

Heroin – a Miracle Drug which Turned (or did not) into Poison, or Some Popular Myths and Stereotypes about Heroin and its Users



RADIMECKÝ, J.

Centre for Addictology Psychiatric Department, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation: Radimecký, J. (2009). Heroin – zázračný lék, jenž se (ne)změnil v jed, aneb některé oblíbené mýty a stereotypy o heroínu a jeho uživatelích. *Adiktologie*, 9(Suppl.), 26–35.

SUMMARY: *The article provides a critical discussion of selected traditional myths and stereotypes concerning heroin, its users, the effects and consequences of its use, and the behaviours of heroin users which may create barriers to pursuing evidence-based practices in addictology, as well as in medicine. In particular, this applies to key factors which may play a role in the development of heroin-related addictive behaviour, the orgasmic feeling associated with the use of heroin, increased tolerance, heroin's depressant effect on people, the inevitable social deterioration and heroin-related crime, the complicated addiction treatment, and heroin's very low medicinal potential. The misleading myths and stereotypes regarding heroin seem to mainly originate from, and be maintained by, the exclusive preference for the factor of heroin's pharmacological effects and the disregard for other significant influences, such as set and setting.*

KEY WORDS: HEROIN – DRUG – POISON – MYTHS – PHARMACOLOGY – SET – SETTING

Submitted: 08 / SEPTEMBER / 2009

Accepted: 21 / SEPTEMBER / 2009

Grant support: The article was written with support from the Investment in Educational Development programme – “RELÍEF” Project – co-financed by the European Social Fund and the national budget of the Czech Republic; Project Registration Number: CZ.1.07/1.2.07/11.0001

Read at the 15th National Conference of the Society for Addictive Diseases CzMA, and the 48th National AT Conference, Měříň/Slapy, 31 May – 4 June 2009, and adapted for print.

Address for correspondence: Josef Radimecký, MA, Ph.D., MSc. / radimecky@adiktologie.cz / Centre for Addictology, Psychiatric Department, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Ke Karlovu 11, 120 00 Prague 2, Czech Republic

Heroin – zázračný lék, jenž se (ne)změnil v jed, aneb některé oblíbené mýty a stereotypy o heroinu a jeho uživatelích



RADIMECKÝ, J.

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Citace: Radimecký, J. (2009). Heroin – zázračný lék, jenž se (ne)změnil v jed, aneb některé oblíbené mýty a stereotypy o heroinu a jeho uživatelích. *Adiktologie*, 9(Suppl.), 26–35.

SOUHRN: V článku jsou kriticky diskutovány některé vybrané mýty a stereotypy, které se tradují o heroinu, jeho uživatelích, účincích, dopadech jeho užívání a chování uživatelů, které mohou představovat překážky v uplatňování výzkumem podložených postupů v oboru adiktologie, ale i v medicíně. Jde zejména o klíčové faktory, které mohou hrát roli při rozvoji závislého chování ve vztahu k užívání heroinu: orgastický pocit při užití heroinu, nárůst tolerance, tlumivý účinek heroinu na člověka, nezbytná sociální degradace a páčání trestné činnosti asociované s užíváním heroinu, komplikovanost léčby závislosti a velmi nízký léčebný potenciál heroinu. Zdá se, že hlavní zdroje původu a udržování zmíněných zavádějících mýtů a stereotypů ve vztahu k heroinu lze připsat zejména preferování výhradně faktoru farmakologických účinků heroinu a opomíjení dalších významných vlivů – setu a settingu.

KLÍČOVÁ SLOVA: HEROIN – LÉK – JED – MÝTY – FARMAKOLOGIE – SET – SETTING

Došlo do redakce: 8 / ZÁŘÍ / 2009

Přijato k tisku: 21 / ZÁŘÍ / 2009

Grantová podpora: Článek vznikl díky podpoře z programu Investice do rozvoje vzdělávání – Projekt „RELIEF“ spolufinancovaného Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky. Registrační číslo projektu: CZ.1.07/1.2.07/11.0001.

Předneseno na XV. celostátní konferenci Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 48. celostátní konferenci AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Měřín 31. 5. – 4. 6. 2009, a upraveno pro tisk.

Korespondenční adresa: PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc. / radimecky@adiktologie.cz / Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2

● 1 ÚVOD

Tématem letošní konference České lékařské společnosti – Společnosti pro návykové nemoci (dále ČLS – SNN) byly „Mýty a stereotypy v adiktologii“. Jedním z možných důvodů, proč bylo toto téma výborem ČLS – SNN vybráno, je patrně skutečnost, že se lze v praxi stále ještě setkat s řadou přetrvávajících mýtů, předsudků a zavádějících stereotypů o drogách, jejich uživatelích, případně o účincích a důsledcích užívání návykových látek a chování jejich uživatelů. A to nejenom mezi laiky a studenty oboru adiktologie, ale i mezi kolegyňami a kolegy, kteří v oboru již řadu let pracují, což bude ilustrováno v dalším textu. Ne snad, že by některé typy mýtů nebyly půvabné nebo některé ze stereotypů užitečné pro přežití v dobré duševní pohodě. Jde ale zpravidla o jiné typy těchto sociálních konstruktů než o ty, které mohou představovat bariéry v dorozumění mezi pracovníky různých profesí v oboru adiktologie, v efektivitě práce s klienty adiktologických služeb a/nebo etablování těchto služeb v naší společnosti.

Mýtů a zavádějících stereotypů v oboru adiktologie je nepřehledné množství, jež by patrně vydalo na napsání i několika knih. To, zdá se, potvrdila i letošní konference, na níž řada kolegyň a kolegů mnohé z nich prezentovala a podrobovala kritice (viz <http://www.atkonference.cz/Historie-minule-rocniky/2009/>). Tento článek navazuje na jednu z prezentací a pokouší se ji zařadit do podoby uceleného, souvislého textu. Výběr tématu článku a prezentace, jež mu předcházela, byl ovlivněn řadou okolností. Patrně tím hlavním faktorem byla velmi špatná pověst, které se nejenom u nás heroin těší, a proto se zdál být optimálním pro demonstraci některých oblíbených a přetrvávajících mýtů o něm, jeho uživatelích a užívání. A to přesto, že v posledních letech je mezi tzv. problémovými uživateli v ČR zaznamenáván trend ústupu od užívání heroinu (Zábranský, 2007; Mravčík et al., 2008). Podle jiných informací (Radimecký, Janíková a Zábranský, 2009) je však v některých regionech mezi problémovými uživateli stále drogou číslo jedna a do jiných se jeho užívání oklikou vrací. Ještě je třeba zmínit jednu okolnost, jež měla na obsah sdělení, a tudíž i podobu článku vliv. Tím byl limitovaný čas, který byl pro prezentaci vymezen. Ten se promítl do skutečnosti, že nejsou diskutovány všechny zavádějící mýty či stereotypy, které o heroinu a jeho uživatelích mohou kolovat, ale pouze některé, které autor považoval za nejzajímavější. Je ale možné, že se v jejich výběru nezaměřil na ty, které by za zajímavé mohl pokládat někdo jiný.

● 2 MÝTY A STEREOTYPY – DVĚ STRANY MINCE

Již bylo naznačeno, že diskutované klíčové pojmy – mýty a stereotypy – mohou mít negativní i pozitivní významy. Ty ve své teorii komunikace v kontextu rodinné terapie nazývá Virginia Satirová „denotacemi“ (1983, s. 71), když argu-

mentuje, že „totéž slovo může mít několik možných objektivních (slovníkových) významů – denotací“. Tak např. Marshall (1998, s. 437) definuje mýtus jako „posvátný nebo náboženský příběh, jehož obsah se zaměřuje na vysvětlení původu nebo stvoření přírodních, nadpřirozených nebo kulturních jevů“. Tato definice patrně výstižně charakterizuje mýty, které se pokoušely vysvětlit dávnou historií různých národů, pro které se u nás používal i termín báje či pověstí. O nich nás na základní škole učili, že patrně obsahují nějaké to zrnko pravdy, byť se v nich někdy objevovaly nadpřirozené bytosti nebo hrdinové nezřídka s nadlidskými schopnostmi. Tyto typy mýtů přijímáme s jistou shovívavostí, protože jsou považovány za neškodné nástroje, jež mohly sloužit k rozvoji lidové slovesnosti, k zábavě (bez televize) a/nebo k budování národní identity v dobách minulých a jejich vliv na současnost se může jevit jako slábnoucí. Protipólem tohoto tzv. antropologického významu mýtů může být ten, jenž implikuje nepravdu (Marshall, *ibid.*).

Stereotyp – pochází ze složeniny řeckých slov *stereos* (pevný) a *typos* (značka). V sociologii byl koncept stereotypu – obvykle v pejorativním smyslu slova – vyvinut americkým novinářem Lippmanem v jeho knize *Veřejné mínění* (1992) a znamená „ustálené, omezené obrazy v našich hlavách“, jež jsou obecně rezistentní k jednoduché změně (Marshall, 1998, s. 642). A právě na mýty, jež implikují nepravdu a stereotypy – omezené obrazy v našich hlavách, které nejsme ochotni, navzdory řadě poznatků podložených výzkumem, změnit – a tím mohou v našem oboru škodit, se tento článek zaměřuje.

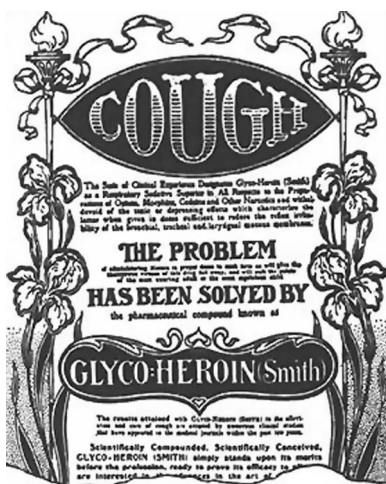
● 3 HEROIN – DROGA S NEJHORŠÍ POVĚSTÍ(?)

Když se podíváme do historie omamných a návykových látek, patrně se neubráníme přinejmenším údivu, jak se věci v různých historických etapách mění. Například antické národy vnímaly podle Escohotada (1996) látky, které dnes na základě mezinárodních úmluv OSN definujeme jako drogy (OSN, 1961, 1971), jako neživé, inertní substance. Až v ruce člověka „ožijí“, ale opět jenom na konkrétním člověku a způsobu, jak s nimi zachází, jak je užívá, záleží, jestli bude droga fungovat jako lék, nebo jako jed. Ačkoli omamné látky zůstaly od té doby stejné (antické národy samozřejmě neznaly heroin, ale mák setý ano), my, kteří se cítíme být civilizovanějšími a vzdělanějšími, než byli staří Řekové či Římané, kteří vyznávali mnoho pověr, máme kupodivu tendence připisovat drogám nadpřirozené schopnosti. Považujeme je za živé látky, které vykazují vlastnosti lidského chování (např. závislosti) nebo na nás, respektive na naše děti, aktivně útočí. Proč jinak by někteří z nás proti nim chtěli vést válku? No, posuďte sami:

„Toluen jednoznačně naplňuje všech šest znaků závislosti, které ve svých publikacích zmiňuje řada odborníků...“ (studentská esej)¹

„KDU-ČSL vyhláší válku drogám!“ (Kalousek a Vacek, 2004)

Krátce poté, kdy byl diacetylmorfin jako derivát morfinu izolován a pod obchodním jménem heroin distribuován, byl prezentován jako zázračný všelék s pestrou škálou léčebného využití – od tlumení kašle (obr. 1²) přes tišení bolesti plicního onemocnění až po léčbu morfinismu (Gossop,



Obrázek 1 / Figure 1

Reklama na glykoheroin, lék proti kašli /
Advertisement of glycoheroin, a medicine against cough

2000). Proto také řadu let na přelomu 19. a 20. století figuroval na reklamách německé farmaceutické firmy Bayer hned vedle aspirinu, což je v dnešní době naprosto nepředstavitelné (obr. 2³). Zejména poslední uvedená možnost jeho léčebného využití v nás může vyvolávat úsměv. Ale mezi léčbou osob závislých na užívání morfinu heroinem a substituční terapií uživatelů heroinu metadonem není – s výjimkou různých rolí jednotlivých omamných a psychotropních látek – zase až takový rozdíl. Čím si tedy heroin vysloužil, že přestal být sociálně akceptovatelný (Berridge, 2004) a dnes se mu mezi nelegálními drogami dostává té nejhorší pověsti?

Jednoznačnou odpověď na tuto otázku je patrně obtížné najít, protože v budování negativního obrazu (nejenom) heroinu mohla hrát roli celá řada faktorů. Podle již zmíněné Berridge (ibid.) pomáhaly „problém drog“ vytvářet změny, které ve světě nastaly po 2. světové válce. Díky ní získaly klíčový vliv na podobu mezinárodního systému kontroly drog USA. Ty prosazovaly přísný prohibiční režim, jehož

1/ 1. ročník studia kombinované formy oboru adiktologie.

2/ Ústřední slogan říká zhruba toto: „Kašel – problém byl vyřešen glykoheroinem“.

3/ Čitelný text – nadpisy – říká zhruba toto: „Bayer – farmaceutické výrobky. Aspirin – Heroin – Heroin hydrochlorid. Továrna na barvy Elberfeld...“

Obrázek 2 / Figure 2

Reklama na aspirin a heroin, cca 1898 /
Advertisement of aspirin and heroin, about 1898

důsledkem se stalo pašování a ilegální obchod s drogami na jedné straně a vznik národních protidrogových legislativ na straně druhé. Další polínko do ohně patrně přiložilo chování generace mladých lidí v 60. letech 20. století. V té době se začalo užívání nelegálních drog šířit nevidanou měrou napříč různými sociálními skupinami. Proto se o drogách začalo mluvit jako o „sociální infekci“, jejíž šíření se příliš nedařilo zastavit. To patrně vedlo zoufalé evropské politiky k tomu, že přistoupili ke krajnímu řešení a po vzoru USA vyhlásili drogám válku (Berridge, 1998), o jejíž absurditě již byla zmínka.

Není náhoda, že během výše zmíněné atmosféry „války proti drogám“ se pověstí nejhorší a nejzákeřnější drogy dostalo právě heroinu. To patrně proto, že se stala mezi – jak dnes v souladu s definicí EMCDDA říkáme – problémovými uživateli drog (viz např. Zábranský, 2002) nejvíce užívanou látkou, a patrně proto s ní byly asociovány ty nejhorší důsledky užívání návykových látek, jako jsou (fatální) předávkování, šíření infekčních nemocí (zejména HIV/AIDS, hepatitida C), které se přenášejí krví kvůli injekční aplikaci drog, další zdravotní komplikace a/nebo nepříznivé dopady v sociálním statutu a chování uživatelů drog. Ostatně, v převážné většině zemí EU je heroin stále nejrozšířenější primární drogou problémových uživatelů drog (EMCDDA, 2008). Česká republika s převahou problémových uživatelů preferujících jako primární drogu metamfetamin/pervitin

(Mravčík et al., 2008; Záborský, 2007) je v kontextu EU bílou vránou (EMCDDA, 2008).

Nicméně, za dobu od svého objevení do současnosti se nezměnil heroin, ale jeho vnímání laickou, ale i odbornou veřejností. Ty způsobily, že heroin již není vnímán jako zářivý všelék, ale jako jedna z nejhorších drog, respektive jed. Pro ilustraci toho, že je heroin v současné době skutečně považován za nelegální drogu s nejhorší pověstí, stačí nahlédnout do jakékoli odborné publikace nebo učebnice, která uvádí výčet charakteristik různých typů drog. Pro účely tohoto textu byl volně použit výčet charakteristik heroinu, jehož autorem je Minařík (2003, In: Kalina et al., 2003), ale podobný výčet vlastností připisovaných heroinu lze najít v celé řadě podobných textů:

- heroin je typická droga s neakceptovatelným rizikem;
- závislost na užívání heroinu se rozvíjí již po několika týdnech a/nebo měsících a může se projevat:
 - jak psychickou závislostí, pro niž je typická ztráta kontroly nad užíváním látky a craving;
 - tak i závislostí somatickou, díky níž se tolerance denně zvyšuje od 100 mg až na 1 g i více;
- závislost na užívání heroinu vede k sociální degradaci včetně kriminality, prostituce apod. jako jediných možných způsobů získání finančních prostředků na drogu;
- při intoxikaci se jako typické projevují tlumivé účinky heroinu, celkové zklidnění a prožitek euforie;
- typický je pro uživatele orgastický pocit na počátku intoxikace;
- léčba závislosti na užívání heroinu patří k nejzávažnějším a nejúpornějším;
- léčebný potenciál heroinu je velmi nízký.

Jak již bylo naznačeno v úvodu, v další části článku budou diskutovány jen některé vybrané mýty a stereotypy, jež se v uvedeném a řadě podobných hodnocení heroinu objevují. Půjde o otázku klíčových faktorů, které mohou hrát roli při rozvoji závislého chování ve vztahu k užívání heroinu, tj. orgastický pocit při užití heroinu, nárůst tolerance, účinek heroinu na člověka, sociální degradace a páchaní trestné činnosti asociované s užíváním heroinu, léčba závislosti a léčebný potenciál heroinu.

V průběhu prezentace byl využíván systém hlasování, kdy přednášející kladl účastníkům několik diskutabilních otázek, na něž měli pomocí hlasovacího zařízení reagovat. Tento postup ilustroval, že se v některých vybraných otázkách vztahujících se k heroinu skutečně mezi částí odborné obce stále tradují některé oblíbené mýty.

● 4 KTERÝ Z FAKTORŮ HRAJE KLÍČOVOU ROLI PŘI ROZVOJI ZÁVISLÉHO CHOVÁNÍ?

První otázka, položená účastníkům, se zaměřovala na tři širší faktory, které mohou hrát nejvýznamnější roli v rozvoji závislého chování. V kontextu celého článku jde o klíčovou

otázku. Protože, jak bude později ukázáno, případná jednostranná preference pouze jednoho z uvedených faktorů patrně významnou měrou přispívala k vytváření diskutovaných mýtů, stejně jako k jejich udržování v povědomí laické i odborné veřejnosti. Na výběr byly tři možnosti:

- 1/ Farmakologické účinky
- 2/ Set (očekávání jedince)
- 3/ Setting (fyzické a sociální prostředí)

Vybrat jednu správnou odpověď je prakticky nemožné, protože pravděpodobně ani jeden z výše uvedených tří faktorů sám o sobě hlavní roli nehraje. V případě jedinců, u nichž je diagnostikováno závislé chování ve vztahu k užívání heroinu (a pravděpodobně nejenom jeho), jde o vzájemné spolupůsobení zmíněných faktorů. Je navíc pravděpodobné, že jejich význam se může u každého jedince lišit v závislosti na jeho očekávání účinků drogy v kontextu jeho osobnosti (set) a prostředí – fyzického i sociálního, v němž je droga užitá (setting) (Miovský, 2003; Vacek, 2008) a samozřejmě i farmakologického působení dané látky.

Nicméně, většina hlasujících vybrala variantu č. 1, tedy farmakologické účinky jako klíčový faktor v rozvoji závislého chování. Výsledky hlasování nejsou až tolik překvapivé v kontextu tzv. krysího případu. Na něm se dá dobře ilustrovat, nakolik mohou být i lékaři preferující tzv. tvrdá data pocházející z kvantitativního, medicínského výzkumu obětí své neochoty akceptovat i jiné výzkumné přístupy respektive výzkum z jiných oborů. Jedná se o – v medicínské obci – oblíbený výzkum, který bývá hojně citován jako důkaz toho, že klíčovou roli v rozvoji závislého chování ve vztahu k užívání heroinu hrají jeho farmakologické vlastnosti. V tomto článku byla pro ilustraci vybrána citace z práce slovenského kolegy, a to jenom proto, že shodou okolností pochází z práce, která byla krátce před zmíněnou konferencí ČLS – SNN publikována v časopise Adiktologie. Ale jak bylo naznačeno, podobných tvrzení lze v zahraničních publikacích nalézt celou řadu:

„V problematike psychoaktívnych látok – drog, sú štandardným zdrojom tzv. tvrdých dôkazov experimentálne štúdie na zvieratách vykazujúce preferenciu samoadministrácie látky pred potravou až do úplného vyčerpania organizmu.“ (Okruhlica, 2009, str. 40)

Pokusíme-li se převést tuto větu do srozumitelné češtiny, autor říká asi toto: pro výzkumem podloženou závislostní medicínu jsou jedinými akceptovatelnými výzkumy ty, které staví na kvantitativním výzkumném přístupu a jsou realizovány formou experimentálních studií. Z nich vyplývá, že pokud je krysa uzavřena ve výzkumné laboratoři v akváriu a má možnost si prostřednictvím jednoduchého zařízení vpravovat do těla heroin, činí tak přes současnou nabídku potravy (již může získávat prostřednictvím podobného samo-administrujícího zařízení běžně používaného pro krmení zvířat chovaných v akváriích) tak dlouho, dokud pro vysílení organismu v důsledku nedostatku potravin nezemře.

Výše zmíněný kolega ale nevzal v potaz jiný, podobně koncipovaný výzkum, který dostal přívlastek „krysí park“. O důvodech lze samozřejmě spekulovat, ale jako jedno z možných vysvětlení se nabízí, že výzkum vedl nelékař, psycholog. Protože, jak Okruhlica (ibid.) naznačuje, standardním zdrojem tzv. tvrdých důkazů jsou pro něj pouze experimentální studie realizované lékaři, protože výzkumy realizované v jiných vědních oborech podle něj nabízejí jen „zahmlenou důkazovou bázi“. Nicméně pokud budeme schopni akceptovat poznatky z výzkumu, který vedli nelékaři, v daném případě psycholog Bruce K. Alexander s kolegy ze Simon Fraser University (1978), možná dojdeme k jinému závěru, než je ten prezentovaný zmíněným slovenským kolegou.

„Krysí park“ se sice také zaměřil na to nabízet krysám volbu mezi užíváním morfinu hydrochloridu do „šlaktrefeni“ a čistou vodu, ale v úplně jiném prostředí – tedy setu a settingu. Především rozměr „parku“ byl 200× větší, než je běžné laboratorní akvárium pro výzkum chování krysy, takže zkoumaná zvířata se mohla pohybovat v místnosti o výměře 8,8 m². Pokus probíhal po dobu 57 dní, v „parku“ na rozdíl od akvária nebyla jedna osamocená krysa, ale 16–20 živočichů stejného druhu, krysy měly k dispozici celou místnost, jež byla vybavená potravou, míčky, kolečky a prolézačkami, i prostorem pro páření a výchovu mláďat. Pro nikoho asi nebude tak velkým překvapením, že krysy, které žily ve svém „parku“, většinou volily čistou vodu před užíváním drogy, zatímco kontrolní skupina krysy, jež byly po jedné izolovány v běžných laboratorních klecích, konzumovala mnohem více morfinu.

Na základě této srovnávací studie přišel Alexander s kolegy s teorií, že závislost na užívání návykových látek nepůsobí droga, respektive její farmakologické účinky, ale životní podmínky, v nichž krysa žije – tj. jejich set a setting (1978). Podle autorů studie působí izolace zvířete v kleci vážný stres, který je vede k tomu, že se snaží dosáhnout – prostřednictvím sebedministrace dostupné drogy – farmakologické úlevy. Samozřejmě, pokud k tomu má příležitost. Teď už nezbývá než si představit, jak by se asi v obdobných dvou situacích – izolován v kleci bez toho, aby věděl proč a na jak dlouho, nebo byl vypuštěn do 200× většího „lidského parku“ do společnosti dalších lidí – choval člověk.

● 5 ORGASTICKÝ ZÁŽITEK PŘI POŽITÍ HEROINU

Již bylo zmíněno, že řada odborných textů uvádí, že uživatelé prožívají na počátku intoxikace orgastický pocit (Minařík, 2003). O něm se mezi uživateli traduje řada mýtů, o nichž se lze jen dohadovat, nakolik se může jednat o realitu či farmakomytologii nebo, chcete-li, „latinu uživatelů drog“?

Tak např. Trenton, hlavní hrdina filmu *Trainspotting*, který byl natočen na motivy stejnojmenné knihy (Welsh, 1993) popisuje zmiňovaný orgastický prožitek takto:

„Představ si orgasmus, vynásob ho tisíci a pořád ještě jseš daleko od pocitu, který to dává.“

Jiný známý uživatel heroinu, Alexander Trocchi (1960, str. 36), pro změnu ve své *Kainově* knize tvrdí:

„Když si člověk šlehne, skoro okamžitě se nastartuje... snad by to šlo popsat jako blesk, takový nenápadný, násilím tlumený orgasmus v krevním řečišti, v centrální nervové soustavě.“

Do třetice William S. Burroughs, který ve své knize *Feták* (1977) poměrně podrobně popisuje jeden z jeho nepříjemných zážitků po intoxikaci morfinem, nabízí mnohem prozaičtější charakteristiku zmíněného orgastického zážitku – rozkoše (str. 11):

„Možná je veškerá rozkoš pouze úlevou.“

S tvrzeními podobnými těm výše citovaným se pravděpodobně mohl setkat každý, kdo někdy pracoval s uživateli heroinu. Jak argumentují Carnwath a Smith (2002), to, jak na nás droga působí, do značné míry závisí na očekáváních, která ve vztahu k prožitku účinků drogy máme (set). Na podporu svého tvrzení odkazují na jeden pokus, který s heroinem vedla dvojice psychofarmakologů – výzkumníků. Ti se rozhodli stát se ve prospěch vědeckého poznání závislými. Proto po 14 dnů pravidelně užívali heroin a své prožitky pro nás pečlivě zaznamenávali. V jejich případě tvořila setting laboratoř, v níž oněch čtrnáct dní trávili, napojeni na baterii přístrojů. Snad proto není jejich popis příjemného prožitku tak nadšený, jako tomu bylo v případě Trentona:

„Už jsme na heroinu týden... Zvláštní je, že to nepřináší žádnou rozkoš. Především malátnost. Nejvyšší pár hodin nezájmu – slova plynou a nedotýkají se tě. Ani po injekční aplikaci se neobjeví vzrušení, žádný mysl rozšiřující zážitek, žádný orgastický vrchol... Pocit utlumeného dýchání, mírný nával tepla, pocit podivné tíže a až téměř neodůvodněného strachu... Proč to lidé berou? Pro požitek sotva. Jen pro hodinu náhlého přívalu paniky a svědění? Možná jen pro pozdější únik do apatie...“ (Oswald, 1969)

Nabízí se otázka, který ze dvou protichůdných popisů pocitů po intoxikaci heroinem se může více blížit pravdě. Je možné, že pravda může být někde uprostřed, i když, jak již bylo argumentováno, vždy patrně záleží na našem očekávání a dalších vlivech. Za pozornost proto stojí jiný popis příjemného účinku heroinu, který pochází z úst jeho bývalého uživatele, ale zdá se být mnohem strážlivější a uvěřitelnější než tisícínásobný orgasmus:

„Je to, jako bys dostal dárek nebo zažil něco pěkného.“ (Dětský svět drog, 2003)

Co dodat? Snad jen poukázat na již diskutované omezení přeceňovaného farmakologického účinku heroinu a někdy nedoceňovaného vlivu setu a settingu.

● 6 NÁRŮST TOLERANCE

Další otázkou do této diskuse, která se (nejenom) ve vztahu k heroinu nabízí k zamyšlení, je pojem tolerance. Jedná se

o jedno ze šesti diagnostických kritérií, jež jsou podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) používána pro stanovování diagnózy syndrom závislosti (Nešpor, 2003). Zmíněný autor (ibid., str. 218) podle MKN-10 hovoří o „průkazu tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami“. Pojem ilustruje na „jasných příkladech u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou denně brát takové množství látky, jež by zneschopnilo nebo i usmrtilo jedince bez tolerance“.

Není pochyb o tom, že tělo uživatelů návykových látek si může zvyknout na taková množství drogy, která by neuvítateli při jednorázovém užití mohla způsobit zdravotní problémy způsobené předávkováním. Otázkou však je, zda není mýtem tvrzení, že pro dosažení účinku původně vyvolaného nižšími dávkami musí uživatel brát stále vyšší a vyšší dávky drogy. Pokud bychom přijali tuto tezi za pravdivou a aplikovali ji na člověka, který užívá drogy celý život, je obtížné si představit, jaké množství drogy by musel užívat, když začínal s dávkou např. 100 mg, třeba za 10 nebo za 20 let. Je zajímavé, že – navzdory např. bio-psycho-sociálnímu modelu závislého chování definovaného Světovou zdravotnickou organizací – používá MKN-10 „lineární“ definici nárůstu tolerance. Tedy definice, jež staví výsostně na farmakologii konkrétní látky – v našem případě heroinu – a opomíjí set a setting. Zdá se totiž, že to, zda uživatel zvyšuje nebo nezvyšuje dávky užívané látky, záleží spíše na něm, respektive jeho psychologických charakteristikách a na celé řadě dalších situačních faktorů.

Jak jinak si lze např. vysvětlit případ Dr. Williama Stewarta Halsteada, který je patrně jen jedním z mnoha uživatelů drog, kteří přes to, že desetiletí užívali drogy, neměli potřebu svoje denní dávky zvyšovat? Halstead byl mezinárodně uznávaný chirurg, který mj. založil John Hopkins Medical School, měl rodinu a zemřel v sedmdesáti letech. Přes to, jaké povolání vykonával – jež se, snad viděno běžnou optikou, příliš neslučuje s dlouhodobým a pravidelným užíváním návykové látky, která figuruje na seznamu zakázaných látek – užíval denně 200 mg morfinu. Pozoruhodná přitom, v kontextu výše uvedené teze o nárůstu tolerance, je skutečnost, že mu celý život stačila stále stejná dávka (Gossop, 2000).

Jiný příklad vlivu situačních faktorů – v daném případě přinejmenším aktuální dostupnosti návykové látky – nabízí následující citace z rozhovoru s uživatelem drogy (Radimecký, 2006). Z ní vyplývá, že momentální dostupnost většího množství heroinu vedla uživatele k častějšímu užívání drogy a tím i k nárůstu tolerance než v případě jeho omezené dostupnosti:

„Když jsem měl prostě, tak jsem si dával furt, no. Když ne, tak dvakrát, někdy třikrát denně, kdy jsem měl, prostě. Podle situace, kolik jsem toho měl prostě... pokud člověk jako má, tak je jakoby nenasytnej a je schopnej si dát třeba pat-

náctkrát za den... třeba já, jsem se dostal až na dva gramy denně, jo?“

Z výše uvedeného lze usuzovat, že i ve vztahu k toleranci může sice farmakologie hrát jistou roli, ale významnou úlohu vždy patrně hraje set a setting.

● 7 JAKÝ ÚČINEK MÁ NA ČLOVĚKA HEROIN?

Druhá otázka, jež byla účastníkům prezentace položena, se zaměřovala na hlavní charakteristiku účinků heroinu. Na výběr byly následující možnosti:

- 1/ Tlumivý
- 2/ Stimulační
- 3/ Halucinogenní
- 4/ Žádný

Většina hlasujících volila – v souladu s učebními texty – tlumivý účinek. Například Minařík (2003) uvádí, že po intoxikaci nastupují tlumivé účinky, zklidnění uživatele a prožitek příjemné euforie. Tato charakteristika opět vychází spíše z farmakologických účinků, vliv setu a settingu je opět patrně opomíjen. Zdá se totiž, že stejné typy návykových látek mohou mít na jednotlivce – podle jeho psychologické výbavy, situace a sociálního významu, který užívání návykové látky přikládá – různé účinky.

Typickým příkladem může být užívání stimulačních drog na bázi metamfetaminu, jejichž účinky mají být budivé, tj. mají zvyšovat psychomotorické tempo a bdělost, urychlovat myšlení, zkracovat spánek, zahánět únavu, vyvolávat euforii a velmi příjemný pocit síly a energie (Minařík, ibid.), pro zklidnění dětem s ADHD (Jensen a kol., 2005).

Podobně nemusí mít heroin pro některé jednotlivce tlumivý, ale spíše budivý účinek, jak argumentují autoři knihy *Heroin Century*, Carnwath a Smith (2002, str. 102):

„Řada našich klientů uvádí, že si ráno musí dát heroin prostě proto, aby vstali a mohli fungovat. Některé ženy uvádí, že na heroinu zvládnou velmi efektivně provést velký úklid...“

I Gossop (2000) argumentuje, že představa o tom, že drogy mají ustálený a předvídatelný efekt na všechny lidi bez rozdílu, je velmi rozšířená, ale v případě psychoaktivních drog může jít spíše o výjimku než o pravidlo. Účinek drogy a způsob, jak na něj člověk reaguje, je pravděpodobně více sociální a kulturní konstrukce než její prostý farmakologický účinek (Carnwath a Smith, 2002). Jak jinak si lze vysvětlit výpovědi uživatelů drog o jejich prožitcích např. při podání placebo místo skutečné drogy nebo užívání nouzové náhražky – vody z „výplachu“ již jednou použité injekční stříkačky v případě akutního nedostatku drogy – pro odložení obav z nastupujícího odvykacího syndromu?

„Tam pak dokonce fungují i takový ty věci, že třeba – že se člověk spokojí s výplachem, jo? Prostě jako vypláchnu náradí a i to člověku pomůže...“ (rozhovor s uživatelem, In: Radimecký, 2006)

Zdá se, že používaný systém dělení drog na tlumivé a stimulační je příliš generalizující a zavádějící, protože opět staví pouze na farmakologii dané látky, nezohledňuje – a vzhledem k představitelnému množství existujících variací – vlastně asi ani nemůže zohledňovat vliv setu a settingu. Kategorie, do nichž jsou podle podobných účinků drogy řazeny, jsou spíše orientační, protože jejich nekritické používání při práci s uživateli návykových látek může být někdy zkreslující a zavádějící. Může vést třeba k tomu, že se vážně vedou diskuse o chybějících, specializovaných typech léčby problémových uživatelů jednoho typu drog – např. metamfetaminů (EMCDDA, 2008).

Ostatně pro přijetí teze, že stávající dělení příliš nevytahuje účinky jednotlivých typů drog, jež u jednotlivých uživatelů vyvolávají, nemusíme chodit daleko. Snad každý, kdo užívá alkohol, někdy zažil, že stejné množství alkoholu mohlo odlišně působit na jeho různé uživatele, ale i to, že jeho účinek na jednoho a toho samého uživatele se mohl při různých příležitostech výrazně lišit. Více než na samotném alkoholu patrně více záleželo na aktuálním stavu člověka, očekávání účinku alkoholu a prostředí, v němž jej užíval. Proč by tomu mělo být jinak u heroinu?

● 8 SOCIÁLNÍ DEGRADACE A KRIMINALITA

Patrně nejvýznamnější vliv na budování špatné pověsti heroinu mohou mít jeho asociace s trestnou činností, sociální, psychologickou a fyzickou devastací, k níž jeho dlouhodobé užívání může vést. Důležité přitom je slovo „může“, protože dlouhodobé užívání heroinu může, ale nemusí vést k rozvoji závislého chování a s ním spojené devastaci osobnosti jeho uživatele, jež může, ale nemusí vést k páčání trestné činnosti nebo provozování prostituce jako jednoho ze způsobů, jak si opatřit peníze na koupi drogy (Minařík, 2003).

Takto budovaný obrázek uživatelů heroinu má jeden výrazný limit. Vychází z typologie té části uživatelů heroinu, kteří patrně své užívání nezvládli, a pravděpodobně i proto jsou v kontaktu s adiktologickými službami. To představuje významné riziko zkreslující generalizace, jež může vést k dalšímu upevňování mýtu o nezbytnosti sociální degradace a s ní souvisejícím páčáním trestné činnosti těmi, kdo užívají heroin. Takový portrét ale patrně nelze uplatnit na všechny uživatele heroinu, zejména ne na ty, kteří adiktologické služby nikdy neužívali a neužívají. Ostatně, jak již bylo při různých příležitostech argumentováno (např. Bieracki, 1986; Radimecký, 2007; Nepustil, 2009), s částí uživatelů drog se pracovníci adiktologických služeb nemají šanci setkat, protože patrně dokážou své užívání drog kontrolovat, a nemusí tak sociálně degradovat ani páchat trestnou činnost. Proto se jeví jako zavádějící vytvářet z heroinu synonymum devastace osobnosti uživatele a trestné činnosti. Jak již bylo argumentováno v úvodu článku, heroin jako neživá látka je v tom nevině, vždy záleží na člověku, který s ním zachází, jak a proč to dělá.

Například Gossop (2000) argumentuje, že heroin sám o sobě nepůsobí sociální, psychologickou ani fyzickou devastaci, jak je často uváděno. Podle autora je třeba hledat příčiny případné devastace osobnosti uživatele heroinu v jeho psychologických charakteristikách a v sociálním významu, který pro něj užívání drog má. Takže na scénu opět vstupují set a setting. Aby podpořil své tvrzení, uvádí Gossop, že se osobně setkal s několika lidmi, kteří byli závislí na velkých dávkách heroinu více než 40 let, a přesto to u nich nevedlo k žádnému z hrůzostrašných účinků se závislostí často spojených.

Jak již bylo zmíněno, o lidech, kteří naplňují diagnostická kritéria syndromu závislosti na užívání heroinu, kteří přesto nemusí být nutně sociálně, psychologicky či fyzicky zdevastováni ani nemusejí páchat trestnou činnost, víme jen málo. To proto, že se s nimi zpravidla v adiktologických službách nemáme možnost setkat. Je ale velmi pravděpodobné, že takoví lidé jsou, jen nevíme, je-li jich více, nebo méně než těch, kteří svoji závislost nezvládnou a podílejí se na budování obrazu tzv. typického uživatele heroinu.

● 9 LÉČBA ZÁVISLOSTI

Patrně i díky výše diskutovaným mýtům, které o heroinu mezi laickou veřejností, uživateli drog i odbornou veřejností kolují, se traduje – i v odborných publikacích – že léčba závislosti na užívání heroinu patří k těm nejzávažnějším a nejúpornějším (viz např. Minařík, 2003; Rotgers, 1999). Je otázkou, jak, tj. na základě jakých kritérií, lze poměřovat obtížnost nebo náročnost léčby závislého chování na různých typech návykových látek. Pokud by v tomto ohledu hrály výsadní roli farmakologické vlastnosti drog – např. tzv. závislostní potenciál různých opioidů – bylo by dokonce podávání metadonu (Dole a Nyswander, 1965), látky s vyšším závislostním potenciálem, než má heroin, neetické. To proto, že by abstinčně orientovaná léčba uživatelů drog, kteří předtím užívali lékařsky předepisovaný metadon, měla být logicky – tedy pokud bychom vycházeli výhradně z farmakologického účinku obou uvedených látek – ještě závažnější a úpornější než v případě uživatelů heroinu.

Nicméně náročnost léčby uživatelů drog se patrně ani tak neváže k farmakologickým vlastnostem drog – v našem případě heroinu – opět asi bude spíše záležet na setu a settingu. V tomto kontextu patrně záleží zejména na jedinci a míře jeho motivace ke změně závislého chování (Miller a Rollnick, 2003).

Tvrzení o náročnosti léčby závislosti na užívání heroinu vyvrací proces rychlé údravy amerických vojenských veteránů z Vietnamu, dokonce bez odborné pomoci profesionálů z oboru adiktologie (Robins, 1974). Podle autora měly tehdy desetitisíce vojáků pozitivní testy na užívání heroinu, přičemž až 75 % z nich se cítilo být na jeho užívání závislími. Zásadní roli v procesu jejich údravy ze závislosti měla sehrát podmínka, jež jim byla velením stanovena pro umož-

nění návratu zpět do vlasti – tou bylo dosažení abstinence od užívání drog. V kontextu zmiňovaných tvrzení o náročnosti léčby závislého chování na heroinu se to může jevit neuvěřitelné, ale většina vojáků výše uvedenou podmínku splnila. Po návratu do vlasti již jen 1/3 z nich příležitostně užívala heroin a zhruba 7 % z nich splňovalo kritéria závislosti na užívání heroinu. Spíše než farmakologie heroinu tedy nejspíš opět hrály hlavní roli setting (stresující válečné prostředí ve Vietnamu s abnormálně vysokou dostupností a sociální tolerancí vůči užívání heroinu vs. návrat do podmínek „normálního“ života v USA) a set, tedy individuální osobnostní výbava vojáků.

Zdá se tedy být zavádějící hodnotit závažnost a úpornost léčby závislého chování podle typu látky, na jejímž užívání se léčený uživatel stal závislým, a opomíjet set a setting, čili další souvislosti, které v rozvoji závislého chování mohly hrát někdy i významnější roli.

● 10 KTERÁ LÁTKA JE VHODNĚJŠÍ PRO TIŠENÍ BOLESTI U PACIENTŮ V TERMINÁLNÍCH STADIÍCH NEMOCÍ?

Poslední z otázek, položených účastníkům konference, se týkala léčebného potenciálu heroinu, respektive možností jeho využití v medicíně ve srovnání s morfinem. Na výběr byly následující dvě možnosti:

- 1/ Morfin
- 2/ Heroin

Účastníci prezentace hlasovali – v souladu s medicínskou praxí – pro morfin. Není divu. Jak bylo uvedeno v úvodu, mýtus tradovaný částí odborné obce říká, že léčebný potenciál heroinu je velmi nízký (Minařík, 2003). Vždyť proč by jinak byl současnou medicínou upřednostňován jako lék pro mírnění bolesti zejména u vážných nemocí v jejich terminálních stadiích morfin? Ale, jak argumentují někteří zahraniční autoři (např. Gossop, 2000; Carnwath a Smith, 2002), je to spíše v důsledku kulturního a sociálního portrétního heroinu než jeho farmakologickými vlastnostmi. Vliv tedy, kromě zmiňovaného nepříznivého obrazu heroinu v očích laické i lékařské veřejnosti, může mít i postavení heroinu v seznamu zakázaných látek, který definuje Jednotná úmluva OSN 1961. V ní mají být látky seřazeny v seznamech na základě jejich posouzení podle kritérií závislostního a léčebného potenciálu. Přesto se heroin ocitl ve společnosti látek, které mají nejvyšší závislostní potenciál, přičemž jejich léčebné využití v medicínské praxi má být podle autorů (OSN, 1961) prakticky nulové. To se ale zdá být v rozporu s poznatky z různých výzkumů.

Například Brouet (1953) argumentoval, že heroin je výhodný pro pacienty v terminálních stadiích nemocí, kteří trpí bolestmi v případech, jako jsou selhání srdce nebo rakovina. Podle autora mírní heroin bolesti, nespavost, stres, dýchací potíže, kašel. Jiní autoři (Grady a Severn, 1997) upozorňují na některé výhody heroinu v porovnání s morfi-

nem. Podle nich je heroin oproti morfinu koncentrovanější a pacientům, kterým je s cílem mírnění jejich bolesti podáván, se může podávat v menším množství. To pro ně znamená, že je jim podáváno méně injekcí, než je tomu v současné medicínské praxi, kdy dostávají morfin. Kromě toho má heroin oproti morfinu méně vedlejších účinků, jako jsou nauzea a svědění, a působí rychleji, i když po delším užívání se tento jeho efekt zpomaluje.

Zdá se, že přinejmenším dva výše uvedené důvody vedou k tomu, že je heroin, přes jeho patrně lepší vlastnosti jako léku pro tišení bolesti u pacientů v terminálních stadiích nemocí, opomíjen a přednost je dávana morfinu, který ze srovnání s heroinem vychází o něco hůře. Tuto skutečnost již v roce 1984 glosoval Podvýbor pro zdraví a prostředí Sněmovny reprezentantů USA při slyšení k zákonu o soucitné úlevě od bolesti asi takto: „*Právě teď, v Americe, víme o látce, která je nejvíce účinným, efektivním, snadno rozpustným a rychle účinkujícím narkotikem, jaké kdy bylo vytvořeno. Ale není dostupné. Tomu nerozumím*“ (in Carnwath a Smith, 2002).

Důsledkem této politiky založené na mýtech, jež byly v článku diskutovány, je stále velká omezenost dostupnosti opioidů pro tišení bolesti u pacientů v některých částech světa. Podle odhadů Světové zdravotnické organizace strádá v současnosti asi 86 mil. osob ročně v důsledku neléčené střední až silné bolesti (Mezinárodní výbor pro kontrolu narkotik OSN, 2008). To se zdá být velkou daní za udržování mýtů a stereotypů, které se zakládají na v minulosti vytvořených předsudcích a nikoli na poznatech podložených výzkumem.

● 11 SHRUTÍ

V článku byly diskutovány některé zavedené a přetrvávající mýty a stereotypy o heroinu, jeho uživatelích, účincích, dopadech užívání a chování uživatelů, které mohou představovat překážky v uplatňování výzkumem podložených postupů v oboru adiktologie, ale i v medicíně. Hlavním poznatkem, který vyplývá z analýzy některých oblíbených mýtů a stereotypů tradovaných ve vztahu k heroinu mezi laickou i mezi odbornou veřejností, je, že jejich původ a udržování lze patrně připsat zejména preferování výhradně farmakologických účinků heroinu a opomíjení dalších významných faktorů – setu a settingu.

Prezentované argumenty vedou k závěru, že některé – i v odborných publikacích – tradované teze ve vztahu k heroinu patrně nemají tak jasné kontury, jak bychom si mohli přát, ale spíše dávají poněkud „zamlžený“ obraz. Slovy Voskovce i Wericha: „*nikdy nic nikdo nemá mít za definitivní, neb nikdo nikdy neví, co se může stát...*“ Ještě jinak, některé věci mohou, ale nutně nemusí být tak, jak jsou někdy zjednodušeně, v generalizované formě prezentovány často i v odborných publikacích. Hlavním důvodem patrně je, že taková tvrzení často staví na nekomplexním formátu pro-

měnných, které mohou ve vztahu k výše uvedeným mýtům či stereotypům hrát rovněž významnou roli.

Zdá se tedy, že navzdory tvrzením tradovaným i v některých odborných publikacích:

- čistý heroin nemusí být nezbytně drogou s neakceptovatelným rizikem;
- závislost na heroinu se nemusí nutně rozvinout již po několika týdnech a/nebo měsících jeho užívání;
- orgastický pocit na počátku intoxikace se nemusí nutně dostavit, nebo se může vyrovnat zážitku, jako když vám někdo dá dárek;

- tolerance může narůstat rychle v období dostatku drogy, nezbytně ale narůstat nemusí ani při celoživotním užívání;
- užívání heroinu nemusí nutně vést k sociální, psychologické ani fyzické devastaci a páchání trestné činnosti, jak se často uvádí;
- účinky heroinu mohou být pro některé uživatele tlumivé, ale pro jiné i stimulační;
- léčba závislého chování uživatelů heroinu nemusí být nejzávažnější a nejúpornější;
- heroin má vysoký léčebný potenciál, přesto ale není v současné medicíně užíván, patrně pro svoji špatnou pověst.

LITERATURA / REFERENCES

- Alexander, B. K., Coombs, R. B. and Hadaway, P. F. (1978). "The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats," *Psychopharmacology*, Vol. 58, 175–179.
- Berridge, V. (1998). Commentary: AIDS and drug policy; the 1970's or the 1990's? *Drugs: Education, Prevention and Policy* 5, 319–321.
- Berridge, V. (2004). Why alcohol is legal and other drugs are not, *History Today* 54.5 (May 2004): 18(3). *Expanded Academic ASAP*. Thomson Gale. Database of the Month. Approached 29 November 2005.
- Biernacki, P. (1986). *Pathways from Heroin Addiction: Recovery Without Treatment*, Temple University Press.
- Brouet, G. (1953). The use of heroin in therapeutics, *Bulletin on Narcotics*, 17–18.
- Burroughs, W., S. (1977) *Feták*. Česky 2002. Praha: Mafá.
<http://find.galegroup.com/itx/infomark.do?&type=retrieve&tabID=T002&prodId=EAIM&docId=A116451456&source=gale&srprod=EAIM&userGroupName=dob&version=1.0>.
- Carnwath, T. and Smith, I. (2002). *Heroin Century*. London and New York: Routledge, ISBN 0-415-27899-6.
- Dole, V. P. et Nyswander, M. A. (1965). Medical Treatment of Diacetylmorphine (Heroin) Addiction, *Journal of the American Medical Association*.
- EMCDDA (2008). *Annual Report on Drug Situation in European Union 2007*; Lisbon.
- Escohotado, A. (1996). *Stručné dějiny drog*, české vydání 2003. Praha: Volvox Globator, ISBN 80-7207-512-8.
- Gossop, M. (2000). *Living with Drugs*. London: Ashgate Publishing Ltd., ISBN 1-84014-939-6.
- Grady, K. M. et Severn, A. M. (1997). Key Topics in Chronic Pain, *Oxford: Bios Scientific*, 50–52.
- Jensen et al. (2005). Cost-Effectiveness of ADHD Treatments: Findings from the Multimodal Treatment Study of Children With ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 162: 1628–1636.
- Kalousek, M. et Vacek, J. (2004). *KDU-ČSL vyhlašuje válku drogám!*
<http://valkajevul.webpark.cz/valkaprotidrogam.html>.
- Marshall, G. (1998). *Oxford Dictionary of Sociology* (hesla *myths a stereotypes*). New York: Oxford University Press.
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: SCAN, ISBN 80-86620-09-3.
- Minařík, J. (2003). Opioidy a opiáty, In: Kalina, K. et al. (2003), *Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR, s. 159–163.
- Miovský, M. (2003). Konopné drogy. In: Kalina, K. et al. (2003), *Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR, s. 174–179.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E., Miovská, L., Gajdošková, H., Vopravil, J. (2008). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007 [Annual Report on Drug Situation 2007 – Czech Republic]*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nepustil, P. (2009). *Bez léčby to jde*. Prezentace na konferenci Společnosti pro návykové nemoci – ČLS JEP „Mýty a stereotypy v adiktologii“, PwP prezentace, <http://www.atkonference.cz/Historie-minule-rocniky/2009/>.
- Nešpor, K. (2003). Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami, In: Kalina, K. et al. (2003), *Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR, s. 217–222.
- Okruhlica, L. (2009). Medicína založená na důkazoch a drogová politika. *Adiktologie*, 9(1), 36–43.
- OSN (1961). *United Nations Single Convention on Narcotic Drugs*. (<http://www.incb.org/e/conv/1961/>).
- OSN (1971). *United Nations Convention*. (<http://www.incb.org/e/conv/1971/>).
- Radimecký, J. (2006). *Analýza drogové scény a služeb pro uživatele drog v Libereckém kraji: Závěrečná zpráva*. Liberec: Liberecký kraj, *nepublikováno*.
- Radimecký, J. (2007). Jeden krok vpřed a dva vzad..? Kritika konceptu závislosti jako nemoci. *Adiktologie*, 7(2), Supplementum, 232–243.
- Radimecký, J., Janíková, B. a Zábranský, T. (2009). *Trendy na drogové scéně v ČR – Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů: Závěrečná zpráva*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády ČR, *nepublikováno*.
- Robins, L. N. (1974). *The Vietnam Drug User Returns*. Washington: US Governmental Printing Office.
- Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Satir, V. (1983). *Společná terapie rodiny*. Česky 2007. Praha: Portál.
- Škrdlant, (2003). Dětský svět drog, dokumentární film ze série Když musíš, tak musíš!?, Slunéčko Production.
- Trocchi, A. (1960). *Kainova kniha*. Česky 2007. Praha: Odeon.
- Vacek, J. (2008). Historický přehled výzkumů prožitku akutní intoxikace. In: Miovský, M. et al. (2008), *Konopí a konopné drogy – Adiktologické kompendium*, Praha: Grada Publishing.
- Welsh, I. (1993). *Trainspotting*. Česky 1997. Praha: MAŤA.
- Zábranský, T. (2002). Problem Drug Use and Treatment Responses. In: EMCDDA, (Ed.) 2002, *Report on the Drugs Situation in Candidate Central and Eastern European Countries*, pp. 23–42. Lisbon: EMCDDA.
- Zábranský, T. (2007). Methamphetamine in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues*, 37(1), 155–180.



Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti