (např. podle kritérii MKN-10) rozhodnutí o další léčbě pochopitelně usnadňuje. Ale uvnitř diagnostické kategorie „syndrom závislosti", kterou se zde především zabýváme, přestává již diagnóza být jediným kritériem a postačujícím vodítkem pro plánovaní vhodné léčebné intervence. Pro přiměřenou indikaci k odborné péči potřebujeme získat o klientovi širší spektrum informací a zabývat se i jinými hledisky než pouze kritérii závislosti. Naše diagnostika musí být stejně mnohorozměrná jako závislost sama a musí zahrnovat jednak závažnost vlastního drogového problému a přídatné problémy či komplikace psychické i somatické, jednak rodinné, vztahové a sociální aspekty a v neposlední řadě i klientovu motivaci a postoj k léčbě.

Místo pojmu „vícerozměrná (multidimensionální) diagnostika" se častěji setkáváme s pojmem *„komplexní zhodnocení klienta"*. V zahraničí pro účely tohoto hodnocení vznikla řada standardizovaných postupů (dotazníků a/nebo schémat pro strukturovaný diagnostický rozhovor s klientem), z nichž zřejmě nejosvědčenější a nejpoužívanější je Addicition Severity Index (ASI).

Českou verzi evropské modifikace Europ-ASI vytvořili a na českou populaci standardizovali Kubička a Csémy (1996, 1997, 1998). Hodnocení si všímá následujících aspektů:

1. *Zdravotní stav* – zejména hospitalizace pro tělesná onemocnění a úrazy během života, chronické zdravotní problémy, současný zdravotní stav a zdravotní péče, zvláštní pozornost zasluhují hepatitidy, jimiž trpí stále větší část drogové klientely v ČR.

2. *Práce a zdroj obživy* – zejména počet let školního vzdělání a nejvyšší dosažené vzdělání, nejdelší období pravidelného zaměstnání, obvyklá forma pracovního zařazení, nezaměstnanost a konečně současné zdroje obživy (včetně zdrojů nelegálních).

3. *Drogy a alkohol* – sem patří samozřejmě historie užívání, typ a dávkování návykové látky v současnosti, ale rovněž výskyt předávkování a delirií, předchozí léčby a jiné odborné intervence a v neposlední řadě období abstinence bez léčby (počítá se abstinence delší než 1 měsíc mimo uzavřené prostředí, např. léčebnu nebo věznici).

4. *Právní postavení* – především obžaloby a odsouzení během života, obžaloby v současné době a rovněž současné nezákonné aktivity.

5. *Rodinné a sociální vztahy* – důležitá je zde stabilita a spokojenost s rodinným stavem, s bydlením a trávením volného času, vážné vztahové problémy a konflikty s kýmkoliv v minulosti i v současnosti.

6. *Psychický stav* – psychiatrické hospitalizace a léčení, příznaky v minulosti a zejména v posledních 30. dnech, sebevražedné pokusy a myšlenky.

V kodexech práv pacientů či klientů se dokonce objevuje právo klienta být takto komplexně zhodnocen a nazírán ve všech podstatných aspektech své individuality (viz Kalina, 2000) – a toto právo nemůže být zajištěno jinak než profesionální odpovědností odborníků, kteří s klientem přicházejí do styku v uzlovém bodu jeho dráhy.

2. „Matching"

Ani sebedůmyslnější manuál komplexního zhodnocení klienta pochopitelně není automatem, který na konci vydá správnou indikaci k léčbě. Zhodnocení je pouze východiskem pro nalézání odpovídajícího propojení

mezi potřebami klienta a určitým souborem intervencí. „Párování potřeb a intervencí" či „přizpůsobení léčby pacientům" (*matching* v mezinárodní terminologii) se stává velice populárním tématem posledních deseti let[1], protože relativně rychle stoupá počet léčebných programů a především se rozšiřuje jejich různorodost a vzájemná odlišnost v typu, délce, cílech a obsahu. Jinými slovy, nabídka služeb se zvyšuje nejen v kvantitě, ale i v sortimentu. To odpovídá soudobému trendu odbornou péči *individualizovat* a indikovat ji více s přihlédnutím k jedinečnosti klienta a charakteru jeho potřeb než pouze podle základní diagnózy – jak jsme uvedli na počátku, neexistuje jediná léčba, která by se hodila pro všechny, a také neexistuje klient, kterému by vyhovoval každý typ intervence.

Služby a programy se mohou odlišovat v následujících směrech:
1) v základním typu – ambulantní / lůžkové (a dále ještě například na klasické ambulantní, intenzivní ambulantní, ústavní – tj. péče v nemocnicích a léčebnách, rezidenční v terapeutických komunitách, rezidenční v chráněném bydlení),
2) v délce, obvykle udávané počtem týdnů či měsíců, které klient stráví v programu – krátkodobé / střednědobé / dlouhodobé,
3) v léčebné filosofii – například léčba vedoucí k abstinenci / udržovací léčba metadonem, léčba s farmakoterapií / bez medikace, klinika / terapeutická komunita,
4) v přístupu – např. svépomocné / odborné služby,
5) v metodách léčebné intervence – skupinová terapie / individuální terapie, psychoterapie kognitivně behaviorální / psychodynamická atd.

„Matching" můžeme provádět pouze tehdy, když tyto služby existují a jsou dosažitelné; tato zdánlivě triviální podmínka se v ČR týká zejména místní a regionální dostupnosti řady služeb. Druhou podmínkou je, že charakteristiky a profily jednotlivých služeb a programů jsou známé – to minimálně znamená, že jednotlivá zařízení samy pro sebe definují a ostatním zpřístupní základní parametry svého programu, mezi které patří především:
– Výběrová kriteria pro klienty
– Délka a intenzita intervence, potřebná k vyvolání efektu
– Základní charakter terapie (filosofie, přístup, metody atd.)
– Očekávaný účinek (k čemu má dané zařízení sloužit, co má program způsobit, jak dlouho má účinek trvat)
– Doložená úspěšnost

Zkusme podle těchto známých parametrů porovnat dva typy programů: a) program substituční léčby metadonem, b) program terapeutické komunity s psychoterapeutickou orientací (upraveno podle Finney and Moos, 1996).

1) Výběrová kriteria pro klienty:
a) závislost na opiátech, kriminalita, neúspěšné pokusy o abstinenci včetně opakovaného selhání v léčbě vedoucí k abstinenci,
b) závislost na opiátech nebo stimulanciích, dlouhodobé a závažnější problémy osobnostní či vývojové, rodinné, sociální atd., neúspěšná ambulantní léčba.

2) Délka a intenzita intervence, potřebná k vyvolání efektu:
a) účinek okamžitě, pro stabilizaci nutné denní podávání minimálně 1 rok,
b) pobyt s intenzivním programem v délce 1 roku.

3) Základní charakter terapie (filosofie, přístupy, metody):
a) léčba nemá za cíl abstinenci, ale snížení rizikového užívání, používá se pouze farmakoterapie a občasné medicinské kontroly, provádí se odborně, ale není personálně náročná,
b) léčba vedoucí k abstinenci a změně životního stylu, zaměřuje se nejen na závislost, ale i na osobnost, vztahy, sociální dovednosti atd., bez farmakoterapie, ale s využitím řady psychosociálních metod, náročná na kvalifikovaný personál.

4) Očekávaný účinek
a) abstinence od nezákonných drog, snížení kriminální aktivity, sociální stabilizace, účinek trvá po dobu účasti v programu,
b) kromě opuštění závislosti se očekává změna v sebepojetí, vztazích, rozvoj osobnostního a sociálního potenciálu včetně odpovědnosti za vlastní život, předpokládá se, že po ukončení léčby účinek – schopnost žít bez drogy normální život – přetrvává dlouhodobě.

5) Doložená úspěšnost
a) v programu se 1 rok udrží 60 % klientů,
b) program v délce 1 roku úspěšně absolvuje 60 % klientů, z nich u 60 % po dalším roce zjišťujeme přetrvávání účinku.

Uvažujeme-li o konkrétním klientovi, může nám takové porovnání poskytnout pro „matching" cenné vodítko. Léčebná zařízení v ČR svoje výsledky zatím dokládají jen sporadicky, informace o ostatních parametrech programů jsou však již běžně dostupné a umožňují vzájemné porovnání s ohledem na potřeby a charakteristiky konkrétního klienta (viz MPK, 2000). Pracovník provádějící „matching" je však v našich podmínkách obvykle sám zapojen do určitého zařízení či programu: možnosti a meze „svého" zařízení bychom měli znát především a v zájmu klienta korektně zhodnotit, zda je či není pro „náš" program vhodný.

[1] Viz též Nešpor, kapitola 4/1, Úvod do problému diagnostiky a „matchingu".

3. Indikace pro léčbu

Jako ilustraci „matchingu" v této oblasti uvádíme v *Tab.1* schéma doporučované Americkou psychiatrickou asociací (1995, úprava Kalina, in Nováková a kol., 2000). Schéma sice nechává stranou řadu hledisek, kterých jsme si všímali v předchozím oddílu, pro svou relativní jednoduchost však může být užitečnou orientační pomůckou.

Parametry na straně klienta

1. *Potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenční příznaky*: nejde zde pouze o aktuální přítomnost příznaků intoxikace nebo příznaků z vysazení drogy, ale o zhodnocení rizika na základě údajů z minulosti (časté předávkování či výrazné abstinenční příznaky).

2. *Biomedicinské stavy nebo komplikace*: pro zhodnocení somatických komplikací nebo současně probíhajících nemocí je především podstatné, zda samy o sobě vůbec potřebují léčbu, a pokud ano, zda je možná léčba ambulantní nebo zda vyžadují nemocniční pobyt. Rovněž je důležité zvážit, zda tělesné potíže umožňují klientovi účast v určitém léčebném programu (docházet, vystavovat se fyzické zátěži při sportu, pracovní terapii atd.)

3. *Emocionální a behaviorální stavy a komplikace*: psychologické a psychiatrické komplikace mohou být samy o sobě natolik závažné, že vyžadují léčení, a mohou rovněž snižovat klientovu schopnost se zapojit do určitého programu.

4. *Akceptování léčby nebo odpor k léčbě*: stupeň motivace či naopak stupeň vnějšího donucení jsou důležitými indikátory, jakou míru volnosti a samostatnosti je klient schopen při léčbě unést nebo jakou míru podpory a kontroly potřebuje.

5. *Potenciál pro relaps*: čím vyšší je riziko porušení abstinence, tím je vyšší klientova potřeba bezpečného a chráněného prostředí v léčbě.

6. *Vztah okolí k léčbě*: jako „okolí" zde musíme zvažovat nejen klientovu rodinu, ale i partnera (partnerku) a známé, kteří vytvářejí klientův sociální mikrosvět.

Odpovídající charakteristiky léčebných programů

Podrobnější popis jednotlivých programů obsahuje část VIII této publikace. Abychom ve výkladu „matchingu" mohli reflektovat i délku a obsah programu (což je pro indikaci vhodné intervence či služby neméně významné než 6 výše uvedených kritérií), uvádíme zde orientační časové údaje a v *Tab. 2* přehled jednotlivých složek zde sledovaných typů léčby (Kalina, in Nováková a kol., 2000).

1. úroveň – ambulantní léčba: jak vyplývá ze našeho schématu č. 1, je ambulantní léčba vhodná pro klienty s lehčím stupněm závislosti, s minimem somatických a psychických komplikací, vysokou motivací a podporujícím sociálním zázemím. Hodí se pro klienty zaměstnané nebo studující. Případnou vyšší intenzitu odvykacích příznaků je možné zvládnout absolvováním ústavní detoxifikace. Někdy se uvádí, že ambulantní léčba nemůže mnoho nabídnout, záleží však na obsahu. V optimálním případě se vedle farmakoterapie v ambulantní léčbě používá především individuální terapie (1x – 5x týdně dle potřeby) a skupinová terapie (obvykle 1 x týdně). V individuálních i skupinových kontaktech je důležité uplatnit i zdravotní edukaci a zabývat se prevencí relapsu. Abstinence se monitoruje testováním přítomnosti drog v moči. Práce s rodinou klienta (rodinná intervence, rodinná terapie, skupiny s rodinnými příslušníky) a sociální práce jsou v ambulantní léčbě přínosné až nezbytné stejně jako v dalších formách léčby. Totéž platí pro ambulantní strukturované poradenství. Žádoucí doba ambulantního léčení je 6 – 12 měsíců, minimálně 3 měsíce.

2. úroveň – intenzivní ambulantní léčba: za „intenzivní ambulantní léčbu" se pokládá strukturovaný program v rozsahu 20 a více hodin týdně. Nejznámější formou jsou denní stacionáře. Denní léčba trvá obvykle 3 – 4 měsíce a může být přínosná i pro středně těžké a komplikovanější stupně závislosti. Podle individuálních charakteristik a potřeb klienta může být stejně účinná jako léčba v lůžkovém zařízení. Obtíže plynoucí z toho, že klient při léčbě zůstává v kontaktu s původním prostředím, musí být vyváženy intenzitou a obsahem programu. Klienti s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, značně nezralí, nemotivovaní či výrazně problémoví z hlediska psychopatologického a psychosociálního se obvykle v denní léčbě neudrží a neobejdou se bez léčby v lůžkovém zařízení. Denní léčba se s ní však může účinně doplňovat (může na ni navazovat, předcházet ji nebo obojí)[2].

3. úroveň – intenzivní ústavní léčba pod lékařským dozorem: této úrovni v našich podmínkách odpovídá rezidenční léčba v terapeutických komunitách, které se nacházejí mimo nemocniční či léčebenské prostředí, ale s lékaři soustavně spolupracují a jsou schopny zajistit svým klientům základní i odbornou lékařskou péči. Pro rezidenční léčbu jsou indikovaní především klienti s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, značně nezralí, nemotivovaní či výrazně problémoví z hlediska psychosociálního (např. s rozpadlým sociál-

[2] Více o denních stacionářích viz Kalina, kapitola 8/5.

ním zázemím, s kriminální anamnézou, dlouhodobě nepracující atd.). Proces sociálního učení v TK jim pomůže získat potřebné schopnosti a dovednosti k tomu, jak začít znovu žít, nebo jak vůbec žít v normální společnosti. Klienti s vysokou mírou psychiatrických a somatických komplikací, vyžadujících trvalé lékařské vedení případu, nejsou pro léčbu v TK vhodní.

Rezidenční léčba v TK je nejčastěji střednědobá (6 – 8 měsíců) nebo dlouhodobá (1 rok a více)[3]. Jde o vysoce strukturované režimové programy, v nichž jsou zastoupeny různé formy skupinové terapie, edukačních a volnočasových aktivit a dále práce na každodenním provozu zařízení, farmy atd. V posledních letech se v odborně vedených TK klade větší důraz i na souběžnou individuální terapii (aspoň podpůrnou a poradenskou) a na práci s rodinou klienta. Sociální práce je důležitá jednak pro úpravu často složitých problémů, které klient zanechal ve vnějším světě, jednak jako příprava pro návrat do něj[4]. Farmakoterapie se v TK používá obvykle jen u duálních diagnóz.

4. úroveň – intenzivní ústavní léčba řízená lékařem: může se jednat o krátkodobou či střednědobou ústavní léčbu (délka většinou 3 měsíce; časové rozhraní mezi „krátkodobou" a „střednědobou" ústavní léčbou se uvádí různě u různých autorů, obvykle se však za horní hranici střednědobé léčby v nemocnicích a léčebnách pokládá 6 měsíců, v terapeutických komunitách většinou 9 měsíců). Z indikačního schématu vyplývá, že ústavní léčba je vhodná především pro medicinsky komplikovanější případy, osvědčuje se však i jako alternativa rezidenční léčby v TK (úroveň 3) např. pro klienty, u nichž dlouhodobý program v TK není nutný nebo možný. U nás se provádí na specializovaných lůžkových odděleních nemocnic a psychiatrických léčeben[5]. Jde obvykle o strukturované a režimové léčebné programy s náplní obdobnou jako v denní či rezidenční léčbě. Někde se klade větší důraz na sociální učení v terapeutické komunitě, jinde na tvarování chování prostřednictvím bodovacího systému. Běžně se používá farmakoterapie.

Do úrovně „intenzivní ústavní léčby řízené lékařem" spadá ovšem rovněž i ústavní detoxifikace – v ČR se obvykle jedná o několikadenní pobyt (v rozmezí 5 – 10 dní) na uzavřené *detoxifikační jednotce*[6] v nemocnici či psychiatrické léčebně. Základní filosofií ústavní detoxifikace je izolace klienta od drogového prostředí a překonání odvykacího syndromu v podpůrné a motivující psychoterapeutické atmosféře. Ke zmírnění odvykacího syndromu se používá farmakoterapie[7], do spektra metod na detoxifikační jednotce rovněž patří sociální a rodinné intervence (řešení aktuálních sociálních problémů či rodinných krizí). Pobyt klienta v detoxifikačním programu by měl být využit pro vytvoření a upevnění motivace k další léčbě. Detoxifikace si neklade za cíl řešit psychologické, sociální a behaviorální problémy spojené ze závislostí a proto se od ní neočekávají přetrvávající změny nezbytné pro úzdravu. Není pokládána za typ léčby, ale za „prekursor léčby" (NIDA, 1999).

„Matching" mimo rámec léčby vedoucí k abstinenci

Je jasné, že o léčbu vedoucí k abstinenci usilujeme především u klientů, kteří dospěli do stadia závislosti na droze. Vhodný léčebný program doporučíme i problémovému uživateli (lze diagnostikovat jako „škodlivé užívání"), který sice přesně nenaplňuje kritéria požadovaná pro diagnózu závislosti, ale je pravděpodobné, že se závislost brzy rozvine. Neznamená to, že ostatní problémoví uživatelé a další kategorie klientů (experimentátoři, rekreační uživatelé) mají zůstat bez pomoci: různé formy poradenství a psychoterapie mohou pomoci vyřešit jejich osobní a vztahové problémy a zabránit pokračování drogové kariéry.

Pro klienta, který sice splňuje kritéria syndromu závislosti, ale není motivován a schopen léčbu vedoucí k abstinenci absolvovat, jsme povinni nalézat vhodnou intervenci v oblasti Harm Reduction[8], která mu umožní přežít, zachovat maximálně možné zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu a nepoškozovat okolí. Do této oblasti musíme počítat i substituční léčbu[9] (metadonem či jinými farmaky) a detoxifikaci, po níž nenásleduje abstinence či léčba vedoucí k abstinenci.

---

[3] Méně časté jsou TK s délkou léčby 3 – 6 měsíců.
[4] Více o terapeutické komunitě viz Těmínová-Richterová, Adameček a Kalina, kapitola 6/8, Terapeutická komunita jako metoda a systém; Adameček, Těmínová-Richterová a Kalina, kapitola 8/8, Rezidenční léčba v terapeutické komunitě.
[5] Viz Dvořáček, kapitola 8/7, Detoxifikace.
[6] Viz Nešpor, kapitola 8/6, Detoxifikační jednotky.
[7] Viz Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace; Bayer, kapitola 6/2, Farmakoterapie Farmakoterapie závislostí, psychopatologických komplikací a komorbidit.
[8] Viz Hrdina, kapitola 5/1, Harm Reduction.
[9] Viz Popov, kapitola 8/11, Programy metadonové a jiné substituce.

Summary Matching: Diagnostic Conclusion and Indication to Treatment

The chapter first deals with the multidimensional diagnostic process and the comprehensive assessment of a patient/client. Further, the "matching" approach is described as an essential output of the assessment, because there is no single treatment for everybody and no client fits to all types of treatment. Principles of successful matching are presented, and examples of indication of various types of treatment (ambulatory, intensive ambulatory, residential, hospital types) are analysed. For clients who are not motivated for abstinence-oriented treatment (or unable to pass it) we are obliged to find an appropriate intervention in the area of Harm Reduction.

Key words: abstinence-oriented treatment – assessment – Harm Reduction – indication to treatment – matching

Tab. 1*: Kritéria indikací k jednotlivým typům léčby*

Kritéria / Úrovně péče	**Úroveň I** **Ambulantní léčba**	**Úroveň II** **Intenzivní ambulantní léčba**	**Úroveň III** **Intenzivní ústavní léčba pod lékařským dozorem**	**Úroveň IV** **Intenzivní ústavní léčba řízená lékařem**
1. Potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenční příznaky	Nulový potenciál pro příznaky z odnětí drogy	Minimální potenciál pro příznaky z odnětí drogy	Velký potenciál, příznaky z odnětí drogy zvládnutelné v úrovni III	Velký potenciál, příznaky z odnětí drogy nezvládnutelné v úrovni III
2. Biomedicinské stavy nebo komplikace	Žádné nebo velmi stabilizované	Nenarušující léčbu, zvládnutelné v úrovni II	Nutné sledování lékařem, ale ne intenzivní léčení	Nutná péče lékařská a zdravotnická 24 hod. denně
3. Emocionální a behaviorální stavy a komplikace	Žádné nebo velmi stabilizované	Mírné, potenciálně mohou narušovat léčbu	Středně těžké, vyžadující strukturované prostředí 24 hod. denně	Těžké problémy, péče psychiatra nutná 24 hod. denně zároveň s léčbou závislosti
4. Akceptování nebo odpor k léčbě	Ochotný spolupracovat, ale potřebuje motivovat a sledovat	Odpor k léčbě vyžaduje strukturovaný program, ale není tak velký, aby se ambulantní léčba míjela účinkem	Odpor k léčbě silný přes negativní následky, nutno intenzivně motivovat ve strukturovaném prostředí 24 hod. denně	Problémy s touto dimenzí zabraňují pacientovi léčit se v rámci úrovně III
5. Potenciál pro relaps	Schopen abstinovat a zachovávat cíle léčby za minimální podpory	Zvýšení příznaků závislosti a vysoká pravděpodobnost relapsu bez důsledného sledování a podpory	Neschopen kontrolovat užívání při méně intenzivní péči, potřebuje řád 24 hod. denně	Problémy s touto dimenzí zabraňují pacientovi léčit se v rámci úrovně III, nutná přísná kontrola
6. Vztah okolí k léčbě	Okolí podporuje léčbu a/nebo pacient je schopen vše zvládat	Okolí nepodporuje léčbu, ale pacient je schopen ji zvládat se strukturou nebo podporou	Okolí je léčbě nebezpečné a je nutné od něj pacienta odtrhnout	Problémy s touto dimenzí zabraňují pacientovi léčit se v rámci úrovně III, nutná přísná kontrola

Tab. 2*: Formy a metody v léčbě drogových závislostí*

Metody / Formy	1. Ambulantní léčba	2. Léčba v denním stacionáři	3. Ústavní detoxifikace	4. Krátko- až střednědobá ústavní léčba	5. Středně- až dlouhodobá rezidenční léčba
1. Farmakoterapie	Pro zvládání odvykacího syndromu a komplikací	Pro zvládání odvykacího syndromu a komplikací	Pro zvládání odvykacího syndromu	Pro zvládání komplikací	Zřídka, při komplikacích
2. Individuální terapie	Klíčová složka programu	Nezbytná, paralelně se skupinovým programem	Nezbytná, intenzivní	Nezbytná, paralelně se skupinovým programem	Důležitá, paralelně se skupinovým programem
3. Skupinová terapie	Důležitá složka programu	Klíčová složka programu	Žádoucí	Klíčová složka terapeutického programu	Nezbytná složka programu
4. Rehabilitace, výchova, volno-časové aktivity	Doplňkové, žádoucí dle možností	Důležitá složka programu	Žádoucí dle možností	Důležitá složka programu	Nezbytná složka programu (včetně pracovních aktivit)
5. Léčebný režim	Dodržování docházky a základních pravidel	Kontrolovaný režim v době programu, monitorování času mimo program	Přísný léčebný režim na uzavřeném oddělení 24 hod. denně	Kontrolovaný léčebný režim 24 hod. denně	Režim s odstupňovanou kontrolou dle fází 24 hod. denně
6. Principy terapeutické komunity	Neuplatňují se	Žádoucí v době programu	Obvykle se neuplatňují	Základní rámec programu	Podstata programu
7. Práce s rodinou	Nezbytná, soustavná	Nezbytná, soustavná	Žádoucí pro aktuální problémy	Nezbytná	Důležitá aspoň základní spolupráce
8. Sociální práce	Nezbytná	Nezbytná	Žádoucí pro aktuální problémy	Nezbytná	Nezbytná na počátku a konci léčby
9. Testování drog	Důležité, průběžně	Důležité, průběžně	Při vstupu a situačně	Při vstupu a situačně	Při vstupu a situačně

Literatura

■ Akreditační standardy: Kalina K. a kol.: Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách v působnosti MZ ČR. Návrh, pracovní verze 5. MZ CR, Praha, 2001

■ American Psychiatric Association (Mirin S. M. et al.): Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Supplement to Amer. Journ. Psychiat., roč. 152, č. 11. Amer.Psychiatric Press, Washington D.C., 1995

■ British Medical Association: The Misuse of Drugs. Harwood Academic Publishers, London-Amsterdam, 1997

■ Buehringer G., Platt J. J. (eds.): Drug Addiction Treatment Research. German and American Perspectives. Krieger Publishing Co., Malabar, Florida, 1992

■ Galanter M., Kleber H. D. (eds.): The Textbook of Substance Abuse Treatment. American Psychiatric Press, 1994

■ Finney J. W., Moos R. H.: Matching patients with treatment. Conceptual and methodological issues. Journ. Stud. Alcohol and Drugs, č. 7, str. 122 – 134, 1996

■ Kalina K.: Psychosociální terapie a moderní trendy v léčbě drogových závislostí. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové), č. 3, str. 34 – 42, 1999

■ Kalina K.: Léčba drogových závislostí. In: Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha, 2000

■ Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Inverze/SANANIM, Praha, 2000

■ Kubička, L., Csémy, L.: Evropský index závažnosti návykového chování (Europ-ASI) – česká verze. Závěrečná zpráva grantu 3705-3, IGA MZ ČR. MZ ČR, Praha, 1996

■ Kubička L., Csémy L.: První zkušenosti s českou verzí EuropASI. Alkoholizmus a drogové závislosti, roč. 32, str. 215 – 221, 1997

■ Kubička L., Csémy L.: Validita české verze EuropASI. Alkoholizmus a drogové závislosti, roč. 33, str. 307 – 315, 1998

■ MPK: Katalog služeb a programů pro problémové uživatel drog a závislé. Úřad vlády ČR, Praha, 2000

■ NIDA: Principles of Drug Addiction Treatment. National Institute for Drug Abuse, Washington D.C., 1999. Internetové stránky: www.nida.nih.gov

■ Schuckit M. A.: Drug and alcohol abuse: a clinical guide to diagnosis and treatment. Plenum Publishing Corp., New York, 1989

■ Tims F. M., Inciardi J. A., Fletcher B. W., McNeill Horton A.: The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse. Greenwood Press, Westport, Conn.-London, 1997

MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. MSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/1.

5 Včasné a krizové intervence, poradenství, zvládání somatických komplikací

5/1 Petr Hrdina: Harm reduction – snižování poškození drogami
5/2 Jiří Broža: Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci)
5/3 Jiří Libra: Krizová intervence
5/4 Dana Dobiášová, Jiří Broža: Motivační trénink
5/5 Jiří Dvořáček: Předlékařská a lékařská první pomoc při akutní intoxikaci – obecné otázky
5/6 Jiří Dvořáček: Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek
5/7 Jiří Dvořáček: Detoxifikace

5/1 Harm Reduction – Snižování poškození drogami

Petr Hrdina

„Premium non nocere"

Klíčová slova: anamnéza – diagnostický rozhovor – motivace – posilování motivace – terapeutický vztah

Úvod

Přístup „Harm Reduction" provází lidskou společnost od jejích počátků, i když definován byl až v 80. letech 20. století v souvislosti s drogovou problematikou (konkrétněji – s novým přístupem k uživatelům drog). V historii najdeme tisíce příkladů toho, jak se lidé snažili snížit poškození a minimalizovat důsledky rizikového chování v různých oblastech lidského života. Když se začátkem 20. století na silnicích objevily první automobily, lidé před nimi v hrůze prchali a za nimi zůstávaly hromady přejetých slepic. Aby se napříště těmto problémům předešlo, musel před vozem běžet muž s červeným praporkem, aby varoval všechno živé, že se „ďábelský stroj" blíží. Během uplynulého století se situace na silnicích změnila, ale princip „Harm Reduction" zůstává: ABS a airbag patří mezi obecně známé pojmy a nikdo se nepozastavuje nad používáním bezpečnostních pásů nebo cyklistických přileb. A tak bychom mohli pokračovat do nekonečna.

Jakmile se však filozofie snižování rizik, charakteristická pro lidskou společnost obecně, začala prosazovat ve spojení s drogami a závislostmi obecně, vyvolalo to značné emoce a nesouhlas laické i odborné veřejnosti, orientované v zásadě třemi základními směry pohledu na závislost:

1) *Model morální* – Myšlenkový proud, který vidí člověka užívajícího drogy jako morálně zkaženého a slabého. Za jediné řešení je v rámci tohoto modelu považována „převýchova". V případě, že se závislý člověk nechce polepšit, je vyděděn ze společnosti nebo je pro svou závislost perzekuován prostřednictvím policie a justice.

2) *Model nemoci (tradiční medicínský model)*[1] – Tento model považuje závislost za nevyléčitelnou nemoc, charakterizovanou ztrátou kontroly a neodvratně směřující ke chronicitě a fatálním důsledkům. Podle způsobu uvažování v rámci tohoto modelu postihuje nemoc-závislost jen určitý „druh" lidí, kteří jsou k ní předem biologicky disponováni. Všechny sociální, zdravotní a další problémy vyplývající ze závislosti jsou tedy považovány za důsledky nemoci jedince. Z faktu, že je tato nemoc považována za nevyléčitelnou (tj. že je postižený člověk celoživotně disponován k závislosti), vyplývá i léčebná metoda. Jediným možným a akceptovatelným řešením je celoživotní abstinence.

3) *Adaptivní model* – Jedná se o psychologický model, který klade důraz na vývoj člověka v raném dětství, především na vývojové problémy v tomto období. Ty vedou ke specifickým adaptivním selháním a nezdarům v období dospívání. Užívání drog nebo alkoholu je vnímáno jako kompenzační mechanismus takových problémů, jako je například nesmělost, osobní krize a traumata. Závislost je tedy možné vyléčit, když jsou odhaleny a vyléčeny příčiny závislosti v minulosti.

V současné době je již jasné, že koncepty, které problematiku závislosti odvozovaly pouze z fyziologického (nebo pouze psychologického či socio-kulturního) základu, jsou příliš zjednodušující. Závislé nebo jiné rizikové chování je výsledkem složitého komplexu interakcí mezi bio-psycho-sociálními faktory s jedinečnými možnostmi a variacemi ve volbě chování, drogy, způsobu užití a důvodů užití. Uplatnění principu Harm Reduction v léčbě závislosti je jednou z reakcí na tento poznatek. Přístup ke klientovi totiž není určen předem danými schématy, ale jedinečnou životní situací a potřebami konkrétního klienta.

Model Harm Reduction[2]

Základní charakteristikou tohoto pohledu na drogovou závislost je pragmatičnost. Místo toho, aby usiloval o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, které je podle historické zkušenosti neodstranitelné, snaží se s ním pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší. Svým působením se zaměřuje především na stabilizaci životního stylu klienta. Vychází přitom z klientových potřeb, dává klientům a dalším konzumentům služeb možnost podílet se na jejich tvorbě a možnost rozhodnout jak, kdy a kde mají být léčeni. Přitom má na zřeteli zlepšení kvality života, zdravotního stavu a tělesné i duševní pohody.

Model Harm Reduction upřednostňuje zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí. Upřednostňuje léčbu ve

[1] Někdy též nazývaný „biomedicínský" – viz Kalina, kapitola 1/8, Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog.

[2] V české odborné terminologii se běžně užívá původní angloamerický termín. Překlad „snižování škod, snižování poškození" se jako základní termín neujal a je používán jen jako termín vysvětlující.

všech jejích možnostech, a to i přístupy založené na totální abstinenci, před kriminalizací závislých. Jakákoliv pozitivní změna směrem ke snížení poškození je považována za krok správným směrem.

Model HR má rovněž na zřeteli ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog a souvisí tedy se strategií ochrany veřejného zdraví (*Public Health*), která je zaměřená spíše na celou populaci než na jedince[3].

Zájmy klienta a zájmy společnosti se ovšem mohou lišit a je třeba neustále hledat mezi nimi rovnováhu a zdůrazňovat společný jmenovatel ochrany zdraví. Úsilí směřuje ke snížení poškození zdraví celé komunity a v tomto kontextu je problém jednotlivce chápán jako problém celku. Intervence jsou plánovány na základě potřeb klientů i celé komunity. Potřeby jsou zjišťovány přímo v kontaktu s klienty a zároveň od lékařů, kteří znají jejich zdravotní problémy. Díky tomu je možné plánovat intervence na základě skutečných potřeb, a to tak, aby byly co nejúčinnější, tj. aby oslovily co nejvíce klientů. Služby vycházející z principů Public Health nabízejí nejen bezprostřední zdravotnickou pomoc, ale také informace a vzdělávání. Vycházejí z předpokladu, že informovaní klienti mohou na základě svých znalostí sami rozhodnout, co je pro ně nejlepší.

Strategie Public Health je uplatňována mimo jiné v boji proti šíření epidemie HIV/AIDS. S jejím nástupem musely služby zaměřené na uživatele drog pružně reagovat a přizpůsobit svou nabídku, například o bezplatné poskytování kondomů a vzdělávání v oblasti bezpečného sexu, nácvik bezpečnějšího užívání a nácvik čištění „nádobíčka". Cílem bylo snížit riziko šíření HIV plynoucí z injekčního užívání drog a rizikového sexu. Tento cíl má daleko širší význam než jen ochranu problémových uživatelů drog: je to právě rizikový sex, který překračuje hranice mezi drogovou komunitou a širší společností a jeho prostřednictvím může docházet k šíření virových infekcí do nedrogové populace.

Dalším důležitým principem uplatňujícím se v HR je *nízkoprahový přístup* (Marlatt, 1993). Služba založená na principu snížení rizika je pro všechny snadno dostupná, je přístupná komukoli bez dalších požadavků a restrikcí s cílem oslovit svou nabídkou co nejvíce lidí: nejen klientů, ale i jejich rodinných příslušníků a ostatních lidí v komunitě.

Historie

Harm Reduction, tak jak je tento pojem chápán ve vztahu k užívání drog, je mezinárodní trend, který vznikl jako odpověď na vysoký nárůst HIV/AIDS v osmdesátých letech minulého století. Prvními evropskými zeměmi, které začaly model HR praktikovat, byly Nizozemí (výměnné programy) a Velká Británie[4] (substituce a preskripce návykových látek lékaři). I v mnoha dalších zemích Evropy, například ve Švýcarsku a Německu, vznikly další programy vycházejících z této strategie: „injection room" (aplikační místnosti), testování tanečních drog apod. Od konce 90. let je strategie HR uváděna jako jeden ze čtyř pilířů evropské drogové politiky (viz Národní strategie, 2000).

Nizozemí

Nizozemí přistoupilo k radikální změně své národní drogové politiky v 70. letech minulého století v odpovědi na rostoucí drogový problém na konci šedesátých let. V r.1972 byl vydán dokument, který v závěru uváděl novou tezi: drogová politika by měla obsahovat i hledisko rizik spojených s užíváním drog. V roce 1976 rozdělil zákon návykové látky na látky s „neakceptovatelným rizikem" (například heroin, kokain, amfetaminy a LSD) a na látky s „akceptovatelným rizikem", jako je konopí a jeho produkty. Tato klasifikace byla vytvořena na základě poznatků o škodlivosti vlivu jednotlivých typů drog na uživatele a koresponduje s filozofií HR. Nizozemský přístup, pohlížející na drogový problém optikou veřejného zdraví, se dá shrnout do následujících pragmatických východisek:

1. zneužívání drog není primárně chápáno jako problém policie a soudů,

2. základním a velmi důležitým je také hledisko tělesné a duševní pohody klienta,

3. užívání drog má vliv nejen na klienta, ale i na jeho okolí.

K přímým výsledkům vývoje drogové politiky směrem k humánnosti a pragmatičnosti patří aktivizace uživatelů drog a drogově závislých". V roce 1980 vzniká v Rotterdamu „Junkiebond" (Liga uživatelů), o čtyři roky později je založen první výměnný program v Amsterdamu.

Velká Británie

Velká Británie byla již ve 20. letech průkopníkem v přístupu směřujícím k minimalizaci škod způsobených užíváním drog. Rollestonova komise v r. 1920 doporučila v určitých případech lékařskou preskripci heroinu a kokainu lidem na nich závislým s cílem snížit škody vzniklé užíváním těchto látek a pomoci jim vést užitečný život. Jako ilustraci „znovuobjevení" tohoto přístupu v 90.letech uvádíme model HR služeb v Merseyside (část Liverpoolu). Součástí tamního HR modelu je široká paleta služeb

[3] Viz též Kalina, kapitola 1/8, Modely závislostí a přístupy v pomoci uživatelům drog.
[4] Ve Velké Británii byl tento přístup znám spíše jako „harm minimization".

pro uživatele drog: výměna injekčních stříkaček, vzdělávání, poradenství, preskripce heroinu a kokainu, zprostředkování zaměstnání a asistenční služba. Všem uživatelům, kteří jsou registrováni v nízkoprahovém centru, je při prvním kontaktu nabízeno zprostředkování detoxifikace a léčby. Pouze 10 % z nich však má o nabízenou léčbu zájem a chce s užíváním drog skončit.

Významnou roli v rámci tohoto modelu hraje také policie. Všechny, kdo byli zadrženi pro nedovolené držení drog, rutinně odkazuje na léčebné programy a veřejně podporuje programy výměny injekčního náčiní. Klíčový aspekt by se dal označit jako „varující přístup". Policie varuje uživatele, kteří byli zadrženi poprvé, že v případě opakovaného provinění skončí jejich případ trestním stíháním. Těmto osobám (většinou experimentátorům) není učiněn záznam do trestního rejstříku, nejsou dále stíháni a naopak dostanou informace o léčebných a výměnných programech. Jestliže je uživatel registrovaným klientem zařízení, může legálně držet drogy pro vlastní potřebu, jinak je držení drogy pro vlastní potřebu ve Velké Británii trestné.

Základní principy a strategie Harm Reduction

1. Harm Reduction je alternativou k tradičním a jednostranným modelům užívání drog a závislosti.

Harm Reduction má své filozofické kořeny v pragmatismu veřejného zdraví a nabízí alternativu jak k morálnímu modelu užívání drog a ke tradičnímu modelu závislosti jako nemoci, tak k adaptivnímu modelu (viz výše). Vedle jejich zužujících přístupů (převýchova, důsledná abstinence, analýza a odstranění „příčin") nabízí širokou paletu nástrojů a postupů, jak snížit škodlivé konsekvence závislého chování. Akceptuje fakt, že mnoho lidí užívá drogy a rizikově se chová i v jiných situacích. Uskutečnění idealistické vize společnosti bez drog pokládá za velmi nepravděpodobné.

2. Harm Reduction považuje abstinenci za ideální výsledek, ale akceptuje také alternativy, které pracují s neabstinujícím klientem.

Tradiční zařízení požadují rozhodnutí k abstinenci jako podmínku nástupu do léčby a abstinenci jako podmínku jejího absolvování. Takové léčebné programy jsou označovány jako „vysokoprahové". Vzhledem ke svému „vysokému prahu" (velkým nárokům na klienta) jsou pro mnoho klientů prakticky nedosažitelné. HR není zaměřena na abstinujícího klienta, není to ale ani anti-abstinence. Abstinenci je možné z hlediska principu snižování poškození považovat za ideální stav – člověk, který nebere drogy, není drogou ani životním stylem s ní spojeným ohrožen. Pragmatičnost přístupu HR spočívá v tom, že nepočítá jen s touto ideální variantou[5]. Vzhledem k tomu, že u většiny klientů není možné zcela odstranit riziko poškození z užívání drog, pokouší se jej snížit, a to dvěma způsoby: jednak zachovává zdravotní stav, jednak předává informace a motivuje klienty k tomu, aby byli zodpovědní za své chování a postupně je měnili k méně rizikovému. Nabízí ochranu poškození zdraví drogou a ochranu před rozvojem závislosti.

Velkým zdravotním problémem ohrožujícím injekční uživatele drog jsou krví přenosné nemoci, například AIDS a žloutenky typu B a C. Snižování poškození v této konkrétní oblasti znamená jednak předávání informací o způsobech přenosu této infekce a jejích důsledcích, ale také podpora motivace k léčbě u těch, kteří už jsou nakaženi[6].

3. Harm Reduction uplatňuje nízkoprahový přístup

Nízkoprahový přístup znamená, že na klienty nejsou kladeny předběžné a pro ně mnohdy nereálné požadavky, například aktuální abstinence nebo omezení frekvence či způsobu užívání. Vedle toho nechce klienty ani identifikovat, nezjišťuje jejich nacionále. Nízkoprahové programy pravidelně vtahují uživatele nelegálních drog do spolupráce na programech a aktivitách, které jsou zaměřeny na jejich pomoc. Harm Reduction počítá s prostředím, ve kterém se uživatel drog pohybuje. Jen tak mohou být zvolené intervence účinné. V praxi to znamená, že nízkoprahové služby pracují s klientem tam, kde právě je, v tom stavu, v jakém je, a za podmínek, na nichž se s nim dohodnou podle jeho potřeb. Proto jsou služby vybudované na těchto principech klienty pozitivně přijímány. Z výzkumů vyplývá, že služby řídící se principy HR mohou oslovit 70 – 80 % problémových uživatelů drog.

Uplatnění a přínos Harm Reduction

Principy HR se uplatňují především ve službách poskytovaných uživatelům drog a podnítily vznik nízkoprahových zařízení, výměnných programů a substitučních programů. Velkou úlohu začal hrát princip HR s nástupem epidemie HIV/AIDS na počátku 80. let minulého

[5] Viz např. Kalina (2000): HR si neklade za cíl abstinenci klienta od drog. Nevylučuje tuto perspektivu, ale nepokládá za nutné a účelné její okamžité, prvořadé a výlučné prosazování. Akceptuje, že klient v dané době užívá drogy a nechce či nemůže přestat (nemá třeba ani dostatečnou motivaci k tomu, aby o to usiloval a nastoupil léčbu), a snaží se zachovat klienta při životě a maximálně možném zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu. Podaří-li se to, bude se klient třeba později rozhodovat rozumněji.

[6] O ostatních tělesných komplikacích při nitrožilním užívání viz Minařík a Hobstová, kapitola 4/3, Somatické komplikace a komorbidita. K dalším poškozením, jejichž riziko se snaží HR omezit, patří např. ztráty vody z organismu a přehřátí při užívání „tanečních drog", poškození nežádoucími příměsemi (zejm. u extáze), dlouhodobé působení vysokých dávek, předávkování způsobené např. neodhadnutelným množstvím účinné látky v produktech získávaných na nezákonném trhu, a v neposlední řadě i sociální debakl a ztráta lidské důstojnosti (Kalina, 2000).

století. V postkomunistickém regionu střední a východní Evropy a zemích bývalého SSSR nastoupila tato epidemie zhruba o 10 let později, zato však rychle dosáhla obrovského rozšíření. Experti OSN odhadují, že počet HIV pozitivních v regionu východní Evropy a zemích bývalého SSSR raketově narostl z 30 000 v roce 1995 až na 700 000 lidí v minulém roce. Nárůst počtu nových případů infekce HIV je podle nich až z 80 % způsoben vysokým podílem injekčního užívání drog (viz např. WHO, 1999).

Hlavní příčinou rychlého šíření HIV/AIDS v postkomunistických zemích je především sdílení použitého, tedy kontaminovaného injekčního náčiní (Burrows, 2000) Stejným způsobem se virus HIV velmi rychle šíří i v takových zemích, jako je Španělsko, Itálie a USA. Je to důsledkem sociální podpory, kterou si klienti navzájem poskytují. Nejenže velmi často sdílejí bydlení, jídlo nebo oblečení, ale pomáhají si také s denními problémy spojenými s životním stylem intenzivního užívání (Grund a kol., 1992). V případě nedostatku jsou sdíleny i takové komodity jako drogy, stříkačky, lžíce atd.

Přímým důsledkem zjištění souvislosti mezi rizikovým chováním klientů a šířením epidemie HIV/AIDS byl rostoucí počet nízkoprahových zařízení a programů založených na principech HR. Mezi tyto programy patří výměnné programy, programy preskripce, substituční programy, programy prevence předávkování, programy testování „tanečních" drog[7] atd. Filozofií těchto programů je motivovat klienty ke změně rizikového chování a udržení této změny.

Mnoho studií a výzkumů potvrdilo, že výměnné programy mohou snížit HIV séroprevalenci (tj. celkový počet HIV pozitivních osob v populaci), snížit více než jednorázové užití jehly a umožnit mnoha klientům přístup k zdravotním a dalším službám (Stimson, Alldritt a Dolan, 1998).

Patří mezi ně i studie, která v 81 městech celého světa srovnávala promořenost virem HIV mezi injekčními uživateli drog. V 52 městech, kde jsou sterilní injekční stříkačky nedostupné, narostl počet HIV pozitivních v průměru o 5,9 % za rok. Ve 29 městech, kde výměnné programy fungovaly, počet HIV pozitivních v průměru klesl o 5,8 % za rok (WHO International Collaborative Group, 1994).

Česká republika se prozatím ubránila obrovskému nárůstu HIV pozitivních uživatelů drog. Celkový počet HIV v České republice se pohybuje okolo 551 lidí, z toho asi 27 je HIV pozitivních v souvislosti s injekčním užíváním drog[8]. Významnou roli v tom jistě hrají rituály spojené s přípravou a užíváním drog[9]. Ani prodej podomácky vyrobených drog ze stříkačky není v naší zemi příliš rozšířen. Neméně významné je ale i včasné uplatnění myšlenek HR a založení výměnných programů (r.1990) – právě včasný začátek této strategie je pokládán za důležitý faktor relativně nízkého výskytu HIV v celé (tj. i nedrogové) populaci[10]. První oficiální substituční program vznikl až v roce 1997. V roce 2000 bylo HR uvedeno jako jeden z pilířů protidrogové politiky ČR (Národní strategie, 2000)[11]. Nicméně se někteří domácí autoři snaží dokázat zbytečnost výměnných programů a HR vůbec a argumentují právě nízkou prevalencí HIV mezi uživateli i v ČR obecně.

7 Viz kapitola Minařík, kapitola 3/9, MDMA.
8 http://www.aids-hiv.cz/ webové stránky Národního programu boje proti AIDS, Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2001
9 Například ve srovnání s Polskem, kde výroba drogy „kompot" způsobila nárůst HIV pozitivních klientů. Hotový „kompot" se nalije do velké zavařovací sklenice a z té si pak všichni nabírají.
10 Viz Hobstová a Minařík, kapitola 4/4, Somatické komplikace a komorbidita 2 – Hepatitidy a AIDS.
11 Viz Bém, Kalina a Radimecký, kapitola 1/3, Vývoj drogové scény a drogové politiky v ČR.

Summary **Harm Reduction**

Harm Reduction (HR) is a new approach to the management of drug use and other behaviour that may cause serious heath and social problems. Rather than defining drug use as a moral failure or a disease, HR meets clients "where they are" to help them to understand the risk involved in their behaviour and to make appropriate decisions about their own treatment goals. HR believes that any positive change is a success and a step in the right direction. The chapter presents a general philosophy of HR and a brief historical overview (with examples from Great Britain and the Netherlands). Further, principles, strategies and methods of HR are explained with a particular emphasis on reducing the risks of HIV/AIDS and hepatitis infection in intravenous drug users and, consequently, in the population as a whole.

Key words: Harm Reduction – HIV/AIDS – intravenous using – low threshold approach – public health – risk behavior

Literatura

■ Burrows D.: Starting and Managing Needle and Syring Programs. Open Society Institute/IHRD, New York, 2000

■ Denning P.: Practicing Harm Reduction Psychotherapy: An Alternative Approach to Addictions. The Guilford Press, New York, 1998

■ Glosář: Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001

■ Grund P. a kol.: Reaching the Unreached: Targeting Hidden IDU Populations with Clean Needles via Known User Groups. Journal of Psychoactive Drugs, vol. 24, January – March, 1992

■ Hrdina P.: Harm Reduction. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové) č. 3, str. 29 – 30, 1999

■ Kalina K.: Léčba drogově závislých. In: Nováková D. a spol.: Drogy ze všech stran II. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha, 2000

■ Marlatt G. A.: Harm Reduction: Reducing the Riscs of Adictive Behaviors. Sage Publications, Newbury Park, California, 1993

■ Marlatt G. A.: Harm Reduction Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors. The Guilford Press, New York 1998.

■ MPK: Národní strategie protidrogové politiky v ČR na období 2001 – 2004. Úřad vlády ČR, Praha, 2000

■ Národní program boje proti AIDS: Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2001. Internetové stránky: http://www.aids-hiv.cz/

■ Syringe availibility. Policy Paper. The Lindesmith Center, New York, October 1997

■ Stimson G. V., Alldritt L. J., Dolan K. A.: Injecting Equipment Exchange Schemes: Final Report. University of London, 1998

■ WHO International Collaborative Group: Multi-city Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection. WHO, Geneva, 1994

■ WHO: Principy prevence infekce HIV mezi uživateli drog. MZ ČR a Kancelář WHO v ČR, Praha, 1999

Mgr. Petr Hrdina

Absolvoval Pedagogickou fakultu UK, obor speciální pedagogika. Zúčastnil se mnoha výcviků, např. WHO – „Děti ulice", A.N.O. – „Práce s HIV pozitivními", OSI/IHRD Better vein care/safer use – Budapešť, PHARE – letní škola Harm Reduction v praxi, absolvuje psychoterapeutický výcvik SUR. V minulosti pracoval s mladistvími delikventy v občanském sdružení LATA, od roku 1995 do současnosti působí v o.s. SANANIM: nejprve jako terénní pracovník, od r. 1996 vedoucí terénních programů, od r. 2001 odborný ředitel pro oblast Harm Reduction. Člen výkonného výboru České Asociace Streetwork a sekce Harm Reduction A.N.O.. Publikoval několik čaopiseckých článků o problematice HR, terénních programů a nízkoprahových zařízeních. V letech 1995 a 1999 se podílel na výzkumu Rapid Assessment. V r. 1999 získal stipendium Open Society Institute New York (Sorosova nadace).

Kontakt: SANANIM, Novovysočanská 604a,
190 00 Praha 9 – Vysočany
E-mail: hrdina@sananim.cz

5/2 Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci) Jiří Broža

Klíčová slova: blízcí uživatele – kontaktní centrum – poradce – poradenství – terénní práce

1. Obecné vymezení poradenství

Poradenství obecně je činnost, při které na jedné straně vystupuje vyškolený odborník (poradce) nabízející a realizující specifické služby, na straně druhé uživatel (klient), který tyto služby dobrovolně využívá. Cílem poradenství je zlepšení životní situace klienta[1].

Poradenství, které se týká této kapitoly, můžeme obecně definovat jako proces, ve kterém vycvičený odborník (profesionál) poskytuje druhému člověku nebo skupině lidí podporu nebo vedení. Tento proces se odehrává především na sociální a psychologické úrovni, ale může mít také podobu úzce zaměřenou na právní, pracovní či jiné specifické oblasti. Cílem poradenství je pomoc k lepšímu vedení vlastního života, autonomie klienta. Je důležité mít na vědomí, že jde o formu sociální či psychologické pomoci, nikoli kontroly. Z toho plyne, že poradenství nemůže být nuceno, ale je nabízeno jako možnost, pro kterou se uživatel svobodně rozhoduje nebo ji odmítá. Stejně tak by poradce neměl klienta vést k řešení, které neodpovídá jeho zájmům. Poradci nejsou vybaveni pravomocemi, které by umožňovaly klienta přes jeho zájem nasměrovat k např. celospolečenským zájmům.

Podle oblastí můžeme poradenství rozlišit takto[2]:
– *poradenství psychologické* (orientované na vnitřní a interpersonální problémy)
– *poradenství právní* (poskytovaní informací o zákonných právech, nárocích a povinnostech a pomoc při jejich naplňování)
– *poradenství zdravotní* (zdravotní informace a rady týkající se specifických chorob a postižení)
– *praktické životní poradenství* (otázky bydlení, hospodaření, trávení volného času, užívání obecných zdrojů, vzdělávání, práce, bezpečí apod.)

Významným prvkem, který určuje kvalitu poskytované služby, je důraz na profesionální kvalitu práce poradce. Z toho důvodu by mělo být samozřejmostí, že každý poradce má speciální výcvik zaměřený na činnost, kterou vykonává.

2. Poradenství ve službách pro uživatele návykových látek

Poradenství patří vedle poskytování základního servisu, provázení, výchovy a psychoterapie, neodmyslitelně do rejstříku služeb poskytovaných uživatelům návykových látek.

Poradenství je intervencí, která se v péči o uživatele drog objevuje velmi často a je jednou z nejpoužívanějších intervencí především u uživatelů nemotivovaných k léčbě nebo s motivací spornou. Právě pro četnost využívání poradenských intervencí týkajících se široké škály uživatelů, kteří se mohou nacházet v různých stupních závislosti (od prvotního experimentu přes „rekreační užívání", „problémové užívání" až po závislost s rozsáhlým poškozením zdraví, kterou můžeme jednoznačně diagnostikovat), není možné používat jeden typ přístupu a aplikovat jej na různé typy uživatelů. I přes tuto různorodost situací můžeme hovořit o jednotném východisku pro poskytování poradenských služeb. Stejně jako u jiné činnosti zaměřené na pomoc člověku je základním předpokladem vycházet z reálného a aktuálního stavu věci (pokud jej známe), ze subjektivního prožívání klienta a především z jeho možností a jeho limitů, které mohou být dány zdravotním stavem, sociálním postavením, ale také vědomými i nevědomými složkami psychiky.

Abychom mohli poradenskou činnost správně vymezit, měli bychom si nejprve definovat cílovou skupinu, na kterou je poradenská intervence zaměřená, udělat přehled o možnostech kontaktu s uživateli a zároveň si ujasnit, jaké typy poradenství lze v které situaci využívat, případně které jsou nevhodné.

Cílové skupiny: Základní cílovou skupinu (klientelu) tvoří uživatelé návykových látek v různém stupni experimentování s návykovými látkami či závislosti na nich – a také v různém stupni motivace, očekávání a požadavků na poradenské služby.

Dále můžeme do cílové skupiny zahrnout rodinné příslušníky uživatelů nebo jejich blízké známé, kterých se

[1] Definice převzata a upravena z interního dokumentu Asociace poradenských pracovníků.
[2] Rozdělení převzato z interního dokumentu Asociace poradenských pracovníků.

užívání klienta osobně či společensky týká. Tito klienti mají většinou celkem jasnou představu toho, co by chtěli: změnit životní styl uživatele, a to často bez své aktivní účasti a bez ochoty přijmout alespoň částečný podíl na jeho jednání, nebo vyžadují jasný návod, co a jak mají udělat, aby se situace změnila. Přístup k těmto klientům je odlišný od přístupu k uživatelům samotným.

Kontakt s klientem: Ke kontaktu s klientem může docházet především v terénu, kdy je kontaktní aktivita více závislá na terénním pracovníkovi (streetworkerovi) a v kontaktním či poradenském centru, kde očekáváme základní aktivitu od klienta samotného. Další druh poradenské služby, kterou poradenská a léčebná centra nabízejí, bývá poradenství telefonické. Na závěr se zmíním ještě o jiných nestandardních možnostech poradenství.

V „terénu" se ve většině případů jedná o poradenství jednorázové, které je zaměřené spíš ve smyslu „Harm Reduction"[3], a jen výjimečně se osvědčuje působit na klienty motivačně ve smyslu léčby či abstinence[4].

V kontaktním centru se kromě výše zmíněných klientů mnohem častěji setkáváme s klienty, kteří jsou vědomě či nevědomě se svým životním stylem spojeným s užíváním nespokojeni a mají potřebu osobní či společenské změny. U těchto klientů můžeme citlivě postoupit od podávání základních informací k rozhovorům motivujícím ke změně životního stylu a od jednorázové poradenské intervence k systematické, strukturované a dlouhodobější pracovní spolupráci s jasněji vymezenými cíli. V každém případě bychom se však měli řídit pravidlem udržení pracovního vztahu s klientem.

3. Principy poradenství u uživatelů návykových látek

Situace, ve kterých dochází k poradenství u uživatelů návykových látek, bývají často netypické, a to hned z několika pohledů: 1) prostředí, ve kterém k poradenství dochází – často ulice, klub, případně veřejná místnost kontaktního centra, 2) nejasná motivovanost uživatelů návykových látek k poradenským službám, 3) velké nadšení a nižší profesionalita u terénních a kontaktních pracovníků. – Z toho důvodu se zde musíme zaměřit – více než bývá obvyklé – na možná rizika, která jsou s poradenstvím jako profesí spojená.

Jakýkoliv typ poradenství je založený na vztahu mezi poskytovatelem služby (poradcem) a tím, který službu přijímá (klientem). Tento vztah je založený na vzájemné spolupráci, která může být iniciována ze strany poradce (práce v terénu) nebo ze strany klienta (kontaktní/poradenské centrum). Stejně jako iniciace kontaktu, tak i aktivita v kontaktu leží při terénní práci s většinou nemotivovanými klienty více na poradci, zatímco v kontaktním či poradenském centru se snažíme aktivitu přesunovat spíš na klienta.

Kvalita kontaktu a výsledný efekt poradenské intervence je závislý na mnoha faktorech, z nichž se jako podstatné jeví: 1) schopnosti pracovníka znát dobře problematiku, ve které se pohybuje, 2) vytvořit vhodné podmínky pro kontakt přijatelné pro obě strany, 3) být klientovi důvěryhodným partnerem, 4) být si vědom své role a dokázat udržet hranice vztahu, 5) odhadnout reálné možnosti klienta i svoje a respektovat je, 6) dokázat strukturovat rozhovor tak, aby napomohl klientovi vytvořit si představu svého očekávání[5], 7) umět použít svou osobnost ve prospěch klienta.

Poslednímu bodu je ve všech pomáhajících profesích věnována zvláštní pozornost. Naše osobnost je nejmocnějším a mnohdy jediným nástrojem, který máme při práci s klienty v rukou. U angažovaných pracovníků můžeme sledovat dvě tendence, které vztah s klientem a tím i celý proces narušují. Jsou to na jedné straně přílišná potřeba kontroly nad chováním klienta, na straně druhé až sebeobětování pro klientovy potřeby – obě roviny jsou pro poradenskou činnost nevhodné a pro práci s uživateli drog zvlášť, neboť tímto chováním většinou opakujeme společenské vzorce, proti kterým se původně měli mnozí klienti potřebu bouřit („kontrolující a trestající rodič", „obětující se rodič, který nedává prostor pro vlastní rozvoj"). Oběma postoji bereme velkou část odpovědnosti na sebe a klientovi vytváříme falešnou iluzi, že se léčí (více viz Kopřiva, 1997).

Důležitým předpokladem efektivního poradenství je oboustranně přijatelné vytyčení společných cílů. Ty jsou závislé na potřebách a motivaci klienta. Cíle jsou odlišné při práci v terénu, v kontaktním centru, v ambulantní péči apod. Jednotlivými cíli a jejich dosahování se budeme zabývat v následujících oddílech.

4. Poradenství v terénu a v kontaktním/poradenském centru

[3] Cílem Harm Reduction je minimalizace zdravotních a sociálních rizik užívání drog – viz Hrdina, kapitola 5/1, Harm Reduction.
[4] Úkolem terénních pracovníků nebývá primárně motivovat klienta ke změně od užívání k abstinenci, ale poskytnout mu základní servis a nabídku možností – viz Hrdina a Korčišová, kapitola 8/12, Terénní programy.
[5] V literatuře se můžeme setkávat s termíny: tvorba kontraktu nebo zakázky.

V nízkoprahových programech obecně by měl klient získat srozumitelné informace o svém stavu, dalším vývoji a možnostech ovlivnění. Informace by měly přispět k „aha efektu", tj. ke změně postoje a chování, a posílit jeho osobní rozhodnutí a vlastní aktivitu. Měl by obdržet nabídku dalších programů či služeb, neměl by však být do nich tlačen (případný „tlak" se může odvíjet pouze od vztahové úrovně).

Poradenství v terénu

Poradenství v terénu, tedy většinou na ulici či v klubech, má formu různých nabídek přinášejících klientovi určité výhody a bezpečí. Jde především o formu „Harm Reduction" – aktivity snižující rizika spojená s užíváním návykových látek, případně může poradce nabídnout docházení do kontaktního centra.

V tomto případě většinou vyhledává pracovník klienta a jejich vzájemný kontakt nemívá velké ambice zaměřené na změnu chování. Klienti bývají pro případnou změnu nemotivovaní a vůči „druhému" světu ostražití. Tato ostražitost se zvyšuje v okamžiku, kdy klienti cítí nepřiměřený nátlak či známky konfrontace se svým chováním.

Cílem této činnosti je především vytvořit pro klienta přijatelnou vazbu mezi světem drog, ve kterém žije a světem bezdrogovým, který do té doby obvykle vnímá jako ohrožující. Pokud je klient ochotný diskutovat o svém životě, případně o své nespokojenosti, pracovník by měl být především dobrým „naslouchačem" a měl by umět přijatelnou formou nabídnout klientovi možnosti dalších aktivit.

Poradenství v kontaktním či poradenském centru

Pokud se klient obrátí na kontaktní centrum, můžeme předpokládat přinejmenším ambivalentní potřebu změny, a to i v případě, že do kontaktního centra dochází „pouze" z důvodu „Harm Reduction". Jedná se o klienta, který se nejen nevyhýbá kontaktu, ale je ochoten jej sám navazovat. Většinou klientovi nabízíme možnost posezení v kontaktní místnosti, pohovoření s kontaktním pracovníkem, docházení na programy, které kontaktní centrum realizuje apod. V každém případě je poradenská činnost s klientem docházejícím do kontaktního centra odlišná a dalo by se říci, že pro jeho budoucnost i nadějnější ve smyslu přijmutí intenzivnější spolupráce s odborníkem na osobní či sociální změně.

V kontaktním centru se nejčastěji setkáváme se samotnými uživateli, ale nezřídka také s jejich příbuznými, blízkými známými, ale občas i se spolužáky nebo jinými známými.

5. Poradenství s uživateli a jejich blízkými

Poradenství s uživatelem

Pokud je klient ochoten docházet do kontaktního centra, můžeme hovořit o jakési záruce jeho stability a přemýšlet o možnostech, které klient má vzhledem ke zmírnění následků užívání drog, k omezení nebo dokonce ukončení užívání drog nebo ke změně životního stylu. Zatímco v terénní práci klientovi především nabízíme, můžeme od klienta docházejícího do kontaktního centra mnohem více chtít.

Poradce se nejprve snaží navázat s klientem vztah, který by umožňoval vzájemné porozumění a důvěru. Cílem vzájemného kontaktu je postupně společně hledat možnosti, které by klientovi umožnily posun ke spokojenějšímu způsobu života. Poradce by měl mít neustále na mysli, že jedná s člověkem, jehož problém lze posuzovat na dvou základních rovinách: na rovině osobnosti s jejími přirozenými schopnostmi a na rovině závislosti, která je pod vlivem drogy.

Samotný kontakt s klientem probíhá vědomě nebo nevědomě na obou úrovních a poradce by měl mít na paměti, že je potřeba na obě úrovně brát ohled. Orientace pouze na jednu z obou úrovní je zjednodušením situace a komplikuje dosahování stanovených cílů.

Obecně lze říct, že osobnostní vývoj jedince, který je mnohdy složitý a bolestivý, se užíváním drog uspokojujících vnitřní, často nevědomé, potřeby komplikuje (lépe – brzdí). Pokud naplní užívání drog (stejně jako užívání léků) tyto potřeby, výrazně se omezuje motivace ke změně vedoucí k růstu osobnosti a jedinec regreduje do původní (dětské) závislostní polohy.

Rovinu osobní (osobnostní) lze v případě užívání návykových látek považovat za příčinnou. Pro zjednodušení zahrnujeme do této roviny všechny bio-psycho-sociální složky doplněné ještě spirituální úrovní[6]. Pracovat na této úrovni je nejvhodnější, pokud dokáže klient žít bez drog, je tudíž schopen přirozeně vnímat své obtíže a zpracovávat je jinou než únikovou formou.

Rovina závislostní – postupně se vyvíjí (případně se do ní jedinec vrací) na základě nevhodného chování, nevhodného vlivu blízkých i vzdálenějších významných osob. V této úrovni je jedinec ovlivňován samotnou drogou a tomu se také musí přizpůsobit kontakt s ním.

[6] Podrobněji viz Kudrle, kapitola 2/1, Bio-psycho-socio-spirituální model závislostí.

V případě, že klient nevidí v užívání drog problém, je na poradci, aby přistoupil na jeho variantu komplikace, ale měl by mít neustále na paměti, že droga hraje v klientově životě významnou roli. Vycházíme-li z předpokladu, že je klient ochotný svoje rozhodnutí užívat drogy a následné užívání sám zproblematizovat, hledáme možnosti jakým způsobem jej motivovat[7] k aktivitě tento životní styl změnit.

Měli bychom si uvědomit, že klientova očekávání změny většinou nejsou realistická a od poradenství mohou dokonce očekávat i konečné řešení své situace. Klient (především při prvních kontaktech) má tendenci přenášet odpovědnost za řešení své situace na poradce. Proto by měl poradce především podporovat aktivitu klienta tím, že společně s klientem jasně vymezí cíle setkání a stanoví společná měřítka k posouzení dosažených změn. Důležité je, aby poradce jasně označil možnosti a limity setkání.

Cílem poradenství realizovaného v kontaktním centru nebývá dosažení abstinence. Klient by však měl vždy dostat informaci, že nejbezpečnější a nejúčinnější snížení rizik je drogy nebrat. Aktuální cíle je potřebné určovat individuálně v závislosti na reálných možnostech klienta, vycházejí ze vzájemné spolupráce, kde by měl aktivitu přebírat klient a měly by být splnitelné pokud možno v krátkém časovém horizontu.

Další častou charakteristikou klientů navštěvujících kontaktní centra, se kterou by měl poradce počítat, je podceňování reálné situace. Proto by měl být jedním z cílů poradenství pomoci přijatelným způsobem klientovi, aby si svou reálnou situaci uvědomil. Klienti mají tendenci vnímat svou situaci lépe, než ve skutečnosti je. Tuto charakteristiku můžeme obrazně vyjádřit termínem „krok pozadu". Schématicky to znamená, že klient, který potřebuje poradenství, o žádnou pomoc nežádá; klient, který by měl pravidelně docházet do ambulance, žádá o poradu; klient, který by měl být zařazen do intenzivního ambulantního programu, žádá o občasné ambulantní schůzky; klient, který by měl být intenzívně léčen ve specializovaném zařízení, žádá o intenzivní ambulantní péči.

Hlavní pravidla poradenství s uživatelem drog v kontaktním centru bychom mohli shrnout takto:
– vytvářet bezpečný a důvěryhodný prostor pro klientovu aktivitu a postupně na něj přenášet odpovědnost za svá rozhodnutí a jejich realizaci
– vytvářet společně s klientem jasně strukturované krátkodobé a skutečně dosažitelné cíle
– vyhodnocovat společně s klientem dosažení jeho pokroku
– posilovat klientovy reálné osobní možnosti
– nabízet další možnosti rozvoje a motivovat jej k případné intenzivní péči nebo dalším aktivitám a osobnímu růstu

Poradenství s příbuzným či blízkým

Na rozdíl od klientů, kteří mají tendenci svou situaci podceňovat, se u rodičů přicházejících do kontaktního centra často setkáváme s nadhodnocováním situace, a to především u rodičů, kteří právě zjistili, že jejich dítě kouří marihuanu. Tento postoj ale nelze zobecnit, protože stejně tak se setkáváme s rodiči, kteří sami sobě dlouho předstírají, že se nic neděje a přicházejí až v momentě, kdy je ohrožená celá rodina a droga se stala „dalším členem" rodiny, který se vměšuje do rodinného života a silně ovlivňuje vztahy[8].

Na poradci a jeho schopnostech je důležitá role – vyhodnotit skutečnou závažnost situace a snažit se ji ani nepodcenit ani nepřecenit.

Základní stav přicházejících rodičů bychom mohli charakterizovat bezmocí, zmatkem, strachem, úzkostí, snahou o nalezení rychlého řešení, které by jim měl nadiktovat poradce. Vzhledem k tomu, že situace, ve které se nacházejí se vytvářela dlouho a mechanismy jejího vzniku jsou složité, neměl by poradce na tyto požadavky přistupovat a tím přebírat odpovědnost řešení na sebe.

Dost často rodiče uklidní, když mohou o své situaci pravdivě v bezpečném prostředí vyprávět, jsou vyslyšeni, nevzbudí v poradci zmatek, který je zahlcuje, a dostanou nabídku možných řešení, která mohou vyhodnotit a případně se podle nich zařídit.

Dost často se v praxi setkáváme s radikálními postoji poradců, kteří bez skutečně odpovědného vyhodnocení celkové rodinné situace nabízejí: „musíte své dítě vyhodit z domu, jedině tak mu můžete pomoci a sebe zachránit". Toto řešení je v některých případech na místě, ale rodina se k němu většinou dlouho odhodlává a efektivně jej může využít až v situaci, kdy sama pociťuje skutečné ohrožení své existence. I v této situaci to není snadné a bez vnější podpory často neudržitelné. Proto je vhodné nabídnout rodičům možnost docházet do

[7] Podrobněji viz Dobiášová a Broža, kapitola 5/4, Motivační trénink.
[8] Viz též Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou.

ambulantní skupiny, kterou vede profesionál nebo do svépomocné skupiny (např. anonymních rodičů)[9].

Jako hlavní cíle poradce v kontaktním centru můžeme označit:
– zklidnit rodiče a nabídnout jim bezpečný prostor, ve kterém mohou pravdivě vyprávět o své situaci a kde jim bude věnován skutečný zájem
– pokusit se jasně strukturovat jejich situaci
– vyhodnotit reálnou situaci
– nabídnout možnosti řešení jejich situace
– nabídnout jiné možnosti péče o sebe

6. Znalosti, dovednosti a osobnost poradce

Jaké jsou základní charakteristiky dobrého poradce?[10] Poradce má být *empatický* – schopný vcítit se do pocitů a jednání klienta. Tato schopnost však s sebou nese také určitá rizika – nikdo není tak empatický, aby si mohl být jistý, že opravdu vnímá situaci stejně jako klient, že opravdu prožívá stejné emoce jako klient atd. Proto je i pro empatického poradce důležité si své vnímání neustále ověřovat. Dalším rizikem přílišné empatičnosti je následná omezená schopnost vidět situaci s patřičným nadhledem a tudíž omezená schopnost vymezit hranice mezi společenskými možnostmi a klientovými představami. Empatii v poradenství je dobré chápat spíš jako schopnost přijímat klientovy potřeby, přání, strachy atd. jako významné, pokoušet se společně porozumět jejich zdrojům a neodmítat je jednoznačně jako nepatřičné.

Poradce má být *autentický* – pravdivý/upřímný ve svém chování. I tato charakteristika není bez rizik, zvlášť u pracovníků, kteří začínají. Autentičnost je zcela na místě, kdy se pracovník identifikuje s rolí poradce, a to jak vědomě, tak i nevědomě. U začínajících pracovníků se často setkáváme se stylizací do role poradce. Tento postoj není stabilní a vlivem manipulace či provokace uživatelem může pracovník lehce sklouznout do pozice autoritářské (přísný rodič) nebo se naopak pouze podřídí potřebám uživatele (obětující se rodič).

Poradce má být *akceptující* – schopný přijmout klienta takového, jaký je. Měl by přijmout jeho trápení, prožívání, pohled na svět atd. tak, jak je vnímá klient, a být mu nápomocný se v často složité a mnohdy až neřešitelné situaci orientovat a společně s ním hledat nedestruktivní východisko. Neznamená to však, že má souhlasit s jeho životním stylem, který je často nezodpovědný, sebedestruktivní či kriminální.

Při dodržení těchto charakteristik se poradce stává pro klienta člověkem *důvěryhodným*, na kterého se může s důvěrou obrátit se svými trápeními a od kterého je schopen přijmout případné nabídky další intenzivnější spolupráce.

Každý poradce v oblasti závislostí by měl mít nezbytné obecné znalosti o drogové problematice, o klientech, se kterými přichází do kontaktu, o sociálním prostředí, ve kterých se klienti pohybují, a specifické konkrétní znalosti týkající se jeho činnosti.

Stejně jako v každé pomáhající profesi, je i poradenství v terénní práci a kontaktním centru závislé především na kvalitě osobnosti poskytovatele (poradce). Proto by měl dbát vedle technických znalostí a dovedností o zlepšování své osobnosti. K tomu slouží řada výcviků, seminářů a kurzů.

Významným nástrojem rozvoje a zkvalitňování osobnosti a dovedností poradce je pravidelná supervize.

[9] Viz též Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislého.
[10] Viz např. Prochaska a Norcross, 1999.

Summary Drug Counselling (with Particular Regards to Streetwork and Work in the Contact Centre)

The chapter first presents the general characteristics of counselling as a method, and the application of counselling in drug-related problems. Counselling in streetwork and counselling in low-threshold contact centres are described in more detail with regard to the aspects of harm reduction, motivation and change. Counselling in such settings requires also to apply particular approaches to drug users and their family members. Finally, characteristics of a counsellor are given from professional and personal viewpoints (authenticity, empathy, acceptance, skills to work-through both drug– and person-related problems of the client, etc.).

Key words: counsellor – counselling – family members – low threshold contact centre – streetwork

Literatura

■ Heller J., Pecinovská O. a kol.: Závislost známá neznámá. Grada Publishing, Praha, 1996
■ Kopřiva K.: Lidský vztah jako součást profese. Portál, Praha, 1997
■ Prochaska J. O., Norcross J. C.: Psychoterapeutické systémy. Grada Publishing, Praha, 1999
■ Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
■ Schmidbauer W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí. Portál, Praha, 2000
■ Votavová M.: Matky problémových uživatelů drog. Hradec Králové. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové), ročník 12, č. 3, str. 120 – 122, 2001
■ Úlehla I.: Umění pomáhat. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1999

PhDr. Jiří Broža

Vystudoval sociální pedagogiku na Universitě Palackého v Olomouci. Specializační vzdělání (výcviky): 1983 – 1989 psychoterapeutický výcvik SUR, 1990 – 1993 výcvik v systemické psychoterapii, výcvik v neverbálních technikách, 1995 – 1999 Mezinárodní vzdělávací program v oblasti terapie drogových závislostí (IEDATTP), 1997 – 2002 psychoterapeutický výcvik v analytické skupinové psychoterapii, 1999 – 2002 supervizní výcvik. Působí v oblasti terapie a výchovy mladistvých, zejména uživatelů drog. Další odborné aktivity: lektor výcviku SUR, lektor primární prevence, supervizor, člen odborných týmů v drogové oblasti. Publikace: „Koncepce a operační manuál pobytového oddělení pro dospívající problémové uživatele návykových látek" (1999), odborné články v Konfrontaci, v periodiku Éthium, ve zpravodaji Výchovné poradenství.
Kontakt: J.B., Na Kopečku 100/3, Liberec 1.
E-mail: jib@volny.cz

Klíčová slova: emergentní stavy – krize – krizová intervence

Úvod

Latinské „crisis" znamená rozdělení, svár, rozhodování, rozsudek. Označení „krize" se používá pro řadu životních situací, společnými znaky tohoto stavu bývají: těžká nerovnováha, hroucení dosavadních struktur zkušenosti, zvrat v dění, vyhrocení. Jako výstižná metafora krize bývá často uváděn příklad čínského znakového písma, kde pro zápis tohoto významu je užito dvou znaků: prvního s významem „nebezpečí", druhého s významem „příležitost" (Capra, 1969; *viz Obr. 1*).

Inspirativní a bohatou studnicí obrazů „topografie zkušenosti krize" jsou texty filosofických a literárních autorů, reagujících v minulém století na traumatizující válečné a civilizační zážitky a navazujících na linii autorů proudu existenciálního myšlení. Ponechejme stranou filosofické (a už vůbec politické) licence pro tento jev a ohraničme si ho jako fenomén důležitý pro služby v oblasti duševního zdraví. Problematika krizové intervence patří do oblasti „emergentních", tedy naléhavých, akutně požadovaných či potřebných postupů – intervencí. Brown, Pullen a Scott (1992) uvádějí, že termín „krizová intervence" je obestřen zmatky, je užíván (někdy zneužíván) k označení široké škály služeb poskytovaných profesionály i dobrovolníky od linek důvěry až po pohotovostní psychiatrické služby. Sociálními pracovníky ve Velké Británii je tento termín často užíván k označení urgentních návštěv v domácnostech klientů. Brown a spol. (op. cit.) doporučují užívat termínu „krizová intervence" pro soubor technik, selektivně a strategicky užívaných pro okamžité a efektivní zacházení s lidmi, kteří akutně reagují na nadměrně náročné životní události („…jde o tahy, selektivně užívané při práci s lidmi, kteří nejsou nemocni"). Krize je ovšem stavem, který může být vyvolán řadou činitelů (včetně nemoci) – podstatné je subjektivní prožívání neodkladnosti, naléhavosti, provázené úzkostí, strachem, pocity mimořádného omezení, bezvýchodnosti, zúžení života na předmět krize. Užijeme-li konceptu poruchy duševní a fyzické rovnováhy, pak jde o těžkou poruchu rovnováhy, nezvládnutelnou dosavadními regulačními mechanismy a časově ohraničenou. Krize je životním obdobím či mezní situací, která postihuje každého z nás.

Historie teorie krizové intervence je často spojována se jménem G. Caplana (1970). Ke vzniku teorie krizové intervence přispělo několik katastrof, při kterých došlo k zabití či vážným zraněním lidí (zmiňován bývá požár v nočním klubu Kokosový ořech před 60. lety). Od počátku byla zaznamenána zkušenost, podle níž se věřilo, že prostředí ve kterém problém vznikl, je důležitou součástí „léčby".

Model krize

Pro pochopení vzniku krizového vzorce prožívání a chování je důležité popsat adaptační vzorec, kterým reagujeme obecně na traumatizující zážitky.

Reakce na ztrátu bývá klinicky popisována ve třech stadiích: v prvním dochází v rámci okamžité odpovědi k otupělosti a poklesu víry a naděje. Ve druhém se rozvíjí reakce na ztrátu v obraze úzkosti, zoufalství, vzteku, pocitů viny, dochází k přehrání regresivních programů chování, k netečnosti, k depresi. Ve třetím stadiu dochází k přijetí situace a tvorbě plánů do budoucnosti.

Spouštěčem adaptačních vzorců může být nejen ztráta (opuštění, osamění, ztroskotání vztahu, ztráta zaměstnání, rozplynutí se očekávaného, potrat, narození defektního dítěte), ale i změna. Změnu může přinést sám vývoj životní dráhy jedince (dospívání, rodičovství, stáří), změny ve vztazích (opouštění domova, separace dětí od rodičů), změny v kariéře (ukončení školy, nástup do zaměstnání, povýšení nebo změna postu). Rovněž žádoucí životní změny, které přináší nový systém odpovědnosti a vztahů, narušují dosavadní systém podpory. Ztráta či změna sama o sobě krizí není, ani reakce na ni nemusí vyústit do plného obrazu krize.

G. Caplan (podle Brown, Pullen, Scott, op. cit) uvádí, že stav emoční rovnováhy je neustále ohrožován. Malá zvýšení tenze nemusí být vůbec uvědomována, automaticky navodí normální adaptační vzorce, které trvají do obnovení emoční rovnováhy (1. stadium). Je-li hrozba příliš veliká, přestávají automatické odpovědi fungovat, vzrůstá napětí a je třeba podniknout zcela vědomé pokusy, jak problém vyřešit, často je třeba očekávat postup pokus-omyl (2. stadium). Je-li ohrožení velké a tento program nestačí, dochází k růstu prožitku úzkosti a nepohody a jsou mobilizovány další scénáře: zpravidla dochází k redefinici problému, často bývá po-

pírán (na úrovni samotného podnětu, na úrovni významu důležitých skutečností relevantních pro situaci, na úrovni reakce na podnět). Dochází k pokusům o inovaci programu, jak problémem projít. Pokud nedochází k úlevě, hrozí další zvýšení napětí, provázené dezorganizací, mohou se objevit symptomy jako vnější projevy obranných mechanismů, dochází k rozsáhlé reakci až v obraze chaosu (*Obr. 2*).

Brown, Pullen, Scott (op. cit.) charakterizují krizi takto:
– Obvykle opouzdření a řešení během 1 až 6 týdnů.
– Postižený signalizuje během krize potřebu pomoci.
– Postižený je v krizi mnohem přístupnější pomoci zvenčí.
– Východiskem je aktivita postiženého a intervence druhých.

Nebezpečí a příležitost

Výše uvedená metafora čínského znakového písma upozorňuje na přítomnost nebezpečí i příležitosti. Zobrazuje tak podstatnou charakteristiku lidské existence: je provázena nebezpečím a příležitostí jako stále přítomnými kvalitami. Je pošetilé vytvářet obraz života jako bezpečné cesty beze ztrát a změn. Je pošetilé podceňovat nebezpečí. Jak si s tímto rozporem poradit při své cestě, jak si s ním poradit v roli pomáhajícího pracovníka? Máme dosud v živé paměti obraz rozporu, kdy proklamací boje za světový mír docházelo k eskalaci pocitu nebezpečí z možného zásadního válečného konfliktu (a válka je pro mnoho lidí reálnou životní zkušeností). Při úvahách o mezích a možnostech pomoci tomu, kdo se pravděpodobně ocitl v krizi, se ocitáme v prostoru jisté válečné linie. A jako ve válce se lidé těší na brzký mír (pomíjím skupiny lidí, kteří válku považují za pokračování obchodu jinými prostředky) i v krizi je součástí prožitku touha po brzkém „uzdravení".

Tváří v tvář „nepříteli" vyvstává otázka: kdo je silnější? Kdo jsou spojenci? Jsou střety nutné? Nestačí počkat? Jak dlouho to bude trvat? Co bude po tom?

Máme co dělat nejen s racionální analýzou situace, ale i s etickým rozhodnutím. Například v klinické praxi práce s psychotickými pacienty pozorujeme, že „psychotická krize" (tedy relaps onemocnění) není shodná s reakcí téhož pacienta na situaci ztráty či změny. Znovuobjevení psychotických příznaků přináší příležitost projít tentokráte epizodou jinak – například bezpečněji, s menší ztrátou prestiže, s aktivnější a citlivější pomocí nejbližšího okolí. Budeme mít stále co činit s etickým rozhodováním, komu přináší rozvoj kritické situace více nebezpečí a komu více příležitosti. Nebudeme na to sami, rozhodující síla je v klientovi a v jeho systémech podpory (rodina, přátelé, zkušenosti, hodnoty). Nezapomínejme na tělo, které je důležitým zdrojem síly přinášející obnovení rovnováhy na nové úrovni.

Budeme si vždy klást otázky: co je lepší, v jaké fázi, pro koho? Profesionální etické kodexy se shodují v tom, že je nutné klienta především nepoškodit. Dále v tom, že klient má právo na pomoc zachovávající v maximálně možné míře jeho důstojnost. Přisuzují klientovi právo na informovaný souhlas či odmítnutí pomoci. Zdá se ovšem, že i zde je „válečná linie": výjimkou je diagnóza. Zde je míněna jako stupeň poškození klienta, které mu neumožňuje rozhodnout se současně svobodně a současně kompetentně (bez popření významných rizik, která vedou k vážným ohrožením jeho zdravotního stavu, kvality života, života samotného).

Kdo je nejvíce ohrožen krizí, u koho svítí znak nebezpečí podobně jako červená na semaforu? Za rizikové skupiny v případě suicidiálního ohrožení jsou považovány (viz Kastová, 2000) následující skupiny v tomto pořadí: 1) závislí, 2) depresivní, 3) osamělí, 4) lidé, kteří se právě pokusili o sebevraždu, 5) příslušníci pomáhajících profesí.

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 (viz Glosář, 2001).

Základními principy programů krizové intervence je pomoci efektivně, v co nejméně restriktivním prostředí (sociální kontext je součástí problému). *Základními prvky* programu služeb krizové intervence by pak měly být:
– Nízký práh či aktivní vyhledání ohrožených – tým programu je pohyblivý a mobilní, spíše pro-aktivní než re-aktivní (tj. jedná spíše v předstihu než následně).

– Spíše asistence a pomoc v průchodu problémem na místě, ustavení rovnováhy, využití krize jako příležitosti k učení novým dovednostem.
– Čas hraje důležitou roli – intervence musí být rychlá, nelze ji zajistit, když nemáte možnost rychle reagovat (Paul O'Halloran, 1996: Krizový tým by měl k pacientovi vyjet do 30 minut, nejhůře do hodiny).
– Mělo by být jasné, pro jaké cílové skupiny je program navrhován a pro jaké typy problémů jsou jeho pracovníci trénováni.

Dovednosti v krizové intervenci (co by pracovníci týmu měli znát a umět používat):

1. Posouzení situace

– Přijetí zprávy, zachycení signálu krize.
– Připojení se ke klientovi a zapojení klienta do spolupráce.
– Akce „zde a nyní", činnost v poloze, kdy se hodnotí spíše současná situace a není čas na zvažování příliš detailních anamnéz.
– Získat názory těch, kteří hrají v krizi klienta nějakou roli.
– Proč ke krizi dochází nyní (proč ne minulý týden, měsíc).
– Posouzení přítomných symptomů (spolupráce s odborníky, kteří klienta znají).
– Je nějaká aktuální léčba, dělá již někdo nějakou intervenci (medikace, psychosociální intervence)?

Při posouzení je třeba věnovat se tomu, co přivádí klienta do krize, i chování klienta: jaká je úroveň stresu a vypětí, jaká je úroveň jeho schopnosti testování reality, stupeň dezorganizace v jeho chování (ale i v systému podpory v komunitě, v rodině), posouzení rizik (viz výše). Časování vyšetření je velmi důležité: nelze podlehnout sugesci klientova vnímání naléhavosti a nevyčlenit pro posouzení dostatečně dlouhý čas (vyšetření mobilních krizových týmů trvá 4 – 8 hodin). Je třeba posoudit klientovu schopnost postarat se o sebe v základních životních otázkách. Posuzuje se vztah klienta k týmu či pracovníkovi (je základním prostorem pro práci). Posuzují se sociální vazby – kdo pomáhá, kdo je klíčovým člověkem, kolik podpory je schopno okolí poskytnout, jak přispělo ke krizi klienta, kdo je do krize zapojen, kdo je účastníkem možného konfliktu. Posuzuje se přítomnost napětí, hostility, hyperprotektivity. Dále tendence k závislosti na pomáhajícím (lidé v krizi mají tendence k tomu se na někoho „pověsit"), stupeň izolace klienta, rodiny. Hodnotíme průběh předchozích krizí, mají-li vzorec, který se opakuje. Co se zkoušelo v minulosti. Hodnotíme praktické zdroje finanční i materiální (jsou důležitou součástí bezpečí i možností). Hodnotíme sílu vztahu – tedy aliance s pomáhajícím pracovníkem či týmem, zda chce klient uzavřít kontrakt, zda je toho schopen, zda má být takový kontrakt vícestranný (souhlas rodiny). Je třeba konzultovat rozdělení odpovědností v rámci týmu, i externích spolupracujících (např. ošetřující lékař, psychiatr, členové rodiny).

2. Plánování intervence (volba přístupu) a intervence samotná

Proces dojednávání, kontraktování – pohled na žádoucí cíl intervence může být velice odlišný (co kdo vidí jako problém). Dovednost týmu znamená sladit cíle do koordinovaného plánu postupů, které jsou uznány jako přijatelné (součástí vyjednávání je i klient a neopominutelní nositelé důležitých prvků situace). Kontraktování je i procesem, kterým se vytváří nová kvalita vztahu mezi klientem a týmem. Je rovněž procesem, který vynáší na vědomou a zpracovatelnou úroveň dosud popírané aspekty situace. Často je vhodný psaný kontrakt (např. vitální kontrakt jasně obsahující pravidla nepřípustnosti poškození zdraví a života účastníků kontraktu, nepřípustnost manipulací, pravidla pro kontakt a dosažitelnost).

Pracovní strategie týmu – obsahuje to, co může tým nabídnout, co je možné dělat. Je podkladem pro klienta a jeho rodinu, aby se mohli kvalifikovaněji rozhodnout, tým ovšem drží svou stranu kontraktu: tedy nepřistoupí na „objednávku", která popírá důležité momenty posouzení situace. Jakkoliv je dojednávání a plánování intervence kreativní záležitostí („art"), je důležité, aby byly přítomny i prvky „science" (teorie, vyhodnocení praxe, manuál postupů – tedy „řemeslo").

Při intervenci samotné je třeba průběžně hodnotit nutnost medikace. Dále je třeba klientovi povolit přijatelnou závislost (tedy vyšší, než je jinak nutná a přijatelná; zajišťuje během práce postupný přenos problému). Dále je vhodné volit postup, který modeluje klientovu okolí možnosti, jak „řešit problém" jinak než doposud (tedy využít situace k psychoedukaci, podpořit růst kapacity přirozených zdrojů). Součástí intervence samotné je i průběžné obnovování smluv či rekontraktování dohodnutého, stálé zvažování častosti monitoringu vývoje, rychlosti reakce, časování kontaktu (nemá-li tým dosažitelnost 24 hodin denně, je velice nebezpečné starat se o klienty se suicidiálními tendencemi).

3. Řešení situace, hodnocení výstupů, rozhodnutí o potřebné následné péči

Někdy je třeba vyjednávat o dalším sledování situace (je třeba opět posoudit rizika), někdy je vhodné, aby se

intervenující stáhl či změnil podobu kontaktu pružně podle situace. Vždy je nutné uvažovat o nastavení mechanismů „kotvení" – tedy jak snížit pravděpodobnost nekontrolovaného zhoršení situace. Získané poznatky a zkušenosti z krize jsou zdrojem učení pro všechny přítomné – hodnocení průběhu a výsledků může být začátkem následné péče (např. terapie, soc. pomoci atd.). Jestliže pominulo akutní nebezpečí, neznamená to nepřítomnost scénáře s tendencí k opakování krize. Hodnocení je příležitostí rozhodnout se ke změně.

Je vhodné, aby ukončení intervence proběhlo v přítomnosti všech zúčastněných. Hodnocení je součástí intervence, je dobré odlišit citlivě hranici mezi „bláznivý" a „špatný", mezi „nemocný" a „neodpovědný", mezi „oběť" a „zranitelný".

Tým by měl mít čas a prostor vyhodnotit svou roli a průběh svých akcí a intervencí, uchovat klinickou zkušenost pro budoucnost, rozhodnout se, zda intervenci považuje za úspěšnou či neúspěšnou.

Nejčastější případy krizové intervence u uživatelů drog

Následný seznam je spíše „festivalem" možných obrazů a popisů situací, ve kterých se klienti služeb obracejí na služby a na místě je uvažovat o reakci v intencích přístupu krizové intervence:

– Akutní zoufalá úzkost, např. v situaci, kdy závislost či zneužívání návykových látek vyvolává obavy okolí (rodina, spolubydlící) z rizika závažného duševního onemocnění či sebepoškození.

– Bilanční úvahy o sebepoškození či sebevražedném jednání různé etiologie.

– Onemocnění závažnou infekční chorobou (hepatitida, HIV) provázené obavami o život a zdraví.

– Úzkost spojená s nepříjemnou zkušeností změněného stavu vědomí, se ztrátou orientace, obava z neodvratného „zbláznění".

– Krize ve vztazích (milostných, rodinných) provázená pocity beznaděje a nenahraditelné ztráty, ohrožení citového zázemí, ohrožení základních sociálních jistot (bydlení), kumulace problémů v důsledku chaotického životního stylu.

– Vyvrcholení problémů ve škole či zaměstnání (mizerný prospěch, vyhazov ze školy, internátu, práce) – zde je zásadně ohroženo sebehodnocení klienta či hodnocení významnými osobami a vrcholí pocit neodvratného trestu a následných dalších ztrát (často je přítomna vina spojená s dlouhodobě popíraným či tajeným problémem).

– Úmrtí člena party (např. na předávkování), provázené směsicí popíraných pocitů viny, bilančních obranných manévrů a úzkostných pocitů vlastního ohrožení v partě i z vnějšího okolí.

– Odsouzení za přechovávání drog, podvody, krádeže – tj. situace, ve kterých se objevuje obraz neodvratnosti a neodklonitelnosti trestu provázeného společenským stigmatem.

– Pozice oběti násilí (fyzického, sexuálního, psychického – např. vydírání) v období bezprostředně po útoku či v situaci akutního ohrožení.

– Krize středního věku, spojená s bilancí dlouhodobého pijáckého scénáře či dlouhodobé preskripce uklidňujících léků. Vnitřní klientův obraz situace může zahrnovat i zesílení pocitů nudy do zoufalé beznaděje. Krize může být vyhrocena ztrátou zaměstnání a partnera, nutností zajistit základní a rostoucí nároky dospívajících dětí, které neprojevují pro porážku osamělého rodiče dostatek pochopení.

Na závěr chci zdůraznit, že techniky krizové intervence byly a jsou rozvíjeny ruku v ruce s přesvědčením o rostoucích možnostech týmů, intervenujících v přirozeném prostředí nebo v programech, které mají nízký práh dostupnosti a nepoužívají azylové izolace a masivní medikaci. Nejsou návodem pro osamělé pěšáky v poli, kteří na sebe berou tíhu osudů svých bližních. Jsou výzvou všem, kteří se pokoušejí rozmanitost života (která má vždy i své tragické stránky) pouze vtěsnat do psychiatrických diagnostických manuálů. Jsou apelem na mobilizaci síly vztahů, síly klientových vlastních zdrojů, zdrojů přirozených sociálních sítí. Jde o profesionální postup, jehož neoddělitelnou součástí je permanentní posuzování možného rizika a zajišťování bezpečí pro všechny účastníky situace, v neposlední řadě pro pomáhající pracovníky. Ochrana bezpečí vlastních pracovníků organizacemi poskytujících program (především dobrou organizací, pracovní strategií, podporou potřebnými zdroji, úrovní kvality přípravy pracovníků a uznáním včetně odpovídající odměny) je nezbytná.

Summary **Crisis Intervention**

Crisis intervention is a set of approaches applied in the case of acute response to extremely demanding life situation. It is a brief intervention belonging to emergent (urgent) approaches. Actual and perspective goals of crisis intervention are characterised. The author then describes principles of practical application (risk assessment, timing, joining the "here and now"). It is emphasised that crisis intervention should be team-based. Finally, typical situations of the crisis intervention in drug users are overviewed.

Key words: emergent states – crisis – crisis intervention

Obr. 1*: Krize – nebezpečí a příležitost*

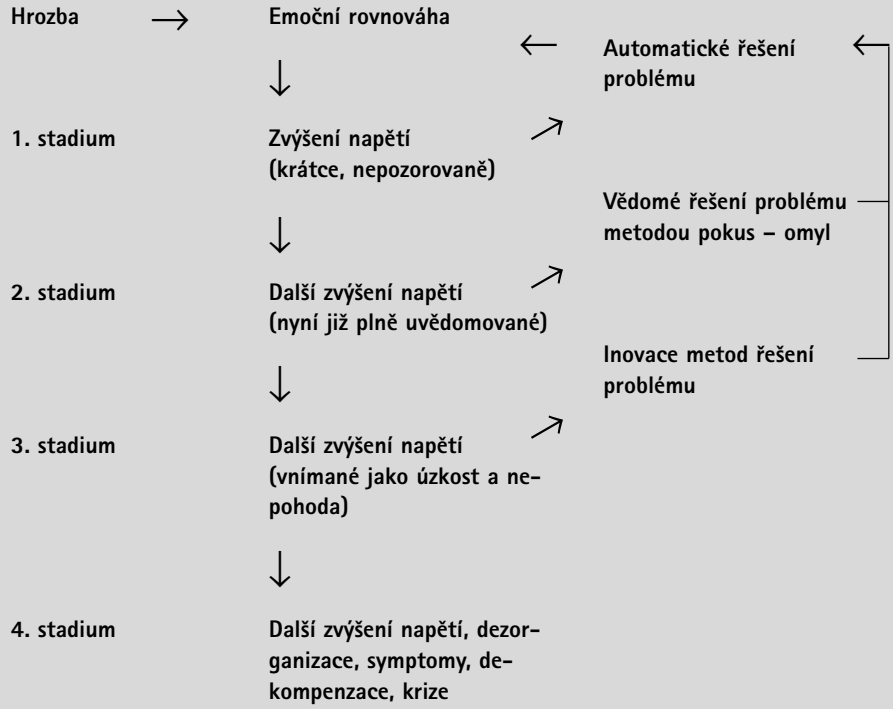
Krize je v čínštině složená ze dvou znaků a nemá pouze negativní konotaci jako je tomu v češtině. První znak WEJ znamená nebezpečí, druhý znak ŤI znamená příležitost. V čínštině totiž není nic výhradně negativní ani pozitivní, souvisí to s tradičním viděním světa jako JING-JANG.

WEJ 危

ŤI 機 (zkrác. forma 机)

WEJ-ŤI 危機

Obr. 2*: Caplanův model krize (podle Browna, Pullena a Scotta)*



Literatura

■ Brown T. M., Pullen I. M., Scott A. I. F.: Emergentní psychiatrie. Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek, Praha, 1992

■ Caplan G.: Duševné zdravie v rodině a vo spoločnosti. Nakladatelství SAV, Bratislava, 1970

■ Capra F.: The Tao of Physics. Penguin, Harmonsword (UK), 1969

■ Eis Z.: Psychoterapeutická krizová intervence. Psychoterapeutické sešity č. 33. Editor J. Skála. Kabinet psychoterapie PK FVL UK, Praha, 1989

■ Glosář: Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001

■ Kalina K., Vančura M.: Negentropický přístup k řešení psychotické krize. Psychoterapeutické sešity č. 25. Editor J. Skála. Kabinet psychoterapie PK FVL UK, Praha, 1988

■ Kalous J.: Krize jako cíl. Psychoterapeutické sešity č. 33. Editor J. Skála. Kabinet psychoterapie PK FVL UK, Praha, 1989

■ Kastová V.: Krize a tvořivý přístup k ní. Portál, Praha, 2000

■ O'Halloran P.: Poznámky z pražských přednášek a seminářů pořádaných Denním stacionářem Ondřejov, Praha, 1996

■ Šebek M.: O krizi a příbuzných stavech. Psychoterapeutické sešity č. 25. Editor J. Skála. Kabinet psychoterapie PK FVL UK, Praha, 1988

PhDr. Jiří Libra

Absolvoval jako psycholog na Filozofické fakultě nynější Masarykovy univerzity v Brně. Od roku 1981 se zabývá praxí, od r.1983 klinickou praxí v oblasti duševního zdraví (PL Jihlava, PL Havlíčkův Brod), nyní částečný úvazek na Denním stacionáři PL Havlíčkův Brod. V letech 1991 – 2001 se podílel na práci občanského sdružení Fokus, které zřizuje mimonemocniční služby pro dlouhodobě duševně nemocné. Od roku 1997 se věnuje jako realizátor projektů službám pro problémové uživatele a závislé na návykových látkách. Absolvoval výcviky v psychoterapii (SUR, Prague TA Project), supervizi (Čs. psychoterapeutická společnost – J. Hewson, supervize soc. služeb, supervize služeb psychiatrické komunitní péče), je certifikovaným supervizorem EAS. Od roku 2001 pracuje ve funkci ředitele sekce prevence a harm reduction Sdružení Podané Ruce. Žije v Brně.

Kontakt: Sdružení Podané Ruce, Francouzská 36, 602 00 Brno

E-mail: j.libra@volny.cz

5/4 Motivační trénink Dana Dobiášová, Jiří Broža

Klíčová slova: kontrakt – motivační trénink – poradenství – zakázka klienta – změna

Vývoj pohledu na „motivaci ke změně"

Předléčebné poradenství zaměřené na klienty, kteří mají problémy s užíváním psychoaktivních látek, se jednoznačně vztahuje k práci s motivací. *Motivace* je v Glosáři (2001) uvedena jako „proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění, jednak výsledným poklesem zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu a prosperitě. Je jedním faktorem ze čtyř (dalšími jsou: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí včetně sociálního), které rozhodují o úspěšnosti léčby".

Součástí tradičního modelu závislosti a její léčby bylo přesvědčení, že drogově závislý není dostatečně motivován, dokud se nedotkne dna (Rotgers, 1999; Kalina, 2000). Když pacient vstoupil do léčby, jeho motivaci a relapsům byla věnována menší pozornost. Odpor k terapii a špatná spolupráce se považovaly za popření. Současnost však nabízí i jiná hlediska: například popření můžeme považovat za odraz rozdílů mezi terapeutovou a pacientovou definicí problému. Popření lze také chápat jako ambivalenci ve vztahu ke změně v závislém chování, neboť poměr zisků a ztrát vyplývajících ze změny se během času mění. Miller a Rollnick (1991) spatřují efekt intervence motivačních rozhovorů s drogově závislými klienty v *přesunu odpovědnosti za změnu*. Ta spočívá na klientovi, zatímco úkolem terapeuta je vytvoření takového prostředí, které usnadní klientovu vnitřní motivaci ke změně[1].

Vývoj motivace k minimalizaci rizik („harm reduction") a případně k léčbě, i udržování motivace ke změně životního stylu a k vytrvání v ní tedy nepovažujeme výlučně za věc klienta. Terapeuti musí chápat počáteční i průběžné intervence posilující motivaci jako integrální součást léčby a svého profesionálního výkonu. „Jsme to my, kdo odpovídá za proces – za výsledek pak odpovídá klient" (Kalina 2000, 2001).

Rotgers (1999) označuje také *terapeutův styl* jako významný faktor v interakci klient – terapeut, který se může rozhodujícím způsobem podílet na tom, zda klient zvolí status quo, odpor a nebo se rozhodne pro změnu. Stejně jako klient, tak i terapeut může být motivován napomáhat klientovi uskutečňovat změny a nebo je blokovat. Na více či méně vědomé úrovni je také terapeut napojen na vlastní motivaci (Dobiášová, 2001).

Reakcí na trendy v léčbě závislosti, které zahrnují užití přímé konfrontace a přesvědčování, je vznik metody *motivačního tréninku*. Metoda je příkladem strukturovaného poradenství[2]. Staví na základní dovednosti vést motivační rozhovor a předpokládá, že lidé jsou ve skutečnosti celkem motivovaní, ale stav připravenosti ke změně kolísá a je ovlivněn množstvím různorodých vnitřních faktorů a vnějších podmínek.

Cíle motivačního tréninku

Základním cílem motivačního tréninku je *dosahování změn* ve směru bezpečnějšího, úspěšnějšího a šťastnějšího životního stylu, ať již při redukci užívání drog (viz „harm reduction" model), anebo při cílené trvalé abstinenci. Abstinence nemusí být přítomna v klientově zakázce, ale mezi očekávané výsledky může přesto patřit stabilizace, návrat do určité životní role, zlepšení kvality života a další kvality, které se v tradiční léčbě spojují s abstinencí. V kontaktu s klientem bychom měli odkrýt to, co ve svém životě považuje za problém a na základě toho si společně stanovit cíle. Ty se mohou týkat dosahování změn v oblasti celkového zdraví (tělesného i mentálního), sociálních kontaktů, situace s bydlením a prací, ve vztahu k policii, soudům a jiným institucím. Motivační trénink úzce souvisí s orientací na řešení problému. Hledání cílů a označování problémů by měl určovat klient, přičemž terapeut (poradce, konzultant, kontaktní pracovník) by měl usnadňovat a podporovat proces změny, případně její udržení.

Terapeut se při motivačním tréninku podílí na vytvoření kognitivního rámce pro klientovo akceptování

[1] Případně pomůže využít a zvnitřnit motivaci vnější (ze strany rodiny, zaměstnání, úřadů, soudů apod.) – viz Kalina, kapitola 7/3, Rozšiřování léčebných možností.

[2] Posilování motivace, jak uvádí Nešpor (2000), lze pochopitelně včlenit do nejrůznějších forem terapie. Dá se s ním pracovat v malé i ve velké skupině, při individuální konzultaci, při práci s rodinou atd.

problému, podporuje jeho rozhodování, posiluje jeho odpovědnost za další vývoj a sebevědomí, že je schopen reálně stanovených cílů dosáhnout.

Cíle motivačního tréninku jsou vyjádřeny v kontraktu mezi terapeutem a klientem. Mají být především realistické (dosažitelné) a klient s nimi musí souhlasit (Pates, 2000)[3]. Stejně jako motivační rozhovor má svoje pravidla a strategii, měl by se terapeut určitou strategií řídit i při vytváření cílů, ke kterým klienta motivuje.
– Cíl akce by měl být určitý, jasný a konkrétní.
– Měl by být měřitelný – měli bychom vědět, jak budeme zjišťovat jeho úspěšné splnění.
– Měl by být dosažitelný časově a klientovými schopnostmi.
– Měl by být reálný – skutečně proveditelný.
– Měl by být jasně časově omezený.

Teoretická východiska motivačního tréninku
Prochaska a Di Clemente (in Prochaska a Norcross, 1999; Rotgers, 1999) popsali v 90. letech model pěti stadií, kterými jedinec prochází při zahájení a udržování změny.

První stádium – precontemplation (předchází uvažování o změně) – Klienti, se kterými se setkáváme v předléčebném poradenství, se nejčastěji nacházejí právě v této etapě. Nevnímají užívání drog jako svůj problém, který by měli řešit. Pokud o nějakém problému hovoří, často je umístěn v okolním světě, který je zlý, nespravedlivý, nerozumí jim apod. Je to fáze, která předchází jakémukoliv uvažování o možné změně. V této fázi se jedinci cítí dobře, drogy si vychutnávají a jejich užívaní považují za prospěšné. Jsou přesvědčeni, že vše mají pod kontrolou nebo dokážou své chování sami sobě dobře zracionalizovat. Jakákoliv změna se jim jeví příliš obtížná a navíc zbytečná. – V této fázi je zbytečné motivovat klienty k abstinenci nebo jakékoliv změně. Klientům nabízíme své služby minimalizující rizika jejich užívání a pokud je to možné, tak udržujeme kontakt.

Druhé stádium – contemplation (uvažování o možnosti změny) – V tomto stádiu vidí klienti zisky a ztráty pramenící z užívání drog zhruba vyrovnaně. Hlavní a nejpoužitelnější změnou oproti předchozímu stádiu je výskyt problémů, z nichž některé jsou klienti schopni dát do přímé souvislosti s užíváním drog. Užívání drog stále ještě přináší uspokojení, ale začínají narůstat pochybnosti o správnosti pokračování a obavy o budoucím vývoji jejich užívání. – V této fázi se můžeme pokoušet o zdůrazňování rozporu a motivovat klienty k drobným změnám, které pozitivně působí na klientovo sebevědomí, pokud se zdaří je realizovat a udržet.

Třetí stádium – determination (rozhodování, připravenost k akci) – Toto stádium přináší další zhoršení situace klienta, takže ztráty z užívání drog nabývají vrchu nad zisky. Klienti jsou ochotni je dávat do přímé souvislosti s užíváním drog a reálně přemýšlejí o potřebě změnit situaci.

V této fázi je motivace ze strany terapeuta nejvíce potřebná. Klienti jsou odhodlaní svoji situaci změnit, ale v běžném okolí nevidí příliš podpory a jejich užíváním drog zdecimovaná osobnost je mnohdy příliš slabá na realizaci rozhodnutí. Tomuto stádiu také říkáme „stádium odhodlání". Z celé předléčebné etapy právě v této fázi klienti nejvíce spolupracují. Aktivně se podílejí na vytváření následných cílů a strategií, jsou plni odhodlání a bývají pozitivně naladěni. V této etapě jsou ochotni přistoupit na léčbu. V optimálním případě zde tedy končí předléčebná péče a klient vstupuje do fáze léčby. Tím ovšem nekončí potřeba klienty motivovat.

Čtvrté stádium – action (akce, pokus o změnu) – K tomuto kroku dochází pokud klientův rozpor dostatečně zesílí a potřeba změny nabude vrchu. K tomuto rozhodnutí a realizaci potřebné aktivity vedoucí k léčbě může velkou měrou přispět důvěryhodný vztah s terapeutem a jeho motivace v předchozích stádiích.

Páté stádium – maintenance (udržení plánu) – Toto stádium přináší pro klienta schopnost žít bez drogy a začátek návratu do běžného života. Většinou nebývá bez těžkostí, neboť klient, který byl dosud podporován mnoha terapeuty, chráněn před tvrdou realitou, se musí vrátit do prostředí, které většinou nepřestal vnímat jako ohrožující.

Relaps (selhání, návrat k předchozímu, původnímu) – K relapsu může dojít v každé etapě tohoto modelu.

Terapeut musí umět pracovat s klientem ve všech stádiích tohoto modelu. Vždy vychází z možností klienta, navrhuje, podporuje a motivuje klienta k takovým cílům, které odpovídají etapě, ve které se nachází nebo etapě následující.

[3] Cíle by měly být přijatelné i pro terapeuta a být v souladu s jeho hodnotami, jinak je povinen klienta předat, aby se vyhnul indoktrinaci a obtížím s akceptováním klientovy zakázky – při různosti názorů a přístupů to nemusí být pouze teoretický problém.

Jiný model změny chování podle *Buismana a Koka*, staví změny do série v následující posloupnosti (in Počarovský, 1999):

Kontakt – představuje konfrontaci (také odpor) se zdravotními a sociálními problémy, trestnou činností, stigmatizací, vývojovým konfliktem. Našimi nástroji se mohou stát nabízené služby, respekt k osobnosti klienta, poskytnutí bezpečí, prostoru pro rozhodování, hranice, osobnost pracovníka, přenesení odpovědnosti – kompetence na klienta, ocenění, podpora, atd.

Pozornost – je často zaměřena na abstinenční syndrom, zdravotní problémy, bydlení, rodinu, policii, zákon, kvalitu drog, nedostatek peněz. Účinným nástrojem může být naslouchání, trpělivost, čas, respektování klienta, hranice, kontrakt, plán, mapování hodnot a postojů, rozhovor, atd.

Pochopení – klient může pochopit informace tlumočené vrstevníky, odborníky a z tištěného materiálu, případně zprostředkované přirozenou autoritou a nebo rodiči. Našimi nástroji se mohou stát konfrontace, nastavení zrcadla, srozumitelnost, pochopení podmínek pro realizaci zakázky, jazyk, informační materiály, nácvik dovedností, profesionalita, reflektování problému, zkušenosti vrstevníků, odborníků, ex-userů, používání reality, atd.

Změna postoje – uvědomění si „Já chci" (nechci) s ohledem na krátkodobé a dlouhodobé investice, výhodné a nevýhodné volby. Např.: špinavá jehla versus čistá jehla, nahodilý kontakt versus intenzívní ambulantní terapie, intenzívní ambulantní terapie versus terapeutická komunita. Nástrojem se může stát sociální služba, zpětná vazba, nabídka servisu, názorná demonstrace, opakování informací přístupnou formou apod.

Změna záměru – může zapůsobit sociální tlak, rituál – „nechci sdílet jehlu". Nástrojem změny může být z naší strany uznání, potvrzení, podpora postoje klienta, porovnání výhod a nevýhod, obrana (stranění) postoje „chci"", zintenzivnění kontaktu, mapování situace, zdůraznění rizik, naděje, ocenění, zhodnocení, zvýšení prestiže klienta ve skupině, nabídka prostředků apod.

Změna chování – v optimálním případě je otázkou ambulantních programů stacionárního typu nebo residenčních léčebných zařízení. Mezi nástroje počítáme podporu, kontrakt, nácvik dovedností, informace, vzdělávání, alternativu.

Udržení změny – patří do programů následné péče a prevence relapsu. Jako nástroje můžeme využít reflexe, ocenění, podporu, opakování, udržení pozornosti, možnost asistence pracovníka, držení pravidel atd.

Uvedená široká škála změn zakládá spíše sérii drobných změn, kterými klient prochází, než radikální změny chování a životního stylu. Ty jsou spíše příznakem latentního (skrytého) vývoje, někdy i varovnými signály pseudo-úzdravy nebo rozvoje psychotického onemocnění.

Základní metody motivačního tréninku (principy – strategie – dovednosti)

Miller a Rollnick (in Rotgers, 1999) popisují aktivní složky motivačního rozhovoru zkratkou *FRAMES*, přičemž *F* znamená poskytování zpětné vazby (feedback), *R* představuje odpovědnost (responsibility) klienta za rozhodnutí o změně, *A* je poskytování jasných a objektivních rad (advice), *M* znamená nabídku (menu) možností změn a různých strategií, *E* zastupuje s empatií poskytované informace a *S* znamená podporu klientovy naděje a sebedůvěry (self-efficacy).

Zásady praktického vedení motivačního tréninku

Uvedení autoři uvádějí také *pět klíčových principů* pro praktické vedení motivačního tréninku:

Vyjádření empatie – značí schopnost dát najevo, že klientovi rozumíme a akceptujeme ho, aniž bychom museli se vším, co dělá a říká, též souhlasit. Ambivalenci přijímáme jako normální a pochopitelnou, což snižuje odpor na straně klienta.

Vytváření rozporu – terapeut pracuje se zesilováním rozporu, který klient pociťuje mezi svým chováním a osobními cíli nebo představami o sobě. Zneklidňující rozpor vzniká při mapování následků chování, které klient v konfrontaci sebe s terapeutem rozebírá a uvědomuje si svoje důvody ke změně.

Vyhýbání se sporu – spory jsou zdrojem klientova odporu a terapeutovy frustrace a proto je dobré se jim vyhnout. Spor s klientem může mít řadu podob (patří k nim i snaha druhého přesvědčit pomocí logiky nebo důkazů o zdravotním poškození). Také „nálepkování" se může stát zdrojem odporu nebo konfliktu mezi terapeutem a klientem. Pro vlastní léčbu není nutné přijmout nálepku („alkoholik", „problém", „feťák").

Práce s odporem – snížení klientova odporu je nejdůležitější funkcí motivačních intervencí. Odpor může vzniknout na základě vnucené léčby anebo například

pod dojmem předchozích zkušeností s terapií. Namísto konfrontace se využívá dovedností vedení konstruktivního rozhovoru (kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, parafrázování toho, co bylo řečeno, potvrzení, rekapitulace a přeinterpretování). Odpor má i pozitivní stránku v podobě energie, která je v něm uložena, a je efektivnější ho prozkoumat, než s ním jít do konfrontace. Odpor může být také vyjádřením nesouladu mezi tím, kde se klient nachází v procesu změny, a zaměřením terapie.

Podpora sebedůvěry – abychom pomohli člověku, který očekává změnu chování spojeného s užíváním drog a cítí tíhu odpovědnosti za rozhodnutí změnu uskutečnit, je naším úkolem dodat klientovi vědomí vlastních schopností a důvěry v sebe sama při dosažení výsledku. Vždy je důležité věnovat hodně pozornosti drobným krokům a detailům (význam drobných dovedností), ze kterých se skládá výsledek.

Strategie

Aplikací motivačního tréninku jsou následující *strategie*, které je možné používat podle stadia, ve kterém se klient nachází.

„Probírání typického dne nebo sezení" – může poskytnout informace o míře klientovy motivace a poskytuje podklad pro diagnostické posouzení užívání drog a umožňuje odhadnout možnosti reálné změny v ambulantních podmínkách.

„Dobré a méně dobré při užívání drog" – při klientově zhodnocení pro a proti užívání získáme představu o stadiu změny klienta a stupni jeho ambivalence. Terapeut by označení problematických a méně dobrých věcí měl nechat na klientovi. Jeho úkolem je pomoci rozpoznávat, zesilovat moment rozhodování, poskytovat nástroje pro hodnocení (aby mohl nejen sám sebe slyšet, ale i určité věci vidět, dělat).

„Poskytování informací" – zpětná vazba (feedback), vyžádaná anebo vhodně načasovaná informace či rada se může stát těžištěm poradenství. Je věcí tréninku a dovedností, stejně jako zkušenosti, jestli způsob poskytování informací bude vhodně volenou intervencí anebo konfrontační formou vyvolá odpor. Jednou z pastí v rámci výkonu pomáhajících profesí je udílení rad z pozice experta, což klienta staví do pasivního či obranného postoje. Důležité je zajímat se o dopad poskytnuté informace (k čemu je klientovi dobrá a jak s ní může naložit). Je na klientovi, zda využije to, co jsme mu nabídli.

„Probírání problémů" – účelem této strategie je posunout klienta k cíli motivačního tréninku tak, že s ním probereme příčiny jeho problémů, pokud je ve stádiu, že vidí ve spojitostech s užíváním drog nějaký problém. Důležité je nechat klientovi čas a prostor, aby mohl projít rozhodovacím procesem.

Dovednosti

K dovednostem a technikám, které terapeut při motivační práci s klientem využívá, patří:

– *používání otázek s otevřeným koncem*, kterými motivuje klienta ke komunikaci a přemýšlení o svých tématech,

– *reflektující naslouchání*, které spočívá v průběžném zrcadlení nejdůležitějších informací, které klient podává,

– *potvrzování kladných postojů*, ve kterém terapeut projevuje ocenění a uznání – nemělo by se však stát jediným způsobem komunikace, zároveň by měl být terapeut ve vyslovování ocenění pravdivý, aby nevzbudil v klientovi dojem falešnosti, na kterou klienti bývají citliví,

– *sumarizování*, což je dovednost podobná reflektivnímu naslouchání – jde o schopnost čas od času shrnout do uceleného tvaru to, co dosud klient popisoval,

– *vytváření prostoru pro sebemotivaci klienta*, která je vždy výhodnější a trvalejší než motivace, která přichází pouze ze strany terapeuta – terapeut by si měl všímat všech sebemotivujících projevů a na konci sezení by je měl zveřejnit nebo pro ně dát klientovi prostor (např. „myslím, že chci znovu přijít, protože je ještě stále o čem hovořit").

Rotgers (1991) řadí vedení motivačního rozhovoru mezi drobné *terapeutické dovednosti*[4]. Terapeut by je měl umět zvládat jak v kontaktu s klientem „face to face", tak telefonicky (telefonická intervence se řadí mezi speciální dovednosti, ve kterých je třeba se také vycvičit).

V odstavci o práci s odporem jsme již jmenovali dovednosti jako: kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, parafrázování, potvrzení, rekapitulace, přeinterpretování (přeznačkování) a shrnutí.

Rámec – kontrakt a zakázka

Kontrakt je smlouva mezi klientem a poradcem či te-

[4] Jedná se o nástroj, který leží na pomezí poradenství a terapie a v obou přístupech má svoje místo. Na rozdíl od psychoterapie si poradenství neklade za cíl změnu psychologických vlastností nebo osobnosti klienta a také jeho výkon není podmíněn psychoterapeutickým vzděláním a výcvikem.

rapeutem, případně týmem. Obsahem je stanovení cílů, strukturování procesu, práce s hranicemi, odpovědností a transparentním uspořádáním vztahů.

Kontrakt má mít písemnou podobu, zejména při ambulantní práci s klienty. Centrální postavení v něm zaujímá *zakázka* klienta. Domluvená a jednoznačně formulovaná zakázka definuje systém pomoci jako poradenství, terapii nebo třeba doprovázení. Zakázka tedy určuje formulaci kontraktu a jeho obsah: cíle, kriteria provedení a kontroly průběhu, pomůcky k rozhodování, kdy skončit, kriteria úspěšnosti, možnosti změn v kontraktu. Zakázka tedy v terapii zakládá „smluvní" vztah – kontrakt mezi poradcem/terapeutem a klientem (Ludewig, 1994). Vypracování kontraktu je začátkem i rámcem určitého terapeutického či poradenského procesu.

Závěr

Motivační trénink je v užším slova smyslu metodou strukturovaného předléčebného či léčebného poradenství. V širším smyslu je práce s motivací dobrým základem pro intervence, které vedou u klientů s problémy užívání drog ke změnám v chování, prožívání a myšlení. Je významnou součástí práce v nízkoprahových kontaktních centrech, poradnách a ambulantních centrech. Motivační trénink je užitečný nejen při individuální práci s klientem, ale je také efektivní součástí práce s rodinami.

Metoda motivačního tréninku je vhodná zejména v situacích, kdy klienti prožívají stav ambivalence a konfliktů v oblasti chování a myšlení. Indikací k volbě metody motivačního tréninku jsou stavy a problémy, které se objevují u klientů ze skupiny závislých, problémových uživatelů a ex-userů.

Předléčebné a léčebné poradenství, jehož součástí je motivační trénink, zvyšuje efektivitu zejména v časných stadiích léčebného procesu a při doléčování. Jedná se o nejkritičtější fáze vývoje závislosti z hlediska rizik relapsu a možných poškození. Ukazuje se, že při strukturovaném poradenství je možné ovlivnit i nižší úroveň motivace. Starší léčebný přístup, který odkládal nástup do léčby na základě mýtu o nedostatečné motivaci klienta, je třeba přehodnotit a mít na zřeteli výhody včasného zahájení léčby.

Summary Motivation Training

Working with motivation in the broader sense is a firm basis for changes in perception, thinking and behaviour of clients with drug problems. In the narrow sense, motivation training belongs to the methods of structured counselling. The chapter presents the goals of motivation training, its theoretical background (e.g. the model of stages of change by Prochaska and DiClementi, the model of successive behavioural changes by Buisman and Kok), the principles of practical application (the FRAME scheme by Miller and Rollnick) and strategies and skills of the professional working with motivation. Attention is also paid to the matters of contract and client's demand. It has been proven that structured counselling can work even at the lower level of motivation. The traditional approach (which postponed entering the treatment with regard to the client's insufficient motivation) should be replaced by activities targeted to an early entry to the treatment.

Key words: change – contract – counselling – motivation training – offer of the client

Literatura

■ Dobiášová D.: Motivační aliance při léčbě závislostí. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové), roč. 12, č. 3, str. 120 – 122, 2001

■ Glosář: K. Kalina a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001

■ Hartl P., Hartlová H.: Psychologický slovník. Portál, Praha, 2000

■ Kalina K.: Jaká péče je kvalitní? Adiktologie (Scan Tišnov), ročník 1, č. 1, str. 34 – 42, 2001

■ Kalina K.: Léčba drogově závislých. In: Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Sborník příspěvků o drogové problematice. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha, 2000

■ Ludewig K.: Systemická terapie. Palata, Praha, 1994 Mentzos S.: Rozumíme sami sobě? Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 2000

■ Miller W. R., Rollnick S.: Motivational interviewing: Preparing People to change addiction behavior. Guilford Press, New York, 1991

■ Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000

■ Pates R.: Pražské přednášky. O. s. LAXUS, Hradec Králové, 2000

■ Počarovský O.: Motivační trénink jako zásadní metoda práce s toxikomany v nízkoprahovém zařízení. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové) roč. 19, č. 3, str. 42 – 46, 1999

■ Prochaska J. O., Norcross J. C.: Psychoterapeutické systémy. Grada Publishing, Praha, 1999

■ Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999

■ Úlehla I.: Umění pomáhat. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1999

PhDr. Dana Dobiášová

Absolventka psychologie na FFUK Praha, rigorosum 1987 (PhDr.), 1999 atestace v klinické psychologii. Psychoterapeutický výcvik SUR, výcvik v systemické terapii, absolvovala International European Drug Abuse Treatment Training Project, supervizorka ČAPLD, frekventantka jungiánského analytického výcviku a výcviku s J. Hewson pro supervizory akreditovaného European Association of Supervision, vedoucí skupin ve výcvikových komunitách. Praxe na psychiatrických odděleních v Hradci Králové a v Praze – Bohnicích, ředitelka o.s. LAXUS do roku 2001. V současné době se věnuje ambulantní terapii a poradenství u nealkoholových závislostí, práci s rodinami a supervizi pracovních týmů. Publikace v českém odborném tisku.

Kontakt: Ambulantní centrum O.S.LAXUS, Okružní 699, 500 03 Hradec Králové

E-mail: laxus@volny.cz

PhDr. Jiří Broža – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 5/2.

5/5 Předlékařská a lékařská první pomoc při akutní intoxikaci – obecné otázky

Jiří Dvořáček

Klíčová slova: akutní intoxikace – antidota – dekontaminace – první pomoc – zajištění životních funkcí

Úvod

Každoročně se vyskytuje mnoho případů úmrtí z akutního předávkování návykovou látkou. Většina těchto případů je způsobena bez zvláštního plánu, vesměs podceněním rizik, k části však dochází záměrně v sebevražedném úmyslu.

Při užívání návykových látek dochází v principu k negativním důsledkům dvojího typu. Některé důsledky jsou dlouhodobé, chronické (např. syndrom závislosti), jiné důsledky jsou náhlé – akutní. Mezi důsledky a poruchy akutní lze řadit na prvním místě akutní intoxikaci a časné fáze odnětí návykové látky – akutní odvykací stav, ale také některé typy psychotických poruch, které se mohu vyskytovat v souvislosti s užíváním návykových látek, a obecně jakoukoli dramatickou komplikaci v důsledku drogou způsobeného poškození jiných tělesných orgánů. V této a další kapitole[1] se budeme věnovat akutním intoxikacím a základním přístupům pro jejich zvládání.

Tato skupina poruch má několik zvláštností. Jednou zvláštností může být to, že zvládání těžších akutních intoxikací má charakter zvládání jakéhokoli jiného život ohrožujícího stavu a vyžaduje mnohdy rychlou akci všech právě přítomných osob ještě předtím, než na místo dorazí lékař. Dalším důležitým momentem je skutečnost, že k závažným akutním intoxikacím může dojít již při prvním experimentu s návykovou látkou (domysleme, že v takovém případě v dané situaci, například při nalezení člověka v bezvědomí, nemusíme mít při posuzování vážnosti situace k dispozici žádné jiné znaky toho, že jde o intoxikaci návykovou látkou, a v případě, že nejsme profesně na tuto tematiku soustředěni, nemusí nás správná příčina vůbec napadnout).

Akutní intoxikace

Akutní intoxikace je přechodným, v principu reverzibilním syndromem, který následuje v krátké době po užití návykové látky a ústí v nápadné změny chování, psychických funkcí a funkcí různých tělesných orgánů, včetně změn základních životních funkcí (dýchacího a srdečně-cévního systému). Příznaky a znaky akutní intoxikace odpovídají typickým účinkům užité návykové látky. Na jejich podobu má ale vliv i velikost dávky, cesta aplikace, premorbidní osobnost, případné další přítomné tělesné či duševní onemocnění, tělesná konstituce atd.

Intoxikace bývá často komplikována souběžně se vyskytujícím zraněním, v podstatě jakýmkoli tělesným onemocněním, které s užíváním návykové látky vůbec nemusí souviset, nebo hloubkou a závažností některých příznaků – například křečemi nebo kvantitativními poruchami vědomí různého stupně až po kóma či delirium.

Vlastní akutní intoxikace se vyvíjí po užití návykové látky od nenápadných příznaků v úvodu (o intoxikaci lze mluvit již při jakýchkoli hlubších efektech látky, než na jaké je uživatel zvyklý) až k útlumu životně důležitých funkcí u některých skupin návykových látek. Ve srovnání s tímto typicky kvantitativním vývojem dochází někdy i ke změnám kvality vlastního efektu (příkladem je tzv. patologická intoxikace alkoholem).

Nejzávažnějším důsledkem intoxikace je smrt. Obecně lze říci, že většina návykových látek je schopna při předávkování smrt způsobit. Pro efektivní terapeutický přístup k intoxikacím s cílem předejít právě této nejzávažnější komplikaci je potřeba v základních rysech porozumět mechanismům, které smrt intoxikovaného způsobují. Nejčastější mechanismy úmrtí jsou následující:

1. Některé CNS tlumící látky mohou způsobit smrt v důsledku neprůchodnosti horních cest dýchacích (zapadlý jazyk či aspirovaný obsah žaludku) při ochablých obranných reflexech dýchacích cest.

2. CNS tlumící látky působí také depresi dechového centra (zástavu dýchání).

3. Některé látky působí poruchy srdečního rytmu – smrt je pak způsobena nejčastěji fibrilací komor nebo srdeční zástavou.

4. Dalším mechanismem může být snížení kontraktility srdečního svalu (např. v důsledku poškození srdečních svalových buněk).

5. Křeče při některých intoxikacích mohou vést k aspi-

[1] Dvořáček, kapitola 5/6, Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek.

raci do plic, k hypoxii, k hypertermii, acidóze a ve svých důsledcích k poškození ledvin a mozku.
6. Smrt může nastat i různými nehodami (včetně dopravních), ke kterým dochází v důsledku intoxikace.

První pomoc při akutních intoxikacích lze rozdělit na:
– předlékařskou – poskytnutou většinou nezdravotníkem před příchodem lékaře (základní postupy předlékařské první pomoci znázorňuje zjednodušeně *Schéma 1*),
– lékařskou – rozšířenou a náročnější na postupy (základní postupy lékařské pomoci viz *Schéma 2*).

Předlékařská první pomoc

Obecné posouzení ohrožení života

Při setkání s člověkem pravděpodobně intoxikovaným je i v předlékařské péči důležité rychle stanovit priority dalšího postupu. Každou intoxikaci je nutno považovat za naléhavý, život ohrožující stav. Současně je třeba mít na paměti, že zhoršování klinického stavu může mít velmi rychlou dynamiku. Prvním úkolem je proto bez ohledu na příčinu intoxikace udržet základní vitální funkce – oběh a dýchání. O stavu dýchání se lze přesvědčit prostým pozorováním pohybů hrudníku a břicha, o stavu oběhu vyhledáním pulsu na periferních tepnách.

Posouzení stavu vědomí

Při intoxikacích dochází ke kvalitativním i kvantitativním změnám vědomí, pro zvládnutí život ohrožujícího neodkladného stavu je na počátku důležité posoudit hloubku porušeného vědomí. Hloubka porušeného vědomí se pohybuje od celkové utlumenosti, přes ospalost, bezvědomí, které je možné přerušit, až po kóma. Pro stanovení hloubky kvantitativního poškození vědomí existují různé stupnice. V rámci základní předlékařské první pomoci bohatě postačí orientačně posoudit stav vědomí zhodnocením, zda pacient reaguje na oslovení, bolestivý podnět (pohybem, očním kontaktem či slovy), anebo nereaguje vůbec. Posouzení stavu vědomí je důležitým krokem pro rozhodnutí o dalším postupu – v první řadě o uložení pacienta do správné polohy. Diferenciální diagnostika je komplikovaná – porušené vědomí může mít samozřejmě mnoho různých příčin.

Důležitou částí první pomoci při intoxikaci je pokus udržet vědomí, respektive zpomalit jeho zhoršování. Nejjednodušší je mobilizovat vědomí intoxikovaného nucením k aktivnímu rozhovoru a kontaktu.

Zabezpečení životních funkcí

Uložení do správné polohy – zvolená poloha se řídí podle stavu vědomí a stavu základních životních funkcí. Bezvědomý, spontánně dýchající, se uloží do stabilizované polohy na boku. Pacient při plném vědomí, s poruchami srdce a oběhu, se uloží na záda s horní částí těla lehce zvýšenou. Pacient s poklesem tlaku (intoxikace MDMA, dlouhé zvracení) se uloží na záda se zvýšenou polohou dolních končetin. Při zástavě životních funkcí se uloží na záda na pevnou podložku pro zahájení umělého dýchání.

První pomoc při ztrátě životních funkcí není pro intoxikace nijak specifická:
1) uložení do vodorovné polohy,
2) vyčištění prostoru úst a hltanu,
3) umělé dýchání,
4) masáž srdce,
5) kontrola výsledku.

Pro udržení průchodných dýchacích cest musí po základní první pomoci postačit vhodná poloha a dobrý dohled.

Zklidnění a zajištění lékařské pomoci

Uložení na klidné místo a zklidnění patří ke standardním postupům první pomoci, u intoxikovaných je tento bod o to důležitější, že mezi příznaky intoxikace patří i různé psychotické stavy (často s paranoidním myšlením) nebo impulsivní a agresivní reakce. K jejich mírnění je třeba navozovat klidnou atmosféru a raději eliminovat dráždící stimuly z okolí. Úzkostné reakce lze tišit i klidným a podpůrným rozhovorem s ujištěním, že se intoxikovaný právě nezbláznil.
Předlékařská první pomoc končí přivoláním lékaře nebo převezením do zdravotnického zařízení.

Lékařská první pomoc

Stabilizace, udržování a kontrola základních životních funkcí

Lékařská první pomoc navazuje tam, kde skončila první pomoc předlékařská.

V prvním kroku pokračujeme v dalším zabezpečení základních životních funkcí (udržení volných dýchacích cest intubací, zajištění žilního přístupu), případně provádíme oživování rozšířenými formami (medikamentózní a elektrické oživování, umělé dýchání s pomůckami atd.). Zavádíme monitoring základních funkcí a provádíme posouzení dalších neodkladných ohrožení.

Při alteraci vědomí se doporučuje rutinně nárazová dávka glukózy, protože při kómatu v důsledku hypoglykémie dochází rychle ke ztrátě mozkových buněk.

Zklidnění pacienta provádíme uklidňujícím a podpůrným rozhovorem, eventuálně farmakologicky – diazepam 5 – 10 mg. Ke zvládnutí případných křečí je vhodný například diazepam 5 – 10 mg.

Rozpoznání intoxikace a detailnější diferenciální diagnóza

Někdy lze diagnózu intoxikace učinit hned na počátku první pomoci. Zajištění vitálních funkcí pak může být kombinováno se specifickým postupem u intoxikací (např. podání naloxonu u opioidové intoxikace). Většinou ale rozpoznání intoxikace není jednoduché a ani zcela nezbytné pro základní zajištění životních funkcí.

Pro vlastní rozpoznání intoxikace můžeme využít několik nástrojů:

– získání anamnézy od okolí
– prohledání okolí a nalezení vlastní látky či pomůcek k jejímu užití
– klinické vyšetření – např. zápach dechu (alkohol a rozpouštědla), kůže (vpichy, záněty žil, teplota, barva), tělesná teplota, zornice (zúžení zornic – opioidy, rozšíření zornic – stimulancia, LSD, horizontální nystagmus – alkohol, barbituráty, horizontální a vertikální nystagmus – PCP), svalový tonus (např. rigidita u PCP, stimulancií), tlak a puls (hypertenze, tachykardie – stimulancia, PCP; hypotenze, bradykardie – opioidy, hypnotika, sedativa)
– stanovení hladiny alkoholu v krvi (z dechu většinou neproveditelné pro malou spolupráci), toxikologický screening (v praxi při základním zvládání akutní intoxikace málo uplatnitelné – časově náročné, většinou nedostupné, řada drog není v testech zahrnuta, pro zavedení neodkladné léčby postačí posoudit klinický stav)

Ve fázi rozpoznání intoxikace je důležité nejen vyloučit jiná onemocnění (epilepsie, diabetes, hypertenze, úrazy hlavy, akutní infekce), ale zvážení dalších komplikací, které se mohou vyskytovat současně s intoxikací – zejména úraz hlavy (častými znaky jsou např. porucha vědomí, zevní zranění na hlavě, krvácení z nosu a uší, zvracení, výpad paměti, nestejné zornice, nepravidelné dýchání, ochrnuté končetiny), přítomnost infekce, kombinace s dalšími látkami (kombinace významně může měnit podobu i hloubku příznaků).

Dekontaminace

Dekontaminace zde znamená zabránění dalšímu vstřebávání látky a urychlení její eliminace z organismu. Z eliminačních metod jenom uvedeme výčet nejčastějších:

– provokované zvracení
– výplach žaludku
– forsírovaná diuréza
– hemodialýza, hemoperfúze u těžkých otrav

Podání antidot

V několika případech (naloxon v případě opioidové intoxikace a flumazenil v případě intoxikace benzodiazepiny) lze u intoxikací podat antidota – látky, které ruší nebo antagonizují účinek návykových látek. Podmínkou je přesná toxikologická diagnóza.

K důležitým a dlouhodobým terapeutickým opatřením patří i prevence opakování intoxikací v budoucnosti.

Stručně popsané postupy jsou jen obecné, konkrétní zákroky v praxi vyžadují postupy speciální, které jsou dány typem látky, stavem komplikujícím kontakt s intoxikovaným a současnými somatickými či psychickými komplikacemi. Některé speciální postupy jsou uvedeny v následující kapitole.

Summary

Pre-medical and Medical First Aid in Acute Intoxication – General Issues

Acute intoxication by addictive substances is an urgent state, which – without appropriate first aid and medical treatment – may be dangerous to life. Basic first aid does not differ from first aid in other cases threatening vital functions. The chapter deals at first with the pre-medical (lay) first aid, the purpose of which is to assess danger to life and state of consciousness, to assure elementary vital functions, to calm down the intoxicated person and to call the doctor or arrange the transport to the hospital. Medical first aid then continues in the care for elementary vital function. Decontamination (which prevents further absorption of the substance and provides its elimination from the organism) is a consequent measure. In the case of intoxication by opioids and benzodiazepines, antidota are indicated. Differential diagnosis is very important for decision making about further treatment. – Symptoms and treatment of acute intoxication by particular groups of addictive substances are presented in the following chapter, 5/6.

Key words: acute intoxication – antidota – decontamination – first aid – vital function

Schéma 1*: Předlékařská první pomoc při akutní intoxikaci návykovou látkou*

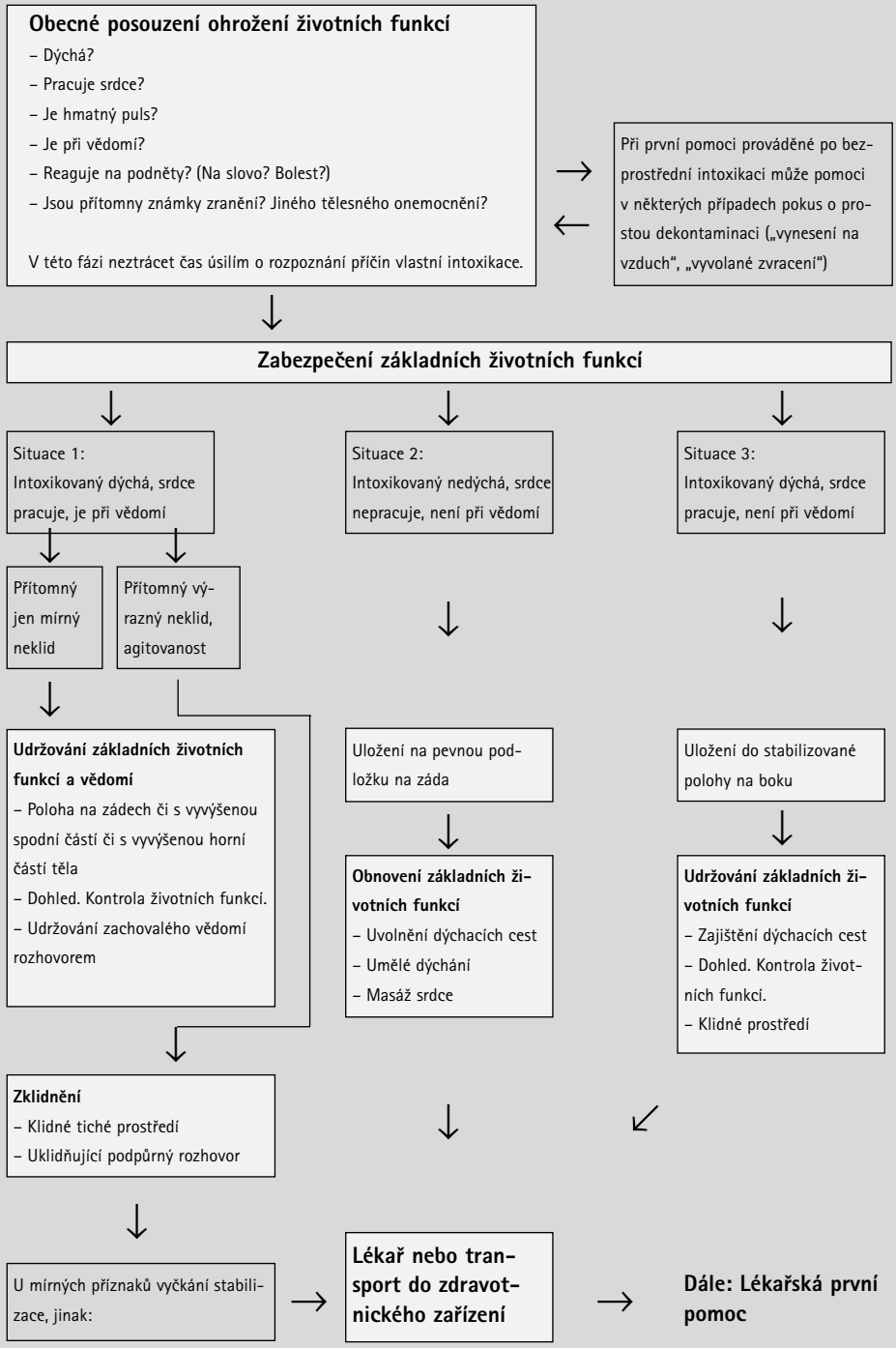


Schéma 2*: Lékařská první pomoc při akutní intoxikaci návykovou látkou (v obecné podobě)*

Předlékařská první pomoc →

Stabilizace, udržování a kontrola základních životních funkcí

- Zajištění dýchacích cest – intubace
- Zajištění žilního přístupu
- Umělé dýchání s pomůckami, řízené dýchání…
- Farmakologické a elektrické oživování srdeční činnosti
- Podání glukózy
- Posouzení dalších neodkladných ohrožení
- Zavedení monitoringu základních funkcí

V případě spolehlivého rozpoznání časné intoxikace možná kombinace se speciálním postupem u intoxikací

↓

Zvládnutí eventuálních křečí, zklidnění včetně zvládnutí výrazného neklidu, delíria apod.

Většinou vhodný např. diazepam či neuroleptika, při výraznějším neklidu např. haloperidol. Uklidňující rozhovor. Prevence sebepoškození.

↓

Rozpoznání intoxikace, diferenciální diagnóza (úrazy, somatická a psychická onemocnění, infekce…)

- Anamnéza od třetí osoby
- Zbytky návykové látky

→ Zahájení speciálních postupů u úrazů, jiných onemocnění

Dekontamince, eliminační metody
Event. podání antidot

↓

Stabilizace a dohled.
Určení dalších možných poškození návykovou látkou.
Prevence opakování intoxikace.
(např. speciální postupy u suicidiálních motivů)

Literatura

viz seznam u kapitoly 5/6

MUDr. Jiří Dvořáček

Absolvoval I. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze v roce 1994, atestaci z psychiatrie I. stupně v roce 1997 a II. stupně v roce 2001. V letech 1994 – 1997 pracoval v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, která je zaměřena výhradně na léčbu návykových nemocí. V letech 1997–1998 jako psychiatr v Terapeutické komunitě SANANIM v Němčicích. Od roku 1998 opět pracuje v PL Červený Dvůr, od roku 1999 do současnosti jako primář. Od roku 2000 vyučuje základy psychopatologie a psychologie v Ateliéru arteterapie na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích. Mezi jeho odborné zájmy patří kromě závislostí neurobiologie duševních poruch.

Kontakt: PL Červený Dvůr, Červený Dvůr 1,
381 01 Č. Krumlov, tel. 0337 / 739131
E-mail: cervenydvur@iol.cz

5/6 Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek Jiří Dvořáček

Klíčová slova: akutní intoxikace – alkohol – halucinogeny – kanabinoidy – opioidy – PCP – sedativa a hypnotika – stimulancia – těkavé látky – terapie

Alkohol

Bezpochyby nejrozšířenější intoxikací návykovou látkou je prostá opilost[1] (termín „prostý" má odlišovat běžně známou opilost od stavů komplikovaných a neobvyklých – viz dále patologická opilost). Intoxikace alkoholem je stavem, ve kterém se kombinují vesměs dobře známé znaky narušeného chování se znaky zejména neurologickými. Byť je alkoholová intoxikace porůznu popularizována, nejde o neškodný stav – může končit kómatem, depresí dechového centra, aspirací zvratků a mnoha dalšími komplikacemi.

Klinický obraz se mění s rostoucí dávkou alkoholu. Tento vývoj lze rozdělit do několika stadií, jejichž názvy již napovídají o podobě klinického obrazu:

1. Excitační, euforické stadium (odpovídá hladině přibližně 0,5 – 1,0 promile) – euforie, zvýšené sebevědomí, odstranění zábran, mnohomluvnost, zhoršení kognitivních funkcí, zhoršená sebekritičnost.

2. Hypnotické stadium (přibližně 1 – 2 promile) – prodloužení reakcí, ztráta sebekontroly, poruchy koordinace a rovnováhy, zhoršení kognitivních funkcí, podrážděnost.

3. Narkotické stadium (přibližně 2 – 3 promile) – těžká porucha koordinace, zmatenost, počínající znaky poruchy dechového a oběhového centra, studená kůže, hypotenze, hypotermie, tachykardie, povrchní a zpomalené dýchání, přechází do hlubokého spánku.

4. Asfyktické stadium (při hladině přibližně 3,5 – 5 promile) – hluboké bezvědomí až kóma, vyhasínání reflexů, cyanóza, smrt následkem centrálního selhání dýchání a oběhu.

Předcházející stadia odpovídají určitým přibližným hladinám alkoholu v krvi, nicméně na stupeň intoxikace má velký vliv stupeň tolerance, proto stanovení hladiny alkoholu nemá příliš velký praktický význam pro přístup k intoxikaci. Vlastní přístup k intoxikaci se řídí klinickým obrazem.

Tab. 1 detailněji popisuje znaky intoxikace alkoholem tak, jak je definuje 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10).

Dodejme tři poznámky:

– Zvláště nebezpečná a při běžném kontaktu s intoxikovaným často opomíjená je kombinace alkoholu s dalšími centrálně tlumivými látkami, zejména s benzodiazepiny či barbituráty.

– Zvláštností je v literatuře hojně popisovaná, ale relativně vzácná tzv. patologická intoxikace alkoholem. Nazývá se tak intoxikace velmi rychle se dostavující po vypití takového množství alkoholu, které by u většiny lidí intoxikaci způsobit nemělo, a s projevy netypickými pro daného jedince ve střízlivosti (vesměs nápadně vzrušenými a agresivními). Stav trvá hodiny a končí usnutím s následnou amnézií.

– Je třeba mít na paměti, že k alkoholové intoxikaci dochází také při současném jiném onemocnění – příkladem může být diabetik, který současně s uváděním se do stavu alkoholové intoxikace (někdy i více dní trvající), přestal dbát na svůj režim, dietu, eventuálně užívání léků, a závažné diabetické komplikace mohou vrcholit současně s alkoholovou intoxikací.

První pomoc: viz schéma obecné první pomoci v předcházející kapitole. Zvláštností by mohl být důraz na kontrolu volných dýchacích cest (riziko zvracení či zapadnutí jazyka). Vhodnější je provádět dohled ve více lidech – pro vyšší riziko agresivních výbojů.

Terapie: Terapie spočívá v zajištění životních funkcí, v udržování volných dýchacích cest (riziko vdechnutí zvratků), v doplnění tekutin, ve zvýšeném dohledu pro nebezpečí eventuálních komplikací (vnitřní zranění, rozvoj kómatu, neklidné chování vedoucí k úrazu či agresivitě). Větší neklid je někdy nutno tlumit např. haloperidolem či chlordiazepoxidem. Léčba těžších intoxikací vyžaduje podpůrné nebo řízené dýchání, sledování acidobazické rovnováhy, elektrolytů, tělesné teploty, infúze glukózy bez inzulínu, při křečích aplikaci benzodiazepinů i.v.

Pravidlem by mělo být stanovení glykémie a důkladné hledání stop po eventuálně přítomných zraněních.

[1] Viz též Popov, kapitola 3/1, Alkohol. Ostatní zde uváděné drogy viz též příslušné kapitoly části 3.

Opioidy

Akutní intoxikace opioidy je jednou z mediálně nejznámějších (od zpráv o úmrtích na záchodku v metru k životopisům předčasně život končících rockových hvězd). Tyto dvě mediální polohy mohou být současně modelem dvou příčin fatálních intoxikací opioidy:

1. Část intoxikací bývá většinou náhodná – uživatel obvykle špatně odhadne svou dávku nebo užije dávku heroinu jinak koncentrovanou (uliční koncentrace může představovat 5, ale i 60 %) nebo podcení nepravidelnost užívání v poslední době, během které mohlo dojít ke změně tolerance. Náhodná intoxikace může být také způsobena kombinací heroinu s jinými látkami s tlumivým efektem na CNS (mnohá psychofarmaka, antihistaminika, alkohol).

2. Někdy je ovšem intoxikace bilanční sebevraždou či sebevražedným pokusem (tzv. zlatá dávka).

Klinický obraz a stupeň intoxikace se liší podle cesty aplikace, rychlosti podání a míře tolerance při dlouhodobém užívání.

Vedoucími znaky jsou zprvu euforie následovaná apatií a obecným útlumem duševních funkcí, společně s prohlubující se poruchou vědomí, setřelou řečí, zhoršením kognitivních funkcí a zúžením zornic (miózou). S prohlubující se intoxikací se rozvíjí zrychlené, povrchnější nebo nepravidelné dýchání, postupně útlum dýchání až jeho zástava. Pro těžkou intoxikaci je typická triáda znaků: kóma, zúžené zornice, deprese dýchání (dále ale například hypotenze, hypotermie, někdy křeče apod.). Zúžení zornic bývá považováno za typický znak opioidové intoxikace, je třeba ale vědět, že u hypoxie při těžkém předávkování dochází naopak k rozšíření zornic (k mydriáze). Po podání heroinu může také dojít k těžké anafylaktické reakci, často se popisuje také plicní edém.

Detailnější znaky intoxikace podle MKN-10 uvádí *Tab.2.*

První pomoc: viz schéma obecné první pomoci v předcházející kapitole. Zvláštností by mohl být důraz na mobilizování vědomí intoxikovaného rozhovorem (nikoli monologem) před příchodem lékaře.

Terapie: Převoz na jednotku intenzivní péče a kontrola životních funkcí

– V případech těžké deprese dýchacího centra a oběhu aplikace opioidového antagonisty naloxonu (NARCAN, INTRENON, NALOXONE, NARCANTI) – u heroinu iniciálně 0,01 mg) kg i.v. (resp. 0,4 – 0,8 mg) ve stoupajících dávkách po 5 – 15 minutách až do vymizení příznaků, dále dávka 0,4 mg/hod i.v. až do celkových 10 mg. Některé jiné opioidy (např. buprenorfin) vyžadují vyšší dávky naloxonu. Efekt by měl být rychlý, maximálně do několika minut. Aplikace naloxonu musí být prováděna opatrně, naloxon obvykle vyvolá u závislých odvykací příznaky. Cílem terapie naloxonem je obnovit dýchací funkce.

– Je třeba mít na paměti, že naloxon má kratší poločas, jeho efekt trvá do 4 hodin, takže při předávkování opioidem s dlouhým biologickým poločasem či při současném předávkování jinou látkou s delším biologickým poločasem (př. benzodiazepinem), může člověk po naloxonu krátce procitnout z předávkování opioidem a poté znovu upadnout do kómatu. Z těchto důvodů by měl být pacient hospitalizován a minimálně 1 – 2 dny zvýšeně kontrolován.

– Eliminační metody se nepoužívají pro velký distribuční objem opioidů.

Kanabinoidy

Vážnost intoxikace kanabinoidy bývá většinou podceňována a mírné stupně intoxikace naopak uživateli vyhledávány (stejně jako např. u halucinogenů). Závažnost příznaků z hlediska ohrožení života je skutečně menší než u jiných skupin návykových látek a intoxikace většinou nevyžadují speciální lékařské postupy. Účinky kanabinoidů mohou být však nestabilní a intoxikace může nabývat nepříjemných klinických obrazů.

Klinický obraz: v závislosti na dávce dominují v klinickém obrazu intoxikace účinky THC stimulační, sedativní nebo halucinogenní. Vedoucím znakem jsou různé typy poruch vnímání. Kanabisová intoxikace zvyšuje senzitivitu uživatele k vnějším stimulům. Právě tyto percepční změny bývají uživateli pozitivně oceňovány. Ve vyšších dávkách dochází k depersonalizaci a derealizaci a k narušení motorických dovedností, k poruchám vnímání typu halucinací, někdy k paranoidnímu myšlení, může vzniknout mírné delirium či dojít k úzkostným až panickým reakcím (bad trips).

Tab. 3 ukazuje základní znaky intoxikace kanabinoidy podle MKN-10.

První pomoc: Ve většině případů postačí uklidnění prostředím a podpůrným rozhovorem (včetně ujištění, že se intoxikovaný právě nezbláznil, ale že příznaky přejdou s vyloučením drogy z těla), umožnění „vypovídání se". Dohled, prevence před poškozením sebe nebo jiných v důsledku změněného chování.

Terapie: Terapie je symptomatická, farmakologická léčba většinou není potřeba. Eliminační metody nejsou

většinou nutné, ani vhodné (pro velký distribuční objem THC).

Sedativa a hypnotika

Intoxikace sedativy a hypnotiky se vyskytují nejčastěji u sebevražedných pokusů. Vedoucím příznakem jsou poruchy vědomí různé hloubky, intoxikace mohou končit fatálně, smrt může nastat selháním periferní cirkulace, útlumem dechu a u krátkodobě působících barbiturátů plicním edémem.

Klinický obraz: Skupina sdružuje různé látky, známky intoxikace jsou u jednotlivých látek skupiny podobné (viz *Tab. 4*), nicméně u nižších dávek jsou zaznamenatelné drobné rozdíly. Benzodiazepiny v nižších dávkách vyvolávají méně euforii než barbituráty, vyvolávají odbrzdění zábran (dezinhibici), někdy s hostilním a agresivním chováním, zvláště v kombinaci s alkoholem. Intoxikace nižšími dávkami barbiturátů se více podobá intoxikaci alkoholové (s důležitým znakem nepřítomnosti alkoholu v dechu). Čisté intoxikace benzodiazepiny probíhají málokdy fatálně, benzodiazepiny relativně méně tlumí dechové centrum, jejich předávkování je méně nebezpečné než například barbituráty. Ovšem v kombinaci s jinými CNS tlumícími látkami (např. alkoholem) mohou i relativně malé dávky způsobit smrt. Nebezpečnější jsou barbituráty právě pro silnou depresi dýchacího centra. Pro předávkování benzodiazepiny je typická ospalost, letargie, zmatenost a mírný útlum vitálních funkcí. Pro předávkování barbituráty je charakteristické kóma, zástava dýchání, kardiovaskulární selhání a smrt. V posledních letech význam barbiturátů mezi intoxikacemi klesá.

První pomoc: viz obecné schéma v předcházející kapitole.

Terapie: Zajištění dýchacích cest, eventuálně podpůrné či řízené dýchání. Péče o základní životní funkce. Monitorování životních funkcí a vnitřního prostředí. Kontrola diurézy. Mohou být efektivní eliminační metody: vyvolání zvracení, výplach žaludku, užití projímadla, v lehčích případech forsírovaná diuréza s alkalizací moče, v těžších hemodialýza či hemoperfúze.

U pacientů v kómatu je možné podat antidotum flumazenil (ANEXATE, ROMAZICON) – intravenozně od úvodní dávky 0,1 – 0,2 mg až po maximum 3 mg. U závislých na benzodiazepinech může vyvolat odvykací stav s křečemi, proto by měl být podáván velmi opatrně. K prevenci bronchopneumonie u dlouhodobého bezvědomí antibiotika.

Kokain, pervitin a další stimulancia

Klinický obraz: Příznaky intoxikace kokainem a pervitinem jsou podobné. Podle stupně intoxikace v klinickém obraze nejprve dominuje stimulační efekt, s vyšším stupněm přibývají poruchy vnímání typu iluzí a halucinací (zejména vizuální a taktilní), paranoidně laděné myšlení až bludy, někdy ústící v epizody násilného chování. Intoxikace vysokými dávkami (pravděpodobněji u chronických uživatelů) může probíhat pod obrazem deliria. Znaky intoxikace stimulanciemi (včetně kokainu) podle MKN 10 ukazuje *Tab. 5*. Příznaky intoxikace většinou přecházejí do 2 dnů, psychotické komplikace trvají déle.

Nápadné jsou tělesné znaky intoxikace, zejména srdečně cévní a neurologické. V kritické fázi intoxikace může dojít k hyperpyrexii, šoku a křečím. Ke smrti dochází často poškozením srdečního svalu (infarkty, arytmie) v důsledku přímého toxického efektu stimulancií.

První pomoc: viz obecné schéma první pomoci. Zvláštností mohou být komplikace při poskytování první pomoci způsobené výrazným neklidem a paranoidně zaměřeným myšlením intoxikovaného. Navázání kontaktu může být velmi obtížné a možnosti předlékařské první pomoci se tak snižují.

Terapie: Léčba je symptomatická, zaměřená zejména na ztišení zvýšené dráždivosti a hyperaktivity nervového systému. Neklid a agitovanost vyžadují omezení, utlumení benzodiazepiny či nízkými dávkami neuroleptik (jsou však riziková pro kardiotoxicitu). Některé somatické příznaky (tachykardie, hypertenze) mohou být léčeny betablokátory nebo blokátory kalciových kanálů. Acidifikace (okyselení) moči eliminaci stimulancií z těla urychluje. Křeče mohou probíhat pod obrazem status epilepticus a stejně tak léčeny. Mezi další možná opatření patří: ochlazení, monitorování srdeční činnosti, někdy je nutná korekce arytmií. Laboratorní vyšetření se doplňují o stanovení sérové kreatininkinázy a myoglobinu v moči.

Halucinogeny

Klinický obraz: Intoxikace halucinogeny jsou barvitě popisovány v beletrii a pro příznaky mírného a středního stupně jsou vyhledávány. Jako nežádoucí jsou pak vnímány až těžší stupně intoxikací nebo některé klinické obrazy (panické ataky – bad trips). Intoxikace halucinogeny je charakterizovaná kombinací maladaptivního chování, poruch vnímání různé úrovně (iluze, halucinace – na rozdíl od typické schizofrenní ataky zde dominují spíše poruchy vizuální percepce), značné emoční lability a některých somatických znaků (tachy-

kardie, zvýšený krevní tlak, zvýšená teplota, rozšířené zornice aj.). Ve vyšších dávkách se mohou vyskytovat pestré a různě ucelené akutní psychotické syndromy (např. delirantní stav s agitovaností, halucinacemi, desorientací, někdy s bludy. *Tab. 6* ukazuje znaky intoxikace halucinogeny podle MKN-10.

Odlišení intoxikace halucinogeny, některými amfetaminy, PCP a odvykacího stavu po odnětí alkoholu či benzodiazepinů může být komplikované.

První pomoc: většinou vystačíme s uklidňujícím kontaktem a rozhovorem s intoxikovaným, s umožněním „vypovídání se", s ujištěním, že se nezbláznil, ale že příznaky odezní s eliminací drogy z těla. Uklidňující a méně dráždivé prostředí. Dohled, prevence druhotných poškození při neklidném průběhu. Základní znaky většinou odezní u většiny halucinogenů do 1 dne.

Terapie: spočívá v observaci, uklidňujícím a podpůrném kontaktu s pacientem. I „bad trip" při prevenci druhotných poškození směřuje ke stabilizaci většinou bez speciální terapie. Při velké úzkosti možné podat benzodiazepiny, v případě těžší psychotické symptomatiky aplikovat incizivní neuroleptika (haloperidol).

Fencyklidin, PCP

Klinický obraz: PCP se někdy vyděluje od halucinogenů pro četné zvláštnosti, jednou z nich je klinický obraz intoxikace. Nápadným znakem předávkování PCP je hostilita. Může vyvolat paranoidní syndrom a nepředvídatelné poruchy chování spojené s útočností. Někdy se příznaky mohou podobat akutní schizofrenní atace (podání PCP proto také bylo považováno za model schizofrenie) – pomocným znakem pro odlišení může být přítomnost horizontálního a vertikálního nystagmu u intoxikace PCP. Většina pacientů se kompenzuje do 2 dní, u některých však přetrvává psychotická porucha i několik týdnů. Psychotické epizodě nejčastěji pod obrazem deliria může předcházet kóma nebo na něj nasedat. Smrt může nastat pro hypertermii, status epilepticus nebo hypertenzní krizi. Viz dále *Tab. 7* ukazující znaky intoxikace PCP podle americké klasifikace DSM-IV.

Komplikací může být, že PCP bývá často samotnými dealery vydáváno za jinou psychoaktivní látku a samotný intoxikovaný či jeho okolí mohou tak poskytovat zavádějící informaci o příčině intoxikace. Často zaměňováno bývá zejména s LSD. (V literatuře se někdy doporučuje jednoduchý test – vyšetřující nastaví dlaň a požaduje vyjmenovat všechny na dlani viditelné barvy. Intoxikovaný LSD typicky začne popisovat různé i nepravděpodobné barvy, intoxikovaný PCP bude mlčet či na ruku zaútočí. LSD také působí mydriázu, PCP miózu.)

První pomoc: viz obecná schéma v předcházející kapitole. Zvláštností je důraz na možnost hostilních a agresivních výbuchů.

Terapie: Průběh a prognóza jsou komplikovanější než u jiných halucinogenů. Terapie je symptomatická, zejména udržování vitálních funkcí. Důležitá je prevence škod v důsledku hostility a porušeného úsudku pacienta. Vyřazení okolních stimulů. Acidifikace moče a výplach žaludku mohou zkrátit trvání intoxikace ze 3 dnů na 1. K mírnění chování v intoxikaci lze použít haloperidol, u neklidu diazepam.

Těkavé látky

Intoxikace způsobená těkavými látkami se liší podle způsobu aplikace (perorální požití, aspirace, inhalace). V kontextu návykových nemocí nás nejvíce zajímá inhalace. Vysoká rozpustnost v tucích a rychlý přechod přes hematoencefalickou barieru vytváří rychlý nástup efektu. Podobá se intoxikaci alkoholem, ale je kratší euforická fáze, rychlejší upadání do bezvědomí. Smrt může nastat útlumem dýchacího centra nebo maligní srdeční arytmií. Vedoucími příznaky jsou apatie, obecný útlum duševních funkcí, ovšem s možností impulzivního a agresivího jednání. Diagnózu může usnadnit znalost anamnézy, neobvyklý pach dechu, zarudnutí kolem úst a nosu nebo podráždění očí a dýchacích cest. Při vysokých dávkách může dojít k deliriu (příčinou může ovšem být i hypoxie způsobená vlastní metodou inhalace). Těkavé látky působí poměrně rozsáhlá orgánová poškození .

První pomoc: viz obecné schéma v předcházející kapitole. Prospěje čerstvý vzduch.

Terapie: Nekomplikovaná středně těžká intoxikace většinou nevyžaduje lékařskou pomoc. Kóma, bronchospasmus, laryngospasmus, arytmie, traumata a poleptání speciální pomoc samozřejmě vyžadují. Základem je symptomatická terapie s podporou vitálních funkcí, dohled, přísun tekutin. V úvahu může přicházet i forsírovaná diuréza. Při zvládání deliria neuroleptika. Benzodiazepiny ke zklidnění se nedoporučují pro možnost dalšího útlumu dýchacího centra.

Summary

Managing Acute Intoxication – Special Approaches

Acute intoxication by addictive substances is an urgent state, which – without appropriate first aid and medical treatment – may be dangerous to life. The same author presents the general issues of the pre-medical (lay) first aid and medical first aid in the previous chapter, 5/5. Intoxication by addictive substances of different groups, however, shows different symptoms that require special therapeutic approaches. This chapter deals with clinical symptoms and treatment of acute intoxication in the categories of addictive substances according to ICN-10: alcohol, opioids, cannabis drugs, analgesics, hypnotics and tranquillisers, stimulants, hallucinogens and volatile substances; separately, special attention is paid to Phenylcyclidine (PCP).

Key words: acute intoxication – alcohol – analgesics, hypnotics and tranquillisers – cannabis drugs – hallucinogens – phenylcyclidine – opioids – therapy

Tab. 1*: Znaky intoxikace alkoholem*

Znaky intoxikace alkoholem (podle MKN 10)	
– dezinhibice chování – hádavost – agrese – labilita nálady – zhoršená pozornost – zhoršený úsudek – narušení osobních činností	– kolísavá chůze – špatná rovnováha – setřelá řeč – nystagmus – porucha vědomí – zarudlý obličej – zarudlé spojivky

Tab. 2*: Znaky intoxikace opioidy*

Znaky intoxikace opioidy (podle MKN 10)	
– dezinhibice chování – apatie – psychomotorický útlum – zhoršená pozornost – zhoršený úsudek – narušení osobních činností	– setřelá řeč – ospalost – porucha vědomí (somnolence, sopor, kóma) – zúžené zornice (výjimku představuje anoxie při těžkém předávkování)

Tab. 3*: Znaky intoxikace kanabinoidy*

Znaky intoxikace kanabinoidy (podle MKN 10)	
– Dezinhibice chování a euforie – úzkost nebo agitovanost – podezíravost nebo paranoidní představy – pocit zpomalení času – zhoršená pozornost – zhoršený úsudek – prodloužený reakční čas – sluchové, zrakové nebo hmatové iluze	– halucinace se zachovanou orientací – depersonalizace – derealizace – narušení osobních činností – zvýšená chuť k jídlu – suchost v ústech – zarudlé spojivky – tachykardie

Tab. 4*: Znaky intoxikace sedativy a hypnotiky*

Znaky intoxikace sedativy a hypnotiky (podle MKN 10)	
– dezinhibice chování a euforie	– narušení osobních činností
– apatie a útlum	– nejistý krok
– agrese nebo hrubost	– špatná rovnováha
– labilita nálady	– setřelá řeč
– zhoršená pozornost	– nystagmus
– anterográdní amnézie	– porucha vědomí
– zhoršení psychomotorického výkonu	– erytematózní kožní záněty nebo puchýře

Tab. 5*: Znaky intoxikace kokainem a jinými stimulancii*

Znaky intoxikace kokainem (stimulancii) (podle MKN 10)	
– euforie a pocit zvýšené energie	– tachykardie (někdy bradykardie)
– zvýšená bdělost	– srdeční arytmie
– velikášské přesvědčení nebo jednání	– hypertenze (někdy hypotenze)
– hrubost nebo agrese	– pocení a zimomřivost
– labilita nálady	– nauzea nebo zvracení
– hádavost	– prokázaný úbytek na váze
– opakované stereotypní chování	– rozšíření zornic
– sluchové, zrakové nebo hmatové iluze	– psychomotorická agitovanost (někdy útlum)
– halucinace, obvykle se zachovanou orientací	– svalová slabost
– paranoidní představy	– bolest na hrudi
– narušení osobních činností	– křeče

Tab. 6*: Znaky intoxikace halucinogeny*

Znaky intoxikace halucinogeny (podle MKN 10)	– impulzivní jednání
– úzkost a obavy	– zhoršená pozornost
– sluchové, zrakové nebo hmatové iluze nebo halucinace při plném vědomí a bdělosti	– narušení osobních činností
– depersonalizace	– tachykardie
– derealizace	– palpitace
– paranoidní představy	– pocení a zimomřivost
– vztahovačnost	– třes
– labilita nálady	– rozmazané vidění
– hyperaktivita	– rozšíření zornic
	– poruchy koordinace

Tab. 7*: Znaky intoxikace PCP*

Znaky intoxikace PCP (podle DSM IV)	– vertikální nebo horizontální nystagmus
– útočnost a impulzivita	– snížení citlivosti na bolest
– nepředvídatelné reakce	– ataxie
– podezíravost nebo paranoidní představy	– dysartrie
– psychomotorická agitovanost	– svalová ztuhlost
– zhoršený úsudek	– křeče nebo kóma
– narušení osobních činností	– hyperakuzis

Tab. 8*: Znaky intoxikace těkavými látkami*

Znaky intoxikace těkavými látkami (podle MKN 10)	– narušení osobních činností
– apatie a letargie	– nejistý krok
– hádavost	– špatná rovnováha
– hrubost a agrese	– setřelá řeč
– labilita nálady	– nystagmus
– zhoršená pozornost a paměť	– porucha vědomí
– zhoršený úsudek	– svalová slabost
– psychomotorická retardace	– rozmazané nebo dvojité vidění

Literatura ke kapitolám 5/5 a 5/6

■ American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994

■ Becker C. E., Olson K. R.: Léčba intoxikací. In: Katzung B. G. el al.: Základní a klinická farmakologie, Český překlad str. 895 – 907. Nakladatelství H&H, Jenišovice, 1994

■ Cikrt M.: Akutní otravy. In: Klener P. et al.: Vnitřní lékařství, str. 863 – 880. Galén, Praha, 1999

■ Greenfield S. F.: Psychoactive substance use disorders. In: Gelenberg A. J., Bassuk E. L.: The practitioner's guide to psychoactive drugs. 4th ed., str. 291 – 367. Plenum Publishing Corporation, New York, 1997

■ Haddad L. M.: Acute poisoning. In: Bennet J. C., Plum F. et al.: Cecil textbook of medicine. 20th ed., str. 503 – 511. W. B. Saunders company, Philadelphia, 1996

■ Hykeš P.: Akutní a chronické otravy. In: Kordač V. et al.: Vnitřní lékařství III. díl, str. 485 – 521. 2. vydání. Avicenum, Praha, 1989

■ Kaplan H. I., Sadock B. J.: Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 8th ed., str. 375 – 455. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 1998

■ Kaplan H. I., Sadock B. J.: Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Lippincot Williams & Wilkins, Baltimore, 1994

■ Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Psychiatrické centrum, Praha, 1996

■ Müller S.: Memorix – neodkladné stavy v medicíně (český překlad). Scientia medica, Praha, 1992

■ Smolík P.: Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha, 1996

■ Winger G., Hofmann F. G., Woods J. H.: A handbook on drug and alcohol abuse: the biomedical aspects. 3rd ed. Oxford University Press, New York, 1992

MUDr. Jiří Dvořáček – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 5/5.

Klíčová slova: detoxifikace – farmakoterapie – kategorie návykových látek – odvykací syndrom

Úvod

Jedním ze základních znaků závislosti je přítomnost odvykacího stavu při vysazení návykové látky[1]. Do značné míry uměle a vesměs z edukativních důvodů se znaky odvykacího stavu dělí na tělesné a duševní. Odvykací stav tělesný je pak nepřesně chápán jako stav závažnější (toto pojetí vychází ze stále přetrvávající představy o oddělenosti „těla" a „duše"). U různých skupin návykových látek bývá odvykací stav vyjádřen podle míry závažnosti[2]. U některých látek (například u kanabinoidů, viz dále) se většinou nevyskytuje v zaznamenatelné formě, nicméně je nutno připustit, že se jednotliví uživatelé mohou individuálně lišit a látka běžně odvykací stav nevyvolávající může u daného jedince tento stav vyvolat.

Odvykací stav není jen projevem či důsledkem závislosti, ale současně je jedním z momentů uplatňujícím se v genezi závislosti – návyková látka se neužívá jen pro její euforické, stimulační či zklidňující účinky (pozitivní posilování), ale i proto, aby se uživatel naopak vyhnul nepříjemným stavům, kterými odvykací stavy jsou (negativní posilování).

Zvládání odvykacích stavů věnujeme pozornost zejména ze dvou důvodů:

1. odvykací stav bývá první potíží, se kterou se při zahájení delšího terapeutického programu setkáme, a jeho zvládnutí se současným udržením pacienta v terapii je nezbytným prvním krokem další terapie,

2. odvykací stav může být životu nebezpečný, může být komplikován nejčastěji křečemi nebo deliriem.

Proces zvládání odvykacího stavu se nazývá detoxifikace[3]. Probíhá buď během hospitalizace pacienta[4] nebo ambulantní formou – při pravidelném denním docházení pacienta do ambulance podle dohodnutého plánu. Zvládáním odvykacího stavu se většinou myslí zvládání jeho akutní fáze s nejnápadnějšími znaky, během dalších týdnů či měsíců lze však zaznamenat znaky chronické (většinou speciální léčbu nevyžadující) jako je úzkost, nespavost, nechutenství, touha užít látku a vegetativní dysfunkce různého typu.

Přístupy a metody používané při detoxifikaci

Základní uspořádání detoxifikačních programů se v jednotlivých zařízeních může lišit, v každém se však v různé míře kombinují následující přístupy:

1. Zdravotnický přístup (ošetřovatelská péče, farmakoterapie, laboratorní vyšetření apod.) – jsou zaměřeny zejména na zmírnění odvykacích znaků a příznaků, na zabránění rozvoje dalších komplikací, na provedení základního vyšetření a v neposlední řadě na případné zahájení terapie jiných souběžných zdravotních potíží.

2. Psychoterapeutický přístup – je zaměřen na navázání terapeutického vztahu a současně na podporu motivace k pokračování terapeutického programu i po odeznění nejtíživějších odvykacích příznaků.

3. Přístup sociální práce – tyto postupy jsou zaměřeny jednak na řešení nejnaléhavějších sociálních potíží v důsledku destabilizace situace pacienta těsně před nástupem terapie a jednak na dojednání pokračující léčebné péče po detoxifikaci.

Jako součást psychoterapeutických postupů lze chápat i některé režimové prvky zařazené do detoxifikačního programu. Mohou pomoci strukturovat průběh dne a současně mobilizovat pacienta k nějaké aktivitě. Oba momenty mohou odvracet pozornost od soustředění se na míru vlastních potíží, na drogovou tématiku („toxické řeči") a v konečném důsledku tak snižovat potřebu medikace či délku detoxifikace.

Metody užívané u jednotlivých skupin návykových látek budou probrány v následujících oddílech.

Alkohol

Odvykací stav po odnětí alkoholu může být velmi vážný a život ohrožující[5].

---

[1] Viz Nešpor, kapitola 4/2, Diagnostika a diagnostická kritéria.

[2] Viz též Fišerová, kapitola 2ú4, Odvykací syndrom a craving – neurobiologické aspekty; Nešpor, kapitola 2/5, Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální aspekty.

[3] Podle Glosáře (2001) detoxifikace je „léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u závislé osoby a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození." Oproti tomu detoxikace je postup, jehož smyslem je pouze zbavit organismus návykové látky nebo jiné toxické látky. Obecnými a speciálními postupy detoxikace se zabývají kapitoly 5/5 a 5/6.

[4] Viz Nešpor, kapitola 8/6, Detoxifikační jednotky.

[5] Viz též Popov, kapitola 3/1, Alkohol. Ostatní zde uváděné drogy viz též příslušné kapitoly části 3. Farmakoterapie viz též Bayer, kapitola 6/1, Farmakoterapie návykových poruch.

Začíná obvykle několik hodin po ukončení pití, obvykle vrcholí druhý den abstinence a odeznívá do 5 dní. Prvními známkami je třes (zaznamenatelný nejlépe na jazyku, očních víčkách a roztažených prstech ruky), pocení, zrychlená činnost srdce, svalové napětí a úzkost. Horší průběh bývá při vyčerpání, předcházející nedostatečné výživě či tělesném onemocnění (tedy u stavů, které se u závislých na alkoholu vyskytují velmi často). Většina pacientů zakouší pouze mírné či středně těžké odvykací stavy. Asi u 3 – 5 % pacientů se rozvinou křeče nebo delirium. Křeče jsou generalizované a tonicko-klonické (kombinace svalového napětí a ztuhlosti se záškuby) . Je třeba mít na paměti, že příčin křečí může být u závislých na alkoholu více (např. úraz hlavy, infekce CNS, hypoglykémie aj.) Přehled znaků viz *Tab. 1*, sloupec 1.

Nejvážnější formou odvykacího stavu po odnětí alkoholu je delirium, v tomto případě speciálně nazývané delirium tremens pro charakteristický výskyt nápadného třesu.

Základními znaky jsou narušené vědomí ve své kvalitě, s projevy zmatenosti a dezorientace, dále agitovanost a poruchy vnímání (vizuální, hmatové, sluchové nebo čichové halucinace, typické jsou halucinace hmyzu nebo drobných živočichů – mikrozoopsie). Objevují se bludy¨a některé tělesné znaky jako je horečka, zvýšené pocení, zrychlená činnost srdce – tachykardie, hypertenze, zrychlené dýchání. Delirium může probíhat s epizodami výrazného neklidu, pacienti mohou být nebezpeční sobě i ostatním. Úmrtnost na neléčené delirium se uvádí mezi 1 a 20 %. Typicky se vyskytuje kolem 3. dne abstinence, u pacientů kolem 35 a 40 let (po 5. až 15. letech kariéry těžkého pití) .

Současně s deliriem se vyskytují poruchy jater, poranění hlavy, hypoglykémie, poruchy vnitřního prostředí.

Mírné nekomplikované odvykací příznaky i bez léčby většinou přejdou do 3. – 4. dnů. Významnější příznaky anebo příznaky u lidí, u kterých lze předpokládat rozvoj komplikací v podobě např. deliria či křečí, a příznaky u lidí v horším zdravotním stavu, vyžadují důkladnější přístup. Na místě je uklidnění pacienta, klid, zvýšený dohled, podávání tekutin a monitorování vitálních funkcí, dále léčba poruch vnitřního prostředí a somatických nemocí. Doporučují se vitaminy. U křečí jsou vhodné benzodiazepiny.

Nejkomplikovanější je terapie deliria, vyžadující komplexnější péči psychiatra a internisty. Nejlepším způsobem zvládání deliria je jeho prevence – u lidí s dlouholetou kariérou závislosti a zvláště po větším tahu (např. s pitím 1 l tvrdého alkoholu denně po dobu např. 2 týdnů) či u lidí s deliriem v anamnéze lze riziko rozvoje deliria očekávat a raději dříve zahájit terapii např. clomethiazolem (Heminevrin). Častou chybou při léčení Heminevrinem je jeho poddávkování – nízké dávky jsou v prevenci deliria neúčinné. Předávkování může být však nebezpečné. Jakmile se rozvine vlastní delirium, léky jeho průběh už příliš neovlivní. Při vlastním deliriu je lépe se vyhnout neuroleptikům pro snížení prahu pro vznik křečí (při některých dramatických psychotických znacích ovšem mohou být jednorázově nezbytné). Někdy je nutná imobilizace. Uklidňující podpůrný rozhovor je samozřejmostí.

Opiáty a opioidy

Odvykací stav po odnětí opiátů a opioidů vypadá často dramaticky, částečně právě proto představuje u veřejnosti pravděpodobně nejznámější projev závislosti. Vzhledem k tomu, že při odvykacím stavu po odnětí opioidů pacient silně touží po užití své drogy, znaky a příznaky jsou často pacientem přehrávány ve snaze získat silnější dávky léčiv. Přes možnou dramatickou podobu a někdy výrazné subjektivní stesky by odvykací stav neměl představovat akutní ohrožení života.

Klinické příznaky jsou často přirovnávány podobou i závažností k chřipce. Vedle účelových příznaků (závislých samozřejmě na přítomnosti pozorovatele – zdravotní sestry či lékaře), se u odvykacího stavu vyskytují znaky nepředstíratelné jako je například rozšíření zornic či husí kůže. Opiáty a opioidy s delším biologickým poločasem vyvolávají delší a mírnější odvykací stav, opioidy s kratším poločasem krátký odvykací stav, ale se silnějšími příznaky. Odvykací stav po odnětí heroinu a morfinu začíná přibližně po 6. – 8. hodinách po poslední dávce, vrcholu dosahuje 2. a 3. den a trvá přibližně 7 – 10 dní. Metadonový začíná 1 – 3 dny od poslední dávky a trvá 1 – 3 týdny. Někdy se popisují chronické odvykací symptomy přetrvávající několik týdnů. Znaky a příznaky odvykacího stavu po odnětí opiátů a opioidů ukazuje *Tab. 1*, sloupec 2.

Důležitá poznámka: uživatelé heroinu často kombinují heroin s benzodiazepiny, které ovšem nepovažují za skutečnou drogu, a jejich užití opomíjejí sami zmínit – při detoxifikaci soustředěné pouze na heroin může pak dojít ke zbytečným komplikacím, neboť odvykací stav po odnětí benzodiazepinů je z hlediska ohrožení životních funkcí nebezpečnější.

Smyslem detoxifikace je učinit odvykací stav lépe zvládnutelný (nikoli nutně potlačit všechny jeho pří-

znaky) a zahájit posilování motivace k dlouhodobější léčbě. Existuje mnoho způsobů a schémat detoxifikace, od dlouhodobých (např. některá vícetýdenní schémata metadonové detoxifikace), přes střednědobé až po ultrakrátké detoxifikace (např. detoxifikace kombinací klonidinu a naltrexonu). Zde se omezíme jen na výčet několika způsobů nejstandardnějších (populární kulturní zvláštnosti, jejichž příkladem mohou být některé asijské klášterní metody, pomineme).

1) Detoxifikace metadonem

Dávky metadonu kolem 10 – 40 mg denně jsou schopny zabránit rozvoji odvykacího stavu po odnětí jiných opioidů. Užívání metadonu má několik výhod: metadon se podává ústy, je možné se tak vyhnout některým komplikacím spojeným s intravenózní aplikací. Metadon má delší biologický poločas, postačí ho podávat jednou denně. Neprodukuje tak silnou euforii jako např. heroin. Existuje několik schémat metadonové detoxifikace, nejběžnější trvá během hospitalizace přibližně 10 dní a spočívá v následujícím postupu: po zaznamenání objektivních známek odvykacího stavu se během prvního dne v opakovaných dávkách podává takové množství metadonu, které už zastaví odvykací stav (jedno ze schémat: začít 15 až 20 mg a každých 6 hodin opakovat až do vymizení odvykacích symptomů), druhý den se podá stejné množství metadonu rozdělené do dvou dávek, od dalšího dne se snižuje rychlostí 5 mg na den. Ambulantní detoxifikace trvá přibližně 3 týdny a je zatížena větším procentem nedokončení programu.

2) Detoxifikace clonidinem

Clonidin je neopioidová látka, původně zavedená na léčbu vysokého tlaku, která odstraňuje některé příznaky z odnětí drogy. Detoxifikace se zahajuje dávkou 0,1 – 0,3 mg na den každých 6 – 8 hodin do maximální dávky 2 mg) den. Nevýhodou jsou zejména některé vedlejší účinky jako je silná hypotenze a útlum. Příbuznou látkou (také agonista alfa-2 adrenergních receptorů) , která se v některých zemích používá k mírnění odvykacího stavu je lofexidin (má menší hypotenzivní efekt a způsobuje menší útlum). Clonidin umožňuje rychlejší průběh detoxifikace.

Detoxifikace kombinací clonidinu s *naltrexonem* reprezentuje jednu z podob ultrarychlé detoxifikace.

3) Detoxifikace buprenorfinem

Představuje u nás nejčastější současnou podobu detoxifikace opioidového odvykacího stavu. Buprenorfin (Subutex, Temgesic) je dostupný v sublinguálních tabletách nebo v intramuskulárních injekcích. Existuje několik v podstatě podobných postupů: podávání 3 – 4 dny ve 2. – 3. denních dávkách v průměrné denní dávce 2 – 4 mg, s náhlým ukončením či se sestupnými dávkami, někdy s pokračováním symptomatické léčby (např. diazepam, spasmolytikum, jejich kombinace aj.)

4) Symptomatická detoxifikace

Detoxifikace kombinací diazepam + betablokátor + spasmolytikum (např. algifen) představuje další u nás častý způsob detoxifikace v případech, kdy z různých důvodů nechceme dále užívat opioidy, zřídka tento způsob detoxifikace pacient sám upřednostňuje. Jde o detoxifikaci symptomatickou, každá z trojice látek mírní jeden okruh odvykacích symptomů. Vlastní schémata dávkování se liší podle jednotlivých zařízení a vesměs se nastavují podle konkrétního případu.

5) Detoxifikace bez medikace – tzv. „suchá cesta"

V současnosti vcelku málo častý způsob detoxifikace, který vychází z přesvědčení (pravděpodobně neopodstatněného), že vzpomínka na prožitek nepříjemného odvykacího stavu bez medikace zabrání relapsu. Rizikem tohoto způsobu je zejména menší pravděpodobnost dokončení detoxifikace a horší výchozí pozice pro navázání terapeutického vztahu. Tento způsob detoxifikace lze také nazývat podle nápadného znaku zježení chloupků na těle – „cold turkey" (husí kůže) .

Sedativa a hypnotika

Odvykací stav po odnětí benzodiazepinů a barbiturátů je velmi podobný a připomíná také alkoholový odvykací stav.

Benzodiazepiny

Odvykací stav po odnětí benzodiazepinů se může vyskytovat již po relativně kratším užívání menších, často terapeutických dávek. Odlišení odvykacího stavu po terapeutických dávkách od stavu po odnětí dávek vyšších má praktický význam pro způsob detoxifikace. V případě odvykacího stavu po odnětí terapeutických dávek je někdy komplikované rozlišit:

1) které příznaky jsou návratem původních symptomů, pro které byla léčba započata (řadí se sem nejčastěji úzkostné symptomy, které se znovuobjevily ve stejné nebo menší tíži než před vlastní terapií),

2) které příznaky patří k tzv. rebound fenoménu (přechodné zhoršení původních symptomů, pro které léčba započala),

3) které příznaky jsou nové v rámci odvykacího stavu.

Odvykací stav začíná typicky 2. a 3. den po odnětí střednědobých benzodiazepinů, u dlouhodobě působících benzodiazepinů může nastupovat až 5. – 6. dne.

Jednotlivé příznaky ukazuje *Tab. 1* ve sloupci 3. Většinou má odvykací stav podobu úzkosti, dráždivosti, rozlady, nespavosti, denní únavy a tělesných znaků podobných odvykacímu stavu po odnětí alkoholu. Vcelku vzácně se vyskytnou příznaky závažnější – křeče, psychotické příznaky, hyperpyrexie a smrt. Na závažnost odvykacího stavu má vliv délka užívání, velikost dávek, náhlost odnětí a některé osobnostní rysy.

Základním principem detoxifikace benzodiazepinů i barbiturátů je jejich postupné vysazování.

Odvykací stav po odnětí malých dávek (terapeutických) se zvládá jednodušeji, neboť užívaná dávka by měla být dobře známa. Existuje několik doporučených schémat.
1. úvodní snížení 10 – 25 %, poté postupovat týdenní redukcí o 10 – 25 %.
2. 50 % vysadit rychle, 25 % pomaleji, 25 % ještě pomaleji).
Konkrétní detoxifikace se samozřejmě řídí klinickým stavem pacienta.

Detoxifikace vyšších dávek by měla probíhat během hospitalizace. Doporučuje se buď snižovat dávky původní látky nebo ji nahradit benzodiazepinem s dlouhým poločasem (např. diazepam) . Nejčastější postup: stabilizace pacienta na původní dávce 1 – 3 dny, poté nárazová redukce dávky o 30 % a dále rychlostí 5 – 10 % denně. Klinický stav si někdy ovšem vyžádá postup mnohem pomalejší. V případě křečí možno doplnit karbamazepin či valproát.

Barbituráty
Odvykací stav po odnětí barbiturátů, v základních rysech jinak podobný stavu po odnětí benzodiazepinů – viz též *Tab. 1*, sloupec 3, dosahuje častěji těžkých stavů – křečí, deliria, hypotermie a smrti. Většina znaků se vyskytuje v prvních třech dnech, začíná po 12. hodinách od poslední dávky a většinou přechází do 1. – 2. týdnů. Delirum se podobá deliriu po odnětí alkoholu.
Detoxifikace probíhá většinou nahrazením užívaného barbiturátu za barbiturát s dlouhým poločasem (fenobarbital). Úvodní dávka se stanoví buď přepočtem – 30 mg fenobarbitalu odpovídá 100 mg krátkodobě působícího barbiturátu (např. amobarbital, pentobarbital), nebo se nastaví postupným zvyšováním dávky fenobarbitalu po 1. – 2. hodinách o 60 mg do prvních známek barbiturátové intoxikace (únava, nystagmus, setřelá řeč, ataxie). 1 – 2 dny se na této dávce stabilizuje, pak se začne s postupným snižováním, průměrně o 30 mg denně. Rizikem prvního způsobu je to, že jde jen o odhad nerespektující konkrétní fyziologické podmínky konkrétního pacienta. Rizikovost druhého způsobu spočívá v úvodním jemném vyvážení hranice mezi intoxikací a odvykacím stavem.

Stimulancia
Odvykací stavy po odnětí stimulancií jsou obecně méně výrazné a méně subjektivně nepříjemné než například stavy po odnětí opioidů. Literatura, která rozlišuje závislost psychickou a somatickou, označuje tyto odvykací stavy jako psychické. Mezi hlavní příznaky (blíže viz *Tab. 1*, sloupec 4) patří úzkost, rozlady, únava, dráždivost, bolest hlavy, noční můry, poruchy spánku, hlad, někdy křeče. Typicky vrcholí za 2 – 4 dny, přecházejí do 1 týdne. Nejvážnějším stavem je deprese, která může být komplikována sebevražednými tendencemi.

Uživatelé stimulancií (typicky pervitinu a kokainu) často užívají benzodiazepiny ke konci tahu – „jízdy". V těchto případech jsou většinou užívány takové dávky a v takové frekvenci, že nevyžadují speciální detoxifikaci, nicméně možnost potřeby speciální detoxifikace u vyšších dávek se může vyskytnout.

Příznaky odvykacího stavu po odnětí stimulancií odezní i bez farmakoterapie. Při delší depresi je indikovaná antidepresivní terapie.

Kanabinoidy a halucinogeny
Odvykací stav po odnětí kanabinoidů je málokdy zmiňován, jeho popis chybí i v obou hlavních klasifikačních systémech psychopatologie (americké DSM-IV i evropské MKN-10). Některé uváděné znaky (úzkost, podrážděnost, pocení a bolesti svalů) nepředstavují potíž, kvůli které by uživatel vyhledával speciální pomoc.

Odvykací stav po odnětí halucinogenů není znám, rizika užívání této skupiny látek spočívají jinde.

Současné další terapeutické postupy prováděné během detoxifikace
V úvodní části již bylo zmíněno, že detoxifikace není izolovaným léčebným procesem, ale většinou je součástí komplexnějšího programu s více terapeutickými cíli. Na tomto místě některé jen vyjmenujeme:
– provedení komplexního psychiatrického vyšetření s doporučením další péče a určením priorit této péče
– provedení základního vyšetření somatického stavu
– ošetření aktuálních zdravotních komplikací (např. záněty podkoží v místě vpichu, úrazy aj.)
– zahájení terapie dlouhodobých somatických důsledků návykové látky na orgánové systémy
– provedení základního laboratorního vyšetření
– eventuální základní hygienická opatření, stabilizace

stravovacího a pitného režimu
– navazování terapeutického vztahu jako podmínky další péče
– posílení motivace k další terapii
– řešení neodkladných sociálních problémů
– naplánování další péče

Summary Detoxification, Treatment of the Withdrawal Syndrome

The withdrawal syndrome is one of the essential characteristics of the syndrome of dependence. The clinical picture of the withdrawal syndrome differs in individual categories of addictive substances. In some substances, withdrawal syndrome usually is not described, in the another it has a moderate character or it may lead to vitally dangerous complications. Detoxification includes medical, psychotherapeutic and social approaches and methods of managing the withdrawal syndrome. Special pharmacotherapeutic methods of detoxification are applied particularly in opioid withdrawal states and in the cases with a higher risk of severe complications, e.g. after withdrawal of alcohol, barbiturates and benzodiazepines. Detoxification is a comprehensive process, besides relieving withdrawal syndrome there are other methods targeted on the longer term horizon, e.g. on the continuation of abstinence-oriented treatment or solving the problems of health and social complications.

Key words: detoxification – categories of addictive substances – pharmacotherapy – withdrawal syndrome

Tab. 1*: Znaky odvykacího stavu u nejčastějších návykových látek (podle MKN 10)*

1. Alkohol	2. Opiáty, opioidy	3. Sedativa, hypnotika	4. Stimulancia
– třes jazyka, očních víček nebo rukou, – pocení, – nauzea či zvracení, – tachykardie nebo hypertenze, – psychomotorický neklid, – bolesti hlavy, – nespavost, – malátnost nebo slabost, – přechodné zrakové, sluchové nebo hmatové halucinace či iluze, – křeče typu grand mal	– neodolatelná touha po příslušné droze, – sekrece z nosu nebo kýchání, – slzení, – bolesti svalů nebo křeče, – nauzea nebo zvracení, – břišní křeče, – průjem, – rozšíření zornic, – husí kůže nebo zimomřivost, – tachykardie nebo hypertenze, – zívání, – neklidný spánek	– třes jazyka, očních víček nebo rukou, – nauzea či zvracení, – tachykardie, – posturální hypotenze, – psychomotorický neklid, – bolesti hlavy, – nespavost, – malátnost nebo slabost, – přechodné zrakové, sluchové nebo hmatové halucinace či iluze, – paranoidní představy, – křeče typu grand mal	– neodolatelná touha po příslušné droze, – letargie a únava, – psychomotorický neklid nebo agitovanost, – zvýšená chuť k jídlu, – nespavost nebo hypersomnie, – bizarní nebo nepříjemné sny

Literatura

■ Drug Misuse and Dependence – Guidelines on Clinical Management. Department of Health, London, 1999

■ Greenfield S. F.: Psychoactive substance use disorders. In: Gelenberg A. J., Bassuk E. L.: The practitioner's guide to psychoactive drugs. 4th ed., str. 291 – 367. Plenum Publishing Corporation, New York, 1997

■ Kaplan H. I., Sadock B. J.: Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry:behavioral sciences, clinical psychiatry. 8th ed., str. 375 – 455. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 1998

■ Kaplan H. I., Sadock B. J.: Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Lippincot Williams & Wilkins, Baltimore, 1994

■ Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Psychiatrické centrum, Praha, 1996

■ Nešpor K., Csemy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum, Praha, 1996

■ Smolík P.: Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha, 1996, str.112 – 146

■ Winger G., Hofmann F. G., Woods J. H.: A handbook on drug and alcohol abuse: the biomedical aspects. 3rd ed. Oxford University Press, New York, 1992

MUDr. Jiří Dvořáček – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 5/5.

Literatura k dalšímu studiu[1]

[1] Vybráno dle doporučení autorů této publikace.

1. AA: Anonymní alkoholici. Příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu. Česká verze. Alcoholic Anonymous World Service Inc., New York, 1989
2. Bartošíková I., Voříšek R.: Příručka pro nízkoprahové terapeuty. Nakladatelství Albert, Boskovice, 1998
3. Beatie M.: Přestaňte být závislí. Pragma, Praha, 1999
4. Čírtková L., Červinka F.: Forenzní psychologie. Support, Praha, 1994
5. Dorner K., Plog U.: Bláznit je lidské. Grada Publishing, Praha, 1999
6. Fišerová M.: Drogové závislosti. Postgraduální medicína roč. 2, č. 3, str. 288 – 298, 2000
7. Gardner J. W.: Budování komunity. Nadace VIA, Praha, 1999
8. Hartl P.: Komunita občanská a komunita terapeutická. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1997
9. Hajný M., Klouček E., Stuchlík R.: Akta Y – Drogový problém vs rodina. Votobia, Olomouc, 1999
10. Hajný M.: O rodičích, dětech a drogách. Grada, Praha 2001
11. Haškovcová H.: Práva pacientů. Nakladatelství Aleny Krtilové, Havířov, 1996
12. Heller J., Pecinovská O. a kol.: Závislost známá neznámá. Grada Publishing, Praha, 1996
13. Höschl C. a spol.: Psychiatrie. Multimediální učebnice. Tigis, Praha, 2002
14. Glosář: Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001
15. Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. Edice Filia, sv. 2. Nadace Filia, Praha, 1996 (2. vyd. Institut Filia, Praha, 1999)
16. Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Inverze/SANANIM, Praha, 2000
Kastová V.: Krize a tvořivý přístup k ní. Portál, Praha, 2000
17. Kopřiva K.: Lidský vztah jako součást profese. Portál, Praha, 1997
18. Kratochvíl S.: Základy psychoterapie. Portál, Praha, 1997
19. Kratochvíl S.: Skupinová psychoterapie v praxi. Galén, Praha, 1995
20. Langmeier J., Balcar K., Špitz J.: Dětská psychoterapie. Portál, Praha 2000.
21. Macek P.: Adolescence. Portál, Praha, 1999
Mentzos S.: Rozumíme sami sobě? Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 2000
22. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Psychiatrické centrum Praha, 1992
23. Mikota V.: Alkohol v psychoanalýze. Několik poznámek k psychoterapii v psychiatrii. Psychoanalytické nakl. Jiří Kocourek, Praha, 1995
24. Mikota V.: O ovlivňování duševních chorob. Psychoanalytické nakladatelství J.Kocourek, Praha, 1995
25. Miovský M.: LSD a jiné halucinogeny. Albert, Boskovice, 1996
26. Miovský M., Zábranský T.: Přehled výsledků substudie provedené s uživateli nelegálních psychoaktivních látek a s pracovníky zdravotnických zařízení a poskytovateli služeb uživatelům nelegálních drog (Overview of PAD Qualitaive Substudy Results – Drug Users and Care & Treatment Providers). Adiktologie (Scan Tišnov), roč. 2, Supplementum 1, 2002
27. MPK: Národní strategie protidrogové politiky v ČR na období 2001 – 2004. Úřad vlády ČR, Praha, 2000
28. Müller S.: Memorix – neodkladné stavy v medicíně (český překlad). Scientia medica, Praha, 1992.
29. Nešpor K.: Jak překonat problém s hazardní hrou. Sportpropag, Praha 1996
30. Nešpor K.: Návykové látky – prevence a časná intervence. FIT IN, Praha, 1996
31. Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996
32. Nešpor K.: Toxikologické vyšetření v klinické medicíně a při prevenci v pracovním prostředí. Alkoholizmus a drogové závislosti/Protialkoholný obzor, roč. 33, č. 1, str. 31 – 38, 1998
33. Nešpor K. a kol: Zásady efektivní primární prevence. Sportpropag, Praha 1999
34. Nešpor K.: Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře. Galén, Praha, 1999
Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000
35. Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha, 2000
36. Nožina M.: Svět drog v Čechách. KLP – Koniasch Latin Press & Livingstone, Praha & Orlík nad Vltavou, 1997
37. Pedagogové proti drogám. Program preventivních aktivit uplatňovaných na školách a školských zařízeních. MŠMT, Praha, 1999
38. Peseschkian N.: Partnerské vztahy. Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 1995.
39. Popov P.: Návykové poruchy. In: Raboch J., Zvolský P. a kol.: Psychiatrie. Galén, Praha, 2001
40. Presl J.: Drogová závislost. Maxdorf, Praha, 1994

41. Prochaska J., Norcross J.: Psychoterapeutické systémy. Grada Publishing, Praha, 1999
42. Prokeš J.: Základy toxikologie, díl I a II. Universita Karlova, vydavatelství Karolinum. Praha, 1997, s. 160 (1. díl) a 94 (2. díl).
43. Rauchfleisch U.: Doprovázení a terapie delikventů. Scan, Brno (Boskovice, Tišnov), 2000
Rotgers F. a spol.: Léčba drogových závislostí. Grada, Praha, 1999, s. 262.
44. Röhr H.: Narcismus – vnitřní žalář. Portál, Praha, 2001
45. von Schlippe A., Schweitzer J.: Systemická terapie a poradenství. Cesta, Brno, 2001
46. Úlehla I.: Umění pomáhat. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1999
47. Schmidbauer W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí. Portál, Praha, 2000
48. Sotolář A., Púry F., Šámal P., Kalina K., Kudrle S. a kol.: Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Příručky Ministerstva spravedlnosti ČR, svazek 64. Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců, Praha 2001;
49. Skála J. a kol.: Závislost na alkoholu a jiných drogách. Avicenum, Praha ,1987
50. Tyler A.: Drogy v ulicích. Nakladatelství Ivo Železný, Praha, 1998
51. Vágnerová M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha, 1999
52. Vinař O.: Psychofarmakologie drogových závislostí. Forum Medicinae 2, 22 – 29, 1999
53. WHO: Principy prevence infekce HIV mezi uživateli drog. MZ ČR a Kancelář WHO v ČR, Praha, 1999
54. Yalom I. D.: Skupinová psychoterapie: Teorie a praxe. Nakladatelství Konfrontace, Hradec Králové, 1999
55. Zábranský T., Langer I., Gronský L., Mravčík V.: Racionální protidrogová politika. Votobia, Olomouc, 1997
56. Zábranský T., Mravčík V., Gajdošíková H., Miovský M.: PAD: projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR. Souhrnná závěrečná zpráva. ResAd a Scan, Praha/Tišnov, 2001

Klíčová slova s odkazy na kapitoly

A
abscesy 4/3
abstinence 3/1
abusus 2/3
acamprosat 3/1
adolescence, adolescent 2/8, 9/2, 10/5
adaptační mechanismy 2/2
administrativní a kontrolní mechanismy 1/5
AIDS 4/4
akceptování 6/4
akutní intoxikace 4/2, 5/5, 5/6, 6/2, 8/6
alkohol 3/1, 5/6
alkoholizmus 3/1
Alnagon 3/7
alternativa k potrestání 2/6, 9/5
alternativní trest 2/6, 9/5
alternativní způsob trestního řízení 2/6, 9/5
ambulantní péče 8/4
amfetamin 3/3
analgetika 3/6, 3/7
anamnéza 4/6, 4/7
Anonymní alkoholici (AA) 2/6, 2/10, 6/11
Antabus 3/1
antidota 5/5
anxiolytika 3/6, 3/7
Apolinář 7/1
AT ordinace 7/1, 8/4

B
„bad trip" 3/4
behaviorální terapie 6/5
benzodiazepiny 3/6, 3/7, 5/6
besedy 10/4
bezdrogové zóny 9/6
biologické faktory 2/1
biomedicinský model 1/8
bio-psycho-sociální model 1/8, 6/1
bio-psycho-sociálně-spirituální model 2/1, 2/10
blízcí uživatele/závislého 5/2, 6/10
braun 3/2
buprenorfin 8/11

C
cannabis 3/5
cíle
– cíle a prostředky primární prevence 10/1
– cíle léčby 8/8
cílové skupiny primární prevence 10/1
craving (bažení) 2/4, 2/5, 6/2, 7/5
čichání 3/8

D
dekontaminace 5/5
delirium tremens 3/1
denní program 8/5
denní stacionář 8/5
deprese 4/5
design drogových služeb 9/3
děti 6/10, 9/2
dětství 2/8
detoxifikace 5/7, 8/6
detoxifikační jednotka (detox) 8/6
diagnóza 4/1
diagnostický rozhovor 4/8
diagnostika 4/1, 4/2, 4/7, 4/9
diferencovaný přístup k pachatelům 1/6
doléčování 8/9, 8/10
dovednosti v primární prevenci 10/9
drogy ve vězení 9/6
duální diagnózy 4/5, 6/2, 7/3
duševní poruchy 4/5
12 kroků 6/11

E
ebrieta 3/1
efektivita 7/2, 7/8, 8/1
ekonomické analýzy 1/7, 7/8
ekonomické hodnocení 1/7, 7/8
emergentní stavy 5/3
empatie 6/4
epidemiologie 1/4
etika 7/9
etnické minority 9/7
extáze (Ecstasy) 3/9
ex-useři 6/11, 7/8, 8/8, 8/9

F
facilitace programu 12 kroků 6/11
faktory účinné léčby 7/2
farmakologie závislostí 2/4
farmakoterapie 2/4, 5/7, 6/2, 8/4
fáze gamblingu 9/8
feministické hnutí 9/3
flashback 2/2
flegmóny 4/3
formy primární prevence 10/2

G
gambling 4/2, 9/1, 9/8

H
halucinogeny 3/4, 3/9, 5/6
hašiš 3/5
Harm Reduction 1/1, 1/8, 4/9, 5/1, 8/2, 8/3
heroin 1/9, 3/2
historie

– historie užívání návykových látek 1/9
– historie léčby závislých v ČR 7/1
HIV 4/4
hodnocení primární prevence 10/2, 10/4, 10/6
holistický (celostní) přístup 1/8
homeostáza 6/6
hydrocodon 3/2
hypnotika 3/6, 3/7, 5/6

Ch
chráněné bydlení 8/9
chráněná práce 8/9

I
identita 9/2
incidence 1/4
indikátory (epidemiologické) 1/4
indikátory (účinnosti) 7/8
indikace k léčbě 4/9
indikace k psychoterapii 6/3
individualizovaný přístup 7/3
individuální terapie 6/5
infekční hepatitidy 4/4
inhalační drogy 3/8
intenzivní ambulantní péče 8/5
interaktivní programy 10/4
intermediátoři 10/1, 10/6
Internet 9/1
inovace v léčbě 7/3

K
KAB model 10/2
kanabinoidy 5/6
kardinální pravidla 8/8
kategorie návykových látek 5/7
ketamin 3/9
kodependence 2/3, 2/9, 6/6, 6/10
kokain 1/9, 3/3
komplex „drop-out/relaps" 7/4
komplexita péče 8/1
kompulsivní poruchy 4/2, 9/1
komunita 10/8
komunitní přístup 10/8
komunitní setkání 6/7
Koncepce 1993 1/3
Koncepce 1998 1/3
konfrontace 6/7
konopné drogy 3/5
konstelace rodiny 2/9
kontaktní centrum 5/2, 8/3
kontext 6/6
kontrakt 5/4
kouření tabáku 3/10
krize 5/3
krizová intervence 5/3
kvalita služeb 7/8

L
léčba
– léčba ambulantní 8/4
– léčba gamblingu 9/8
– léčba denní 8/5
– léčba matek s dětmi 9/4
– léčba rezidenční 8/8
– léčba ústavní 8/6, 8/7
– léčba vedoucí k abstinenci 4/9, 8/7
– léčba závislostí 2/10, 6/1
léčebné kontinuum 7/3
legislativa ČR 1/6
lékařská péče 8/4
léková závislost 3/6, 3/7
LSD 3/4
lysohlávky 3/4

M
marihuana 3/5
matching 4/1, 4/9
MDMA 3/9
metadon 3/2, 8/11
metodologie 1/4
mezigenerační hranice 2/9
mezioborový přístup 6/1
migranti 9/7
místní zapojení 10/8
mlčenlivost 7/9
modely závislosti 2/1
morální a spirituální modely 1/8
motivace 4/8, 5/4, 7/2
motivace k psychoterapii 6/3
motivační trénink 5/4
MPK 1/3
multidisciplinární tým 7/6

N
náklady nemoci 1/7
Národní strategie 2001 – 2004 1/3
následná péče 8/9, 8/10
nedobrovolná léčba 7/3
nespecifická a specifická primární prevence 10/2
neurobiologie 2/2, 2/4
neuromediátory 2/2
nezneužívání klienta 7/9
nikotin 3/10
nitrožilní užívání 3/2, 3/3, 4/4, 5/1
nízkoprahový přístup 5/1, 5/2, 8/2, 8/3

O
obor léčby návykových nemocí 7/1
obranné mechanismy 2/3, 2/7
odvykací stav (syndrom) 2/4, 2/5, 4/2, 5/7, 6/2
odvykání kouření 3/10
opioidní receptory 2/2, 3/2
opiáty 3/2, 5/6
opioidy 3/2, 5/6
ordinace AT 7/1, 8/4
orgánová postižení 4/3
organická rozpustidla 3/8
osobnostní předpoklady v primární prevenci 10/9
ověřování abstinence 4/7

P
PAD 1/2, 1/7
paradigmata sociální práce 6/9
paranoidní psychóza 3/3
parties 3/9
partneři 6/10
pedagogické zásady 10/3
peer programy 10/2, 10/4, 10/5
pervitin 3/3
phenylcyklidin (PCP) 3/9, 5/6
plánování intervencí 4/1, 4/9
poradce 5/2
poradenství 5/2, 5/4, 7/3, 8/3, 10/7
poruchy osobnosti 4/5
poruchy příjmu potravy 4/5
posilování motivace 4/8
posttraumatická stresová porucha 4/5
potřeby klienta 6/1
pozitivní přístup 6/4
práva klienta 7/9
prevence ve výuce 10/3
prevence relapsu 7/5, 8/9
prevence v komunitě 10/8
prevence vypadnutí 7/4
probační pracovník 9/5
programy ve vězení 9/6
protidrogová politika 1/1, 1/3
protidrogová politika ČR 1/2
prevalence 1/4
prevence primární, sekundární, terciární 1/1, 2/10
primární prevence 1/2, 10/1, 10/3 – 10/9
– cíle a prostředky primární prevence 10/1
– cílové skupiny primární prevence 10/1
– dovednosti v primární prevenci 10/9
– formy primární prevence 10/2
– hodnocení primární prevence 10/2, 10/4, 10/6
– nespecifická a specifická primární prevence 10/2
– osobnostní předpoklady v primární prevenci 10/9
– techniky v primární prevenci 10/9
– účinné faktory primární prevence 10/1, 10/2
problémové užívání 1/4
profese se zvýšeným rizikem 4/7
prohibice 1/9
provázanost 8/1
první pomoc 5/5
předčasné ukončení léčby 6/5, 7/4, 8/7
předjednání trestu 9/5
přednášky 10/4
přenos a protipřenos 6/4
případová práce 7/7
přípravné skupiny 8/5
psilocybin 3/4
psychedelika 1/9
psychická závislost 3/3
psychické komplikace 6/2
psychodiagnostika 4/6
psycholog 4/6
psychologické faktory 2/1, 2/6
psychologický vývoj 2/8
psychopatologie 2/3, 4/5
psychosociální trénink 10/6
psychosociální závislost 3/10
psychostimulancia 3/3, 3/9
psychoterapeutický přístup 6/3
psychoterapie 6/2, 6/3, 5/5
psychotické poruchy 4/2
Public Health 1/8, 5/1

Q
QALY 1/7

R
rekvalifikace 8/9
relaps 2/5, 7/4, 7/5
retraumatizace 2/7
represe 1/1, 1/5
rezidenční léčba 8/8
režim 8/7, 8/8
rituály 1/9
rizika v těhotenství 9/4
rizikové chování 5/1
rizikové situace 7/5
rodina 6/10, 9/2
rodinná terapie 6/6, 9/2
rodinné faktory 2/9
rodinní příslušníci 9/8
rodinný systém 6/6
role v rodině 2/9
role v týmu 7/6
Romové 9/7
rozhovor 4/6

S
screening 4/7
sedativa 3/6, 3/7, 5/6
selektivní prevence 10/3
senzitizace 2/2, 3/1
separace/individuace 2/8
skrytá populace 8/2
skupinová terapie 6/5
skupiny s rodiči 6/10
složení týmu 7/6
složky systému péče 8/1
služby 1/2
sniffing 3/3, 3/8
snižování nabídky 1/1
snižování poptávky 1/1
sociální aspekty 2/1
sociální dovednosti 6/8, 8/9
specifická klientela 9/1
společensko-kulturní kontext 9/3
strukturovaný program 8/5, 8/7, 8/8
střednědobá léčba 8/7
substituce 8/4, 8/11
systém péče 8/1
sociální fungování 6/9
sociální integrace 6/8, 8/9, 8/10
sociální práce 2/10, 6/9
sociální prostředí 2/6
sociální rehabilitace 6/8
sociální učení 6/7, 6/8
somatické komplikace 4/3, 4/4
spiritualita 2/1
statistika 2001 1/2
standardy 7/7, 7/8
stimulační drogy 3/3, 3/9, 5/6
stimulancia 3/9, 5/6
strategie zvládání 2/5
streetwork 8/2
supervize 7/7
svépomocné programy 6/11
symptomové chování 6/6
syndrom porušení abstinence 7/5
syndrom vyhoření 7/6, 7/9
syndrom závislosti 4/2
systematická psychoterapie 4/4

Š
šamanismus 1/9
škodlivé užívání 4/2
škodlivé užívání léků 3/6, 3/7
škola 10/3, 10/4, 10/6, 10/7

T
tabák 3/10
techniky v primární prevenci 10/9
těkavé (prchavé) látky 3/8, 5/6
terapeutická komunita (TK) 6/7, 8/8
– TK demokratické a hierarchické 6/7
terapeutické přístupy 2/6
terapeutický vztah 4/8, 6/4
terapie 5/6
terénní práce 5/2, 8/2
terénní programy 5/2, 8/2
testy
– testy psychologické 4/6
– testy toxikologické 4/7
toluen 3/8
toxická psychóza 3/3
toxikologické vyšetření 4/7
trankvilizéry 3/6, 3/7, 5/6
trauma 2/7
traumatizace primární/sekundární 2/7
tolerance 2/2
trestná činnost 1/2
trestní postih 1/5, 1/6
trestní zákon 1/6
tromboflebitidy 4/3
týmová práce 7/6, 7/7

U
účinnost
– účinnost intervencí 1/7, 8/1
– účinnost léčby 7/2, 7/8, 8/1
– účinnost primární prevence 10/1, 10/2
učitel 10/7
udržovací léčba 8/11
úmluvy OSN 1/5, 1/9
uprchlíci 9/7
ústavní léčba 8/6, 8/7

V
vazba 9/6
včasná intervence 8/3, 10/7
většinová společnost
vrstevnické skupiny 10/5
vrstevnické vztahy 10/5
vulnerabilita 2/3
výcvik pedagogů 10/6
vyhoření 7/6, 7/9
výkon trestu 9/6
výměna (injekčního náčiní) 8/2
vypadnutí z léčby 6/5, 7/4, 8/7
vyvážený přístup 1/1, 1/3, 1/5
vývojové úkoly 7/2, 9/2
vzdělávání 7/7
vztah matka-dítě 9/4

Z

zákon o návykových látkách 1/6
zajištění životních funkcí 5/5
zakázka klienta 5/4
závislé matky 9/4
závislost 2/3
– závislost na lécích 3/6, 3/7
zhodnocení pacienta/klienta 4/9
změna 2/6, 5/4, 6/8, 7/2
zvládání 7/5

Ž

ženy-uživatelky 9/3
ženské programy 9/3
životní situace 6/9
žloutenka typu A, B, C 4/4

Kamil Kalina a kolektiv
DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 1
mezioborový přístup

Vydal © Úřad vlády České republiky, 2003
Národní monitorovací středisko pro drogy
a drogové závislosti
1. vydání
Redakčně uzavřeno 15. 10. 2002
Obálka a grafická úprava: Missing-Element
Tisk: PBtisk
Náklad: 1000 výtisků

ISBN 80 – 86734 – 05 – 6