



Publikace vznikla a byla vydána pod odbornou
záštitou a koordinací:



Centra adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Díky finanční podpoře:

projektu Píprava a rozvoj denního magisterského studia oboru adiktologie
CZ.2.17/3.1.00/31430



Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Tento projekt je financován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy.

Výukový text

Kokain – prevence, léčba

Autor: Jaroslav Šejvl

Centrum adiktologie

Obsah

Prevence	3
Primární prevence	3
Sekundární prevence	5
Terciární prevence	9
Generální prevence	10
Selektivní prevence.....	11
Indikovaná prevence	14
Lé ba.....	16
Použitá literatura	18

Prevence

Primární prevence

V primární drogové prevenci jde zejména o to, aby se co nejméně snížila poptávka po drogách, aby drogy nebyly vyhledávány a konzumovány a aby vůbec nebyl důvod je vyhledávat a konzumovat. Je zde snaha ovlivnit chování jedince tím, že se zpřístupní normy a hodnoty společnosti, ve které žije (populace jako celek, rodina, školní kolektiv, případně další), a které do jeho života přinesou určité rizika, a tak je odstranit nebo alespoň oslabit, aby v jejich důsledku nemohl drogový problém vzniknout, a to ani na bázi experimentu

http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prim.htm).

Specifická primární prevence

Specifickou primární prevencí se obecně rozumí takové aktivity, které se zaměřují přímo na "primární prevenci užívání návykových látek", jsou vytvářeny programy zaměřené již specificky na určitou formu sociálně patologického chování (obecně). Explicitně se tedy zaměřují a snaží se řešit zpřístupnit, jak předejít výskytu určité specifické formy takového chování, v tomto případě na užívání drog. Velmi

Nespecifická primární prevence

Nespecifickou primární prevencí se rozumí veškeré aktivity podporující zdravý životní styl, které ale nemají přímou souvislost s užíváním návykových látek, tj. aktivity blízké daným v kontextu skupinám, které by byly poskytovány i v případě, že by problém spojený s užíváním návykových látek neexistoval. Jedná se tedy o aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje sociálně patologických forem chování a zaměřují se spíše na protektivní faktory vzniku závislosti. Patří sem zájmové kroužky (jako například kroužky v školách a školských zájmových skupinách i lidových školách umění), dále sportovní aktivity (na všech úrovních) apod. Patří sem také programy zaměřené na zlepšení životního stylu (http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prim.htm).

1. Podat základní, objektivní informace o kokainu/cracku, jejich účincích, způsobu, rozšíření, historii, významu, vzniku závislosti, aktuální situaci ve světě a v ČR (lze zúžit například na místě), míst bydliště, jasné a pravdivě ukázat co kokain může dát, ale zároveň co může vzít, kde až užívání kokainu může skončit, v etně širších společenských souvislostí a případných fatálních následků. Je tedy nutné podat skutečně objektivní informaci, které bude moci ten, kdo přemýšlí o užití kokainu, využít a nebude muset přikročit: i) k něčemu, kdo mu informaci podal (zpravidla tím i celému preventivnímu systému), a tím pádem ii) k experimentu.
2. Je vhodné s cílovou skupinou nacvičovat strategie a taktiky, jak žít ve společnosti ohrožené kokainem a přitom se mu vyhnout (velmi populisticky to v 80. letech reprezentovala Nancy Reagan – Prostě k němu).
3. Nabídnout co možná nejvíc způsobů, jak lze dosáhnout životního uspokojení a ušetřit přitom pocity obtížné situace.

(kulturní, sportovní, sociální, vzdělávací možnosti a síť poraden a psychoterapeutických zařízení pro poskytování pomoci pro zlepšování komunikačních i vztahových schopností).

Sekundární prevence

Velmi zjednodušeně lze říci, že sekundární prevence je vyhledání problému, který již existuje a pokusit se o jeho léčbu. Cílovou skupinou jsou zde lidé, kteří již kokain nebo crack v minulosti užívali, a to bez ohledu, zda jej užívají výjimečně (tzv. rekreačně – by tento termín je značně zavádějící a jeho používání je diskutabilní), nebo látku užívají pravidelně. Součástí sekundární prevence může být i snaha ukončení užívání látky a snaha o pomoci i tvrdé abstinenci.

Pro uživatele kokainu (v těchto případech nebyli uživatelé cracku zachyceni a nejsou zprávy o tom, že by zde byl crack užíván) existují poměrně solidní možnosti pomoci. Výhodou kokainu je jeho celkově „menší devastující účinek“, než při užívání opiátů anebo stimulantů amfetaminového typu. Pokud nedocházelo k i.v. aplikaci a není tedy poškozen žilní systém (aplikace probíhala například s upáním i inhalacemi) a nedošlo k poškození sliznice¹, jsou vždy šance uživateli efektivně pomoci. V České republice existuje systém zařízený pro pomoc (obecně) uživatelům nelegálních návykových látek, která se skládá z:

1. Linky telefonické pomoci (Některé z nich mají nepřetržitý provoz a slouží především pro první kontakt, radu, pomoc v krizi a podle druhu problému odkazují a nabízejí služby dalších specializovaných pracovišť, pokud jimi sami nejsou).

¹ V podstatě může být aplikován sliznicí nosní, rektální a u žen vaginální.

2. Poradny (V tšina našich základních a st edních škol má svého výchovného poradce, ale i poradce pro drogovou problematiku (obvykle v jedné osob). Jejich úkolem je krom zajiš ování adekvátní primární prevence také mapování situace na konkrétní škole a v asné podchycení jedinc , kte í již s drogou mají zkušenost. Poté kontaktují odpovídající za ízení a rodi e a zajistí intenzivn jší primární prevenci na škole. To, jak tito poradci pracují, závisí krom jejich samotných také do zna né míry na iniciativ samotných rodi).
3. Pedagogicko psychologické poradny pro d ti a mládež a poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy (Ne všechny z t chto poraden se zabývají i drogovou problematikou. N které pedagogicko psychologické poradny jako školská za ízení spolupracují na projektech primární prevence. Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy mohou pracovat s rodinami jedinc užívajících drogy. Všechny by však m ly mít p ehled o možnostech, které v okolí existují. V t ch poradnách, kde pracují dobre obeznámení odborníci, se pak zabývají uživateli drog, u kterých je p edpoklad stabilního zázemí, podpory a spolupráce blízkých i u nich samotných) (http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prim.htm).
4. Alkoholicko toxikologické poradny (Tento typ poraden bývá sou ástí psychiatrických odd lení a zabývají se p evážn psychickými poruchami v souvislosti s užíváním alkoholu, n kdy tlumivých látek a postupn se orientují i na jiné nealkoholové drogy. Ne všechny mají možnost spolupracovat s psychologem, který by poskytoval i širší psychoterapeutickou službu. Podle vstupních rozhovor doporu ují vhodný typ lé ebného za ízení nebo jen

ambulantní docházení. Ambulantní sem docházejí na doléování i pacienti po absolvování léby).

5. Kontaktní centra (Jsou určena přímo drogové klientele, u kterých není jiný poradenský přístup vhodný, nutný nebo možný. Jejich předpokladem je nízkoprahovost, tj. psychologická dostupnost pro každého, která zvyšuje pravděpodobnost jejich vyhledání (anonymita, široká nabídka služeb; realizují zpravidla: první pomoc telefonická nebo osobní s co nejdelším provozem, nejlépe nepřetržitým; poradenství s možností následné individuální nebo skupinové terapie; diagnostika problému, informace o možných způsobech léčby, poskytnutí jejich zprostředkování; testy HIV ze slin; rodinná skupina pro ty, jejichž dříve užívali drogy; základní potravinový a vitamínový servis; možnost základní hygieny; výměna stříkaček a jehel; tzv. street work – aktivní vyhledávání a kontaktování klientů přímo v terénu).
6. Detoxifikační jednotky (Detoxifikace je speciální krátkodobá (několik dnů) až střednědobá (několik týdnů) v tísňové medicínské a psychologické pomoci při vysazování drog. Jejím smyslem je zbavit organismus návykové látky, pomoci jedinci překonat možné odvykací příznaky a připravit jej na další léčbu. Při somatických a psychických komplikacích je nutné podávat léky).
7. Denní stacionář (Jedná se o denní psychiatricko-psychologickou a psychosociální péči o pacienty, pro které v danou chvíli není nutný nebo možný pobyt v lůžkovém zařízení a běžná ambulantní nebo poradenská péče je pro ně málo intenzivní. Jsou to především jedinci, kteří ukončili pobyt v psychiatrické léčebně nebo v nemocnici nebo se připravují na dlouhodobý léčebno-rehabilitační pobyt i se z takového pobytu vrátili a potřebovali ještě určitou dobu denního kontaktu).

Jeho innost se p evážn skládá z individuální a skupinové psychoterapie, sociální terapie nácvik sociálních dovedností a odpov dnosti, klubových a volno asových aktivit a základního medicínského servisu).

8. Ústavní lé ba (Ústavní lé ba provád ná ve zdravotnickém za ízení (nap . speciální odd lení v rámci psychiatrických lé eben) skýtá pro narkomana bezpe njší ochranné prost edí, kde má nižší dostupnost návykových látek, nedostává se tak asto do situací, které v b žném život fungují jako spoušt e (nap . hádku s rodi i eší další dávkou drogy), je zde k dispozici odborná pé e a organizovaný program).
9. Terapeutické komunity (Vedle tradi ních uvedl zvláštní charakter drogových závislostí v život i jiné formy lé ení jako nap . terapeutické komunity, ve kterých probíhá dlouhodobý lé ebný a resocializa ní program. Mají tu zvláštnost, že se pacient co nejaktivn ji podílí na lé b , vytvá í se zde obousm rná komunikace mezi pacientem a jednotlivými leny terapeutického týmu a mezi pacienty navzájem. D ležitou roli hraje zp tná vazba (jak mé chování p sobí na druhé), která vytvá í základ sociálního u ení a zm n ného pohledu na sebe sama. Delší doba pobytu (až jeden rok) p ináší zna né výhody, ale také v tší zodpov dnost a aktivní podíl na lé b ostatních. Jsou stanovená jasná pravidla (nap . užití drogy znamená vylou ení) a r zné poklesky s sebou nesou menší míru výhod. Program klade zna né nároky nejen na klienty, ale také na leny terapeutického týmu, kte í musí být jednotní a nést zodpov dnost za chod celé komunity. Na pravidelných společ ných setkáváních se hodnotí uplynulé, diskutují aktuální problémy, iní rozhodnutí. Na skupinových terapiích se ventiluje nap tí, pomáhá p i emo ních problémech, poskytuje oporu. Každý tu má n jakou roli, ve které se zvyšuje míra sociálních

dovedností, sebev domí, u í se zodpov dnosti. Celý pr b h lé by má n kolik stadií, ve kterých se postupn rozvíjí socializace osobnosti, zlepšuje se sebev dom ní a sebezpoznání).

10. Dolé ovací a resocializa ní centra (Jsou ur ena pro klienty, kte í prošli ur itým typem lé by. Pomáhají jim p i stabilizaci ve zcela nových podmínkách života. Podle individuálních p ípad trvá dolé ovací program od dvou m síc do jednoho roku. Velký d raz se klade na nácvik situace selhání, jak se zachovat a co konkrétn d lat, dojde li k op tovnému užití i užívání drogy, aby se lov k znovu nepropadl zp t do závislosti (tzv. prevence relapsu).
11. Za ízení azylového typu (Sem p ícházejí ti závislí jedinci, kte í drogy brát cht jí, domov ztratili, nikdo o n nestojí a sami o sob nejsou momentáln schopni jakékoli výrazn jší zm ny sou asného životního stylu. Je jim poskytnuto jídlo, oble ení, základní hygienický servis, p ípadně léka ské ošet ení a ubytování na ur itou p echodnou dobu).

Terciární prevence

V oblasti této prevence je snaha zmenšit následky, které užívání p ináší

V programu zvaném harm reduction se po ítá s tím, že tu jsou lidé, kte í své braní drog dosud nevidí anebo nechť jí vid t jako problém a tudíž ani necítí pot ebu se lé it.

V rámci tohoto programu se nap . provádí vým na použitých jehel a st íka ek za nové. Není to podporou braní drog, jak by se na první pohled mohlo zdát. Lidem, kte í si drogy píchají (z velké ásti p ešli na tento zp sob aplikace z jiného, bezpe n jšího) jen velmi málo záleží na tom, zda je to podporování anebo není. Oni jsou ve fázi, kdy svou drogu prost mít musí. A nebudou li mít ísté st íka ky a jehly, budou si brát použité t eba z nemocni ních kontejner , budou si je

vzájemně podporovat, sdílet ve skupině a riskovat infekci (v lepším případě žloutenky, v horším HIV/AIDS). A právě skupina intravenózních toxikomanů je co do rizika přenosu infekčních onemocnění nejnebezpečnější.

Pouhá nabídka čistých jehel a stříkaček nestačí. Nestačí ani informace, že na tom a tom místě je to možné a pro . Je nutný určitý tlak a neustálé opakování a vysvětlování, aby daní jedinci nové stříkačky a jehly opravdu používali.

Ve větších městech existují týmy pracovníků (tzv. street workers), kteří chodí na místa, kde se uživatelé scházejí a kromě výměny jehel a stříkaček, vysvětlování a rozdávání tištěných letáků s jednoduchými informacemi navazují kontakt a zvou do stědišek. Nežádají jsou to první kroky narkomana k jeho léčbě. Oslovila se i spolupráce závislých jedinců, kteří jsou ochotni roznášet čisté jehly a stříkačky do bytů a prostor, kam běžní terénní pracovníci nemají přístup.

Substituční program pro uživatele kokainu a cracku v České republice zatím neexistuje. V zahraničí, zejména ve Spojených státech Amerických, se uvažuje o možnosti substituce

Cíle preventivních opatření u kokainu můžeme rozdělit do těchto základních pilířů :

Generální prevence

- a) za ideální formu v prvním případě můžeme považovat stav, kdy se díky otevřené informovanosti podaří předejít užívání kokainu (a to i směrem k experimentu. Tato alternativa může přicházet v úvahu v podstatě těchto důvodů : i) vysoká cena kokainu/cracku, na kterou uživatel nebude mít finanční prostředky (otázka je, zda takovéto neužití drogy lze považovat za primární prevenci), b) nechť vyzkoušet tento typ látky s ohledem na podané objektivní informace o jejím působení, c) obtížná sehnatelnost této látky, nebo alespo

- b) posunout experiment s kokainem do v ku, kdy se lov k bude schopen lépe odpov dn rozhodnout, zda má zájem tento experiment (i s ohledem na jemu známá – zejména zdravotní rizika) podstoupit a bude si v it v tom, že a) organismus experiment zvládne a nedojde k jeho poškození (bude schopen korigovat velikost dávky, místo užití, spole nost ve které kokain užije a další d ležitě okolnosti a b) bude schopen užívání kokainu opustit.
- c) jako poslední možnost teorie zná/uvádí snížit rizika experimentování s drogou. Zásadní snížení rizika p i experimentování s kokain je v podstat nereálné. Pokud pomineme možnosti vým nného programu u i. v. aplikací, je kokain zpravidla kou en i š upán – a je nelegální (tedy nelze žádným dostupným prost edkem ov it jeho složení, což je riziko u každé substance, která je kupována v nelegálním prost edí). Tedy, snižování rizika u t chto forem aplikací lze shrnout do velmi obecných možností – nikdy neužívat sám, nekombinovat látky, užít látku pouze v p ípad , že se lov k na její užití „cítí“ – tedy nepoci uje subjektivn nevolnost (fyzickou) i nepohodu (psychickou). I když v t chto p ípadech je práv pro onu nepohodu kokain aplikován.

Selektivní prevence

V rámci tzv. selektivní prevence je nutné rozlišit na uživatele ve t ech v kových kategoriích (d ti, dospívající a dosp lé). N které z forem selektivní prevence lze použít jen u vybraných v kových skupin; použití tedy není generální.

- a) Individuální pot eba ohrožené skupiny. V tomto p ípad je možné rozd lit ohrožení skupiny na dv v kové skupiny. První skupinou, která m že být specificky ohrožena kokainem, jsou d ti a dospívající, zpravidla z lépe sociáln situovaných rodin. Obecn se uvádí, že kokain je „droga bohatých“. Toto tvrzení nelze brát zcela dogmaticky, cena

kokainu se odvozuje od n kolika na sob nezávislých hledisek; finan ní prost edky zde mohou hrát i výrazn jší roli. S kokainem se lze setkat na diskotékách v tších m st, v barech, v klubech se zam ením na etnickou hudbu a na setkáních, kde je v tší po et lidí. Nebývá pravidlem, že by kokain byl dumpingován, tedy že by byl prodáván pod cenou za ú elem vytvo ení si cílové skupiny odb ratel ze strany prodejce. V této oblasti je experiment s kokainem brán jako pom rn zásadní stmelující prvek v dané komunit , ukázka nejen finan ních možností, odvahy a dospívání, ale rovn ž pokus o n co, co je postaveno mimo zákon, rebelie a zároveň vyjád ení p ihlášení se kur ité skupin . Druhou specifickou skupinou jsou dosp lí. Kokain je zpravidla dostupný v um leckých kruzích – š upání; I. v. aplikace nejsou v tomto oboru natolik b žnou a konformní záležitostí; š upání p ináší oproti i. v. aplikaci i další výhody – je kulturn jším projevem aplikace a nep sobí tak destruktivn na t lo a s ohledem na vjemy druhých je neinvazivní.

- b) ešení problém jinou formou než kokainem. Kokain je velmi asto užíváním práv pro své stimula ní ú inky a pro „zaru ené prožití sexu“. Tedy, funguje na bázi zvyšování sebev domí, zvyšování výkonu, navození p íjemných a veselých prožitk ; laicky je používán jako antidepresivum. Oblib kokainu u duševn nemocných lidí, kte í s ním kompenzují své zdravotní problémy, nahrává i skute nost, že spole nost není p íliš tolerantní v oblasti duševních onemocn ní, a každý, kdo tyto problémy p iznává, riskuje stigmatizaci a etiketizaci „blázna“. Mnoho lidí proto m že ešit své propady a frustrace pomocí návykových látek (zpravidla se stimula ním ú inkem) tedy i kokainu.
- c) Snížení dostupnosti kokainu a snížení poptávky. Tato oblast není doménou jen represivních složek. Pro snížení

dostupnosti je ideální, aby došlo ke snížení poptávky po kokainu, nebo pokud existovat poptávka, nezmžou represivní složky nic zásadního.

- d) Relaxační techniky a zvládání stresu. Ukázat lidem, kteří mohou být ohroženi užíváním kokainu, že existují i jiné formy relaxace a odreagování se. Uvést do podvědomí lidí možnosti cvičení jógy a jednoduchých relaxačních cvičení.
- e) Spolupráce s dalšími organizacemi. Tato složka selektivní prevence nachází využití zejména u dětí, které jsou látkou ohroženy. Vzhledem k tomu, že je selektivní prevence velmi časově náročná, má velký význam spolupráce s rodinou a dalšími organizacemi. Vedle spolupráce s rodiči se nejčastěji využívá spolupráce s pedagogicko-psychologickou poradnou, kde jsou vyškolení pracovníci pro pomoc při řešení problémů nejen s návykovými látkami (http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prev.htm).
- f) Pomoc ohroženým při přechodu do nového životního stadia. Stresové situace jsou běžnou součástí našeho života, a při jakékoli zásadnější změně životního stylu, kdy se zvyšuje stresové zatížení, nebo při nahromadění úkolů se může zvyšovat riziko spouštějící v použití návykové látky – u kokainu s očekávaným úinkem vyššího výkonu a povzbuzení.
- g) Selektivní prevence u specifických oborů (určité obory a zaměstnání jsou více ohroženy rizikem vzniku problémů s návykovými látkami. Je to spojeno se snadnou dostupností návykových látek, vyšší mírou stresu apod. K typickým rizikovým profesím patří zaměstnanci restaurací, pracovníci ve zdravotnictví, u policie, novináři atd. Programy cíleně zaměřené na tyto profese pomáhají lépe eliminovat specifickým rizikovým faktorům dané profese)

http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prev.htm

- h) Program pro děti s prospěchovými problémy a z etnických minorit. Problém prospěchu, selhání ve škole, stigmatizace, šikana i nepříslušnost k etnické minoritě může být startující moment k návykové látce; roli zde hraje jen finanční zázemí dítěte, resp. jeho rodičů. Svoji roli zde může sehrát široké spektrum subjektů – rodiče, učitelé, psycholog, nácvik krizových situací a další, jejich zvládnutí i vyhýbání se jim.
- i) Selektivní prevence v rámci prevence šikany. Zde může být ohroženým jak agresor, tak i jeho oběť. Je nutné, aby se pedagogický personál snažil vytvořit ve škole relativně bezpečné místo, a aby případné projevy šikany byly efektivně řešeny.

Indikovaná prevence

Základem je přesvědčit jedince, že drogy mu přinášejí více zlého než dobrého. Nabídnout hodnoty, které usnadní návykové látky odmítnout.

V časném stádiu užívání drog je člověk ještě schopný a ochoten přijmout motivaci k změně životního stereotypu. Pokud není připraven ke změně, může nést následky.

Důležité je získat důvěru problémového jedince a především mu pozorně naslouchat. Vyslechnout ho, i když bude drogy obhajovat, ale připravit si protiargumenty.

Pokud neexistuje motivace ke změně životního stylu člověka, zůstává pouze snižování rizik. Nespoléhat na zázračné okamžité řešení.

K úspěšné změně člověk musí často přispívat okolí postiženého, jeho rodiče, partner (předcházet nudě, pomoci odpoutat se od nevhodné společnosti, posilovat sebevdomá jedince, podporovat pozitivní aktivity, snažit se být pozitivním příkladem atd.).

Rodina jedince s drogovým problémem musí poskytovat určitou rodinnou terapii. Většinou za pomoci odborných institucí.

Čemu se vyhnout: a) popírání problému, b) obviňování partnera, c) hledání v dítěti zneužívajícím drogy spojence proti druhému rodiči, d) usnadňování a financování potomkovo nebo přítelovo zneužívání drog, e) vydírání jedincem zneužívajícím návykové látky (útekem, prostitucí, sebevraždou) nebo jeho známými z drogového prostředí, f) vnitřní tvrzení, že dítě (závislý člověk) má drogu pod kontrolou, g) vytváření doma "dusnou" atmosféru a používat násilí, h) stále ustupovat, pomáhat bez kladení podmínek, i) ztrácet naději (vnitřní procesu zrání mladého člověka), j) nikdy kategoricky neodsuzovat a tzv. nelámat hůl nad člověkem závislým na drogách (http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prev.htm).

Léčba

Otázka p edepisování substituí ních látek b hem prvních kritických týdn odvykání kokainu (ekvivalent metadonu pro bývalé uživatele heroinu) je trvale sporná. Britská lé ebná za ízení – p epln ná opiáty – to nikdy vážn nep edpokládala, natož aby pak provedla dostate ný po et výzkumných studií, které by pak mohly prokázat smysl nebo nesmyslnost takových program . Existují jednotlivé projekty, kdy se kokainový prášek dá voln koupit (nap . v Haltonu v Cheshiru). Tyto projekty ale asto narážejí na silnou kritiku lidí, kte í cítí, že nahrazovat jednu drogu druhou je past. Jediná možná odpov je totiž naprostá abstinence. Akupunktura, relaxace a budování sebed v ry – to je favorizovaná strategie mnoha protidrogových st edisek (Tyler, 2000, s. 251 – 252).

Lehké formy kokainové intoxikace není v tšinou nutné lé it pro velmi krátký interval p sobení této látky. Pokud je t eba n jaký zásah, p edevším k prevenci vzniku k e í, kardiovaskulárních a respira ních komplikací, lze podat benzodiazepiny, antiarytmika (beta blokátory nebo kombinované alfa a beta blokátory) a antipsychotika.

Lé bu látkové závislosti na kokain lze d lit na n kolik druh . Symptomy p i odn tí kokainu lze lé it n kolika zp soby, podle toho, který základní p íznak usilujeme odstranit. Protože se p edpokládá, že výrazná touha po podání další dávky kokainu je zp sobena deplecí dopaminu, podávají se ke zvládnutí tohoto stavu agonisté tohoto

neurotransmitteru (bromokryptin, amantadin aj.). Snížená touha po podání další dávky kokainu byla rovněž popsána po podání inhibitor dopaminergních receptorů (např. flupenthixol, ale i jiná neuroleptika). K mírnění depresivních symptomů se používá imipramin a další antidepresiva. Některé studie popisují příznivý efekt antikonvulziva karbamazepinu na udržení abstinence kokainu (<http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3rerc.html>).

Použitá literatura

AIHW (Australian Institute of Health and Welfare). (2008). 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series no. 22. Canberra: AIHW. ISBN 978 1 74024 870 9.

Baboian, D. (1974). *Vstupenka do pekla*. Praha: Orbis.

Csémy L., Lejková P., Sadílek P., Sovinová H. (2006). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80 86734 94 3.

Davenport – Hines, R. (2004). *Honba za zapomněním – světové dějiny narkotik (1500 – 2000)*. Praha: BB/Art.

Delpirou, A. et Labrousse, A. (1993). *Koka, kokain, koks*. Bratislava: Bradlo.

Doyle, A. C. (1971). *Příběhy Sherlocka Holmese*. Praha: Máj.

Doyle, A. C. (1972). *Vzpomínky na Sherlocka Holmese*. Praha: Máj.

Doyle, A. C. (1975). *Poslední poklona Sherlocka Holmese*. Praha: Máj.

EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost); 2009. Výroční zpráva za rok 2009: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie. ISBN 978 92 9168 379 6.

- Janík, A. et Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum.
- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 – Mezioborový přístup*. Praha: Ú ad vlády R.
- Klan, Z. (1947). *Omamné drogy*. Praha: Orbis.
- Kub P., Ška upová K., Csémy L. (2006). *Tanec a drogy 2000 a 2003*. Praha: Ú ad vlády eské republiky. ISBN 80 86734 77 3.
- Mann, J. (1996). *Jedy, drogy, léky*. Praha: Academia.
- Mrav ík V., Pešek R., Ška upová K., Orlíková B., Škrdlantová E., Š astná L., Kiššová L., B lá ková V., Gajdošíková H., Vopravil J. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Ú ad vlády eské republiky. ISBN 978 80 87041 99 4.
- NIDA (National Institute on Drug Abuse); 2010. NIDA InfoFacts: High School and Youth Trends [online]. [cit. 2010 2 14]. Dostupné z: <<http://www.drugabuse.gov/infofacts/HSYouthtrends.html>>
- Polanecký V., Šmídová O., Studni ková B., Šafr J., Šejda J., Hustopecký J. (2001). *Mládež a návykové látky v České republice - trendy let 1994 - 1997 - 2000*. Praha: Hygienická stanice hlavního m sta Prahy.
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). (2009). *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. Rockville, MD: Office of Applied Studies.
- Shapiro, H. (2005). *Drogy – obrazový průvodce*. Praha: Svojtka.
- Streatfield, D. (2003). *Kokain*. Praha: BB/Art.
- Szasz, T. (1997). *Drogy: historie jedné hysterie*. Olomouc: Votobia.

Trojáková A. (2010a). Žádosti o léky v souvislosti s užíváním kokainu a cracku – analýza dat z výročních zpráv o uživatelích návykových látek Hygienické stanice hlavního města Prahy z let 1995–2008. Nепublikováno.

Trojáková A. (2010b). Pacienti registrovaní na ambulantních AT pracovištích – analýza dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky v publikacích Psychiatrická péče z let 2000–2007. Nепublikováno.

Tyler, A. (2000). *Drogy v ulicích. Mýty – fakta – rady*. Praha: Ivo Železný.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). (2009). World Drug Report 2009. Vienna: UNODC. ISBN 978 92 1 148240 9

Urban, E. (1973). *Toxikománie*. Praha: Avicenum.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2005). Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice – Rozsah užívání návykových látek v dospělé populaci. Praha: ÚZIS ČR. Nепublikované výsledky studie.

Valíček, P., Arcimovičová, J., Horák, V et. Vaněk, M. (2000). *Rostlinné omamné drogy*. Praha: Start.

Vaněk, M. et Nožina, M. (2009). *Mandragora, morfin, kokain – Drogový problém v českých zemích v dobách habsburské monarchie a v předválečném Československu*. Praha: KLP.

Vavínková, B. et Binder, T (2006). *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton.

Vondráček, V. (1935). *Farmakologie duše*. Praha: Nakladatelství mladá generace p. i. Ú. J. S. L.

Vorel, F. et al. (1999). *Soudní lékařství*. Praha: Grada Publishing.

Hynie, S. (1995). Speciální farmakologie Díl 3. Praha: Univerzita Karlova.

Mark, M. K. (2003). Disorders associated with cocaine use: myths and truths; *Pharmacology & Therapeutics* 97 (2003), s. 181–222.

Tracey, L., Kurtzman, B. A., Kimberly, N. O. et al. (2001). Abuse by Adolescents; *Journal of adolescent health* 2001; 28, s. 170–180.

Lullmann, L., Mohr, K. et Wehling M. (2002). Farmakologie a toxikologie. Praha: Grada Publishing.

Ševela, K., Ševík P., Kraus R. et al. (2002). Akutní intoxikace v intenzivní medicíně; Praha: Grada Publishing.

Keith, E. (2003). Válka bez konce aneb Krátký smutný příběh o dlouhé válce proti drogám. Praha: Volvox Globator.

http://cs.wikisource.org/wiki/Versailleská_smlouva#.C4.8C.C3.A1nek_295

<http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/kontr.htm>

http://www.psp.cz/eknih/1920ns/ps/tisky/T3997_00.htm

<http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3rerc.html>

http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prev.htm

<http://www.bbc.co.uk/czech/korespondent/13.shtml> (ze dne 9. 9. 2000).