



evropský
sociální
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

„Dokážu to?“ Pervitin - koncepce školení pro terapeutů

Tento projekt je
spolufinancován
Evropským sociálním
fondem a státním
rozpočtem České
republiky.

KATALOGIZACE V KNIZE

Růžička Michal „Dokážu to?“ Pervitin - koncepce školení pro terapeuty. Michal Růžička a kol. – Vyd. 1. - Olomouc: p-centrum 2012.
ISBN 978-80-905377-0-5

- Drogová závislost
- Adiktologie
- Pervitin
- Kolektivní monografie

Autorský kolektiv:

Jiří Brenza
Kateřina Havránková
Renata Jakubcová
Pavčina Prachařová
Roman Procházka
Michal Růžička
Lucie Řeřichová
Zuzana Šteflová
Julie Wittmannová

Odborná recenze: Kristýna Krahulcová, Jana Doleželová

© p-centrum, Olomouc 2012
© Michal Růžička a kol. 2012

ISBN 978-80-905377-0-5

Úvod

Předmluva	6
1. Současný stav ambulantní léčby osob závislých na pervitinu (Růžička, Šteflová, Wittmannová)	9
1.1 Ambulantní programy, AT ambulance, psychiatrické ambulance	10
1.1.1 Ambulantní programy	11
1.1.2 Psychiatrická ambulantní léčba	13
1.1.3 AT ambulance	13
2. Stimulační drogy a jejich specifika na drogové scéně (Růžička, Šteflová, Brenza)	16
2.1 Klasifikace omamných a psychotropních látek	16
2.2 Obecná charakteristika stimulantů	17
2.3 Historie pervitinu v ČR	18
2.4 Dělení a přehled stimulantů	20
3. Pervitin (Procházka)	23
3.1 Extáze	28
4. Neurobiologické aspekty v kontextu užívání (Procházka)	29
4.1 Teorie vzniku závislosti na psychoaktivních látkách	31
5. Kombinace pervitinu s dalšími návykovými látkami (Prachařová)	35
6. Zdravotní důsledky při užívání pervitinu (Havránková, Řeřichová)	38
6.1 Vliv pervitinu na tělesné zdraví	38
6.2 Vliv pervitinu na duševní zdraví	41
6.3 Pervitin a sociální kontext	42
6.4 Pervitin v kontextu spirituálním	44
7. Závislost (Růžička, Šteflová)	46
7.1 Definice závislosti	46
7.2 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti	48
8. Terapie a poradensko intervenční programy pro uživatele pervitinu (Růžička, Šteflová)	51
8.1 Psychoterapie	51

8.2 Vymezení a základní rozdělení psychoterapie	51
8.3 Psychoterapie a léčba závislostí	53
8.4 Sociální práce	55
8.5 Ambulantní terapie	56
9. Česká pervitinová kultura (Jakubcová)	60
9.1 Pervitinová kultura ve výňatcích výročních zpráv	62
9.2 Výroba pervitinu	66
9.3 Systém distribuce	67
9.4 Užití, aplikace	68
Literatura	71
Summary	
O autorech	

Úvod

Milí čtenáři,

dostává se Vám do rukou publikace, která je primárně určena jako metodický průvodce ke Krátkému intervenčnímu programu pro uživatele pervitinu a Terapeuticko-intervenčnímu programu pro uživatele pervitinu.

Cílem práce je přiblížit základní témata z oblasti závislosti na stimulačních drogách pro realizaci ambulantní terapie.

Kapitoly, ze kterých se text sestává, jsou řazeny v logické struktuře, která vychází z primární metodiky Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu a Terapeuticko-intervenčního programu pro uživatele pervitinu.

Publikace je určena pro pracovníky v drogových službách. Předpokládáme, že míra edukace a délka praxe potencionálních čtenářů je rozdílná. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli zahrnout do textu celou řadu témat. Předpokládáme však, že některé kapitoly mohou být čtenáři známé, a proto není nutné vnímat text jako monolitický celek, nýbrž jako soubor různých poznatků, které se dají studovat dle potřeby.

Soubor textů je uveden předmluvou Jiřího Brenzy, která staví drogovou, resp. pervitinovou problematiku pod stroboskop různých názorových úhlů a uvádí tak čtenáře do dalšího studia.

První kapitola popisuje aktuální stav na poli ambulantní léčby, jejím cílem je uvést čtenáře do souvislosti ambulantní praxe. V kontextu krátkého intervenčního programu je důležité, v jaké podobě a v jakém prostředí je ambulantní terapie realizována. Čtenář tak získá možnost seznámit se s různými typy péče a jejich zastoupením rámci ČR.

Druhá kapitola uvádí do problematiky stimulačních drog. V rámci orientace publikace nebyl prostor pro deskripci dalších látek. Tyto informace jsou však velmi snadno dostupné. Snažili jsme se otevřít prostor převážně pro pervitin, který byl pro náš cíl klíčový. Důraz klademe na historii užívání pervitinu a přehled ostatních stimulantů. Přehled v této oblasti považujeme za důležitý pro všechny odborníky, kteří budou s krátkým intervenčním programem pracovat.

Třetí a čtvrtá kapitola jsou, co do skladby textu a užitých informací, více odborné než ostatní texty. Důvodem pro jejich začlenění je právě zmiňovaný Krátký intervenční program, který je do značné míry postaven na působení pervitinu v mozku a pochopení základních neurobiologických aspektů. Znalost tohoto „know how“ umožní terapeutovi formulovat různé metafory a příklady pro vysvětlení problematiky klientům.

Pátá kapitola popisuje velmi diskutovanou a v praxi českých uživatelů tradiční záležitost vzorců užívání, tzn. kombinaci pervitinu s dalšími látkami. Terapeut, který realizuje zmíněný program, se u svých klientů s kombinací různých látek setkává. Znalost těchto drogových sestav a rituálů brání opět pomáhá lepší práci s klientem.

Kapitola číslo šest je zaměřena na zdravotní důsledky užívání pervitinu. S touto problematikou se setkáváme rovněž u krátkého intervenčního programu. Zde se čtenář seznámí s dalšími informacemi, které mohou být pro klientovo zdraví důležité. Zdraví je zde chápáno v celém svém bio-psycho-soci-spirituálním kontextu.

Další kapitola popisuje základní realitu závislosti. Předpokládáme, že informace v ní obsažené jsou již čtenáři známy. Jejich umístění v knize je dáno určením knihy i pro osoby, které se v adiktologii teprve profilují.

Stejně tak kapitola deset, která se týká terapie, shrnuje již známé poznatky a definice psychoterapie. Z tohoto základního vymezení se dále zaměřuje na kognitivně behaviorální terapii a to z důvodu kognitivně behaviorálního přístupu, na kterém je metodika Krátkého intervenčního programu postavena.

Poslední kapitola je věnována pervitinové kultuře v různých kontextech. Dotýká se statistik uživatelů, výroby, systému distribuce i způsobů užívání.

Jak již bylo uvedeno, tak tento text je jakýsi sborník informací, pro ty, kteří chtějí pracovat se závislými pomocí Krátkého intervenčního programu.

Zájemci o práci na tomto programu by měli být proškoleni. Tato publikace je také teoretickou základnou pro tento kurz.

Publikaci mohou zároveň využít i čtenáři, kteří se zajímají o problematiku závislostí, respektive závislosti na pervitinu (studenti, sociální pracovníci, pedagogové, atd.).

Michal Růžička

Předmluva

Tato práce je primárně zaměřena na aplikaci programu *Dokážu to!* do praxe pracovníků pomáhajících profesí. Její ohnisko tvoří sumarizace nejnovějších poznatků výzkumu neurobiologických aspektů vzniku drogové závislosti. Cílovou kompetencí pracovníka má být schopnost adekvátní formou tyto poznatky tlumočit klientovi-uživateli a pomoci mu tak porozumět neurobiologickým podkladům motivů vlastního chování.

Pro celkové porozumění podstatě drogové závislosti je však třeba tyto fyziologické mechanismy chápat v širším kontextu, a to jak na úrovni individuální (závislostní chování je individuálně variabilní, multifaktoriálně podmíněné), tak i v rovině epidemiologické (prevalence drogové závislosti, její poměrné zastoupení mezi jednotlivými vzorci užívání v celé populaci).

V obecné rovině existují dvě základní paradigmaty přístupu k drogové problematice, která vytváří takový širší kontext: 1/ biomedicínské a 2/ holistické (bio-psycho-socio-spirituální). Tato paradigmaty nejsou striktně protikladná, vycházejí ze stejných výzkumných dat - liší se v tom, jak tato základní data interpretují a jak k drogové problematice metodologicky přistupují.

V adiktologickém výzkumu obecně převládají studie chronických, intenzivních vzorců užívání tzv. tvrdých drog (Hunt, 1997). Respondenti těchto výzkumů jsou rekrutováni mezi klienty různých typů léčebných zařízení, navíc často jde o uživatele v již pokročilé fázi drogové kariéry. Závěry těchto studií (např. Hser, Huang, Chou, & Anglin, 2007; Termorshuizen, Krol, Prins, & van Ameijden, 2005) pak konstatují, že drogová závislost je vysoce chronické onemocnění, navíc poměrně rezistentní vůči terapii.

Tyto výsledky vedly k formulování teze, že drogová závislost je výsledek působení dané exogenní substance na fyziologii mozku. Taková představa má hluboké historické kořeny ve vývoji západní vědy za posledních 300 let. Descartův dualismus striktně oddělil tělo a duši, mozek a mysl. Biologie a po ní medicína převzaly z fyziky mechanistický pohled na svět – „lidské tělo je nazíráno jako stroj, který lze analyzovat z jeho částí: choroba je špatné fungování biologických mechanismů (...)“ (Capra, 2002, s. 135). V rovině užívání drog dojde jejich „vložením“ do mozku ke změně jeho fungování.

První výraznější změna přístupu k problematice je spojena se známými výzkumy amerických vojáků, kteří se vraceli z vietnamské války (Robins, 1974). Navzdory tomu, že užívání drog mezi nimi bylo v době pobytu ve Vietnamu široce rozšířené, po návratu domů jen malá část z nich měla nadále problémy s drogami. Výzkum se nově zaměřil na nefarmakologické faktory, které mohou ovlivňovat vznik drogové závislosti (identita, sociální vztahy, sociální normy, dostupnost drog atp.). Byl koncipován nový, komplexnější pohled na drogovou závislost, koncept poukazující na provázanost biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů.

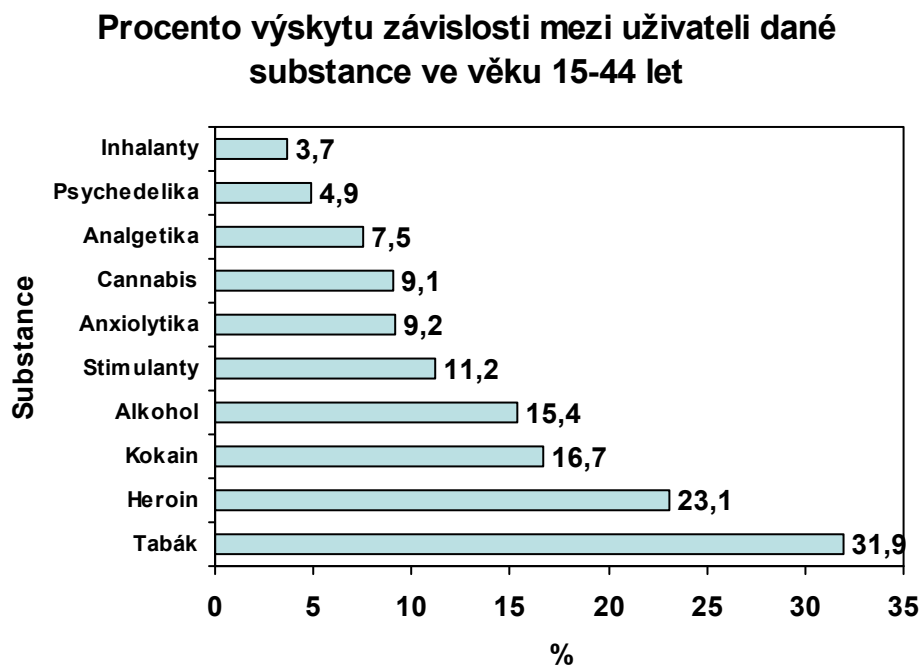
Přes tento posun ve vnímání stále mezi laickou veřejností i částí odborné veřejnosti přetrvávají mnohé stereotypy v pohledu na drogovou závislost. Ty začnou být mnohem zřetelnější, pokud srovnáme postoj k alkoholu s postojem k nealkoholovým nelegálním drogám.

S alkoholem má každý (či téměř každý) z nás osobní zkušenost – jak s jeho užíváním, tak s různými vzorci užívání ve svém sociálním okolí a to včetně základní představy o jejich vzájemném poměru. Chápeme, že existuje celý „vějíř“ přístupů ke konzumaci alkoholu: teta Anna, jejíž otec propil rodinný statek, ona má odpor k alkoholu a je zapříisáhlým, úplným abstinentem. Sestřenice Jana hraje závodně volejbal, dodržuje životosprávu a jen opravdu výjimečně, při významných rodinných oslavách si dá sklenku vína. Bratranec Petr také sportuje, ale rekreačně, jednou týdně si jde s klukama zahrát fotbal a pak zajdou na pár piv. Zedník Pepa, který si dá přes den několik piv a po směně to jde spláchnout ještě několika dalšími. A konečně zanedbaný bezdomovec Jarda, kterého potkáváme každý den před nádražím, kde pije levné krabicové víno. Na základě těchto zkušeností chápeme, že spíše než o působení alkoholu jako takového jde o způsob jeho užívání či jeho místo v celkovém životním stylu či životní situaci.

V případě nelegálních drog je významná část takového „vějíře“ skryta a my – ať už v rovině laika, který vidí zanedbaného narkomana, který si aplikuje drogu v parku nebo v rovině terapeuta, kterému se velká část klientů po relapsu vrací – máme tendenci takové chování chápat jako typické a přisuzovat je působení nelegální drogy, které je vnímáno jako vážnější než působení alkoholu. Zároveň lze tímto způsobem dospět k názoru, že drogová závislost se týká většiny uživatelů dané psychoaktivní látky.

Faktem nicméně zůstává, že stejně jako v případě alkoholu se i u uživatelů nelegálních drog setkáváme s celým kontinuem uživatelského chování od experimentů, přes pravidelné užívání až po závislost. Ta však představuje poměrně malou část ze všech uživatelů té které substance. Orientační srovnání poměru celoživotních uživatelů jednotlivých typů drog, kteří byli někdy v životě na dané droze závislí, uvádí tabulka 1 (Sloboda, 2005, s. 19).

Tabulka 1. Procento výskytu závislosti mezi uživateli ve věku 15-44 let



Jak můžeme vidět, procento výskytu závislosti - přinejmenším v určitém období života je u stimulantů či kokainu podobné jako u alkoholu. Není naší snahou upozorněním na tuto souvislost tato data bagatelizovat, v absolutních číslech jde o velké množství lidských osudů.

Chceme tím jen znovu zdůraznit, že pokud si uvědomíme prezentovaná fakta, můžeme ke studiu nelegálních drog přistupovat stejně realisticky a věcně, jako jsme toho schopni v případě alkoholu. Kromě otázky, kterou si v základě klade biomedicínský model, tedy: „Proč někteří lidé užívají drogy nutkavě a *nejsou* schopni s takovým chováním přestat navzdory negativním zdravotním a/nebo sociálním důsledkům?“ je mimořádně důležité položit si obdobnou otázku, ale z opačné perspektivy: „Proč někteří lidé i po delší době užívání drog či závislosti na nich schopni přestat *jsou*?“ resp. „Proč se někteří lidé závislími nestanou?“ Jak lze vidět výše, většina lidí se závislími nestane, i když danou drogu užívá – bez ohledu na to, o jakou konkrétní substanci jde. To, co by nás mělo nejvíce zajímat, jsou vlastnosti, kterými se odlišují závislí od ne-závislých. Takových faktorů je celá řada, k těm nejzásadnějším patří prožití traumatických zážitků (úmrť rodiče, týrání, sexuální zneužití) (Brems, Johnson, Neal, & Freeman, 2004) či brzký začátek konzumace alkoholu a dalších drog (Hser, 2007). Tyto sociální vlivy negativně působí svým vlivem na sebepojetí či vnímání vlastní identity (Best, Manning, & Strang, 2007).

V tomto kontextu je třeba si uvědomit, že setkáme-li se u klientů s psychickými problémy a poruchami, nemusí jít jen o důsledek užívání drog, ale tyto potíže se mohly vyskytnout premorbidně, tedy ještě před drogovou iniciací a mohou mít hlubší kořeny. Stejně tak chronicita v souborech léčených dlouhodobých uživatelů nemusí být dána jen působením drogy, ale také větší, individuálně podloženou zranitelností vůči jejímu působení.

Jiří Brenza

1 Současný stav ambulantní léčby osob závislých na pervitinu

„Říci něco podstatného o dnešním civilizovaném člověku patří k nejtěžším a nejnevěděčným úlohám, jaké je možno si představit, protože tu mluví někdo, kdo je omezený týmiž východisky zaslepený týmiž předsudky, jako ti, o nichž by měl s převahou vypovídat.“ C. G. Jung

Kapitola si klade za cíl seznámit čtenáře s aktuální situací na poli ambulantní léčby drogově závislých, respektive osob závislých na pervitinu. Popisujeme délku existence jednotlivých programů, používané metody práce a zkušenosti oslovených institucí s uživateli pervitinu.

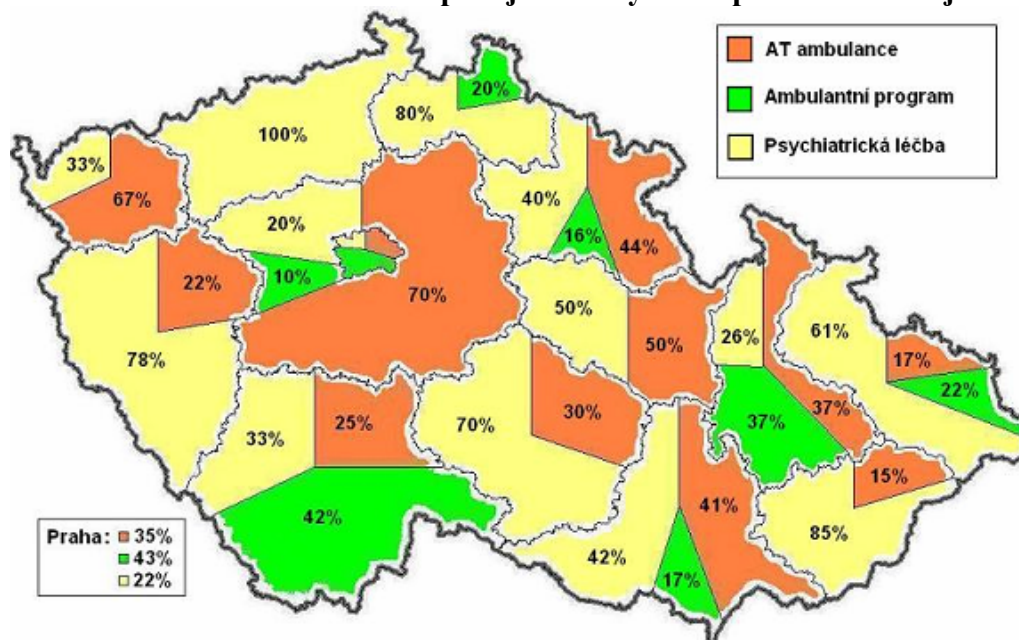
Obsahem této publikace je pervitinová závislost a možnosti ambulantní léčby osob na pervitinu závislých. Z tohoto důvodu se budeme v první kapitole zabývat aktuálními možnostmi a formami ambulantní léčby v České republice. Cílem kapitoly je popsat především typy programů a metody práce se závislými, a to pomocí výstupů studie Šteflové a Růžičky (Šteflová, 2011).

Ambulantní léčbu závislých rozdělujeme do tří skupin: AT ambulance, ambulantní program a psychiatrická léčba. Informace jsou rozděleny dle krajů, ve kterých jsou poskytovány.

Procentuální zastoupení jednotlivých služeb v celé ČR: ambulantní programy tvoří 20%, AT ambulance 34% a psychiatrické ordinace 46% z celkového počtu zařízení.

Bylo zjištěno, že v každém kraji se nachází alespoň jeden zástupce z některé výše uvedené skupiny. Osm krajů (Praha, Jihočeský, Jihomoravský, Královéhradecký, Liberecký, Moravskoslezský, Olomoucký a Středočeský) má zastoupeny služby ze všech tří skupin, v pěti krajích (Karlovarský, Pardubický, Plzeňský, Vysočina a Zlínský) nemají žádný ambulantní program, ale AT ambulance i specializované ordinace psychiatrů zde nalezneme, kraj Ústecký má v nabídce pouze psychiatrickou ambulanci.

Obrázek 1. Procentuální zastoupení jednotlivých skupin v rámci krajů.

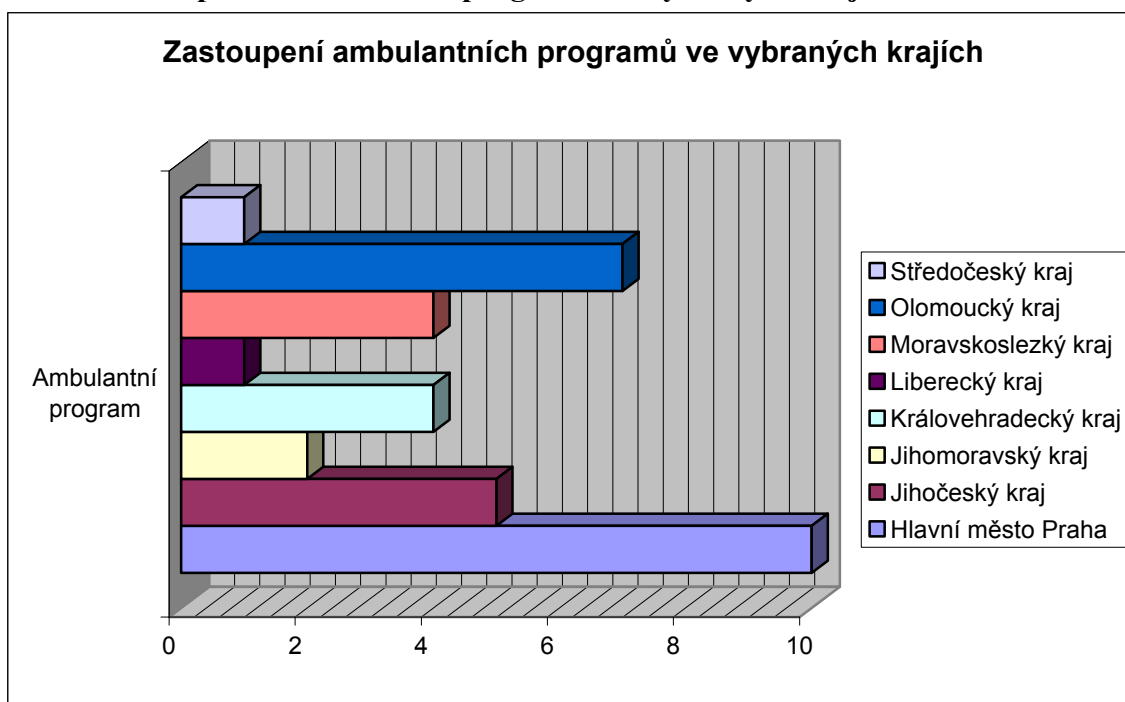


Pozn.: V České republice funguje ještě jedna ambulantní služba a to denní stacionář (dále DS) pro uživatele nealkoholových drog. DS nebyly z výzkumu vyřazeny, byly pouze zahrnuty do skupiny ambulantní programy a to z důvodu jejich velmi nízkého počtu. Na celém území ČR jsou zřízena pouze čtyři takováto zařízení, z toho tři v Praze a jedno v Táboře. DS tvoří jenom 2% z celkového počtu všech ambulantních služeb v ČR.

1.1 Ambulantní programy, AT ambulance, psychiatrické ambulance

Nejméně početnou skupinou zařízení ambulantní péče jsou ambulantní programy. Jsou nabízeny v osmi ze čtrnácti krajů. Největší zastoupení mají v hlavním městě Praha (10 programů), potom Olomoucký kraj (7) a Jihočeský (5). Dále jsou ambulantní programy v krajích: Královohradecký (4), Moravskoslezský (4), Jihomoravský (2), Středočeský (1) a Liberecký (1).

Graf 1. Zastoupení ambulantních programů ve vybraných krajích



Početnější skupinou jsou AT ambulance, které jsou zřízeny ve všech, kromě Libereckého a Ústeckého kraje. Nejvíce ambulancí pro alkohol a toxikomanii lze nalézt v Královohradeckém kraji (11), potom následuje Praha (8) a Středočeský a Olomoucký kraj (oba po 8 ambulancích), dále kraj Jihomoravský (5), Pardubický (4), Vysočina, Moravskoslezský a Jihočeský kraj (po 3), Plzeňský, Karlovarský a Zlínský kraj (2 ambulance).

V rámci ČR jsou nejrozšířenějším zařízením poskytujícím ambulantní léčebnou péči osobám závislým na nealkoholových drogách soukromé ordinace/ambulance psychiatrů. Jsou jedinou skupinou v našem šetření, která má zastoupení opravdu ve všech krajích. Nejvíce specializovaných ordinací nalezneme ve Zlínském a Moravskoslezském kraji (11), potom následuje kraj Královohradecký (10), kraj Vysočina a Plzeňský (7), dále Praha, Olomoucký a Jihomoravský kraj (5), Pardubický, Liberecký a Jihočeský (4), Středočeský kraj (2) a následně kraj Ústecký a Karlovarský po jedné.

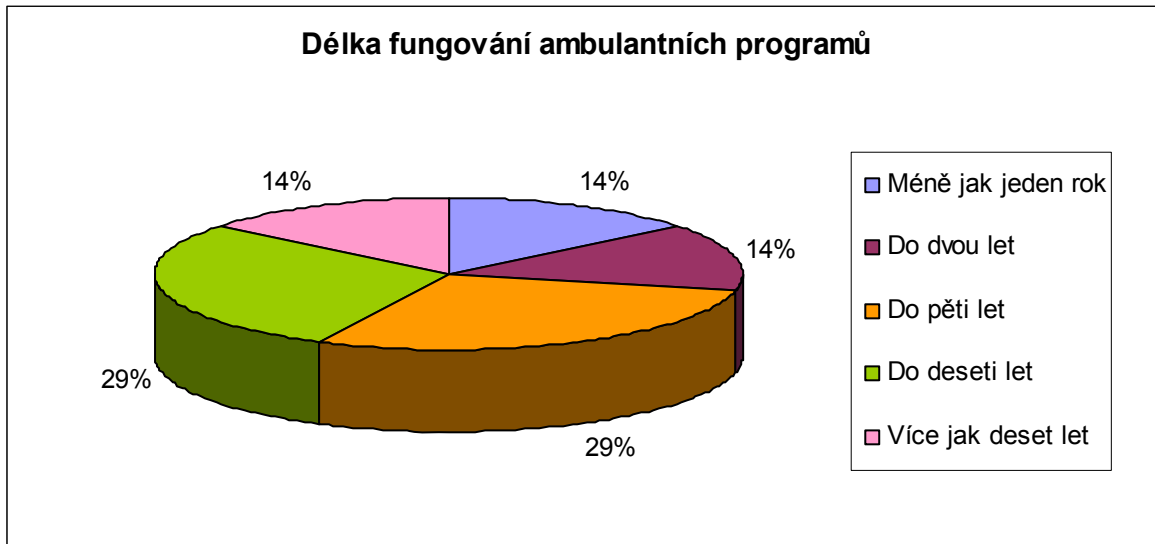
Ve výzkumu Šteflové (2011) byla oslovena zařízení poskytující ambulantní péči a pouze část oslovených zařízení reagovala a odpověděla na 3 okruhy otázek: 1) Délka fungování zařízení, 2) Metodické prameny práce či metody terapie, 3) Klienti závislí na pervitinu. Odpovědi jsou rozděleny v následujícím textu dle jednotlivých typů zařízení.

1. 1. 1 Ambulantní programy

Délka fungování programu

Délka fungování ambulantních programů dle odpovědí respondentů je rozmanitá, počínaje dvěma programy fungujícími velmi krátce (od roku 2010) po program, který oslaví 15 let trvání.

Graf 2. Délka fungování ambulantních programů



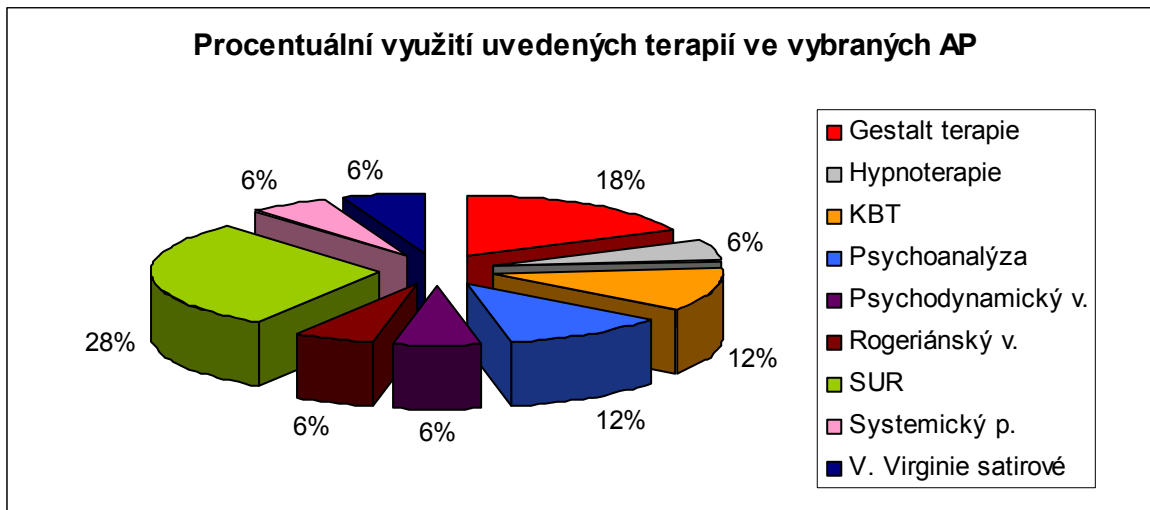
V ambulantních programech se setkáváme se sedmi různými kvalifikacemi. Jsou to adiktolog, psychiatr, psycholog, sociální pracovník, terapeut a zdravotník.

Metody terapie

Prameny, ze kterých ambulantní programy čerpají při práci se svými klienty, jsou rozmanité, objevilo se celkem patnáct různých zdrojů. Zařízení poskytují své služby na základě vlastního operačního manuálu, který vymezuje „mantinely“, mezi kterými se pracovník během své práce musí pohybovat. Každý pracovník tedy primárně vychází z manuálu a posléze ze svého vlastního výcviku a dalších terapií. Zařízení většinou nehovořili o jednotné metodice, ale o individuálně intuitivním přístupu založeném na jasných pravidlech a zkušenostech z výcviků. Nejčastěji využívaným pramenem je Kognitivně-behaviorální terapie KBT (4 zařízení – 17%). Dalšími přístupy jsou SUR, Gestalt terapie a vlastní metodika (3 zařízení – 13%). Pod pojmem vlastní metodika se schovává více pramenů/terapií, které nebyl oslovený subjekt schopen vyjmenovat, neznamená to vlastní vymyšlenou a v praxi vyzkoušenou metodiku práce s klientem. Dále máme jedenáct pramenů, z kterých čerpá jediné zařízení (integrativní přístup, metodika Virginie Satirové, motivační rozhovor, poznatky MUDr. Nešpora, psychoanalýza, psychodynamický přístup, Rogersovská terapie, RVKPP /Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky/, strategický přístup a systemický přístup).

I přesto, že nejvíce zařízení při své práci čerpá prvky z KBT, tak nejužívanější „celistvou“ terapií při práci s klientem v ambulantních programech je SUR (28 %), potom Gestalt terapie (18 %). KBT je až na třetím místě, společně s psychoanalýzou (12 %). Terapie, které nabízí jediné zařízení (6 %): hypnoterapie, výcvik Virginie Satirové, psychodynamický, Rogeriánský a systemický výcvik.

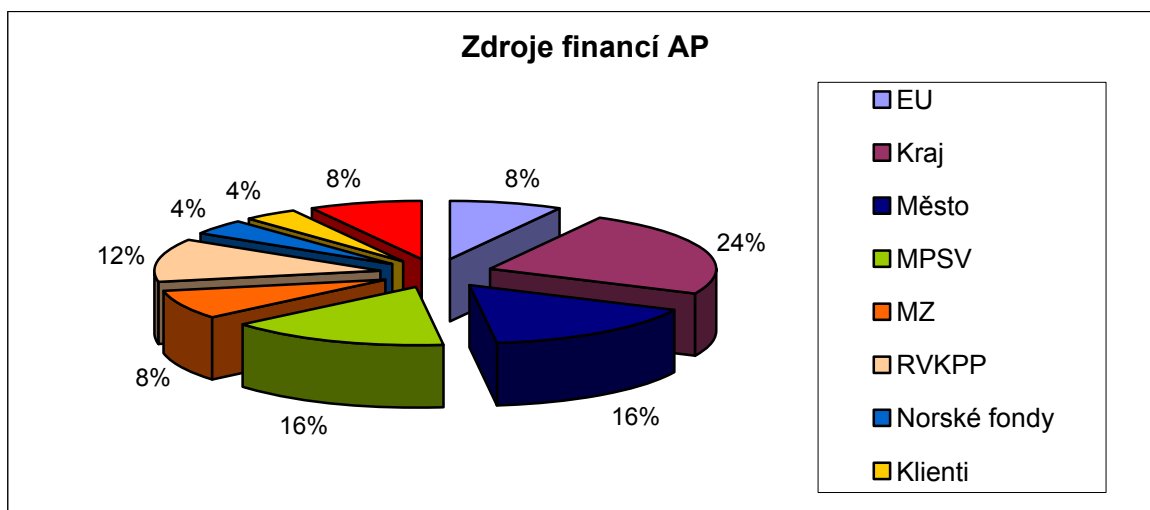
Graf 3. Procentuální využití uvedených terapií ve vybraných AP



Zdroje financí

Většina námi oslovených zařízení má minimálně čtyři různé finanční zdroje. Zjištěných zdrojů financování ambulantních programů (AP) je celkem devět. Nejvyšší podíl financí, u našeho výzkumného vzorku, dávají kraje, dotují šest zařízení AP ve svých územních obvodech (24 %). V závěsu se drží města a MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí), shodně poskytují finanční podporu čtyřem zařízením nabízejících AP (16 %). MPSV dotuje jedině zařízení, která nabízejí sociální služby v souladu se sociálním zákonem. Třem zařízením poskytuje finance také RVKPP (12 %). RVKPP (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky) poskytuje finance pouze zařízením, která mají jejich certifikaci. Granty z Evropské unie získali, a čerpají z nich, pouze dvě zařízení (8 % oslovených). Stejná procenta mají také MZ (Ministerstvo zdravotnictví) a zdravotní pojišťovny, které poskytují finance subjektům, které v rámci ambulantní léčby provádí i zdravotní úkony. Nejméně běžným zdrojem financí v této oblasti jsou klienti a norské fondy. Jedno zařízení je soukromým podnikatelským subjektem, jehož jediným zdrojem příjmů je právě klientela. Nutno říci, že klientela je zde rozmanitá a ambulantní léčba závislosti je pro ně okrajovým polem zájmu i zdrojem financí. Co se týče norských fondů, ty čerpá také jedině zařízení. Je to organizace, která má celoevropskou působnost a je primárně dotována právě z norských fondů.

Graf 4. Zdroje financí AP



Klienti závislí na pervitinu

Dle šetření využívá ambulantní programy 35% klientů primárně pro závislost na pervitinu. Čísla se v jednotlivých programech zásadně liší, od zařízení, u nichž klientela závislá na pervitinu a celkově na OPL nealkoholového typu tvoří okrajovou klientelu (5%), po zařízení s klientelou závislou na pervitinu jako stěžejní skupinou (70%). Tři zařízení se pohybují mezi 23 – 50% (dle způsobu vedení počtu klientů - zda započítají i osoby blízké a rodinné příslušníky osob závislých na této látce). Tyto tři instituce navíc shodně konstatovaly, že osoby závislé na pervitinu jsou jejich hlavní/nejpočetnější klientelou.

1. 1. 2 Psychiatrická ambulantní léčba

Do výzkumu se zapojila 1/3 respondentů (5 ordinací), proto zde uvádíme pouze základní informace.

Délka fungování ordinace

Nejmladší ordinace funguje něco málo přes 2 roky a vznikla zcela nově, tedy nebyla znovuotevřena v místech, kde již podobná ambulance fungovala. Druhou nejmladší je ordinace s třináctiletou praxí. Poslední tři ordinace fungují déle než dvacet let. Ve dvou z těchto ordinací se do dnešního dne vystřídal již několik psychiatrů.

Metody terapie

Psychoterapii nabízí tři ordinace, lékaři s dokončeným psychoterapeutickým výcvikem (SUR, KBT, hlubinná abreaktivní psychoterapie, Gestalt terapie). Jeden z těchto odborníků se však při práci se závislými klienty svých výcviků příliš nedrží. Pracuje podle své vlastní metodiky, která staví hlavně na poznacích socioniky. Pracuje hodně s emocemi svých klientů, dále má vytvořen vlastní seznam stěžejních témat týkajících se specifických životních situací, podle kterého postupuje v logické návaznosti.

Zbývající dvě ordinace psychoterapii nenabízí, své klienty odesílají k odborníkům, kteří se na ni specializují. Mají vytvořený seznam terapeutů a zařízení a dle potřeby a zakázky klienta je doporučují. Lékaři jsou seznámeni se způsobem práce těchto odborníků i dalšími službami, které nabízejí.

Klienti závislí na pervitinu

Podíl osob závislých na pervitinu z celkového počtu pacientů ve třech ordinacích nedosahuje 10ti %. Tři lékaři udávají tuto klientelu jako okrajovou. V jednom případě se lékařka během celé své kariéry setkala přesně se třemi klienty závislými na pervitinu, což nejsou ani 2%.

Další lékaři udali maximálně 5 až 10 %. Vyšší podíl této klientely hlásí dva lékaři. Jeden doktor udává 33 % což je 1/3 všech pacientů. V jedné ordinaci tito klienti tvoří více než polovinu pacientů, a to rovných 60 %.

1. 1. 3. AT ambulance

Na dotazník odpovědělo 50 % respondentů, tedy šest pracovníků AT ambulancí z celkového počtu dvanácti.

Délka fungování ambulancí

Čtyři AT ambulance byly zřízeny před více jak dvaceti lety, tedy v době socialismu (jedno pracuje dokonce přes 30 let). Pracovníci těchto ambulancí nevěděli přesně rok otevření, protože v té době v ambulanci ještě nepracovali. Dvě ambulance byly otevřeny pacientům ve stejném roce – 1993 a brzy budou fungovat taktéž 20 let. Lékaři pracující v těchto dvou ambulancích zde pracují od samotného počátku a byli jejich zakladateli.

Metody terapie

Dvě AT ambulance svým pacientům psychoterapii neposkytují (1/3). Tři ambulance psychoterapii v nabídce mají (1/2), v jedné ambulanci je psychoterapie poskytována pouze ve výjimečných případech, dle potřeby klienta (17 %). Spočívá hlavně v práci s vůlí pacientů a nácvikem zdravého asertivního chování. Tato terapie nemá základy v žádné oficiální psychoterapii. V další ambulanci poskytují terapii, jejíž základ tvoří psychiatrické metody práce s klientem, zkušenosti a osobní přístup pracovníka (je volen hlavně direktivní přístup ke klientovi).

Terapie využívané v ambulancích jsou čtyři: SUR, Gestalt terapie, systemická a Rogeriánská terapie.

Ambulance, které neposkytují psychoterapii plus zařízení, které ji poskytuje pouze okrajově, mají vytvořen seznam odborníků a zařízení, ke kterým odesílají své pacienty. Doporučují je samozřejmě za předpokladu, že klienti mají o tuto službu zájem nebo je pro ně dle jejich názoru vhodnou formou léčby.

Polovina AT ambulancí je architektonicky spojených s určitým typem psychiatrického zařízení. Nejčastější spojení je s detoxikační jednotkou a lůžkovým psychiatrickým oddělením, jedna ambulance je propojena se záchytnou stanicí. Druhá polovina zařízení je samostatně zřízena v běžné zástavě.

Klienti závislí na pervitinu

Nejvyšší udaný podíl pacientů závislých na pervitinu je deset procent, tohoto čísla bylo dosaženo v jediné ambulanci. Pracovníci dvou ambulancí nejsou schopni přesně sdělit ani odhadnout kolik procent by tito klienti mohli tvořit, protože je to v obou případech velmi malé množství. Jejich hlavní klientelou jsou osoby s alkoholovým problémem. Nejčastější odpovědí byl podíl ve výši 1-2 %. Opět se ve své praxi setkávají hlavně s osobami závislými na alkoholu.

1. 2 Shrnutí

Dle provedeného šetření je nejrozšířenější a tedy nejdostupnější možností ambulanti psychiatrická léčba poskytována v soukromých ordinacích psychiatrů. Avšak lékaři uvedení na informačních stránkách nejsou většinou ve skutečnosti orientováni směrem k závislostem nebo pouze na závislost alkoholovou. Léčba závislostí je zaměřena hlavně na zdravotní

stránku a výhodou soukromých ordinací je jejich umístění v běžné městské zástavbě, které nepůsobí stigmatizujícím dojmem.

AT ambulance nefungují ve všech krajích. Celkově můžeme hovořit o úpadku systému práce AT ambulancí, které jsou dědictvím socialistického systému. Dobrou zprávou je, že polovina AT ambulancí svým klientům nabízí psychoterapii, ale přesto jsou orientováni hlavně na zdravotnickou léčbu. Tento fakt dokazuje časté architektonické propojení s psychiatrickou léčebnou, detoxikační jednotkou či záchytnou stanicí. Toto propojení může být pro mnoho potenciálních klientů odrazující, ale možná je zároveň i důvodem, proč tyto ambulance stále fungují. Nejzásadnější fakt je však zjištění, že klienti závislí na pervitinu jsou ve všech případech okrajovou klientelou těchto subjektů.

Rozšíření ambulantních programů v rámci ČR je nad očekávání celkem dobré. Tato služba je ve více jak polovině krajů, kde není služba k dispozici, je možné využít služby sousedních krajů (mimo západní okraj republiky, kde jsou vedle sebe tři kraje bez ambulantního programu).

Všechny AP nabízí psychoterapii, nejfrekventovanější výcviky jsou SUR, Gestalt terapie, KBT a psychoanalýza. Neexistuje však jednotná metodika a každé zařízení vychází z vlastních výcviků, kurzů, vzdělání a osobnosti jednotlivých pracovníků.

Průměrný počet klientů závislých na pervitinu z celkového počtu klientů nečiní ani 50 %, což je velmi málo vzhledem k tomu, že je pervitin po alkoholu druhou nejčastěji zneužívanou OPL v České republice.

2 Stimulační drogy a jejich specifika na drogové scéně

„Ne vždy se v dospělém věku vyčeří víno mládí, někdy se také zakalí.“

C. G. Jung

Dříve než se začneme věnovat pervitinu, seznámíme se se skupinou omamných a psychotropních látek stimulantů, do které pervitin spadá. Cílem kapitoly je seznámit čtenáře se základní klasifikací omamných a psychotropních látek, poukázat na historické aspekty jejich užívání a v neposlední řadě blíže popsat konkrétní stimulační drogy.

2.1 Klasifikace omamných a psychotropních látek

Omamné a psychotropní látky (dále OPL) můžeme rozdělit do několika skupin, a to pomocí různých klíčů či úhlů pohledu.

Dle legislativního pojetí dělíme OPL na legální a nelegální. Do skupiny legálních drog řadíme tabák a alkohol, pro jejichž užití je zákonem stanovena minimální věková hranice a i jejich užívání je dále legislativně upraveno (např. zákaz kouření na zastávkách, zákaz řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu aj.), dále sem řadíme kávu, čaj a některé druhy volně prodejných těkavých látek a léků. Legalizace daných OPL je podmíněna historickým vývojem dané společnosti, kulturními zvyklostmi, společenským a politickým uspořádáním a tradicemi.

Velice diskutované dělení OPL je na měkké a tvrdé (lehké x těžké) drogy. K měkkým drogám řadíme kávu, tabák, alkohol a konopné látky, ovšem zejména alkohol se pohybuje na velmi tenké hranici mezi oběma skupinami. Tvrdost a měkkost vyjadřuje stupeň rizika vzniku závislosti a možnosti poškození organismu na úrovni tělesné či duševní, a to jak dočasné, tak i trvalé. Toto dělení se nejvíce užívá v obecné populaci.

Dále můžeme návykové látky rozdělit podle původu na přírodní, syntetické a semisyntetické (Zábranský, 2003). Semisyntetické látky jsou vyrobeny uměle, ale mají přírodní původ, představitelem této skupiny je např. kokain, morfin, heroin, LSD. Zástupci přírodních OPL jsou např. konopné produkty, opium, koka, lysohlávky a mnoho dalších psychoaktivních hub, rostlin a živočišných jedů. Do skupiny syntetických drog řadíme hlavně amfetaminy, MDMA, opioidy, těkavé látky a některé léky.

Dělení OPL dle jejich účinku na psychiku, které je v odborné adiktologické oblasti nejvíce využíváno, stojí na znalosti chemického složení jednotlivých látek a mechanismu působení na živý organismus. OPL tedy z tohoto hlediska dělíme do tří základních skupin: stimulancia, tlumivé látky a halucinogeny. Toto dělení probíhá na základě primárního účinku dané látky (Kalina, 2008). Přehled látek zastupující jednotlivé skupiny viz Tabulka 1.

Tabulka 1. Rozdělení OPL dle účinku

Tlumivé látky	Stimulancia	Halucinogeny
benzodiazepiny	amfetaminy	konopné produkty
barbituráty	kokain	LSD
alkohol	crack	mescalín
opiáty	těkavé nitráty	psilocybin
těkavé látky	nikotin	MDMA
	kofein	těkavé látky

Stimulanty

V rámci zaměření této publikace považujeme za důležité zaměřit se na stimulační drogy.

Tato skupina látek, též nazývaná psychostimulancia, primárně povzbuzuje organismus k vyššímu výkonu a výrazně zpomaluje nástup únavy, a to jak na úrovni fyzické, tak i psychické. Stimulanty nedodávají energii, ale vyčerpají její zásoby z organismu, následkem jejich užití je tedy patologická únava.

Látky této skupiny jsou pro své výše popsané povzbuzující účinky, které jsou ve společnosti vysoce ceněny, nejvíce zneužívanou skupinou OPL na celém světě (nepočítáme kofein, nikotin, alkohol a tein).

Do této skupiny látek spadá metamfetamin, neboli pervitin, který je nejčastěji zneužívanou tvrdou drogou v České republice.

2.2 Obecná charakteristika stimulantů

Již z názvu je patrné, že látky této skupiny stimulují organismus, a to pomocí sympatiku, který je součástí vegetativního nervového systému. Sympatikus je zodpovědný za zvýšení srdeční akce, což vede k následnému zvýšení tepové frekvence a krevního tlaku, dále za rozšíření dýchacích cest, zvýšení průtoku krve kosterním svalstvem na úkor trávicího systému a za mydriázu. Sympatikus je aktivován zvýšenou koncentrací dopaminu, noradrenalinu a serotoninu v synaptické štěrbině. Tyto neurotransmitery jsou z jedné strany zvýšeně produkovány, z druhé strany je sníženo jejich zpětné vychytávání, což po skončení účinku dané drogy vede k vyčerpání organismu, tzv. „dojezdu“, který se projevívá vzestupnou potřebou spánku, nárazovým zvýšením příjmu potravy, bolestmi svalů, kloubů a „depresivním“ naladěním.

Na základě těchto pozměněných fyziologických pochodů dochází ke zvýšení psychomotorického tempa, snižuje se potřeba spánku a chuť k jídlu. Jsou urychleny kognitivní procesy, jejichž kvalita je však oproti běžnému fyziologickému chodu snížena. Dostavuje se pocit euforie, síly a energie (Kalina, 2003).

Stimulancia jsou látky, které způsobují „pouze“ silnou psychickou závislost, která nastupuje řádově po několikaměsíčním opakovaném užívání. Odvykací stav není nebezpečný pro zdraví uživatele, ani pro jeho život a je charakteristický výraznou touhou po droze, která se může objevovat i po několika měsících abstinence. Po somatické stránce se tělo vypořádává s opakovaným vyčerpáváním, nespavostí a se sníženým příjmem potravy, což mu zabere několik dní. Co se týká psychiky, po vysazení drogy je člověk úzkostný, depresivní, objevují se u něj suicidální myšlenky, nespavost a podrážděnost. Tyto příznaky vymizí řádově během několika týdnů až měsíců. Vznik závislosti není jediným rizikem užívání látek této skupiny.

Dlouhodobé užívání stimulancií zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, cévních mozkových příhod, poruch motorických funkcí, extrémní vyhublosti, poruch paměti a rozvinutí toxické psychózy. Většina těchto somatických komplikací je reverzibilní, nelze ale zaručit, že se poškozená funkce vrátí zcela do původního stavu. Toxická psychóza (dále TP) je nejčastěji zapříčiněna právě dlouhodobým užíváním stimulancií, ale může jí navodit i jednorázové užití nadměrné dávky. Pro TP jsou charakteristické paranoidní stavy, které mají nejčastěji podobu pronásledování, změny nálady a halucinace (sluchové, zrakové i taktilní). Léčba TP může mít formu ambulantní i pobytovej, u těžších stavů, kdy je jedinec odpoután od reality a jsou přítomny halucinace a depresivní rozladění, vždy volíme hospitalizaci v psychiatrické léčebně. K léčbě jsou užívána zejména psychofarmaka. Základní podmínkou léčby je samozřejmě abstinence.

2.3 Historie pervitinu v ČR

Pervitin bývá někdy označován médii u nás i v zahraničí jako český „vynález“ či „česká droga“ – jde samozřejmě o určitou mediální zkratku, odkazující na „českou stopu“ ve vývoji evropské drogové scény po 2. světové válce.

Metamfetamin byl poprvé syntetizován z efedrinu japonským chemikem Nagaiem Nagayoshim v roce 1893, jeho krajan Akira Ogata pak v roce 1919 poprvé syntetizoval jeho krystalickou formu (Weisheit & White, 2009). O deset let později se pervitin dostal do Evropy. Byl využíván jako lék, v průběhu války pak armádami obou stran světového konfliktu pro zvýšení výkonu a potlačení únavy.

Po válce se zbylé vojenské zásoby dostaly mezi civilní obyvatelstvo – především v Německu, Japonsku a USA – a (zne)užívání pervitinu se stalo poměrně rozšířeným. V České republice – přesněji v ČSSR, jak se země po komunistickém puči přejmenovala – byla situace poněkud odlišná. Svou roli hrála především izolovanost země a přerušení vazeb či tradičních drogově-distribučních kanálů po roce 1948. Typické „západní“ nelegální drogy (heroin, kokain, LSD, marihuana) byly u nás dostupné ve velmi omezené míře. Naopak výrazně rozšířené bylo zneužívání různých typů léků (Nožina, 1997).

Ke zlomu došlo na začátku 70. let – čeští uživatelé drog „znovuvynalezli“ pervitin. V této souvislosti je třeba si uvědomit, že v té době samozřejmě neexistoval internet a informace o drogách byli minimální – vyjma komunistické propagandy, která drogy popisovala jako symptom života v kapitalistických zemích, důkaz úpadku jejich státního zřízení. Přes tato omezení dokázali někteří jedinci potřebné informace sehnat. Významnou roli v tomto průkopnickém období sehrál Jiří G. alias Freud (jde o předobraz jedné ze stěžejních postav knihy Radka Johna *Memento*, Richarda Růžičky). Z pamětnických výpovědí (Brenza, in press) nelze jednoznačně určit, zda byl skutečně prvním, kdo pervitin v domácích podmínkách vyrobil, nicméně základní okolnosti tohoto počátečního období jsou známy. Volné uskupení několika málo lidí, kam patřil i „Freud“, zahrnovalo jedince s dobrým rodinným zázemím (např. lékaři) – doma tedy měli k dispozici některé odborné knihy, které byly zdrojem základních informací o psychoaktivních látkách: např. předválečná *Farmakologie duše* Vladimíra Vondráčka (1935) nebo „bible“ tehdejší drogové subkultury, *Toxikománie* od Eduarda Urbana (1973). Protože šlo o lidi, kteří studovali lékařské, farmakologické či chemické obory na VŠ (většina jich školu nedokončila), tak si dokázali sehnat i detailnější informace: Klíčovým zdrojem byly patenty z Patentové knihovny, kde bylo možné – s odkazem na vědecký, odborný zájem – získat postup výroby jak metamfetaminu, tak i hydrocodonu (jde o hlavní účinnou látku další „české“ drogy, braunu). „Průkopníci“ zvažovali v počátečním období pokus o výrobu i dalších drog, ale nakonec se z technických důvodů (nákladnost některých postupů či nedostupnost potřebných chemikálií) rozhodli pro dvě výše uvedené.

Vzhledem k tomu, že existuje několik odlišných postupů výroby metamfetaminu, bylo třeba na podkladě získaných patentů propracovat takovou proceduru, která umožní výrobu v domácích podmínkách a z dostupných surovin. Prekurzorem výroby pervitinu je vždy efedrin. Ten byl abstrahován z volně dostupného léčiva, Solutanu, případně bylo použito přímo čistého efedrinu, který byl kraden a vynášen spřízněnými zaměstnanci ze skladů léčiv nebo později z podniku, který jej vyráběl (Efedrina Roztoky u Prahy). Laboratorní sklo se získávalo z vysokých škol nebo se kupovalo ve zdravotnických potřebách, další potřebné chemikálie (červený fosfor, kyselina fosforečná, jód, toluen) byly relativně snadno dostupné

v drogerii, případně opět přes známé, kteří byli zaměstnáni v různých typech technických provozů, kde se s uvedenými látkami pracovalo.

Prvním účinným produktem, který se podařilo vyrobit, nejprve byla pervitinová báze v tekutém stavu. Šlo o kapalinu načervenalé barvy, která se užívala orálně, např. se kapala do nealkoholických nápojů. V počátečním období se pervitin užíval ve velmi úzkém okruhu a to poměrně svátečně, jednou nebo dvakrát měsíčně, šlo o spiklenecko-dobrodružné objevování účinků drogy.

Celkově lze vývoj české pervitinové scény od „vynálezu“ do současnosti naznačit rozdělením do několika etap:

1. První generace - Průkopníci (cca 1973-1978)
2. Druhá generace – Následovníci (cca 1979-1984)
3. Třetí generace – Expanze (1985-1989)
4. Období Divokého východu (1989-1998)
5. Přelom tisíciletí až současnost (1999 – 2010)

1/ První generace – Průkopníci (1973-78)

Toto datování je pouze orientační, rok „objevu“ pervitinu se ve výpovědích pamětníků mírně liší. Exaktní informací je skutečnost, že v roce 1977 byl pervitin poprvé zachycen v analýzách Ústavu toxikologie a soudní chemie (Večerková, 1986) (braun byl zachycen již v roce 1975, přitom šlo o stejnou skupinu „vařičů“ a výrobní postupy obou drog byly vyladěny souběžně).

Pokud Zábranský (2007, s. 159) uvádí, že „know-how výroby se (následně) široce a rychle rozšířilo“, je nutno tuto informaci chápat v kontextu dané doby a situace. Pravděpodobně několik prvních let znalo výrobní postup, resp. umělo drogu fakticky vyrobit, jen několik málo, cca 5, lidí – např. ještě v roce 1980, když byl zatčen jeden z respektovaných, průkopnických vařičů, přezdívaný „Sendy“, tak pro skupinu lidí kolem něj to bylo výrazné omezení, protože nebylo snadné najít někoho, kdo jej nahradí. Není tím myšleno, že se nakonec nenašel jiný zdroj, jen to ukazuje na uzavřenost a způsob fungování tehdejší drogové komunity.

V počátcích šlo celkově o skupinu několik málo desítek lidí, jádro této skupiny tvořili „vařiči“, kolem každého z nich pak byla soustředěna „buňka“ dalších uživatelů, často na bázi sousedství v ulici či bloku nebo známosti z dřívější doby, např. ze základní nebo střední školy. Jednotlivé buňky od sebe byly relativně oddělené a pro člověka mimo komunitu, tedy bez „konexí“, v podstatě nedostupné. Onou konexí mohlo být buď osobní doporučení někoho ze členů, případně nějaká forma přínosu pro skupinu. Jakkoliv se totiž pervitin v tomto období neprodával, neznamenalo to, že byl zcela zdarma – každý se musel nějak podílet na jeho výrobě: někdo měl k dispozici prostor, jiný sehnal Solutan, další chemikálie či sklo atp. Ústřední dovedností byla znalost postupu výroby. Tato znalost zajišťovala „vařiči“ v rámci komunity vysoký sociální status a prestiž – proto nebylo obvyklé, aby tuto svoji dovednost předával dalším lidem, šlo svým způsobem o „alchymistické“ tajemství.

2/ Druhá generace – Následovníci (1979-84)

Koncem 70. let skupinka mladých chemických nadšenců mimo průkopnický okruh zdokonalila původní postup a dokázala syntetizovat krystalický pervitin, který začal být užíván intravenózně. Jehly a injekční stříkačky byly získávány od známých-zdravotních sestřiček, otrlejší či zoufalejší část scény pak vybírala použité jehly z popelnic před

nemocnicemi (vzhledem k tomu, že drogová problematika byla ideologicky tabuizovaná a nedostatečně zmapovaná, tak neexistovala žádná prevence – výsledkem byla nulová informovanost o rizicích takového chování). Část první generace již drogu užívala pravidelně a potýkala se s prvními vážnějšími problémy. Původní malá soustava základních buněk se rozrostla, droga začala být postupně k dispozici stále širšímu okruhu lidí, v Praze šlo řádově o stovky uživatelů a objevují se první zmínky o tom, že pervitin se dostal i do dalších měst. Scéna byla stále poměrně uzavřená, droga se sice už v menší míře prodávala, stále však šlo především o kontakt mezi známými (peníze byly potřeba na nákup chemikálií či prekurzorů, nešlo o komerční výrobu v pravém smyslu).

3/ Třetí generace – Expanze (1985-89)

Stále přetrvávají skupiny i typy vztahů popsané výše, znalost výroby se však „geometrickou řadou“ rozšířila v Praze a uživatelská buňka už je i v každém větším městě v Čechách a na Moravě. Přibývá případů, kdy se „vaříč“ a uživatel neznají, vztah je v masovějším měřítku definován jako dodavatel-zákazník. Pervitin už přesáhl původní uživatelskou komunitu, začíná být dostupný i v šedé či černé ekonomické zóně (např. veksláci, komunita taxikářů, hospodští atp.). Pervitin či braun již vyzkoušeli řádově tisíce lidí.

4/ Období Divokého Východu

Výše popsaný trend pokračuje i v podmínkách celkového uvolnění společenských norem a hledání a ustavování nových společenských pravidel. Policie jako dědic Veřejné bezpečnosti hledá novou identitu, pokouší se zorientovat v problematice. Otevření hranic umožňuje masivní přísun „tradičních“ drog ze zdrojových destinací. Nastává pražský heroinový boom, charakterizovaný snadnou dostupností, dumpingovými cenami a vysokou kvalitou drogy. Drogová scéna je velmi otevřená a rozmanitá: někteří starší uživatelé udržují pravidla vztahů na úrovni před listopadem a preferují „své“ drogy, pervitin a braun, mladší již k drogám přistupují zcela komerčním způsobem a experimentují s heroinem.

5/ Přelom století až do současnosti

Mediální vytěžování tématu, užívání drog některými politiky (zvláště těmi s konzervativními postoji a černobílým vnímáním problematiky jako Pavel Severa, Igor Němec či Jiří Vacek) otevírá společenskou debatu. Dochází k úpravě drogové legislativy - zavádí se trestnost držení většího množství drog (i jen pro vlastní potřebu), Policie se postupně aklimatizuje na novou situaci a začíná se v problematice orientovat. Ultraotevřená drogová scéna se opět částečně uzavírá, dostupnost drog klesá, minimálně v rovině většího úsilí, které je třeba ve srovnání s předchozím obdobím k jejich získání vynaložit. Klesá kvalita drog – pervitin není vyráběn ze efedrinu, ale pseudoefedrinu - jeho účinky jsou výrazně slabší.

2.4 Dělení a přehled stimulantů

Stimulanty dělíme na přírodní, syntetické a semisyntetické.

Přírodní stimulanty

Hlavním zástupcem skupiny stimulačních látek přírodního původu je *koka pravá* (Erythroxilon coca), jejíž účinnou látkou je kokain, který byl izolován v polovině 19. století lékárníkem F. Gaedckem. Tato rostlina se vyskytuje převážně v Jižní Americe, kde je užívána místními obyvateli k zahnání únavy při velice namáhavé fyzické práci ve vysokých

nadmořských výškách. Tradičním způsobem konzumace je žvýkání kokových listů smíchaných s popelem. Koka se začala šířit po světě již v 1. polovině 16. století díky zámořským objevitelům a dobyvatelům. Po objevení a izolování se kokain uchytil na poli medicíny jako velice účinné anestetikum. Nejvíce se využíval v obličejové chirurgii, neboť má navíc vazokonstrikční účinky.

Samotné kokové listy se v současnosti užívají velice málo, hlavními konzumenty jsou převážně jihoameričtí obyvatelé. Koka je však žádaným vývozním artiklem, který neslouží k přímé konzumaci, nýbrž k výrobě kokainu. Kokain se vyrábí chemickou přeměnou kokové pasty na bílý prášek kokainhydrochlorid. Na výrobu 1 kg kokainu je potřeba cca 100-170 kg kokových listů (Nožina, 1997).

Dalším zástupcem přírodních simulantů je *kata* (*Catha edulis*), která roste na Arabském poloostrově, kde se také převážně užívá. Kata se svým účinkem nejvíce blíží marihuaně, lze jí užívat žvýkáním, kouřením nebo rozpuštěním katového prášku v mléce.

Semisyntetické stimulanty

Kokain byl již okrajově zmíněn v kapitole přírodní stimulanty, má sice rostlinný původ, ale je vyráběn chemickou cestou v laboratořích, takže ho primárně řadíme do skupiny semisyntetických drog. Oproti koce je kokain rozšířen téměř po celém světě, nejvíce se užívá v severní Americe a Kanadě. Z Evropy je největším konzumentem Velká Británie, na zbytku kontinentu se užívá spíše okrajově, tzn., nepatří mezi nejčastěji zneužívané OPL, ale jeho užívání má i zde svou tradici.

Kokain se nejčastěji užívá šňupáním (sniffing), i. v. (intravenózní) aplikace není častá. Dá se označit za drogu rekreační nebo víkendovou, většinou tedy není primární drogou uživatele, a to hlavně díky její vysoké ceně.

Účinek kokainu je v porovnání s ostatními stimulanty krátký, trvá cca kolem 1 hodiny. První užití nemusí navodit očekávaný příjemný zážitek, ale naopak může způsobit podrážděnost a slabost. Kokain má oproti jiným stimulantům výrazně vyšší anorektický účinek, pro nějž je často zneužíván. Typickým příznakem užití kokainu je zvýšení libida a ztráta zábran.

Stejně jako u ostatních stimulantů je užívání kokainu velikou zátěží a rizikem pro kardiovaskulární systém. Vzhledem k tomu, že je převážně užíván šňupáním, často narušuje nosní sliznici, toto poškození je v mnoha případech nezvratné a může se při zanedbání rozvinout až v nekrózu tkáně. Závažnou komplikací je ztráta čichu či jeho narušení, které je též nereverzibilní.

Fyzická závislost na kokainu nevzniká, o to silnější je ta psychická (dle některých autorů je ze skupiny stimulantů nejsilnější). Tolerance k látce vzrůstá i klesá velice rychle, což je nebezpečné vzhledem k tomu, že předávkování může mít latentní následky a že, jak už bylo zmíněno výše, je drogou rekreační či víkendovou. Předávkování se projevuje křečemi, zvýšenou teplotou a postupným kolabováním kardiovaskulárního systému, předávkovaný umírá na selhání dýchacího centra. Dalším rizikem je rozvinutí toxické psychózy, která má nejčastěji podobu tělesných halucinací a pronásledování.

Pokud hydrochlorid kokainu tepelně upravíme společně s jedlou sodou a éterem, vznikne tzv. volná báze neboli **Crack**. Crack má podobu bílých krystalků, které se kouří, nebo inhalují z alobalu, na kterém je zahříván. Aktivní látkou je kokain, mechanismus účinku, jeho doba působení i projevy jsou tedy identické s kokainem, jen o něco málo silnější. Crack velice rychle vyvolává silnou psychickou závislost.

Syntetické stimulanty

Základní látkou této skupiny drog je **Amfetamin** (alfa-metyl-fenetylamin), z něhož další chemickou úpravou vznikají deriváty metamfetamin, fenmetrazin a dexfenmetrazin.

Amfetamin byl syntetizován r. 1887 z efedrinu. Jeho účinky byly popsány až ve 20. století, konkrétně r. 1928 Gordonem Allenem. Své první uplatnění našel (jako většina drog) v medicíně a to hlavně při léčbě narkolepsie. Odtud pravděpodobně pochází i jeho přívlastek „budivý amin“. Dále se využíval při léčbě obezity, hyperkineze u dětí, poruchách pozornosti a při depresích. Kromě budivých a anorektických účinků působí také euforicky, i když o něco méně než jeho další deriváty. Tohoto účinku se hojně využívalo v období 2. světové války u bojových letců (Japonsko) a u doktorů v polních nemocnicích.

V dnešní době se amfetamin užívá nejčastěji v podobě bílého prášku či tablet, a to buď šňupáním, perorálním podáním, nebo injekční aplikací. Lze ho i inhalovat, ale není dostatečně těkavý, takže pro tento způsob aplikace není zcela vhodný. K inhalačnímu užití se nejlépe hodí metamfetamin v krystalické podobě, neboli *Ice*, který se nejvíce rozšířil v USA jako konkurent cracku.

Amfetamin je, co se týká Evropy, nejrozšířenější drogou této skupiny. Jeho užívání má tradici ve Velké Británii (dále VB), Německu a severských státech. V roce 2008 byly země s nejvyšší prevalencí užívání amfetaminů v běžné populaci mezi 15-64 lety právě VB (11,9 %), Dánsko (6,9 %) a Norsko (3,6 %). V ostatních zemích západní Evropy se stále v popředí drží kokain a ve východních zemích má svou tradici další zástupce této skupiny – Metamfetamin neboli Pervitin. K těmto zemím se řadí i Česká republika, která mezi nimi, co se týká spotřeby a problémových uživatelů, drží prvenství. Na druhém místě se nachází Slovensko (EMCDDA, 2008). „Metamfetamin se stal na Slovensku primární drogou nejčastěji uváděnou osobami žádajícími poprvé o léčbu a představuje 25% všech žádostí o léčbu drogové závislosti. V České republice uvádí metamfetamin jako primární drogu 59% všech klientů léčených z drogové závislosti. Klienti léčení v souvislosti s metamfetaminem uvádí vysokou míru injekčního užívání této drogy: na Slovensku asi 50% a v České republice 80 %.“ (EMCDDA, 2008, s. 52-53).

Tabulka 2. Počet problémových uživatelů v ČR

	Počet problémových uživatelů celkem	Počet uživatelů opiátů	Počet uživatelů pervitinu	Počet injekčních uživatelů
2004	30 000	9 700	20 300	27 000
2005	31 800	11 300	20 500	29 800
2006	30 200	10 500	19 700	29 000
2007	30 900	10 000	20 900	29 500
2008	32 500	11 300	21 200	31 200

Pozn.: Odhad problémového užívání dle dat od nízkoprahových zařízení – (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009, s. 24)

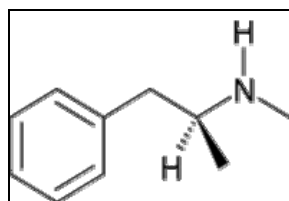
3 Pervitin

„Nikoli příroda, to „génius lidstva“ si upletl osudovou oprátku, na které se může kdykoli oběsit“
C. G. Jung

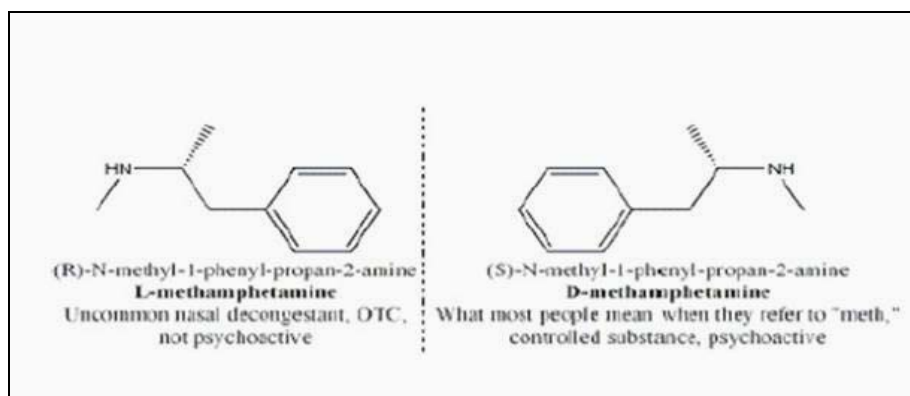
Cílem kapitoly je seznámit čtenáře s klíčovou drogou publikace - pervitinem. V předchozím textu byly informace předloženy v obecnější rovině. Následující informace přináší konkrétnější obrysy fenoménu této drogy. Zároveň jsou přiloženy i informace o extázi, která má k pervitinu blízko.

Pervitin (metamfetamin) řadíme mezi centrálně působící psychostimulanty, resp. jej řadíme mezi budivé aminy. Jeho stimulační efekt se projevuje především v oblasti potlačení ospalosti, nabuzení pocitu síly a výkonnosti, zvýšení sebevědomí, dále urychluje vybavování a asociaci představ, ale toto může být na úkor přesnosti. Pervitin má také účinky sympatomimetické, tj. vyvolává zvýšení krevního tlaku, zvyšuje srdeční tepovou činnost apod. Výchozí látkou je efedrin či pseudoefedrin. V chemickém složení pervitinu lze rozlišovat dvě formy. Formu levotočivou l-metamfetamin a formu pravotočivou jako d-metamfetamin (Obr. 1, 2). Levotočivá forma je užívána v lékařství např. jako součást spreje do nosního inhalátoru, bez potenciálu vést k závislosti. Pravotočivá forma se vyznačuje silnými stimulačními účinky na mozek se závislostním potenciálem. Dále se lze setkat i s užíváním amfetaminů. Amfetaminy mají podobný účinek jako metamfetaminy.

Obrázek 1. Chemické složení pervitinu



Obrázek 2. Levotočivá a pravotočivá forma metamfetaminu



Viz Mehling, R. (2008). *Drugs The Straight Facts: Methamphetamine*, Chelsea House publisher: Infobase publishing.

Stručný exkurz do neurochemie

Než se zaměříme na vliv pervitinu na centrální nervovou soustavu, poukážeme na základní neurotransmitery s jejich stručnou charakteristikou.

V této kapitole si stručně charakterizujeme vybrané přenašeče (neurotransmitery), o které se v kontextu vysvětlování užívání pervitinu opíráme. Pervitin působí tak, že spouští uvolňování chemických látek, které se nalézají v lidském těle. Tyto chemické látky jsou součástí reakce organismu na nebezpečí a radost apod.

Adrenalin

Je řazen mezi katecholaminy a je vylučován z nadledvinek. Funkce: za normálních okolností je uvolňován jako reakce organismu na nebezpečí a vzrušení, zostřuje smysly a umožní tělu pracovat na plný výkon. Tato funkce odpovídá působení sympatického nervstva s projevy:

- Zrychlení tepové frekvence – zvyšuje průtok krve tělem, což přispívá k rychlejšímu přísunu kyslíku ke svalům.
- Zrychlení frekvence dýchání – krátké a mělké vdechy zvyšují hladinu kyslíku v krevním oběhu, ale na druhou stranu si jedinec rychle vydýchává oxid uhličitý.
- Nervozita (pocitý „žaludku na vodě“) – krev se přesouvá ze žaludku do svalů rukou a nohou
- Pocení – tělo se zahřívá a pocení má funkci chladičského systému
- Třes – je způsobený nahromaděnou energií připravenou k uvolnění. Je daný tím, že svaly jsou v tenzi a připravené k akci.

Výše uvedené příznaky mohou být uživateli interpretovány jako craving po psychoaktivní látce nebo jako pocitý těsně před koupením drogy. Pokud užijí pervitin, dochází k opětovnému uvolnění adrenalinu. Trvalé uvolňování adrenalinu působením pervitinu může vést ke snížení potřeby spánku, ztrátě chuti k jídlu, vizuálním a sluchovým halucinacím, kognitivní deterioraci, úzkosti a vztahovačnosti.

Noradrenalin

Je prekurzor syntézy adrenalinu a je syntetizován z dopaminu. Vysoká koncentrace noradrenalinu je v oblastech vegetativních center mozku kmene a hypotalamu. Odlišná funkce noradrenalinu, jako neurotransmiteru, účinkuje tam, kde se zvýšená činnost nervových vláken má adaptovat okamžitou orgánovou funkcí v probíhající situaci. Adrenalin je humorální (látkový) přenašeč, tj. distribuuje se krví. Noradrenalin zvyšuje krevní tlak, na srdeční činnost však působí kvantitativně slaběji, také slaběji působí na CNS v rámci jeho stimulace oproti adrenalinu. Dále působí na cyklus bdění - spánek a biorytmy v oblasti locus coeruleus (protáhlá skupina buněk ve stěně horní části IV. mozkové komory). Pervitin ovlivňuje noradrenalin a působí na cyklus spánek – bdění.

Dopamin

Je intermediární metabolit a vzniká při syntéze noradrenalinu a adrenalinu. Má důležitou funkci jako neurotransmiter v CNS a periférii. V CNS má význam: pro motoriku, funkci limbického systému a jeho spojení s mozkovou kůrou (motivace, euforie, regulace odměny, rozkoš).

Serotonin

Je lokalizován jako neurotransmiter v mozkových oblastech (spodina 4. mozkové komory, ncl. caudatus, hypotalamu, raphe nuclei, středním mozku) s účinky: kontrahuje cévy, je spojený s hypotenzí a bradykardií. Hraje roli ve spánku, sexuálním chování, agresi, chuti k jídlu.

Mechanismus účinku pervitinu

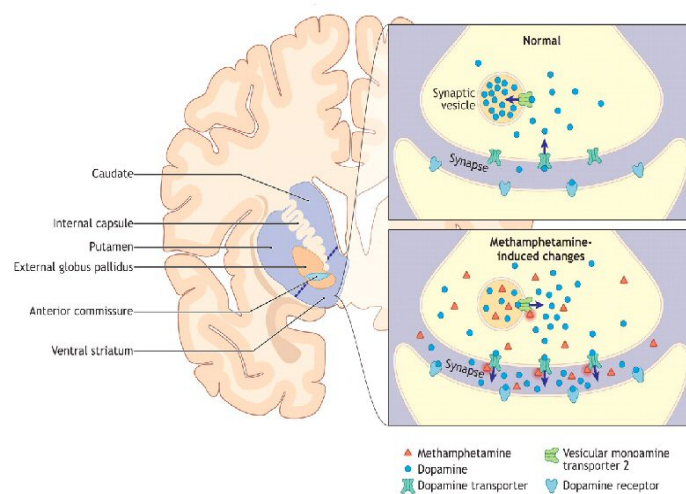
Mechanismus účinku pervitinu je založen na jeho působení na dopaminovém přenašeči v plazmatické membráně a na přenašeči monoaminových neurotransmiterů v membráně synaptických váček, tj. přes uvolňování dopaminu z presynaptických zásob (Fišar, 2009, s. 186). Z výše uvedeného vyplývá, že hlavním mechanismem působení metamfetaminu je zvyšování uvolňování dopaminu do synaptické šterbiny a blokování dopaminového přenašeče

v plazmatické membráně. Dále se účinek působení projevuje v inhibici MAO (kyseliny monoaminové), která zabezpečuje biodegradaci dopaminu.

Stimulanty podporují zvyšování mimobuněčného dopaminu a glutamátu a hrají kritickou roli v kaskádě událostí vedoucí k závislosti, včetně genové exprese a změny synaptické plasticity. V nervových oblastech se díky užívání simulantů projevuje ztráta kontroly, kompulzivní užívání, změna v systému odměny, změna motivace (orbitofrontální kortex), změna paměti (amygdala, hipocampus), změna kontroly impulzivity (prefrontální kortex, gyrus cinguli).

V oblasti mechanismů působení pervitinu na mozek se zaměříme na dopamin. Dopamin je syntetizován v neuronech v oblasti VTA (ventrální tegmentální oblasti) a je uvolňován do ncl. Accumbens (jádro v oblasti systému odměny) a do čelní kůry. Pervitin způsobuje masivní vyplavování dopaminu z presynaptických zakončení. Poté, co byl dopamin vyplaven ze synaptických váček, proniká napříč synaptickou šterbinou k dopaminergním receptorům na postsynaptické membráně (tj. receptorům druhého neuronu). Přirozeně (nepatologicky) se po předání informace, pomocí mechanismu zpětného vychytávání tzv. DAT (dopaminová transportní pumpa), dopamin vrátí zpět do presynaptického neuronu. Působením pervitinu se blokuje tento mechanismus zpětného vychytávání a dochází k neustálé stimulaci dopaminergních receptorů na postsynaptické membráně stále vylučovaným dopaminem (toto je vyznamná odlišnost pervitinu od cracku a kokainu). Výsledkem těchto dějů je masivní zvýšení koncentrace dopaminu v synaptické šterbině. Působení pervitinu se také projevuje tím, že blokuje MAO (monoaminoxidázu) na postsynaptické membráně druhého neuronu, která je zodpovědná za metabolizaci dopaminu. V následujícím obrázku si znázorníme normální průběh synapse a synapse ovlivněné pervitinem.

Obrázek 3. Znázornění působení pervitinu na neuronální úrovni



Při terapeutické práci se závislími na pervitinu se často setkáváme s popisem prožívání vrcholu (HIGH).

Pocity vrcholu HIGH jsou při užívání pervitinu spojeny s masivním vylitím dopaminu z presynaptického neuronu do synaptické šterbiny a blokadí jeho zpětného vychytávání a obrácení funkce tj. chrlení dopaminu do synaptické šterbiny a ovlivnění monoaminoxidázy MAO. V rámci cyklu působení drogy v těle se však po nějaké době objevuje dojezd neboli pád (CRASH), který je založen na vyčerpání dopaminu, což vede k zesílení negativních pocitů a potřeby dalšího užití a pak dalšího atd. Vyčerpání daných neurotransmiterů může vést např. k projevům klinické deprese, která v kombinaci s dalšími vlivy životních událostí může promítnout do sebevražedného jednání. U užívání pervitinu lze sledovat účinky jak krátkodobé, tak dlouhodobé. Tyto si pro zjednodušení znázorníme v následující tabulce.

Tabulka 1. Účinky pervitinu (Kalina, 2008)

Krátkodobé nežádoucí účinky	Dlouhodobé nežádoucí účinky
Urychlení myšlení, ale často při snížení jeho kvality; Záseky (nadměrné koncentrace pozornosti na nějakou činnost); Stíha (pocity pronásledování a ohrožení); Anxiogenní efekt; Pohybové stereotypy; Zvýšené pocení a sucho v ústech (při intoxikaci); Dojezd (stav útlumu po odeznění účinku); Zátěž a následné vyčerpání organismu při přetížení krevního oběhu.	Halucinace (převážně auditivní), bludy (nejčastěji paranoidně-perzekuční); Výrazné hubnutí; Manifestace psychické závislosti; Neurotoxická pro dopaminergní nervová zakončení (postupné horšení mnestických /paměťových/ a motorických funkcí).

V rámci psychiatrických symptomů se u jedinců užívající pervitin mohou vyskytnout: paranoia, deprese, halucinace (vizuální, sluchové), kompulzivní chování, bludy, poruchy idiognoze (autopsychická depersonalizace, somatopsychická depersonalizace, derealizace, alopsychická depersonalizace /okolní prostředí je nějaké cizí a divné/). Při delším užívání se může projevit anhedonie (ztráta schopnosti se radovat).

Účinky metamfetaminu dělíme podle délky užívání na krátkodobé a dlouhodobé (Tab. 2).

Tabulka 2. Dělení účinků při užívání pervitinu (Kalina, 2008)

Krátkodobé užívání a účinky	Dlouhodobé užívání a účinky
Zvýšení pozornosti a snížení únavy	Závislost (psychická)
Zvýšení aktivity a bdělosti	Psychotické příznaky (paranoia, halucinace, stereotypní motor. aktivita)
Snížená chuť k jídlu	Změny ve funkci a struktuře mozku
Euforie	Poruchy paměti
hypertermie	Agresivní a násilné chování
Rychlý a nepravidelný srdeční tep	Afektivní poruchy
	Problémy se zuby
	Ztráta váhy

Často se lze setkat s tím, že klienti či uživatelé jednotlivé psychoaktivní látky mezi sebou kombinují. Jednotlivým kombinacím se budeme věnovat v samostatné kapitole. Uvedeme základní poznatek, že kombinace zvýšené hladiny adrenalinu a nízké hladiny dopaminu následně po období užívání může navodit pocit přebuzení („wired / prang“) (Gray, 2011).

Je pravděpodobné, že uživatelé v této fázi užijí „zpomalovač“ (downer) jako alkohol, kanabis nebo heroin, aby se vyrovnali s tímto pocitem. Neméně důležitá je také tzv. touha po zážitku

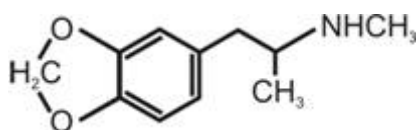
resp. hledání prvního vrcholu. Z naší praxe vychází, že uživatel touží dosáhnout prvotních pocitů euforie, které zažili při prvních užitích psychoaktivní látky. Sami si pak více či méně uvědomují, že již nelze tohoto stavu dosáhnout. Podobně uvažuje teorie Herringtonova protikladných procesů (in Plháková, 2005), která je založena na tom, že pokud člověk dosáhne nějakého zážitku, který je libý, nádherný a naplňující, tak má tendenci jej opakovat. Ale co se stane, až tento zážitek, již nemá tuto kvalitu? Začne hledat jiný, pokud možno vyšší. S trochou nadsázky můžeme říci, že pokud již droga nepřináší ty stavy, které klient zažíval, může se u něj rozvíjet experimentování s jinou psychoaktivní látkou, nebo zvyšování dávky psychoaktivní látky již užívané. Zde samozřejmě hrají roli i další faktory, jako je odvykací stav, který přes nepříjemné psychické a fyzické projevy provokuje uživatele k užití dané látky, či ztlumení těchto stavů jinou psychoaktivní látkou.

Důležité je, že vzpomínky sami o sobě jsou velmi důležitým faktorem, který abstinující uživatelé popisují. V kontaktu s podněty (vůně, hudba, známí lidé apod.) se aktivují vzpomínky na dobu užívání, což může vést k bažení a stresu. V tomto ohledu je nutno zdůraznit pravidlo, že bažení je stres a stres je bažení. Proto je dobré se v terapeutické práci také zaměřovat na práci se stresem resp. jak zvládat působící stres a rozšiřovat strategie zvládnání stresu.

3. 1 Extáze

Dále se setkáváme s další formou amfetaminu nazývaného extáze (MDMA – 3,4 methylen dioxyamfetamin), patřícího mezi tzv. taneční drogy či drogu lásky (což je dle níže uvedených autorů, spíše mýtus než fakt, protože i když MDMA vysoko koreluje se sexuálními aktivitami, nelze ji považovat za příčinu sexuální apatence). Tato látka se podobá pervitinu. Dle McPherson, Yudko, a Halla (2008) ji lze považovat za halucinogen a psychostimulant a vede k alternaci aktivit lidského chování. MDMA ovlivňuje nervový systém v těchto oblastech: způsobuje masivní vyhlazení serotoninu do synaptické štěrbině, blokuje zpětné vychytávání serotoninu, redukuje tryptofan hydroxylázu (TPH), čímž vede ke snížení syntézy serotoninu. Dalším efektem je vyhlazení dopaminu do synaptické štěrbině a blokáce jeho zpětného vychytávání podobně jako u pervitinu.

Obrázek 4. Chemické složení extáze.



Mezi projevy účinku extáze lze zařadit: euforii, zvýšení energie, rozšířené uvědomování, prohloubení emotivity a zvýšení fyzické aktivity. Chronické užívání MDMA vede k deficitům v těchto oblastech: snížení vizuální a verbální paměti u mužů s nízkými intelektovými schopnostmi (tento deficit se neprojevuje u žen a dále u mužů s alespoň s průměrnými intelektovými funkcemi) (Bolla, McCann, and Ricaurte, 1998), oslabení pracovní paměti (Wareing, Fisk, Murphy, 2000), oslabení pozornosti (McCann et al., 1999). U extáze lze sledovat nežádoucí účinky jak krátkodobé, tak dlouhodobé, které si znázorníme opět v tabulce.

Tabulka 3. Přehled nežádoucích účinků MDMA (volně upraveno dle Kalina, 2008).

Krátkodobé nežádoucí účinky	Dlouhodobé nežádoucí účinky
Pocity na zvracení Zvýšené napětí kosterního svalstva U mužů pokles erekce, oddálení ejakulace Snížení chuti k jídlu Sympatomimetické účinky (mydriáza, hypertenze, tachykardie, pocení, bolesti hlavy) Druhý den po užití extáze se projevuje únava, bolesti svalů, kloubů, 2-3 den po odeznění intoxikace se dostavuje typické zhoršení nálady Provokace duševní choroby	Poškození serotoninergních nervových zakončení Poškození imunitního systému

4 Neurobiologické aspekty v kontextu užívání

„Nemůžeme žít z ničeho jiného nežli z toho, čím jsme“
C. G. Jung

Současná psychoterapie osob s drogovou závislostí, resp. pervitinovou závislostí, se stále více opírá o poznatky neurologie a neuropsychoterapie. Pochopení neurobiologických aspektů užívání pervitinu není přínosné pouze pro terapeuty, ale také pro klienty. Jestliže klient pochopí, co se mu během užívání odehrává v hlavě, je na dobré cestě ke změně svého chování. Cílem následující kapitoly je tedy popsat neurobiologický model závislosti.

V této kapitole se obecně zaměříme na popis základních neurobiologických modelů výkladu závislosti. Neurobiologický model závislosti na základě rozvoje neurověd nabírá vedoucí linii ve výkladu závislosti. Tento model je založen na dopaminergní hypotéze, podle které je odměňující efekt drogy závislý na činnosti mezolimbického dopaminergního systému tj. neuronálních sítích, které se nazývají systém odměny (Kalina, et al., 2008, s. 25). Systém odměny je spojován se striatem (částí bazálních ganglií), v němž na základě užívání drog stoupá hladina dopaminu. S ohledem na poznatky neurověd o závislosti se dnes zvažuje, v rámci komplexity mozku, spoluúčast i dalších funkčních a anatomických struktur, než jen samotného systému odměny. Neurobiologický model hledá odpovědi na to, jak droga působí na mozek a jak z tohoto mechanismu působení dochází k behaviorálním změnám v podobě závislostního chování. Na závislost lze také nahlížet jako na chronické recidivující onemocnění mozku, které se projevuje některými klíčovými behaviorálními projevy, které jsou, dle Kaliny (2008, s. 26), následující:

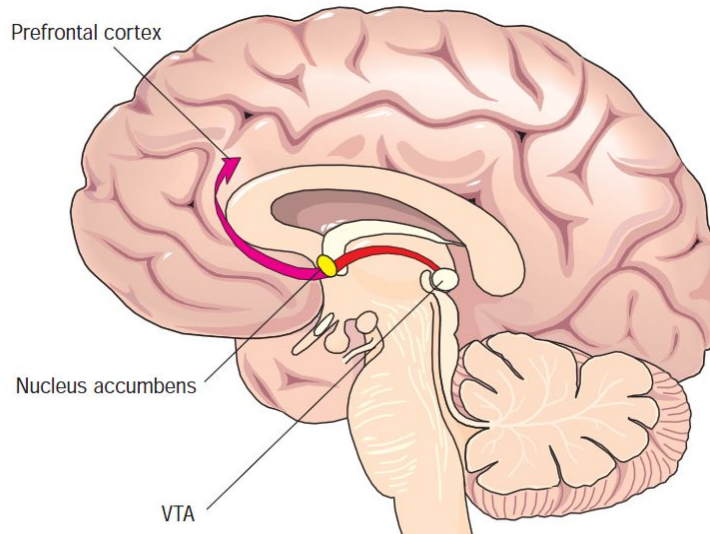
- Užívání drog získává kompulzivní charakter
- Závislý uživatel jednoznačně a silně preferuje užívání drog před přirozenými zdroji odměny
- Podněty spojené s užitím drogy (nebo s možností drogu užít) silně kontrolují chování
- Existuje vysoká tendence k relapsu a toto riziko relapsu přetrvává i po letech abstinence

Systém odměny v mozku

Systém odměny mozku patří mezi vývojově starší etáže mozkových struktur a slouží k autoregulaci pro děje, jako jsou: pocit tělesné pohody, reprodukce a dalších dějů, které jsou potřebné pro přežití organismu a jsou spojovány s libým efektem. Tímto je zajištěna opakovanost těchto dějů, které patří do přirozených zdrojů odměny, tj. potrava, sex a také sociální vztahy. Systém odměny se tedy podílí na transpozici podnětu a rozhoduje o tom, zda mu přisoudí určitou libou kvalitu či libostní hodnotu. V tomto mechanismu může dojít k asociaci mezi podnětem a odměnou, čímž se později aktivuje behaviorální složka sloužící k dosažení odměny. K centru či systému odměny se primárně řadí struktura nucleus accumbens v němž odměna zvyšuje výdej dopaminu. Systém odměny si zjednodušeně můžeme anatomicky lokalizovat v následujícím obrázku (Obr. 1).

Obrázek 1. Mezulimbická dopaminergní dráha

Fig. 3.1 Mesolimbic dopamine pathway



Pozn.: Saraceno (2004). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*, WHO.

Systém odměny nepředstavuje izolovanou část mozku, ale spíše mozkové sítě, které jsou mezi sebou propojeny s dalšími etážemi mozku, které jsou systému odměny blízké. Mezi tyto blízké systémy patří zejména systémy stresu, prefrontálního kortexu, limbického systému a centrum paměti. Výše jsme poukázali na problematiku přirozené odměny. Droga však mezi přirozenou odměnu nepatří a zařazujeme ji do odměn umělých. Umělé drogy se od drog přirozených odlišují tímto (Kalina, 2008. s. 29):

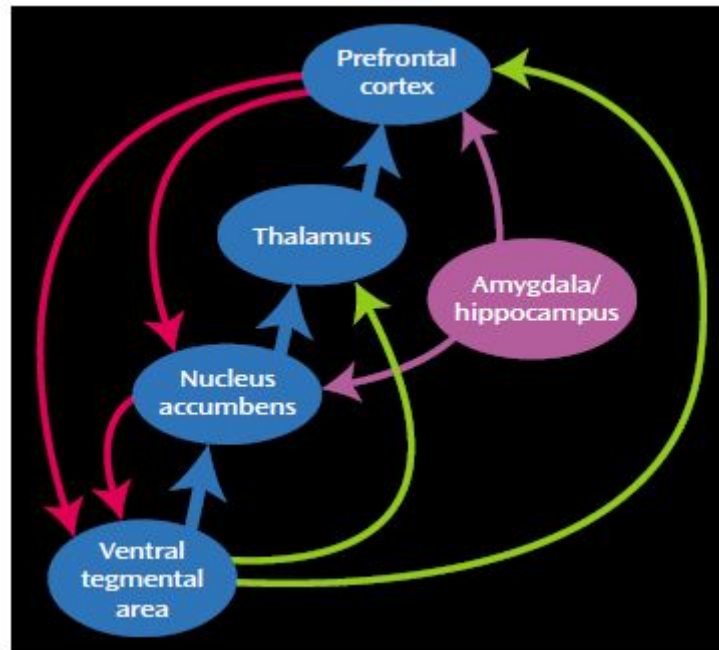
- Dosažení odměny je rychlejší a jednodušší
- Odměna po užití drogy je nepřiměřeně silná a z hlediska výdeje dopaminu účinnější
- Organismus nemá vytvořeny dostatečné zpětnovazebné mechanismy k zastavení přijímání umělé odměny.

Pervitin je zařazen do látek psychostimulačních. Po užití stimuluje výdej dopaminu ve ventrální tegmentální arei (VTA) a do ncl. accumbens, tedy struktury, v níž se spojuje libost s biologicky významnými podněty.

Pokud jedinec opakovaně užívá pervitin, tak tím zvyšuje výdej dopaminu v systému odměny a vyvolává sérii komplikovaných adaptací a následných změn ve funkci a vlastnostech tohoto systému. Graficky lze systém odměny znázornit rozšířeně (viz Obrázek 2).

Níže si pro bližší porozumění a rozšíření pohledu znázorníme vybrané teorie zaměřující se na neurobiologický výklad závislosti, který lze dále v modifikované a zjednodušené formě sdělit klientovi v rámci edukace.

Obrázek 2. Interakce mezolimbického a mezokortikálního systému z hlediska závislosti (Goldstein, Volkow, 2002, s.1647).



4.1 Teorie vzniku závislosti na psychoaktivních látkách

Teorie oponentního procesu

Tato teorie je založen na základech položených Solomonem (in Maser, 1997) a vychází z psychologické etiologie vzniku závislosti, čili vychází ze základní otázky „proč lidé začnou užívat návykovou látku“. Užívání návykové látky je založeno na tendenci k získání slasti, kterou užívaná psychoaktivní látka reguluje a zvyšuje s tím, že opakované užívání návykové látky vede k homeostatické neuroadaptaci a tím k růstu tolerance a závislosti na dané psychoaktivní látce. V důsledku neuroadaptace se po vysazení či po ukončení užívání této látky začnou objevovat příznaky odnětí (odvykací stav) v různých projevech. Příznaky odnětí jsou závislími lidmi regulovány právě tím, že opakovaně či nutkavě začnou návykovou látku užívat tak, aby se vyhnuli nepříjemným projevům a pocitům, které charakterizují syndrom odnětí návykové látky. Z hlediska teorie oponentních procesů se hovoří o tom, že droga aktivuje zpočátku systém odměny a to způsobem, který je závislý na dávce. Tento proces se označuje jako a-proces. Na tento a-proces reaguje systém odměny tím, že se jej snaží regulovat negativním b-procesem, který je oponentní a-procesu. Syntézou a-procesu a b-procesu vzniká A-stav, který je příjemný. A-stav však vzniká tehdy, pokud a-proces převáží nad b-procesem. Pokud převažuje b-proces tak to má za následek zvýšení B-stavu, který je nepříjemný. Z hlediska praxe to znamená, že A-stav zpočátku převyšuje nad B-stavem, ale z hlediska dynamiky těchto stavů se při dlouhodobém užívání návykové látky začne upevňovat a dlouhodoběji projevovat B-stav. Z hlediska abstinence je důležité tlumit B-stav, tj. dlouhodobá abstinence vede k tlumení právě tohoto stavu s tím, že pokud se b-proces vrátí k normě, lze hovořit o tom, že jedinec přestává být závislý (Koukolík, 2008). Tato teorie má i svou podporu a podobu v neurálním ohledu. Z hlediska neuronálního pohledu odpovídá a-procesu právě systém odměny tj. mezolimbický dopaminergní systém, který vysílá své projekce do ncl. accumbens a amygdaly. Tyto projekce jsou důležité, protože zajišťují akutní zpětnovazebný posilující efekt drogy (Koukolík, 2008). Z hlediska A-stavu se opakovaným užíváním drogy jeho míra a projevy inhibují. Při odnětí drogy či při jejím následném

neužívání dopaminergní a serotoninergní transmise klesá pod normální stav, čímž se začne projevovat nepříjemný B-stav. Z hlediska této teorie lze namítnout, že mnozí jedinci berou návykovou látku, i když se u nich nevyskytují symptomy odnětí (Robinson, Berridge, 2003).

Teorie odchylného učení

Teorie odchylného učení vychází ze schopnosti systému odměny se učit v rámci odměny, kterou droga poskytuje. Z hlediska podílení se systému odměny na učení je důležitá anticipační aktivace, tj. že v reakci na podněty, které předpovídají či naznačují odměnu, se systém odměny výrazně aktivuje, a to někdy výrazněji, než při užití drogy samotné. Vysvětlení tohoto mechanismu je založeno na implicitním nevědomém učení, kdy právě droga vede k jeho odchýlení. V rámci implicitní paměti se nejčastěji jedná o proces S-R (stimul – reakce) nebo S-S (podnět – podnět). V tomto ohledu může dojít k zafixování tohoto motivačního okruhu, který se pak vyvíjí od příležitostného užívání a směřuje k závislosti. V podstatě lze uvažovat, že jedinec se postupně naučí užívat danou látku, až se proces užívání drogy stane nevědomým, čímž vznikne v mozku nevědomý okruh, který toto chování vedoucí k užití drogy udržuje. Na základě této teorie nelze ovšem vysvětlit nutkavost závislosti směrem k užití dané látky, i když z hlediska kognitivně behaviorálního výkladu závislosti může být nutkavost dána patologickým bludným kruhem, který jedince tlačí k tomu, aby neustále uspokojoval dysfunkční kruh závislosti v podobě nevědomých koexistujících procesů v kognici, emocích, fyziologii a chování.

Teorie senzitivace vůči podnětu

Tato teorie vychází z toho, že užívání drogy má vztah k hypersenzitivitě systému nucleus accumbens, čímž vzniká patologická touha po užití drogy. V tomto ohledu je důležitá behaviorální senzitivace, která je doprovázená rostoucí úrovní uvolňování dopaminu v nucleus accumbens. Následkem rostoucího uvolňování dopaminu se dopaminergní receptory D1 stanou hypersenzitivními, dále se v mechanismu této teorie uplatňuje glutamát, kdy v důsledku senzitivace se mění jeho glutamatergní transmise (Koukolík, 2008). Změny nastávají i v dalších systémech, tj. v transmisi serotoninergní, noradrenalinergní, acetylcholinergní, opiodní a GABAergní. Účinek drog zde vychází z kontextu, ve kterém byla droga užívána. Tento předpoklad je založen na myšlence, že pokud vznikla závislost v novém prostředí, mimo prostředí domácí, tak se předpokládá snadnější léčba. V příkladu lze uvést výzkum Leshnera (1997), který zkoumal veterány vietnamské války, kteří se stali v bojovém prostředí závislí na heroinu, a kteří se po návratu do své vlasti snadněji zbavovali této závislosti. Z tohoto hlediska lze poukázat na to, že pokud jedinec užívá návykovou látku v nějakém městě a po léčbě se do tohoto města zpátky vrací, je ohrožen právě i tím samotným místem, které vyvolává vzpomínky na zážitky z doby, kdy jedinec užíval návykovou látku. Není to samozřejmě pravidlem, ale je potřeba si uvědomit, že kontext místa užívání je velice důležitý prvek pro abstinenci, protože mozkové motivační okruhy vedoucí k užití návykové látky se mohou právě aktivovat při setkávání se známými podněty, které jsou s užíváním návykové látky spojeny.

Teorie rozhodování a ztráty inhibiční kontroly

Tato teorie vychází z domněnky, že chování jedince, který je závislý na drogách, je v podstatě iracionální. Užívání drogy závislým jedincům již nezprostředkovává slast a stále si ji nutkavě opatřují a to v takové úrovni, s jakou si ji opatřují jedinci, kteří jsou závislí a jimž ještě užití drogy slast přináší (Koukolík, 2008, s. 156). Na základě řady výzkumů se předpokládá porucha exekutivních funkcí, protože přesto, že lidé ví, že droga jim slast nezprostředkovává, tak si ji stejně opatřují, což se projevuje narušením rozhodování a odhadu budoucích

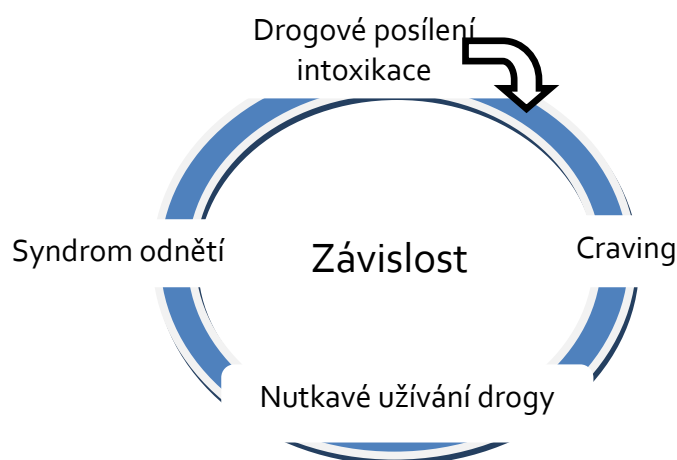
důsledků. Exekutivní funkce zabezpečuje frontální lalok a v případě užívání drog dochází ke zmenšení jeho prefrontální části a k změně perfúze v jeho oblasti a změně utilizaci glukózy.

Syndrom I-RISA

Tento syndrom definovali Goldstein a Volkow (2002) na základě závislosti na psychoaktivních látkách. Syndrom I-RISA (impaired response inhibition and salience attribution) lze přeložit jako syndrom poškozeného tlumení a odpovědi a přisuzování významu. K výzkumu tohoto syndromu využívali zobrazovací metody mozku.

Syndrom se skládá ze čtyř typů chování, které jej charakterizují a které mají mezi sebou zpětnou vazbu. Typy chování obsažené v tomto syndromu jsou následující: intoxikace (drogová odměna), touha po droze, tah, syndrom odnětí. Graficky je tento syndrom znázorněn na Obrázku 3.

Obrázek 3. I-RISA model závislosti (upraveno autorem)



Intoxikace

V této fázi jde působení drogy o zvýšení dopaminu v oblasti mozkového centra odměny především v nucleus Accumbens. Dále se tento stav zvýšení dopaminu projevuje v oblasti frontálnímu kortexu (Goeders, Smith, 1986).

Craving

Touha po droze asociována s naučenou odpovědí na účinek drogy, který je asociován buď příjemným, nebo nesnesitelným intenzivním prožíváním tohoto stavu. Neuroanatomickým podkladem paměti jsou uváděny hippocampus a amygdala. Z hlediska zažívání bažení se dle výzkumů dostává do popředí thalamo-orbitofrontální okruh a přední cingulum, jenž mohou být důležité v prožívání aktuálního zážitku bažení (Wolkow et al., 1999).

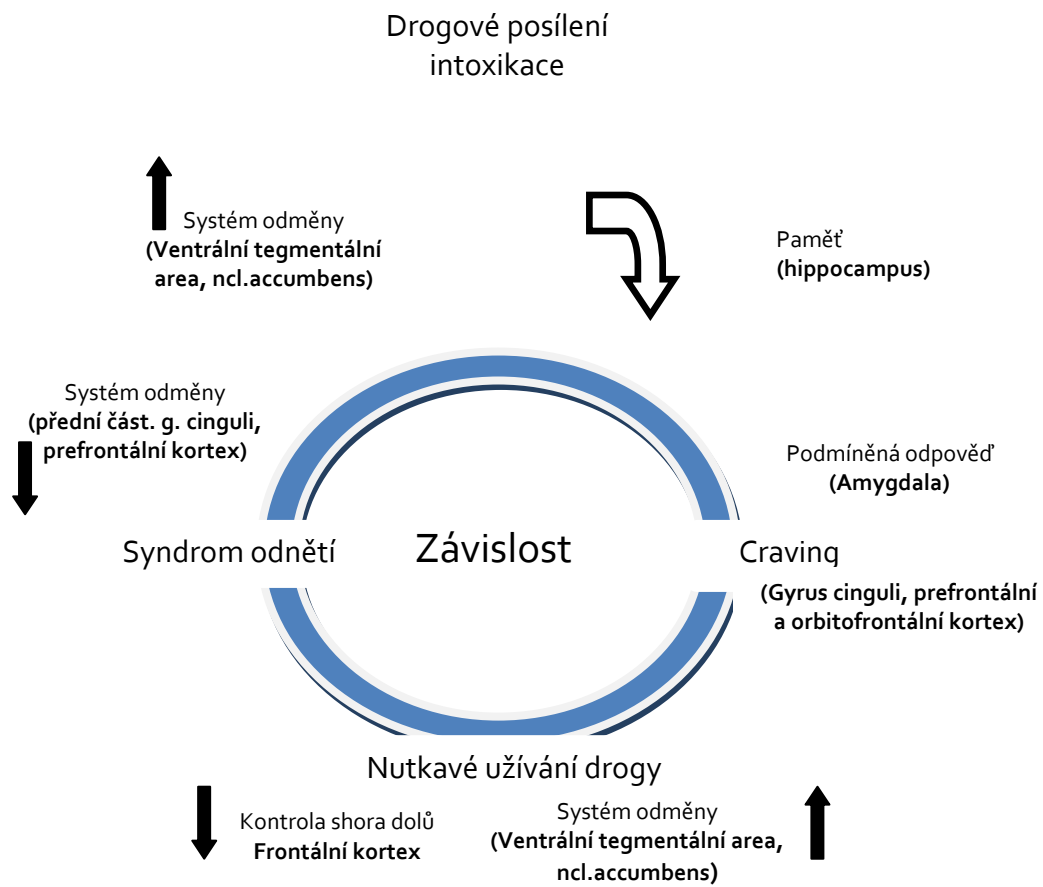
Nutkové užívání drogy

Nutkové užívání drogy se projevuje, i když již účinek dané psychoaktivní látky není příjemný. Tento proces ztráty kontroly a zvyšování dávky látky je spojen s dopaminergním, gabaergním a serotoninergním okruhem a zřejmě zahrnuje také aktivaci thalamo-orbitofrontálního okruhu a předního cingula (Loh, Roberts, 1990).

Syndrom odnětí

Díky opakovanému užívání drogy, která stimuluje systém odměny po vysazení drogy, se mohou objevovat iritabilita, anhedonie a dysforie, které mohou vést k možnému relapsu, tj. ke zmírnění těchto stavů (Hodkins, el Guebaly, Armstrong, 1995). Tyto zahrnují narušení frontální okruhu, neurotransmiterů (dopamin, serotonin) a CRH (kortikotropního stimulačního hormonu) (Koob, Le Moal, 2001).

Obrázek 4. I-RISA- s neuroanatomickou lokalizací (upraveno dle autora)



5. Kombinace pervitinu s dalšími návykovými látkami

„Netvořím sám sebe, spíše se sobě samému ději.“
C. G. Jung

Uživatelé pervitinu často kombinují svou drogu s jinými látkami. Tyto kombinace mají zásadní vliv jak na prožívání, tak na organizmus. Pochopení účinků jednotlivých látek v jednotlivých kombinacích je cílem této kapitoly.

Než se začneme zabývat kombinacemi jednotlivých návykových látek s pervitinem, stručně si připomeneme to nejzákladnější k těmto látkám, obraz akutní intoxikace a odvykací stav.

Alkohol

Alkohol je nejrozšířenější návykovou látkou. Účinky alkoholu na člověka se mění s množstvím požitého alkoholu.

Nejprve je to fáze excitační, euforická. Můžeme pozorovat odstranění zábran, veselost, hovornost, zvýšené sebevědomí (zhruba 0,5-1 promile).

Následuje hypnotické stadium s poruchou koordinace a ztrátou sebekontroly (1-2 promile).

Narkotické stadium (orientačně 2-3 promile) – tady už dochází k těžké poruše koordinace, zmatenosti. Zpomaluje se dýchání i činnost srdce, snižuje krevní tlak. Přejde do hlubokého spánku.

Poslední asfyktické stadium (3,5-5 promile) je charakteristické hlubokým komatem, nastává smrt v důsledku selhání dýchání a činnosti srdce.

Odvykací stav je charakterizován následujícími znaky: třes, pocení, nevolnost nebo zvracení, malátnost, slabost, psychomotorický neklid. Začíná několik hodin po posledním napití, vrcholí obvykle druhý den abstinence.

Delirium tremens je nejzávažnější stav, který vzniká po odnětí alkoholu. Kromě třesu, zmatenosti a neklidu se objevují i bludy a halucinace.

Při komplikovanějším odvykacím stavu se podávají benzodiazepiny.

Kombinace s pervitinem:

Pervitin překryje účinek alkoholu, takže stav opilosti nepřichází. Dostaví se ale v plné síle po odeznění působení pervitinu. Tak se může stát, že člověk pije patnácté pivo a působí pořád střízlivě, jelikož převládá stimulační efekt pervitinu.

Jelikož nepřichází stav opilosti, který by signalizoval, že alkoholu už bylo vypito velké množství, může dojít až k otravě alkoholem.

Na druhou stranu je to v opačném sledu i cesta, jak za pomoci pervitinu rychle „vystřízlivět“ po předchozím notném popíjení. Nicméně takové fungování může časem vést k rozvoji závislosti na obou uvedených látkách.

Pokud je s alkoholem kombinováno více látek, konečné účinky se dají těžko odhadnout.

Nicméně při kombinaci s další tlumivou látkou (např. benzodiazepiny) je reálné nebezpečí, že nastane útlum dechového centra a následná smrt udušením.

Opiáty

Mají výrazně euforické a tlumivé účinky. Uživatelé opiátů jsou zpomalení, neteční, bez zájmu o okolí. Opiáty navozují otupělost, ospalost, znemožňují soustředění. Způsobují útlum CNS, útlum dechového centra, tlumí reflex kašle. Vzniká na ně psychická i silná fyzická závislost. U opiátů je velké riziko předávkování.

Heroin – nejznámější zástupce této skupiny drog. Chemicky: diacetylmorfin.

Opium – získává se z nezralých makovic (po jejich naříznutí vyteče lepkavá tekutina na vzduchu rychle tuhne). Způsoby aplikace jsou: kouření, požívání, intravenózně.

Subutex – účinnou látkou je buprenorfin. Jedná se o substituci s účinky slabšími, než má heroin. Užívá se tak, že se tableta nechá rozpustit pod jazykem. Jedná se o lék, čili neobsahuje škodlivé příměsi. Riziko předávkování je u něj mnohem nižší než u heroinu – je-li užíván dle pokynů lékaře. Při jeho injekční aplikaci je ovšem rizikový stejně, jako již zmiňovaný heroin.

Opioidní analgetika – léky k potlačení bolesti. Indikace: nádorová onemocnění, pooperační stavy. Jsou hojně zneužívána. Např. sem patří Tramal.

U opiátů je výrazně nepříjemný odvykací stav (bolesti svalů, kloubů, nevolnost, zvracení, průjem).

Kombinace s pervitinem: Obě látky mají protichůdné účinky. Organismus je méně stimulován, ale euforie je výrazná. Mimo riziko předávkování se kombinací vyvíjí závislost na obou látkách.

Opium a pervitin se mohou různě kombinovat k dosažení optimálního účinku.

Marhuana

Je přírodní droga, kterou získáváme z konopí. Patří do skupiny kanabinoidů. Jde o nejrozšířenější nelegální drogu v Evropě.

Účinek této látky závisí na aktuální náladě konzumenta a podnětech prostředí, neboť po užití dochází k různým poruchám vnímání a ke zvýšení citlivosti k vnějším podnětům. Nastoupit mohou pocity klidu, euforie.

Při vyšších dávkách se objevují halucinace, úzkostné a panické reakce, až pocity derealizace a depersonalizace.

Účinek může být budivý, tlumivý nebo halucinogenní.

U dlouhodobých uživatelů se mohou objevovat nežádoucí účinky: poruchy paměti, ztráta vůle a motivace (amotivační syndrom), lenost, lhostejnost, oddalování věcí, poruchy nálady, zvyšování hmotnosti.

Kombinace s pervitinem:

Marhuana zesiluje účinek pervitinu, výsledkem mohou být nepříjemné halucinace. Obě látky přispívají k rozvoji úzkostných stavů a paranoie a mohou vést k rozvoji toxické psychózy.

Marhuana na „dojezdu“ pomůže dotyčného uklidnit, uvolnit, uspat.

Extáze

Typická taneční droga, jejímž účinkem je i nárůst empatie, zážitek porozumění, pochopení a sounáležitosti s jinými lidmi. Ve vyšších dávkách má stimulační efekt.

Po jejím užití se řadu hodin tančí, bez uvědomování si pocitu únavy, vyčerpání, hladu nebo žízně (riziko dehydratace). Extáze ovlivňuje uvolňování serotoninu a dopaminu.

Kombinace s pervitinem: Sčítají se stimulační účinky obou látek (uvolňování dopaminu). Zvyšuje se riziko poruch srdečního rytmu, cévních mozkových příhod. Dochází k ještě vydatnějšímu přetížení organismu. Jelikož obě látky potlačují pocit žízně, při jejich kombinaci hrozí ještě větší ztráta tekutin s možnou dehydratací.

Velmi závažná a až smrtelná může být **kombinace pervitinu s antidepresivy** (zejména antidepresiva ze skupiny inhibitorů enzymu monoaminoxidázy – IMAO). Antidepresiva jsou léky používané na léčbu patologicky pokleslé nálady.

Jejich zneužití není tak časté jako např. u benzodiazepinů, avšak kvůli značně nebezpečné kombinaci s extází je uvádíme. Antidepresiva i extáze působí tak, že podporují uvolňování serotoninu, je zvýšené riziko serotoninového syndromu. To je život ohrožující stav, kdy dochází ke zvýšení tělesné teploty, intenzivnímu pocení, následuje kóma až smrt. Nastane rozvrat vnitřního prostředí organismu. A takto tragický konec může mít i kombinace běžných dávek. Proto se doporučuje mezi konzumací obou uvedených látek odstup až několika týdnů. Antidepresiva se nedoporučují kombinovat ani s pervitinem, i když tak velké riziko jako u extáze zde nehrozí.

Benzodiazepiny a barbituráty

Jedná se o léky používané ke zklidnění a na poruchy spánku. Bývají zneužívány jako doplňková droga.

V nižších dávkách způsobují mírnou euforii, apatii, útlum, poruchy vědomí, setřelou řeč, uvolňují svalové napětí. Barbiturátová intoxikace připomíná stav opilosti.

Obě tyto lékové skupiny tlumí dechové centrum, což může být smrtelné zejména v kombinaci s dalšími látkami, jež mají tlumivý efekt na CNS (např. již zmiňovaný alkohol).

Předávkování benzodiazepiny: ospalost, zmatenost, celkový útlum.

Předávkování barbituráty: zástava dechu, kóma, smrt.

Odvykací stav přichází po 2 až 5 dnech. Jeho příznaky jsou: úzkost, rozlady, nespavost. Tyto léky se musejí postupně snižovat, při náhlém vysazení hrozí epileptický záchvat.

Kombinace s pervitinem:

Uživatelé pervitinu sahají po benzodiazepinech na „dojezdu“, aby pomocí nich překlenuli stavy úzkosti, rozlady, poruchy spánku, podrážděnost. Většinou tyto léky nejsou užity v takových dávkách, jež by si žádaly postupné vysazování.

Nejčastěji takto užívané jsou Rohypnol a Diazepam. Tyto léky mají velký potenciál k rozvoji závislosti, hrozí kombinovaná závislost.

Pervitin i barbituráty představují velkou zátěž pro srdce, čili při jejich kombinování hrozí zhroucení oběhového systému.

Pro úplnost: **Obzvláště nebezpečná je kombinace s jinou tlumivou látkou** (alkohol, heroin, benzodiazepiny společně s barbituráty). Reálně hrozí zástava dechu a oběhu. Tato kombinace je nebezpečná, i když uvedené léky nejsou užity najednou.

Při kombinaci benzodiazepinů s heroinem hrozí další zdravotní rizika – v důsledku toho, že není pocíťována bolest.

Cílem kombinování návykových látek je prostřednictvím další návykové látky potlačit negativní účinky látky užití předtím nebo maximalizovat pozitivní účinky kombinovaných látek.

Ovšem i když to má být kombinace teoreticky ne nebezpečná, nikdy se dopředu neví, jaký onen efekt skutečně bude, jelikož záleží na více faktorech (momentálním psychickém rozpoložení, fyzickém zdraví, případných opomenutých užívaných lécích...).

Kombinování vždy znamená zvýšenou zátěž pro organismus a potenciální možnost rozvoje kombinované závislosti.

6. Zdravotní důsledky při užívání pervitinu

„Nikdo se nedotkne ohně nebo ledu, aniž by z nich alespoň něco na určitých nekrytých místech neutržil“
C. G. Jung

Cílem kapitoly je popsat, kde všude se užívání pervitinu dotýká lidského zdraví. Lidské zdraví zde chápeme jako soubor bio - psycho - socio - spirituálních fenoménů tvořících celistvou osobnost. Znalost jednotlivých zdravotních rizik je důležitá zvláště na začátku terapie. Vhodně podané informace mohou mezi klientem a terapeutem prohloubit vzájemný vztah.

6.1 Vliv pervitinu na tělesné zdraví

Existuje mnoho způsobů, jakými pervitin poškozuje zdraví, a některé případy mohou být smrtelné. Způsob užití a aplikace těchto drog může tato rizika ještě zvýšit. Rozhodujícím faktorem ale zůstává fakt, že neexistuje bezpečné užívání.

Lokální komplikace spojené s aplikací drog

Vpichy mohou být komplikované zánětem. Zánět je způsoben nevhodnými vlastnostmi aplikované látky, nesprávným způsobem aplikace a mikroorganismy (nejčastěji bakteriemi – Str. aureus, Str. pyogenes, ...) zanesenými do ranky. Obvykle se jedná o infekci kůže či měkkých tkání. Projevují se jako kožní ulcerace, někdy i rozsáhlé, impetigo, povrchové i hluboké abscesy a flegmóny či povrchové záněty žil. U těchto onemocnění je přítomno zarudnutí, otok, bolest a hnisavá sekrece, u těžších forem (flegmóna, ...) bývají přítomny celkové projevy infekce, jako je například horečka apod.

Dlouhodobé intranazální užívání pervitinu způsobuje poškození nosní sliznice. Sliznice je suchá, anemická, tvoří se krvavé krusty a dochází k perforaci sliznice. Toto doprovází výrazné zhoršení čichu.

Kardiovaskulární systém

Účinky na srdce:

Srdeční selhání, infarkt myokardu se může přihodit komukoli bez rozdílu, jak dlouho drogu užívá nebo jaké množství vzal. Lidé trpící nějakou srdeční chorobou nebo defektem podstupují při užívání ještě daleko větší riziko.

Zvýšená rizika infarktu jsou způsobena mnoha faktory:

- zvýšená hladina adrenalinu (důsledkem užití pervitinu se uvolňuje adrenalin)
- vysoký krevní tlak (adrenalin způsobuje zvýšení tepové frekvence)
- zúžení cév (adrenalin uvolňuje endotelin, který způsobuje zúžení cév)
- tvrdnutí tepen (způsobené užíváním pervitinu)
- oslabené srdce (městnavé srdeční selhání)
- arytmie (kolísání srdeční frekvence)
- popelavá barva pokožky (nedostatečně okysličená krev)
- existující srdeční obtíže (zhoršené užitím pervitinu)
- jiné drogy užívané současně s pervitinem, jako například alkohol, léky, opiáty (mohou zvýšit zatížení srdce).

Bakteriální endokarditida patří k méně častým komplikacím. Je vyvolaná bakteriemi, které se zachytí z proudící krve na nástěnném nebo chlopňovém endokardu. Stav je doprovázen celkovou septickou reakcí. I při adekvátní léčbě má velmi špatnou prognózu. Vede k ztluštění vnitřní membrány, poškození chlopni zejména levého srdce a k poruše funkce srdeční pumpy.

Účinky na cévy:

Tromboflebitida se pohmatově jeví jako bolestivé zatvrdnutí postižené cévy. Příčinou je aplikace nesterilních roztoků s nevyhovujícími fyzikálně – chemickými vlastnostmi. Opakovaně probíhající záněty později vedou k ztluštění cévní stěny a zúžení cévy.

Zánět hlubokých žil se vyskytuje zejména po aplikaci do žil na dolních končetinách. Zde může docházet k zamezení odtoku krve z postižené končetiny a jejímu odúmrtí. Dolní končetina je oteklá a má namodralou barvu. Klienti si mohou stěžovat na tupou bolest v lýtku či v chodidle. Toto onemocnění vyžaduje hospitalizaci nemocného. Při odtržení krevní sraženiny může dojít k plicní embolii a srdečnímu selhání. Pokud se trombus „drolí“ na malé částičky dochází k sukcesivní embolii – menší plicní cévy se uzavírají a dochází ke ztrátě schopnosti plic okysličovat dostatečně krev. Infikované tromby mohou způsobit plicní absces.

Mrtvice a záchvaty

Zúžení cév a opakované zvýšení tlaku jsou považovány za příčinu mrtvice. Tyto dva faktory mohou někdy zapříčinit přerušení dodávky krve do mozku a v některých případech též prasknutí jemných krevních cév v mozku (způsobí krvácení do mozku). Ve spojení s vysokými teplotami mohou také způsobit přechodné výpadky paměti a záchvaty.

Užívání stimulačních drog může způsobovat **epileptické záchvaty**.

Dýchací systém

Užívání pervitinu může způsobit velké plicní problémy. Tyto potíže nejsou spojené pouze s kouřením pervitinu, mohou být způsobeny i intravenózní aplikací pervitinu. Některé problémy spojené s užíváním pervitinu:

- plicní edém (nahromadění tekutiny v plicích)
- krvácení plic (vnitřní krvácení do plic)
- plicní barotrauma (vzduch uniká z plic – vzniká zadržováním kouře v plicích)
- cizí tělesa v plicích (nekvalitní dýmky apod.)
- plicní embolie

Důsledkem kouření je poškození řas, které pomáhají čistit plíce, což u uživatelů pervitinu vede k větší náchylnosti k bronchitidě, zápalu plic, zánětu pohrudnice atd. (poškozený imunitní systém může dále přispět k celkovému zhoršení).

Dalším rizikovým faktorem pro uživatele pervitinu může být tuberkulóza.

Vylučovací systém

Při dlouhodobém injekčním užívání a opakovaných infekcích může dojít k poškození ledvin. Přitom dochází k rozpadu bílkovin, tvoří se tzv. amyloid, který se ukládá v nefronech. Dochází ke změně ve vylučování a zpětné resorpci látek.

Těhotenství

Užívání pervitinu, stejně jako užívání ostatních návykových látek, se v těhotenství jednoznačně nedoporučuje, neboť může dojít k poškození plodu a zkomplikování těhotenství.

Těhotenství obecně je spojeno se zvýšenými nutričními nároky, což je jeden z problémů, protože drogová závislost je spojena se špatnými stravovacími návyky, které se mohou při zjištění těhotenství ještě zhoršit, pokud mají dívky strach ze zvýšení hmotnosti.

Dopad užívání drog závisí také na tom, jestli se jedná o nepravidelné užívání nebo závislost. V prvním případě je samozřejmě větší šance, že si těhotná uvědomí škodlivé důsledky drogy na plod a dokáže abstinovat.

Jelikož pervitin zrychluje psychomotoriku, těhotná má pocit zvýšené psychické i fyzické výkonnosti, necítí se unavená a nedokáže reálně odhadnout své síly.

Ostatní zdravotní problémy

- bolesti žaludku a problémy zažívání
- kožní problémy, ekzémy, akné, plísň, popáleniny, ...
- přehřátí
- podvýživa, dehydratace
- může se zhoršit astma a záchvaty
- ostatní problémy spojené s:
 1. nesprávnou stravou;
 2. nedostatečným spánkem;
 3. celkovou vyčerpaností;
 4. slabým imunitním systémem;
 5. úrazy, které se stanou během užívání.

Krví přenosné nemoci

HIV:

Přenos je možný krevní cestou, pohlavním stykem, z matky na dítě. Užívání pervitinu obecně zvyšuje rizikové chování, což zvyšuje pravděpodobnost nakažení. Infikovaná osoba je nakažlivá prakticky okamžitě po vniknutí HIV do těla a jeho pomnožení v buňkách. Inkubační doba trvá asi 3 týdny. Charakteristické je dlouhé bezpříznakové období. Průměrná doba od nákazy do vzniku plně rozvinutého onemocnění (u neléčeného člověka) je 10 let. Rozvinuté AIDS se projevuje těžkou poruchou imunity s výskytem atypických infekcí a nádorů. Postižení je přítomné ve většině orgánových systémů.

Hepatitida typu C (VHC):

Přenos je možný krevní cestou (injekční stříkačky, brčka na šňupání a propriety používané k aplikaci drog, také žiletky či zubní kartáčky, ...), pohlavním stykem (poranění sliznic a pohlavní choroba riziko výrazně zvyšují) a vertikálně z matky na dítě. Po zanesení infekce dochází během několika dnů k pomnožení viru (detekovat ho lze již po týdnu) a osoba se stává infekční. Inkubační doba je 15 až 160 dní, průměrně 50 dní. Tato nemoc je charakteristická bezpříznakovým průběhem a tendencí přechodu ke chronicitě (v 70% případů). Obvykle bývá přítomna únava a nespecifické chřipku připomínající příznaky. Typické příznaky žloutenky (únava, chřipkové příznaky, světlá moč, tmavá stolice a žluté zbarvení sklér a kůže) často chybí. Progresi jaterního onemocnění výrazně urychluje současná konzumace alkoholu. Závažné jsou pozdní komplikace VHC a to jaterní cirhóza,

selhání jater a rakovina jater). Tyto komplikace se rozvíjí u části nemocných zpravidla během 15 – 40 let. Léčba je možná avšak poměrně komplikovaná.

6.2 Vliv pervitinu na duševní zdraví

Některé diagnózy stanovené psychiatrické poruchy se mohou při užívání pervitinu zdánlivě zlepšovat, jiné v důsledku užívání návykových látek vzniknou. Je velice nutné u klientů s psychiatrickou diagnózou zajistit příslušnou péči. Psychické potíže, které se mohou při užívání pervitinu komplikovat:

- porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (pervitin může působit jako samoléčitel)
- paranoia, úzkostná porucha (zhoršení stavu)
- bipolární afektivní porucha
- schizofrenie (dopaminová teorie může naznačovat možné léčivé účinky)
- deprese, sebevražedné myšlenky
- zrakové a sluchové halucinace
- nutkavost a poruchy příjmu potravy
- hazardní hráčství (většinou ve fázi akutní intoxikace)
- toxická psychóza

Užívání stimulantů má velký vliv na duševní zdraví. Nešpor (2008) upozorňuje, že budivé látky, u nás zejména metamfetamin, často vedou k náhlým příhodám z hlediska duševního zdraví. Při intoxikaci metamfetaminem jsou časté projevy agrese, paranoii a halucinatorních stavů, což často vyžaduje lékařský zákrok. Jejich zneužívání také může dekompenzovat jiné duševní poruchy nebo je napodobovat. Peškovi, Vondráčkové, Veselému (2008, s. 11) z praxe vyplývá poznatek, že „většina klientů, kteří v minulosti užívali drogy nebo drogy stále ještě berou, byli nebo jsou zároveň nemocní jinou psychickou poruchou či nemocí. Tuto skutečnost potvrzují i mnohé studie. Některé výzkumy léčených žen s problémy poruch příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie) upozorňují na to, že mezi těmito ženami je dosti vysoký výskyt užívání drog. Tyto ženy často a logicky upřednostňují hlavně psychostimulační drogy jako je např. pervitin, který je dočasně zbavuje chuti k jídlu a pocitu hladu. Drogově závislé klientky také často udávají psychické potíže spojené se sexuálním zneužíváním v dětství a dospívání, nebo zmiňují dřívější fyzické týrání. Někteří výzkumníci říkají, že drogově závislé ženy jsou v jádru poněkud více neurotické, úzkostné a depresivní, kdežto drogově závislí muži zase více trpí různými druhy poruch osobnosti.“

Akutní účinky užívání stimulantů:

Dle Nešpora (2008) připomíná akutní intoxikace manický stav. Minařík (2003) popisuje, že psychostimulanty zvyšují psychomotorické tempo a bdělost především urychlením myšlení zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti, avšak na úkor přesnosti. Také zkracují spánek a zahání únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit duševní i tělesné síly. Dále působí anxiogenně (vyvolávají úzkost a strach), mohou umocňovat trému, užití může vést k agresivitě a přecenění hranic psychosomatických možností. Pervitin též navozuje stereotypní chování.

Dlouhodobé účinky užívání stimulantů:

Minařík (2003) uvádí, že dlouhodobé užívání stimulantů vede ke vzniku závislosti. Pervitin vyvolává pouze závislost psychickou, která je charakteristická především cravingem. Také Nešpor (2008, s. 274) konstatuje, že „pro závislost na této skupině látek jsou typické hlavně první dva znaky závislosti, totiž silné bažení (craving) a zhoršené sebeovládání. S tím pak

souvisí i zanedbávání jiných zájmů a také trvající užívání látky navzdory jasné škodlivosti (tj. 5. a 6. znak). Tolerance na tuto skupinu látek roste, což vede často ke zvyšování dávek nebo u metamfetaminu k přechodu k nitrožilnímu podávání.“ Dle Minaříka (2003) je důležité si uvědomit, že psychická závislost je vážnější než fyzická, protože zatímco fyzické závislosti je možné se zbavit 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. Jako následek chronického užívání pervitinu mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí (asi u 10% zemřelých nalezeny změny na mozku). Závislý také pociťuje napětí, úzkost, předrážděnost, je neklidný a má poruchy spánku, panikaří, ...

Odvykací stav u stimulancií:

Dle Kaliny (2008) je vysazení obvykle doprovázeno únavou, neklidem a intenzivní chutí k užití drogy. Objevují se deprese, úzkostné stavy, svět se může jevit bezútěšně šedivý a mohou se dostavit sebevražedné myšlenky. Uživatelé pervitinu často popisují poruchy spánku. Odvykací stav trvá několik týdnů i měsíců.

Psychické komplikace a některé časté kombinace s jinými duševními poruchami:

Minařík (2003) prezentuje psychické komplikace při užívání pervitinu jako halucinace, strach, neklid, vztahovačnost, deprese a sebevražedné tendence, podezřívavost, chorobná žárlivost a stavy zmatenosti. Také se mohou objevit poruchy paměti, neschopnost koncentrace. Při déle trvajícím užívání se rozvíjí toxická psychóza pod obrazem paranoidně-halucinatorního syndromu (tzv. „stíha“). Psychóza se vyvíjí pozvolna, začíná senzitivní vztahovačností, na začátku má uživatel náhled, který však později mizí. Hlavními rysy rozvinuté toxické psychózy jsou jasné paranoidní myšlenky, že klientovi chce někdo ublížit; zřejmé postižení nálady; zrakové, sluchové a taktilní halucinace. Rozvinutá toxická psychóza je indikací k hospitalizaci, zejména pokud chybí kontakt s realitou, jsou přítomny sebevražedné myšlenky a halucinace. Tato nemoc velmi dobře reaguje na antipsychotickou léčbu psychofarmaky a odeznívá bez následků. Nevšimal (2007, s. 281) dodává, že „toxické psychotické poruchy odeznívají při abstinenci od drog v horizontu do 6 měsíců. Dle MKN 10 je při delším průběhu nutno neklasifikovat tuto poruchu na dg. schizofrenie.“

Nešpor (2003) se nejčastěji setkává s poruchami příjmu potravy, depresemi a úzkostnými stavy, disociální poruchou osobnosti, narcistickou poruchou, patologickým hráčstvím, opakovanými dekompenzacemi psychotických onemocnění. Pešek, Vondráčková, Veselý (2008) dále připojují problémy s hyperaktivním chováním, sociálně fobické problémy, obsedantně-kompulzivní poruchy, maniodepresivitu. Nešpor (2008, s. 274) má ještě poznámky k reziduálním stavům a psychotickým poruchám s pozdním začátkem po stimulanciích. „Z této skupiny se lze u lidí zneužívajících metamfetamin setkat nejčastěji s psychotickými reminiscencemi – tzv. flashbacky, kdy má postižený dojem, že je pod vlivem drogy, i když droga nebyla aplikována. Časté jsou také kognitivní poruchy v důsledku dlouhodobého zneužívání metamfetaminu. Ty mívají morfologický podklad. Klinicky se tyto stavy projevují podobně jako ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou), navíc bývá ještě postižena krátkodobá paměť. Částečná reverzibilita těchto poruch při abstinenci je možná, vyžaduje ale obvykle dostatečně dlouhý čas. Barr a spol. (2001) uvádějí, že psychotické stavy se mohou objevovat i u abstinujících závislých na metamfetaminu po psychické zátěži.“

6.3 Pervitin a sociální kontext

O tom, proč lidé začínají brát drogy, hovoří jedna z teorií, která vyzdvihuje snadnou dostupnost návykových látek ve společnosti, mluví o strachu z odtržení od rodiny a o snaze

posilovat vazby na rodiče či blízké osoby. Také mluví o činitelích, kteří mohou způsobit vznik a udržovat drogovou závislost, jako jsou pocit přijetí, uznání a úspěchu v drogové komunitě (Pešek, Vondráčková, Veselý, 2008). Kalina (2008) popisuje časté rizikové faktory abúzu v sociálním kontextu, jako jsou pocity vyčlenění z komunity lidí, méněcenný sociální status, rasová odlišnost, touha identifikovat se se silnější skupinou.

Dle Vágnerové (2004) postoj české společnosti k uživatelům drog je odmítavější a více odsuzující než k lidem pijícím alkohol. Je zde výrazná tendence drogově závislé stigmatizovat a sociálně izolovat. S tímto souvisí také negativní očekávání a nedůvěra v možnost nápravy. Uživatel návykových látek tak získává nálepku narkomana, který není z hlediska společnosti přijatelný. Tento přístup společnosti pak přispívá k identifikaci uživatelů s drogovou subkulturou, k přijetí norem a hodnot, protože je to často jediná skupina, která je neodmítá. Z psychických změn a odlišného chování vyplývají zásadní sociální problémy. Uživatel drog přestává respektovat příslušné normy, neplní povinnosti, přestává chodit do zaměstnání či školy. Pod vlivem drog není schopný požadovaného výkonu, bývá unaven, nemůže se soustředit a navíc ztrácí motivaci. Výsledkem bývá vyloučení ze školy či propuštění ze zaměstnání. Postupně se dostává do fáze, kdy pouze parazituje na rodině či společnosti. Pozvolna ztrácí většinu svých sociálních rolí a zůstává mu jen stigmatizující role drogově závislého. Také mění a narušují vztahy s lidmi. Závislý se pod vlivem drog stává nespolehlivým, sobeckým a necitlivým k potřebám ostatních lidí. Mění se jeho hodnotová orientace, do popředí vstupuje droga a pro její získání je ochoten krást, podvádět a využívat i blízké osoby. Schopnost navázat a udržet jakýkoli citový vztah je omezena a hlubší partnerské nebo přátelské vztahy nevydrží, ani když jsou uživateli oba partneři. Dále je častým sociálním důsledkem drogové závislosti trestná činnost. Vzhledem k finanční náročnosti, změně osobnosti (ztráta zábrán, snížené sebeovládání, egocentričnost,...) a hodnotového systému stoupá pravděpodobnost nezákonného jednání. Nejčastěji se jedná o majetkovou trestnou činnost, výrobu a distribuci drog, loupežná přepadení či násilné a jiné trestné činy pod vlivem drog. Mnozí uživatelé návykových látek končí jako bezdomovci, zcela závislí na svém okolí.

Dvořák (2003) uvádí nejčastější okruhy problémů:

- narušená nebo neexistující síť blízkých vztahů a naopak závislostí zablokovaná schopnost blízké vztahy vytvářet, udržet či rozvíjet,
- nedostatečné sociální dovednosti v komunikaci, vyjadřování emocí a přiměřeného sebeprosazení,
- nízké vzdělání a nedostačující profesní dovednosti a návyky,
- právní, finanční problémy a nízký socioekonomický statut,
- životní styl neposkytující dostatek příležitostí k pozitivnímu sebehodnocení a sociálnímu ocenění.

Ještě podrobněji definuje celou řadu nejčastěji se vyskytujících sociálních problémů Makovská-Dolanská (2007, s. 155-156) u klientů terapeutických komunit:

- „Chybějící nutné osobní doklady – občanský průkaz, průkaz pojištěnce, případně pas.
- Neplacení zdravotního pojištění – aktuálně se řeší např. registrací na úřadu práce. Běžné jsou v minulosti vzniklé dluhy u zdravotní pojišťovny.
- Zajištění příjmu, obvykle formou sociálních dávek.
- Chybějící zápočtový list z minulých zaměstnání.
- Trestně právní problematika – aktuální trestní stíhání, výpis z rejstříku trestů, výkon obecně prospěšných prací, nařízená ochranná léčba, exekuce apod.
- Možnost bydlení a zaměstnání po ukončení léčby.
- Nedokončená studia a hledání možností dalšího vzdělávání.
- Ostatní zbývající dluhy např. vůči institucím, rodině apod.“

Z uvedených sociálních charakteristik klientů terapeutických komunit jednoznačně vyplývá, že se jedná o handicapovanou skupinu vyžadující velkou péči a pozornost právě v sociální

oblasti.“ Dvořák (2003) uvádí, že cílem sociální rehabilitace je zapojení uživatele drog do společnosti prostřednictvím znovunabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů. Dle Kaliny (2008, s. 218) „má sociální práce nezastupitelnou roli při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu závislého. Pomoc v této oblasti musí být v mnoha případech velmi praktická, protože mnoho závislých není schopno především na začátku tyto problémy řešit samostatně. Často byla sociální práce v této oblasti v minulosti podceňována. Opak je však pravdou. Bez intenzivní sociální práce by byl pro tyto klienty návrat do normálního života nedostižnou metou.“

6.4 Pervitin v kontextu spirituálním

Čtrnáctá (2007) uvádí, že příčiny vzniku a rozvoje drogové závislosti jsou velmi rozmanité a zahrnují často kombinaci faktorů biologické, psychologické i spirituální povahy.

Dle Kudrleho (2003, s. 93) je „spiritualita 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.“

Spirituální přístup jako předpoklad vzniku závislosti popisuje Frouzová (2003) a představuje hnutí Anonymních alkoholiků, které hraje podstatnou roli v bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti právě tím, že vneslo do této oblasti spirituální pohled. AA mluví o intenzivních pocitech odcizení a ztrátě smyslu života lidí. Následkem je, že upadají do zmatku ve svých osobních cílech. Hovoří o úpadku jejich hodnotového systému, morálky a zmatku v přesvědčení. Spirituální dimenze se otevírá připuštěním vlastní bezmoci a přijetím poznání své závislosti. Pomocí zevrubného prozkoumání sebe sama dosahují zvýšeného sebeuvědomění, převzetí přiměřené odpovědnosti za sebe sama a spolupráci s vyšší mocí. Tuto vyšší moc může symbolizovat i společenství lidí ve stejné situaci, kteří tvořením vzájemně podpůrné sítě dosahují abstinence. Teorie taktéž obsahuje resocializaci pomocí vyrovnání se s lidmi, kterým ublížili, když byli závislí. Kudrle (2003) upozorňuje, že AA mluví o vztahu k Vyšší mocí, která má pomoci uzdravení a vrátit životu smysl. Pojem spirituální přitom odlišují od pojmu náboženský. Zdůrazňován je právě prožitek Božství, nikoliv účast v nějaké konkrétní církvi. Dále Kudrle (2003) hovoří o tom, že témata jako existenciální prázdno, deprese, ztráta smyslu života zůstávají, i když člověk úspěšně abstínuje. Proto je při práci s klienty nutné pamatovat na tuto rovinnu potřeb. Vhodně lze použít i hlubinné zážitkové metody (relaxace, meditace, jóga, holotropní dýchání, ...) k navození vnímavosti pro spirituální rozměr. Také lze v posledních letech pozorovat nárůst potřeb spirituálního naplnění a to z důvodů nereflexivní potřeb v převážně konzumní společnosti a chybění duchovních hodnot. Určitý podíl uživatelů drog původně hledalo v drogách naplnění této potřeby. Dnes se však objevují nové způsoby zasvěcování a kultovní aspekty. Stimulační a taneční drogy lidé užívají s touhou po skupinové transcendenci v „novodobých chrámech diskoték“. Naproti tomu např. uživatelé heroínu berou drogy v izolaci s očekáváním prolomení vlastní samoty v mimořádných prožitcích.

Dle Kudrleho (2008, s. 19) „často rozpoznáváme na počátcích abúzu absenci signifikantních autorit, které jsou nahrazeny autoritami disponujícími na místo silou hrubostí, namísto vnitřní krásou vnějšími dekoracemi, namísto mentální silou arogancí. Chybějící rituály jsou nahrazeny rituály gangů ulice, mazačkou nebo internátní vojnou. Momentální uspokojování se stává základním motivem života. Poživačnost, intenzita a bezodkladnost těchto potřeb je forsírována klipovou rychlostí současného života „in“.“ Právě programy primární prevence by na tyto témata měli umět reagovat a nabízet jinou alternativu. Chybějící rituály také nahrazují terapeutické komunity, kdy většina z nich s nimi pracuje, protože jedním ze způsobů jak se dotknout transcendentna je právě rituál. Čtrnáctá (2007) píše, že svým posvátným charakterem propůjčovali událostem hlubší smysl a svým opakováním poskytovali bezpečí.

Také plnily výrazně tmelící funkci. Jsou symbolickým vyjádřením některých potřeb i prostředkem jejich naplnění. S rituály spojené prožitky navozují mírně změněný stav vědomí, umožní to člověku vyjít ze sebe, být spontánní, svobodný. Klient tímto může objevit novou dimenzi svého života a to bez použití návykové látky.

7 Závislost

„Tam, kde je já „místem úzkosti“, ještě někdo prchá před sebou samým a nechce to akceptovat.“
C. G. Jung

Cílem této kapitoly je seznámit čtenáře s obecnou i odbornou definicí závislosti. Důraz je kladen na deskripci bio – psycho - sociálního modelu závislosti. Kapitola slouží jako teoretický základ k pochopení chování lidí závislých na pervitinu.

Pojem závislost nahradil r. 1964 v odborné terminologii výrazy toxikomanie a návyk, které již byly zastaralé a zcela nevyhovovaly novému pojetí adiktologické problematiky. Termín zavedla Světová zdravotnická organizace (dále WHO).

Závislost lze popsat jako chronickou a získanou poruchu organismu, která jedince nutí k užití určité psychoaktivní látky či více látek. Jedinec nad touto látkou postupně ztrácí kontrolu a užívá ji, i když je jasně obeznámen s jejími negativními účinky. Na počátku cesty k závislosti stojí nejdříve úzus, neboli jednorázové či opakované užití, které nepoškozuje organismus. Posléze přichází abúzus, který označuje nadužívání, tedy zneužívání omamných a psychotropních látek (OPL), vedoucí již k narušení fyziologických pochodů v organismu.

Proč vlastně lidé užívají OPL i přes všeobecně známá negativa a riskují vznik závislosti a poškození svého organismu? Odpověď nalezneme v hluboce zakořeněné odvěké lidské potřebě a touze měnit své prožívání, vnímání a chování. Toto jednání sleduje několik cílů:

- 1) jedinec má fyzické či psychické potíže/problémy a pomocí OPL se od nich odpoutá nebo doufá v jejich vyřešení – chce se cítit lépe;
- 2) není přítomen žádný problém, ale i přesto jedinec touží po zlepšení své situace – chce získat nějakou výhodu;
- 3) touha po získání nejrůznějších filozofických odpovědí, rituály – „chce najít své místo ve vesmíru“ (pozůstatky šamanství).

7.1 Definice závislosti

O závislosti jako diagnóze můžeme v našich podmínkách hovořit pouze v případě, že jedinec splňuje kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (dále MKN-10). Závislost spadá do kategorie Poruchy duševní a poruchy chování F 00 – F 99: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek F 10 – F 19. Z výše uvedeného jasně vyplývá, že v současnosti je již na závislost nahlíženo jako na nemoc. Ve světě, převážně v Americe, se řídí dle definice Americké psychiatrické asociace (DSM-IV).

Definice závislosti dle MKN-10 (Nešpor, 2007, s. 9-10)

Syndrom závislosti (F1x.2, x označuje látku) je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž 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. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoživení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) Silná touha, nebo pocit puzení užívat látky;

- b) Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky;
- c) Tělesný odvykací stav: látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky;
- d) Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
- 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.

Definice závislosti dle DSM-IV (Nešpor, 2007, s. 21-22)

Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

- 1) Růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování);
- 2) Odvykací příznaky po vysazení látky;
- 3) Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;
- 4) Dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;
- 5) Trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavování se z jejich účinků;
- 6) Zanechávání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení;
- 7) Pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou způsobeny nebo zhoršovány užíváním látky.

Psychická závislost

Psychická závislost je způsobena opakovaným užíváním OPL, které postupně navodí změny v prožívání jedince. Tento stav je charakteristický nutkavou potřebou užít danou látku, tzv. craving.

Každé užití zanechá v mozku stopu, vytvoří specifickou cestu pro přenos informací. Čím častěji po této cestě informace ve formě libých zážitků proudí, tím je stabilnější a tělo podvědomě touží po jejich dalším přísunu. Tělo si příjemné prožitky pamatuje dlouhou dobu, o dost delší než ty nepříjemné, a má je spojené s určitými lidmi, místy, časem a situacemi. S tímto faktem by měl počítat každý, kdo chce abstinovat. Proto je nejlepší prevencí relapsu, jehož příčinou je nejčastěji právě psychická závislost, vyhýbat se všem potenciálním spouštěčům carvingu, jako je setkávání se s bývalými spoluuživateli, návštěvy restauračních zařízení a bytů, kde dříve užíval apod. Nebezpečné jsou i vlastní emoce, prožívání a krizové situace, které dříve uživatel řešil právě braním OPL. Prevencí selhání v těchto situacích je uvědomění si svých vlastních pocitů a předcházení jejich vzniku pomocí nejrůznějších technik (sport, meditace,...) a vyhledání odborné pomoci.

Psychická závislost se nejsilněji projeví po vysazení zneužívané látky, kdy dochází k abstinenčnímu syndromu. Abstinenční příznaky by měly mít pouze psychický ráz, jako je podrážděnost, úzkost, apatie, depresivní ladění, aj. Vzhledem k tomu, že je psychická a fyzická stránka člověka velmi úzce propojena a navzájem se ovlivňují, projeví se psychické strádání i na tělesné schránce, v tomto případě nejčastěji formou třesu, zvýšeného pocení, nevolností až zvracením či křečemi.

Fyzická závislost

Fyzickou závislost způsobují pouze určité druhy OPL a vede k ní dlouhá cesta pravidelného užívání. OPL se postupně adaptují do běžného chodu organismu, zabudují se do systému látkové výměny, což vede k potřebě/závislosti těla na dané látce.

Pokud dojde k vysazení látky či jenom snížení užívané dávky, tělo reaguje abstinenčními příznaky, které mohou mít různou podobu – liší se dle zneužívané látky, délky jejího užívání a množství i individuálních osobnostních vlastností jedince. Abstinenční příznaky se mohou projevit na kterémkoliv tělním systému, nejčastěji postihují systém kardiovaskulární, gastrointestinální, respirační a nervový. Abstinenční syndrom může v některých případech vést i ke smrti, převážně u stavů, které vedou ke ztrátě vědomí spolu s utlumením dýchacího centra. Nejčastější tělesné abstinenční příznaky jsou: zvýšené pocení, křeče, třes, nevolnost, zvracení, zvýšení či snížení krevního tlaku, bušení srdce, mióza či mydriáza zornic, poruchy srdečního rytmu, poruchy dýchání, poruchy vědomí aj.

Vztah fyzické a psychické závislosti je, dá se říct, „jednostranný“. U fyzické závislosti je vždy přítomna psychická, ale opačně tomu tak není. Co se týče léčby, je mezi nimi výrazný rozdíl. Fyzická závislost je v lékařských (i nelékařských) podmínkách odstraněna poměrně rychle a to v rozmezí několika týdnů. Oproti tomu se člověk psychické závislosti nezbaví nikdy, nese si ji s sebou až do konce svého života. Odstranit jdou pouze akutní příznaky a léčba vyžaduje dlouhodobou intervenci ze strany odborníků a silnou vůli ze strany abstinujícího.

V dnešní době se opouští od dělení závislosti na psychickou a fyzickou, označuje se jednotně jako závislost, kterou provází psychické či fyzické změny.

7.2 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Závislost není výsledkem jedné příčiny, ale kombinací několika faktorů, které zvyšují riziko jejího vzniku. Pokud je některý rizikový faktor u jedince přítomen (i pokud jich je přítomno více), nelze automaticky předpokládat, že u něj dojde k užívání OPL a následnému propuknutí závislosti. Faktory, o nichž budeme hovořit, byly sice u lidí, jež se se závislostí potýkali, opakovaně sledovány, ale neznamená to, že všichni, kteří tyto znaky vykazují, budou mít stejný problém. Z tohoto důvodu jsou nazývány pouze jako faktory rizikové.

Znalost těchto faktorů je velmi nápomocná v procesu léčby, odkrytí příčin závislosti a jejich následném řešení. To vše je jednou z možných cest k úspěšné abstinenci.

Biologická úroveň – nedostatečně prozkoumaná oblast, stále se na tomto poli pátrá po nových souvislostech a příčinách vzniku závislosti, v tomto případě spíše predispozicích ke vzniku závislosti.

Mezi rizikové biologické faktory ve fetálním období patří hlavně abúzus OPL matkou a užívání nevhodných léků, převážně tlumivých/uklidňujících. I období porodu může být rizikové, a to zejména pokud se jedná o porod komplikovaný, při kterém musely být použity tisíce prostředky. V prvních dnech života dítěte na něj mohou negativně působit traumata, nemoci a především fyzické odloučení od matky či týrání rodičem. Pokud člověk, jenž se před či těsně po narození setkal s nějakou OPL, užije jakoukoliv drogu, tělo si rychle vybaví dávno zapomenutý pocit, který v něm látka vyvolala. Riziko dalšího užití je tedy zvýšené.

Existuje určitá odchylka mezi závislostí u žen a u mužů, která je přímo odvislá od rozdílného působení hormonů v těle. Jde jak o výběr užívané látky, tak o samotné působení na organismus. Náchylnost žen k závislosti se mění dle fází menstruačního cyklu. Jsou lépe ovlivnitelné léčbou než muži, na druhé straně u nich dochází častěji k relapsům. U relapsů je rozdíl mezi pohlavími nejvíce patrný, zatímco ženy relapsují spíše v náročných životních

situacích, muži se k droze vracejí častěji v „časech dobrých“. Rozdíl v působení OPL u dospělého jedince a dospívajícího je dán stupněm vývoje organismu, v nedovinutém těle zanechají drogy drastičtější stopu, závislost se u něj rychleji rozvine a má rychlejší průběh. Jedinou vědecky podloženou genetickou predispozicí lze najít u dětí alkoholiků, kteří od svých rodičů dostali do vínku zvýšenou odolnost, neboli toleranci vůči alkoholu. Takovýto člověk musí vypít daleko více alkoholu nežli ostatní, aby se i jemu dostavil kýžený pocit opilosti. Zvýšená tolerance rovná se zvýšený přísun alkoholu a následně vyšší riziko vzniku závislosti. V nedávné době byl také učiněn objev genu pro kontrolu radosti, který je u alkoholiků poškozený, což vede k zajišťování radosti právě pomocí pití (Fischer, Škoda, 2009).

Do skupiny biologických faktorů řadíme také specifickou/individuální citlivost CNS na OPL a mechanismus účinku drog na něj. Tento systém je již podrobně popsán výše, takže se mu na tomto místě nebudeme dále věnovat.

Psychologická úroveň – rizikové psychické faktory ovlivňující vznik závislosti mohou pocházet již z prenatálního období života člověka. Mezi nejčastější patří nechtěné těhotenství, dlouhodobý stres matky v jeho průběhu, deprese a jakékoliv jiné negativní prožívání.

Po narození se výrazně zvyšuje pravděpodobnost konfrontace s rizikovými faktory. Velmi důležitý je harmonický vývoj dítěte, kvalitní citlivá péče o jeho potřeby a jejich saturování. V období dospívání se od rodiče očekává citlivý a tolerantní přístup, dále opora v krizových situacích a pomoc při nalezení vhodného řešení nejrůznějších problémů. Včasné zachycení jakýchkoliv patologických projevů (duševní onemocnění, somatické onemocnění, deprese, poruchy chování, školní neúspěšnost,...) a nalezení optimální pomoci platí pro každý věk člověka. Pokud není výše zmíněné zajištěno, snadno může dojít k uspokojení těchto potřeb pomocí náhražky ve formě OPL.

Ohroženou skupinou jsou také lidé, kteří trpí nějakým duševním onemocněním, hlavně se to týká depresí a úzkostných poruch, které si v mnoha případech postižení „léčí“ sami drogami. V počáteční fázi jim drogy přináší kýženou úlevu, ale přijde chvíle, kdy i ony začnou vyvolávat negativní prožitky a ty je zavedou do bludného kruhu dalšího užívání. Existuje i určitá spojitost mezi typem onemocnění a výběrem drogy. Závislost se často objevuje i u lidí, kteří mají poruchu osobnosti (disociální a emočně nestabilní) a poruchu chování. „U lidí, kteří jsou na drogách dlouhodobě závislí, jsou poruchy osobnosti velmi časté. Je velmi obtížné určit, zda se porucha objevila již před užíváním drog, nebo zda je, byť třeba jen částečně, důsledkem závislosti.“ (Bruno, 1996, s. 27). Samotná osobnost člověka může být také rizikovým faktorem pro rozvinutí závislosti. Rizikové jsou tyto rysy osobnosti: emocionální nezralost a labilita, nízká tolerance vůči frustraci, oslabená vůle, narušená introspekce, nízké sebehodnocení a sebevědomí, potíže v sociální interakci a komunikaci.

Sociální úroveň – člověk je bytost sociální, společnost ho formuje po celý život, proto se nejvíce rizikových faktorů rekrutuje právě z této oblasti. Mezi základní sociální determinanty patří rodina, nejbližší sociální okolí (přátelé, spolužáci, spolupracovníci), sociální uspořádání ve společnosti, rasová a národnostní příslušnost, ekonomická situace státu a rodiny atd.

Rodina, ve které dochází k primární socializaci, je zdrojem mnoha závažných rizikových faktorů, z druhé strany i mnoha protektivních, neboli ochranných. Nejrizikovější situací je sdílení jedné domácnosti s člověkem užívajícím OPL či závislým, ať už se jedná o rodiče, partnera či jiného člena rodiny. Pokud je tento vzorec chování ostatními členy rodiny tolerován, či dokonce schvalován, může být ostatními dále přejímán. Problémem dnešní doby je vysoká rozvodovost, čím dál více dětí vyrůstá v neúplných rodinách, což sebou přináší absenci prvotního identifikačního vzoru, který si děti následně hledají mimo rodinu – ne vždy je vybrán vhodný objekt. Nevhodně zvolený výchovný styl, např. velice volná výchova bez

stanovených hranic, nebo naopak extrémně přísná výchova s neustálou kontrolou mohou také vést k úniku k droze. Dalšími rizikovými faktory může být: nedostatek času na dítě, týrání, zanedbávání, zneužívání, podceňování dítěte, onemocnění rodičů (hl. duševní), nízký sociální statut rodiny, nejasně vymezené vztahy v rodině, neschopnost vzájemné komunikace, časté stěhování a absence rodičů.

Vrstevníci jsou pro člověka druhou nejvýznamnější socializační skupinou. V období adolescence člověk cítí potřebu někam patřit, být někým uznáván, přijímán a obdivován – pokud se takovouto skupinou stane společenství lidí beroucích OPL, členové buď přijmou takovéto jednání jako normu, nebo jsou z něj vyloučeni. Druhou potřebou v tomto období je vzepření se společností pomocí překračování jejích pravidel, přijímáním protichůdných názorů, aj. Toto chování je vlastně rituálem, pomocí kterého dává mladý člověk najevo, že už se stává dospělým, tedy samostatným a zodpovědným. Přerod adolescenta v dospělého jedince je dlouhodobý proces plný nástrah a problémů (první rozchody, navázání sexuálního vztahu, přijetí své sexuální orientace, přijetí svého těla,...), kdy každý může být svodem k úniku, k náhradnímu pomocnému řešení – droze. Znalost obtíží tohoto období a nástrah drog, jejich účinku a důsledků patří mezi základní preventivní opatření.

Spirituální úroveň – rizikové faktory na spirituální úrovni by se daly shrnout do množiny s názvem „absence vyššího rozměru a cesta k jeho poznání“. Zjednodušeně řečeno to znamená, že má člověk tendenci hledat odpovědi na základní filozofické otázky: kdo jsem, proč tu jsem, jaký je smysl mého života? Tyto a další otázky se cyklicky vrací v různých etapách života, kdy má člověk tendenci bilancovat. Hledáme své pravé já, snažíme se lépe vyznat sami v sobě a následně lépe porozumět i ostatním. Někdy se nemusí odpověď dostavovat nebo nemusí být uspokojivá a následná frustrace může být prvním krokem na cestě k závislosti. Nejenom hledání smyslu života, ale také jeho ztráta znamená pro člověka velké duševní vypětí, které může kompenzovat pomocí OPL. Další takové situace mohou být například hledání životního štěstí, pocit duševní prázdnoty, samoty, deprese, ztráta víry aj.

8. Terapie a poradensko intervenční programy pro uživatele pervitinu

„Uzdravení přináší jen to, co pacienta povznáší nad něj samotného a nad jeho zaujatost svým já“
C. G. Jung

Cílem kapitoly je přiblížit čtenáři vybrané způsoby pomoci. Nejprve si vymezíme psychoterapii jako činnost směřující k pomoci člověku, následně se budeme zabývat takovými metodami práce, které se aktuálně nejvíce uplatňují v léčbě osob se závislostí.

Léčba závislosti je dlouhodobý a složitý proces. Tento proces v podstatě začíná ve chvíli, kdy potencionální klient navštíví jakékoliv zařízení, které se zabývá osobami se závislostí. Ať už je to AT poradna, kontaktní centrum či samotné léčebné zařízení. Co se týká kontaktních center a terénní práce, nelze v souvislosti s nimi hovořit o „pravé“ léčbě, ale je nezbytným prvkem v celém systému léčby, protože zde dochází k přípravě klienta na léčbu. Končí ve chvíli, kdy je klient zcela samostatný, soběstačný a schopný fungovat ve společnosti bez drog. Není tedy odkázán na žádnou instituci, ale ví, kam se v případě nouze obrátit. Je vybaven dovednostmi a znalostmi, které mu umožňují zvládnání běžných problémů.

Nabídka služeb poskytujících léčebnou intervenci je široká a každý klient si může vybrat tu, která mu nejvíce vyhovuje. Dostupnost některých zařízení či služeb není ve všech místech ČR zcela ideální, většinou je však aspoň minimální pomoc zajištěna jinou službou.

Zásadními tématy, která se prolínají celou léčbou, jsou motivace a relaps, konkrétně jeho prevence a zvládnání.

8.1 Psychoterapie

Terapie v léčbě závislostí se dělí na dva základní proudy: farmakoterapii i psychoterapii. Dále se uplatňuje rodinná terapie, sociální práce a rehabilitace. Svě místo v procesu léčby mají i svépomocné skupiny a programy.

Se slovem psychoterapie se setkáváme velmi často. Mnoho přístupů za účelem pomoci člověku nejrůznější formou používá slovo terapie. Pokud vložíme do internetového vyhledávače slovo terapie, najdeme tisíce odkazů na nejrůznější formy pomoci. Mezi odbornými a vědecky ověřenými přístupy jsou i metody alternativní, esoterické, šamanistické a jiné. Na první pohled je obtížné se v této změti přístupů orientovat.

8.2 Vymezení a základní rozdělení psychoterapie

Psychoterapii lze vymezit v souladu s Prochaskou a Norcrossem (1999) jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků, použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Za základní psychologický prostředek je přitom považován autentický vztah mezi terapeutem a klientem vybudovaný na zvýšené pozornosti terapeuta vůči klientovi a na pozitivním očekávání klienta. Dílčími psychologickými prostředky pak jsou jednotlivé mechanismy ovlivňování člověka člověkem (např. verbální a neverbální sdělování).

Podle Kratochvíla (2002) lze specifický rozdíl odlišující tuto činnost od jiných činností hledat v několika směrech:

1. čím působí (Záměrné plánované působení psychologickými prostředky. K psychologickým prostředkům řadíme slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině.)

2. na co působí (Působení na nemoc, poruchu; pomáhá osobám s psychogenními poruchami; působení na psychiku má vliv na celý organismus nemocného; působení na osobnost a její vztahy, na činitele, které nemoc vyvolávají.)

3. čeho má dosáhnout (Dochází ke změnám v prožívání a chování klienta, uplatňují se procesy jako vytvoření kladného očekávání, zvládání konfliktů, problémů, vede k pocitům sebeuplatnění, seberealizace, má vést k pocitu vyrovnanosti a spokojenosti.)

Kratochvíl (2002) dále člení psychoterapii následovně:

1) podle přístupu terapeuta

a) direktivní: přímé usměrňování myšlení, postojů a chování, příkazy, rady, vyžaduje splnění různých úkolů,

b) nedirektivní: pasivní, neutrální postoj terapeuta, spíše ho podněcuje k činnosti (slovní nebo emoční, vytváří příznivou atmosféru pro pacientovu sebeexploraci, neudělování rad).

2) Podle příčiny či příznaku

a) symptomatologická: zaměřuje se na chorobný příznak, hlubinné a dynamické směry ji považují za škodlivou, tvrdí, že má jen zdánlivý či krátkodobý účinek,

b) kauzální: snaží se odhalit příčinu vzniklého problému.

3) Podle míry změny

a) podpůrná: nesnaží se měnit osobnost, poskytuje podporu, pomoc a porozumění osobnosti takové, jaká je, podporuje pozitivní myšlení, víru ve vlastní síly,

b) rekonstrukční: usiluje o přestavbu osobnosti, a to jak hlubší analýzou jejího utváření, tak závažnějšími zásahy do postojů, motivací a hodnotového systému.

4) Podle intenzity změny

a) náhledová: podporuje objasnění, porozumění,

b) akční: podporuje přímé zvládání problémů a nácvik potřebných dovedností.

5) Podle počtu klientů

a) individuální: vychází ze vztahu klienta a terapeuta, v rámci terapeutického procesu je naplňován terapeutický kontrakt,

b) skupinová: využívá k terapeutickým účelům dynamiky vztahů vznikajících mezi členy plánovitě vytvořené terapeutické skupiny,

c) hromadná: označuje postup, kdy terapeut působí vhodně upravenými metodami individuální psychoterapie na více pacientů současně.

6) Podle filozofie práce

a) dynamická psychoterapie: věnuje pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy,

b) kognitivně behaviorální psychoterapie: učí překonávat současné problémy změnou chování a myšlení,

c) humanistická psychoterapie: zabývá se sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání možností naplňování životního smyslu.

V odborné literatuře nalézáme mnoho definic psychoterapie, z nichž jsou některé i lyričtější, jako například ta od terapeutky Mary McClure Goulding: „Psychoterapie je umění, které skýtá možnost změnit životy. Psychoterapie je umění – jako třeba psaní, malování či fotografování. Je to zajímavé, jedinečné umění, které musí zahrnovat aktivní spolupráci minimálně dvou osob. Mona Lisa musí dělat více než pouze sedět. Je modelkou a zároveň umělkyní. Čím je terapeutka? V jakémsi tajuplném, nádherném slova smyslu je terapeutka také modelkou a umělkyní. Umění psychoterapie spočívá v ujednacení terapeutky a klientky tak, aby klientka dokázala pozměnit své myšlení, cítění, přesvědčení anebo své chování v jakémkoli směru, který je pro ni žádoucí.“ (McClure Goulding,, s. 474).

Jak již bylo řečeno, existuje v současnosti mnoho desítek různých psychotherapeutických směrů a orientace v nich se zdá na první pohled obtížná. Představitelé jednotlivých psychotherapeutických škol jsou si navzájem často oponenty a rivaly. Na tento fakt poukazuje i následující citace: „Mnozí odborníci jsou rukojmími svých raných výcvikových rigidit. Následkem toho byla a je oblast duševního zdraví zatížena bojujícími frakcemi bušícími do bubnů svých ztuhlých teoretických imperativů. Existuje přemíra vzájemně neslučitelných modelů, z nichž každý prohlašuje psychotherapii za své svrchované vlastnictví a budí zdání, že jedině tyto filozofické a lingvistické výrazy vysvětlují, jak se lidé stávají neurotickými a jak je lze vyléčit.“ (Wolberg, s. 435)

8.3 Psychotherapie a léčba závislostí

V psychotherapii se uplatňuje množství přístupů a směrů, které mají odlišnou teorii, cíl je u všech stejný. Mezi hlavní směry (uznávané odbornými kruhy v ČR) patří: kognitivně – behaviorální psychotherapie, hlubinná a dynamická psychotherapie, humanistická psychotherapie, rodinná a systematická psychotherapie, hypnotické a relaxační přístupy a integrativní přístupy. (Kalina, 2003). Dominantními směry v léčbě závislostí jsou, jak udává Kalina (2003), behaviorální a kognitivně - behaviorální terapie, proto budou i zde podrobněji popsány na úkor ostatních směrů. Podíváme se na stručný teoretický základ, základní léčebné přístup a jejich metody.

Behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie

Behaviorální terapie vychází z této teorie: „Z behaviorálního hlediska je lidské chování výsledkem procesu učení, tudíž stejné procesy učení, které vytvářejí problémové chování, jej mohou změnit.“ (Praško, Možný, Šlepecký, 2007, s. 862). Učení je nejvíce ovlivněno sociálním prostředím a prožitými situacemi. Touto metodou lze ovlivnit i emoce a myšlení. Známe tři teorie učení, díky nimž patologické chování vzniká, ale může být i napraveno, neboli přeučeno. Jsou to: klasické podmiňování, které způsobuje, že určité podněty spojené s drogou, ať už podmíněné, či nepodmíněné, vyvolají bažení (mohou to být místa, situace, určité časy i osoby); operantní podmiňování můžeme sami ovlivňovat, jedná se o upevňování či oslabování určitého vzorce záměrného chování, které vychází z přímých důsledků chování již aplikovaného. Pokud nám naše chování přineslo nějakou výhodu (např. aplikace drogy nám umožnila být celou noc vzhůru a učit se), je vysoce pravděpodobné, že tento vzorec chování použijeme i při další příležitosti – pozitivní posílení. Negativní posilování funguje úplně stejně jako pozitivní, pokud nám naše chování přivodí nechtěný, negativní důsledek (např. užijeme poprvé OPL a dostaví se silné nežádoucí účinky), pravděpodobně nebudeme v tomto chování dále pokračovat. Rozhodujícími jsou přímé aktuální důsledky, ne ty, o nichž víme, že by v budoucnu mohly přijít; posledním zástupcem je sociální učení, neboli učení nápodobou. Nejrychlejší typ učení, jehož součástí jsou i kognitivní procesy. Na počátku stojí pozorování vybraného objektu a poté nastane fáze aplikace/napodobení osvojovaného vzorce chování.

Kognitivní teorie vychází ze všech kognitivních neboli myšlenkových operací, které probíhají v našem mozku, které slouží ke zpracování informací ze všech tělních receptorů. „Podle kognitivní teorie jsou závislosti extrémní komplexní procesy, které jsou charakterizované hluboko uloženými a přetrvávajícími maladaptivními přesvědčeními (jádrová přesvědčení). Ta se vytvářejí v raném dětství vlivem působení kritických zážitků a zkušeností a ze začátku nejsou nijak spojena s užíváním alkoholu či drog.“ (Praško, Možný, Šlepecký, 2007, s. 866). Spojením této teorie s teorií behaviorální vznikla kognitivně – behaviorální teorie.

Pro doplnění uvádíme stěžejní rysy kognitivně behaviorální terapie. Jsou to:

- Časová omezenost.
- Strukturovanost a direktivnost.
- Intenzivní spolupráce terapeuta a klienta.
- Zaměření na přítomnost.
- Konkrétnost a ohraničenost sledovaných fenoménů.
- Vědeckost.
- Edukativnost.
- Zaměřuje se především na faktory problém udržující.
- Používané terapeutické postupy nejsou cílem samy o sobě, ale jen prostředkem pro dosažení konkrétního cíle, na němž se klient s terapeutem předem dohodli.
- KBT se zaměřuje na konkrétní změny v životě.
- KBT je vědecká.
- Konečným cílem KBT je samostatnost klienta.

Kognitivně behaviorální psychoterapie je, podobně jako jiné psychoterapeutické systémy, eklektická. Její eklektismus však není bezbřehý. Lazarus (2005) zastává názor, že terapeut, chce-li být úspěšný v rámci širokého spektra problémů, musí být přizpůsobivý, flexibilní a eklektický, co se týče technik. Etický terapeut bude dávat takové techniky, které se zdají prospěšné bez ohledu na jejich původ. Přitom se však musí mít na pozoru, než podpoří nějaké teorie, které stály u zrodu konkrétního postupu. Ve skutečnosti mohou být metody nebo techniky účinné ze zcela jiných důvodů než z těch, které jim daly vzniknout. Eklekticky orientovaní terapeuti čerpají ze široké škály intervencí, přičemž se ovšem drží jednotlivé teoretické struktury.

Kognitivně – behaviorální terapie (dále KBT) se odvíjí od vstupního vyšetření, které probíhá ve třech úrovních: behaviorální analýza, kognitivní analýza a funkční analýza. Behaviorální analýza se provádí pomocí A-B-C analýzy, která zjišťuje spouštěče, chování klienta a následky užívání OPL. Kognitivní analýza spočívá ve sběru dat týkajících se klientova dětství, rodiny, jeho myšlenek, pocitů, názorů, přesvědčení, chování a aktuálních problémů. Funkční analýza slouží k odkrytí funkce problému u klienta – jaké má místo v jeho životě, jak klienta ovlivňuje, jeho chování i prožívání a jaké výhody mu z něj plynou. Dále odkrývá jeho silné a slabé stránky, vědomosti, schopnosti a dovednosti. Po zjištění možných komorbidit se přistoupí k formulaci problému, který vyplívá z provedených vyšetření. Tento model je následně představen klientovi, který se k němu vyjádří a popřípadě doplní. Tato formulace je výchozím bodem terapie, podle níž se stanovují první cíle. Formulace se během léčby neustále upravuje.

Terapie probíhá formou sezení podle společně vytvořeného individuálního plánu. Sezení mají danou strukturu. Na začátku se vytyčí cíl a program sezení, zhodnotí se pocity a nálada. Poté se zrekapituluje minulé sezení (obě strany) a následně je klient vyzván k shrnutí toho, co zažil mezi posledním a aktuálním sezením. Pokud se stalo něco závažného, řeší se aktuální problém a stanovené téma se s ním buď propojí, nebo se odloží. Po probrání daného tématu, které je neustále vztahováno ke klientovi, je potřeba získat zpětnou vazbu klienta. Dále terapeut zadá „domácí úkol“, zrekapituluje celé sezení a zopakuje důležité body léčby (např. práce s bažením, prevence relapsu, rizikové situace, atd.). V procesu KBT je kladen důraz na neustálé vracení se k zásadním momentům léčby (rodina, relaps, bažení,...) a klientovým úspěchům i neúspěchům. Zásadními tématy KBT jsou bažení, relaps, plánování, sociální dovednosti, předvídaní rizik a vztahy.

Léčba má tři fáze. První počáteční fáze slouží k motivování klienta, navázání terapeutického vztahu a stanovení závazku. Druhá fáze je už samotná terapie a nastolování změn v chování a prožívání klienta pomocí kognitivních a behaviorálních technik. V poslední fázi se snažíme tyto navozené změny zpevnit, odpoutat klienta a navázat jej na další instituce (např. následná péče). Terapeut s klientem ještě vytvoří tzv. krizový plán, sloužící k osvojení si praktik zvládnutí relapsu. Základním nástrojem KBT je rozhovor. Mezi další důležité techniky patří: nácvik sociálních dovedností; nácvik zvládnání bažení a stresu; nácvik asertivity, odmítání, sebekontroly a sebeovládání; zlepšování komunikačních dovedností; relaxační techniky; odvedení pozornosti; analýza myšlenek atd.

Psychoterapie u závislých osob má určitá specifika. Hlavním úkolem psychoterapeuta je změna klientova chování a jednání vedoucího k abstinenci a jejímu udržení, dále mu ukázat společensky uznávané hodnoty a dovednosti, pomoci mu k lepšímu sebepoznání a následnému novému sebepojetí a v neposlední řadě naučit klienta smysluplně a aktivně trávit volný čas. Obecné cíle psychoterapie zůstávají, liší se dílčí, které se diferencují podle fází léčby a dle zaměření jednotlivých institucí působících na tomto poli. Psychoterapie je zastoupena na každém stupni léčby.

První kontakt terapeuta a klienta, tzv. první interview, ukáže, zda spolu terapeut a klient mohou pracovat, zda je zvolený typ psychoterapie pro klienta vhodný a zda je on vůbec pro samotný proces psychoterapie vhodným kandidátem (vyloučit ho může např. akutní fáze onemocnění). Pokud po prvním kontaktu nebrání terapii nic v cestě, přistupuje se k základní součásti psychoterapie - diagnostice. Zájem je obrácen zejména k drogové historii, jejím klíčovým momentům a k vztahům s primární důležitostí (rodina, partner). Dále je potřeba provést diferenciální diagnostiku, která slouží k odhalení komorbidit, které jsou u závislých osob velmi časté – cca 70% (Kalina, 2003). Důležitým faktorem pro vstup do psychoterapie je motivace klienta, která je jedním z hlavních témat prolínajících se celou léčbou. Motivaci lze rozdělit do čtyř úrovní: 1) *zdravotní a psychická*; 2) *sociálně-psychická*; 3) *sociální*; 4) *trestně – právní*. (Kalina, 2003). Zdroj motivace je velmi důležitý a rozhodující pro celý proces psychoterapie a výsledek léčby. Pokud vychází ze samotného klienta, z jeho uvědomění si negativních důsledků plynoucích z užívání OPL, šance na úspěšné dokončení léčby je nesrovnatelně větší než, kdyby byl k léčbě motivován např. ze strany soudu – povinná léčba. Zásadní a důležitou složkou psychoterapie, bez které by nemohla probíhat, je dobrý terapeutický vztah. Je to specifický vztah mezi terapeutem a klientem, který od obou stran vyžaduje určité předpoklady. Tento vztah je proměnlivý, může mít mnoho podob a jeho navázání je převážně terapeutova práce. Podrobné rozebrání této problematiky však přesahuje možnosti této práce.

8.4 Sociální práce

V současné době se koncept sociální práce převážně odvíjí od tzv. sociálního fungování, které vyjadřuje vzájemnou interakci sociálního prostředí a osobnosti jedince. Prostředí klade na každého jedince nejrůznější nároky, které mohou být v určitou chvíli nad jeho síly. Úkolem sociálního pracovníka podle tohoto modelu je pomoci klientovi opět nastolit ztracenou rovnováhu mezi ním a prostředím, a to pomocí nalezení řešení daného problému. Cíl sociální práce vyplývající z tohoto pojetí má dvě podoby, buď je to náprava sociálního fungování, nebo preventivní působení proti vzniku překážek v sociálním fungování.

V sociální práci v průběhu 20. století došlo k vyčlenění třech základních směrů tzv. paradigmat. Mají odlišná teoretická východiska i důsledky. Základní rozdíl nalezneme v předpokladu, který faktor sociálního fungování je ten nejdůležitější. U sociální práce jako terapeutické pomoci je to duševní zdraví a pohoda. Toto paradigma je výrazně ovlivněno C. R. Rogersem. Sociální práce jako terapeutická pomoc má na zřeteli hlavně osobnost klienta a

jeho psychický stav, ale nezabývá se sociálním prostředím, které je při léčbě závislosti důležitým faktorem. Druhým paradigmatem je sociální práce jako reforma společenského prostředí, která usiluje o společenskou rovnost. Tento přístup nezohledňuje individualitu klienta, zabývá se celou komunitou závislých osob jako znevýhodněnou menšinou, což není zcela vyhovující. Posledním paradigmatem je sociální práce jako sociálně právní pomoc. Tento směr je zaměřen jak na samotného klienta, jeho individuální problémy, tak i na okolní prostředí, celou společnost a instituce. Hlavním těžištěm práce je poradenství a partnerský přístup mezi pracovníkem a klientem. Základní myšlenkou tohoto přístupu je, že klient zná nejlépe řešení svých vlastních problémů a pracovník mu je „pouze“ pomáhá nelézt. Role klienta v léčebném procesu je aktivní a samotný proces je postaven na jeho silných stránkách a již překonaných problémech. Tento přístup, co se týče sociální práce, se díky své komplexnosti jeví jako nejlepší volbou při léčbě závislých osob. Přesto i u tohoto paradigmatu lze najít určité nedostatky. Sociální práce zaměřená na závislé osoby se stále vyvíjí, aby zohledňovala všechny aspekty vedoucí k optimálnímu sociálnímu fungování.

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace jako pojem v sobě sdružuje dva prvky, rehabilitaci a resocializaci a je v souladu s bio-psycho-sociálním pojetím závislosti. Prolíná se celým spektrem procesu léčby závislosti. „Cílem sociální rehabilitace je (re)integrace závislého do společnosti prostřednictvím (znovu)nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů.“ (Dvořák in Kalina, 2008, s. 216).

Zásadním prvkem sociální rehabilitace je práce se sociálními rolemi klienta a to dvěma způsoby. Buď tyto role klient v minulosti zvládal, pak dochází k jejich opětovnému učení, nebo se je učí zvládat zcela poprvé. Sociální role a s ní související sociální interakce jsou klíčové pro utváření vlastní identity. Předtím než se s klientem začne pracovat na jeho sociálních rolích, je nutné zjistit, jaká je celková úroveň jeho socializace, protože může být patologickou už od raného dětství. Pokud tomu tak je, prvním krokem je hledání nových jistot, bezpečí a změna stávajících vzorců sociálního chování. Úkolem sociální rehabilitace je tedy vytvářet vhodné podmínky pro socializaci či resocializaci.

Sociální rehabilitace je neoddelitelnou součástí skupinové terapie, lze také říct, že je jejím přirozeným důsledkem. Ke korekci v ní často dochází bez vědomí klienta. Významný socializační a resocializační efekt má zejména terapeutická komunita. Prostředky sociální rehabilitace mohou mít povahu poradenskou, vzdělávací i tréninkovou. Vhodné je spolu s těmito prostředky využívat i síť sociálně podpůrných služeb, jako jsou chráněné dílny a bydlení, socioterapeutické kluby, svépomocné skupiny, zájmové spolky apod.

8.5 Ambulantní terapie

Z hlediska zaměření této publikace věnujeme ambulantní léčbě samostatnou subkapitolu. Bylo by jistě přínosné, kdybychom se věnovali léčbě pobytové. Nicméně celá filozofie knihy se opírá spíše o ambulantní intervence. Také krátký intervenční program, pro který je kniha určena, je primárně koncipován pro ambulantní terapii.

Ambulantní léčbu závislostí v našich podmínkách nabízí AT poradny, psychiatrické či psychologické ambulance zaměřené na tuto problematiku, specializované ambulantní zařízení a denní stacionáře.

Systém ambulantní léčby není v ČR dostatečně propracovaný a není dostupný všem klientům. Nejvhodnější variantou ambulantní léčby je dle K. Hampla (Kalina, 2003) výše zmíněná AT ordinace pro prevenci a léčbu závislostí (alkoholových i nealkoholových). Od r. 1986 do roku 1992 bylo po celé ČR cca 160 AT ambulancí se zastoupením v každém kraji, takže jejich služby byli dostupné všem potenciálním klientům. Náplň práce těchto ambulancí byla

jednotná. Po roce 1992 se tyto ordinace částečně zprivatizovaly, což mělo za následek velký odliv specializovaných lékařů, jejichž práce byla velmi náročná a neuspokojivá po finanční stránce. Vzhledem k této situaci je současný stav ambulantní péče nedostačující. Mnoha klientům tento typ léčby vyhovuje, a to z důvodu malé časové náročnosti a možnosti setrvání v přirozeném prostředí. Pokud chybí tento důležitý článek v systému péče, někteří klienti se rozhodnou jít na rezidenční léčbu, ale ani lůžková zařízení nemohou všechny zájemce pojmout. V druhém případě žádnou léčbu vůbec nevyhledají.

Tým AT ambulancí by měly tvořit dva lékaři, nejlépe s atestací v oboru adiktologie, kdy jeden by měl být vedoucím celého zařízení, dále klinický psycholog, zdravotní sestry a sociální pracovník. Všichni zaměstnanci se ve svém oboru nepřetržitě vzdělávají, předávají si své zkušenosti, znalosti a informace o klientech na pravidelných schůzkách a jsou pod interní i externí supervizí. V ideálním případě zajistí chod ambulance po celou dobu pracovního týdne a dle potřeby i ve dnech volna.

AT ordinaci může navštívit kdokoliv, kdo se potýká s jakýmkoliv návykovým problémem spojeným s alkoholovými i nealkoholovými drogami, tabákem či gamblingem. Pomoc a rada je poskytnuta i blízkým osobám jedince zapleteného v síti OPL. Motivace k návštěvě AT ambulance není pro přijetí pacienta k léčbě rozhodující. Ať už přišel dobrovolně, pod vedením jiné osoby či z nařízení soudu, vždy mu bude poskytnuta péče. Výhodou AT ambulancí je, že mohou poskytovat své služby i anonymně, daly by se tedy zařadit mezi služby nízkoprahové.

Při první návštěvě bude pacient podroben vstupnímu vyšetření, které je zaměřeno hlavně na psychickou stránku člověka, pozornost je však samozřejmě věnována i té fyzické. Základní složkou vyšetření je sběr anamnézy, kterou dělíme na objektivní, subjektivní a osobní. Objektivní anamnéza shrnuje všechny dostupné informace o klientovi a jeho problému „z druhé strany“, tedy od rodiny, přátel, zaměstnavatele, školy, atd. Klient je konfrontován s informacemi, jež o něm byly poskytnuty druhou stranou, není však informován kým a je mu dána možnost se k těmto skutečnostem vyjádřit. Subjektivní anamnéza je klientův osobní náhled na vlastní situaci, její vznik, vývoj, současný stav a náhled do budoucna. Zajímají nás i klientovi názory na předchozí odborné intervence a zařízení, jimiž prošel. Osobní anamnéza se více zajímá o vývoj klienta v dětství, jeho rodinu, situaci ve škole, celkově o období před vznikem problému a kontext, ve kterém k němu došlo.

Dále se pacient podrobí klinickému vyšetření. Psycholog provede základní psychologické vyšetření se zaměřením na osobnost klienta. Dobré je provést i minimální psychiatrické vyšetření, které vyloučí či potvrdí psychiatrickou komorbiditou. Po tělesné stránce se lékař zaměří hlavně na stav CNS, periferní nervstvo, kardiovaskulární soustavu a játra. Vyšetření je doplněno o celou řadu laboratorních testů: krevní obraz, jaterní testy, serologické vyšetření na hepatitidy, test na HIV, pohlavně přenosné choroby, biochemický test moče a toxikologické testy.

Již při první návštěvě klienta se ho pracovníci snaží na službu navázat, a to citlivým přístupem a projevením zájmu, který se pomalu přibližuje k problému, který jej do ordinace přivedl. Důležité je odstranit jakékoliv obavy, které by jej mohli odradit a navodit atmosféru vzájemné důvěry. V průběhu prvního sezení je již snaha o komplexní zhodnocení klientova stavu a určení diagnózy, jež se v průběhu mohou a budou měnit.

AT ordinace poskytují poradenství, preventivní aktivity a léčbu. Jednotlivé aktivity mohou stát odděleně, a to např. v těchto případech: primárně preventivní program pro školy, nebo poradenství poskytované rodinným příslušníkům. Co se týká léčby, tak poradenství i preventivní aktivity jsou jinak jeho nedílnou součástí. Léčba v AT ambulanci je komplexní, vychází z bio-psycho-sociálního modelu závislostí. Zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii i socioterapii. Samozřejmostí je individuální přístup k pacientovi – vypracovávají zde individuální léčebné plány.

Co se týká psychoterapie, jsou využívány všechny její formy, a to dle konkrétní zakázky klienta. Lze provádět individuální i skupinovou terapii, dále rodinnou či partnerskou. Obzvláště u individuální terapie je nutné pravidelné opakování sezení, intervaly záleží na domluvě klienta a lékaře. Rodinná terapie slouží buď k předání informací rodičům, kdy lze využít i rodičovské skupiny, nebo k navázání či zlepšení vzájemného vztahu klienta s rodinnými příslušníky, které by v ideálním případě mělo vést k získání podpory a spolupráce z jejich strany. Partnerská terapie má velmi podobné uplatnění jako rodinná.

Využití farmakoterapie není ničím neobvyklé, výhodou AT ambulance je, že v ní pracují převážně lékaři, kteří mohou potřebnou medikaci sami předepsat. Mezi služby nabízené AT ambulancí může patřit i substituční terapie. Fakt, že lékaři mají skvělý přehled o průběhu farmakoterapie i ostatních terapiích a mohou je tedy operativně upravovat tak, aby zajistili co možná nejlepší účinek, je velmi pozitivní.

Socioterapie v AT poradnách není terapií v pravém smyslu slova, zajišťují ji sociální pracovníci a jedná se hlavně o řešení akutních sociálních problémů klienta jako je např. pomoc při obstarání potřebných dokladů, zajištění kontaktu s probačním pracovníkem, aj. Cílem socioterapie by měl být návrat klienta do společnosti, což vyžaduje více intervencí, než může AT ordinace nabídnout, proto spolupracuje se zařízeními, které poskytují komplexní sociální rehabilitaci a resocializaci.

AT ambulance nabízí svým pacientům také dlouhodobou následnou péči a to po dobu až pěti let. Nejlepší variantou jsou pravidelná setkávání, jejichž intervaly se postupně prodlužují. Cílem je maximální upevnění člověka v jeho abstinenci a zakotvení na novém místě ve společnosti. Pokud pacient této služby nevyužije i přesto je po celou dobu veden v evidenci a může se kdykoliv vrátit. Po uplynutí pěti let je z ní teprve vyřazen.

Dalším zařízením nabízejícím ambulantní léčebnou intervenci je Denní stacionář zaměřený na osoby potýkající se se závislostí. V České republice není tento koncept zařízení v péči o závislé moc využíván, v současné době dle internetové stránky www.drogy-info.cz působí na našem území pouze tři takováto zařízení, z toho dvě v Praze. Dostupnost je tedy velmi malá, proto nebudeme denním stacionářům věnovat větší pozornost a uvedu pouze základní informace.

Tento koncept se nejdříve používal při léčbě duševních onemocnění a odtud se přenesl do drogové oblasti a to v průběhu 80. a 90. let minulého století jako alternativa rezidenčních programů. Denní stacionáře (dále DS) umožňují stejně jako AT ambulance klientovi zůstat v jeho přirozeném prostředí. Časová náročnost je poněkud větší než u AT ordinací, klient by měl do stacionáře docházet nejlépe každý den a stráví tu čas, který odpovídá době, kterou by byl v práci či ve škole. Klient stacionář navštěvuje po dobu 6-8 měsíců, což odpovídá střednědobé léčbě. Pracovníci DS nejsou přesně definováni, mohou se zde uplatnit: psychologové, různí terapeuti, psychiatři, speciální pedagogové, sociální pracovníci, zdravotničtí pracovníci a jiní.

Klientem stacionáře se nemůže stát každý. Je koncipován pro osoby s diagnózou závislosti a to hlavně na alkoholu, opioidech a stimulantech. Podmínkou pro přijetí je vyřešená bytová situace, motivovanost k pravidelnému docházení a výhodou je aspoň minimální podpůrné prostředí ze strany rodiny. Kapacita bývá většinou cca 10-20 osob.

Program DS je strukturovaný, na každý den se stanovuje rozvrh, který je striktně dodržován a klienti jej nemohou svévolně opustit. Absence, která musí být předem nahlášena, musí být i omluvena. Toto a daleko více je obsaženo v pravidlech DS, která jsou závazná a jejichž porušení se trestá sankcemi. Při porušení tzv. kardinálního pravidla dojde k vyloučení z programu.

Cílem léčby je dosažení změny životního stylu a abstinence. Tohoto cíle se v DS dosahuje pomocí komplexní terapie, jež obsahuje: komunitní setkávání, která jsou prostorem pro nejrůznější problémy a hodnocení; skupinovou terapii; individuální terapii sloužící hlavně

k podpoře klienta ze strany garanta; sociální práce; pracovní terapie a volnočasové aktivity. Dále může DS probíhat rodinná terapie či rodinné skupiny. Pracuje se na podkladě individuálních plánů. Velkým tématem v DS by měla být prevence relapsu, jehož hrozba je vysoká vzhledem k tomu, že klienti jsou ve stejném prostředí, ve kterém docházelo k užívání. Před ukončením služby si klient společně s pracovníkem naplňuje, jak bude ve své léčbě dále postupovat.

9 Česká pervitinová kultura

„Specifické chování spočívá už v zárodku. Předpoklad, že není zděděné, ale v každém člověku znovu vzniká, by byl právě tak nesmyslný jako primitivní názor, že slunce, které ráno vychází, je jiné než to, které večer před tím zapadlo.“

C. G. Jung

Kapitola je věnována pervitinové kultuře v různých úhlech pohledu. Dotýká se statistik uživatelů, výroby, systému distribuce i způsobům užívání. Jejím cílem je hlubší a komplexnější pochopení problematiky, která se dotýká různých oblastí společenského života.

Odrazem drogové scény, potažmo pervitinové kultury, jsou reakce, které užívání a uživatelé drog vyvolávají. Existuje legislativní rámec pro oblast návykových látek, protidrogová politika, síť institucí a služeb, které se věnují celé škále intervencí, od prevence až po represii. Probíhá rovněž pravidelné mapování situace ve věci drog.

Představu o současné pervitinové kultuře si můžeme vytvořit na základě několika různých zdrojů informací. Subjektivní pohled nám mohou poskytnout samotní uživatelé. Hlavními zdroji objektivních informací jsou instituce, které se věnují profesionálnímu zpracování a sběru dat, mezi ně patří například Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Hygienická stanice hlavního města Prahy, která zpracovává údaje sebrané krajskými hygienickými stanicemi. Jelikož je pervitin droga nelegální a pojí se s další trestnou činností, je předmětem zájmu Policie České republiky. O pervitinové scéně se tedy dozvídáme i ze zpráv Národní protidrogové centrály SKPV (služba kriminální policie a vyšetřování) PČR.

Realizace české protidrogové politiky probíhá na dvou úrovních, na centrální úrovni a na krajské (místní) úrovni.

Na internetových stránkách Vlády České republiky nalezneme legislativní zakotvení protidrogové politiky: „Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, upravuje organizaci a provádění protidrogové politiky v hlavě V. Plné znění zákona je zveřejněno na Portálu veřejné správy. Působnost státních orgánů při realizaci protidrogové politiky upravuje § 21 z. č. 379/2005 Sb. Působnost územních samosprávných celků při organizaci a provádění protidrogové politiky je upravena v § 22 - stanoví činnosti, které v samostatné působnosti provádí kraje a obce. § 23 zákona č. 379/2005 Sb. upravuje postavení a působnost krajského a místního protidrogového koordinátora.“

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Dle portálu Vlády ČR: „Protidrogovou politiku na národní úrovni koordinuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Rada projednává a předkládá vládě základní dokumenty protidrogové politiky:

- **národní strategii protidrogové politiky**
- **akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky**

a další návrhy a informace.

Zdrojem informací o drogách pro širokou veřejnost je národní drogový informační portál www.drogy-info.cz, kde najdete i výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR a odborné publikace, připravované Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti.“

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS)

NMS je důležitým zdrojem informací o situaci ve věcech drog a užívání pervitinu.

Na informačním portále www.drogy-info.cz se uvádí: „Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) je českým partnerem sítě Reitox, zřízené a podporované národními vládami a Evropskou unií s cílem monitorovat situaci v oblasti psychotropních látek, připravovat podklady pro kvalifikovaná politická rozhodnutí v této oblasti na národní i evropské úrovni a vyhodnocovat jejich účinnost. NMS je organizační součástí Úřadu vlády České republiky.“

NMS bylo zřízeno usnesením vlády č. 643 ze dne 19. června 2002 o zřízení Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Na jeho činnost dohlíží Poradní výbor pro sběr dat o drogách, který je stálým poradním orgánem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) pro oblast monitorování situace v oblasti užívání drog a jeho následků. Předsedou výboru je již od zřízení výboru PhDr. Ladislav Csémy (Psychiatrické centrum Praha).

NMS je českým národním partnerem decentralizované agentury Evropské unie pro monitorování drog – Evropského monitorovacího centra pro drogy drogovou závislost se sídlem v Lisabonu (EMCDDA).

„NMS poskytuje garantované, objektivní, kvalitní, přesné a spolehlivé informace o problému drog v ČR. V rámci tzv. *drogového informačního systému* provádí, iniciuje, podílí se na monitorovacích a výzkumných aktivitách. Nástrojem pro plánování, koordinaci a rámcové hodnocení *drogového informačního systému* je Národní akční plán drogového informačního systému (NAPDIS)“.

Hygienická stanice hlavního města Prahy

Jednou z oblastí, které věnuje Hygienická stanice hlavního města Prahy svou pozornost, je drogová epidemiologie. Krajské hygienické stanice sbírají informace z léčebných a kontaktních center. Mapují údaje o uživatelích nelegálních návykových látek, kteří využili některou z daných služeb.

Jak uvádí Výroční zpráva ČR – 2010, poskytované informace (kromě případů akutních předávkování a zdravotních komplikací v souvislosti s užitím drogy a částečně i virových hepatitid) se týkají pouze těch uživatelů drog, kteří byli v daném roce alespoň jedenkrát v kontaktu s některým L/K (léčebným/kontaktním) centrem. „Stávající drogový informační systém neumožňuje zachytit část populace experimentující s užíváním drog, která při užívání drog ještě nemá zdravotní či jiné problémy motivující ji k návštěvě L/K centra, ani tzv. skrytou populaci uživatelů drog (prakticky problémové uživatele drog), kteří - alespoň zatím - jakoukoliv pomoc těchto L/K center z nejrůznějších důvodů odmítají.“

Hygienická stanice poskytuje o klientech například tyto informace: zda byl klient již dříve léčen, jeho socioekonomickou situaci (charakter bydlení, zaměstnání apod.), užívání drog (např.: typ látky, způsoby aplikace, věk prvního užití), rizikovost chování klienta (údaje týkající se sdílení jehel, virové hepatitidy a HIV).

Národní protidrogová centrála SKPV

Je jedním z útvarů Policie ČR s celostátní působností. O své činnosti vydává pravidelné výroční zprávy, které mapují situaci ve věcech drog z pohledu orgánu vymáhajícího právo.

Tisková zpráva k Výroční zprávě uvádí: „Výroční zpráva Národní protidrogové centrály služby kriminální policie a vyšetřování Policie České republiky bilancující uplynulý rok z pohledu orgánů vymáhajících právo v České republice, kterou již tradičně předkládáme odborné i laické veřejnosti, má snahu mapovat zásadní vývojové trendy v oblasti nelegální výroby a obchodu s omamnými a psychotropními látkami a jedy na území České republiky. V mezinárodním kontextu země uprostřed otevřené Evropy popisuje míru angažovanosti

jednotlivých organizovaných zločineckých uskupení, která jsou zapojena do nelegální výroby a obchodu s nelegálními drogami a snaží se predikovat zásadní rizika, spojená s možným vývojem drogové scény v České republice. Výroční zpráva je doplněna statistickými a kazuistickými daty, o která se popisovaný stav argumentačně opírá.“

9.1 Pervitinová kultura ve výňatcích výročních zpráv

V době zpracování tohoto textu nebyly bohužel k dispozici všechny zprávy za rok 2011, všechny informace jsou uvedeny za rok 2010. U RVKPP uvádíme výňatek z Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018. Zajímavé informace nám poskytuje Výroční zpráva Hygienické stanice hlavního města Prahy. Vzhledem k jejímu rozsahu a obtížnému vytvoření stručného výseku zde ukážku z této výroční zprávy neuvádíme a doporučujeme tento dokument k podrobnějšímu nastudování (viz informační portál hygienické stanice hlavního města Prahy, sekce Odborné informace).

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP)

Dle portálu www.drogy-info.cz: „Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 („Národní strategie 2010-2018“) navazuje na předcházející strategii na období 2005 až 2009 a je ve značné míře její aktualizací. Byla zpracována na základě závěrů hodnocení úspěšnosti předchozí strategie a reflektuje získané zkušenosti a současný stav vědeckého poznání o fenoménu užívání drog. Oproti předchozí střednědobé strategii je Národní strategie 2010-2018 navržena jako dlouhodobý strategický dokument na období 9 let, čímž reflektuje požadavek dlouhodobé kontinuity protidrogové politiky vlády.

Národní strategie 2010-2018 stejně jako předchozí strategie definuje základní východiska protidrogové politiky vlády, směry řešení problému užívání drog, principy a přístupy, na kterých protidrogová politika České republiky staví. V souladu se svým dlouhodobým charakterem definuje strategie v obecné rovině 4 základní cíle: (i) snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi, (ii) snížit míru problémového a intenzivního užívání drog, (iii) snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost, (iv) snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi. Podrobnější definování dílčích cílů, nástrojů a aktivit k dosažení strategických cílů a definování priorit protidrogové politiky na nejbližší období bude úkolem a obsahem tří navazujících akčních plánů na období platnosti strategie, každého v délce 3 let.“

Připravili RVKPP a NMS, vydává Úřad vlády České republiky

NMS - Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2010

Ve výroční zprávě, jak ji uveřejňuje portál www.drogy-info.cz, se uvádí: „Speciální studie zaměřená na užívání nových syntetických drog ukázala, že v ČR má zkušenost s jejich užitím necelých 5 % mladých dospělých ve věku 15–34 let. Významně se ovšem v r. 2010 zvýšil počet problémových uživatelů pervitinu (28,2 tis.). Celkem tak problémové užívání drog zasahuje 0,5 % české dospělé populace.“

V r. 2010 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi injekčními uživateli drog – promořenost HIV je v této vysoce rizikové skupině stále pod 1 %. Nově bylo v r. 2010 identifikováno 7 HIV pozitivních osob, u kterých bylo jako možná cesta přenosu nákazy zjištěno injekční užívání drog. Také počet nově hlášených případů virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů drog v posledních letech klesá, u typu B došlo v r. 2010 k mírnému meziročnímu nárůstu případů. Také v r. 2010 přetrvával zvyšující se výskyt syfilis injekčních uživatelů drog.

Podle dostupných údajů dlouhodobě klesá mezi injekčními uživateli drog míra rizikového chování, např. sdílení jehel.

V roce 2010 využilo léčebné služby 9005 uživatelů drog, tj. přibližně o 200 osob více než v r. 2009. Žadatelům o léčbu dlouhodobě dominují uživatelé stimulancií, kteří byli nejpočetnější skupinou mezi všemi žadateli (62,9 %) i mezi klienty žádajícími o léčbu poprvé v životě (67,5 %); počet uživatelů pervitinu vykazuje za r. 2010 také nejvyšší meziroční nárůst.

Ve sledovaném roce podstoupilo detoxifikaci od návykových látek celkem 6650 osob, z toho 3092 od ilegálních drog.

V ČR je 36 věznic, ve kterých jsou uživatelům drog k dispozici bezdrogové zóny a různé typy poradenských a léčebných služeb jako poradny drogové prevence a specializovaná oddělení jak pro dobrovolnou léčbu, tak pro soudem nařízenou léčbu

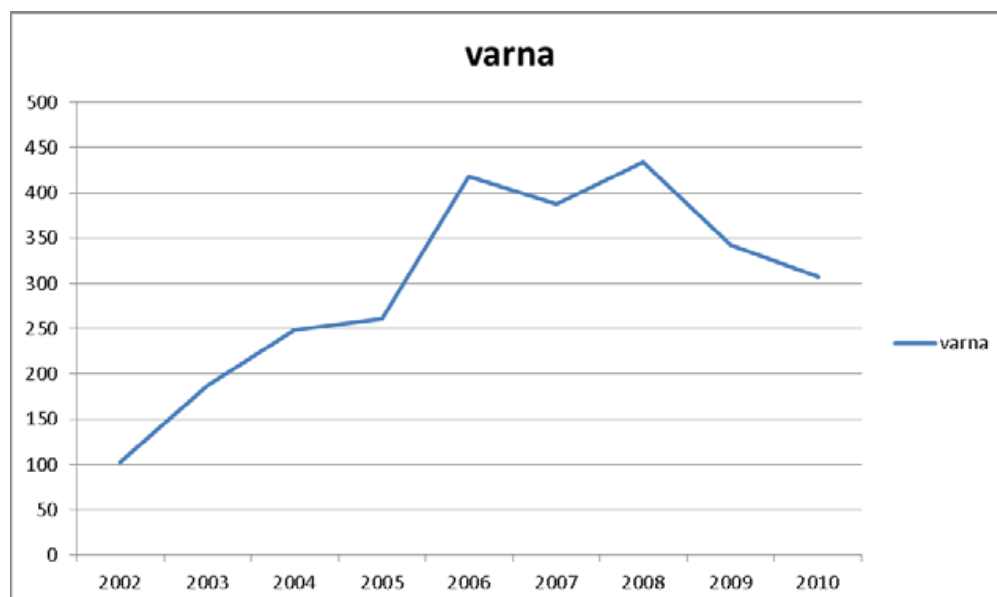
Počet nízkoprahových programů pro uživatele drog meziročně kolísá kolem stovky, v posledních 6 letech je však zřetelný nárůst počtu klientů v kontaktu. Dlouhodobě stoupá také počet kontaktů a množství vyměněného injekčního materiálu a dalších pomůcek pro injekční aplikaci – v r. 2010 bylo distribuováno téměř 5 mil. ks injekčních jehel a stříkaček. Dochází rovněž k rozšiřování programů distribuce želatinových kapslí jako perorální alternativy injekční aplikace pervitinu. Podle dostupných informací funguje v ČR nejméně 30 kapslových programů, do kterých je zapojena přibližně čtvrtina jejich klientů; v r. 2010 bylo rozdáno téměř 60 tis. kapslí.

Počet osob stíhaných za drogové trestné činy dlouhodobě roste, přičemž se zvyšuje podíl osob stíhaných za držení drogy pro vlastní potřebu. V dlouhodobém horizontu lze pozorovat rovněž nárůst drogových trestných činů spojených s pervitinem a naopak pokles u extáze a heroinu

V r. 2010 byly nejvíce dostupnými drogami marihuana a metamfetamin (pervitin), zvyšuje se obliba a dostupnost kokainu. Ceny a čistota drog jsou stabilní nebo v rozmezí, ve kterém je možno pozorovat mírné meziroční výkyvy u některých drog

Pervitin vyrábí tuzemští výrobci zejména v malých domácích laboratořích. Stále častěji ale dochází k produkci pervitinu ve vyšším objemu, na které se podílí organizované skupiny osob původem z Vietnamu nebo Albánie. Pervitin se vyrábí většinou z léčiv obsahujících pseudoefedrin dovážených hlavně z Polska. Droga je určena zejména pro domácí trh. Menší část produkce je vyvážena do zahraničí, zejména do Německa, na čemž se podílí v rámci drogové turistiky zejména německí občané individuálními vývozy malých množství. Bylo zachyceno celkem 21,3 kg pervitinu, což je nejvíce za poslední 4 roky, a bylo odhaleno 307 varen.

Graf 1. Počet odhalených varen pervitinu



Výroční zpráva 2010 popisuje regionální specifika obchodu s omamnými a psychotropními látkami v České republice:

Hlavní město Praha

Výskyt metamfetaminu byl zaznamenán po celém území hl. m. Prahy. Výrobci jsou často napojeni na rozsáhlé skupiny působící po celém území České republiky. To vyplývá z faktu, že tyto skupiny jsou schopny sdružit síly a prostředky pro výrobu metamfetaminu. Vzhledem k současným legislativním opatřením je snížena dostupnost prekurzorů a jiných látek potřebných pro výrobu této drogy. V přímé souvislosti s omezením výdeje volně prodejných léků s obsahem pseudoefedrinu došlo ke zvýšení dovozu těchto léků z okolních států, zejména z Polska. Dovoz léků s obsahem pseudoefedrinu ze zahraničí se tak stal významnou aktivitou některých skupin, které z této činnosti profitují.

Od srpna 2008 prověřovali detektivové NPC podezření z neoprávněné distribuce léků s obsahem PSE – prekurzoru pro výrobu metamfetaminu, v ČR známého pod názvem pervitin. V dubnu 2009 byla na území hlavního města Prahy zadržena osoba ruské národnosti dlouhodobě se zdržující v České republice, provozující lékárnu Tusarova v Praze 7, které bylo sděleno obvinění pro trestný čin Nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů dle § 187 odst. 1, odst. 2 písm. a) dříve účinného zákona č. 140/1961 Sb., trestního zákona, ve formě pomoci dle § 10 odst. 1 písm. c) trestního řádu. Současně byl obviněn na základě rozhodnutí soudce vzat do vazby.

Na základě vyšetřování případů výroby metamfetaminu na různých místech Prahy a ve středních Čechách v průběhu několika předešlých let, realizovaných místně příslušnými útvary Policie ČR nebo NPC, dále na základě výsledků vlastního šetření NPC a upozornění ze strany televizní stanice NOVA bylo zjištěno, že shora jmenovaná lékárna je v prostředí výrobců a uživatelů metamfetaminu vyhlášená svým více než benevolentním a lehkovážným přístupem k výdeji volně dostupných léků s obsahem do 30 mg pseudoefedrinu v jedné lékové formě. Uvedené léčivé přípravky registrované v ČR zde byly prodávány v množstvích několikanásobně převyšujících spotřeby v ostatních lékárnách v Praze i celé ČR.

Středočeský kraj

V předchozím roce byla nejvíce charakteristická pro tento region výroba a distribuce metamfetaminu. Statistické údaje za minulý rok hovoří jak o navýšení počtu odhalených varen metamfetaminu, tak celkovém zajištěném množství této drogy. Výrobci metamfetaminu přemístili svoje aktivity z Prahy do Středočeského kraje, kde jej vyráběli na odlehlých místech (malé vesnice či rekreační chatové osady). K výrobě metamfetaminu byl používán v 95 % případů pseudoefedrin, který byl extrahován z léčiv dovážených z Polska.

Jihočeský kraj

Metamfetamin je vyráběn z volně dostupných léčiv v malých, tzv. „domácích“ laboratořích, které výrobci neustále stěhují z obavy před prozračením. Vývoj trestné činnosti v této oblasti je co do způsobu páchaní téměř neměnný. Celkově přetrvává trend obchodování v malém množství, kdy jednotliví odběratelé jedou k dodavateli častěji pro menší odběry této drogy, čímž snižují negativní dopad následného trestního řízení v případě zadržení Policií ČR.

Dalším trendem v rámci tohoto kraje je skutečnost, že romská populace se stále častěji zapojuje do obchodu s metamfetaminem. K samotné distribuci dochází především na městských sídlištích, v zábavních a nákupních centrech, hernách a barech.

Plzeňský a Karlovarský kraj

Dalším fenoménem je zapojení vietnamského etnika do výroby a distribuce metamfetaminu. V minulosti osoby vietnamské národnosti potřebovaly k výrobě metamfetaminu „know-how“, které jim poskytovali tzv. „čeští vaříči“. Dnes je situace taková, že Vietnamci dokáží vyrábět metamfetamin sami a nepotřebují k jeho výrobě spolupracovat s českými občany. Osoby vietnamské národnosti sestavovaly velké varny, které byly a jsou schopny produkovat velké množství metamfetaminu na jeden výrobní cyklus. Nejedná se tedy v žádném případě o stav, kdy docházelo ke tzv. „komunitním varům“, kdy bylo vyráběno malé množství metamfetaminu, který sloužil k pokrytí potřeby osob, jež se na výrobě podílely. PSE, tedy prekurzor potřebný pro výrobu metamfetaminu, je v těchto případech extrahován z léčiv dovážených z Německa, kde je nakupován českými a německými občany. Takto vyrobený metamfetamin je dále vyvážen do západní Evropy a část produkce je určena pro český trh. Na distribuci metamfetaminu koncovým uživatelům se nejvíce v rámci regionu podílejí Romové, kteří si prodejem této drogy vydělávají zároveň na jeho konzumaci

Ústecký a Liberecký kraj

Zajištěné laboratoře na výrobu metamfetaminu v tomto kraji potvrzují, že k výrobě této drogy jsou nejvíce využívány zahraniční léky (dovážené především ze Spolkové republiky Německo a Polska) s obsahem pseudoefedrinu (Reactine Duo, Acatar a Sudafed atd.). K následné distribuci metamfetaminu dochází jak na území Ústeckého a Libereckého kraje, tak v příhraničních oblastech Spolkové republiky Německo. Byly zaznamenány i případy výměny metamfetaminu za léky s obsahem pseudoefedrinu.

Vietnamská komunita se v Ústeckém a Libereckém kraji v roce 2010 poměrně masivně zapojila nejen do indoor pěstování konopí, ale také do výroby metamfetaminu. Obchodují nejen s již vyrobeným metamfetaminem, ale rovněž s prekurzory a dalšími pomocnými látkami určenými k jeho výrobě. S těmito komoditami většinou obchodují souběžně a zařadili je do svých obchodních aktivit nejen v rámci České republiky, ale i v ostatních státech EU.

Pardubický a Královéhradecký kraj

V rámci regionu východních Čech je již několik let v popředí počet odhalených případů spojených s nelegální výrobou metamfetaminu. Výchozí surovinou pro jeho výrobu je pseudoefedrin, který se získává z léků dovážených ve velkém množství z Polska. Jedná se především o léky Acatar a Sudafet, u kterých je obsah pseudoefedrinu 60 mg/tab. Tyto nákupy jsou prováděny osobami blízkými výrobcům. Jedna osoba obstarává nákup léků pro více výrobců metamfetaminu. K nákupu v Polsku dochází v blízkosti státních hranic s ČR. Kvalita metamfetaminu, který se objevuje na trhu v dané oblasti, je velmi dobrá, obsahuje přibližně 80 % metamfetaminové báze.

Jihomoravský kraj, Zlínský kraj a Vysočina

Ve srovnání s předchozím rokem nedošlo k významnějším změnám. Při výrobě metamfetaminu nadále zůstává výchozí surovinou PSE, který pachatelé získávají z léčiv dovážených z Polska. V Brně a Jihlavě se objevily tablety léků Sudafed polské výroby. V souvislosti s výrobou metamfetaminu se jednalo o tzv. „domácí“ výrobu této drogy. Výrobci byli zároveň distributory, kteří metamfetamin dodávali dalším odběratelům.

Olomoucký a Moravskoslezský kraj

Stejně jako v předchozích letech byly nejčastěji zaznamenány případy nelegální výroby a distribuce metamfetaminu. Jeho výroba je saturována z léčiv nakupovaných v Polsku. Metamfetamin je vyráběn převážně v tzv. domácích laboratořích pro omezený počet odběratelů. Tyto varny se nejčastěji nacházejí na odlehlých místech (chaty, půjčené prostory,

vybydlené a opuštěné domy). Trendem je pronájem nemovitostí v Polské republice, kam vaříči jezdí metamfetamin vyrábět a následně jej převážejí do ČR. Část metamfetaminu vyrobeného v Polské republice může být určen pro tamní odběratele. Dále byly zaznamenány případy vývozu metamfetaminu na území Slovenské republiky, a to na základě předchozích objednávek, popř. po předchozím dodání surovin ze strany slovenských odběratelů.

Výroční zpráva 2010 se věnuje i problematice léků s pseudoefedrinem:

Pokud jde o situaci v oblasti problematiky a dostupnosti léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu a míru jejich zneužívání k nelegální výrobě (metamfetaminu) pervitinu, lze konstatovat, že celková spotřeba všech těchto léků legitimně distribuovaných na českém trhu ve srovnání s minulými lety značně poklesla.

Tento stav je způsoben dvěma faktory. Jedním je zavedení určitých restriktivních opatření, a sice omezení výdeje léků s PSE, kdy celkové množství pseudoefedrinu při jednom výdeji jedné osobě nesmí přesáhnout 900 mg (což odpovídá jednomu balení po třiceti tabletách). Data o zákazníkovi a prodeji jsou však zanesena pouze do informačního systému dané konkrétní lékárny a není tedy možné zabránit vícenásobným nákupům v několika lékárnách v jeden den. Mnohé lékárny, z důvodů administrativní náročnosti v souvislosti s evidencí údajů o zákaznících, začaly tyto léky vydávat pouze na lékařský předpis nebo je vůbec nevedou.

Dalším aspektem je fakt, že čeští výrobci a/nebo uživatelé drog z velké části opustili český trh a začali masivně nakupovat léky v sousedních zemích (Polsko, Německo, Slovensko), kde jsou zcela volně prodejné bez jakéhokoliv omezení. Toto v důsledku znamená, že i přes významné snížení prodeje léků v ČR je nelegální výroba saturována ze zahraničních přípravků a rozsah výroby i nabídka pervitinu na drogovém trhu je na stejně vysoké úrovni.

V této souvislosti byla navázána policejní spolupráce s kolegy ze zahraničí, kterých se problematika volně prodejných léčiv s obsahem PSE týká, ve snaze řešit otázku zneužívání volně dostupných léků v rámci Evropské unie.

9.2 Výroba pervitinu

K výrobě pervitinu je zapotřebí několik základních pomůcek, které jsou celkem běžně k dostání. Potřebné laboratorní vybavení je snadno nahraditelné provizorními předměty běžné denní potřeby, např. baňku, která se při výrobě používá, je možné nahradit upravenou žárovkou a podobně. Suroviny potřebné k výrobě pervitinu jsou rovněž relativně snadno dostupné. Lze je sehnat v lékárně (léky obsahující pseudoefedrin, jako modafen, paralen plus aj., které nahradily dřívější solutan), drogerii (hydroxid sodný, toluen, kyselina chlorovodíková) a v chemických potřebách (fosfor, jód, kyselina optofosforečná). (*Z rozhovoru s bývalým uživatelem, v Olomouci, dne 20. 01. 2012*).

I nadále zůstává nedořešenou otázkou volný prodej léků obsahujících pseudoefedrin. Internetový portál: lidovky.cz uvádí, že dle odhadů České lékařské komory je až 80% těchto léků použito na výrobu pervitinu. Do roku 2008 byly léky s obsahem pseudoefedrinu volně prodejné. V této době také platilo, že je lékárník nemusí vydat, pokud má podezření, že budou zneužity pro výrobu drogy. Od května do října 2009 fungoval omezený prodej léků na osobu a systém shromažďování údajů v centrálním úložišti dat. Limit na osobu činil 60 tablet za měsíc. Pacient při výdeji těchto léků předkládal kartu pojištěnce a doklad k ověření totožnosti. Číslo průkazky bylo uloženo v centrálním úložišti dat. Lékárník výdej zapsal do evidence elektronických receptů, kde ověřil, zda pacient nepřekročil množství vydávaného léku. Centrální registr byl zrušen na nařízení Úřadu pro ochranu osobních údajů. V současné době zákazník může koupit měsíčně 60 tablet léku s obsahem pseudoefedrinu po předložení občanského průkazu. Údaje se neshromažďují a je tedy možné nakupovat toto množství

opakovaně v různých lékárnách. Velké množství léků se také dováží z Polska. Česká lékárnická komora opakovaně volá po uzákonění výdaje těchto léků na recept, prozatím bezúspěšně.

Ze zkušeností uživatelů víme, že samotná výroba trvá zhruba 4 hodiny. Délku varu může ovlivnit stav vařiče. Pokud potřebuje dávku rychle vyrobit, proces se snaží urychlit, na druhou stranu, v případě, že je pod vlivem pervitinu, může se var protáhnout i do několika dní. Výrobu pervitinu doprovází zápach z chemikálií a chemických procesů.

Výroba pervitinu může probíhat přímo v bytě, kde vařič bydlí. Tyto byty jsou často předmětem policejních razí, proto se vařiči uchylují do rekreačních chatek, vyrábí venku v přírodě, případně v autě. *(Z rozhovoru s bývalým uživatelem, v Olomouci, dne 20. 01. 2012).*

Vaření pervitinu s sebou nese řadu rizik. Vzhledem k tomu, že se při výrobě pracuje s řadou chemikálií a vznětlivými látkami, hrozí zde riziko požáru a výbuchu. Že k výbuchům dochází, dokladuje řada novinových titulků a zpráv, které informují o odhalených „varnách“ na základě výbuchu a bohužel i obětech na životech v jejich důsledku. Výroba a osoba vařiče jsou významnou součástí pervitinové kultury. Uživatelé pervitinu, kteří jsou současně „vařiči“, popisují vznik závislosti i na procesu varu. Vaření pervitinu je vnímáno uživateli jako um, na kterém stojí výjimečné postavení vařiče a jeho sebevědomí. Jestliže se vařič rozhodne abstinovat, jedná se odvykání a abstinenci od samotné látky, ale také od procesu. Spouštěčem pro takového člověka se stávají i předměty běžné denní potřeby, které improvizovaně užíval při varu.

Minikazuistiky:

„Klient, 25 let, 8 let závislý na pervitinu, vařič. Absolvoval dlouhodobou léčbu v TK, po které nastoupil do doléčovacího centra. Zpočátku mu dělalo velkou potíž procházet kolem lékáren, okamžitě si vzpomněl na nákup léků pro výrobu pervitinu a začal bažit. Lékárna pro něj znamenala totéž co léky k výrobě. Dlouho mu trvalo, než začal lékárnou vnímat v širším významu.“

„Klientka, 34 let, 15 let užívala pervitin, vařička. Klientka si zakládala na tom, že umí dobře uvařit pervitin. Vždy, když byl pervitin připravený k užití, nejprve sledovala reakce ostatních přítomných, pak teprve sama užila. Na této dovednosti bylo postaveno z velké části její sebevědomí.“

9. 3 Systém distribuce

Historie výroby a následné distribuce pervitinu kopíruje vývoj užívání. Nejdříve se vyrábělo v malé uzavřené skupině pro vlastní potřebu. Každý ze skupiny k vařiči něco donesl, nejen např. solutan na výrobu, ale třeba jídlo a následně si skupinka rozdělila vyrobený pervitin mezi sebou. Postupně se začal pervitin prodávat. Dnes existují rovněž skupiny kolem vařičů, lidé, kteří se nějakým způsobem podílí na výrobě a distribuci. Pervitin dál prodávají, často k vařiči přivádí své známé. Prodává se tedy mezi lidmi, kteří se znají, ale tato skupina se neustále rozšiřuje. Dnešní skupina se dá přirovnat k fungování malé firmy, která má svého ředitele (vařič), podřízené a nadřízené funkce a vymezené role. Funguje rovněž výroba ve velkém určená k distribuci, zde už se dá mluvit o otevřeném trhu. Z příběhů klientů známe i případy, kdy jsou vařiči drženi násilím mafií (většinou ruskou) a jsou nuceni k výrobě

pervitinu, který je dál prodáván. (Z rozhovoru s bývalým uživatelem, v Olomouci, dne 20. 01. 2012)

Jak uvádí závěrečná zpráva Trendy na drogové scéně v ČR – ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů: U starších uživatelů je pervitin distribuován častěji v uzavřených skupinách, zatímco mladí uživatelé využívají i nákupu u dealerů, které neznají, na volném trhu. Anonymní trh je také častější ve větších městech. Na drogové scéně i nadále funguje výměnný obchod, pervitin za suroviny k výrobě, nebo jiné drogy. Pervitin se prodává ve formě bílého prášku, někdy mírně dohněda nebo růžova zbarveného příměsí jódu použitého při výrobě. V ČR je obvykle distribuován v podobě „psaníček“ – prášek je zabalen do obdélníčku poskládaného papíru. Obvyklá dávka je 100 mg.

9. 4 Užití, aplikace

Existují různé způsoby, jakými se dá pervitin užívat. Lze rozlišovat mezi způsoby aplikace, které jsou méně rizikové a těmi, které přináší uživateli větší riziko. Tomu, jak aplikovat drogu s co nejmenším poškozením zdraví, se věnuje přístup „*harm reduction*“.

Kalina (2003) definuje harm reduction takto: „Jako „Harm Reduction“ (HR – obvykle se nepřekládá do češtiny) se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekce, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti.“ V rámci harm reduction jsou zpracovány zásady a postupy směřující k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik. Informace jsou uživatelům předávány formou letáků, příruček, časopisů, na odborných internetových stránkách, pracovníky terénních služeb a kontaktních center. Krom informačního servisu, je na minimalizaci rizik zaměřen program výměny injekčních jehel a materiální zajištění potřeb pro bezpečnější aplikaci. Uživatelé mohou v k-centrech, případně od terénních pracovníků obdržet kapsle, filtry, injekční vodu, alobal, buničinu, kyselinu askorbovou, dezinfekční alkoholový tampon (konzilíny), obvazy, masti, kontejner na špinavé jehly, náplasti, kondomy, v rámci výměnného programu injekční sety.

Injekční užívání

Injekční užívání je způsobem aplikace, který přináší nejvíce rizik ohrožujících zdraví.

Hlavní trendy drogové situace a Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010 a podrobná zpráva o drogové situaci uvádí: celkový počet injekčních uživatelů drog v roce 2010 byl cca 37,2 tisíc. Počet problémových uživatelů pervitinu se oproti předchozím rokům zvýšil na 28,2 tisíc.

Postup při injekčním užívání: prášek (pervitin) se smíchá s vodou a následným zahříváním se rozpustí, po té se přes filtr natáhne do injekční jehly. V tuto chvíli je droga připravena k aplikaci. Aplikovat je možné do žíly nebo do svalu. Celý proces přináší řadu zdravotních rizik, proto je také předmětem zájmu harm reduction. Existuje řada příruček a doporučení, jak při injekční aplikaci postupovat. Informace jsou zaměřeny na co nejméně rizikový postup při přípravě dávky a její aplikaci (vhodná místa pro vpich, hygienické zásady, informace o rizicích apod.). Uživatelé mohou kromě informací dostat materiál, který jim pomůže eliminovat rizika spojená s injekčním užíváním. Jsou to např. ampule se sterilní vodou na jedno použití, alkoholové tampony na sterilizaci místa vpichu, škrtdla, čisté jehly. Součástí

harm reduction materiálu jsou také filtry, které zabraňují nasátí příměsí, které může droga obsahovat.

Dle A. Termera v časopisu Dekontaminace (léto 2010): Kromě použitých jehel a nesterilní vody skýtá další rizika lžice, která se používá k rozpuštění drogy, tzv. rozdělávačka. Pokud si uživatel lžici pravidelně nesterilizuje, množí se na ní bakterie a toxiny, které aplikuje následně s drogou. Stává se dalším potencionálním rizikem pro vznik abscesů, flegmón a zánět endokardu.

M. Kropáčková v časopise Dekontaminace (III/2011) popisuje snahu toto reflektovat. Jako součást HR materiálu se objevují i stericupy. Lžice mohou uživatele nahradit kovovou mističkou s plastovým držákem, která se nazývá stericup. Je na jedno použití, navíc se mističky barevně odlišují, takže si každý uživatel pozná tu svou.

Výhody:

- dále se o výhodách mluvit, pak pro uživatele je to rychlý nástup účinku drogy a jeho větší intenzita,
- na rozdíl od jiných způsobů aplikace stačí pro dosažení stejného účinku menší množství pervitinu.

Rizika:

- hlavním rizikem je přenos infekčních chorob (AIDS, hepatitida A, B, C),
- vznik abscesů a flegmón, které dále přináší riziko přestoupení infekce do mizních cest a uzlin, otravy krve, rozpadu postižených tkání.
- předávkování – potencionálně smrtelná dávka je aplikována velkou rychlostí.

(*Jaké nádobíčko? Průvodce bezpečným braním*, z anglického originálu volně přeložila Zuzana Starostová, Sdružení Podané ruce, 2005)

Šňupání

Častý způsob aplikace je šňupáním. Prášek se pomocí brčka, trubičky nasaje do nosu. Pervitin se vstřebává přes nosní sliznici. Účinek nastupuje poměrně rychle.

Z výpovědí pracovníků kontaktních center vyplývá, že šňupou jak rekreační, tak pravidelní uživatelé. Šňupání může být chápáno jako odklon od užívání heroínu, který je spojený s injekční aplikací. V očích uživatelů se tímto způsobem aplikace odlišují od problémových uživatelů drog.

Výhody:

- pokud uživatel nesdílí brčka, není zde riziko nákazy infekčními chorobami,
- nepoškozuje se žilní systém jako při injekční aplikaci.
-

Rizika:

- pervitin naleptává nosní sliznici, může proděravět nosní přepážku.

Peros/Kapsle

Z. Guryčová v časopise Dekontaminace (jaro/2010) uvádí: „Pervitin lze užívat per orálně. Dříve si uživatelé balili pervitin do tenkého papíru (ubrousek, toaletní papír), který spolkli. Dnes už je možné užívat pomocí kapslí. Aplikace pervitinu kapslí se dá řadit mezi bezpečnější způsoby užívání. Nicméně i tento způsob přináší některá rizika.“

Postup při užití kapslí je jednoduchý, pervitin se nasype do želatinové bombičky, která se uzavře a polkne. Bombička se v žaludku rozpustí a droga se vstřebá přes žaludeční stěnu do krevního oběhu. Kapsle mohou uživatelé dostat v K-centrech nebo od streetworkerů, případně mohou použít obaly od léků.

Kapsle jsou vhodné pro uživatele, kteří mají poničené žíly, nosní přepážku, pro ty kteří chtějí omezit injekční užívání nebo nemají čistou jehlu.

Výhody:

- dávka se v kapsli dostane až do žaludku (nedojde k poškození jícnu),
- odpadá riziko nakažením infekčními chorobami,
- nepoškozuje se žilní systém jako při injekční aplikaci (odpadají i další rizika spojená s injekčním užitím, viz výše), menší dojezd.

-

Nevýhody:

- oddálení nástupu účinku (účinek přichází 30-45 min po užití),
- menší intenzita účinku (nájezd),
- nelze je užívat při onemocnění žaludku,
- pokud uživatel nezná kvalitu drogy, hrozí předávkování,
- pokud se uživatel před aplikací nenají, může ho po užití kapsle bolet žaludek.

Kouření/ kouření z alobalu

(Dekontaminace, Léto 2009; Sananim, *Chytáš dračí ocas?*, Aleš Termer).

Jedná se o nejméně rizikovou aplikaci drogy, uživateli však ne příliš často využívanou. Důvodem je ztrátovost, ke které dochází při nesprávném způsobu kouření.

A. Termer (Dekontaminace, léto 2009) popisuje postup při kouření drogy: Pervitin se nasype na alobal, ten se následně ze spodu ohřívá, pervitin se rozpouští a začíná odpařovat. Kouř uživatel chytá do trubičky (např. rourka od toaletního papíru) a vdechuje se do plic.

Výhody:

- nehrozí přenos infekčních chorob,
- menší riziko předávkován.

Nevýhody:

- při odpařování příměsí mohou vzniknout nebezpečné látky,
- uživateli je tento postup považován za ztrátový.

Literatura

Best, D., Manning, V., & Strang, J. (2007). Retrospective recall of heroin initiation and the impact on peer networks. *Addiction Research & Theory*, 15(4), 397–410. doi:10.1080/16066350701340651.

Brems, C., Johnson, M. E., Neal, D., & Freemon, M. (2004). Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(4), 799–821.

Brenza, J. (v tisku) *Vývoj české drogové subkultury v 70. a 80. letech 20. století z pohledu jejích tehdejších příslušníků*. Úřad vlády ČR - Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a o.s.Sananim.

Bolla, K., McCann, U.D., and Ricaurte, G.A. (1998). Memory impairment in abstinent MDMA (“Ecstasy”) users. *Neurology*, 51, 1532–1537.

Capra, F. (2002). *Bod obratu: věda, společnost a nová kultura*. Nové trendy (Vyd. 1.). Praha: DharmaGaia, Maťa.

Čtrnáctá Š. (2007) Rituály TK. In Nevšimal, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Kapitola III.. Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, 2007. Str. 103, 107.

Ding, Y.S., Pappas, N. (1999). Association of methylphenidate-induced craving with changes in right striato-orbitofrontal metabolism in cocaine abusers: implications in addiction. *Am J Psychiatry*, 156:19–26.

Dvořák D. (2003). Sociální rehabilitace. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 6/8. Praha: NMC/Úřad vlády ČR. Str. 63-66.

Frouzová M. (2003). *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 2/6. Praha: NMC/Úřad vlády ČR. Str. 124-128.

Goeders, N.E., Smith, J.E. (1986): *Reinforcing properties of cocaine in the medial prefrontal cortex: primary action on presynaptic dopaminergic terminals*. *Pharmacol Biochem Behav* 25:191–199.

Goldstein, R. Z., Volkow, N. D. (2002). *Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex*. *AM J Psychiatry*, 159, p. 1642-1652.

Guryčová, (2010) Z., *Vyzkoušej Kapsle*, Dekontaminace jaro/2010, , KC Charáč Uherské Hradiště Sananim.

Gray, A. (2006). *Final draft crack/cocaine Brief intervention programme* ©NTA/COCA/Rugby House.

Garris, A., & Wightman, M., & William, M., & Kenan, R. (1999). *Dopamine Not Brain Pleasure Source* Paul University of North Carolina – Chapel Hill.

Hodgins, D.C., el-Guebaly N, Armstrong, S. (1995). *Prospective and retrospective reports of mood states before relapse to substance use*. J Consult Clin Psychol 63:400–407

Hser, Y.-I. (2007). *Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: Findings from a 33-year follow-up study*. *Journal of Addictive Diseases*, 26(1), 51–60. doi:10.1300/J069v26n01•07

Hser, Y.-I., Huang, D., Chou, C.-P., & Anglin, D. (2007). *Trajectories of heroin addiction*. *Evaluation Review*, 31(6), 548–563. doi:10.1177/0193841X07307315

Hunt, D. E. (1997). *A selected bibliography on the drug use(r) „career“*. *Substance Use & Misuse*, 32(3), 283–291.

Kalina, K. et al., *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing, a.s., 2008, str. 218, 358.

Kalina, K. a kol.(2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vydání Praha: Filia Nova.

Kalina, K. a kol.(2003). *Drogy a drogové závislosti 1 : Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR,

Kalina, K. a kol.(2003) *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003.

Koob, G.F., Le Moal M. (2001) Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24:97–129.

Kudrle S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 2/1. Praha: NMC/Úřad vlády ČR. Str. 93.

Koukolík, F., Motlová, L. (2008). *Citový mozek: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.

Kudrle S. *Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci a kvalifikované pomoci* In Kalina, K. et al., *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, str. 19.

Kratochvíl, S. (2002). *Základy psychoterapie*. 4. vyd. Praha: Portál.

Leshner, A. I. (1997). *Addiction is a brain disease, and it matters*. *Science*, 278, p.45-47

Maser, J. D. (1997). *Psychopatologie: experimental models*. San Francisco: Freeman.

McPherson, S. B., Hall, H.V., Yudko, E. (2009). *Methamphetamine Use: Clinical and Forensic Aspekt*. CRC Press, Boca Raton.

Makovská-Dolanská, P. (2007). Sociální práce. In Nevšímal, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Kapitola III.. Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, 2007. Str. 155-156.

Matoušek O. a kol. (2005) *Sociální práce s uživateli drog*. In Matoušek et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Kapitola 11. Praha: Portál.. Str. 211-223.

Nožina, M. (1997). *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch Latin Press.

Nešpor, K. (2000). Návykové chování a závislost. Praha, Česká republika: Portál.

Nešpor, k. (2004) Jak přestat brát drogy. Praha, Česká republika: Sportprppag.

Pešek R., Vondrášková A., Veselý O. (2008). *Drogová závislost, běh na krátkou trať*, Arkáda, 2008, str. 9.

Praško, J. Možný, P. Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.

Procházka, R. , Řehan, V. (2011) Metodika krátkého intervenčního programu k léčbě závislosti na pervitinu. *Československá psychologie*. 55, 5.

Radimecký, J., Janíková, B., Zábanský, T. (2009) Trendy na drogové scéně v ČR – ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů: Závěrečná zpráva, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády České republiky, Praha.

Robinson, T.E., Berridge, K. C. (2003). *Addiction*. Annu Rev psychol. 54, pp. 25-53

Robins, L. N. (1974). A follow-up study of Vietnam veterans' drug use. *Journal of DrugIssues*, 4(1), 61–63.

Růžička, M.. (2010). Krátký intervenční program pro ambulantní léčbu osob závislých na stimulantech. *Adiktologie*, 10(1), 64–67 .

Růžička, M., Šteflová, Z. (2011). Možnosti a formy ambulantní léčby osob závislých na pervitinu. Olomouc, Česká republika: UP.

Růžička, M., Wittmann, E. (2011) A Brief intervention programme for outpatient treatment for methamphetamine users. *E-Pedagogium IV*.

Sloboda, Z. (2005). *Epidemiology of drug abuse*. Springer.

Termorshuizen, F., Krol, A., Prins, M., & van Ameijden, E. J. C. (2005). Long-term Outcome of Chronic Drug Use. *American Journal of Epidemiology*, 161(3), 271 –279. doi:10.1093/aje/kwi035.

Starostová (2005), Z. *Jaké nádobíčko?* Průvodce bezpečným bráním, z anglického originálu volně přeložila Sdružení Podané ruce.

Studničková, B., Petrášová, B.(2011). : *Výroční zpráva ČR – 2010, Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*, Praha. Referát drogové epidemiologie Hygienická stanice hl. m. Prahy

Termer, A.(2010), Sananim, Dark side of the spoon. Dekontaminace III/2011, Stericup&sterifilt, Semiramis a.s.

Termer, A., (2009) Sananim, Chytáš dračí ocas?. Dekontaminace III/2011, Stericup&sterifilt, Semiramis a.s.

Večerková, J. (1986). Problematika zneužívání metamfetaminu (pervitinu). *Kriminalistický sborník, 1986(7)*..

Volkow, N.D., Wang, G.J., Fowler, J.S., Hitzemann, R., Angrist, B., Gatley, S.J., Logan, J. Loh E.A., Roberts D.C (1990). Break-points on a progressive ratio schedule reinforced by intravenous cocaine increase following depletion of forebrain serotonin. *Psychopharmacology (Berl)*101:262–266.

Weisheit, R., & White, W. (2009). *Methamphetamine: Its History, Pharmacology and Treatment* (1. vyd.). Hazelden.

Wareing, M., Fisk, J.E., and Murphy, P.N. (2000). Working memory deficits in current and previous users of MDMA, *Br. J. Psychol.*, 91(2), 181–188.

Zábranský, T. (2007). Methamphetamine in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues*, 37(1), 155–180.

Další zdroje:

<http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/protidrogovapolitika/koordinace/koordinace-protidrogove-politiky-15359/> Vláda České republiky, Koordinace, spolupráce, Vláda ČR 2009-2012

<http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746/> Vláda české republiky, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, /, Vláda ČR (c) 2009-2012

http://www.drogyinfo.cz/index.php/o_nas/co_jsme/narodni_monitorovaci_stredisko_pro_drogy_a_drogove_zavislosti; © 2003-2006, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

<http://www.hygp Praha.cz/odbory.php?o=Ng==&ksum=NQ==>

<http://www.policie.cz/clanek/celorepublikove-utvary-narodni-protidrogova-centrala-skp-v-zpravodajstvi-tiskova-zprava-k-vyrocní-zprave.aspx>

http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/strategie_akcni_plany/narodni_strategie_protidrogove_politiky_na_obdobi_2010_az_2018

http://www.lidovky.cz/ceska-republika-jako-pervitinova-velmoc-loni-odhaleno-340-varen-pbp-/ln_domov.asp?c=A100309_123316_ln_domov_ter

http://www.lidovky.cz/pseudoefedrin-vetsina-leku-konci-v-pervitinu-fod-/ln_domov.asp?c=A080314_132415_ln_domov_bat

Hlavní trendy drogové situace a Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010 a podrobná zpráva o drogové situaci. ISBN 978-80-7440-056-8. http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2010

Hlavní trendy drogové situace a Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010 a podrobná zpráva o drogové situaci. ISBN 978-80-7440-056-8

Národní protidrogová centrála, Výroční zpráva 2010, <http://www.policie.cz/clanek/vyrocní-zpravy-annual-reports-jahresbericht.aspx>

Strategie schválená usnesením vlády ze dne 10. května 2010 č. 340; navazuje na protidrogové strategie z předchozích let. Realizace strategie je podrobněji rozpracována v akčních plánech. ISBN 978-80-7440-045-2.

Tisková zpráva k Výroční zprávě, kpt. Mgr. Michal Hamer, tiskový mluvčí, Národní protidrogová centrála SKPV ČR, vrchní rada plk. Mgr. Jakub FRYDRYCH v.r.ředitel, 2010 Policie ČR

Úřad vlády České republiky, Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1, info@drogy-info.cz, publikováno 23.8.2011, aktualizováno 28.2.2012, ISBN 978-80-254-9321-2

WHO (2010). Přehled studií o zvládnutí závislosti na návykových látkách. Systematický přehled o léčbě poruch spojených s užíváním amfetaminu (2010). Praha: Centrum Adiktologie a sdružení SCAN.

SUMMARY

The aim of this work is to present basic topics from the field of stimulation drugs addiction for implementation outpatient therapy.

The text is composed of chapters which are arranged in a logical structure that is based on the primary methodology of the Brief intervention program for users of methamphetamine and Therapeutic-intervention program for users of methamphetamine.

The publication is intended for employees in drug services. We assume that the degree of education and the length of practice of potential readers are different. For this reason we decided to include in the text a wide range of topics. We suppose, however, that some chapters may be known to the reader so they need not to be seen as a monolithic unit, but as a collection of different pieces of knowledge, which can be studied as needed.

O autorech:

Jiří Brenza,

Psycholog. Realizuje nezávislý kvalitativní výzkum (humanitní vědy, veřejné mínění a průzkumu trhu). Profesně se dále zabývá adikologickou problematikou.

Kateřina Havránková.

Zdravotní sestra. Pracuje jako vrchní sestra na detoxifikačním oddělení Vojenské nemocnice v Olomouci. Profesně se zabývá terapií osob se závislostí.

Renata Jakubcová

Sociální pracovnice. Vedoucí poradny pro alkoholové a jiné závislosti p-centra v Olomouci. Profesně se zabývá sociální rehabilitací osob se závislostí.

Pavλίna Prachařová

Psycholožka. Pracuje jako psycholožka a terapeutka v p-centru v Olomouci. Profesně se zabývá terapií osob se závislostí.

Roman Procházka

Psycholog, terapeut. Pracuje jako odborný asistent katedry Psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého a jako psycholog v ordinaci klinické psychologie a psychoterapie v Prostějově. Profesně se zabývá psychoterapií a terapií osob se závislostí.

Michal Růžička

Speciální pedagog, terapeut. Pracuje jako odborný asistent na Ústavu speciálně pedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého a jako terapeut v p-centru v Olomouci. Profesně se zabývá terapií osob se závislostí.

Lucie Řeřichová,

Sociální pracovnice. Pracuje jako vedoucí kontaktního centra v Olomouci. Profesně se zabývá terapií osob se závislostí.

Zuzana Šteřlová

Speciální pedagožka. Pracuje jako zástupkyně vedoucí, koordinátorka dobrovolníků, kontaktní a terénní pracovnice K- centra U Větrníku v Jihlavě. Profesně se zabývá sociální prací v oblasti adiktologie.

Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Psycholožka, speciální pedagožka. Pracuje jako odborná asistentka na Katedře aplikovaných pohybových aktivit Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého. Profesně se zabývá integrací a sebepojetím osob s postižením.



P-centrum

středisko prevence, léčby
a integrace osob ohrožených
drogovou závislostí

Lafayetteova 9
772 00 Olomouc
Česká republika

T) +420 585 221 983
E) p-centrum@p-centrum.cz

www.p-centrum.cz

Projekt „**Dokážu to?**“ je realizován ve spolupráci s Londýnskou společností
Foundation66, Vojenskou nemocnicí Olomouc a K-centrem Olomouc.