

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Kristýna Spěváková**

Okolnosti zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta

Circumstances of Abuse of Psychoactive Prescription Drugs from the Client's Perspective

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Kateřina Rokosová

Praha, 2022

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 14.7.2022

KRISTÝNA SPĚVÁKOVÁ

Podpis

Identifikační záznam:

SPĚVÁKOVÁ, Kristýna. Okolnosti zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta.  
[Circumstances of Abuse of Psychoactive Prescription Drugs from the Client's Perspective].  
Praha, 2022. 54 s., 2 přílohy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1.lékařská fakulta,  
Klinika adiktologie 1. LF UK 2022. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Kateřina Rokosová

## Poděkování:

Mé poděkování patří Mgr. Kateřině Rokosové za její profesionální vedení, věcné připomínky a podporu. Velké díky patří respondentům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Také chci poděkovat mé milující rodině za jejich podporu nejen při psaní této práce, ale za celou dobu mého studia.

## ABSTRAKT:

**Východiska:** V České republice je odhadem 1,35 mil. osob vykazují problémové užívání psychoaktivních léků (Mravčík et al., 2021). Nejčastěji zneužívanými psychoaktivní léky jsou benzodiazepiny, hypnotika, opioidní analgetika a léky se stimulačním účinkem. Zneužívání psychoaktivních léků může vést k závislosti a k psychickým či somatickým problémům.

**Cíl:** Cílem práce je popsat okolnosti zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta. Práce se zaměřuje na první užití psychoaktivního léku, začátek a průběh zneužívání a na vzorce zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta.

**Soubor:** Výzkumný soubor tvořili dva respondenti, kteří v minulosti zneužívali psychoaktivní léky.

**Metody:** Pro tvorbu dat byl zvolen kvalitativní přístup formou kazuistické práce s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Následně byly data z rozhovorů transkribovány a analyzovány pomocí metody kódování a metody vyhledávání a zachycení vztahů.

**Výsledky:** Respondenti získávali psychoaktivní léky přes okruh známých, od lékařů a na černém trhu. Okolnosti prvního užití u respondentů byly abstinenční příznaky z odnětí alkoholu a léčba bolesti po operaci. Za okolnosti zneužívání psychoaktivních léků můžeme považovat závislost na návykových látkách a jistou formou sebededikace psychických potíží. První respondent zneužíval a kombinoval tři léky z řad benzodiazepinů. Druhý respondent zneužíval a kombinoval tři různé skupiny psychoaktivních léků – opioidní analgetika, benzodiazepiny a hypnotika.

**Závěr:** Předepisování psychoaktivních léků by mělo být podrobeno větší kontrole. Je důležité se zaměřit na preventivní opatření jako je vzdělávání zdravotnického personálu a edukace pacientů i široké veřejnosti. Léčba závislosti na psychoaktivních lécích vyžaduje komplexní přístup.

**Klíčová slova:** zneužívání psychoaktivních léků, léky na předpis, nelékařské užití léků, okolnosti zneužívání

## ABSTRACT:

**Background:** In the Czech Republic, an estimated 1.35 million personally report problematic use of psychoactive drugs (Mravčík et al., 2021). The most frequently abused psychoactive drugs are benzodiazepines, hypnotics, opioid analgesics and drugs with a stimulant effect. Misuse of psychoactive drugs can lead to addiction and to mental and somatic problems.

**Aim:** The aim of the thesis is to describe the patterns and circumstances of abuse of psychoactive drugs from the client's perspective. The thesis focuses on the first use of a psychoactive drug, the beginning and course of abuse and patterns of misuse of psychoactive drugs from the client's perspective.

**Sample:** The research sample consisted of two respondents who misused psychoactive drugs in the past.

**Methods:** A qualitative approach in the form of a case study with the use of a semi-structured interview was chosen for the creation of data. Subsequently, the data from the interviews were transcribed and analyzed using the coding method and the method of searching and capturing relationships.

**Results:** The respondents obtained psychoactive drugs through a circle of acquaintances, from doctors and on the black market. The circumstances of the respondents' first use were withdrawal symptoms from alcohol withdrawal and pain management after surgery. Circumstances of abuse of psychoactive drugs can be considered addiction to addictive substances and a certain form of self-medication of psychological problems. The first respondent was abusing and combining three benzodiazepine drugs. The second respondent abused and combined three different groups of psychoactive drugs – opioid analgesics, benzodiazepines and hypnotics.

**Conclusion and recommendation:** The prescribing of psychoactive drugs should be subject to greater scrutiny. It is important to focus on preventive measures such as education of medical personnel and education of patients and the general public. Treatment of addiction to psychoactive drugs requires a comprehensive approach.

**Keys words:** abuse of psychoactive drugs, prescription drugs, nonmedical use of psychoactive drug, circumstances of abuse

## OBSAH

1	Úvod.....	9
2	Vymezení pojmů .....	10
3	Charakteristika psychoaktivních léků a jejich indikace .....	10
3.1	Opioidní analgetika.....	10
3.2	Antiepiletika .....	12
3.3	Anxiolytika .....	13
3.4	Sedativa a hypnotika.....	14
3.5	Psychostimulancia .....	15
4	Zneužívání psychoaktivních léků v České republice .....	15
5	Faktory ovlivňující zneužívání psychoaktivních léků.....	17
5.1	Bio-psycho-socio-spirituální faktory .....	17
5.2	Sebemedikace .....	18
5.3	Pohlaví a věk .....	19
5.4	Anamnéza užívání jiných návykových látek .....	19
5.5	Iatrogenní problematika.....	19
6	Rizika a problémy spojené se zneužíváním psychoaktivních léků .....	20
7	Léčebné intervence uživatelů psychoaktivních léků .....	22
8	Prevence zneužívání psychoaktivních léků.....	24
9	VÝZKUMNÁ ČÁST .....	26
9.1	Cíl výzkumu .....	26
9.2	Výzkumné otázky .....	26
9.3	Základní a výběrový soubor .....	26
9.4	Metody tvorby a analýzy dat .....	26
9.5	Etická klausule.....	27
10	VÝSLEDKY – Adam.....	29
10.1	Úvod .....	29
10.2	Anamnéza .....	29
10.2.1	Rodinná anamnéza .....	29
10.2.2	Sociální anamnéza.....	29
10.2.3	Zdravotní anamnéza .....	30
10.2.4	Psychologicko-psychiatrická anamnéza.....	30

10.2.5	Osobní anamnéza .....	30
10.2.6	Adiktologická anamnéza .....	31
10.3	Situace výchozího bodu.....	33
10.4	Další vývoj.....	33
10.5	Zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta.....	33
10.5.1	Okolnosti 1. užití psychoaktivního léku.....	33
10.5.2	Přechod k zneužívání – vývoj problému .....	34
10.5.3	Vzorce zneužívání psychoaktivního léku.....	35
11	VÝSLEDKY – Filip.....	35
11.1	Úvod .....	35
11.2	Anamnéza .....	36
11.2.1	Rodinná anamnéza .....	36
11.2.2	Sociální anamnéza.....	37
11.2.3	Zdravotní anamnéza .....	37
11.2.4	Psychologicko-psychiatrická anamnéza.....	37
11.2.5	Osobní anamnéza .....	38
11.2.6	Adiktologická anamnéza .....	38
11.3	Situace výchozího bodu.....	39
11.4	Další vývoj.....	40
11.5	Zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta.....	40
11.5.1	Okolnosti 1. užití psychoaktivního léku.....	40
11.5.2	Přechod k zneužívání – vývoj problému .....	40
11.5.3	Vzorce zneužívání psychoaktivního léku.....	42
12	Shrnutí výsledků výzkumných otázek.....	42
13	Diskuse a závěr.....	43
14	Použitá literatura .....	46
15	Přílohy .....	51
15.1	Příloha č. 1 .....	51
15.2	Příloha č. 2.....	53



# 1 Úvod

Zneužívání či nadužívání psychoaktivních léků se týká poměrně velké části populace a je příčinou zdravotních poruch a negativních sociálních dopadů na uživatele i jejich okolí. Typickým dopadem dlouhodobého nadužívání psychoaktivních léků je vznik závislosti. Závislost je často iatrogenního původu při nevhodné indikaci a léčbě různých potíží, kdy riziko vzniku závislosti je lékařem nedostatečně kontrolováno. Může se projevit také tzv. zkřížená závislost, kdy jsou psychoaktivní léky bez dostatečné kontroly ordinovány abstinujícím závislým a dochází k relapsu závislosti. Psychoaktivní léky jsou často nadměrně užívány v kontextu samoléčby při potížích se spánkem, při úzkosti, při bolestech apod. Lidé o závislostním potenciálu užívaných léků často neví. Řešení problematiky zneužívání léků s psychoaktivním účinkem by mělo být komplexní, multioborové, postihující celou problematiku od kontroly předepisování léků s psychoaktivním účinkem, sledování průběhu léčby, komplexní podpory pacientů přes vzdělávání zdravotnických pracovníků o problematice léčby psychoaktivními a návykovými léky, o rizicích dlouhodobého užívání či užívání více léků současně a zneužívání léků a závislosti až po časnou detekci rozvoje závislosti a zajištění odborné adiktologické léčby (Mravčík et al., 2021).

Cílem této bakalářské práce je popsat okolnosti zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta formou kazuistické práce. Práce se zaměřuje na první užití psychoaktivního léku, začátek a průběh zneužívání a na vzorce zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta.

V první části práce se věnuji teoretickým východiskům. Práce se zabývá terminologií, charakteristikou psychoaktivních léčiv, jejich indikací a jejich postavení mezi ostatními zneužívanými psychoaktivními léky, tj. vysvětlení proč a jak jsou zneužívány. Práce obsahuje informace ohledně zneužívání psychoaktivních léků v České republice. Dále se v práci zabývám tématy jako jsou faktory, které mohou ovlivnit možné zneužívání psychoaktivních léků a s tím spojená rizika a problémy plynoucí ze zneužívání psychoaktivních léků. Důležitým tématem, kterému věnuji pozornost jsou léčebné intervence pro uživatele psychoaktivních léků. Poslední téma, kterému se v rámci teoretických východisek věnuji, je neméně důležitá prevence zneužívání psychoaktivních léků.

Výzkumná část práce obsahuje cíl výzkumu, výzkumné otázky, informace o souboru a metody získání a analýzy dat. Tvorba dat probíhala díky polostrukturované rozhovoru s respondenty, kdy v první části se věnuji anamnéze klienta a v druhé části jsem se cílenými otázkami ptala na zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta. Výsledky této práce jsou diskutovány a shrnuty v závěru. Nedílnou součástí je etická klausule, která chrání práva všech zúčastněných stran.

Výsledek této práce poslouží pro lepší porozumění problematiky v oblasti zneužívání psychoaktivních léků a jako zdroj informací pro zpracování např. preventivních opatření.

## 2 Vymezení pojmů

Termín lék, který není legislativně zakotven, je laickou a někdy i odbornou veřejností používán ve stejném významu jako termín léčivo. Léčivo je léčivá látka, směs léčivých látek nebo léčivý přípravek určený k podání lidem nebo zvířatům (veterinární léčivo) za účelem příznivého ovlivnění zdravotního stavu. Existuje i odborný výklad pojmu lék, podle kterého se léčivo stává lékem až v okamžiku, kdy je podáno nemocnému správným způsobem, tj. při respektování indikací a kontraindikací k jeho použití, v doporučeném dávkování a vhodnou cestou podání, které odpovídá léková forma (Anzenbacher & Chládek in Švihovec et al., 2018).

Psychoaktivní látka je látka ovlivňující psychiku a duševní procesy. V širším významu lze pojem použít pro jakoukoliv látku, která primárně nebo druhotně ovlivňuje centrálně nervový systém. Někteří autoři používají tento pojem pro látky, jejichž primární užití je v léčbě duševních nemocí – anxiolytika, antidepressiva, neuroleptika. Další význam pojmu se vztahuje na látky, které mají pro své účinky na psychiku vysoké riziko návyku či závislosti – stimulancia, halucinogeny, opiáty a sedativa/hypnotika, včetně alkoholu (Kalina et al., 2001).

Autoři Nechanská, Mravčík & Popov (2012) tvrdí, že jeden z problémů při zkoumání fenoménu zneužívání léků spočívá ve velké variabilitě a nejednotnosti terminologie a definic používaných při popisu tohoto jevu. V souvislosti se zneužíváním léků bývá za důležitou skutečnost pokládán způsob získání léku, zda byl lék předepsán či indikován lékařem. Pro fenomén zneužívání léků jsou používány termíny jako nelékařské užití, problémové užití, škodlivé užívání, nevhodné užívání léku apod. Jiné definice vycházejí z motivu užití léku, např. rekreační užívání, samoléčba. Definice o tom, co je to lékové zneužívání, je mnoho, a proto vznikla zastřešující definice, jež zahrnuje všechny typy užívání. „Zneužití/zneužívání léků je jakýkoliv typ užití léku, u kterého byla prokázána problematická spotřeba. Jedná se o užití léku bez lékařského předpisu, ovšem zjevně mimo přijaté lékařské postupy nebo pokyny, za rekreačním účelem nebo v rámci samoléčby, kdy rizika a problémy spojené s užitím převažují nad výhodami.“

## 3 Charakteristika psychoaktivních léků a jejich indikace

### 3.1 Opioidní analgetika

Opioidní analgetika jsou používána k zvládnutí středně těžké až těžké bolesti, silných akutních i chronických bolestí, pooperačních stavů, v anesteziologii apod. Opioidní receptory lokalizované jak na periférii, tak v centrálním nervovém systému rozlišujeme na tři základní typy označované řeckými písmeny  $\mu$ ,  $\kappa$ ,  $\delta$ . Tyto receptory jsou přirozeně stimulovány endogenními peptidy – endorfiny, enkefaliny a dynorfiny. Opioidy významně ovlivňují CNS, kde způsobují mimo sedativních účinků až somnolenci a celkové zklidnění. Mezi jejich typické účinky patří i změny nálady, mohou způsobovat euforii, která vede k závislosti, tak dysforii či psychotomimetické účinky. Mezi další centrální účinky patří navození miózy a ovlivnění sekretorické funkce hypotalamu. Tolerance je jedna z nejčastějších komplikací léčby opioidy.

Během chronické léčby je nutno zvyšovat dávky opioidů, aby bylo dosaženo stejného účinku. Tolerance vzniká na farmakokinetické úrovni – indukce metabolismu i farmakodynamické úrovni – receptorové změny (Votava in Švihovec et al., 2018).

Klasifikace opioidních analgetik:

- Agonisté – selektivní agonisté na  $\mu$ -receptory, např. morfin, kodein, oxykodon, hydrokodon, tramadol
- Parciální agonisté – aktivuje částečně a selektivně  $\mu$ -receptory, má menší maximální účinek, ale analgetický je 30krát silnější než morfin, např. buprenorfin
- Smíšené agonisté-antagonisté – parciální agonisté na  $\kappa$  – receptory a antagonisté na  $\mu$ -receptory, např. nalbufin, pentazocin
- Antagonisté – selektivní antagonisté  $\mu$ -receptory, ve velmi vysokých dávkách se váže i na receptory  $\kappa$  a  $\delta$ , např. naxolon (Votava in Švihovec et al., 2018).

Klinické dělení opioidních analgetik dle Lejčko (2009):

Základní praktické dělení opioidních analgetik je na slabé a silné opioidy. Podkladem pro toto dělení je míra aktivace opioidních receptorů a afinity k nim.

Slabé opioidy jsou farmakologicky slabé  $\mu$  agonisty (kodein, dihydrokodein, tramadol) nebo agonisty-antagonisty (pentazocin) s parciální aktivitou na  $\kappa$  receptorech a antagonistickou aktivitou na  $\mu$  receptorech. U těchto látek se může uplatnit stropový efekt – tzn. zvyšování dávky již od určitého okamžiku nevede ke zvýšení analgetického účinku.

- Kodein – slabé analgetikum, samostatně se jeho analgetický účinek blíží placebu, v kombinaci s paracetamolem (Ultracod®, Talvosilen®) se analgetický účinek zvyšuje,
- Tramadol (Tramal®, Tralgit®, Noax UNO®) – duální mechanismus účinku, vedle slabého  $\mu$  agonizmu se uplatňuje inhibice zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, analgetický účinek samotného tramadolu je u akutní bolesti poměrně slabý, zvyšuje se významně současným podáváním s paracetamolem, význam pro analgetickou terapii stoupá u chronické bolesti, nevýhodou je dosti častý výskyt závratí a nevolnosti, u vnímavých jedinců může vzniknout léková závislost,
- Dihydrokodein (DHC Cont®) – účinné jsou metabolity (morfin a jeho metabolity), u některých jedinců lze dosáhnout dobré analgezie,
- Pentazocin, Butorfanol a Nalbufin – jsou určeny pro akutní nebo krátkodobou bolest (např. Fortral®).

Silné opioidy jsou plnými agonisty na  $\mu$  receptorech a jsou určeny pro silné, neztišitelné bolesti, které nelze dostatečně zmírnit neopioidními analgetiky nebo slabými opioidy.

- Morfin – je klasickým standardem v léčbě silné bolesti. (Sevredol®),
- Fentanyl – je vhodný pro léčbu silné chronické bolesti (Durogesic®, Matrifen®, Fentanyl Ratiopharm®),
- Oxykodon – v ČR k dispozici jen v systému s postupným uvolňováním (Oxycontin®), vhodný pro léčbu silné chronické bolesti a v některých případech i akutní bolesti,
- Petidin/Meperidin (např. Dolsin®) – používá se u akutní kolikovitě bolesti a při léčbě chronické bolesti při maligních tumorech,
- Buprenorfin – z farmakologického hlediska se jedná o parciálního agonistu, přesto je

- řazen do skupiny silných opioidů, neboť vyšší dávky jsou ekvivalentní jiným silným opioidům; používá se k tlumení bolesti (např. Transtec®), detoxifikaci pacientů závislých na drogách opioidního typu a k substituční léčbě opiátové závislosti (např. Subutex®, Suboxone®) (Lejčko, 2009).

Opioidní analgetika se předepisují na speciální recepturní formuláře s modrým pruhem, které podléhají přísnějšímu režimu a evidenci. Nežádoucí účinky se objevující nezávisle na dávce, nicméně jejich frekvence a intenzita stoupá s délkou užívání a jejich dávkou. Nejčastěji se objevují gastrointestinální nežádoucí účinky (zácpa, nauzea), vliv na CNS (sedace, somnolence, poruchy spánku či paměti), únava, sexuální dysfunkce, svědění či retence moči. Specifickým antidotem je naloxon, aplikace však může vyvolat prudký odvykací stav s rizikem úmrtí. Při dlouhodobém užívání se jako léčebná metoda uplatňuje léčba metadonem nebo buprenorfinem, která vede ke stabilizaci dlouholetých uživatelů (Votava in Švihovec et al., 2018).

Dle Mravčíka et al. (2021) se v České republice nejvíce zneužívá buprenorfin (jako např. Subutex®, Suboxone®), nejčastěji ve spojitosti s nelegálním obchodem. Kromě buprenorfinu jsou zneužívána také opioidní analgetika s účinnými látkami jako je např. morfin, oxykodon, tramadol.

### 3.2 Antiepiletika

Antiepileptika jsou léčivé látky ovlivňující vznik, šíření a trvání epileptických záchvatů. Kromě ovlivnění epileptických záchvatů mohou měnit náladu (antidepresivní účinek), či bolestné stavy (antimigrénozní působení, tlumení neuropatické bolesti) (Marusič & Zárubová in Švihovec et al., 2018).

Dle autorů Mravčík et al. (2021) je zneužívání antiepileptika pregabalin (Lyrica®) na vzestupu. Pravděpodobnými psychotropními účinky léčiva, které vedou ke zneužívání, jsou pocity euforie, abnormální myšlení, depersonalizace a sedace (Toht, 2014; Schifano et al., 2011).

Pregabalin má prokázané antikonvulzivní, analgetické a anxiolytické účinky. Klinické studie potvrdily účinnost při léčbě fokálních a parciálních epileptických záchvatů. Významně redukuje jak psychické, tak somatické projevy úzkosti a je indikován u generalizované úzkostné poruchy. Nemá žádné známé farmakokinetické interakce s jinými léky, ale potencuje účinek látek působících tlumivě na centrálně nervový systém (benzodiazepiny, hypnotika, antihistaminika, některá analgetika, alkohol aj.). Nežádoucí účinky jsou popisovány jako pocity nejistoty, závratě, útlum, ataxie a sucho v ústech a erektilní dysfunkce (Mohr in Švihovec et al., 2018).

Pregabalin v terapeutických denních hladinách může mít příznivé účinky jak na abstinenci příznaky po alkoholu, tak na prevenci relapsu alkoholu, přičemž údaje o udržení abstinence jsou podobné těm, které jsou spojeny s preskripcí naltrexonu. Navíc se ukázalo, že pregabalin je účinný v abstinenci fázi detoxikace benzodiazepinem i opiátem, s cennými účinky na recidivu kokainu vyvolanou podnětem a stresem (Schifano, 2014).

### 3.3 Anxiolytika

Anxiolytika jsou farmaka, která primárně redukuje patologickou úzkost (anxieta). V praxi se pod termínem anxiolytika zpravidla rozumí skupina benzodiazepinových farmak a nebenzodiazepinová anxiolytika, jako je např. buspiron, hydroxyzin, promethazin (Mohr in Švihovec et al., 2018).

Anxiolytika jsou nejvíce předepisovanou skupinou psychofarmak u nás. Na vzniku a působení úzkosti se podílí několik neurotransmiterových systémů. Deficit v GABAergním systému (hlavně v limbické oblasti) lze ovlivnit pomocí benzodiazepinů a propandiolů. Deficit serotoninového systému (vychází z nucleus raphe) upravují někteří jeho agonisté (buspiron, antidepresiva: SSRI, SNRI). Zvýšenou aktivitu noradrenergního systému (locus coeruleus) potlačují antidepresiva se serotoninergním účinkem, benzodiazepiny či buspiron. Beta-blokátory zřejmě mají vliv jen na vegetativní projevy úzkosti – třes, pocení, tachykardie, palpitace. Těžiště léčby úzkostných poruch by mělo spočívat v psychoterapii (Masopust in Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

Benzodiazepiny působí anxiolyticky, sedativně/hypnoticky, antikonvulzivně, myorelaxačně a amnesticky. V klinické praxi jsou předepisovány neúměrně často a také jsou podávány déle, než je doporučeno (Masopust in Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

Dle Masopusta in Hosák, Hrdlička, Libiger et al. (2015) je farmakologický efekt benzodiazepinů zprostředkován potenciací GABAergní neuronální inhibice. Benzodiazepiny se mezi sebou liší mírou působení na jednotlivých subtypech GABAA-receptorů. Podjednotky alfa1 má účinek sedativní, dysmnestický a částečně antikonvulzivní, alfa2 anxiolytický a myorelaxační, alfa3 myorelaxační. Podjednotky alfa4 a alfa6 nejsou citlivé k benzodiazepinům a alfa5 má parciálně myorelaxační efekt.

Benzodiazepiny se klasifikují buď podle farmakokinetických vlastností, nebo podle klinické účinnosti. Na základě poločasů vylučování a trvání účinku tak lze benzodiazepiny rozdělit na krátkodobé s poločasem do 12 hodin (midazolam, triazolam, alprazolam, oxazepam), střednědobá s poločasem 12-24 hodin (bromazepam, lorazepam, temazepam) a dlouhodobé s poločasem delším než 24 hodin (klonazepam, diazepam, klobazam). Nástup účinku může být rychlý, do 30-60 minut (diazepam, midazolam), střední nad 60 minut (lorazepam, alprazolam, klonazepam) nebo pomalý (oxazepam). V dlouhodobé léčbě je u nich vysoké riziko tolerance (ztráta účinnosti vedoucí k potřebě zvyšovat dávku) a fyzické závislosti. V terapii akutní intoxikace lze použít flumazenil, antagonistu benzodiazepinových receptorů (Mohr in Švihovec et al., 2018).

Indikací podávání benzodiazepinů je léčba úzkostných a fobických poruch, reakcí na stres, akutního neklidu, poruch spánku, abstinčních příznaků, dále potlačení úzkosti při jiných psychiatrických poruchách. Kontraindikací je myasthenia gravis, akutní intoxikace alkoholem a jinými látkami tlumící CNS, gravidita a laktace, spánková apnoe aj. Benzodiazepiny nejsou vhodné u lidí vyššího věku pro negativní vliv na kognitivní funkce, riziko vzniku ataxie, zmatenosti a pádů (Masopust in Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

Dle autorů Nechanská, Mravčík & Popov (2012) prakticky všechna benzodiazepinová anxiolytika vedou k návyku a při delším užívání (několik měsíců) se na nich pacienti mohou

stát závislí. Jedná se především o alprazolam (např. Neurol®, Xanax®), chlordiazepoxid (např. Radepur®, Elenium®, Defobin®), diazepam (např. Apaurin®, Diazepam®, Seduxen®) a bromazepam (např. Lexaurin®).

### 3.4 Sedativa a hypnotika

Sedativa a hypnotika jsou nejčastěji předepisovanými psychoaktivními látkami. K rozvoji závislosti je obvykle zapotřebí nejméně několika měsíců denního užívání. Vzhledem k legální možnosti užívání těchto látek a jejich časté lékařské preskripci „zdomácněly“ tyto látky v běžné populaci. U toxikomanů bývají sedativa a hypnotika užívána jako doplněk jiných látek, např. ke zvýraznění euforizujícího účinku opioidů nebo alkoholu, případně stimulačního účinku kokainu apod. (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012).

Sedativa jsou látky se všeobecně zklidňujícím účinkem, mohou navozovat zvolnění tempa celého organismu a napomáhat nástupu přirozeného spánku, sama o sobě ale nevedou k jeho navození. Z hlediska moderní farmakoterapie se jedná pouze o doplňková nebo podpůrná léčiva, občas se používají v neurologii jako antiepileptika (léky zamezující vzniku epileptického záchvatu) či k uklidnění nemocných léčených např. pro hypertenzi, vegetativní dystonii (nadměrné pocení, palpitace, návaly horka) aj. Jejich toxicita je nízká (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012). Do této skupiny patří i benzodiazepiny, které jsou popsány výše, v kapitole č. 3.3 Anxiolytika.

Hypnotika jsou psychotropní látky navozující spánek a v nižších dávkách sedaci. Rozdělit je můžeme podle generací. Léky první generace se již v dnešní době nepoužívají. Z hlediska mechanismu je rozlišujeme na gabaergní, melatoninová, histaminová a serotoninová hypnotika. Před použitím hypnotika je nutností určit etiologii nespavosti. Hypnotika jsou určena k léčbě poruch spánku, zejména insomnie. V současnosti je ústup od starších a rizikovějších látek např. barbituráty nebo dlouhodobě působící benzodiazepiny. Preferována jsou nebenzodiazepinová Z-hypnotika, krátkodobě působící benzodiazepiny a látky působící na melatoninové receptory (Morh & Brunovský in Švihovec et al., 2018).

Z-hypnotika – tyto látky se dnes považují za léky první volby k ovlivnění akutní nespavosti. Zkracují latenci usnutí, zvyšují efektivitu spánku, prodlužují jeho trvání, zkracují dobu bdělosti během spánku a zlepšují pocit osvěžení nočním spánkem, navozují spánek nejbližší fyziologickému, nepotlačují REM spánek. Do této skupiny patří zolpidem (např. Hypnogen®, Stilnox®), zopiclon (např. Zopiklon®, Imovane®), zaleplon (např. Sonata®, Zerene®) (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012). Z-hypnotika působí prostřednictvím benzodiazepinového receptoru GABAA, které se však váží specificky pouze na alfa1 podjednotku, díky tomu je minimální/žádný antikonvulzivní, anxiolytický účinek či myorelaxační účinek. Účinek nastupuje již po několika minutách, nejpozději do 30 minut. Doporučuje se užívat hypnotika až po ulehnutí na lůžko, dodržovat dávkovací rozmezí a nekombinovat společně s alkoholem, který může výrazně zvýšit sedativní účinek na CNS. Při užívání se mohou vyskytnout nežádoucí účinky jako je ospalost během dne, snížená bdělost, zmatenost, bolesti hlavy (Mohr & Brunovsky in Švihovec et al., 2018; Masopust in Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

Sedativa a hypnotika, zejména benzodiazepiny a Z-hypnotika patří mezi nejčastěji zneužívané psychoaktivní léky v České republice (Mravčík et al., 2021).

### 3.5 Psychostimulancia

Psychostimulancia jsou psychotropní léky zvyšující nebo upravující vigilitu vědomí. Několika mechanismy zvyšují koncentraci katecholaminů (dopaminu a noradrenalinu) v synaptických šterbinách neuronů. Následkem je zrychlení motoriky a myšlení stejně jako vybavování představ, úzkost, tenze, nespavost, potlačení únavy. Noradrenergní efekt vede k tachykardii, zvýšení krevního tlaku a při vyšších dávkách k riziku arytmií. Indikací je narkolepsie, kde psychostimulancia působí proti záchvatům spavosti. Druhou indikací je ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Stimulancia zvyšují pozornost, bdělost a omezují motorickou hyperaktivitu a impulzivitu. Kontraindikována jsou u psychóz, mánie, delirií, úzkostných poruch, mentální anorexie, tiků a závislostí. Mezi nežádoucí účinky patří snížená chuť k jídlu, nespavost, tachykardie, tenze, mydriáza, podrážděnost a riziko provokace psychotických příznaků. Při dlouhodobé léčbě může dojít ke zvyšování tolerance a vzniku závislosti. Riziková je interakce stimulancií s inhibitory monoaminoxidázy, kofeinem, tricyklickými antidepresivy a warfarinem, jejich účinek potencují (Masopust in Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

Methylfenidát, známý pod obchodním názvem Ritalin® nebo Concerta® je masivně zneužíván studenty zejména v USA, šnupe se rozdrcený prášek nebo injekční aplikace vodného roztoku. U nás také na černém trhu je žádán studenty při učení či ženami na zhubnutí (Marek, 2020). Metylfenidát je inhibitor zpětného vychytávání dopaminu a obsazuje vazebné místo pro kokain na dopaminovém transportéru. Současně blokuje i reuptake noradrenalinu. Nevýhodou je velmi krátký vylučovací poločas a s tím spojená nedostatečná doba po podání tablety. Proto byla vyvinuta ještě forma s postupným uvolňováním systémem OROS (osmotic release oral systém). Indikací je léčba ADHD v dětství a dospělosti, v případě OROS formy i v dospělosti (Marek, 2020; Masopust in Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

## 4 Zneužívání psychoaktivních léků v České republice

V roce 2020 se konala národní konference Psychoaktivní léky 2020, která upozornila na zneužívání farmak v České republice realizovaná Úřadem vlády České republiky. Tato problematika byla v roce 2019 vůbec poprvé zařazena do Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním.

Informace ohledně problematické spotřeby psychoaktivních léků v České republice poskytuje Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti ve své nejnovější publikaci s názvem: *Zpráva o problematické spotřebě psychoaktivních léků v ČR 2021* (Mravčík et al., 2021).

Dle autorů této publikace se zneužívání či nadužívání užívání psychoaktivních léků týká poměrně velké části populace a je příčinou zdravotních poruch a negativních sociálních dopadů na uživatele i jejich okolí. V zásadě lze rozlišit 2 skupiny osob zneužívajících psychoaktivní léky: (1) osoby trpící různými zdravotními problémy, jejichž primárním motivem je léčba

těchto problémů, které ztratí nad užíváním těchto léků kontrolu, (2) osoby závislé na návykových látkách včetně alkoholu nebo nelegálních drog, které užívají psychoaktivní léky jako náhradu nebo doplněk jiných drog nebo ke zmírnění abstinenčních příznaků (Mravčík et al., 2021).

Nejvíce zneužívanými skupinami léků v ČR jsou zejména léky se sedativním, hypnotickým a anxiolytickým účinkem (především benzodiazepiny a Z-hypnotika), opioidy, ale zneužívání se vyskytuje i u jiných léků ze skupiny stimulancií, antiepileptik (např. pregabalin) a dalších. Specifickým problémem je užívání buprenorfinu z nelegálního trhu lidmi užívajícími drogy rizikově/injekčně. Dostupnost psychoaktivních léků v ČR pro léčbu, ale také pro jejich problematické užívání, je vysoká. Zdrojem psychoaktivních léků je především oficiální zdravotní systém – lidé nadužívající léky je získávají od lékařů různých odborností (tzv. doctor-shopping). V případě nemožnosti získat psychoaktivní léky ze standardního zdravotního zdroje jsou léky získávány od rodiny nebo známých, na internetu nebo na nelegálním trhu s drogami. Preparáty používané pro substituční léčbu závislosti na opioidech unikají ze standardních medicínských zdrojů a obchoduje se s nimi na nelegálním trhu (v ČR se týká především preparátů obsahujících buprenorfin). Distribuce benzodiazepinů v ČR je odhadována na 45 mil. doporučených denních dávek (DDD), v přepočtu na 1 obyvatele jde o 4,2denní dávky benzodiazepinů ročně. K nejvíce užívaným, resp. distribuovaným benzodiazepinům patří alprazolam (např. Neurol®), kterého bylo v r. 2020 distribuováno celkem 25,4 mil. denních dávek, dále diazepam (5,5 mil.) a klonazepam (4,3 mil.). Do lékáren bylo v r. 2020 distribuováno přes 80 mil. dávek sedativ ze skupiny Z-léků, tj. 7,5 denní dávky na 1 obyvatele ČR. Většinu tohoto množství představuje zolpidem (např. Stilnox®), kterého bylo distribuováno celkem 78,7 mil. dávek (Mravčík et al., 2021).

Dle autorů Chomynová & Mravčík (2021) psychoaktivní léky (získané na lékařský předpis i bez předpisu) užilo v posledních 12 měsících celkem 15,8 % dospělých. Léky na uklidnění nebo nespavost (tj. sedativa nebo hypnotika) užilo 12,6 % dospělých, nejčastěji alprazolam (Neurol®, Xanax®), diazepam, zolpidem (Stilnox®). Léky na bázi opioidů užívané proti bolesti užilo 6,8 % dospělých, nejčastěji tramadol (Tramal®, Doreta®, Zaldiar®) nebo pethidin (Dolsin®). Užívání psychoaktivních léků je přibližně dvakrát častější u žen a zvyšuje se s věkem respondentů. Zatímco v mladších věkových kategoriích převažuje užívání opioidních analgetik, ve věkových kategoriích nad 35 let nad opioidy významně převažuje užívání sedativ a hypnotik. Přibližně 12 % uživatelů psychoaktivních léků je získalo jinak než na lékařský předpis (od známých, v lékárně bez předpisu nebo přes internet). Při extrapolaci na celou populaci ČR ve věku 15+ let je to celkem 1,35 mil. osob vykazujících známky problémového užívání psychoaktivních léků (1,25–1,45 mil.), v tom 430 tis. mužů a 900 tis. žen. Sedativa a hypnotika užívá problémově 1,1 mil. osob (1,0–1,2 mil.), v tom 310 tis. mužů a 780 tis. žen, a opioidní analgetika 550 tis. osob (480–620 tis.), v tom 220 tis. mužů a 330 tis. žen. Počet léčených uživatelů sedativ a hypnotik se v posledních letech postupně zvyšuje. Většinu případů (74 %) tvoří osoby ve věku 45 a více let, téměř čtvrtina pacientů (23 %) je ve věkové skupině 70 a více let. Ženy tvoří přibližně 2/3 pacientů.

Základní legislativní rámec v oblasti zneužívání psychoaktivních léků poskytuje zákon č. 378/2007 Sb., zákon o léčivech. Zneužitím léčivých přípravků se podle tohoto zákona rozumí úmyslné nadměrné užívání léčivých přípravků nebo úmyslné užívání léčivých



přípravků způsobem, který je v rozporu s určeným účelem použití, a to případně i po jejich dalším zpracování, doprovázené škodlivými účinky na organismus, včetně škodlivých účinků na jeho psychiku.

## 5 Faktory ovlivňující zneužívání psychoaktivních léků

### 5.1 Bio-psycho-socio-spirituální faktory

Za biologické faktory můžeme považovat některé problematické okolnosti za těhotenství matky dítěte a/nebo zda se plod setkával s účinky návykových látek ještě před narozením. Mohou to být také okolnosti porodu (například zda byly používány psychotropní, tlumivé látky v době porodního stresu). Důležitá je neurobiologii jedince, a také celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících a traumatizujících faktorů (Kudrle in Kalina et al., 2003).

Kudrle in Kalina et al. (2003) uvádí, že je zkoumán vliv tzv. psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj abusu návykových látek a pro rozvoj závislosti. Psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Nejde tedy o biologické faktory perinatálních poškození, ale o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození. Například pokud žena prožívá těhotenství jako stresovou záležitost, ať už z jakýchkoliv důvodů, přenáší se informace o tomto stresu i na plod. Jestliže matka začne užívat na tlumení stresu tlumivé látky, přenesou se i tato informace na plod a vytváří jakýsi imprint, vtisk, dráhu, kód o efektu tlumivě působících látek při prožívaném stresu. Tento kód bude čekat na své oživení v období postnatální. Po aplikaci stejně působící látky v pozdějším období zažije potomek sice nový, ale zároveň již dávno poznatý efekt. Pozitivní zpětná vazba může rychle posilovat vznik návyku. Významnými faktory jsou dále: úroveň postnatální péče, tedy péče o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím, a dále podpora v době dospívání, v krizi hledané identity a samozřejmě adekvátní pomoc v případech objevující se patologie nejrůznějších duševních poruch a chorob, jako je deprese, úzkost, eventuálně psychotické onemocnění. Pokud není k dispozici adekvátní pomoc, bývá to právě počáteční sebemedikace, která vede později k rozvoji abusu a vzniku závislosti.

Za sociální faktory můžeme považovat vliv vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí ve kterém jedinec žije, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování. Jinak formuje zrání člověka život na poklidné vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta. K tím konkrétněji působícím patří kvalita konkrétních rodinných vztahů, případně absence rodiny vůbec (Kudrle in Kalina et al., 2003).

## 5.2 Sebemedikace

Kalina et al. (2015) uvádějí, že v podstatě všechny psychoanalytické úvahy o původu závislosti od Freuda až po současnost rozvíjí hypotézu samoléčení, která tvrdí, že drogy mohou být použity jako náhradní prostředek při zvládnání nepříjemných psychických stavů, na které člověku z různých důvodů nestačí vlastní kapacita. Tato forma dosahování psychické rovnováhy či integrity je oproti životním nesnadnostem relativně snadná a nevyžaduje angažování ve vztazích, dlouhodobé usilování a odklad spokojenosti. To odpovídá neurobiologickým mechanismům rychlé odměny, které jsou základem současných biomedicínských teorií závislosti.

Kalina et al. (2001) uvádí, že při sebemedikaci jde o podávání látky, kterou si jedinec ordinuje sám za účelem léčit nemoc, ulevit si od bolesti nebo překonat nepříjemný psychický stav. V okruhu návykových látek je zřejmě nejrozšířenější sebemedikace alkoholem, ale známý příklad je i užití ilegálně opatřených sedativ k navození spánku nebo rozpuštění úzkosti, stimulancí před zkouškou, při značném pracovním vypětí, dálkové jízdě atd. Řada osob trpících psychickými obtížemi vyhledává alkohol nebo drogu primárně jako sebemedikaci pro zmírnění svých obtíží (deprese, rozlady, úzkost, tenze, nutkavé myšlení a jednání atd.), později se může rozvinout závislost. V komunitě uživatelů drog je značně rozšířena sebemedikace heroinem při paranoidním syndromu („stíha“) z užívání pervitinu; nepříjemné obtíže opravdu poleví nebo ustoupí, ale zanedlouho je vystřídají obtíže plynoucí ze závislosti na heroinu. Obdobně a s obdobnými riziky se k sebemedikaci používá alkohol a benzodiazepiny.

Ze Zprávy o problematickém užívání psychoaktivních léků v České republice 2021 vyplývá, že psychoaktivní léky jsou často nadměrně užívány v kontextu samoléčby při potížích se spánkem, při úzkosti, při bolestech apod. a lidé o závislostním potenciálu užívaných léků často neví (Mravčík et al., 2021).

Důvody zneužívání mívají často počátek léčebný, s rozvojem tolerance mají uživatelé snahu udržet dosavadní efekt látky a předejít tak zhoršení stavu v souvislosti s vysazením. Užívané dávky mohou dosahovat několikanásobku dávek terapeutických (Minařík & Kmoch in Kalina et al., 2015).

Autoři Merlo, Singhakant, Cummings & Cottler (2013) ve své studii uvádějí pět hlavních důvodů pro zneužívání léků na předpis: 1) zvládnání fyzické bolesti, 2) zvládnání emočního/psychiatrického stresu, 3) zvládnání stresových situací, 4) pro rekreační účely a 5) zabránění abstinenčním příznakům. Jejich výsledky zdůrazňují význam samoléčby jako hlavního důvodu zneužívání léků na předpis, ačkoliv rekreační užívání bylo také důležitým faktorem.

Další studie autorů McHugh, Votaw, Taghian, Griffin & Weiss (2020) uvádí, že coping, tj. strategie a taktika zvládnání stresu, byl nejčastějším důvodem pro zneužití benzodiazepinů u dospělých s poruchou užívání alkoholu, což naznačuje, že neléčené nebo nedostatečně léčené psychiatrické symptomy mohou přispívat ke zneužití. Zneužívání benzodiazepinů bylo v této studii běžné a převládaly rizikové vzorce užívání, jako je společné užívání s jinými látkami.

### 5.3 Pohlaví a věk

Mravčík et al. (2021) tvrdí, že v České republice problémově užívají psychoaktivní léky nejčastěji ženy, a to jak léky na uklidnění a spánek, ale i opioidní analgetika.

Dle studií z roku 2006, 2010 a 2018 ze Spojených Států Amerických, je nelékařské užívání psychoaktivních léků spojeno s mužským pohlavím a nižším věkem (Huang et al., 2006; Fenton, Keyes, Martins & Hasin, 2010; Compton, Han, Blanco, Johnson & Jones, 2018).

Již zmíněná studie z roku 2020 autorů McHugh, Votaw, Taghian, Griffin & Weiss (2020) uvádí, že ženské pohlaví a nižší věk byly spojeny se zneužitím benzodiazepinů v léčbě úzkosti.

Autoři McCabe, Boyd & Teter (2009) přišli na zjištění, že existují rozdíly mezi pohlavím a typem zneužívání psychoaktivních léků. Jako hlavní důvod ke zneužívání psychoaktivních léků byla pro ženy forma sebemedikace, zatímco muži nejčastěji zneužívali psychoaktivní léky pro rekreační účely.

Dle EMCDDA (2021) v posledních letech bylo nelékařské použití benzodiazepinů identifikováno jako problém s ohledem na značné skupiny v obecné populaci, například ženy a starší osoby, stejně jako stále více mladých lidí.

### 5.4 Anamnéza užívání jiných návykových látek

Užívání návykových látek v anamnéze je důležitým faktorem pro předepisování psychoaktivních léků a jejich možné zneužití (Nešpor, 2009a).

Autoři Arterberry, Horbal, Buu & Lin (2015) uvádí, že časný začátek užívání cigaret a alkoholu zvýšil pravděpodobnost zahájení užívání opiátů; brzký začátek užívání konopí, cigaret a alkoholu zvýšil pravděpodobnost zahájení užívání sedativ a opětovného zahájení užívání opiátů, perzistence, zatímco časný začátek užívání konopí zvýšil pravděpodobnost opětovného zahájení užívání sedativ a perzistence. Frekvence užívání konopí a cigaret predikovala všechny tři fáze užívání opiátů, zahájení sedativ a frekvence užívání samotného konopí předpovídala perzistenci sedativ.

Užívání návykových látek jako rizikový faktor pro zneužití psychoaktivních léků dokládají četné studie různých autorů (Fenton, Keyes, Martins & Hasin, 2010; McHugh, Votaw, Taghian, Griffin & Weiss, 2020; Becker, Fiellin, & Desai, 2007; Kelly, Wells, LeClair, Tracy, Parsons & Golub, 2013; Ford, C. & Law, F., 2020).

Ford, C. & Law, F. (2020) tvrdí, že na rozdíl od lidí, kteří pijí velmi málo, lidé, jejichž míra konzumace alkoholu vykazuje středně vysoké hodnoty či znaky škodlivého užívání, užívají častěji benzodiazepiny, a proto je třeba u všech lidí, kteří vypijí týdně přibližně čtyři jednotky alkoholu, postupovat při ordinování benzodiazepinů obezřetně.

### 5.5 Iatrogenní problematika

Iatrogenní poškození či onemocnění je způsobeno nějakou lékařskou intervencí, ať už chybným předepsáním léku, nebo nežádoucími účinky léku správně ordinovaného, chybným

chirurgickým nebo jiným výkonem. Ve vztahu k drogové problematice se tento termín objevuje v souvislosti s osobami, u kterých se vyskytly problémy s předepsanými léky, případně závislost na nich. Příkladem je velké množství lidí, kteří se stali závislími na benzodiazepinech, předepisovaných jim původně pro poruchy spánku nebo úzkostné obtíže, a osoby závislé na opiátech, které s tímto typem drog přišli poprvé do styku, když jim byly ordinovány lékařem např. proti bolestem (Kalina et al., 2001).

Autoři Isaacson, Hopper, Alford & Parran (2005) stanovují následující zásady, které by měly snížit riziko vzniku iatrogenního poškození:

1. Před preskripcí sledované látky vždy přezkoumat, zda-li nedocházelo či nedochází k abúzu alkoholu či ilegálních drog. Je primárním pravidlem pátrat po abúzu omamných a psychotropních látek v anamnéze, před jakoukoliv preskripcí potenciálně návykové látky,
2. Disponovat co možná nejvíce informacemi o předepisovaných (sledovaných) látkách,
3. Edukovat se důkladně v rozpoznávání úzkosti, deprese a příznaků bolestivých syndromů,
4. Veškerou preskripci zapisovat do lékařské dokumentace,
5. Osvojit si principy bezpečné preskripce.

## 6 Rizika a problémy spojené se zneužíváním psychoaktivních léků

Typickým dopadem dlouhodobého nadužívání psychoaktivních léků je vznik závislosti. Závislost je často iatrogenního původu při nevhodné indikaci a léčbě různých potíží, kdy riziko vzniku závislosti je lékařem nedostatečně kontrolováno. Může se projevit také tzv. zkřížená závislost, kdy jsou psychoaktivní léky bez dostatečné kontroly ordinovány abstijnujícím závislým a dochází k relapsu závislosti. Počet osob s problematickou spotřebou psychoaktivních léků, resp. se závislostí na psychoaktivních lécích lze odhadnout až na 1 mil., z toho u cca 200 tis. osob jsou si lékaři primární péče vědomi o existenci problému (Mravčík et al., 2021).

Podle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize) je syndrom závislosti soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving),
- potíže v kontrole užívání látky, a to, pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro danou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příznaky lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, který by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),

- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo k zotavení z jejího účinku,
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození (WHO & ÚZIS ČR, 2008).

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií během posledního roku. Syndrom závislosti může být: pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí (WHO & ÚZIS ČR, 2008).

Nešpor (2009a) uvádí některá rizika zneužívání léků:

- Předávkování,
- Vyšší riziko interakce s jinými léky, alkoholem, tabákem nebo chemikáliemi v zevním prostředí,
- Vyšší riziko vedlejších účinků včetně např. poškození jater nebo ledvin,
- Netypické a komplikované průběhy onemocnění,
- Vyšší riziko úrazů a pádů, zejména při zneužívání tlumivých léků,
- U některých léků riziko vzniku závislosti a souvisejících komplikací v různých oblastech života,
- U některých léků se po vysazení objevují odvykací obtíže,
- Sociální rizika. Sem patří rodinné a pracovní problémy, nižší produktivita, pacienti zneužívající léky zatěžují zdravotnické služby zvýšenou potřebou lékařské péče.

Rozvojem závislosti a s ní spojených psychických a somatických komplikací, ztrátou vitality, poruchou pohybové koordinace včetně rizika pádů, poranění a nehod jsou ohroženi zvláště senioři (Mravčík et al., 2021).

Ročně je hospitalizováno cca 150-200 osob pro úraz pod vlivem psychoaktivních léků, podíl léků na všech úrazech tvoří cca 1 %. V Národním registru pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství (NRPATV) bylo v r. 2020 hlášeno celkem 96 smrtelných předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychoaktivními léky (84 v r. 2019), z toho bylo 38 smrtelných předávkování psychoaktivními léky (42 v r. 2019), z toho ve 13 případech šlo o benzodiazepiny (17 v r. 2019). Kategorie opioidů (celkem 28 případů v r. 2020) zahrnuje také předávkování opioidními analgetiky, jako je fentanyl, kodein, dihydrokodein, hydromorfon, oxycodon. Dále bylo v NRPATV v r. 2020 identifikováno 150 úmrtí pod vlivem nelegálních drog a psychoaktivních léků z jiných příčin než předávkování (133 v r. 2010), z toho nejvíce stejně jako v minulosti v důsledku nemocí, nehod a sebevražd. Celkem 32 úmrtí bylo pod vlivem benzodiazepinů a 37 pod vlivem jiných psychoaktivních léků (Mravčík et al., 2021; Ústav zdravotnické informatiky a statistiky ČR, 2021).

Při dlouhodobém zneužívání psychoaktivních léků se mohou kromě závislosti vyskytnout i jiné zdravotní problémy. V případě sedativ a hypnotik jde o problémy krevního oběhu, zpomalený dech, bolesti hlavy, nespavost, úzkost, vnitřní chvění či třes, tělesné napětí (tlak na hrudi, bolesti břicha, méně časté nucení na močení), bolesti svalů, zejména zad, dále slabost, únava,

nevýkonnost, pokles nálady. Jde taky např. o zhoršení spánku, instability, vertiga, tinnitu, intrapsychické tenze. Později nastupuje třes, nechutenství, poruchy výživy a zhoršená paměť. Užívání sedativ a hypnotik dále zhoršuje různé obtíže, které se mohly rozvinout již před jejich zavedením a nezdědka byly i důvodem jejich léčebného podávání. Při vysazení dávek vyšších, než terapeutických nastává odvykací stav ohrožující život (např. kumulace epileptických záchvatů). Podobně jako u jiných drog hrozí riziko poškození plodu, jestliže se zneužívají v těhotenství (Nešpor, 2009b; Konečný, 2017).

Při dlouhodobém zneužívání opioidních analgetik typicky dochází ke ztrátě zájmů, oslabení potence u mužů a poruchy menstruačního cyklu u žen, celkové tělesné a duševní chátrání, riziko poškození plodu u těhotných žen, vyšší výskyt a těžší průběh nemocí, jako je tuberkulóza, chronická zácpa a obstrukce trávicí trubice, v důsledku toho např. hemeroidy. Dochází také k oslabení imunity (Nešpor, 2009b).

U zneužívání stimulantů na předpis, zejména methylfenidátu, hrozí riziko psychotických stavů (halucinace červů, hadů), dále motorické tiky, křeče (Marek, 2020).

Zneužívání psychoaktivních léků může vést k poruchám způsobené užíváním návykových látek. V případě psychoaktivních léků jde podle MKN-10 zejména o diagnózu F11 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů, F13 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik a F15 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií včetně kofeinu.

Varovné příznaky zneužívání psychoaktivních léků jsou: časté návštěvy lékaře s požadavkem předpisu psychoaktivních léků pro jiné členy rodiny; paralelní předpisy od více lékařů; změny lékařů, pokud tyto léky odmítnout předepsat; předepsaná dávka léku vydrží kratší dobu, než lze doporučeného dávkování očekávat; nakupování volně prodejných alternativ či nákupu přes internet; nemocný odmítá jiné doporučené postupy řešení problému apod. (Hrnčiarová in Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

## 7 Léčebné intervence uživatelů psychoaktivních léků

U nadužívání psychoaktivních léků je důležitá včasná identifikace problému a včasná intervence. Efektivní metodou u indikovaných pacientů jsou krátké intervence zaměřené na postupné snižování dávky až přerušování užívání sedativ a hypnotik. V ČR je však míra provádění krátkých intervencí obecně poměrně nízká (i u alkoholu nebo tabáku), i když je podle zákona povinná pro všechny zdravotnické pracovníky, a pozornost věnovaná psychoaktivním lékům v krátkých intervencích není pravděpodobně příliš velká (Mravčík et al., 2021).

Dle Zprávy o problematice užívání psychoaktivních léků v ČR 2021 je léčba závislosti na psychoaktivních lécích integrována do systému léčby závislosti, probíhá ambulantně i rezidenčně. Aktuálně je v ČR odhadováno téměř 300 adiktologických programů různého typu, z nich je 30-40 rezidenčních programů a 40 doléčovacích programů. Léčba závislosti je dostupná také ve věznicích (Mravčík et al., 2021).

V důsledku dlouhodobé a nadměrné preskripce psychoaktivních léků vzniká u většiny osob závislost s rozvojem dalších psychických a somatických komplikací. Závislost nebývá dlouho rozpoznána a typický program léčby závislosti pro ně často není vhodný. Základem léčby závislosti na psychoaktivních lécích je psychoterapie ve spojení s detoxifikací a adekvátní léčbou psychických i somatických komplikací (Marek, 2020). Pro úspěšnou léčbu je důležitá včasná intervence, prevence nadužívání a v případě rozvoje závislosti bezpečná a pomalá detoxifikace ať už v ordinaci všeobecného lékaře, nebo psychiatra či lékaře adiktologa (Kubová et al., 2019; Mravčík et al., 2021).

Obvyklý postup při detoxifikaci od sedativ a hypnotik spočívá v nahrazení zneužívaného léku ze skupiny benzodiazepinů nebo Z-hypnotik dlouze působícím benzodiazepinem a postupným snižováním dávek (tapering) v různých schématech s psychologickou podporou a poradenstvím či bez něj, případně se benzodiazepiny a Z-hypnotika nahrazují lékem z jiné skupiny, např. melatoninem, který indukuje a prohlubuje spánek (Reeve et al., 2017; Mravčík et al., 2021). Klíčové je stabilizovat hladinu dlouze působícím benzodiazepinem (standardně se používá diazepam) a jeho postupné snižování. Příliš prudké snižování může vést k dramatickému rozvoji abstinčních příznaků (Kubová et al., 2019; Mravčík et al., 2021).

Podrobné pokyny k detoxifikaci od benzodiazepinů a dalších hypnotik a anxiolytik obsahuje také český překlad publikace Doporučení k užívání a snižování míry zneužívání benzodiazepinů a dalších hypnotik a anxiolytik (Ford a Law, 2021). Publikace obsahuje detailní informace o těchto lécích, rizicích jejich zneužívání, podrobné pokyny pro postupnou detoxifikaci a specifické informace o léčbě benzodiazepiny a řešení problémů spojených s jejich nadužíváním u specifických populačních skupin (Mravčík et al., 2021).

Systematický přehled intervencí k přerušování předepisování benzodiazepinů a dalších hypnotik u seniorů ukázal, že jsou používány různé farmakologické a nefarmakologické postupy (přechod na užívání melatoninu, edukace, postupné snižování dávek nebo farmakologická substituce s psychologickou podporou) s různou úspěšností od 27 % do 80 %, nicméně potvrdil, že intervence zaměřené na redukci užívání sedativ a hypnotik u seniorů jsou efektivní (Reeve et al., 2017; Mravčík et al., 2021).

Specifickým tématem je rozvoj závislosti u pacientů s chronickou bolestí léčených opioidními analgetiky. Pacienti s chronickou nenádorovou bolestí tvoří významnou část osob nadužívajících opioidní analgetika. Opioidy mají u chronické nenádorové bolesti stropový efekt – překročení středních dávek opioidů u chronické nenádorové bolesti již většinou nepřispívá ke zlepšení analgezie, ale vede spíše ke zvýraznění fyzické závislosti a tolerance. Závislost se může u některých pacientů užívajících opioidy stát dominantním klinickým problémem. U vybrané skupiny pacientů je v těchto případech řešením převedení na substituční léčbu, např. buprenorfinem (Lejčko & Gabrhelík, 2017; Mravčík et al., 2021).

Od r. 2019 nabízí Národní linka pro odvykání na tel. 800 350 000 (dříve Linka pro odvykání kouření) služby nejen kuřákům, ale i osobám s jakýmkoliv závislostním problémem, včetně užívání psychoaktivních léků, Linku provozuje Úřad vlády ČR ve spolupráci s Českou koalicí proti tabáku. Kromě telefonické linky mohou zájemci využít informace na webu [chciodykat.cz](http://chciodykat.cz). V r. 2020 využilo linku 68 osob s problémem v oblasti užívání psychoaktivních léků (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2021). V ČR je k dispozici několik

on-line poraden, které nabízejí anonymní poradenství také v oblasti psychoaktivních léků či v souvislosti s polyvalentním užíváním a poskytují odkazy na další služby. Jedinou poradnou specializovanou na poskytování pomoci uživatelům psychoaktivních léků je benzodiazepinová poradna benzo.cz, která nabízí zodpovězení zasláného dotazu, odpověď je uvedena i s dotazem anonymně veřejně na stránkách. Poradnu provozuje organizace SANANIM (Mravčík et al., 2021).

## 8 Prevence zneužívání psychoaktivních léků

Podle Mravčíka et al. (2021) by prevence zneužívání psychoaktivních léků měla směřovat především k lékařům, ti by při léčbě psychoaktivními léky měli dbát na jejich správnou indikaci, dávkování, délku léčby a spotřebu psychoaktivních léků by měli pravidelně sledovat a kontrolovat. Pacienti by měli být poučeni o rizicích vzniku závislosti a v indikovaných případech by měli dostat pokyny, jak dávky kontrolovat nebo snižovat. Účinné jsou ústní konzultace, pokyny nabádající ke snížení spotřeby nebo brožury pro pacienty. Základním opatřením proti zneužívání léčivých přípravků je výdej na lékařský předpis, případně výdej (ať už na lékařský předpis, nebo bez lékařského předpisu) s omezením. Do kategorie léků vydávaných s omezením by měly být léky zařazeny mj. tehdy, pokud mohou vyvolat velmi závažné nežádoucí účinky nebo mohou představovat značné riziko zneužívání. Praktickým nástrojem, který zajišťuje omezení předepsání a výdeje léčivého přípravku na příslušné množství a dobu, je Registr léčivých přípravků s omezením. Registr přípravků s omezením však není pro regulaci výdeje psychoaktivních léků v praxi dostatečně využíván – v květnu 2021 se v kategorii léčivých přípravků s omezením nacházelo pouze 6 přípravků: 5 přípravků obsahujících pseudoefedrin a léčebné konopí. Do kategorie s omezením tedy není zařazeno ani jedno sedativum či hypnotikum (tj. ani jeden benzodiazepinový přípravek nebo Z-hypnotikum) či opioid. Další opatření proti zneužívání léků spočívá ve výdeji léčivých přípravků v lékárně – pokud existuje pochybnost, že osoba, které se léčivý přípravek vydává, není schopna zaručit správné používání léčivého přípravku nebo jej může zneužít, není lékárnou vydán (Mravčík et al., 2021).

Snadná dostupnost některých návykových léků vedla v různých zemích a dobách k pronikavému zvýšení počtu lidí, kteří je zneužívali. Vázání návykových nebo jinak rizikových látek lékařským předpisem je proto žádoucí. U léků vyvolávajících závislost, které lékař předepisuje, je třeba jasně vymezit dávkování i dobu, po níž má pacient lék užívat. Je také třeba pacienta upozornit na riziko vzniku závislosti a zdůraznit, aby dávku i dobu užívání striktně respektoval. Zvláštní opatrnost je potřebná u lidí závislých na alkoholu a jiných látkách, kde může návykový lék způsobit recidivu závislosti, a to i závislosti na jiné látce (Nešpor, 2009a).

Důležité je těmto uživatelům nabízet pozitivní alternativy, např. úzkost lze mírnit relaxací, tělesným cvičením (často pomůže i chůze), psychoterapií, úpravou životního stylu, spánkovou hygienou a dalšími nefarmakologickými postupy. V léčbě bolesti je třeba klást důraz na nefarmakologické způsoby mírnění (např. fyzikální terapie, relaxační techniky). Praktičtí lékaři i lékaři jiných klinických oborů mohou problémům se zneužíváním a závislosti



na psychoaktivních lécích předcházet uvážlivou proskripcí, nabízením bezpečnějších alternativ a prováděním krátké intervence (Nešpor, 2009a).

## 9 VÝZKUMNÁ ČÁST

### 9.1 Cíl výzkumu

Cílem práce je popsat okolnosti zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta. Práce se zaměřuje na první užití psychoaktivního léku, začátek a průběh zneužívání a na vzorce zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta.

### 9.2 Výzkumné otázky

1. Jaké psychoaktivní léky klient zneužil a jak je získal?
2. Jaké byly okolnosti prvního užití psychoaktivního léku u klienta?
3. Jakým způsobem klient psychoaktivní léky zneužíval?

### 9.3 Základní a výběrový soubor

Základním souborem jsou osoby starší 18 let v minulosti nebo současnosti zneužívající psychoaktivní léky. Pro výběr výzkumného (výběrového) souboru jsem použila metodu účelového výběru přes instituci. Tento typ výběru výzkumného vzorku je využíván při kvalitativních designech výzkumu a není na něj kladen nárok na zobecnitelnost výsledků (Miovský, 2006). Výzkumný soubor tvoří dva klienti adiktologické ambulance Kliniky adiktologie, kteří mají zkušenost se zneužitím psychoaktivního léku a budou s účastí ve výzkumu souhlasit. Výběr respondentů přes tuto instituci je vhodný proto, že je při prvním setkání provedena s klienty diagnostika, kde se mimo jiné může určit, zda klient zneužívá psychoaktivní léky či nikoliv.

*Kritéria pro zařazení do výzkumu jsou:*

1. klient adiktologické ambulance
2. zkušenost se zneužitím psychoaktivního léku
3. věk 18+
4. dobrovolnost
5. souhlas s účastí na výzkumu

### 9.4 Metody tvorby a analýzy dat

Pro tvorbu dat byl zvolen kvalitativní přístup, přesněji jde o typ kazuistické (případové) práce. Pracovníci adiktologické ambulance oslovili v období od prosince 2021 – května 2022 šest klientů, z něhož 2 souhlasili s účastí na výzkumu. Následně byla s respondenty jednotlivě v prostorách ambulance sjednána schůzka.

K tvorbě dat mi posloužil polostrukturovaný rozhovor, který byl nahráván na nahrávací zařízení. Miovský (2006) tvrdí, že zvukový záznam představuje pro výzkumníka velikou podporu a pomoc. Nemusí si dělat poznámky, aby zaznamenal obsah např. interview pro analýzu, ale dělá si poznámky výhradně pro své potřeby. Zvukový záznam navíc zachycuje veškeré kvality mluveného slova, tedy sílu hlasu, délku pomlky, různé doprovodné zvuky či

řečové vady atd. Záznam je zcela nestranný a je na něm vše tak, jak se odehrálo. Je autentický. Přímý kontakt výzkumníka s respondentem vytváří důvěrné prostředí, které umožňuje klást také osobnější dotazy. Zároveň je zde možnost vyjasnit si plně získané informace pomocí doptávání.

S každým z účastníků výzkumu proběhlo jedno osobní setkání, které trvalo zhruba 2 hodiny. Setkání s účastníky výzkumu bylo zprostředkováno adiktologickou ambulancí Kliniky adiktologie na klidném, soukromém a bezpečném místě v ordinaci. Při setkání jsme se s respondenty seznámila, představila jim výzkum, tj. co je jeho cílem, přínosem, jak bude se získanými daty naloženo, jak bude rozhovor probíhat a jaké je jeho struktura. Představila jsem jim také okruh otázek (viz. Příloha č.1). Nechala jsem respondenty podepsat informovaný souhlas (viz. Příloha č. 2). Po podepsání informovaného souhlasu a ústního vyslovení souhlasu s výzkumem začal rozhovor, který jsem začala nahrávat na zařízení s aplikací zaznamenávající zvuk. Samotný rozhovor trval zhruba 1 hodinu a 30 minut. Po ukončení nahrávání jsem se respondentů ptala, jak se cítí, zda má nějaký dotaz a rozloučili jsme se.

Po rozhovoru byla provedena transkripce záznamu do textové podoby v elektronické formě. Následně byl audiozáznam trvale odstraněn. Analýza dat byla provedena pomocí kódování a metody vyhledávání a zachycení vztahů. Kódování je přiřazování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a bylo možné prostřednictvím kódů kdykoli snadno pracovat s většími významovými celky. Proces kódování je de facto procesem identifikace a systematického označování významových celků dle vytvořených kritérií (Miovský, 2006).

Kvalitativní metoda vyhledávání a vyznačování vztahů mezi proměnnými je založena na několika základních principech. Prvním je vyhledávání, identifikace a popis vztahů, na které nás explicitně upozorňují účastníci výzkumu. Druhým principem je vyhledávání vzájemných vztahů mezi proměnnými na základě vnitřních nebo vnějších souvislostí. Zvláštním tématem je u této metody způsob zdůvodnění identifikovaných vztahů. Není samozřejmě možné pracovat pouze s prostým označením vztahů ze strany účastníků, stejně tak jako s intuitivním nacházením souvislostí ze strany výzkumníka. Vždy je nutná vzájemná triangulace různých podpůrných vysvětlení existujícího vztahu a vzájemné řetězení důkazů o jejich existenci (Miovský, 2006).

Struktura rozhovoru byla rozdělena do 4 oblastí: 1. oblast – anamnéza; 2. oblast – okolnosti 1. užití psychoaktivního léku; 3. oblast – přechod k zneužívání – vývoj problému; 4. oblast – vzorce zneužívání psychoaktivního léku (viz. Příloha č. 1).

## 9.5 Etická klausule

Respondentům byl vysvětlen záměr výzkumu a byli informováni, jak bude s daty naloženo v rámci informovaného souhlasu (viz. Příloha 2), který před zahájením výzkumu podepsali. Při rozhovoru jsem se snažila postupovat tak, aby nedošlo k rozrušení či poškození respondenta. Respektovala jsem právo respondenta, že se mnou sdílel osobní informace, které sám uznal za vhodné. Rozhovor byl nahráván na nahrávací zařízení. Nahrávka byla uložena pod kódem. Poté, co jsem provedla transkripci záznamu a byla všechna data anonymizována, nahrávka byla trvale odstraněna. Pro zachování anonymity bylo respondentovi výzkumu změněno jméno, jména

rodinných příslušníků a přátel, nebude zmíněno bydliště a názvy institucí, které respondent navštívil nebo navštěvuje, kromě návštěv adiktologické ambulance, která respondenta v rámci výzkumného souboru charakterizuje. Respondenti měli možnost se na cokoliv doptat a kdykoliv z výzkumu vystoupit a ukončit svoji účast. Setkání s respondenty bylo zprostředkováno adiktologickou ambulancí. Rozhovory s respondenty výzkumu byly realizovány na soukromém a bezpečném místě v ordinaci.

## 10 VÝSLEDKY – Adam

### 10.1 Úvod

V první kazuistice chci představit příběh Adama, kterému je aktuálně 41 let. Adam je v současnosti klientem adiktologické ambulance a dochází tam jednou za 14 dní. Adam podstupuje ambulantní detoxifikaci od benzodiazepinů pod dohledem psychiatra a adiktologa. Adam udává, že je závislý na benzodiazepinech, alkoholu a pervitinu. Od alkoholu a pervitinu aktuálně abstinuje, stejně tak jako od hazardního hraní. Adam má diagnostikovanou duální diagnózu. Adam je bezdětný, žije sám a aktuálně se stará o své nemocné a nemohoucí prarodiče. Adam pobírá invalidní důchod I. stupně. S Adamem jsem vedla polostrukturovaný rozhovor trvající zhruba 2 hodiny.

### 10.2 Anamnéza

#### 10.2.1 Rodinná anamnéza

Adam vyrůstal ve městě v Ústeckém kraji. Adam je jedináček. Jeho biologický otec se ho zřekl, když byl Adamovi jeden rok. Matka si brzy na to našla nového partnera, který se Adama ujal a Adam po něm převzal jeho příjmení. Adam ho nazývá otcem. Matka se později tohoto partnera vdala. Takto ve třech spolu žili do Adamových 15 let, kdy se matka s Adamovým otčím rozvedli. Nyní Adam není v kontaktu ani s jedním z otců. Jeho biologický otec má ještě další tři děti s jinou partnerkou. Adama dříve velmi mrzelo, že s nevlastními sourozenci není v kontaktu. Vztah s matkou popisuje Adam jako velmi blízký a kamarádský, dle slov Adama je od mala na ni velmi fixován. Všichni z rodiny mají maturitní vzdělání. Matka je podnikatelka v oboru bezpečnosti. Školí zaměstnance v různých firmách BOZP. Otčím byl velmi sportovně založený, vedl Adama ke sportu – trávili takto spolu mnoho času. Ve stejném městě bydlí i Adamovi prarodiče, rodiče matky, se kterými má Adam velmi blízký vztah. Strávil s nimi velkou část dětství, jezdili spolu na chalupu, děda ho doučoval angličtinu.

V současnosti žije Adam sám v garsonce, ve stejném městě, kde vyrůstal. Matka bydlí ve stejném domě a denně si volají nebo se navštěvují.

#### 10.2.2 Sociální anamnéza

Adam má základní vzdělání. Po základní škole Adam nastoupil na průmyslovou školu, kde byl vyhozen za užívání návykových látek, především šlo o užívání pervitinu. Adam pak nastoupil na hotelovou školu. Tuto školu zvládal s průměrným prospěchem i při užívání návykových látek a větší absenci. Hotelovou školu po roce studia musel přerušit kvůli absolvování léčby. Adam popisuje, že když se vrátil z léčby, šel do nové třídy, kde byl nový kolektiv a z toho byl velmi úzkostný a začal znovu užívat pervitin. Zhruba po třičtvrtě roce následovala druhá léčba, kdy při této příležitosti Adam ukončil studium.

Adam se od mládí živil manuální prací, především jako dělník na stavbách nebo ve fabrikách, také pracoval ve vepříně. Mezi lety 2010 až 2019 pracoval v továrně vyrábějící komponenty do

aut. V současnosti se Adam plně stará o své prarodiče, rodiče z matčiny strany. Oběma prarodičům je přes 90 let. Babička navíc trpí stařeckou demencí a je potřeba se o ni denně starat. Adamova role činí úklid, nákup potravin, vaření, doprovod k lékařům a povídání si s prarodiči. V sobotu jezdí s matkou a prarodiči na výlety. S návrhem o péči o prarodiče přišla Adamova matka, která tuto péči již sama nezvládala a přišlo jí to jako vhodný přivýdělek pro Adama. Adam od prarodičů za péči dostává finanční odměnu. Adam tvrdí, že je za tento přivýdělek velmi rád, je to pro něj mnohem snesitelnější a méně rizikovější, než kdyby pracoval třeba v nějaké fabrice.

Adam měl v minulosti exekuce kvůli krátkodobým půjčkám, které si bral kvůli hraní automatů a nesplácel je. Aktuálně má všechny exekuce splaceny.

Adam by si rád v budoucnu dodělal maturitní vzdělání.

### 10.2.3 Zdravotní anamnéza

Adamův porod proběhl bez větších komplikací. Prodělal běžné dětské nemoci. V dětství si zlomil ruku. Adam má problémy s plícemi, fungují mu na 20 %. Adam se léčí s tachykardií. V dospělosti si Adam vlivem alkoholu na koncertě zlomil nohu, měl roztržený kotník, zahojeno bez problémů. Adam má hepatitidu typu B, C a E kvůli užívání návykových látek nesterilním injekčním materiálem. Hepatitida typu C léčena interferonem. Během léčby interferonem se u Adama objevily psychické a fyzické problémy. Z těchto problémů Adam zmínil pouze depresivní stavy. Adam v současné době není přenašečem těchto infekčních onemocnění. Adamova matka nemohla mít další děti, jinak zdráva. Babička Adama, matka matky trpí stařeckou demencí. Informace o jiných členech rodiny a dalších závažnějších nemocích v rodině Adam nevedl.

### 10.2.4 Psychologicko-psychiatrická anamnéza

Adam má diagnostikovanou duální diagnózu. Adam uvádí, že během jeho života se u něj objevila závislost na pervitinu, alkoholu a benzodiazepinech. Adam trpí úzkostnou poruchou osobnosti, sociální fobií, agorafobií a jinými fobickými poruchami. Diagnózy psychiatrického rázu mu byly diagnostikovány ve 33 letech. Zda Adamovi předepsal nějaký lékař medikaci na tato duševní onemocnění Adam nezmínil. Adam popisuje, že zažil stavy lehké úzkosti po užití marihuany kolem 15 roku života. Vlivem užívání pervitinu se u něj objevily stavy strachů a paranoi, které mu přetrvávají do současnosti. Adam popisuje, že si myslí, že ho někdo pozoruje, když je mezi větším počtem lidí. Adam trpí pocitem, že do něj lidi vidí, že je středem pozornosti a není mu to příjemné.

### 10.2.5 Osobní anamnéza

Adam se od dětství věnoval různým sportům – fotbal, hokej, tenis. Tenis mu šel velmi dobře, akorát v momentě, kdy měl přistoupit mezi nové, lepší hráče – trpěl úzkostmi a přestal v 15 letech hrát. Sportu se věnoval společně s otčímem, který ho k tomu přivedl. S matkou také trávil

mnoho času, hráli si spolu, učili se, jezdili na výlety. Část dětství trávil Adam také s prarodiči, se kterými jezdil na chalupu. Na základní škole měl velmi dobrý prospěch. Adam tvrdí, že doma byl kladen důraz na dobré známky. Adam popisuje, že musel chodit na doučování angličtinu ke svému dědovi. Matka chtěla, aby Adam jednoho dne získal maturitu. Adam tvrdí, že se občas cítil pod tlakem. Když dostal horší známku než dvojku, nesměl jít ven. Adam respektoval autoritu, nikdy si nedovolil říct „Ne, nechci“ apod. Na základní škole do kolektivu zapadal dobře. Adam o sobě tvrdí, že byl vždycky ten, kdo musí vylézt na nejvyšší strom, vylézt na nejvyšší skálu, měl potřebu dokázat, že zvládne všechno.

Adam tvrdí, že se všechno zvrtilo, když se jeho matka a otčím rozvedli v jeho 15 letech.

Kvůli užívání marihuany v dospívání, se Adam začal stranit kolektivu. Tvrdí, že má z mládí mezery, co se týče vztahů s opačným pohlavím. První sexuální zkušenost v 19 letech na léčbě v komunitě se spoluklientkou. Kvůli jejich vztahu byli z komunity vyloučeni. Jejich vztah potom neměl dlouhého trvání. Adam měl časté krátkodobé vztahy s uživatelkami návykových látek – nejčastěji se spolu setkali během léčby.

Ve 28 letech Adam potkal Lucii, která byla o 12 let starší. Jejich vztah trval zhruba 11 let. Poznali se v hospodě. První dva roky vztahu hodnotí Adam jako nejlepší roky jeho života, když nebere v potaz dětství. Díky vztahu s Lucií omezil užívání pervitinu, jelikož to Lucií vadilo. Pervitin užíval pouze jednou za 2-3 měsíce, ale ve větších dávkách. Během vztahu s Lucií u Adama dominoval alkohol – víkendové pití piva. Adam hodnotí vztah jako „italskou domácnost“. Často se hádali, docházelo i na násilí. Důvodem hádek bylo Adamovo občasné užití pervitinu a nadužívání alkoholu. Jinak mu vztah se starší partnerkou velmi vyhovoval. Adam uvádí, že má strach z mladších žen. Má pocit, že jim musí něco dokazovat, pořád něco řešit. S Lucií to bylo fajn, přišli z práce, šli nakoupit, pak třeba šli na nějakou procházku. Konečným důvodem rozchodu bylo Luciino časté popíjení alkoholu. Adam to bral, že je to pro něj velmi rizikové při držení abstinence. Rozhod nezvládal dobře. Rozešli se v Adamových 39 letech. Nyní je Adam sám a touží po nějaké partnerce. Adam je bezdětný.

Adam o sobě tvrdí, že je citlivý, velmi emočně založený, vnímavý, ale často se podceňuje. Díky absolvovaným léčbám o sobě Adam tvrdí, že je věřící a na některé věci se už dívá jinak. Nyní se věnuje seberozvoji. Čte knihy o závislostech, emocích a sebeovládání.

### 10.2.6 Adiktologická anamnéza

Adam je kuřák, denně vykouří až dvě krabičky cigaret. Aktuálně abstínuje od hraní automatu – 6 let, pervitinu – 7 měsíců a od alkoholu – 5 měsíců.

Adam začal kouřit ve svých 12 letech. Ve 13 letech se poprvé opil, následovala pauza od užívání alkoholu. K alkoholu se vrátil ve svých 16 letech, kdy začal častěji popíjet s kamarády. Pravidelně začal Adam pít, když poznal Lucii. Společně praktikovali tzv. víkendové pití. Přes týden chodil Adam do práce a od pátku do neděle pil alkohol. Adam přiznává, že později trvaly jeho kocoviny i 3 dny, a proto se opil pouze v pátek, aby se mohl z následné kocoviny nějak dostat a mohl jít v pondělí do práce. Adam tvrdí, že při jednom „tahu“ vypil zhruba 12 až 15 piv. Adam se definuje jako pivař, málokdy konzumoval tvrdý alkohol nebo víno.

Marihuanu Adam vyzkoušel ve svých 15 letech. Adam popisuje, že se mu kouření marihuany zprvu velmi líbilo. Marihuanu užíval s partou kamarádů. Hodně se spolu smáli. Asi po půl roce kouření marihuany začal Adam pociťovat první lehké úzkosti a byl vztahovačný. Začal se stranit kolektivu a marihuanu užíval raději o samotě. Marihuanu užíval zhruba 5 až 6 let, než u něj začalo dominovat užívání pervitinu.

Pervitin začal Adam užívat ve svých 16 letech. Zhruba půl roku si pervitin aplikoval nazálně, poté přešel na injekční užívání. Adam tvrdí, že čistý sterilní injekční materiál nikdy víc neřešil. Se začátkem užívání pervitinu Adam změnil partu, začal poslouchat techno a vyhledával akce s techno muzikou. Když matka Adama vyhodila z bytu, pobýval Adam po „vaříčských“ bytech, kde požíval čistý pervitin za lepší cenu. Od 17 let navštěvoval kontaktní centrum pro občasnou výměnu jehel a zprostředkování léčby. Ve svých 28 letech poznal Lucii, která neměla ráda, když Adam užíval pervitin, a tak Adam snížil frekvenci užívání z denního užívání na frekvenci jednou za 2 až 3 měsíce, kdy si dal mnohem větší dávku, zhruba 0,75 – 1 g pervitinu.

Užívání návykových látek bral Adam v mládí jako experimentování. Adam tvrdí, že byl velmi zvědavý, co mu udělá cigareta, marihuana, pervitin ...Adam během svého experimentování s návykovými látkami vyzkoušel ještě nezmiňovanou extázi či LSD.

Adam také hrával automaty v hernách. Nejčastěji prý pod vlivem alkoholu a i pervitinu. Hazardnímu hraní se Adam věnoval mezi 30. až 35. rokem svého života. Do automatu byl schopný vložit přes půlku své výplaty. Musel si tedy půjčovat krátkodobé, snadno dostupné půjčky, aby vystačil. Půjčky nesplácel a vznikla mu exekuce.

Adam absolvoval zhruba 13 léčeb v různých institucích, šlo zejména o pobytové střednědobé léčby, následnou péči a ve 4 případech šlo o komunitu. Adam měl problém vzpomenout si na všechny své absolvované léčby. První léčbu Adam absolvoval ve svých 18 letech kvůli užívání pervitinu. Léčbu nedokončil z disciplinárních důvodů. Druhou léčbu absolvoval Adam ve svých 19 letech v komunitě, kde byl kvůli vztahu s klientkou vyloučen. Adam popisuje, že šel na léčbu, tu buď dokončil, ale častěji spíše nedokončil, vrátil se zpět do rodného města, zhruba třičtvrtě roku užíval návykové látky a poté šel znovu do léčby. Nejdelší doba abstinence byla, když se Adam léčil kvůli hepatitidě typu C interferonem. Během této doby dokončil léčbu v komunitě i v následné péči. Tato doba trvala zhruba rok a třičtvrtě. Adam tvrdí, že když ukončil léčbu interferonem, netrvalo dlouho a znovu požil alkohol, který následně začal zase užívat.

Poslední dvě léčby strávil na oddělení duálních diagnóz v léčebnách, v Adamových 38 a 39 letech. Tyto dvě poslední léčby hodnotí Adam jako nejhorší a velmi psychicky náročné, zejména kvůli spolupacientům.

Adam v jednu dobu svého života zneužíval tři různé léky z řad benzodiazepinů. Jednalo se o alprazolam (Neurol), clonazepam (Rivotril) a diazepam (Diazepam). Tyto léky získával z okruhu známých. Podrobněji o zneužívání psychoaktivních léků u Adama v kapitole č. 10.4 Zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta.

V současnosti Adam navštěvuje adiktologickou ambulanci, zhruba jedna návštěva za 14 dní a absolvuje ambulantní detoxifikaci pod dohledem psychiatra a adiktologa. Aktuálně Adam užívá alprazolam (Frontin) 2,5 mg 2x denně ve 14 hod a mezi 22-23 hod. Před naším setkáním byl na konzultaci u lékaře a bylo mu předepsáno anxiolytikum hydroxyzin dihydrochlorid (Atarax) a



antipsychotikum quetiapin (Quetiapin), jelikož Adam chce postupně vysazovat alprazolam. Adam zmínil, že možná vyhledá Anonymní Alkoholiky, jelikož mu frekvence návštěv ambulance přijde nízká a potřebuje se více vypovídat.

### 10.3 Situace výchozího bodu

Rozhovor s Adamem mi byl zprostředkován adiktologickou ambulancí. Adam je klientem adiktologické ambulance s frekvencí návštěv jednou za 14 dní, kde zároveň podstupuje detoxifikaci ambulantní formou od benzodiazepinů. Klient v současné době již 6 let nehraje automaty, pervitin neužívá 7 měsíců a alkohol nepožil 5 měsíců. Adam má splaceny všechny exekuce z minulosti. Adam má od r. 2020 I. Stupeň invalidního důchodu a v současnosti se stará o své prarodiče, dostává za to od nich finanční odměnu. Klient žije sám v garsonce, kterou má v osobním vlastnictví

### 10.4 Další vývoj

Adam je velmi motivovaný pro úplné vysazení alprazolamu. Adamovi bylo v den našeho setkání na konzultaci předepsáno anxiolytikum a antipsychotikum vzhledem k Adamovi úzkostné poruše a kvůli projevům paranoi. Adam potřebuje intenzivnější kontakt s odborníky, myslím, že by bylo vhodné, kdyby zkusil navštívit Anonymní Alkoholiky, jak sám zmínil.

## 10.5 Zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta

### 10.5.1 Okolnosti 1. užití psychoaktivního léku

K prvnímu kontaktu s psychoaktivním lékem došlo v Adamových 17 letech. S kamarádem si koupili od známého krabičku Rohypnolu. Každý si vzal 10 tablet najednou a zapil je pivem. Již v této době šlo o zneužití psychoaktivního léku, jelikož obstarání tohoto léku bylo nelegální cestou. Epizoda zneužívání Rohypnolu trvala zhruba 2 měsíce. Adam udává zneužívání Rohypnolu jako experiment a útěk z reality. V té době již užíval pervitin a Rohypnol byl pravý opak pervitinu, což mu bylo příjemné.

K dalšímu kontaktu s psychoaktivním lékem došlo, když Adamovi bylo 28 let. V této době již žil s Lucií a praktikovali víkendové pití. Adam užil Lexaurin kvůli abstinčním příznakům z odnětí alkoholu ve všedních dnech, kdy alkohol neužíval. Adam své abstinční příznaky popisoval jako třes a nadměrné pocení. Adam druhý kontakt s psychoaktivním lékem popisuje takto:

*„Jednou jsem se tak klepal, že vzala a vyndala. Já jsem o tom nevěděl. Ona (Lucie) mi dala ten jeden Lexaurin, a řekla: Ty jo, takhle vyklepanej do práce nechod', já ti dám jedno tohle to a ono to z tebe opadne. Já jí řekl, že tohle nemůže opadnout, Lucie, já se klepu, jak takhle můžu dojít na autobus, těch lidí tam. Oni to uvidí. Lucie mi řekla, dělej zapij to, za 20 minut máš pokoj. Tak jsem to zapil, a ono to opadlo. A říkám: A, tak tady to je řešení.“*

První 3 až 4 měsíce užívání získával Adam Lexaurin od Lucie. Ta ho prý užívala kvůli psychickým problémům, které si nesla od bývalého přítele, aktivního uživatele pervitinu, který ji psychicky týral. Léky nejdříve získávala přes praktického lékaře, později přes známou, která byla lékárnice.

Ani v jednom z případů užití psychoaktivního léku (ve 17 letech a ve 28 letech) Adam nevěděl o potencionálním riziku vzniku závislosti na těchto lécích.

### 10.5.2 Přechod k zneužívání – vývoj problému

V této oblasti jsem původně měla otázkami cílit na informaci, kdy podle klienta došlo z užívání léku ke zneužívání léků. V Adamově případě šlo o zneužití léku od začátku užívání. Zaměřila jsem se tedy na průběh zneužívání léku a na aspekt negativních důsledků v životě Adama, které mohly nastat kvůli zneužívání psychoaktivních léků.

Lexaurin Adam užíval zhruba rok, jeden prášek denně při kocovině, od středy při abstinčních příznacích mu stačila půlka tabletky. Průběh zneužívání Lexaurinu Adam popsal takto:

*„No pak jsem jí (Lucii) to začal krást. Brát jsem jí to začal. Ona mi to zezáátku takhle dala 2-3x, pak jsem jí to bral po jednom, to to ještě nevěděla. Pak jsem jí to bral po víc, pak to zjistila a začala to schovávat. A pak mi navrhla, že to má od známé, lékárnice. Když ty léky byly třeba dva dny prošlé, oni je vyřadili, tak jí to pak dávala. Tak mi Lucie navrhla, že bude brát i pro mě, že jí koupím cigára za to. Řekla mi: Ty mi dáš na cigára, nebudeš mě obírat. Budeš mít sám pro sebe, nebudeš se trást v práci a budeš mít klid... No, takže takhle to začlo.“*

Zhruba po roce zneužívání, Adamovi Lexaurin přestával stačit a přešel na zneužívání Neurolu. Adam mi popsal okamžik, kdy poprvé užil Neurol.

*„No já jsem si vzal málo Lexaurinu a ještě jsem furt cítil, že nejsem svůj. Tak říkám hele Petro (kolegyně v práci), nemáš něco, třeba oxazepam, ten je nejslabší anxiolytikum, je slabej, tak říkám, nemáš oxáč nebo něco, já nevím. O ona mi řekla, hele kámoška, ona má, ona bere myslim Neurol, já se jí skočím zeptat. A já říkám, no to neznám, ale dobře, tak se jí zeptej. Tak tam šla, přinesla mi ho, já ho vzal. Všechno ze mě opadlo, asi na 6 hodin. Mírně jsem se pohupoval, že jsem nebyl ani úplně střízlivej, ale ty prášky na vás nejsou vidět, to je to, právě to zákeřný na tom, že hovornej jste, ale všechno je v mezích normy, to je právě strašně to rizikový, člověk se začne bavit. Přestane se potit z toho chlastu, jo, co to tělo ještě třeba vylučuje no a takhle jsem začal Neurol, přestal jsem s Lexaurinem. Jedl jsem jeden Neurol denně, ale to šlo hrozně rychle.“*

Na otázku, zda Adam někdy pozoroval ve svém životě negativní důsledky spojené se zneužíváním psychoaktivního léku, odpověděl, že ho trápily zvýšené jaterní enzymy, psychické obtíže, fyzické obtíže, špatná krátkodobá paměť, špatná soustředěnost. Informace ohledně psychických a fyzických obtíží Adam více nekomentoval.

### 10.5.3 Vzorce zneužívání psychoaktivního léku

V této oblasti rozhovoru jsem se zaměřila na Adamovi vzorce zneužívání psychoaktivních léků. V Adamově životě byla doba, kdy kombinoval tři léky z řad benzodiazepinů. Jednalo se o Neurol, který zneužíval 6 až 7 let ve množství 8 mg denně, v kombinaci s Diazepamem a Rivotrilem. Přibližné množství Diazepamu a Rivotrilu a časové rozpětí zneužívání těchto léků Adam neuvedl.

Adam mi popsal jeho běžný den v době, kdy užíval všechny uvedené léky, takto:

*„Vůbec abych vstal z postele, jsem si musel vzít dva Rivotrily 2mg, 20 min čekat... pak jsem si vzal Diazepam, pak jsem se srovnal. Proběhla hygiena (...)to (lék) dává i pocit hladu, do toho se nenajíte, takže prášek, pak jsem se najedl...pak nějakých 4-5 hodin nic, ale v tu dobu jsem byl hodně blázen, takže pak třeba jsem si zase vzal 1 mg Neurolu a půlku Diazepamu a večer jsem tam nacpal znovu Rivotril a Neurol a takhle jsem prostě jel několik let, jako, to mě hodně zničilo a do toho jsem víkendově pil... pak i občas bylo, že jsem si vzal Neurol a hodil jsem si ho do piva. Ono to zvětší účinek, ale z toho se nejvíc magoří“.*

Všechny uvedené psychoaktivní léky získával Adam od kolegyně v práci za cenu krabičky daných tablet v lékárně plus kolegyním dával navíc cigarety. Adam říkal, že si obhlídl kolegyně určitého věku (40-50 let), protože má zkušenost, že ženy v tomto věku jsou ve velké psychické zátěži a užívají psychoaktivní léky, především benzodiazepiny.

Jak již bylo zmíněno, Adam zneužíváním psychoaktivních léků mírnil příznaky abstinenci příznaků kvůli nadužívání alkoholu. Při kocovině množství zneužívaných léků navyšoval, po kocovině množství snížil. Adam přiznává, že se u něj projevila zvýšená tolerance, somatický odvykací stav, potíže v kontrole užívání a pokračování užívání přes jasné důkazy o škodlivosti užívání psychoaktivních léků. Při neužití léků se Adamovi objevovaly úzkosti, bezmoc a stavy šilenství. Adam udává, že se u něj nejprve objevila psychická závislost a potom i fyzická závislost.

Na otázku, zda Adam někdy kombinoval psychoaktivní lék s jinými návykovými látkami, odpověděl, že ano. Adam přiznává, že ze začátku občas kombinoval psychoaktivní lék s pervitinem, ale udává, že častěji to bylo hlavně v kombinaci s alkoholem. Adam neuvedl, jak často tuto kombinaci léku s alkoholem praktikoval.

## 11 VÝSLEDKY – Filip

### 11.1 Úvod

V druhé kazuistice vám chci přestavit Filipa, 44letého muže. Filip je klientem adiktologické ambulance, kde zároveň pod dohledem psychiatra a adiktologa podstupuje ambulantní detoxifikaci od benzodiazepinů, hypnotik a opioidních analgetik. Filip aktuálně žije sám, má 25letou dceru a pracuje jako tiskař. Filip je závislý na opiátech, opioidních analgetících, benzodiazepinech a hypnoticích. S Filipem jsem vedla polostrukturovaný rozhovor trávající zhruba 2 hodiny.

## 11.2 Anamnéza

### 11.2.1 Rodinná anamnéza

Filip do svých 15 let vyrůstal v kompletní rodině společně s dvěma bratry, mladším (nyní 40 let) a starším (nyní 45 let) ve velkém městě ve Středočeském kraji. Otec vyučený zedník, matka vyučená aranžérka. Filip pochází z chudších poměrů, otec byl alkoholik a většinu peněz propil. Filip kvůli otcově pití zažíval zhruba 6 let psychické i fyzické násilí. Otec v noci děti budil, nutil je sedět v kuchyni a poslouchat jeho povídání. Vše vyvrcholilo ve Filipově 15 letech, kdy otec pořežal jeho mladšího bratra, který musel kvůli zranění do nemocnice na šití. Matka na to reagovala tak, že buď se otec odstěhuje nebo na něj podá trestní oznámení. Otec se odstěhoval na chalupu, kterou vlastnili a dál pil alkohol. Otec později chalupu propil, a poté žil jako bezdomovec. V roce 2019 byl nalezen mrtvý na ulici. Během této doby se Filip s otcem setkal pouze jednou, když za ním a jeho bratrem otec přijel, prý kvůli dědictví, se kterým se chtěl otec podělit. Protože byl otec opilý, Filip mu zaplatil noc na hotelu, aby mohl otec vystřízlivět a mohli si ráno normálně popovídat. Když Filip ráno dorazil na hotel, otec už tam nebyl. Filipova matka se zhruba před 20 lety znovu vdala, Filip s otčímem nyní vychází bez problémů. Alkoholismus má Filip v rodině z otcovy strany. Filipova babička, dědeček i teta, sestra otce, všichni byli alkoholici. Filipova sestra prý začala pít alkohol, jelikož nemohla mít děti, umřela ve 64 letech na cirhózu jater. Babička Filipa zemřela ve věku 53 na rakovinu hrtanu. Dědeček Filipa po smrti babičky přestal žalem brát léky na srdce a začal více pít alkohol, zemřel o rok později.

Filip má s bratry celkem dobré vztahy. Oba bratři jsou nyní ženatí a mají děti. Filip má blíže k mladšímu bratrovi, který s ním neztratil kontakt ani při Filipově užívání heroinu. Mladší bratr je vyučený prodavač. V mládí prý nevěděl, kam „patří“. Střídal různé party kamarádů a experimentoval s návykovými látkami. Po svatbě přestal, občas užije alkohol nebo marihuanu. Starší bratr Filipa je vyučený kuchař, je ženatý a má děti. Starší bratr je více samotářský, když se mu Filip neozve jako první, tak spolu nekomunikují. Starší bratr v mládí tíhl k alkoholu, po svatbě se umírnil. Matka se starším bratrem Filipa zavrhlí, když zjistili, že je závislý na heroinu. Po návratu Filipa z vězení, kde abstinovat se vztahy upravily. Nyní se rodina vídá spíše rituálně, např. při oslavách narozenin, svátcích apod. Filip má dceru (nyní 25 let) se svoji první dlouhodobou partnerkou. Při narození dcery v roce 1997 bylo Filipovi 20 let a s tehdejší partnerkou spolu byli 3 roky. Společně spolu bydleli do roku 2005, kdy Filip nastoupil do vězení za majetkově trestní činnost. Poté s dcerou neměl skoro žádný kontakt. Nyní spolu s dcerou bydlí ve stejném domě. Často se navštěvují a venčí společně psy. Filipova dcera má základní vzdělání. Studovala obor kadeřnictví, ale studium nedokončila. Filipova dcera v mládí hojně experimentovala s návykovými látkami. Zhruba v 16 letech s partou kamarádů ukradli nějaké věci v obchodě a Filipově dcery byl přidělen kurátor. Tato zkušenost Filipovu dceru natolik vyděsila, že se přestala s touto partou bavit a našla si partnera, se kterým je nyní zhruba 8 let a čekají spolu první dítě. Filip se těší na roli dědečka.

### 11.2.2 Sociální anamnéza

Filip pracuje zhruba 10 let jako tiskař ve firmě. Po absolvování základní školy Filip nastoupil na polygrafickou střední školu, kde studoval rok a dva měsíce. Filip chodil za školu s partou kamarádů. Škola to po čase dala vědět matce a ta mu v té době na výběr, zda chce školu dodělat nebo ukončit studium a jít do práce. Filip studium ukončil a začal pracovat v autobazaru, kde se později dostal k užívání heroinu a k majetkové trestné činnosti. Filip kradl, aby získal peníze na návykové látky, hlavně na heroin. V roce 2005 nastoupil na 6 let do vězení do roku 2011, kdy byl propuštěn. Ve vězení si Filip dodělal zkráceným studium polygrafickou školu bez maturity. Filip měl v minulosti exekuce od Dopravního podniku, kvůli jízdám na černo a za neplacení zdravotního pojištění. Exekuce má aktuálně splacené díky matce, která mu exekuce částečně zaplatila, zbytek se Filipovi strhával z platu. Aktuálně žije Filip sám v pronájmu ve velkém městě.

### 11.2.3 Zdravotní anamnéza

Filip jako novorozenec trpěl novorozeneckou žloutenkou a k tomu se přidružila lehká mozková dysfunkce. Více informací mi Filip nesdělil. V dětství prodělal běžné dětské nemoci. Během 10letého užívání heroinu se u Filipa objevila trombóza v noze a ledvinová kolika. Během těchto hospitalizací bylo Filipově diagnostikováno užívání opiátů a tato informace byla zaznamenána do jeho lékařské karty. V roce 2017 vážné zranění kolene během Filipovi oslavy 40 narozenin, kdy pod vlivem alkoholu blbnul s dětmi. Lékař, který Filipa operoval si předoperační vyšetření dělal sám bez kontaktu s praktickým lékařem Filipa, a tak lékař nevěděl o Filipově dřívějším užívání heroinu a po operaci nasadil Filipovi na bolest Tramal, který později začal Filip zneužívat. V roce 2021 se Filipovi staly dvě autonehody. V březnu 2021, kdy se stala první nehoda se u Filipa znovu objevila trombóza v noze. V září roku 2021 při druhé autonehodě si Filip zlomil obratle a poškodilo se mu druhé zdravé koleno. V této době byl Filip závislý na opioidním analgetiku Tramalu. Aktuálně Filipa čeká operace tohoto druhého kolene. Žádné infekční onemocnění Filip neprodělal, heroin užíval podle zásad harm reduction (sterilní materiál, nesdílení aplikačního materiálu apod.)

### 11.2.4 Psychologicko-psychiatrická anamnéza

V dětství zažíval Filip psychické i fyzické násilí ze strany otce. Později se začal Filip sebepoškozovat, zejména na ruku. S tímto problémem se nikomu nesvěřil. Jednou ho našla matka, jak se řeže ve vaně, zavolala otce a ten nad tím mávnul rukou, bylo mu to jedno. Více pozornosti tomuto problému prý nebylo věnováno. Během závislosti na heroinu se u Filipa objevovaly sebevražedné myšlenky, podle Filipa spíše záblesky, když během užívání neměl peníze nebo při abstinenčních příznacích. V roce 2019 se u Filipa objevily psychické ataky. V roce 2021 po druhé autonehodě se u Filipa objevily depresivní stavy a myšlenky na sebevraždu. Filip měl v plánu, že si na internetu koupí silný opiát a chtěl si od známého koupit zbraň. Později proběhl nedokonaný pokus o sebevraždu, kdy se Filip chtěl oběsit na klíce u dveří. Tyto stavy Filip zaháněl benzodiazepiny a hypnotiky, které měl nejdříve předepsané od praktického lékaře, později od psychiatra, ale nakonec si tyto léky sháněl na internetu. Filip

navštívil dvě zařízení, kde byl pouze v péči psychiatra, který podle Filipových slov mu jen měnil antidepresiva. Filipovi se tento přístup nelíbil, až nakonec dostal doporučení na psychiatra v adiktologické ambulanci, kde se později stal klientem a v současnosti se zde léčí. Aktuálně Filip užívá antidepresivum Zoloft 100 mg, které mu prý nezabírá a má po něm deprese i po zvýšení účinné látky z 50 mg na 100 mg. Zoloft bere zhruba 2 měsíce.

### 11.2.5 Osobní anamnéza

Filip vyrůstal s dvěma bratry, na které byla matka sama od Filipových 15 let, kdy jejich otec odešel. Filip toto období hodnotí jako zlom, kdy začalo jeho problémové chování, zejména experimentování s návykovými látkami a vyhledávání společnosti „toxických“ kamarádů. Na základní škole se podle Filipových slov choval jako sígr, měl ředitelské důtky a 2 z chování. Školní prospěch měl spíše podprůměrný, ale základní školu zvládl absolvovat bez opakování ročníku. Filip to odůvodňuje tím, že na výchovu byla matka sama. Filipa to odjakživa táhlo ke starším spolužákům.

Filip tvrdí, že kvůli náročnému dětství nemá vybudované sebevědomí a má strach z opačného pohlaví. Filip podotýká, že není schopen vyjádřit své city, např. obejmout své nejbližší, jít s partnerkou ruku v ruce apod. První sexuální styk měl Filip v 17 letech pod vlivem návykových látek někde v bytě na squatu. Moc si z toho již nepamatuje.

Filipova první dlouholetá partnerka je zároveň matka jeho dcery. Poznali se hospodě, kde díky intoxikaci alkoholem ji dokázal oslovit a komunikovat s ní. Bydleli spolu u ní v bytě od Filipových 18 let. O 2 roky později se jim narodila dcera. Během jejich vztahu prý partnerka nevyjadřovala názor k Filipovému užívání návykových látek, především k užívání heroinu. Filip partnerku jednou podvedl při brigádě za barem, kdy ho svedla jedna ze zákaznic podniku. S první partnerkou se rozešli po 17 letech vztahu v roce 2011, kdy Filipova padla do oka její kamarádka a zároveň Filipova bývalá spolužačka. První partnerka tuto situaci prý špatně nesla a přestala se oběma bavit. S druhou dlouholetou partnerkou Filip žil zhruba 10 let. Rozešli se kvůli Filipově závislosti na opioidních analgetických a dalších psychoaktivních lécích. Více informací o partnerských vztazích Filip nezmínil.

### 11.2.6 Adiktologická anamnéza

Filip je bývalý kuřák, s kouřením cigaret přestal na jeho 40. narozeniny. Motivací pro něj byla koupě nového auta. Filip začal kouřit ve svých 16 letech, vykouřil zhruba dvě krabičky cigaret denně.

Alkohol Filip poprvé užil ve svých 15 letech, kdy pravidelně chodíval do hospody s partou kamarádů. Po návratu z vězení pil alkohol skoro každý den, zhruba jedno pivo po práci nebo o víkendu. Neopíjel se, pouze se chtěl dostat do nálady. Během zneužívání opioidních analgetik přestal pít alkohol úplně, čímž na sebe upoutával pozornost svých nejbližších, kterým přišlo divné, že při oslavách a setkáních s rodinou či známými již nepije alkohol. Aktuálně Filip přiznává pití vína zhruba 3x týdně jednu až dvě skleničky. Filip tvrdí, že alkohol mu kvůli zkušenostem s otcem alkoholikem připadá z návykových látek nejméně přitažlivý.

V mládí Filip experimentoval s různými návykovými látkami. V 16 letech poprvé vyzkoušel pervitin, který užíval buď nasálně nebo ho kouřil přes alobal. Na oslavách Filip občas užil extázi nebo marihuanu. Užívání pervitinu trvalo asi rok, než ho nahradilo užívání heroinu. S heroinem se Filip poprvé setkal, když v 17 letech začal pracovat v autobazaru, kde se užívaly drogy. Dlouho prý odolával tlaku kamarádů a spolupracovníků, aby heroin vyzkoušel. Jednoho dne se nechal ukecat a poprvé užil heroin – kouřil ho přes alobal. Filipovi bylo po užití špatně, a tak následovala krátká pauza, než se opět nechal ukecat ostatními k druhému užití. Po druhém užití se cítil líp, ale více ho to neoslovilo, a tak následovala další krátká pauza v užívání, než Filip začal pociťovat abstinenční příznaky. Filip v té době nevěděl, že by mezi jeho špatným fyzickým stavem a užitím heroinu mohla být souvislost. Došlo mu to až ve chvíli, když užil heroin potřetí a od fyzických obtíží se mu ulevilo. Od té doby kouřil Filip heroin přes alobal zhruba 3 měsíce, pak chvíli užíval heroin nasálně až nakonec přešel na intravenózní užívání. Zhruba půl roku Filip užíval pervitin i heroin, nakonec převážilo užívání heroinu, to bylo Filipovi 18 let. Filip během užívání heroinu občas kombinoval heroin a kokain. Bylo to ale finančně náročné, a tak toto kombinování nemělo dlouhého trvání. Ve 20 letech, když se Filipovi narodila dcera, abstinovat od užívání heroinu na dobu zhruba rok a půl. Filip absolvoval detoxifikační program v psychiatrické nemoci. Dále v léčbě nepokračoval. Filip se i nadále bavil se svými kamarády, kteří byli uživatelé návykových látek, a tak po zhruba roce a půl této abstinence opět začal užívat heroin. Filip heroin užíval zhruba 10 let. Během této doby se několikrát snažil sám abstinovat. Když zkoušel abstinovat, hledal si jiné nové zaměstnání, např. za barem, malíř pokojů apod. Všechny tyto práce sháněl po známých a vydržel tam zhruba 2 až 3 měsíce. Během abstinence zkoušel nahradit heroin jinými návykovými látkami jako je např. marihuana nebo houbičky. Marihuanu užíval asi rok, částečně i v kombinaci s heroinem. V roce 2005 Filip nastoupil do vězení, kde se zúčastnil protitoxikomanického programu. Filip využil této příležitosti, jelikož chtěl s užíváním heroinu přestat. Vězení opustil v roce 2011 a od té doby Filip heroin neužívá.

Filip jedno období života zneužíval tři různé druhy psychoaktivních léků – opioidní analgetikum Tramal, benzodiazepin Xanax a hypnotikum (Zolpidem, Stilnox, Sanval). Filip zneužíval Tramal v množství zhruba 1600 mg denně, Xanax 14 mg denně a Zolpidem 10 mg denně. Filip dokázal sám vysnižovat množství Tramalu z 1600 mg na 200 mg během zhruba půl roku. Podrobněji se tématu zneužívání psychoaktivních léků u Filipa věnuji v kapitole č. 11.4 Zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta.

V současné době je klientem adiktologické ambulance, kde zároveň podstupuje pod dohledem psychiatra a adiktologa ambulantní detoxifikaci. Z rozhovoru bylo patrné, že Filipovi aktuální postup léčby vyhovuje. Filip tvrdí, že aktuálně před 4 dny vysadil alprazolam a zolpidem. Tři dny abstinovat, ale včera měl v práci psychickou ataku a musel si vzít půlku diazepamů.

### 11.3 Situace výchozího bodu

Rozhovor s Filipem mi byl zprostředkovaný adiktologickou ambulací. Filip je klientem adiktologické ambulance zhruba 2 měsíce a v současné době podstupuje detoxifikaci ambulantní formou pod dohledem psychiatra a adiktologa. Filip užívá antidepresivum setralin (Zoloft) 100 mg, ale cítí, že má po něj deprese, Zoloft bere zhruba 2 měsíce. Od roku 2011

abstinuje od užívání heroinu, na kterém byl aktivně závislý zhruba 10 let. Filip měl v minulost exekuce, které má v současnosti všechny splacený. Filip je zaměstnán jako tiskař. V současné chvíli žije sám v pronájmu, bez partnerky.

## 11.4 Další vývoj

Myslím, že je důležité pro Filipův další vývoj to, že cítí důvěru ve svého psychiatra a adiktologa. Myslím, že je vhodné probrat Filipovu situaci, která se stala v práci (užití diazepamů po úplném vysazení tohoto léku) s adiktologem i psychiatrem. Filipovo chování je podle mě velmi ovlivněno traumatem z dětství (psychické a fyzické násilí ze strany otce) a je potřeba tomu uzpůsobit další možné terapeutické intervence, např. návštěva psychoterapeuta. Filip během rozhovoru zmínil konzumaci alkoholu zhruba 3x týdně. Tuto situaci by měl Filip probrat s adiktologem, aby nedošlo ke zkřížené závislosti na alkoholu.

## 11.5 Zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta

### 11.5.1 Okolnosti 1. užití psychoaktivního léku

K 1. užití psychoaktivního léku došlo u Filipa v roce 2017, kdy měl úraz kolene a musel na operaci. Lékař, který Filipa operoval, dělal předoperační vyšetření sám, bez kontaktování jeho praktického lékaře, který věděl o Filipově závislosti na opiátech. Díky tomu se stalo to, že lékař, který Filipa operoval tuto důležitou informaci nevěděl a podle Filipa se ho na jeho anamnézu návykových látek ani neptal. Lékař předepsal Filipovi Tramal 100 mg na bolest po operaci. Filip dostal od lékaře doporučení, aby Tramal první 3 dny užíval ráno a večer jednu tabletku 100 mg, a poté už jen při bolesti. Lékařem nebyla podána informace, jaké maximální množství může Filip denně užít.

To, že je Tramal opiát se prý Filip dozvěděl až z příbalového letáku. Užívání Tramalu Filip popsal takto:

*„Již po třech dnech jsem se na tom cítil super“. (...) „Myslel jsem si právě, že je to jen lék, že to prostě oproti heráku slabý odvar, že to prostě budu mít pod kontrolou, že si prostě řeknu, že už konec, doberu krabičku a nedám si, no ale ono i po tom Tramalu je špatně, když si člověk nevezme“.*

### 11.5.2 Přechod k zneužívání – vývoj problému

Filip nedokáže přesně určit, kdy došlo k přechodu ke zneužívání. Na otázku, kdy podle něj došlo z užívání léku na zneužívání odpověděl Filip takto:

*„Já jsem ty tři dny nedodržel, mě to prostě zachutnalo a jel jsem vlastně celou tu dobu, když jsem dobral tu první krabičku, tak jsem mu řekl o další, tak mi ji ještě napsal, napsal mi ji ještě několikrát, párkrát i víc balení, abych za ním nemusel furt jezdit“.*

*„Po 12 dnech mi vyndali stehy. Už by mi to stačilo asi na tu noc, to mě to ještě bolelo, ale já jsem si prostě bral i ráno, prostě se mi ten den líbil na tom“.*



Průběh zneužívání:

*„Mi říkal (lékař), že co s tím dělám. Já jsem řekl, že to mám pro babičku, že má bolesti. Tak on to teda psal pro tu babičku, že už to, jakože nebylo pro mě, jsem mu lhal, takže podle toho jsem taky už poznal, že jsem závislej, když jsem si vymejšlel takhle. On mi to nechtěl psát už o měsíc dřív, ale já ho poprosil, jestli by nešlo, jakože pro babičku napsat, tak mi to teda napsal pro babičku že jo a už to jelo“.*

*„On vlastně sám mi tady ten doktor mi to přestal psát, už asi věděl, že to zneužívám, akorát teda mi to nevysnížoval, ale přestal mi to rovnou psát. Takže já jsem si to začal shánět na internetu“.*

Filip dlouho prosil lékaře, který Filipovi Tramal předepisoval, o další a další předepsání léku, dokonce i o silnější a větší balení. Než mu lékař přestal Tramal předepisovat úplně, Filip se dostal na zneužívání osmi 200 mg tabletek. Tramal Filip zneužíval zhruba 4 roky.

V roce 2019 začali Filipovi psychické ataky. Navštívil praktického lékaře, který se mu během této doby změnil. Tehdejší praktický lékař zemřel a Filip přešel k novému, kde mu založili novou kartu a jeho dřívější záznamy, kde měl napsáno ve své kartě, že má závislost na opiátech, prý více nezkontrolovali. Filip navštívil nového lékaře kvůli předepsání léků na jeho psychické obtíže. Byl mu předepsán Lexaurin a doporučení návštěvy psychiatra. Filip si našel psychiatra, který mu dál předepisoval Lexaurin a antidepresiva (Filip nezmínil, zda Lexaurin předepsaný od lékaře zneužíval). Filip si stěžoval, že tento psychiatr mu často měnil medikaci. Po pár týdnech mu psychiatr přestal předepisovat Lexaurin. Mezitím měl Filip pocit, že mu Lexaurin dobře nezabírá a od kamaráda sehnal plato Neurolu. Neurolo mu fungoval prý dobře, a proto si ho začal shánět na internetu. Filip si zjistil, že stejná účinná látka je i v Xanaxu, a tak si začal shánět a zneužívat Xanax. Xanax Filip zneužíval asi 2 roky, denně zhruba 14mg.

Zneužívá Xanaxu Filip komentoval takto:

*„Když jsem cítil, byť malinkatou negativní myšlenku, tak jsem ji tam nechtěl mít, tak jsem si hned prostě zobnul...já jsem byl úplně zoufalej ze všeho...už jsem toho měl za celý život dost“.*

V roce 2021, zhruba po roce zneužívá Xanaxu a 3 letech zneužívá Tramalu, se Filipovi staly dvě autonehody. Po druhé autonehodě se mu začal rozpadat vztah a měl depresivní stavy a sebevražedné myšlenky. Chtěl přestat zneužívat Tramal a Xanax. Na pomoc proti abstinenčním příznakům si Filip obstaral Zolpidem. Filip tuto dobu komentuje takto:

*„Já jsem si to (zolpidem) původně pořídil proto, že přestanu s tím Tramalem a s tím Xanaxem, věděl jsem, že budu mít abstáky...říkal jsem si, že přes den to nějak zvládnou, ale věděl jsem, že z toho Tramalu nebudu dlouho spát, takže jsem si to pořídil primárně na abstinování a na spaní. U těchto prášků šla tolerance hodně rychle nahoru. Pak se mi podařilo oproti tomu snížit ty Xanaxy, ale už zase jsem si k tomu přidal ten prášek na spaní přes den“.*

Negativní důsledky zneužívání psychoaktivních léků Filip popsal jako narušení mezilidských vztahů, kdy rodině a známým zatajoval svoji závislost na opioidních analgetických, a proto se začal rodině stranit. Rozpad partnerského vztahu. A oteklé ruce, které musel Filip schovávat pod mikinou.

### 11.5.3 Vzorce zneužívání psychoaktivního léku

Filip jedno období života zneužíval tři různé druhy psychoaktivních léků – opioidní analgetikum Tramal, benzodiazepin Xanax a hypnotikum (Stilnox, Sanval). Filip zneužíval Tramal v množství zhruba 1600 mg denně, Xanax 14 mg denně a zolpidem 10 mg denně.

*„Já jsem si to vzal všechno (8x 200mg Tramalu) ráno najednou a ráno zase znova každý den. (...) Samozřejmě už jsem potřeboval k tomu pocitu, co jsem měl ze začátku, víc a víc. No pak jsem ten pocit neměl ani po těch 8 (tabletách), ale zase když bych si těch 8 nevezal, tak by mi bylo zle že jo“.*

Filip dokázal sám vysadit množství Tramalu z 1600 mg na 200 mg během zhruba půl roku.

Při otázce, za jakým účelem léky zneužíval, Filip odpověděl takto:

*„Ze začátku to byla spíš jako chuť, takže jsem se jako těšil, takže taková radost, spíš jakože to mám, že si můžu na zlepšení nálady něco, ale pak už to bylo jako vyloženě kvůli abstinčním příznakům. Když jsem byl smutný, tak jsem si dal víc, abych to jako většinou, když se mi k tomu přidala ta psychika, tak jsem se naládoval třeba Xanaxama a třeba Sanvalama, abych jako by to zaspal, byl úplně mimo, abych to prostě zaspal“.*

Filip tvrdí, že se u něj projevila zvýšená tolerance, somatický odvykací stav, potíže v kontrole užívání a pokračování užívání o přes jasné důkazy o škodlivosti užívání psychoaktivních léků u všech třech skupin psychoaktivních léků, které Filip užíval.

## 12 Shrnutí výsledků výzkumných otázek

První respondent zneužíval tři různé léky z řad benzodiazepinů, a to alprazolam (Neuro), diazepam a clonazepam (Rivotril). Respondent nevěděl o potenciaálním riziku vzniku závislosti na těchto lécích (léky neměl předepsán lékařem), což můžeme to brát jako důležitou okolnost a rizikový faktor, který mohl vést k zneužívání těchto léků. Respondent získával psychoaktivní léky přes okruh známých (partnerka, kolegové v práci). Jako okolnost prvního užití psychoaktivních léků uvedl respondent mírnění abstinčních příznaků z odnětí alkoholu. Závislost na alkoholu u respondenta je důležitá okolnost, která vedla k zneužívání psychoaktivních léků. K zneužívání psychoaktivních léků mohla vést respondenta jistá forma sebededikace jeho psychických obtíží. Respondent zneužíval alprazolam zhruba 6 až 7 let ve množství 8 mg denně, v kombinaci s diazepam a klonazepamem. Občas kombinoval psychoaktivní lék s alkoholem. Adam zneužívám psychoaktivních léků také mírnil nežádoucí účinky po užití alkoholu, jako je např. bolest hlavy, citlivost na světlo i hluk, nevolnosti, třes a celkové oslabení.

Druhý respondent zneužíval tři různé skupiny psychoaktivních léků – opioidní analgetika (Tramal), benzodiazepiny (Xanax) a hypnotika (Stilnox, Sanval). Okolnosti prvního užití psychoaktivního léku byla léčba bolesti po operaci. Respondent je bývalý uživatel heroinu, což je důležitá okolnost a rizikový faktor při léčbě bolesti opioidními analgetiky a následného relapsu závislosti a zneužívání tohoto léku. V tomto případě se jednalo o iatrogenní poškození, jelikož lékař nedodržel zásady při předepisování rizikové léku. Respondent se o potenciaálním

riziku vzniku závislosti na opioidních analgetících dozvěděl z příbalového letáku daného léku. Respondent nejdříve získával psychoaktivní léky od lékaře, později je získával na černém trhu, zejména na internetu formou inzerátů. Trauma z dětství je další důležitá okolnost zneužívání psychoaktivních léků, jde vlastně o samoléčení psychických obtíží. Respondent kombinoval zneužívání tří různých skupiny psychoaktivních léků. Respondent užíval celé množství Tramalu ráno, později během dne užil Xanax a Stilnox či Sanval. Tramal zneužíval 4 roky, Xanax 2 roky a hypnotika jeden rok. Respondent zneužíváním hypnotika mírnil abstinenci příznaky z odnětí opioidního analgetika a benzodiazepinu, které se pokoušel v jednu domu sám doma postupně vysazovat. Respondent nikdy nekombinoval psychoaktivní léky s jinými návykovými látkami.

### 13 Diskuse a závěr

Kazuistická práce umožňuje nahlédnout do případů konkrétních klientů adiktologické ambulance a prodiskutovat možné okolnosti, které u klientů mohly vést k následnému zneužívání psychoaktivních léků. Cílem této bakalářské práce je popsat okolnosti zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta. Práce se zaměřuje na první užití psychoaktivního léku, začátek a průběh zneužívání a na vzorce zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta.

Dle Chomynová & Mravčík (2020) je tramadol nejčastěji zneužívaným lékem na bázi opioidů, alprazolam nejčastěji zneužívaným benzodiazepinem a zolpidem nejčastěji zneužívaným hypnotikem. Respondenti léky získávali nelegální cestou, což dle definice podle Nechanské, Mravčíka & Popova (2012) lze definovat jako zneužití.

Důležitá okolnost zneužívání psychoaktivních léků, která se výsledcích práce objevila je mírnění abstinenci příznaků. V případě prvního respondenta šlo o zneužívání benzodiazepinů kvůli abstinenci příznakům z odnětí alkoholu. Dle více zdrojů právě abstinenci příznaky jsou častým důvodem zneužívání psychoaktivních léků, zejména benzodiazepinů (Mravčík et al., 2021; Merlo, Singhakant, Cummings & Cottler, 2013). První respondent je závislý na alkoholu, což je další významná okolnost vedoucí ke zneužívání psychoaktivních léků. Dle autorů Ford & Law (2020) a Kalina et al. (2001) právě lidé s poruchou užívání alkoholu, jsou rizikovou skupinou pro možné zneužívání psychoaktivních léků, zejména benzodiazepinů. Jelikož respondent zneužíval alkohol a benzodiazepiny, šlo také o tzv. zkříženou závislost, kterou Kalina et al. (2001) definují jako: „*Farmakologický termín užívaný pro označení schopnosti jedné substance (nebo skupiny látek) potlačit manifestní odvykací syndrom po vysazení jiné substance. Například závislost na benzodiazepinech se rozvíjí velmi snadno u jedince, který je již závislý na jiné droze tohoto typu nebo na jiných substancích s uklidňujícím účinkem jako je alkohol*“. V případě druhého klienta šlo o zneužívání hypnotik kvůli abstinenci příznakům z odnětí benzodiazepinu a opioidních analgetik, šlo zejména o nespavost.

Iatrogenní poškození je další důležitá okolnost zneužívání psychoaktivních léků, která se ve výsledcích práce objevila. V případě druhého respondenta lékař nedodržel zásady při předepisování rizikové léku. Závislost respondenta na heroinu byla velmi důležitá okolnost pro následné zneužívání opioidního analgetika, předepsaného na léčbu bolesti. Nešpor (2009a)

tvrdí, že u léků vyvolávajících závislost je třeba jasně vymezit dávkování i dobu, po níž má pacient lék užívat. Je také třeba pacienta upozornit na riziko vzniku závislosti a zdůraznit, aby dávku i dobu užívání striktně respektoval. Zvláštní opatrnost je potřebná u lidí závislých na alkoholu a jiných látkách, kde může návykový lék způsobit recidivu závislosti, a to i závislosti na jiné látce.

Sebemedikace jako důležitá okolnost zneužívání psychoaktivních léků se objevila u obou respondentů. Kalina et al. (2015) zmiňují, že vztah mezi zneužíváním návykových látek a psychotraumatizací v dětství byl zjištěn u 12–42% mužů. První respondent má diagnostikovou úzkostnou poruchu a druhý respondent je traumatizován z dětství a z toho plynoucí psychické obtíže. Dle autorů McHugh, Votaw, Taghian, Griffin & Weiss (2020) je coping častým důvodem pro zneužití benzodiazepinů, což naznačuje, že neléčené nebo nedostatečně léčené psychiatrické symptomy mohou přispívat ke zneužití.

Velmi nebezpečná byla snaha respondentů vysazovat léky bez pomoci odborníka. Příliš prudké snižování může vést k dramatickému rozvoji abstinčních příznaků (Kubová et al., 2019; Mravčík et al., 2021). Dle autorů Ford & Law (2020) mohou být těmito abstinčními příznaky u vysazení benzodiazepinů úzkostné symptomy, deformované vnímá a je zde i riziko život ohrožujících epileptických záchvatů.

Důsledky zneužívání psychoaktivních léků u obou respondentů odpovídají zdravotním a sociálním problémům, které se týkají většiny dlouhodobých uživatelů psychoaktivních léků, jak uvádí Nešpor (2009) a Konečný (2017). Velmi nebezpečné je kombinování benzodiazepinů s alkoholem. Kombinace benzodiazepinů s alkoholem zvyšuje intenzitu pocíťovaného „rauše“, ale znamená rovněž vyšší riziko útlumu centrální nervové soustavy a dýchání (Ford & Law, 2020).

Psychoaktivní léky jsou na rozdíl od jiných návykových látek předepisovány speciálními odborníky – lékaři. Dle Mravčíka (2021) je Registr léčivých přípravků s omezením praktickým nástrojem, který zajišťuje omezení předepsání a výdeje léčivého přípravku na příslušné množství a dobu. Registr přípravků s omezením však není pro regulaci výdeje psychoaktivních léků v praxi dostatečně využíván – v květnu 2021 v kategorii léčivých přípravků s omezením nebylo zařazeno ani jedno sedativum či hypnotikum (tj. ani jeden benzodiazepinový přípravek nebo Z-hypnotikum) či opioid.

Ráda bych zde také prodiskutovala i limity této práce. Jelikož se jedná o kvalitativní výzkum zaměřený na dvě kazuistiky, výsledky této práce se nemohou vztahovat na celou populaci. Ve výzkumném vzorku se vzhledem k počtu respondentů neobjevily všechny skupiny psychoaktivních léků. Výzkum neobsahoval psychoaktivní léky jako jsou např. psychostimulancia a antiepileptika. Další limit této práce je otevřenost a pravdomlupnost respondentů, kteří kvůli obavám o zachování anonymity nemuseli být zcela upřímní. Při rozhovoru si respondenti na některé věci nemohli vzpomenout či nějaké intimní informace nechtěli sdělit. Během rozhovoru mohlo dojít ke zkreslení dat při odpovídání na položené otázky. Respondenti nemuseli otázky zcela dobře pochopit, a i přes vyjasňování odpovědi mohlo dojít ke špatnému výkladu informací. Další z nedostatků, který se při zpracování dat mohl objevit je nedostatečná analýza získaných dat. Některé informace jsem mohla opomenout nebo nesprávně pochopit.

Je potřeba dalších výzkumů v oblasti zneužívání psychoaktivních léků. Užívání psychoaktivních léků při správné indikaci, dávkování a kontrole lékaře jsou za jistých okolností mnohdy nezastupitelným nástrojem v léčbě psychiatrických onemocnění. Důležité je se zaměřit na okolnosti a rizikové faktory, které mohou vést ke zneužívání těchto léků. Předepisování psychoaktivních léků by mělo být podrobeno větší kontrole. Je důležité se zaměřit na preventivní opatření jako je vzdělávání zdravotnického personálu a edukace pacientů. Léčba závislosti na psychoaktivních lécích vyžaduje komplexní přístup.

## 14 Použitá literatura

- Anzenbacher, P. & Chládek, J. (2018). Úvod do farmakologie. In Švihovec, J. at al. (2018). *Farmakologie*. Praha: Grada.
- Arterberry, B.J., Horbal, S.R., Buu, A., Lin, H.C. (2016). The effects of alcohol, cannabis, and cigarette use on the initiation, reinitiation and persistence of non-medical use of opioids, sedatives, and tranquilizers in adults. *Drug and Alcohol Dependence*. 159(1), 86-92.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.11.029>.
- Becker, W. C., Fiellin, D. A., & Desai, R. A. (2007). Non-medical use, abuse and dependence on sedatives and tranquilizers among U.S. adults: psychiatric and socio-demographic correlates. *Drug and alcohol dependence*, 90(2-3), 280–287.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.04.009>
- Compton, W. M., Han, B., Blanco, C., Johnson, K., & Jones, C. M. (2018). Prevalence and Correlates of Prescription Stimulant Use, Misuse, Use Disorders, and Motivations for Misuse Among Adults in the United States. *The American journal of psychiatry*, 175(8), 741–755.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17091048>
- Česká asociace farmaceutických firem & STEM/MARK (2017). Nadužívání léků studenty. Závěrečná zpráva z výzkumu. Praha: STEM/MARK.
- Česká asociace farmaceutických firem (2017). Mladí Češi kombinaci léků s alkoholem podceňují. Praha: Česká asociace farmaceutických firem.
- EMCDDA (2021). *Zaostřeno na... Nelékařské použití benzodiazepinů*. Dostupné z: [https://www.emcdda.europa.eu/spotlights/non-medical-use-benzodiazepines\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/spotlights/non-medical-use-benzodiazepines_en)
- Fenton, M. C., Keyes, K. M., Martins, S. S., & Hasin, D. S. (2010). The role of a prescription in anxiety medication use, abuse, and dependence. *The American journal of psychiatry*, 167(10), 1247–1253. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081132>
- Ford, C. & Law, F. (2020). *Doporučení k užívání a snižování míry zneužívání benzodiazepinů a dalších hypnotik a anxiolytik*. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z: [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/33352/1067/Doporu%C4%8Den%C3%AD%20ke%20sni%C5%BEov%C3%A1n%C3%AD%20m%C3%ADry%20zneu%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD%20benzodiazepin%C5%AF%20a%20dal%C5%A1%C3%ADch%20hypnotik%20a%20anxiolytik\\_%20final%20web.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33352/1067/Doporu%C4%8Den%C3%AD%20ke%20sni%C5%BEov%C3%A1n%C3%AD%20m%C3%ADry%20zneu%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD%20benzodiazepin%C5%AF%20a%20dal%C5%A1%C3%ADch%20hypnotik%20a%20anxiolytik_%20final%20web.pdf)
- Griffiths, M. (2005). The biopsychosocial approach to addiction. *Psyke & Logos*, 26(1), 18.

Hrnčiarová, J. (2015). Závislost na návykových látkách. In Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J. et al. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.

Huang, B. et al. (2006). Prevalence, correlates, and comorbidity of nonmedical prescription drug use and drug use disorders in the United States: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 67(7), 1062-73.  
<https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0708>.

Chomynová, P. & Mravčík, V. (2021). Národní výzkum užívání návykových látek 2020. *Zaostřeno*, 7, 1-20. Dostupné z: [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/33551/1109/Zaostreno\\_2021-05\\_Narodni\\_vyzkum\\_uzivani\\_navykovych\\_latek\\_2020.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33551/1109/Zaostreno_2021-05_Narodni_vyzkum_uzivani_navykovych_latek_2020.pdf)

Chomynová, P., Csémy, L. & Mravčík, V. (2020). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. *Zaostřeno*, 6, 1-20. Dostupné z: [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/33292/1057/Zaostreno%202020-05\\_ESPAD%202019.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33292/1057/Zaostreno%202020-05_ESPAD%202019.pdf)

Isaacson, J. H., Hopper, J. A., Alford, D. P. & Parran, T. (2005). Prescription drug use and abuse: Risk factors, red flags, and prevention strategies. *Postgraduate Medicine*, 118(1), 19-26. <https://doi.org/10.3810/pgm.2005.07.1669>

Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Kelly, B. C., Wells, B. E., Leclair, A., Tracy, D., Parsons, J. T., & Golub, S. A. (2013). Prescription drug misuse among young adults: looking across youth cultures. *Drug and alcohol review*, 32(3), 288–294. <https://doi.org/10.1111/dar.12016>

Konečný, M. (2017). Užívání návykových sedativ a hypnotik v České republice a syndrom závislosti na těchto lécích z pohledu konziliárního psychiatra. *Psychiatrie pro praxi*, 18(3), 135-139. <https://doi.org/10.36290/psy.2017.026>

Kubová, K., Franc, A., Vysloužil, J., Šaloun, J. & Vetchý, D. (2019). New approach for detoxification of patients dependent on benzodiazepines and Z-drugs for reduction of psychogenic complications. *Ceska Slov Farm*, 68, 139-147.

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

- Lejčko, J. (2009). Přehled opioidních analgetik. *Praktické lékárenství*, 5(4), 172–175.  
Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/04/05.pdf>
- Lejčko, J. & Gabrhelík, T. (2017). Dlouhodobá léčba opioidy a závislost. *Anesteziologie a Intenzivní Medicina*, 28(2), 106-113.  
<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/03/09.pdf>
- Marek, R. (2020). *Zneužívání psychofarmak poznámky z praxe*. Příspěvek byl prezentován na konferenci Národní konference Psychoaktivní léky 2020. [2020-10-27]. Dostupné z:  
[https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/koordinace/III\\_01\\_Marek\\_Zneuzivani-psychofarmak-poznamky-z-praxe-2020\\_fin.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/koordinace/III_01_Marek_Zneuzivani-psychofarmak-poznamky-z-praxe-2020_fin.pdf)
- Marusič, P. & Zárubová, J. (2018). Antiepileptika. In Švihovec, J. et al. (2018). *Farmakologie*. Praha: Grada.
- Masopust, J. (2015). Biologická léčba duševních poruch – psychofarmaka. In Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J. et al. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.
- McCabe, S. E., Boyd, C. J., & Teter, C. J. (2009). Subtypes of nonmedical prescription drug misuse. *Drug and alcohol dependence*, 102(1-3), 63–70.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.01.007>
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Taghian, N. R., Griffin, M. L., & Weiss, R. D. (2020). Benzodiazepine misuse in adults with alcohol use disorder: Prevalence, motives and patterns of use. *Journal of substance abuse treatment*, 117, 108061.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108061>
- Merlo, L. J., Singhakant, S., Cummings, S. M., & Cottler, L. B. (2013). Reasons for misuse of prescription medication among physicians undergoing monitoring by a physician health program. *Journal of addiction medicine*, 7(5), 349–353.  
<https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e31829da074>
- Minařík, J. & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mohr, P. & Brunovský, M. (2018). Hypnotika. In Švihovec, J. et al. (2018). *Farmakologie*. Praha: Grada.
- Mohr, P. (2018). Anxiolytika. In Švihovec, J. et al. (2018). *Farmakologie*. Praha: Grada.



Mravčík, V. et al. (2021). *Zpráva o problematice užívání psychoaktivních léků v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z: [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/33564/1113/VZ%20I%C3%A9ky%202021\\_pro%20web\\_fin\\_fin.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33564/1113/VZ%20I%C3%A9ky%202021_pro%20web_fin_fin.pdf)

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti & Generální ředitelství vězeňské služby ČR (2021). Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody v r. 2020. Nepublikováno.

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti & PPM Factum Research (2017). Zdraví a návykové látky mezi Romy. Nepublikováno.

Nechanská, B., Mravčík, V. & Popov, P. (2012). *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice: Identifikace a analýza zdrojů dat*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/1631/322/Zneuzivani\\_psychoaktivnich\\_leku.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1631/322/Zneuzivani_psychoaktivnich_leku.pdf)

Nešpor, K. (2009a). Zneužívání léků, závislost na lécích a možnost prevence. *Lékařské listy*, 12, 18-20.

Nešpor, K. (2009b). Prevence zneužívání léků a přístupy při zvládnání lékové závislosti. *Practicus*, 8(3), 22-26. Dostupné z: <http://www.practicus.eu/data/Practicus2009/practicus09-03.pdf>

Pasecká, L. (2016). *Užívání návykových látek v domovech pro seniory z pohledu pracovníků – zkušenosti a vliv na sociální interakce*. (Bakalářská práce). Masarykova univerzita. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/x9noz/DP\\_Pasecka.pdf](https://is.muni.cz/th/x9noz/DP_Pasecka.pdf)

Reeve, E., Ong, M., Wu, A., Jansen, J., Petrovic, M. & Gnjidic, D. (2017). A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. *Eur J Clin Pharmacol*, 73, 927-935. <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2257-8>

Schifano, F. (2014). Misuse and Abuse of Pregabalin and Gabapentin: Cause for Concern? *CNS Drugs*, 28, 491–496. <https://doi.org/10.1007/s40263-014-0164-4>

Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Nakladatelství Albert Boskovic.

SÚKL. (2010). Databáze léků - ATC skupiny. Dostupné 14.5.2022 z [https://www.sukl.cz/modules/medication/atc\\_tree.php?current=N05CF#N05CF](https://www.sukl.cz/modules/medication/atc_tree.php?current=N05CF#N05CF)

Švihovec, J., Bultas, J., Anzenbacher, P., Chládek, J., Příborský, J., Slíva, J. & Votava, M. (2018). *Farmakologie*. Praha: Grada.

Toth C. (2014). Pregabalin: latest safety evidence and clinical implications for the management of neuropathic pain. *Therapeutic advances in drug safety*, 5(1), 38–56.

<https://doi.org/10.1177/2042098613505614>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2021). Údaje z Národního registru pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství. Nepublikováno.

Votava, M. (2018). Analgetika. In Švihovec, J. et al. (2018). *Farmakologie*. Praha: Grada.

WHO & ÚZIS ČR (2008). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - 10. revize (MKN-10) [Online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> [2022-05-26].

Zákon č. 378/2007 Sb., zákon o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech) (2007). Dostupné z: [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=379/2007&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=379/2007&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

## 15 Přílohy

### 15.1 Příloha č. 1

#### Oblasti kazuistického rozhovoru

Úvod:

Dobrý den, jmenuji se Kristýna Spěváková a jsem studentkou oboru Adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Chci vám tímto poděkovat za účast na výzkumné studii s názvem: Okolnosti zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta.

Otázky na rozebrání:

- 1) Jak se máte?
- 2) Jak se tu cítíte?

Pohlaví:

Datum narození:

Bydliště (pouze kraj):

#### 1. OBLAST – ANAMNÉZA

- 1) **Rodinná anamnéza** – Popis domácnosti, ve které klient žije; rodiče a sourozenci – věk, profese, užívání NL u rodinných příslušníků, popis a hodnocení rodinných vztahů; partner, děti – popis a hodnocení vztahů
- 2) **Sociální anamnéza** – Vzdělání, zaměstnání, finanční situace (dluhy, exekuce), bydlení, právní problémy
- 3) **Zdravotní anamnéza** – Zdravotní stav, současné somatické zdravotní potíže, vážnější nemoci a dlouhodobější nemoci, úrazy, traumata, operace, hospitalizace; předepsané a užívané léky, infekční choroby
- 4) **Psychologicko-psychiatrická anamnéza** – Psychické obtíže (smutky, úzkosti, poruchy spánku, deprese, suicidální pokusy, sebepoškozování, sebevražedné myšlenky, poruchy příjmu potravy, psychotické projevy) od dětství až po současnost; dosavadní kontakty s psychiatrií (ambulantní i pobytové) a psychologie
- 5) **Osobní anamnéza** – Jaké byl dítě, jaké měl dětství, jak se měl ve škole, co ho trápilo, co ho bavilo, z čeho se radoval, u koho a kde vyrůstal, pobyty mimo domov (ústavní, náhradní rodinná péče); jaké to měl s kamarády, vrstevníky; sexuální a partnerský život: orientace, problémy, promiskuita, prostituce
- 6) **Adiktologická anamnéza** – Drogová anamnéza a historie kontaktů s adiktologickými službami, léčba, abstinence (bez psychoaktivních léků)

## 2. OBLAST – OKOLNOSTI 1. UŽITÍ PSYCHOAKTIVNÍHO LÉKU

- 1) Jaký psychoaktivní lék jste poprvé užil/a?
- 2) Jak jste psychoaktivní lék získával/a?
- 3) Věděl/a jste o potencionálním riziku závislosti na léku a odkud jste se tuto informaci dozvěděl/a?
- 4) Vzpomenete si, jaké okolnosti Vás vedly k tomu, abyste poprvé užil/a psychoaktivní lék?

## 3. OBLAST – PŘECHOD K ZNEUŽÍVÁNÍ – VÝVOJ PROBLÉMU

- 1) Kdy podle Vás došlo k přechodu z užívání léku k zneužívání léku?
- 2) Popište prosím průběh zneužívání psychoaktivního léku.
- 3) Pozoroval/a jste někdy ve Vašem životě negativní důsledky spojené se zneužíváním psychoaktivního léku?

## 4. OBLAST – VZORCE ZNEUŽÍVÁNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÉKŮ

- 1) Jaký lék jste zneužíval/a?
- 2) V jakém množství jste zneužíval/a psychoaktivní léky?
- 3) Za jakým účelem jste lék zneužíval/a?
- 4) V jakém psychickém rozpoložení jste psychoaktivní lék zneužíval? (smutek, vztek, radost, stres)
- 5) Kombinoval/a jste někdy psychoaktivní lék s jinými návykovými látkami?

## 15.2 Příloha č. 2

### Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Název studie: Okolnosti zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta

Vážená paní/Vážený pane,

Nabízím Vám účast na studii v rámci bakalářské práce s názvem „Okolnosti zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta“.

Cílem této výzkumné studie je popsat okolnosti zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta. Práce se zaměřuje na první užití psychoaktivního léku, začátek a průběh zneužívání a na vzorce zneužívání psychoaktivních léků z pohledu klienta. Jedná se o kvalitativní studii, přesněji jde o metodu kazuistické práce. Tato metoda umožní prozkoumat případ do větší hloubky, což umožní větší porozumění v dané oblasti. Výsledek práce poslouží pro lepší porozumění problematice zneužívání psychoaktivních léků a jako zdroj informací v rámci prevence. Stěžejním bodem výzkumné studie je polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor bude vedený jako polostrukturovaný rozhovor, což umožní účastníkovi studie mimo jiné se více rozpovídat na položené otázky. V rámci výzkumu je potřeba se s účastníkem studie setkat buď jednou na dobu zhruba 120 min. nebo dvakrát po dobu zhruba 60 min. Rozhovor bude probíhat v prostorách adiktologické ambulance Kliniky adiktologie na soukromém a bezpečném místě. Rozhovor se bude nahrávat na nahrávací zařízení. Nahrávka bude označena kódem, poté bude převedena do textové podoby, kdy budou data zcela anonymizována bez možnosti jakékoli identifikace daného klienta a nahrávka bude trvale odstraněna. Jako součást rozhovoru bude použita metoda pozorování účastníka studie a zápis poznámek o průběhu rozhovoru. Metoda pozorování slouží pro zachycení neverbální komunikace účastníka studie, která nelze nahrát na nahrávací zařízení.

Účast ve studii je dobrovolná.

Jméno pacienta:

Datum narození:

Hlavní řešitel: Kristýna Spěváková

1. Já, níže podepsaná/podepsaný souhlasím s účastí ve studii.
2. Byl/a jsem podrobně informován/a o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Hlavní řešitel výzkumné studie pověřený prováděním studie mně vysvětlil očekávané přínosy a případná rizika účasti ve studii. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl/a jsem tomu, že účast ve studii můžu kdykoliv přerušit či ze studie odstoupit, aniž by to, jakkoliv ovlivnilo průběh dalšího léčení. Účast ve studii je dobrovolná.

4. Při zařazení do studie budou má osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Při vlastním provádění studie hlavní řešitel použije pouze data z rozhovoru bez osobních údajů pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely v budoucnu mohou být osobní údaje poskytnuty pouze jako anonymizovaná data.

5. S účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.

6. V případě nejasností, dalších dotazů ohledně studie či stížností je možné kontaktovat hlavního řešitele Kristýnu Spěvákovou – [kristyna.spevakova@email.cz](mailto:kristyna.spevakova@email.cz) nebo vedoucího bakalářské práce – Mgr. Kateřina Rokosová – [katerina.rokosova@lf1.cuni.cz](mailto:katerina.rokosova@lf1.cuni.cz).

Vlastnoruční podpis pacienta:

Podpis pracovníka pověřeného touto studií:

V Praze dne: