



á t k y

HR

Jaroslav Šejvl

TEXT



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 Příprava 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

T kavé látky Prevence, lé ba, HR

Autor: Jaroslav Šejvl

Centrum adiktologie

Obsah

Prevence, lé ba, HR	3
Primární prevence	3
Sekundární prevence	5
Terciární prevence	8
Generální prevence	9
Selektivní prevence.....	10
Indikovaná	13
Lé ba.....	14
Harm reduction	15
Použitá literatura	18
Další doporu ená literatura.....	22

Prevence, léčba, HR

Primární prevence

V primární drogové prevenci jde zejména o to, aby se co nejméně snížila poptávka po drogách, a aby drogy nebyly vyhledávány a konzumovány a aby vůbec nebyl důvod je vyhledávat a konzumovat. Je zde snaha ovlivnit chování jedince tím, že se zpodobí změnou norem a hodnot společnosti, ve kterém žije (populace jako celek, rodina, školní kolektiv, případně další), a které do jeho života přináší určitá 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 zpodob, jak předejít výskytu určité specifické formy takového chování, v tomto případě na užívání drog.

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 vlivovým 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 zájezdech 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).

Podat základní, objektivní informace o tvrdých látkách, jejich účincích, pěstování, rozšíření, historii, významu jejich existence a jejich významu pro práci a domácnost, vzniku závislosti, aktuální situaci ve světě a v ČR (lze užít například i na místě), míst bydliště, jasně a pravdivě ukázat co tvrdé látky mohou dát, ale zároveň co mohou vzít; kde až užívání tvrdých látek 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 tvrdých látek, využít a nebude muset přitom: i) k něčemu, kdo mu informaci podal (zpravidla tím i celému preventivnímu systému), a tím pádem ii) k experimentu.

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 ne).

Nabídnout co možná nejvíce způsobů, jak lze dosáhnout životního uspokojení a umět přemoci obtížné situace (kulturní, sportovní, sociální, vzdělávací možnosti a síť poraden a psychologických

za řízení pro poskytování pomoci pro zlepšování komunikačních i vztahových schopností).

Sekundární prevence

Velmi zjednodušen lze říci, že sekundární prevence je vyhledání problému, který již existuje a pokusit se o jeho léčbu. Cílovou skupinou jsou zde lidé, kteří již t kávé látky v minulosti užívali, a to bez ohledu, zda je užívají výjimečně (tzv. rekreační – 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 a pomoc při tvrdé abstinenci.

Pro uživatele t kávných látek v současné době neexistují relevantní a významné možnosti pomoci – terénní programy, zaměřené nízkoprahových zařízeních, možnosti rezidenční i ambulantní léčby – bez toho, aby došlo k abstinenci. Zásadní nevýhodou t kávných látek je jejich celkově devastující účinek; můžeme hovořit o nejnebezpečnějším účinku, a to i směrem k opíatům anebo stimulantům. V České republice neexistuje systém zařízeních pro pomoc (obecně) uživatelům t kávných látek. Existující systém pro uživatele návykových látek se skládá z následujících fragmentů:

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 specializovanějších pracovišť, pokud jimi sami nejsou).

Poradny (většina základních a středních škol má svého výchovného poradce, ale i poradce pro drogovou problematiku (obvykle v jedné osobě)). Jejich úkolem je kromě zajištění adekvátní primární prevence také mapování situace na konkrétní škole a v případě podchytení jedinců, kteří již s návykovou látkou mají zkušenost. Poté kontaktují odpovídající zařízení a rodiče a zajistí intenzivnější primární prevenci na škole. To, jak tyto poradci pracují, závisí kromě jejich samotných také do značné míry na iniciativě samotných rodičů).

Pedagogicko psychologické poradny pro děti a mládež a poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy (ne všechny z těchto poraden se zabývají i drogovou problematikou zaměřenou na tukové látky. Některé pedagogicko psychologické poradny jako školská zařízení spolupracují na projektech primární prevence. Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy mohou pracovat s rodinami jedinců užívajících drogy. Všechny by však měly mít pohled o možnostech, které v okolí existují. V těchto poradnách, kde pracují dobře obeznámení odborníci, se pak zabývají uživateli drog, u kterých je předpoklad stabilního zázemí, podpory a spolupráce blízkých i u nich samotných)(http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prim.htm).

Alkoholicko toxikologické poradny (tento typ poraden bývá součástí psychiatrických oddělení a zabývají se především psychickými poruchami v souvislosti s užíváním alkoholu, někdy tlumivých látek a postupně se orientují i na jiné nealkoholové drogy. Ne všechny mají možnost spolupracovat s psychologem, který by poskytoval i širší psychoterapeutickou službu. Podle vstupních rozhovorů doporučí vhodný typ léčebného zařízení nebo jen ambulantní docházení. Ambulantněsem docházejí na doléování i pacienti po absolvování léčby).

Kontaktní centra (jsou určena především drogové klientele, u kterých není jiný poradenský přístup vhodný, nutný nebo možný; avšak uživatelé tukových látek mohou mít s jejich využitím problémy. 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, poskytování jejich zprostředkování; testy HIV ze slin; rodičovská skupina pro ty, jejichž děti užívají drogy; základní potravinový a vitamínový servis; možnost základní hygieny; výměna

stíka ek a jehel; tzv. street work – aktivní vyhledávání a kontaktování klientů přímo v terénu).

Detoxifikační jednotky (Detoxifikace je speciální krátkodobá (několik dnů) až střednědobá (několik týdnů) v tšinou medicínská a psychologická pomoc 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).

Denní stacionář (Jedná se o denní psychiatricko-psychologickou a psychosociální péči o pacienty, pro které v danou chvíli není nutný nebo možný pobyt v lžkovém zařízení a bžná 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 léčebně-rehabilitační pobyt i se z takového pobytu vrátili a potěbují ještě určitou dobu denní kontakt. Jeho innost se především skládá z individuální a skupinové psychoterapie, sociální terapie, nácvik sociálních dovedností a odpovědnosti, klubových a volnoasových aktivit a základního medicínského servisu).

Ústavní léčba (Ústavní léčba prováděná ve zdravotnickém zařízení (např. speciální oddělení v rámci psychiatrických léčeben) skýtá pro narkomana bezpečnější ochranné prostředí, kde má nižší dostupnost návykových látek, nedostává se tak často do situací, které v běžném životě fungují jako spouště (např. hádku s rodiči či další dávkou drogy), je zde k dispozici odborná péče a organizovaný program).

Terapeutické komunity (Vedle tradičních uvedl zvláštní charakter drogových závislostí v životě i jiné formy léčení jako například terapeutické komunity, ve kterých probíhá dlouhodobý léčebný a resocializační program. Mají tu zvláštnost, že se pacient co nejaktivněji podílí na léčbě, vytváří se zde obousměrná komunikace mezi pacientem a jednotlivými členy terapeutického týmu a mezi pacienty navzájem. Důležitou roli hraje vzájemná vazba (jak mé chování

p sobí na druhé), která vytváří 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, íní 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).

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 í užívání drogy, aby se lov k znovu nepropadl zp t do závislosti (tzv. prevence relapsu).

Za ízení azylového typu (Sem p icházejí 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 ípadné 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 počítá s tím, že tu jsou lidé, kteří své brání drog dosud nevidí nebo nechtějí vidět jako problém a tudíž ani necítí potřebu se léčit.

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 středisek. Nežádka jsou to první kroky narkomana k jeho léčbě.

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 zneužívání tiktavých látek (a to i s pomocí experimentu). Tato alternativa může přicházet v úvahu v podstatě z těchto důvodů: i) neschopnost opatřit si s ohledem na právní instrumenty tiktavou látku (to přichází v úvahu pouze u některých typů tiktavých látek), b) nechuť vyzkoušet tento typ látky s ohledem na podané objektivní informace o jejím působení, c) obtížná dostupnost této látky, nebo alespoň
- b) posunout experiment s kokainem do výšky, kdy se člověk bude schopen lépe odpovědně rozhodnout, zda má zájem tento experiment (i s ohledem na jemu známá – zejména zdravotní rizika) podstoupit a bude si vědom, že a) organismus experiment zvládne a nedojde k jeho poškození (bude schopen korigovat velikost dávky, místo užití, společnost ve které tiktavou látku užije a další důležité okolnosti a b) bude schopen od užívání tiktavých látek opustit.

- c) jako poslední možnost teorie zná/uvádí snížit rizika experimentování s drogou. Zásadní snížení rizika při experimentování s tukavými látkami je v podstatě nereálné. Tedy, snižování rizika u těchto forem aplikací lze shrnout do velmi obecných možností – nikdy neužívat sám, nekombinovat látky, užít látku pouze v případě, že se člověk na její užití „cítí“ – tedy nepociťuje subjektivní nevolnost (fyzickou) ani nepohodu (psychickou).

Selektivní prevence

V rámci tzv. selektivní prevence je nutné rozlišit na uživatele podle:

- a) věku ve dvou základních věkových kategoriích (dětí a dospívající)
- b) sociálního statusu a
- c) etnického zázemí uživatele.

Na které z forem selektivní prevence lze použít jen u vybraných cílových skupin; použití tedy rozhodně nelze generalizovat.

- a) Individuální potřeba ohrožené skupiny. V tomto případě je možné rozlišit ohrožení skupiny na dvě základní věkové skupiny. První skupinou, která má být specificky ohrožena tukavými látkami, jsou děti a dospívající (dalším faktorem je již zmíněvaný sociální status, a s tím související velmi silná sociální exkluze (viz dále). Pokud věc přijmeme existenci teorie vstupní drogy, můžeme jí spíše než marihuana a alkoholu, připisat tukavým látkám (Schwartz, 1988, s. 390). První přístup k této droze je zmíněn do období mezi raným dětstvím a brzkým dospíváním (Joe et Simpson, 1991, s. 256 – 266).
- b) Tukavé látky jsou „drogou“ chudých. Tato skutečnost vychází z několika faktorů. Prvním z nich je velmi nízká pozitivací

cena. Druhým je snadná dostupnost, p i minimálních omezujících legislativních opat eních. T etím je obecná pov domost o jejich devastujících ú incích na lidský organismus; v hierarchii uživatel návykových látek pat í „ icha í“ na absolutní dno, kterým opovrhují i uživatelé opiát .

- c) Snížení dostupnosti t kavých látek a snížení poptávky. Tato oblast je z hlediska snižování dostupnosti v podstat ne ešitelná. S ohledem na široké spektrum zneužívaných látek a jejich b žné využití v technickém pr mysly, emeslnictví, modelá ství, potraviná ském pr mysly a p i dalších b žných denních aktivitách neumož uje tvorbu efektivních opat ení vedoucích k omezení dostupnosti. O to více je zde nutné klást d raz na snižování poptávky – zejména objektivními informacemi o devastujících ú incích t chto látek na lidský organismus.
- d) Relaxa ní techniky a zvládání stresu. Ukázat lidem, kte í mohou být ohroženi užívání, t kavých látek, že existují formy relaxace, odreagování se; dále spolupráce s odborníky p i ešení vnit ních problém , pocit osam losti, bezmoci – vhodná se zde po ur ité dob jeví i rodinná terapie, která by m la mít za úkol navázat sociální vazby v rodin , p ípadn obnovit ty poškozené.
- e) Spolupráce s dalšími organizacemi. Tato složka selektivní prevence nachází využití zejména u d tí, které jsou látkou ohroženy. Vzhledem k tomu, že je selektivní prevence velmi asov náro ná, má velký význam spolupráce s rodinou a dalšími organizacemi. Vedle spolupráce s rodi i se nej ast jí využívá spolupráce s pedagogicko psychologickou poradnou, kde jsou vyškolení pracovníci pro pomoc p i ešení problém nejen s návykovými látkami (zpracováno voln podle

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

- f) Pomoc ohroženým p i p echodu do nového životního stadia. Stresové situace jsou b žnou sou ástí našeho života, a p i jakékoli zásadn ější zm ěn ě životního stylu, kdy se zvyšuje stresové zatížení, nebo p i nahromad ěn ě úkol ů se m ů že zvyšovat riziko spo ívající v použití návykové látky – u t ě kavých látek s o ekáváním ú inkem odpoutání se od „nebezpe ěného“ sv ěta a úniku od reality.
- g) Selektivní prevence u specifických obor ů (ur ěit ě obory a zam ěstnání jsou více ohroženy rizikem vzniku problém ů s návykovými látkami. Je to spojeno se snadnou dostupností návykových látek, vyšší mírou stresu apod. K typicky rizikovým profesím pat ěí u ů ovské obory a ěemeslnické práce, pracovníci ve zdravotnictví, a lidé, kte ě í p ůcházejí b žn ě do styku s t ě kavými materiály. Programy cílen ě zam ěn ěné na tyto profese pomáhají lépe ěelit specifickým rizikovým faktor ů m dan ě profese) (zpracováno voln ě podle http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prev.htm)
- h) Program pro d ěti s prosp ěchovými problémy a z etnických minorit. Probl ěm prosp ěchu, selhání ve škole, nedostate ě ná školní docházka, záškoláctví, malá motivace ke vzd ělávání ze strany rodi ě, stigmatizace, šikana ě i p ůslušnost k etnick ě minorit ě m ů že být startující moment k návykové látce; roli zde hraje nejen finan ění zázemí d ěte, resp. jeho rodi ě. Svoji roli zde m ů že sehrát široké spektrum subjekt ů – rodi ěe, u ěitel, psycholog, nácvik krizových situací a další, jejich zvládnání ě i vyhýbání se jim.
- i) Selektivní prevence v rámci prevence šikany. Zde m ů že být ohroženým jak agresor, tak i jeho ob ě. Je nutné, aby se pedagogický personál snažil vytvo ěit ve škole relativn ě

bezpečné místo, a aby případné projevy šikany byly efektivně řešeny.

Indikovaná

Základem je přesvědčit jedince, že drogy mu taktikálně dávají více zlého než dobrého. Nabídnout hodnoty, které usnadní tyto látky odmítnout, resp. dát přednost jiným aktivitám.

V raném stádiu užívání drog je člověk ještě schopný a ochoten přijmout motivaci k změně životního stylu. Pokud není připraven ke změně, měl by být sledován.

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, zůstává pouze snižování rizik. Nespolehnout na zázračné okamžité řešení. K úspěšné změně člověk musí být podporován rodinou, přáteli, jeho rodiči, partnerem (přidržet nudu, pomoci odvrátit se od nevhodné společnosti, posilovat sebevědomí jedince, podporovat pozitivní aktivity, snažit se být pozitivním příkladem atd.).

Rodina jedince s drogovým problémem musí podstoupit rodinnou terapii a to 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 přítelovně 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 používání násilí, h) stále ustupovat, pomáhat bez kladení podmínek, i) ztrácet naději (v průběhu procesu zrání mladého člověka), j) nikdy kategoricky neodsuzovat a

tzv. nelámat h l nad lov kem závislým na drogách
(http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prev.htm).

Lé ba

Na ukon ení zneužívání t kavých látek musí zdravotnické za ízení/léka spolupracovat nejen s pacientem, který je velmi ásto dít tem¹, ale i s rodi í a p ípadn í se školou.

Všechny, kte é se lé by ú astní je nutné upozornit na rizika zneužívání t kavých látek, a to i v p ípadech pouhého experimentování.

Hampl uvádí, že pokud se poda í zachytit experimentujícího pacienta, obvykle sta í k náprav nep íjemnosti, které s tím jsou spojeny a individuální psychoterapie kognitivn behaviorálního charakteru. Vhodné jsou, podle Hampla, rovn ž rodi ovské skupiny (Hampl in Kalina, 2003, s. 195). Dále uvádí, že pacienty je vhodné sledovat n kolik let, protože dozrávání osobnosti je spojeno se zm namí p ístup k problematice abusu návykových látek a je pot ebné u pacienta udržovat pot ebný náhled (s ohledem na riziko p echodu k jiným drogám).

U závislých pacient ů jsou vyhlídky na dosažení abstinence daleko menší, už í z toho d vodu, že pacient je dlouhodobým užíváním natolik poškozen, že není dostate n schopen vnímat své okolí, chápat souvislosti a docházet do zdravotnického za ízení. N kte í z nich kon í trvalou invaliditou í smrtí (Hampl in Kalina, 2003, s. 195).

¹ Pojem dít te je zde používán v penologickém smyslu; jedná se o osobu mladší 18ti let.

Harm reduction

Není vhodné se na experimentátory obotit, mnohem lepší je s nim klidně promluvit a zjistit, kolik těchto látek aplikují a jakým způsobem; vysvětlíte jim rizika. Teba hned s inhalováním nepěstávají, ale mohou přejít na bezpečnější způsob aplikace. Inhaluje – li někdo tyto kávové látky déle než půl roku o samotě a velkých dávkách, jde zřejmě o něco více než o potřebné zneužívání.

Či by se mohli řídit pravidlem: „Nepropadejte panice, pokud jste přetíženi.“ A lidé, kteří se čího snaží přistihnout příchů: „Nepronásledujte je.“ (Tyler, 2000, s. 307).

U harm reduction vycházíme z predikce, že ne všichni budou schopni nebo odhodláni se svým návykem přestat – rozhodně podle toho, jak jim to narýsuje někdo jiný. Ale některé praktické rady těm, kdo inhalují, pomohou vyhnout se riziku smrti, vážnému poškození organismu a snižují i ostatní rizika.

1. Je nutné si uvědomit, že aerosoly a plynný butan jsou mnohem nebezpečnější než lepidla na bázi toluenu.
2. Použijí – li se aerosoly a butan, je mnohem bezpečnější nastříkat tyto látky do igelitového sáčku a vdechovat jejich výpary. Zvláště nebezpečné je stříkat butan přímo do krku, protože má zmrazující účinek.
3. Pokud se v kombinaci s inhalováním těchto kávových látek pije alkohol nebo užívají jiné návykové látky, riziko se zvyšuje.
4. Používá – li se igelitová taška, je lépe použít malou tašku. Nikdy si nepřetahujte tašku přes hlavu; můžete se udusit.
5. Pro případ potřeby rychlé lékařské pomoci je lépe inhalovat výpary ve skupině; to však vůbec neznamená snažit se pro tento návyk získat další mladé lidi.

6. Inhalujete – li t kavé látky sami, vyvarujte se uzav eného prostoru, například prostoru pod dekou, kde nedochází k cirkulaci vzduchu. Ztratíte – li v domí a jste – li i nadále vystaveni nebezpe ným výpar m, m žete upadnout do smrtelného kómatu nebo se udusit k smrti.
7. T kavé látky jsou obvykle ho laviny, snadno se vznítí a mohou i vybuchnout. Otev ený ohe nebo jen zapálená cigareta mohou zp sobit požár, který se rychle p enese na osobu, která je obklopena výpary t kavých látek.
8. P i nah ívání tuhých výrobk , jako jsou lešt nky a barvy, aby došlo k uvoln ní t kavých látek, existuje zvýšené riziko exploze a následného popálení horkou látkou, která se m že rozst íknout do stran.
9. ícha i se velmi ásto skrývají na nebezpe ných místech, která se pro n mohou stát osudná, zvláš poté, co s jejich smysly otupí nebo se dostanou do halucinogenního nebo paranoidního stavu. Riziková místa jsou železni ní náspy, okraje silnic, st echy, koruny strom , kanály a náb eží.
10. Jestliže jste p istiženi p i zneužívání t kavých látek, nepropadejte panice. A narazíte – li na n koho, kdo tyto látky zneužívá, nepronásledujte ho, ani ho ned ste. Mohlo by to mít za následek selhání srdce.
11. P istupujete – li k n komu, kdo je pod vlivem t kavých látek, uv domte si, že by se mohl v obluzení chovat agresivn . Chovejte se klidn a nabídn te mu pomoc.
12. Inhaluje – li n kdo t kavé látky pravideln a sám, zpravidla p edstavuje problematický p ípad.
13. Zjistíte – li, že Vaše dít zneužívá t kavé látky, snažte se nepropadnout panice.

14. Nebuďte zklamáni, nedaří-li se Vám s inhalováním tikařových látek přestat nebo je omezit. K úplnému vyléčení je třeba si uvědomit, že existuje zdravější a lepší program, kterým lze inhalování tikařových látek nahradit (Tyler, 2000, s. 312 – 313).

Použitá literatura

Blatný, M., Hrdlička, M., Květoň, P., Vobořil, D., & Jelínek, M. (2004a). Výsledky české části mezinárodního projektu SAHA I.: deskriptivní analýza rizikového chování a rizikových a protektivních faktorů vývoje mladistvých z městských oblastí. Zprávy Psychologický ústav AV ČR, 10, 1-35.

Blatný, M., Hrdlička, M., Květoň, P., Vobořil, D., & Jelínek, M. (2004b). Výsledky české části mezinárodního projektu SAHA II: Deskriptivní analýza rizikového chování a rizikových a protektivních faktorů vývoje mladistvých z městských oblastí z hlediska vlivových kohort. Zprávy Psychologický ústav AV ČR, 10, 1-89.

Blatný, M., Hrdlička, M., Květoň, P., Vobořil, D., & Jelínek, M. (2004c). Výsledky české části mezinárodního projektu SAHA III.: deskriptivní analýza rizikového chování a rizikových a protektivních faktorů vývoje mladistvých z městských oblastí z hlediska velikosti sídla. Zprávy Psychologický ústav AV ČR, 10, 1-64.

Brožová, J. (2006). Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1-84.

Csémy, L., Heller, J., Pecinová, O., Šťastný, V., Kostromová, T., Nová, D., Mráková, E. (2003). Návykové chování a jeho kontext u mimořádně ohrožených skupin dětí. Praha: Notes: Výzkumná zpráva pro zadavatele. Nepublikováno.

Csémy, L., Chomynová, P. & Sadílek, P. (2009). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007. Praha: Úřad vlády ČR.

Hibbel, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2009). The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries. Stockholm: The Swedish National Institute of Public Health and the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

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

Janík, A. et Dušek, K. (1990). Drogy a společnost. Praha: Avicenum.

Joe, G. W. and Simpson, D. D. Reasons for Inhalant Use. Hispanic Journal of Behavioral Sciences. 1991 Aug; 13(3):256-266.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2009). Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2008 (NIH Publication No. 09-7401). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Kalina, K. (1996). Drogy v ordinaci praktického lékaře. Praha: Filia.

Kalina, K., Broža, J., Dobiášová, D., Dvořák, D., Fišerová, M., Flaks, P. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR.

Kubík, P., Škarpová, K., & Csémy, L. (2006). Tanec a drogy 2000 a 2003. Výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice Praha: Úřad vlády ČR.

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

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

Mravík, V., Chomynová, P., Orliková, B., Škrdlantová, E., Trojáková, A., Petroš, O. et al. (2007). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006 Praha: Úřad vlády ČR.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008). Tanec a drogy 2007. Souhrn hlavních výsledků studie. Dostupné na http://www.drogy.info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/tanecni_drogy/tanec_a_drogy_2007_vysledky_studie (15.4.2010)

Nožina, M. (1997). Svět drog v dětech. Praha: KLP.

Shapiro, H. (2005). Drogy – obrazový průvodce. Praha: Svojtka.

Schwartz, R. H. Solvent Inhalant Abuse. American Journal of Psychiatry. 1988 Mar; 145(3):390.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009). Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H 36, HHS Publication No. SMA 09 4434). Rockville, MD.

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

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

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

ÚZIS ČR (2005). Zdravotnická ročenka České republiky 2004 Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

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

Vondrá ek, V. et Klášterský, I. (1935). Farmakologie duše. Praha: Nákladem mladé generace p i Ú.J. S.L.

Vorel, F et al. (1999). Soudní léka ství. Praha: Grada Publishing.

Wu, L. T. et Howard, M. O. Is Inhalant Use a Risk Factor for Heroin and Injection Drug Use Among Adolescents in the United States, Addictive Behaviors. 2007 Feb; 32(2): s. 265 281).

Wu, L. T. et Ringwalt, C. L. Inhalant Use and Disorders Among Adults in the United States. Drug and Alcohol Dependence. 2006 Oct 15; 85(1). s. 1 11.

www.drogy.info.cz

Další doporučená literatura

Bílek, J.: T kavé látky – podce ované drogy.

Budín, M.: O toxikomanii. In: Kriminalistický sborník 9/1976, s. 560 – 563.

Grumlík, R.: O problematice ichání k prchavým látkám mladistvými. In: Kriminalistický sborník 12/1976, s. 742 – 748.

Kubiš, I.: N které zkušenosti z boje proti toxikomanii. In: Kriminalistický sborník 8/1976, s. 501 – 504.

Šilhánek, K.: Zneužívání syntetických prchavých látek In: Kriminalistický sborník 2/1976 s. 116 – 118.