

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Anna Jarmarová

Metamfetaminová toxická psychóza z pohledu klienta

Methamphetamine toxic psychosis from the perspective of a client

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Jakub Minařík

Praha
2018

Prohlášení

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

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

V Praze 18. července 2018

Anna Jarmarová

Poděkování

Ráda bych poděkovala mému vedoucímu práce MUDr. Jakobovi Minaříkovi za jeho trpělivost a cenné rady. Mé poděkování patří též organizaci Progressive o.p.s. za zprostředkování respondentů do výzkumné části této práce a umožnění výzkumu na jejich pracovišti.

Identifikační záznam

JARMAROVÁ, Anna. *Metamfetaminová toxická psychóza z pohledu klienta.*
[*Methamphetamine toxic psychosis from the perspective of a client*]. Praha, 2018. 57 s., 4
příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Klinika adiktologie.
Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Jakub Minařík.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá metamfetaminovou toxickou psychózou jako celkem. V teoretické části popisuje nejen účinky metamfetaminu na psychický stav klientů, ale také vymezuje pojem metamfetaminová toxická psychóza. Rozděluje psychózy na endogenní a látkou vyvolané. Klade důraz na pozitivní i negativní symptomatologii tohoto onemocnění a interpretuje řadu výzkumů zabývajících se neurobiologií vzniku toxických psychóz a genetickými predispozicemi.

Cílem této práce je popsat toxickou psychózu u dlouhodobých uživatelů metamfetaminu. Jak uživatelé psychózu vnímají, lze-li stanovit vztah mezi intenzitou a pravidelností užívání nebo způsobem aplikace metamfetaminu s toxickou psychózou. Dále má zjistit, pozná-li klient průběh toxické psychózy a ovlivní-li psychotická epizoda klientovu intenzitu užívání, případně, má-li vliv na celkovou abstinenci od drog.

Výzkum probíhal na vzorku šesti uživatelů – třech abstinujících a třech aktivně užívajících. Pro získání kvalitativních dat jsem zvolila kombinaci několika metod, a to – pozorování, záznamový arch a semistrukturované interview.

Rozhovory byly registrovány na nahrávací zařízení a audiozáznam byl dále transkribován do dokumentu MS Word. Systematizace kvalitativních dat proběhla formou třídění dat dle předem stanovených kritérií. Dále byla použita počítačová úprava dat do strukturované podoby pomocí redukce prvního řádu, kódování dat, editorování, komentáře a následné verifikace. Pro analýzu výsledků byla použita kombinace metody zachycení vzorců s metodou narativní analýzy.

Z výzkumu vyplývá, že u chronických uživatelů dochází k rozvoji toxické psychózy a v komparaci s jinými výzkumy bylo potvrzeno, že nízký věk prvního užití drogy zvyšuje pravděpodobnost rozvoje toxických psychóz. Intenzita prožitku toxické psychózy je mnohonásobně delší než 48 hodin. Čím déle psychotická epizoda trvá, tím hůře klient rozpoznává realitu od halucinací. Prožitek z toxické psychózy není impulsem k následné abstinenci či snížení intenzity užívání.

Klíčová slova: metamfetamin, toxická psychóza, schizofrenie, akutní intoxikace

Summary

The Bachelor's thesis deals with methamphetamine induced psychosis. The theoretical part describes not only the effects of methamphetamine on the mental state of clients, but also defines the concept of methamphetamine induced psychosis. It divides psychoses into endogenous and substance-induced psychosis. It emphasizes the positive and negative symptoms of this disease and interprets a number of studies dealing with neurobiology of toxic psychosis and genetic predisposition.

The aim of this work is to describe toxic psychosis among long-term methamphetamine users as they perceive whether the relationship between intensity, regularity of use, and method of application of methamphetamine with toxic psychosis can be established. Whether the client is aware of the course of toxic psychosis and whether the psychotic episode affects the client's intensity of use, or overall abstinence from drugs.

The survey was conducted on a sample of 6 users - 3 abstainers and 3 active users. To get qualitative data I chose a combination of several methods, observation, record sheet and semi-structured interview.

The conversations were recorded on the recording equipment and the audio recording was further transcribed in MS Word. The systematization of the qualitative data was done by sorting data according to predefined criteria. I also used computer data editing in structured form by first order reduction, data encoding, editing, commentary and subsequent verification. To analyze the results, I used a combination of the pattern capture method and the narrative analysis method.

Research has confirmed that toxic psychosis is developing in chronic users, and in comparison with other research it has been confirmed that the likelihood of developing toxic psychoses is increases with lower age of client. The intensity of the experience of toxic psychosis is many times longer than 48 hours. The longer the psychotic episode takes, the more difficult for the client is to separate out what is the hallucinations and what the reality is. The experience of toxic psychosis is not an impulse for subsequent abstinence or a reduction in intensity of use.

Keywords: methamphetamine, toxic psychosis, schizophrenia, acute intoxication

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1. METAMFETAMIN	10
1.1. RIZIKA SPOJENÁ S UŽÍVÁNÍM METAMFETAMINU	11
1.2. HISTORIE	13
1.3. EPIDEMIOLOGIE	14
1.4. LÉČBA	15
2. TOXICKÉ PSYCHÓZY	16
2.1. DUÁLNÍ DIAGNÓZA	16
2.2. PSYCHIATRICKÉ PORUCHY	16
2.2.1. <i>Psychotické stavy vyvolané účinkem drog</i>	16
2.2.2. <i>Primární psychotické stavy</i>	17
2.3. POZITIVNÍ SYMPTOMATOLOGIE	18
2.3.1. <i>Bludy</i>	18
2.3.2. <i>Halucinace a iluze</i>	19
2.3.3. <i>Poruchy vnímání a myšlení</i>	21
2.4. NEGATIVNÍ SYMPTOMATOLOGIE	21
2.5. ETIOLOGIE VZNIKU TOXICKÝCH PSYCHÓZ	22
2.6. LÉČBA	23
2.6.1. <i>Farmakoterapie</i>	23
2.6.2. <i>Psychoterapie</i>	23
2.7. VÝZKUMY NA TÉMA TOXICKÉ PSYCHÓZY	24
2.8. SCHIZOFRENIE NEBO TOXICKÁ PSYCHÓZA?	26
VÝZKUMNÁ ČÁST	28
3. METODOLOGIE VÝZKUMU	28
3.1. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
3.2. METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT	28
3.2.1. <i>Realizace rozhovoru:</i>	29
3.3. VÝBĚR A POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU	30
3.4. ZPRACOVÁNÍ DAT	32
3.5. ETICKÉ ASPEKTY	32
3.6. ANALÝZA VÝSLEDKŮ	32
3.7. VÝSLEDKY	33
3.7.1. <i>První setkání s drogou</i>	33
3.7.2. <i>Denní dávky metamfetaminu</i>	33
3.7.3. <i>Kombinace metamfetaminu s jinými látkami</i>	35
3.7.4. <i>Průběh toxické psychózy</i>	35
3.7.5. <i>Toxická psychóza jako motivace k abstinenci</i>	37
3.7.6. <i>Realita nebo halucinace?</i>	38
3.7.7. <i>Toxická psychóza jako jeden z důvodů užívání metamfetaminu</i>	39
3.8. SEKUNDÁRNÍ ZJIŠTĚNÍ VYPLÝVAJÍCÍ Z VÝZKUMU	40
4. DISKUSE A ZÁVĚR	42
POUŽITÁ LITERATURA	46
SEZNAM TABULEK	51
PŘÍLOHY	52

Seznam použitých zkratk

ČR – Česká republika

DSM-IV – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, 4. revize

EU – Evropská unie

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize

PPDs – primární psychotická porucha

SIPDs – látkou vyvolaná psychotická porucha, toxická psychóza

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku metamfetaminových toxických psychóz. Jejím cílem je popsat toxické psychózy vyvolané užíváním metamfetaminu. Odhaluje prožitek klienta z toxické psychózy, zda ji dokáže odlišit od reality, popřípadě od jiných stavů. Přináší odpověď na otázku, co tomuto stavu bezprostředně předchází, jaký vliv má na tento stav intenzita a pravidelnost užívání a způsob aplikace drogy.

Pervitin je nejčastěji užívanou nelegální drogou v České republice. S rostoucí křivkou uživatelů pozorujeme i častější výskyt toxických psychóz. Toxické psychózy mají dosud nejasnou etiologii. Svými příznaky se často shodují s jinými psychotickými onemocněními, jako je například schizofrenie. V klinické praxi se často setkáváme s chybnou diagnostikou tohoto onemocnění a pacienti bývají mylně diagnostikováni jako schizofrenní, přestože u nich propukla látkou vyvolaná psychotická porucha.

Metamfetaminem vyvolané toxické psychózy jsou charakterizovány vizuálními a sluchovými halucinacemi, které v pacientech vyvolávají pocity pronásledování, tzv. stíhy. Nesou s sebou i řadu negativních symptomů, mezi které řadíme například emoční oploštěnost. Tento stav by měl po úplné abstinenci odeznít do šesti měsíců, zkušenosti klinické praxe tomu ale neodpovídají. Mezi endogenní, tedy primární psychotickou poruchou, za kterou je považovaná právě schizofrenie, a psychotickou poruchou vyvolanou účinkem látek jsou zásadní rozdíly – u schizofrenie je léčebná odpověď na neuroleptika výrazně pomalejší než u metamfetaminových toxických psychóz, a schizofrenní pacienti mají nižší kontakt s realitou či trvalé negativní příznaky, jako jsou například snížená intenzita emocí nebo hypobulie.

Bakalářská práce se dělí na teoretickou a praktickou část. V první kapitole jsou vymezeny základní pojmy, které se pojí s abusem metamfetaminu. Druhá kapitola se již věnuje problematice toxické psychózy, její symptomatologii, etiologii, léčbě a komparaci se schizofrenií.

Praktická část je věnována kvalitativní analýze rozhovorů s šesti respondenty majícími zkušenost s toxickou psychózou. Na výzkumném vzorku popisují metamfetaminovou toxickou psychózu z pohledu klienta, co předchází jejímu rozvoji a zda dokážeme stanovit vztah toxické psychózy s intenzitou, pravidelností užívání a způsobu aplikace drogy. Další otázkou zjišťují, ovlivňuje-li opakovaná zkušenost s toxickou psychózou následnou intenzitu užívání drog či abstinenci od drog.

Teoretická část

1. METAMFETAMIN

Metamfetamin (systematickým názvem (2S)-N-metyl-1-fenylpropan-2-amin) neboli pervitin, slangově též piko, péčko, páрно, peří nebo také perník, je chemicky pravotočivým fenylmethylaminopropanem (Minařík & Kmoch, 2015) a patří do skupiny psychomotorických stimulantů, kam řadíme například i kokain či amfetamin.

V Čechách se jedná o nejčastěji užívanou stimulační drogu, která je často neodborně vyráběna v domácích podmínkách z volně prodejných léků proti nachlazení obsahujících pseudoefedrin. Na trhu se objevuje jako bílý krystalický prášek bez zápachu s nahořklou chutí a se zabarvením do růžova až hněda díky jódu, který je užíván při výrobě.

Psychomotorická stimulanty způsobují celkové povzbuzení organismu (Minařík & Kmoch, 2015), například urychlují myšlení, zvyšují bdělost, aktivují motoriku a snižují chuť k jídlu. Látky uvolňují zábrany, často vyvolávají euforické pocity síly a energie. Jedinci mají také pocit sexuální výkonnosti a neodolatelnosti.

„Mechanismus účinku spočívá ve zvýšení hladiny biogenních aminů – dopaminu, noradrenalinu, popř. i serotoninu – na synapsích v centrální nervové soustavě, eventuálně v přímé vazbě na receptory v centrální nervové soustavě. Tím dochází ke zvýšenému přenosu na postsynaptický neuron.“ (Minařík & Kmoch, 2015, p. 70)

Metamfetamin je organismem rychle vstřebáván, jelikož se jedná o látku dobře rozpustnou v tucích, a distribuován do centrálního nervového systému. Díky tomuto procesu lze pozorovat rychlý a silný omamný účinek, který je důvodem k opakované chuti látku užít. Psychomotorická stimulanty mohou mít nejen pozitivní účinky, ale také účinky nežádoucí, mezi které řadíme například vzestup krevního tlaku či akceleraci pulsu, anxiogenitu nebo psychotickou epizodu.

Užíváním metamfetaminu dochází ke změně chování. Typické jsou známky agrese a přecenění vlastních hranic. Díky stimulačnímu efektu drogy může docházet k přetížení organismu a následnému selhání kardiovaskulárního systému. U intoxikovaného můžeme pozorovat mydriázu neboli rozšíření zornic či sucho v ústech. Mezi další somatické účinky řadíme zvýšený svalový tonus, bronchodilataci, vzestup tlaku krve a tepové frekvence. *„Toxikologický důkaz metamfetaminu a jeho metabolitu amfetaminu v krvi je možný zhruba do 24 hodin, v moči 2-3 dny po poslední dávce.“ (Balíková, 2017, p. 99)*

U dlouhodobých uživatelů vzniká riziko vzniku toxických psychóz, které se vyznačují nejčastěji sluchovými halucinacemi a bludy. Metamfetamin v kombinaci s halucinogeny může rapidně ovlivnit rozvoj psychotických stavů. Dalšími látkami, které silně interagují s metamfetaminem, jsou skupiny léků inhibitorů monoaminoxidázy, jejichž kombinace může mít až fatální následek. Kombinací metamfetaminu s opioidy či benzodiazepiny vzniká tzv. speedball, se kterým se u uživatelů mnohdy setkáváme. Důležité je zmínit, že kombinace s jinými látkami, jako je například alkohol, kokain či opiáty, zvyšuje riziko komplikovaného průběhu intoxikace. Účinky drogy jsou ale u každého jedince individuální – záleží na míře tolerance, na množství užití látky, ale také na způsobu aplikace.

Mezi nejčastější způsoby užití patří intravenózní aplikace a sniffing (šňupání), přičemž v ČR intravenózní aplikace převažuje (Úřad vlády ČR, 2017). Na úrovni EU je však častější perorální způsob aplikace či sniffing. Jiné aplikační způsoby jako per os či inhalace jsou v ČR méně časté, eventuálně se využívají v harm reduction například formou kapslí.

Minařík a Kmoch (2015) uvádí běžné dávky v rozmezí od 50 do 250 mg. U celkových denních dávek tak může přesáhnout i 1 g látky. U pravidelných intravenózních uživatelů pervitinu může denní dávka přesáhnout i 5 g. Doba nástupu účinku se poté liší od způsobu aplikace – u intravenózního užití nastupují účinky ihned, zatímco například u sniffingu do 10 minut (Minařík & Kmoch, 2015). Při méně častém užívání per os nastupuje účinek do 30 až 60 minut od užití.

1.1. Rizika spojená s užíváním metamfetaminu

Užívání metamfetaminu s sebou nese řadu rizik. Jedním z nich je vznik silné psychické závislosti, zatímco fyzická závislost u uživatelů nevzniká. Velmi rychle vzniká výrazná tolerance, a tím i potřeba navyšovat dávky drogy. Při dlouhodobém užívání se může u uživatelů projevit toxická psychóza, není ale výjimkou vznik tohoto stavu při jednorázovém užití drogy. O tomto stavu bude podrobněji pojednáno v dalších kapitolách. Po odeznění účinku drogy se dostavuje tzv. „dojezd“, kdy u uživatelů pozorujeme únavu, vyčerpání, bolest kloubů a svalů.

Metamfetamin je neurotoxický pro dopaminergní receptory (Minařík & Kmoch, 2015). To nese za následek, při dlouhodobém užívání, poruchy paměti a motorických funkcí. Vzhledem k jeho negativnímu působení na neurony také ztrátu šedé kůry mozkové ve spojení s hypertrofií bílé kůry mozkové.

Užívání metamfetaminu se pojí s řadou psychopatologických poškození, například poruchy nálady, úzkosti, deprese, psychózy či poruchy osobnosti. Zweben a kol. (2004)

tvrdí, že ¼ uživatelů trpí psychiatrickou poruchou, která je natolik závažná, že vyžaduje akutní hospitalizaci. Dalším rizikem je celkové přetížení organismu spojené s dehydratací či selháním srdce. Uživatelé pervitinu také často trpí somatickými komplikacemi způsobenými například nevhodným způsobem aplikace drog. „*Injekční aplikace je spolehlivě nejrizikovější způsob užívání drog, neboť dochází k vpravení toxické látky včetně všech nežádoucích příměsí a mikroorganismů přímo do krevního řečiště.*“ (Minařík, 2003, p. 224). U intravenózních uživatelů se tedy často setkáváme s místními infekčními komplikacemi. V místě vpichu se často tvoří abscesy, flegmóny či bércové vředy. Poškozen může být i cévní systém, dochází ke vzniku trombózy a jiných cévních onemocnění. Sdílení infekčního náčiní může mít též za následek šíření HIV či různých typů hepatitid. Dalšími somatickými komplikacemi u uživatelů metamfetaminu mohou být například infarkt myokardu, poškození dýchacího systému či poškození CNS.

Při předávkování psychostimulancii pozorujeme u postižených úzkost, záchvaty paniky, agitovanost, paranoiu či zvracení, bolest na hrudi, třes a poruchy dechu. Předávkování může být fatální (Minařík & Kmoch, 2015).

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2008) definuje v MKN-10 duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek kódy F10 – F19. Metamfetamin spadá do skupiny F15. neboli do skupiny poruch vyvolaných účinkem jiných stimulancií.

Nejčastější diagnózy uživatelů metamfetaminu jsou popsány níže.

- *F15.0 Akutní intoxikace dle MKN-10*

Akutní intoxikací se označuje stav po aplikaci psychoaktivní látky vedoucí k poruchám úrovně vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, či jiných psychofyziologických funkcí a reakcí.

- *F15.1 Škodlivé užívání dle MKN-10*

Škodlivým užíváním se rozumí příklad užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví, (ať už psychické či somatické).

- *F15.2 Syndrom závislosti dle MKN-10*

Syndrom závislosti určují kritéria závislosti. Během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku neboli craving,
- potíže v kontrole užívání látky, a to, pokud jde o začátek nebo ukončení užívání nebo o kontrolu užívaného množství látky,

- tělesný odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky,
 - průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami,
 - postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,
 - pokračování i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.
- *F15.3 Odvykací stav dle MKN-10*

Odvykacím stavem je nazývána skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání. Odvykací syndrom u stimulancií se vyznačuje únavou, neklidem a intenzivní chutí k užití drogy (Minařík & Kmoch, 2015). U odvykacího stavu můžeme pozorovat úzkostné stavy, podrážděnost a deprese vedoucí k sebevražedným myšlenkám.
 - *F15.5 Psychotická porucha*

Jedná se o soubor psychotických fenoménů, které se objevují během požití psychoaktivních látek nebo po něm. Tento soubor psychotických fenoménů nelze však vysvětlit pouze akutní intoxikací a není ani součástí odvykacího stavu. Porucha je charakterizována halucinacemi, percepčními zkomoleními, bludy, psychomotorickými poruchami a abnormálním afektem, který se může objevit v rozsahu od intenzivního strachu až k extázi. Blíže bude tato porucha popsána v kapitole 2. *Toxické psychózy*.

1.2. Historie

Minařík (2003) tvrdí, že stimulancia byla objevena a připravena k použití poměrně pozdě. Amfetamin byl syntetizován v roce 1887, metamfetamin poté o rok později v Japonsku. Do roku 1939 byly amfetaminy považovány za nenávykové, a tak se s nimi i zacházelo. Ve 30. a 40. letech byl metamfetamin využíván k léčbě řady nemocí, jako například schizofrenie, závislosti na morfinu, nízkého tlaku a k léčbě chronické škytavky. V roce 1948 byl metamfetamin zneužíván zhruba 5 % Japonců ve věku 16 až 25 let. Počet uživatelů metamfetaminu byl v roce 1954 odhadnut na 550.000 lidí, z nichž 10 % trpělo symptomy metamfetaminem vyvolané toxické psychózy (Douglas Anglin, Burke, Perrochet, Stamper & Dawud-Noursi, 2000).

Zatímco v Japonsku byl omezen prodej metamfetaminu již v 50. letech, ve Spojených státech tomu tak bylo až později. Ještě v roce 1967 bylo předepsáno 31 milionů předpisů na léky proti depresím a obezitě, tedy pervitinu (Douglas et al., 2000). Metamfetamin byl hojně využíván až za 2. světové války, kdy Japonsko, Německo a Spojené státy poskytovaly drogu vojákům ke zvýšení vytrvalosti a výkonnosti. Teprve v 70. letech se zavedla první omezení v prodeji, jelikož byla lépe pochopena rizika spojená s užíváním metamfetaminu. V 70. letech se v České republice začal ve velkém vyrábět z efedrinu za pomoci jódu a červeného fosforu.

Obecně je ve světě více časté zneužívání amfetaminu, se kterým se v České republice nesetkáváme tak často jako s metamfetaminem. Ten má totiž o něco silnější účinky než amfetamin. Metamfetamin získal svou popularitu především díky své relativně nízké ceně a dobré dostupnosti oproti jiným drogám, jako je například kokain (Albertson, Derlet & Hoozen, 1999).

1.3. Epidemiologie

Jak již bylo výše zmíněno, hlavní problémovou drogou v České republice je metamfetamin (Úřad vlády ČR, 2017). Dle poslední Výroční zprávy o stavu ve věcech drog (Úřad vlády ČR, 2017) máme v České republice 34,3 tisíc problémových uživatelů pervitinu. Dle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti se od roku 2015 prevalence užívání metamfetaminu nezměnila. U 70 % problémových uživatelů drog pozorujeme kontakt s pomáhajícími organizacemi. Celoživotní zkušenost s metamfetaminem uvádí 3 % české populace (Úřad vlády ČR, 2017).

Problémové užívání drog můžeme definovat jako pravidelné, dlouhodobé či injekční užívání.

Uživatele pervitinu můžeme dělit do tří kategorií podle frekvence užívání.

- Sporadické užívání,
- trvalé užívání (denní či pravidelné),
- v tzv. jízdách (epizody střídající odstup dávek po 0,5 – 3 hodinách až do vyčerpání, s kratšími či delšími epizodami bez užívání).

Užívání v tzv. jízdách je pro uživatele metamfetaminu běžnější. Typicky se setkáváme s užíváním několik dní po sobě s následnou několikadenní abstinencí. Časté bývá víkendové užívání. Uživatel postupně užívá metamfetamin častěji – zkracuje epizody abstinence, a naopak navyšuje epizody užívání. To však může vést ke každodennímu užívání a vzniku závislosti.

1.4. Léčba

V České republice je systém léčebné péče široce rozvinut. Tradičně se setkáváme s několika různými typy služeb pro uživatele návykových látek. Ať už je to ústavní léčba s pevnou režimovou složkou, ambulantní program či stacionární péče. U všech těchto typů zařízení je nejdůležitější léčebnou intervencí abstinence od metamfetaminu, a to ať už v případě akutních obtíží či u obtíží dlouhodobých. Po vysazení metamfetaminu se u uživatelů objevuje odvykací stav, který je typický těmito příznaky – únava, neklid a intenzivní chuť k užití drogy. Příznaky odvykacího stavu jsou úzce spojeny s účinky metamfetaminu. Mimo to se objevují také příznaky depresivní či panické. Podle Minaříka a Kmocha (2015) můžeme ulevit od záchvatů paniky pomocí benzodiazepinů v běžných dávkách, v případě tachykardie napomůžou beta blokátory. Pomocí farmakoterapie můžeme značně ovlivnit i craving neboli bažení, a to Fluoxetinem.

Při detoxifikaci se zaměřujeme na abstinenci od metamfetaminu a léčbu symptomatologických obtíží. Při léčbě závislosti dbáme na psychologické postupy, které by měly být dlouhodobé a měly by dbát na udržení abstinence a prevenci relapsu.

„Substituce u závislosti na psychostimulanciích je komplikovaná. Rozporuplné zkušenosti jsou s metylfenidátem.“ (Minařík & Kmocho, 2015). Minařík, Gabrhelík, Malcolm, Pavlovská a Miller (2015) ve svém výzkumu zkoumali účinek substituční léčby metylfenidátem na vzorku 24 pacientů, kteří byli rozděleni dle předem stanovených kritérií na tzv. „steady“ a „binge“ uživatele. „Steady“ uživatelé jsou ti, kteří užívají pravidelně menší dávky metamfetaminu, zatímco „binge“ uživatelé jsou ti, kteří užívají metamfetamin nepravidelně ve větších dávkách. Samotná léčba začala doporučenou dávkou 20 mg metylfenidátu denně. Dle pacientovy potřeby bylo možné dávkování krátkodobě upravit, avšak nejvyšší dávka byla 60 mg metylfenidátu denně. V průměru trvala léčba 8 měsíců. Pravidelní uživatelé pervitinu měli dle tohoto výzkumu lepší klinické výsledky oproti nepravidelným uživatelům, kteří měli tendenci častěji vypadávat z léčby či dosahovali jen omezených zlepšení. Výsledkem léčby metylfenidátem bylo 10 pacientů plně abstinujících (9 z nich tzv. „steady“ uživatelů).

2. TOXICKÉ PSYCHÓZY

Uživatelé metamfetaminu jsou v České republice nejrozšířenější skupinou z populace uživatelů nelegálních návykových látek. Ti tvoří zhruba 70 % pacientů v léčbě závislosti na nelegálních drogách (Orlíková & Csémy, 2016). Přesto, že se u většiny z nich setkáváme s psychiatrickými poruchami, chybí nám informace o komorbiditě u metamfetaminu, zejména pak o problematice metamfetaminových psychóz, které jsou nejnápadnější psychiatrickou konsekvencí (Darke, Kaye, McKetin & Duflou, 2008).

U metamfetaminu se mohou psychiatrické symptomy vázat k akutnímu účinku drogy, případně jeho vysazení. Jeho opakované užívání se projevuje celou řadou psychologických a psychiatrických potíží (Darke et al., 2008).

2.1. Duální diagnóza

S pojmem duální diagnóza se setkáváme v klinické praxi poměrně často. Jedná se o souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy (Kalina & Minařík, 2015). Nejčastěji se pak setkáváme s poruchami nálad, schizofrenií, poruchami osobnosti, poruchami příjmu potravy či s psychotickými stavy. V posledních letech roste prevalence duálních diagnóz. Otázkou zůstává, zda křivka neroste z důvodu, že si jich více všímáme.

Psychiatrické poruchy, které pozorujeme u uživatelů nelegálních návykových látek, v našem případě metamfetaminu, mohou být vyvolané samotným užíváním drog. Nejčastěji se setkáváme s depresivními a úzkostnými poruchami, poruchami osobnosti a s psychotickými stavy, kterým bude věnována tato kapitola.

2.2. Psychiatrické poruchy

Psychiatrické poruchy u uživatelů návykových látek mohou být primární, tzn. poruchy, které se objevily již před samotným užíváním návykových látek nebo mohou být vyvolané užíváním drog. Mezi poruchy primární neboli endogenní řadíme především úzkostné a depresivní stavy.

2.2.1. Psychotické stavy vyvolané účinkem drog

Mezi poruchy vyvolané užíváním návykových látek řadíme psychózy, které jsou až z 80 % vyvolané právě abusem metamfetaminu (Hides et al., 2014). Psychotické stavy vyvolávají i jiné látky než jen metamfetamin. Těmito látkami jsou alkohol, halucinogeny, ale i sedativa či opiáty (Grant et al., 2011).

Alkoholová psychóza vzniká v důsledku nadměrného a dlouhodobého užívání alkoholu. Může mít několik podob – od paranoidní psychózy, která je charakterizována žárliveckými bludy, až po alkoholickou halucinózu, pro kterou jsou typické vizuální a sluchové halucinace. Obě tyto formy mohou postupem času přecházet do chronicity (Kalina & Minařík, 2015).

Halucinogenní psychóza může být vyvolaná účinkem halucinogenních látek, jako jsou například psilocybin, LSD, meskalin, durman a mnohé další. Tyto látky mohou vyvolat psychotické stavy podobné těm metamfetaminovým. Jedná se o dlouhodobé a intenzivní halucinace, před kterými nelze utéct a často je nutná hospitalizace.

Toxická psychóza vyvolaná účinkem metamfetaminu nastává obvykle důsledkem dlouhodobého a pravidelného užívání, výjimkou je její výskyt po jednorázovém užití, ale v klinické praxi se s takovým případem setkat můžeme, a to převážně u uživatelů, kteří užili vyšší dávku, než je pro ně běžné. Častěji toxické psychózy nastupují bezprostředně po užití drogy, mohou se ale rozvíjet i s odstupem. Setkáváme se také s překrýváním toxických psychóz se samotnou intoxikací. Diferenciální diagnostika je v tomto případě na místě ke zjištění etiologie psychózy (Kalina & Minařík, 2015).

„Diagnostická rozvaha musí být rychlá, nebude však správné, pokud se v ní na prvním místě objeví schizofrenie. I dnes má tato diagnóza v kruzích laických i lékařských nálepku stále dost nepříznivou; známe případy, kdy jedinec prodělal ve svém životě jedinou jen několik dní trvající psychotickou ataku, která byla v lékařské dokumentaci zachycena jako paranoidní schizofrenie, a přestože se později u dotyčného jedince již žádná psychopatie neobjevila, byl stále označován hendikepujícím označením schizofrenik.“ (Raboch & Pavlovský, 2012) Avšak u pacientů s vyvolanou paranoidní či paranoidně halucinatorní psychózou je dosti těžké odlišení právě od schizofrenie. Podle MKN-10 je obtížné ji správně diagnostikovat. Při přetrvání příznaků déle než půl roku se doporučuje diagnóza duální, a to schizofrenní porucha a závislost na metamfetaminu (Palkovič, Alexanderčíková, Slezáková, Vojtková & Okruhlica, 2011).

Psychotické stavy mohou být spojeny s akutní intoxikací, pokud jsou tyto stavy protražované, tak mluvíme o samotných toxických psychózách.

2.2.2. Primární psychotické stavy

Psychotické stavy nemusí být následkem dlouhodobého abusu návykových látek. Může se jednat o primární neboli endogenní psychózu. Ta může, ale nemusí být u člověka diagnostikována ještě před samotným užíváním návykových látek. Primární psychotické stavy často vedou k abusu drog. Důvodem je krátkodobá úleva,

kteřou pacienti pociťují. Tato forma sebemedikace může vést k rozvoji závislostního chování.

Někteří jedinci ale mohou mít genetickou vulnerabilitu k duševním poruchám i k závislostnímu chování. Spouštěčem psychotických stavů může být i nadměrný stres, trauma z dětství či vývojová porucha z raného dětství.

2.3. Pozitivní symptomatologie

Mezi typické pozitivní příznaky toxických psychóz vyvolaných metamfetaminem patří poruchy myšlení zastoupené bludy a desorganizovaným myšlením, poruchy vnímání zastoupené halucinacemi a pravými iluzemi a také poruchy jednání a chování.

2.3.1. Bludy

Mezi poruchy myšlení řadíme bludy. Jedná se o stav, kdy si nemocný vytváří vlastní interpretace světa (Horáček et al., 2003). Bludy jsou nesprávné smýšlení o světě. Nejuznávanější definicí bludů je podle prof. Myslivečka: *„Blud je mylné přesvědčení, vzniklé z chorobných duševních předpokladů na chorobném psychotickém podkladu, kterému nemocný věří a které má patický vliv na jeho jednání.“*

Dle Horáčka a kol. (2003) má blud několik charakteristik, podle kterých ho můžeme diagnostikovat. V první řadě je blud pro okolí zjevně nepravdivý a nesmyslný. Dále je nevyvratitelný; to znamená, že nemocného nemůžeme žádnými logickými argumenty přesvědčit o nepravdivosti bludu. V poslední řadě mohou mít bludy také značný vliv na chování a jednání člověka. Patická nálada u nemocného může být základem pro tvorbu bludu. Iluze a halucinace mohou bludy rozvíjet a nemocného tak utvrzovat v jejich pravdivosti. *„Patická víra v pravdivost, správnost bludného přesvědčení, je příčinou, proč každá snaha okolí vyvrátit blud pacienta logickými důkazy vede jen ke vzniku nového bludu ad hoc.“* (Raboch, Zvolský et al., 2001, p. 115)

Spolu s halucinacemi považujeme bludy za hlavní symptomy u psychotických poruch. Kvalifikace bludů je velmi rozsáhlá. Největšími skupinami jsou bludy rozdělené dle obsahu – megalomanické, mikromanické či bludy perzekuční. Mezi bludy megalomanické řadíme například blud inventorní, kdy je pacient přesvědčen o vynalezení podstatného objevu, či blud extrapotenční, kdy je pacient přesvědčen o nadlidských vlastnostech a schopnostech. Mezi bludy mikromanické neboli depresivní řadíme bludy, které přesvědčují pacienta o vlastní neschopnosti, podcenění vlastních schopností a možností (Švestka & Horáček, 2002). Bludy perzekuční jsou charakterizovány pocitem pronásledování. Podle Rabocha, Zvolského a kol. (2001) jsou podmíněny vztahováním

a podezřívavostí. Tento typ bludu se nejčastěji vyskytuje právě při toxických psychózách u uživatelů metamfetaminu.

Tabulka č. 1: Klinické rozdělení bludů

I. podle obsahu	
(A) bludy expanzivní (megalomanické)	
	<ul style="list-style-type: none"> • blud extrapotenční • blud megalomanický • blud originární • blud inventorní • blud reformátorský • blud religiózní • blud erotomanický
(B) bludy depresivní	
	<ul style="list-style-type: none"> • blud insuficienční • blud autoakuzační • blud mikromanický • blud obavný • blud ruinační • blud negační • blud enormity • blud eternity • blud hypochondrický • blud dysmorfofobický
(C) bludy paranoidní	
	<ul style="list-style-type: none"> • blud paranoidní • blud perzekuční • blud kverulační • blud emulační (žárlivosti) • blud transformační • blud metamorfózy
II. podle vzniku	
	<ul style="list-style-type: none"> • primární blud • sekundární blud

Zdroj: (Švestka & Horáček, 2002)

2.3.2. Halucinace a iluze

Typickým symptomem psychotických poruch jsou halucinace. Jedná se o poruchy vnímání, kdy je nemocný přesvědčen o reálnosti halucinací, které vznikají bez zjevného

podnětu (Raboch, Zvolský et al., 2001). Halucinace dělíme dle jednotlivých smyslů. V případě psychotických poruch jsou častými halucinacemi halucinace zrakové, které jsou mnohdy představovány osobami s negativní charakteristikou. Mohou to být lidé, kteří se nemocnému snaží ublížit či ho okrást. Zrakové halucinace mohou být doprovázeny halucinacemi sluchovými. Slyšení jednoduchých zvuků, které označujeme jako akoasmata, řadíme do skupiny elementárních halucinací (Raboch, Zvolský et al., 2001). Mohou to být jednoduché zvuky například tikání hodin, šum a mnoho dalších. Nemocný může vnímat i složitější vjemy, které jsou označovány jako „hlasy“. Ty mohou nemocnému dávat jasné příkazy s následným ovlivněním jeho chování. Tomuto jevu říkáme imperativní halucinace. V tom případě se může nemocný stát nebezpečným sobě i svému okolí a je doporučena hospitalizace, aby nedošlo k plnění možných rozkazů, které nemocný přijímá. „Hlasy“ bývají často negativní a obsahují množství výhrůžek, nadávek či výčitek (Raboch, Pavlovský et al., 2012).

Při intrapsychických halucinacích má nemocný dojem, jako by mu někdo myšlenky odnímal nebo naopak vkládal do hlavy (Raboch, Pavlovský et al., 2012). Časté je přesvědčení o zveřejňování vlastních myšlenek v médiích. Taktilní halucinace jsou doprovázeny nepříjemnými somatickými pocity – svěděním, pálením, řezáním či bolestí. Setkáváme se také s halucinacemi sexuálního charakteru, kdy nemocný cítí doteky převážně v oblasti genitálií. Rovněž může být narušeno vnímání chuti a čichu. Jelikož jsou tyto dva smysly úzce spjaty, budou popisovány společně. Typické je, že nemocný pozná otrávené jídlo, cítí zápach jedů a plynů, které ho mohou poškodit. Variantou je i přesvědčení o tom, že nemocnému byla nepřítelem naservírována moč či fekálie do jídla.

V případě zkresleného vjemu se jedná o iluze. Oproti halucinacím tedy nechybí zevní podnět a nemocný vidí místo psa svého kamaráda či rodiče. S tímto jevem se nesetkáváme pouze u psychóz, ale také například u delirií (Raboch, Zvolský et al., 2001).

Tabulka č. 2: Dělení halucinací, resp. iluzí

I. podle kritičnosti
<ul style="list-style-type: none">• pravé halucinace• pseudohalucinace
II. podle složitosti
<ul style="list-style-type: none">• elementární• komplexní• kombinované
III. podle lokalizace
<ul style="list-style-type: none">• sluchové• zrakové• čichové a chuťové• tělové• intrapsychické• inadekvátní

Zdroj: (Švestka & Horáček, 2002)

2.3.3. Poruchy vnímání a myšlení

Nechybí ani hyperprosexie neboli tzv. záseky. Jedná se o stav, kdy je uživatel nadměru koncentrován na danou činnost a vytrvává v ní. V tomto případě převažuje kvantita nad kvalitou pozornosti. Mezi poruchy myšlení řadíme tachypsychismus neboli překotné myšlení. Jedná se o stav, kdy je myšlení zrychlené. Myšlení může být natolik zrychlené, že je pacient neschopen slovy vyjádřit tok myšlenek. Může docházet k přeskokování na jiná témata a inkoherentnímu myšlení, to se vyznačuje nesouvislým útržkovitým myšlením bez logického uspořádání.

2.4. Negativní symptomatologie

Mezi negativní příznaky psychotických poruch řadíme ty, které jsou deficitní. Jsou to například alogie, která se vyznačuje poruchou plynulosti řeči, abulie neboli nevěle, anhedonie, kdy člověk není schopen prožívat radostné okamžiky a v neposlední řadě se jedná o emoční oploštění. Negativní symptomy jsou hůře léčitelné a oproti těm pozitivním více odtrhávají pacienta od reálného světa a blízkého okolí. Mohou narušovat vztahy v rodině, ale také udržení zaměstnání (Malá, 2005; Kulišťák et al., 2017).

V důsledku působení pozitivních i negativních symptomů na psychiku člověka může docházet k agresivnímu chování buď vůči sobě nebo svému okolí. Pacient se může chovat obranně a útočit proti svým bludům a halucinacím.

2.5. Etiologie vzniku toxických psychóz

Etiologie akutních psychotických stavů je pestrá a v souladu s MKN-10 (WHO, 2008) je možno je zařadit do kapitol zahrnujících kódy od F00 až po F39, tedy poruch organických a symptomatických v důsledku užívání psychoaktivních látek a poruch schizofrenních a afektivních, u nichž předpokládáme etiologii multifaktoriální s výraznou genetickou složkou (Pavlovský, 2013).

Chronické užívání pervitinu často vede k psychotickým poruchám, které se svými symptomy velice podobají schizofrenii. Metamfetaminem vyvolané toxické psychózy jsou časem diagnostikovány právě jako schizofrenie, přesto, že je tato diagnóza chybná. Schizofrenie úzce souvisí s dysfunkcí gabaergního systému. Ovšem neurobiologie vzniku toxických psychóz není dosud zcela známa (Chen et al., 2003).

Podle Hsiehové, Steina a Howellse (2014) může být rozvoj metamfetaminové toxické psychózy způsoben zničením kortikálních interneuronů, které jsou více citlivé na neurotoxicitu, jelikož mají vyšší poměr extrasynapticky vyjádřených NMDA receptorů (jedná se o glutamátový receptor a proteinový iontový kanál v nervové buňce; tyto receptory nacházíme v celém nervovém systému). Dávka metamfetaminu způsobuje zvýšené vyplavování dopaminu ve striatu, což vede ke zvýšenému vyplavení glutamátu do kortexu. A právě dlouhodobé vystavení kortexu nadměrným dávkám glutamátu může vést ke zničení kortikálních interneuronů. Tyto škody mohou později vést k psychotickým poruchám.

Metamfetaminová psychóza je pravděpodobně komplexní genetické onemocnění, v němž interagují environmentální faktory s několika polymorfními geny, které ovlivňují citlivost (Grant et al., 2011).

Podle Grantové a kol. (2012) bylo identifikováno sedm kandidátních genů, které mohou být asociovány s metamfetaminem vyvolanou toxickou psychózou. Jsou to tyto – aktivátor oxidázy D-amino kyselin (DAOA), dystrobrevin-vázající protein 1, Frizzled 3, metabotropní glutamátový receptor 2, serotoninový receptor 1A, prokineticinový receptor 2 a glycine transporter 1. Tyto geny úzce souvisí s neurotransmitery – vytváří je, váží se na ně či je destrukují. Téměř většina těchto genů je spojena také s vulnerabilitou ke schizofrenii.

2.6. Léčba

U velké části pacientů může být nástup toxické psychózy prvním impulsem k léčbě jejich závislosti. V první řadě je důležité stanovit správně diagnózu a zaměřit se na psychiatrickou anamnézu rodinnou.

2.6.1. Farmakoterapie

Pro zmírnění psychotických příznaků využíváme netlumivá antipsychotika jako je například risperidon či olanzapin. Pro zklidnění úzkostných a depresivních stavů lze pacientovi podat například diazepam. Důležitou složkou léčby je také péče o somatický stav pacienta.

Navázání kontaktu s psychotickým pacientem bývá často velmi obtížné a v laickém podání dokonce i nemožné. V praxi musíme vycházet z konkrétní situace, která k nám přivede pacienta neklidného, nespolupracujícího, někdy hostilního až agresivního, kdy je nezbytné aplikovat psychofarmaka v injekční formě (Pavlovský, 2013). Pro akutní zklidnění lze použít haloperidol 5 mg. Dalším doporučeným lékem ze skupiny fenothiazinů je levomepromazin, který má ale silné sedativní účinky a u některých pacientů by mohl způsobit například hypotenzi. Mohr, Kopeček, Brunovský a Páleníček (2017) uvádí, že u léčby psychóz má největší efektivitu clozapin, který redukuje nejen psychotické příznaky, ale i míru zneužívání alkoholu a ostatních drog.

2.6.2. Psychoterapie

Nejdůležitější složkou léčby toxických psychóz je úplná abstinence od drog, avšak samotná není komplexní léčbou, jelikož paranoidní stavy mohou přetrvávat až měsíce. Vhodnou léčbou je tedy kombinace s psychoterapeutickými postupy, které se snaží o posílení jedince a jeho silných stránek k překonání možného relapsu. Dále se snaží zajistit dostatečnou sociální podporu. Pěč (2009) tvrdí, že nebyla prokázána rozdílnost účinnosti jednotlivých psychoterapeutických směrů. Přesto je nutné, klást důraz na individuální potřeby pacienta a posílit jeho osobnost ve smyslu schopnosti vyjádřit sama sebe ve svých životních aktivitách, uvědomění si vlastní životní kontinuity včetně vytvoření perspektivy do budoucnosti a životního plánu (Pěč, 2009). Nemělo by být zapomínáno na práci se samostatností pacienta, a to nejen ve smyslu osobní hygieny, sociálního zabezpečení, ale i v širším kruhu přátel a v zaměstnání. Toto všechno nazýváme podpůrnou terapií.

Pro práci s pacientem můžeme využít individuální či skupinovou psychoterapii a v neposlední řadě také terapii rodinnou (edukace, komunikace, řešení problémů). Při rodinné terapii klademe důraz na edukaci v dané problematice, na upevnění

komunikačních dovedností mezi členy domácnosti a blízkým okruhem přátel a zároveň pracujeme na zvládnání problémů, které mohou nastat, jako jsou například ataky. Doporučeným postupem je kognitivně behaviorální terapie, která snižuje intenzitu psychotických symptomů. Je důležité si uvědomit, že psychoterapie je dlouhodobou záležitostí a vybudování kvalitního vztahu s pacientem může trvat i několik let.

Nejvíce se doporučuje tzv. integrativní léčba, kterou se rozumí taková léčba, která probíhá v jednom zařízení jedním terapeutickým týmem. Tým je většinou multidisciplinární, tudíž léčí oba problémy zároveň. Tento typ léčby zvyšuje prospěch klientů v léčbě, zjišťuje menší drop-out neboli vypadnutí z léčby a zároveň je i ekonomičtější (Kalina & Minařík, 2015).

2.7. Výzkumy na téma toxické psychózy

Podle Glasner-Edwardsové a kol. (2014) se psychotické stavy objevují až u 40 % uživatelů metamfetaminu. Metamfetaminové toxické psychózy často připomínají schizofrenii, a to konkrétně paranoidní typ. Důvod, proč u některých jedinců dochází k rozvoji psychotických stavů, zatímco ostatní jedinci užívají dlouhodobě ve velkých dávkách a k rozvoji nedojde, není dodnes zcela znám.

Někteří odborníci uvádí, že užívání metamfetaminu může být spouštěčem psychotických stavů, ke kterým je jedinec vulnerabilní. Čím větší vulnerabilita, tím delší trvání toxických psychóz u uživatelů pozorujeme (Chen et al., 2003).

Ve světě proběhla řada výzkumů týkajících se problematiky metamfetaminových psychóz, avšak v České republice takové výzkumy chybí.

Chen a kol. (2003) se ve svém výzkumu zabývají premorbidními charakteristikami a komorbiditou u uživatelů metamfetaminu s psychotickými stavy v souvislosti s užíváním a u uživatelů, u kterých k rozvoji psychózy nedošlo. Oproti uživatelům, u kterých k psychóze nedošlo, se objevují charakteristické znaky, jako jsou například – mladší věk prvního užití metamfetaminu, užívání vyšších dávek, vyšší míra výskytu depresivních stavů, poruchy osobnosti a závislost na alkoholu. Dalším faktorem je též dlouhodobé a pravidelné užívání, avšak psychotické stavy se mohou v menší míře objevit u uživatelů, kteří neužívají pravidelně.

Hidesová a kol. (2014) provedli výzkum týkající se primárních (PPDs) a látkou vyvolaných psychotických poruch (SIPDs) u uživatelů metamfetaminu navštěvujících nízkoprahové služby. Cílem bylo zjistit, zda existují systematické rozdíly v charakteristikách metamfetaminových uživatelů s PPDs a SIPDs v porovnání s těmi

bez psychotických poruch. Výzkumu se účastnilo 198 participantů. Více než polovina (101, tj. 51 %) se setkala s diagnózou psychotické poruchy dle DSM-IV, včetně 81 (80 %) s vyvolanou psychotickou poruchou a 20 (20 %) s primární psychotickou poruchou. Oproti výzkumu Chen a kol. (2003), který uvádí výskyt psychotických poruch u 26 % je toto číslo poměrně vysoké. To může být způsobeno tím, že ve výzkumu Hidesové a kol. (2014) se jednalo o intravenózní uživatele metamfetaminu, zatímco u Chen a kol. (2003) se jednalo u uživatele, kteří drogu inhalují. Ti, kteří začali s pravidelným užíváním metamfetaminu v nízkém věku, byli vystaveni zvýšenému riziku vyvolané psychotické poruchy. Což se shoduje s výzkumem Chen a kol. popisovaným výše. Uživatelé metamfetaminu s aktuální PPDs (13, tj. 21 %) byli v posledním měsíci častěji psychiatricky léčeni než ti, kteří měli aktuální SIPDs (49, tj. 79 %), i přes podobnou míru závažnosti psychotických příznaků.

Pravděpodobnost vyvolání toxické psychózy je podle McKetinové a kol. (2013) až 5x vyšší v období užívání metamfetaminu oproti období abstinence s důrazem na množství užívané drogy. Tato pravděpodobnost se zvýšila ze 7 % na 48 % v období, kdy respondenti užívali metamfetamin pravidelně a déle než 16 dní. Dále se zvyšovala i u těch, kteří metamfetamin kombinovali s marihuanou nebo alkoholem, a to až na 69 %.

Palkovič, Alexanderčíková, Slezáková, Vojtková a Okruhlica (2011) ve svém výzkumu zkoumali 318 pacientů, ze kterých mělo 29 % diagnostikovanou psychotickou poruchu, která se častěji vyskytovala u intravenózních uživatelů. Podle etiologie byly zjištěny dva základní typy psychotické poruchy a to – 1. psychotické poruchy způsobené užitím psychoaktivní látky, v tomto případě metamfetaminu; 2. psychotické poruchy primárního charakteru z okruhu schizofrenie a afektivních poruch přetrvávající více než 6 měsíců po abstinenci. Pacienti, kteří měli diagnostikovanou psychotickou poruchu a byli léčeni antipsychotiky, udávali při užívání metamfetaminu zhoršení. Naopak většina pacientů s kombinovanou diagnózou závislosti na metamfetaminu a psychotické poruchy po vysazení metamfetaminu udávala zlepšení stavu a psychotická porucha postupně vymizela. Pokud ale psychotická porucha přetrvává déle než 6 měsíců po vysazení drogy, je riziko přechodu psychotické poruchy ve schizofrenii.

Všetička (2014) ve svém výzkumu uvádí, že podle dat z Psychiatrické nemocnice Bohnice mají pacienti s endogenní psychózou častěji zkušenosti s metamfetaminem oproti běžné populaci. Metamfetamin je dle jeho slov k vyvolání toxické psychózy řádově 42krát až 64krát potentnější.

2.8. Schizofrenie nebo toxická psychóza?

Schizofrenií se rozumí závažné psychotické onemocnění charakterizované významnými poruchami v oblasti myšlení (formálními i obsahovými), vnímání, emocí, projevu chování a kognitivních funkcí (Horáček et al., 2003). Jedná se často o chronické onemocnění, které má značný dopad na kvalitu života. Vyznačuje se vysokou mírou pracovní neschopnosti a má těžký dopad na rodinné vztahy. Dle MKN-10 můžeme rozdělit schizofrenii do několika základních typů, mezi které patří například paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie či reziduální schizofrenie.

Paranoidní schizofrenie je nejvíce podobná toxickým psychózám. Jedná se o nejčastější typ schizofrenie, který je charakterizovaný výskytem bludů a halucinací. Stejně jako u toxických psychóz se setkáváme s bludy perzekučními, se vztahovačností či sluchovými halucinacemi, které mají imperativní ráz. Podle Horáčka a kol. (2003) je důležité brát při diagnostice zřetel také na vyloučení toxické etiologie, jelikož některá onemocnění, jako je například HIV či Lymeská borelióza, mohou mít podobné symptomy jako má právě schizofrenie.

Etiologie vzniku schizofrenie není dodnes zcela známa. Avšak proběhlo několik výzkumů zkoumajících genetiku, neurofyzilogii či biochemii, které měly značný vliv na porozumění daného onemocnění. Významný vliv má genetika. Řada výzkumů potvrdila, že se zvyšuje riziko onemocnění v případě, pokud je minimálně jeden z rodičů nemocný. Na mozku můžeme u nemocných pozorovat morfologické abnormality, které se vyznačují například rozšířením postranních mozkových komor (Horáček et al., 2003).

Hlavní rozdíly mezi toxickou psychózou a schizofrenií:

Tabulka č. 3: Komparace toxické psychózy a schizofrenie

Příznak	MAMP psychóza	Schizofrenie
Vztahovačnost	spíše obecná, vágní	Formované paranoidní bludy
Halucinace	sluchové a zrakové	sluchové a zrakové
Celkový kontakt s realitou	vyšší	nižší
Délka trvání	obvykle kratší než 1 týden	déle než 1 měsíc
Přetrvávající negativní příznaky (hypobulie, oploštělé emoce, nedostatek spontaneity)	až několik měsíců i při abstinenci	trvale
Rekurence	rychlá po aplikaci MAMP nebo stresu	pozvolnější nástup, méně výrazný vztah ke stresu
ILéčebná odpověď na neuroleptika	rychlá, dobrá	pomalejší, méně uspokojivá

Zdroj: (Hosák, Maixnerová & Valešová, 2009)

V diagnostických kritériích začíná porucha v průběhu užívání, nebo do dvou týdnů od skončení užívání látky, trvání příznaků psychózy je nad 48 hodin, ale ne déle než 6 měsíců. Oproti tomu endogenní psychóza (F20-F29) je diagnostikována, pokud psychotické příznaky nejsou způsobeny intoxikací psychoaktivní látkou, závislostí na ní, nebo odvykacím stavem a také somatickou nemocí (Musílková, 2017).

Výzkumná část

3. METODOLOGIE VÝZKUMU

3.1. Cíl práce a výzkumné otázky

Pervitin je jednou z nejužívanějších drog v ČR (34, 3 tis. problémových uživatelů), proto je výskyt toxických psychóz u těchto uživatelů poměrně vysoký.

Hlavním cílem tohoto výzkumu je popsat metamfetaminovou toxickou psychózu jako celek. Jak ji klient prožívá, zda ji dokáže odlišit od jiných stavů. Co tomuto stavu bezprostředně předchází a jaký vliv má na něj intenzita, pravidelnost užívání a způsob aplikace. Zároveň zjišťuji, jaké jiné faktory hrají roli při vzniku metamfetaminových toxických psychóz.

Strategicky se jedná o kvalitativní výzkum s hlavními výzkumnými otázkami:

- 1) Lze stanovit vztah mezi intenzitou, pravidelností užívání a způsobem aplikace metamfetaminu s toxickou psychózou?
- 2) Jak pacient vnímá toxickou psychózu – její intenzitu, halucinace?
- 3) Poznává pacient průběh toxické psychózy? Neplete si ji s jiným psychickým onemocněním, jakým je například schizofrenie, popřípadě akutní intoxikací?
- 4) Ovlivní průběh toxické psychózy pacientovu intenzitu užívání, popřípadě celkovou abstinenci?

3.2. Metoda získávání dat

Pro získání kvalitativních dat jsem zvolila kombinaci několika metod – pozorování, záznamový arch a semistrukturované interview. Výhodou kvalitativních metod je nahlédnutí do hloubky dané problematiky. Semistrukturované interview jsem volila z důvodu širokého rozsahu toxických psychóz a jejich individuálního prožívání u každého z respondentů. Přesto, že jsem zvolila semistrukturované interview, u některých respondentů byla tendence sklouzávat do narativního interview, převážně v části rozhovoru, kde respondenti měli popisovat průběh svých psychotických stavů.

V rámci pozorování jsem zkoumala převážně emoce, které respondenti vyjadřovali, jejich obtíž o některých skutečnostech promluvit. Vše jsem zaznamenávala do poznámkového bloku a následně přenášela do přepisu rozhovorů.

Další důležitou metodou byl záznamový arch, který se skládal ze dvou částí – první obsahovala demografické údaje a druhá zkoumala vztah respondenta k užívání

metamfetaminu a jiných návykových látek. Záznamový arch jsem vyplňovala společně s respondentem před začátkem rozhovoru. Informace obsažené v archu mi pomáhaly s orientací v základních údajích o respondentech.

Stěžejní metodou pro tento výzkum je ale metoda semistrukturovaného interview, jež mi už svou podstatou napomáhá držet se jasné osnovy a důležitých otázek, které jsou pro výzkum stěžejní a nesklouznout tematicky jinam, zároveň mi ponechala možnost v případě potřeby doplnit otázky, které nebyly dostatečně jasné položeny a zodpovězeny nebo z nich vyplývala další zajímavá či podstatná skutečnost.

3.2.1. Realizace rozhovoru:

Rozhovor byl rozdělen do 9 základních otázek, na které navazovaly otázky doplňující. Tyto otázky nebyly systematicky v rozhovoru provázány, jelikož někteří respondenti měli tendenci spíše vyprávět. První tři otázky se věnovaly problematice užívání návykových látek, převážně metamfetaminu. Zkoumaly frekvenci, velikost dávky, efekt užívané drogy a způsob aplikace. Další otázky se věnovaly samotné toxické psychóze, a to její intenzitě, frekvenci a dopadu na zdravotní a psychický stav.

S prvními třemi respondenty jsem se setkala v lednu 2018 na stáži v kontaktním centru Stage5. Rozhovory probíhaly v příjemném a pohodlném prostředí za dozoru odborného garanta stáže.

S dalšími třemi respondenty jsem uskutečnila setkání v období dubna až května 2018. Rozhovory probíhaly v jedné z kanceláří FixPoint, kde byl zajištěn klid a komfort pro respondenty výzkumu. Prostředí navozovalo pocit bezpečí a soukromí a zároveň zajišťovalo respondentům anonymitu.

Všechna samostatná setkání trvala zhruba 60 minut a byla rozdělena do fází:

- 1) Přivítání a představení projektu: Po vzájemném uvítání a představení jsme si stanovili, zda je pro respondenta komfortnější tykání či vykání. Následovalo podrobné představení projektu – za jakým cílem a jakým způsobem sbírám data o klientech.
- 2) Informování: Respondent byl obeznámen s délkou trvání našeho setkání. Zároveň byl informován o etice projektu, o možném odstoupení z výzkumu. Informovanost se také týkala technického zajištění a souhlasu s nahráváním samotného rozhovoru.
- 3) Prostor pro otázky: V této části dostali respondenti možnost zeptat se na cokoli, co je v souvislosti s výzkumem a jeho průběhem zajímalo.

- 4) Informovaný souhlas: Respondentům byl předložen informovaný souhlas (obsažen v příloze), který jsme společně pročetli a následně podepsali. Respondenti měli možnost získat jednu kopii pro sebe.
- 5) Záznamový arch: společné vyplnění záznamového archu, který obsahoval demografické údaje a respondentův vztah k užívání metamfetaminu a k jiným návykovým látkám.
- 6) Rozhovor: navazoval na informace získané v záznamovém archu. Obsahoval 9 strukturovaných otázek a několik otázek vzešlých z vyprávění respondentů. Největší důraz byl kladen na období toxických psychóz.
- 7) Ukončení a poděkování za spolupráci.

3.3. Výběr a popis výzkumného vzorku

Základním kritériem pro výběr respondentů bylo, aby respondenti byli dlouhodobí uživatelé metamfetaminu se zkušenostmi s toxickou psychózou či bývalí uživatelé se zkušenostmi s metamfetaminovou toxickou psychózou. Podařilo se mi získat tři respondenty aktuálně užívající metamfetamin s protrahovanou toxickou psychózou a tři respondenty, kteří již drogy neužívají. Takto vybraný vzorek dokázal zajistit rozmanitost odpovědí a popsat hlavní rozdíly u uživatelů a abstinentů v pohledu na prožívání toxických psychóz.

Z nominačních technik jsem zvolila kombinaci nepravděpodobnostních metod výběru, a to záměrný výběr, který spočívá v získání respondentů s určitými vlastnostmi či charakteristikami důležitými pro plánovaný výzkum, v kombinaci s metodou sněhové koule, což je metoda, která spočívá v získání kontaktu s první vlnou účastníků výzkumu, což se může realizovat prostřednictvím využití výběru přes instituce nebo díky předchozímu osobnímu kontaktu samotného výzkumníka (Miovský, 2006). Hlavní zkušeností hledanou u respondentů byl prožitek s toxickou psychózou vyvolanou účinkem metamfetaminu.

V rámci své stáže jsem navštívila pražské kontaktní centrum Stage 5, které zajišťuje Progressive o.p.s., kde jsem se setkala se třemi uživateli metamfetaminu, kteří byli ochotni se výzkumu zúčastnit. Progressive o.p.s. je organizace, která umožňuje studentům po předchozí domluvě realizaci výzkumu v jejich prostředí. Stage 5 je nízkoprahová služba, kontaktní centrum pro uživatele nelegálních drog, do které denně zavítá několik desítek uživatelů nejen metamfetaminu. Mnoho z nich se v kontaktním centru objeví v akutní toxické psychóze. Výběr respondentů jsem tedy konzultovala s vedením centra, které své klienty dobře zná. Konzultace byla nutná z bezpečnostních důvodů, jelikož někteří klienti mohou vykazovat agresivní sklony či nejsou schopni dlouhodobě udržet pozornost.

Navázání spolupráce s Progressive o.p.s. mi pomohlo k získání abstinujících respondentů, kteří jsou součástí programu FixPoint. Zde jsem uskutečnila setkání s prvním respondentem, který mě odkázal na další dva potenciální účastníky. Pomohl mi zprostředkovat kontakt, předat dalším respondentům informace a umožnil nám osobní setkání v prostorách FixPoint. Oba respondenti bez zaváhání souhlasili s účastí a projevovali značný zájem o vše nejen v samotném rozhovoru, ale o výzkumu obecně.

Celkově jsem odebrala šest rozhovorů, každý v časovém rozsahu zhruba 30 až 50 minut a všichni respondenti vykazovali zkušenosti s toxickou psychózou. Tabulka č. 4 popisuje základní demografické údaje o respondentech účastnících se výzkumu a jejich vztahu k drogám.

Tabulka č. 4: Základní demografické údaje

	Věk	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Vztah k drogám	Bydliště
Respondent A	31	Žena	Ukončené základní	Uživatel	Praha
Respondent B	32	Muž	Ukončené základní	Uživatel	Praha
Respondent C	35	Muž	Učební obor bez maturity – dokončil	Uživatel	Praha
Respondent D	25	Muž	Ukončené základní	Abstinuje	Praha
Respondent E	48	Žena	Střední škola s maturitou	Substituční léčba	Praha
Respondent F	49	Muž	Učební obor bez maturity – dokončil	Abstinuje	Praha

Zdroj: vlastní

3.4. Zpracování dat

Rozhovory byly registrovány na nahrávací zařízení a audiozáznam byl dále transkribován do dokumentu MS Word. Prováděla jsem kontrolu transkripce opakovaným poslechem. Při transkripci jsem do dokumentu zanesla také poznámky z pozorování v průběhu rozhovoru, které nebylo možné diktafonem zachytit. Dále jsem pracovala s vyplněným záznamovým archem, který byl důležitým vodítkem v rozhovoru.

Systematizace kvalitativních dat proběhla formou třídění dat dle předem stanovených kritérií. Dále jsem použila počítačovou úpravu dat do strukturované podoby pomocí redukce prvního řádu, kódování dat, editorování, komentáře a následné verifikace.

3.5. Etické aspekty

Respondenti byli s dostatečným předstihem seznámeni s cílem, smyslem a obsahem rozhovoru. Před samotným rozhovorem byly respondentům poskytnuty veškeré informace týkající se výzkumu a byl dán prostor na doplňující otázky. Účast ve studii byla zcela dobrovolná a anonymní a účastník mohl v kterékoli části rozhovoru ukončit svou účast bez rizika. Účastí nevznikl nárok na peněžitou odměnu.

Informované souhlasy byly zajištěny u každého respondenta písemně a nebylo nutné poskytovat informovaný souhlas na nahrávku. Výstupní data byla zcela anonymizována tak, aby nebyla poškozena identita klientů.

Z důvodu původního plánu zahrnout do výzkumu taktéž pacienty Kliniky adiktologie, bylo nutné požádat Etickou komisi Všeobecné fakultní nemocnice v Praze o umožnění výzkumu na této klinice. Žádost se skládala z mého životopisu, průvodního dopisu, kde byl popsán projektový design, zkráceného formuláře Etické komise Všeobecné fakultní nemocnice k neintervenci dotazníkové studii u pacientů, čestného prohlášení o nefinancování projektu třetím subjektem a přílohami - informovaný souhlas pro pacienty, otázky semistrukturovaného interview a záznamový arch. Zároveň bylo nutné získat souhlas primáře a přednosta Kliniky adiktologie a také od náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání VFN. Dne 14. prosince 2017 byla má žádost Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice schválena.

3.6. Analýza výsledků

Analýzu výsledků jsem rozdělila do několika fází. První z nich bylo kódování, kdy jsem k částem textu přiřazovala určité kódy, které mi později umožnily lepší přehlednost

výsledků a komparaci mezi respondenty. Pomocí těchto kódů jsem následně roztřídila přeepsané rozhovory do kategorií, které byly stěžejní v kontextu výzkumných otázek. Poté přichází fáze doplňování a rozšiřování textu o komentáře a následná systematizace.

Pro analýzu výsledků jsem použila kombinaci metody zachycení vzorců s metodou narativní analýzy.

3.7. Výsledky

3.7.1. První setkání s drogou

Všichni respondenti jsou či byli dlouhodobými uživateli metamfetaminu, ačkoli tuto drogu často kombinovali s jinými látkami, a to buď k vyladění intoxikace či následných dojezdů. Většina z respondentů se s drogou setkala v brzkém věku, v průměru 16,6 let s tím, že jeden z respondentů nevedl, kdy se s drogou setkal poprvé. Okolnosti užití první drogy se výrazně u respondentů nemění, většinou se jedná o vliv přátel či skupiny, ve které se pohybují.

„Čistě náhoda. My jsme byli vlastně na Proseku s kámošema venku, dávali jsme si jointa. No a jakože jestli k němu to, nezajdeme, že tam má na kompu nějaký hry, no a přišli jsme tam a že si dáme čáru. A já říkám: „Co jako jakou čáru, nebo co jako?“. No a on vytáhl cédéčko z poličky a tam měl rozdělanejch asi 6 nebo 5 prostě, lajny ne, perníku. No, a tak si to šňupnul a ptal se, jestli chci. Tak jsem si šňupnul tu čáru a od té doby jsem si vlastně dával. Jsem vlastně začal šňupat každé den, pak jsem to hulil na alobal, a pak přišla jehla asi po půl roce.“ (Respondent D.)

„Mě hrozně bolely zuby. A znal jsem ty lidi, který v tom jeli jo. Ale ještě jsem to jako by neochutnal. No a kámoši mi furt říkali, už asi 3 měsíce, hele pojď, dáš si s náma péčko, to tě přejde hned. Tak jsem chvíli odolával, několik dní... A pak si říkám, vždyť podvědomě po tom strašně toužím to poznat. Tak jo, jdu do toho. A pak mě přestaly bolet zuby (smích). Hned na poprvé, protože jsem to neuměl, jsem si to nechal nastřelit. A takhle jsem si to nechával nastřelovat, dokud jsem se to nenaučil sám.“ (Respondent F.)

„S punkáčema jsem se k tomu dostala. Protože se tenkrát vrátili, teda jeden se vrátil, z vazby. No a tam začali brát. No a já jsem jako byla v tý partičce, tak mě to víc bavilo.“ (Respondent E.)

3.7.2. Denní dávky metamfetaminu

Jednou z výzkumných otázek bylo, zda lze stanovit vztah mezi intenzitou, pravidelností užívání a způsobem aplikace metamfetaminu s toxickou psychózou. Typické

denní dávky se u respondentů tolik nelišily. Všichni respondenti užívali intravenózně, pravidelně, několikrát denně. Většinou se jednalo o 200 mg metamfetaminu na jednu dávku. Ovšem Respondent B. užíval až 700 mg metamfetaminu. Nejvyšší denní spotřeba se u Respondenta D. pohybovala okolo 5 g.

„No jako já jsem jako bral 0,7 g tak nějak ob den jo. Ale teď už ne, teď už si dávám jen 0,1 g do žíly. Ono to je strašný svinstvo a já už to nedávám.“ (Respondent B.)

„Tak 100 mg. Jako jednou jsem si dala piko vážený dvoukilo a to fakt bylo moc. Já nevím, jestli je to tím, že dneska je to jiná kvalita. Ale oni vyloženě říkají, jak si dávají půl gramu váženej a to je hloupost naprostá.“ (Respondent E.)

„Jak jsem to neznal, tak jsem ani nevěděl, jak vypadají určité dávky. Vlastně jsem o tom nevěděl vůbec nic. Takže já jsem ani nevěděl, že jsem potom vysmaženej. Když mi to pleskli, tak já jsem to nepoznal ani. A co se týče těch dávek, tak o tom jsem měl tušení až, já nevím, třeba po půl roce někdy, jsem to začal registrovat. A myslím že to nebylo 100 mg, ale třeba 200 mg, možná víc jako no. A vlastně jsem byl díky tomu permanentně v psychóze.“ (Respondent F.)

U otázky, co stojí za vznikem toxických psychóz z pohledu klienta, či co je nejdůležitějším faktorem pro vznik a rozvoj toxické psychózy, uváděli respondenti nejčastěji tři odpovědi. Za stěžejní, ve vzniku toxických psychóz, uváděli převážně únavu po delších tazích, větší dávku, tzv. přestřel či špatnou čistotu metamfetaminu. Odpovědi se lišily u respondentů abstinujících (Respondent D., Respondent E., Respondent F.) a u respondentů užívajících (Respondent A., Respondent B., Respondent C.). Respondenti abstinující se shodují, že nejdůležitějším faktorem vzniku toxických psychóz je únava po dlouhých tazích a špatná čistota metamfetaminu na trhu. Zatímco respondenti užívající tvrdí, že jde převážně o stav, kdy užili větší dávku než běžně.

„No já myslím, že to je tou čistotou toho perníku, příměsema, a tak no. Čím je to čistší perník, tím je tam menší pravděpodobnost toho, že tu psychózu to vyvolá. A jestli to bude – čím víc je špinavej nebo čím víc je tam nečistot nebo nějakých příměsí, tak makat to může třeba úplně stejně, jakože prostě jede to třeba stejně dlouho, zfetovaná jsi třeba stejně dlouho, ale o to víc ti to poškozuje ten mozek, a právě pak jsou ty psychózy a pak to narušuje ten mozek a pak třeba už ani nemaká kvůli tomu no.“ (Respondent D.)

„Já si myslím, že jsem to měl vždycky při přestřelu. Jakože hlavně, když jsi na ulici, že jo, na to často není klid a musíš si šlehnout třeba i za chůze. A to si vlastně pořádně ani neužiješ ten nájezd, hodně řešíš...a taky když jsi ve stresu a unavenej.“ (Respondent B.)

„Je to jenom o kvalitě, teď je to fakt špatný, proto už perník ani neberu...“
(Respondent C.)

3.7.3. Kombinace metamfetaminu s jinými látkami

Všichni z respondentů kombinují užívání pervitinu s jinými látkami. Nejčastěji s marihuanou, alkoholem či opiáty. Polymorfní užívání je v populaci uživatelů drog naprosto běžné. Jiné látky se užívají buď k vyladění intoxikace či případných dojezdů na metamfetaminu. Ovšem kombinace s jinými látkami je doprovázena řadou rizik, jako je například zhoršení průběhu intoxikace či vyšší riziko vzniku toxických psychóz.

„Já k tomu často hulím, jakože trávu. Protože když beru perník, tak nemůžu usnout, já si ho dávám večer, a hlavně vůbec nejím. Takže když si zahulím, tak mám aspoň pocit hladu a líp se mi spí.“ (Respondent A.)

„Začínal jsem na pervitinu no... pak jsem ho kombinoval často s heroinem, protože ty stavy potom byly fakt šílený jo. Občas jsem k tomu i chlatal, ale to nedělalo dobře... Teď beru už jenom opiáty, protože kvalita pervitinu je teď hrozně špatná a od toho jsou pak taky ty psychický stavy že jo.“ (Respondent C.)

„Pervitin, tak ten byl můj největší kámoš. A pak, že jsem do toho hulil a takový ty věci, že jsem se občas dal tripa nebo houby nebo něco takovýho no. Ale vlastně když jsem poznal heroin, tak jsem zjistil to, že to je ta pravá cesta. Že vlastně i s tím perníkem jsem se zmýlil. Perník jsem bral asi 10 let no.“ (Respondent F.)

„... zrovna na ty dojezdy toho perníku, jsem si ze začátku zahulil trávu. Pak mi bylo fajn, bylo to takový dlouhý ty dojezdy, klidný, docela v pohodě. No a pak, postupem času, nevím, třeba po těch 4-5 letech, když jsem si zahulil na perníku, tak vlastně se mi spustily halucinace, schizofrenie, paranoia, prostě slyšel jsem povídat si lidi, který jsem znal, který byli na druhym konci města, tak jsem slyšel jejich rozhovor a oni si ho opravdu povídali. A takohvýchle věci, takže jsem z toho chytl stíhu. Tak říkám, tak jako to ne. No, a ono se to postupně stupňovalo, zhoršovalo se to. Slyšel jsem víc těch lidí, pak jsem začal slyšet hlasy, no až nakonec jsem nemohl hulit, protože, jak jsem si dával, tak jednak jsem měl ty halucinace a taky mi bylo fyzicky špatně.“ (Respondent D.)

3.7.4. Průběh toxické psychózy

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak toxickou psychózu vnímá klient. Respondenti popisovali průběh svých toxických psychóz různě. Pověštinou převažovaly zrakové a sluchové halucinace, pocity pronásledování či ambivalentní pocity. Délka trvání psychotických stavů se také lišila. Někteří uváděli krátkodobé několikadenní stíhy, zatímco

někteří respondenti uváděli, že jejich psychóza trvala až několik let (Respondent D., Respondent F.). Průběh toxických psychóz byl často provázen řadou emocí. Nejčastěji převažoval strach, úzkost a lítost.

„Poprvý jsem ji měla někdy, když mi bylo asi 27 let, bylo to divný. Jako by mě někdo sledoval, měla jsem strach chodit přes přechod, protože mi někdo řekl „Pozor! Červená!“ a já pak nemohla nic. Prostě jsem se bála jít přes přechod... Často to mám, když se přestřelím, jako že si dám víc než normálně a najednou se dějou tyhle věci.“ (Respondent A.)

„No, jako já mám pocit, že jsem byl v toxický psychóze třeba 5 let v kuse, denně. A nějak jsem si na to zvykl, že to patří k tomu perníku a že se tam ocitne prostě každěj. A jenom záleží na tom, jak to ten člověk dává no... “ (Respondent D.)

„Hele v podstatě to byla jedna velká toxická psychóza. Protože jsem bral každěj den. No jde o to, že ta látka tě uvádí do jinýho stavu vědomí jo... Že to jsou ty chvíle, kdy jakoby ta objektivní realita úplně změní pravidla. A vlastně ať tomu rozumím nebo ne, blbý je, když tomu člověk nepřijde na kloub, že to je v něm, že k němu promlouvá nevědomí. Že to jsou vlastně ty obsahy nevědomí.“ (Respondent F.)

Z rozhovorů jasně vyplývalo, že toxické psychózy jsou velmi důležitým okamžikem v životě uživatelů metamfetaminu a že je jistým způsobem ovlivňují. Zajímalo mě tedy, jaký byl nejsilnější zážitek v toxických psychózách. U tří respondentů se v psychotických epizodách projevovaly zážitky z dětství, nebo stresující situace, kterými si ve svém životě prošli. Nicméně opakujícím se projevem byl pocit pronásledování a strach z policie, tajných služeb případně dalších orgánů a institucí.

„Já jsem měla první psychózu nějak potom, co mi odebrali dceru z péče. To bylo hodně krutý a vlastně jsem byla strašně citlivá na jakýkoli děti. Jednou jsem byla u kluka, vaříče, a prostě jsem slyšela a viděla malý dítě, jak brečí a křičí a napíná za mnou ruce. Jako by ke mně chtělo. Musela jsem ho zachránit, věděla jsem, že se děje něco špatnýho a začala jsem lézt přes ten balkón, že pro něj skočím. Ale ono to bylo v 6. patře že jo, to bych se zabila. Ale on si toho všiml a stáhnul mě zpátky a řval, jestli jsem se nezbláznila... to dítě tam vůbec nebylo.“ (Respondentka A.)

„Hele to byly různý stavy, který by se daly nazvat psychospirituální krize. Což vlastně není tak daleko od psychózy. Možná je to jedno a totéž. A já jsem třeba jel autobusem, prostě plnej autobus lidí večer a koukám ven, jako z okna, a najednou jsem si všiml, že ty baráky jsou, no, žádný světlo, že baráky jsou vybombardovaný, jako za války. Že koleje jsou vytrhaný jako by někdo chtěl dělat barikády, hromady dlažebních kostek

všude. A takový zvláštní, byl teda večer, jakože tma, ale osvětloval to měsíc. A trošku to světlo z toho autobusu. Ale mělo to ještě takovej zvláštní, jak kdybys to viděla přes nějaký filtr, takovej nevim, taková barva, která přidává dramaticnost toho venku vlastně. A ten kontrast, co je v tom autobuse, a ty lidi, že jsou úplně normální, prostě se bavili jako když jedou odněkud někam, prostě nic, pohoda, klídek. Takže jsem to viděl jenom já. No takovýhle různý situace.“ (Respondent F.)

Zajímavým poznatkem vyplývajícím z rozhovorů je, že respondenti, kteří v současné době užívají metamfetamin, popisují jakousi ambivalenci příkazů, pocitů a činů, jako kdyby s nimi někdo manipuloval a dával jim jasné příkazy, které byly ale vzájemně v rozporu. U abstinujících respondentů jsem toto nezaznamenala.

„Mě ty lidi a hlasy hecovali. Abych s nima hrál nějakou hru nebo co. Ale každě mi radil něco jinýho – jak kdyby mi na každým rameni seděl buď anděl nebo čert a říkali mi úplně opaky. Já jsem vůbec nevěděl, co mám dělat. Bylo to tak strašný, že už si to ani nepamatuju. Prostě se mi těch 14 dní úplně vymazalo z hlavy a pamatuju si vlastně jenom začátek a konec toho všeho... Ty lidi byli napojený na můj mozek a řídili mě a ovládali. Dávali mi ultimáta, věděli, co si myslím.“ (Respondent C.)

3.7.5. Toxická psychóza jako motivace k abstinenci

Jednou z výzkumných otázek bylo, zda psychotická epizoda ovlivnila následné užívání návykových látek u respondentů ve smyslu abstinence. Řada odborníků tvrdí, že právě psychotické stavy jsou většinou prvním impulzem drogově závislého k léčbě. Zároveň jsem zjišťovala, jak léčba toxických psychóz probíhá, jaká je farmakoterapie a zda se s pacientem terapeuticky pracuje. Z rozhovorů vyplývá, že zážitek z toxické psychózy může být krátkodobou motivací k abstinenci. Nicméně ani jeden z respondentů nebyl kvůli tomuto stavu dobrovolně v léčbě.

„Ne ne, nikdy jsem nebyla v léčbě, ani na detoxu. To fakt ne.“ (Respondent E.)

„Já byl 7krát v těch Bohnicích, z toho 4krát jsem tam přijel sanitkou a ta sanitka to bylo že... Jednou jsem ji na sebe zavolal sám. Jednou to bylo opravdický předávkování, že jsem bojoval o život, že jsem vlastně padl do kómatu. Nevěděl jsem o sobě. Jediný, co si pamatuju je, že jsem nemohl ovládat tělo, ani co říkám prostě nic... To okolí mě prostě nedávalo no. Že jsem měl těch drog moc prostě, a tak jsem si jel prostě to svoje a kašlal jsem na okolí a jim se to nelíbilo, tak mě chtěli nechat zavřít no, a tak na mě zavolali benga a sanitku. Ale jinak bych sám nešel.“ (Respondent D.)

„...nevěřil jsem už ani kámošům, nevěřil jsem vůbec nikomu. Ani tátovi, akorát jsem nevěděl, kam bych měl ještě jít. No a on řekl, že se projedeme. Strčil mě do auta a odvezl mě rovnou do Bohnic... Bylo to někdy v 94 roce tuším a víš, že za komunistů, vlastně i teď, je to svět ve světě. Nemáš tušení.... Já jsem popravdě, no vůbec jsem netušil, co ve zdravotnickém zařízení, v civilizovaný zemi se může stát... Nade mnou stáli dva týpci v bílejch pláštích, jeden mě držel pod krkem a dával mi pěstí, ránu za ránou prostě. Vůbec jsem nechápal proč. Ale říká: „No konečně jsi se probral, chci tři jména a tři adresy vaříčů perníku.“... Asi mi dávali nějaký prášky, to je dost pravděpodobný. Oni tam se mnou vůbec nepracovali. Nic mi neříkali, žádný terapie nebo něco takovýho. Vlastně jsem byl pořád ve stejným stavu, akorát mě dopovali nějakýma práškama.“ (Respondent F.)

„Už jsem to nemohla vydržet a chtěla jsem se zabít. Proto jsem byla zavřená v blázinci a chtě nechtě jsem 11 měsíců nebrala no.“ (Respondentka A.)

„Já jsem byl v nemocnici, ale ne kvůli psychóze nebo drogám. Ale kvůli sebevraždám. 3x jsem se pokusil, ale ani jednou to nevyšlo, tak mě zavřeli do nemocnice... Drogy ani psychózy se mnou nikdy neřešili.“ (Respondent D.)

3.7.6. Realita nebo halucinace?

Důležitým faktem je, zda respondent dokáže rozpoznat průběh toxické psychózy a uvědomuje si, že tyto stavy nejsou reálné. Ptala jsem se tedy, zda respondenti dokázali rozpoznat realitu od psychózy. Většina respondentů se shodla na tom, že nevěřili tomu, že by se to pravdu mohlo dít, ale čím intenzivnější jejich stavy byly, tím naopak více věřili, že se to opravdu děje. Z tohoto vyplývá, že pro pacienty je stav toxické psychózy velice matoucí, především ve chvíli, kdy psychóza propukne i u jejich partnerů nebo přátel, kteří je utvrzují v halucinacích a iluzích. Náhled na stav a jeho chorobnost, či nereálnost zůstával u respondentů do značné míry zachovaný.

„Věřil a nevěřil. Prostě viděl jsem to oběma očima. Jenomže ono to nekončilo, ono to pořád pokračovalo. A když je něco dlouho, jakože jednou jsem měl psychózu tohodle typu 3 měsíce. Nepřetržitě. Že většinou odezní, jakože druhý den ráno se probudíš, prostě se vyspíš a už jí nemáš, není to... Ale já jsem se probudil a ono to furt bylo. Furt jsem v tom byl. Tak jsem začínal víc věřit tomu, že to je pravda.“ (Respondent F.)

„Takhle, já jsem věděla, že to nemůže bejt pravda. Ale ten červíček tam pořád hlodá, jo, v tom podvědomí, rozumíš jo, někde. Někdy víc, někdy míň, ale trvalo to docela dlouho. Já jsem na to dokonce měla i teorii. Že možná, že to je něco, jak se říká, mezi nebem a zemí. A vlastně možná vidím takový ty otisky reality, který byly nebo budou, takový ty přechody. Že byly, budou anebo třeba duchové a takovýhle věci. Jako jedna věc

je realita, na druhou stranu, co my víme, co je nebo co není jo. Jako jsou sice věci, co jsou možný, který nejdou nějak ošálit. Ale tohle jsou takový ty otisky z té minulosti nebo budoucnosti.“ (Respondent E.)

„No jako my jsme na tom bytě byli tři, všichni jsme si to pleskli a jeden utekl jako a jakože někam jde. No a druhej taky a ten se potom vrátil a začal mluvit o těch bengách a takhle. A já už jsem stál u okna v tu dobu a mám to říkat, nemám to říkat... Co to tady proti mně jedou? No a už z toho byla akce asi na 72 hodin, že jsme to řešili jenom takhle. No a těžký to bylo rozpoznat, jakože že se to fakt vážně neděje nebo děje... Ještě to bylo takový vlastně, že jsme koukli z okna baráku. Naproti jsem viděl okno otevřený, no a tam seděl nějaký dědek, seděl u televize, no, a koukal se na mě. Koukal se vlastně na tu místnost, ve který jsem byl já. Já jsem se pohnul a viděl jsem na tý televizi, jak jsem se pohnul.“ (Respondent D.)

3.7.7. Toxická psychóza jako jeden z důvodů užívání metamfetaminu

Zajímavým poznatkem, který vyplýval z rozhovorů byl fakt, že respondenti, kteří momentálně užívají drogy považují toxické psychózy vesměs za negativní zkušenost, která v nich vyvolává strach a úzkosti. Zatímco respondenti, kteří již nějakou dobu abstinují, hodnotí toxické psychózy zpětně za pozitivní. Psychotický stav popisují jako moment, který dával prožitku určitou hloubku či zabarvení.

*„Vlastně našel jsem v tom jakoby zálibu, že jsem zjistil, že mě to baví, a i na tý psychóze, že mě baví i ta psychóza, no, a pak když jsem párkrát narazil na takovej perník, že to ten člověk uměl udělat tak, že tam ta psychóza a ty stíhy nebyly na tom perníku. Jak máš pravotočivej a levotočivej perník, tak to prostě otočil na tu druhou stranu a jako původně se to dělalo z efedrinu, a ne z toho pseudoefedrinu, takže na tom ani ta psychóza bejt nemohla. No tak když jsem si dal tadyten perník, tak mi to prostě chybělo. Jsem si říkal, že nejede, přitom jsem měl takovýdle oči a prostě jel jsem, že jsem dva dny tři dny nespál a jel jsem prostě, nemohl jsem zastavit. Ale neměl jsem žádný stav, žádný pocit. Nic se nedělo kolem, všechno bylo úplně normální, nikdo nic nepoznal. Prostě nic. Jako říkám si, že to je nějaký divný. No a pak jsem si dal další den to, co jsem bral běžně a bum a zase psychóza, říkám hmm tak mi to jede víc než tamto, a přitom jsem šel večer spát jako jo. Takže vlastně plusy i mínusy.“ (Respondent D.) *abstinující*

„Jo hele něco to má do sebe jako. Minimálně ten adrenalin, kterej to přináší. Protože to je dobrodružství. V podstatě bojuješ, máš pocit. Hele bojuješ sama se sebou, ale máš pocit, že bojuješ s objektivní realitou. Že jí nějakým způsobem vzdoruješ. Třeba nacházíš všude nějaký důkazy komplotu proti tobě. Nacházíš v podrážkách od bot různý

sledovací zařízení, kamery ve svých vlasech nebo doma. Nebo ve squatu mezi parketama. Tyhle policejní hračky. Je to dobrodružství.“ (Respondent F.) *abstinující

„Já jsem potom pár dní nebral, protože jsem se strašně bál, že se to bude opakovat. Zase ty hlasy a nějaká blbá hra. Už mě to nebavilo, nechtěl jsem to zažít znovu...“ (Respondent C.) *uživatel

„3x jsem se pokusil zabít. Fakt se to nedá vydržet. Snížil jsem dávky, přemýšlel jsem, že přestanu brát, ale nejde to. Mám to teď po každý dávce. To je ale tím, že prostě ten perník teď je fakt špatnej. Bejvávaly doby, kdy byl perník v Praze fakt dobrej a tohle se nedělo. Ale teď fakt pokaždý.“ (Respondent B.) *uživatel

3.8. Sekundární zjištění vyplývající z výzkumu

U respondentů jsme se setkali s průměrným věkem 16,6 let při prvním užití drogy. To může být podle Chen et al. (2003) významným faktorem pro rozvoj psychózy.

Dalším zajímavým zjištěním byl samotný průběh toxické psychózy, který respondenti popisují jako dlouhodobý stav. Jako by jejich toxická psychóza trvala téměř celou dobu jejich užívání. To může být dáno tím, že respondenti i přes trvání psychotických příznaků nadále užívali metamfetamin ve stejných denních dávkách. V tom případě nemohla toxická psychóza odeznít. Respondent F. popisoval svou drogovou kariéru jako jednu velkou psychózu: *„Hele v podstatě to byla jedna velká toxická psychóza. Protože jsem bral každé den.“*

Dále se všichni respondenti shodli na tom, že vývoj toxické psychózy závisí na únavě a psychickém rozpoložení v daném okamžiku. Většinou tyto stavy přichází po dlouhých jízdách, které trvají několik dní. Respondent E. popisuje vliv únavy na rozvoj psychotického stavu následovně: *„Ono to souvisí s únavou zrakového nervu žejo. No já jako tohle všechno vím, to je nejhorší. Já to věděla už přitom, ne až potom. A to je to nejhorší. Že musíš ty konstrukce budovat s pevnějšíma základama, že něco vidíš a víš, že to je blbost. Čím jsou potom pevnější, tím menší máš schopnost, menší šanci je rozbít nějakou jednoduchou úvahou... Ale prostě jediný, co na to zabírá je zase si dát, vyspat se samozřejmě nebo se tomu prostě nějak vyhýbat no. No ale když má člověk takhle rozjetou závislost ve velkym, tak je to těžký. Ne těžký se tomu vyhýbat, ale prostě tak nějak se svým způsobem zvyklá žít tím stavem.“*

U dvou respondentů se taktéž objevila psychotická epizoda v rodině. U jedné z respondentek trpěla matka laktační psychózou a pro tento stav byla psychiatricky léčena. U jiného z respondentů trpěla matka i teta paranoidní schizofrenií. Je tedy zřejmé,

že u těchto dvou respondentů byla určitá genetická predispozice. Dalo by se uvažovat o endogenní psychotické poruše, která byla vyvolaná účinkem drog.

4. Diskuse a závěr

V bakalářské práci jsem se věnovala problematice toxických psychóz u uživatelů metamfetaminu. Ve výzkumné části jsem se zaměřila na kvalitativní analýzu rozhovorů šesti respondentů, kteří popisovali své zkušenosti s toxickými psychózami, na okolnosti vzniku tohoto onemocnění a na následnou motivaci k abstinenci nebo léčbě.

U každého jedince je průběh toxických psychóz mírně odlišný a taktéž jsou odlišné okolnosti vzniku tohoto onemocnění. Jelikož se s toxickými psychózami u uživatelů metamfetaminu setkáváme poměrně často, zvolila jsem si toto téma pro podrobné popsání toxické psychózy jako celku. Hlavními cíli mé práce bylo odhalit, lze-li stanovit vztah mezi intenzitou, pravidelností užívání a způsobem aplikace metamfetaminu s toxickou psychózou. Dále také popsat to, jak pacient vnímá toxickou psychózu, dokáže-li odlišit reálné a nereálné a je-li tento stav ovlivňujícím faktorem pro pacientovu následnou intenzitu užívání nebo zda je tento stav motivací k abstinenci, případně k léčbě.

Rozhovory byly uskutečněny s klienty a zaměstnanci Progressive o.p.s. První tři klienty jsem oslovila v kontaktním centru Stage 5 po předchozí konzultaci s pracovníky zařízení. Všichni klienti se rádi výzkumu zúčastnili a sami vyjádřili zájem k dané problematice a doptávali se mě na různé otázky, které je k průběhu toxických psychóz napadaly. Pouze jeden z oslovených klientů Stage 5 odmítl rozhovor. Další tři respondenti byli zaměstnanci FixPoint. Ti byli k realizaci výzkumu velice vstřícní a nápomocní a taktéž projevovali zájem o danou problematiku.

Během realizace výzkumu se nenaskytly žádné výrazné komplikace znemožňující realizaci výzkumu. Nastaly pouze problémy se získáním vhodného vzorku respondentů. Jelikož se výzkum odehrával převážně mezi klienty kontaktního centra, podařilo se mi oslovit pouze nitrožilní uživatele metamfetaminu. Není tedy možné zjistit, zda se aplikační forma uplatňuje jako významný faktor.

Lze stanovit vztah mezi intenzitou, pravidelností užívání a způsobem aplikace metamfetaminu s toxickou psychózou?

Všichni respondenti byli dlouhodobými pravidelnými nitrožilními uživateli pervitinu, u kterých došlo opakovaně k rozvoji toxické psychózy. Hlavní roli zde hrála intenzita užívání metamfetaminu, kterou respondenti popisovali jako denní s nejvyššími denními nitrožilními dávkami až 5 g. Rozvoj toxické psychózy po 2,5 letech denního užívání vysokých dávek metamfetaminu popsal Respondent D.: „*Asi dva a půl roku po tom, co jsem začal brát přišla první... A v podstatě si myslím, že se k ní dostane každý, kdo bere perník.*“. Vztah mezi intenzitou užívání a rozvojem psychotické symptomatologie

popsal nejlépe Respondent F.: *„Hele v podstatě to byla jedna velká toxická psychóza. Protože jsem bral každé den.“*

V tomto případě lze stanovit, že intenzita, pravidelnost užívání a způsob aplikace hraje roli v rozvoji toxických psychóz. Nicméně chybí komparace s uživateli, kteří užívají jiným způsobem, než nitrožilně a také v jiné intenzitě. Hsiehová a kol. (2014) tvrdí, že k rozvoji psychózy dochází častěji u chronických uživatelů metamfetaminu nebo při užití vysoké dávky drogy. Což potvrzují i citované odpovědi respondentů mého výzkumu.

Jak pacient vnímá toxickou psychózu – její intenzitu, halucinace?

Většina respondentů uváděla dlouhodobé trvání psychotických příznaků v neměnné, stále intenzitě, což může být způsobeno tím, že i přes trvání psychotických příznaků respondenti nadále pokračovali s užíváním metamfetaminu. Zatímco Hosák a kol. (2009) a Darke a kol. (2008) tvrdí, že toxická psychóza je přechodného charakteru a obvykle trvá jen několik dní.

Zajímavá kombinace dysmorfofobické halucinace a paranoidně perzekučního bludu, která ilustruje složitost a dynamiku bludného systému toxické psychózy se objevuje u Respondenta E.: *„... to jsem se dostávala pak do stavů, že mám umělý oko v hlavě. Protože já jsem měla úraz hlavy, jo, a jako on mi to udělal zdravotník. No, a já jsem pak měla v hlavě úplně neprůstřelnou konstrukci, jo, že prostě mi dali umělý oko do hlavy a teďka prostě s tím pozorujou máho přítele. Jako že pak budou mít důkazy a takovýhle.“*

Pozná pacient průběh toxické psychózy? Neplete si ji s jiným psychickým onemocněním, jakým je například schizofrenie, popřípadě akutní intoxikací?

Respondenti se shodovali na tom, že poznat průběh toxické psychózy je poměrně složité. V počátku psychotické epizody si respondenti uvědomovali, že tyto stavy nemohou být reálné. Ale se zvyšující se intenzitou halucinací a bludů a při déle trvajících stavech více věřili tomu, že se jedná o realitu. Důležitým faktorem bylo to, když v psychotické epizodě byli společně s partnerem nebo přáteli, kteří je utvrzovali v reálnosti těchto stavů. Respondent F. popsal tento stav takto: *„Věřil a nevěřil. Prostě viděl jsem to oběma očima. Jenomže ono to nekončilo, ono to pořád pokračovalo. A když je něco dlouho, jakože jednou jsem měl psychózu tohodle typu 3 měsíce. Nepřetržitě. Že většinou odezní, jakože druhý den ráno se probudíš, prostě se vyspíš a už jí nemáš, není to. Ale já jsem se probudil a ono to furt bylo. Furt jsem v tom byl. Tak jsem začínal víc věřit tomu, že to je pravda.“*

Ovlivní průběh toxické psychózy pacientovu intenzitu užívání, popřípadě celkovou abstinenci?

Výzkum nepotvrdil, že by toxická psychóza měla vliv na následnou intenzitu užívání, popřípadě celkovou abstinenci. Respondenti uváděli jen minimální motivaci k abstinenci či snížení dávky. Ihned po probuzení potřebovali svou běžnou dávku. Pokud některý z respondentů byl hospitalizován, bylo tomu tak z důvodu sebevražedných pokusů nebo se jednalo o nedobrovolnou hospitalizaci, při které problém toxických psychóz nebo závislosti na metamfetaminu ale nebyl řešen. Zatímco Musílková (2017) ve svém výzkumu uvádí, že ve všech pěti případech respondentů se výskyt toxické psychózy ukázal být tou poslední fází v průběhu užívání, která vedla respondenty k vyhledání odborné pomoci.

Výsledky mého výzkumu se shodují s výsledky výzkumu Chen a kol. (2003), který tvrdí, že na rozvoji toxických psychóz hraje významnou roli nízký věk prvního užití drogy a zároveň, pokud je alespoň jeden z rodičů psychiatricky léčen pro psychotické poruchy.

Jistým limitem v realizaci výzkumu se ukázalo nevhodné zvolení výzkumných otázek, které nebyly dostatečně konkrétní pro zpracování jasného výstupu. Otázky byly otevřené a všeobecné, neptaly se na konkrétní situace. Na druhou stranu se mi podařilo získat značné množství informací nad rámec výzkumných otázek, které jsem uvedla v kapitole 3.8. *Sekundární zjištění vyplývající z výzkumu*. Taktéž vzorek respondentů by mohl být obsáhlejší – co do účastníků výzkumu, nebo například do různorodosti uživatelských zvyklostí (aplikace, pravidelnost).

Respondenti A., B. a C. mohli být ve svých odpovědích limitováni tím, že rozhovory probíhaly pod dozorem jednoho z pracovníků kontaktního centra. U některých z nich bylo na projevu vidět, že pátrají v myšlenkách, jak kdyby si své odpovědi vymýšleli jen proto, aby něco řekli. Jejich odpovědi mohly být taktéž ovlivněny tím, že respondenti byli pod vlivem metamfetaminu. Rozhovor s nimi bylo velmi těžké koordinovat, jelikož jejich projev byl značně ovlivněn účinkem drogy.

V adiktologické praxi je důležité se zaměřit na řešení problémů spojených s metamfetaminovou toxickou psychózou. Je očividné, že ve standardních psychiatrických léčebnách se těmto stavům nepřisuzuje důležitost a jsou často v léčbě opomíjeny a „zaléčeny“ pouze farmakologicky. Jak již bylo dříve řečeno, abstinence a farmakoterapie nestačí. Je důležité klást důraz na psychoterapii, a to z důvodu, že v průběhu toxických psychóz mohou vyplynout na povrch traumatizující zážitky nejen z raného dětství. Samozřejmostí je diferenciální diagnostika, která napomůže odlišit primární a vyvolanou psychotickou poruchu. Nedostatek informací o tomto onemocnění neumožňuje

odborníkům snadnou diagnostiku a mnoho z nich je odkázáno na svou klinickou praxi. Je pravděpodobné, že respondenti, kteří svou toxickou psychózu popisovali jako dlouhodobou, několik let trvající, mohou trpět primární psychotickou poruchou typu paranoidní schizofrenie, která jim ovšem nebyla diagnostikována. Jejich následné užívání návykových látek může být jistou formou sebemedikace. V léčebném kontinuu je třeba se zaměřit na motivaci k úplné abstinenci, která hraje významný vliv v rozvoji ať už endogenních nebo toxických psychóz.

Použitá literatura

Albertson, T. E., Derlet, R. W., & Van Hoozen, B. E. (1999). Methamphetamine and the expanding complications of amphetamines. *Western Journal of Medicine*, 170(4), 214–219. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305551/pdf/westjmed00319-0028.pdf>

Ambler, Z. (2006). *Základy neurologie* (6., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Galén.

André, I., Novotný, V., & Cook, J. (2006). Toxické psychózy. *Alkoholismus A Drogové Závislosti*, 41(2), 77-83.

André, I., Novotný, V., & Cook, J. (2008). Toxické psychózy. *Alkoholismus A Drogové Závislosti*, 43(2), 103-110.

André, I., Novotný, V., & Somošová, J. (2003). Toxické psychózy – diagnostické úvahy. *Alkoholismus A Drogové Závislosti*, 38(3), 137-142.

Balíková, M. (2017). *Forenzní a klinická toxikologie: laboratorní toxikologická vyšetření* (Druhé, doplněné vydání). Praha: Galén.

Boleloucký, Z. (1993). *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha: Grada.

Chen, C. K., Lin, S. K., Sham, P. C., Ball, D., Loh, E. W., ... Murray, R. M. (2003). Pre-morbid characteristics and co-morbidity of methamphetamine users with and without psychosis. *Psychological Medicine*, 33(8), 1407-1414. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.856.1689&rep=rep1&type=pdf>

Cook, J., Novotný, V., & André, I. (2008). Toxické psychózy. *Alkoholismus A Drogové Závislosti*, 43(3), 149-157.

Darke, S., Kaye, S., McKetin, R. & Duflou, J. (2008). Major physical and psychological harms od methamphetamine use. *Drug and Alcohol Review*, 27(3), 253-262. DOI: 10.1080/09595230801923702.

Douglas Anglin, M., Burke, C., Perrochet, B., Stamper, E. & Dawud-Noursi, S. (2000). History of Methamphetamine Problem. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 137-141. DOI: 10.1080/02791072.2000.10400221

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2017). *Evropská zpráva o drogách 2017: Trendy a vývoj*. Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Garaj, V., & Garajová, E. (2009). Akútne "drogové" stavy a prvá epizóda psychózy. *Alkoholizmus A Drogové Závislosti*, 44(1), 13-21.

Glasner-Edwards, S. & Mooney L. J. (2014). Methamphetamine psychosis: epidemiology and management. *CNS Drugs*, 28(12), 1115-1126. DOI: 10.1007/s40263-014-0209-8

Glasner-Edwards, S., Mooney, L. J., Marinelli-Casey, P., Hillhouse, M., Ang, A. & Rawson, R. (2008). Clinical course and outcomes of methamphetamine-dependent adults with psychosis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(4), 445-450. DOI: 10.1016/j.jsat.2007.12.004.

Grant, K. M., LeVan, T. D., Wells, S. M., Li, M., Stoltenberg, S. F., ... Bevens, R. A. (2011). Methamphetamine-associated psychosis. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 7(1), 113-139. DOI: 10.1007/s11481-011-9288-1

Hides, L., Dawe, S., McKetin, R., Kavanagh, D. J., Young, R. M., ... Saunders, J. B. (2014). Primary and substance-induced psychotic disorders in methamphetamine users. *Psychiatry Res.*, 226(1), 91-96. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.11.077

Horáček, J. (2003). *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensis.

Hosák, L., Maixnerová, R., & Valešová, D. (2009). Psychotické příznaky u závislých na metamfetaminu. *Psychiatrie Pro Praxi*, 10(2), 85-88. Retrieved from <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/08.pdf>

Hsieh, J. H., Stein, D. J. & Howells, F. M. (2014). The neurobiology of methamphetamine induced psychosis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 537. DOI:10.3389/fnhum.2014.00537

Kalina, K. (2001). *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál.

Krajčovičová, D., & Hanzelová, K. (2011). Problematika komorbidity schizofrenie a užívania psychoaktívnych látok, možnosti terapeutického ovplyvnenia. *Alkoholizmus A Drogové Závislosti*, 46(4), 208-224.

Kulišťák, P. (2017). *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Malá, E. (2005). *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada.

McKetin, R., Lubman, D. I., Baker, A. L., Dawe, S. & Ali, R. L. (2013). Dose-related psychotic symptoms in chronic methamphetamine users: Evidence from a prospective longitudinal study. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 319-324. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.283

McKetin, R., McLaren, J., Lubman, D. I. & Hides, L. (2006). The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. *Addiction*, 101(10), 1473-1478. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1360-0443.2006.01496.x>

Minařík, J. & Kalina, K. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Minařík, J. & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (c2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Retrieved from <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00109604>

Mohr, P., Kopeček, M., Brunovský, M., & Páleníček, T. (2017). *Klinická psychofarmakologie*. Praha: Maxdorf.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z. et al. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády ČR.

Musílková, E. (2017). *Toxická psychóza jako důsledek dlouhodobého užívání metamfetaminu – série případových studií klientů terapeutické komunity* (Diplomová práce). Retrieved from <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/178296/>

Novotný, V., André, I., & Somošová, J. (2005). Toxické psychózy. *Alkoholismus A Drogové Závislosti*, 40(5), 283-297.

Novotný, V., André, I., Baloghová, B., & Borovská, M. (2012). Stabilita jadrových príznakov schizofrenie pri ovplyvnení drogou. *Alkoholismus A Drogové Závislosti*, 47(2), 66-77.

Orlíková, B., & Csémy, L. (2016). Psychiatrická komorbidita u užívateľů metamfetaminu. *Adiktologie*, 16(1), 26-35.

Palkovič, P., Alexanderčíková, Z., Slezáková, S., Vojtková, D., & Okruhlica, L. (2011). Kombinovaná diagnóza: závislosť od metamfetamínov a psychóza. *Alkoholismus A Drogové Závislosti*, 46(3), 175-183.

Pavlovský, P. (2013). Akutní psychotické poruchy, diagnostika a léčba. *Psychiatrie Pro Praxi*, 14(2), 54-57. Retrieved from <http://www.psychiatriepropraxi.cz/archiv.php>

Pěč, O. (2009). Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie Pro Praxi*, 10(2), 76-78. Retrieved from <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/05.pdf>

Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.

Salo, R., Flower, K., Kielstein, A., Leamon, M. H., Thomas, E. N. & Galloway, G. P. (2011). Psychiatric comorbidity in methamphetamine dependence. *Psychiatry Res.*, 186(2-3), 356-361. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.09.014.

Skála, M. (2004). Psychóza a drogy. *Esprit*, (8), 5-7.

Švestka, J. & Horáček, J. (2002). Obecná psychopatologie. In Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J., eds. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.

Všetička, J. (2014). Souvislosti mezi užíváním pervitinu a marihuany, toxickými psychózami a schizofrenií. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 110(2), 67-74. Retrieved from <http://www.cspsychiatr.cz/archiv.php>

WHO. (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: ÚZIS ČR.

Zweben, J. E., Cohen, J. B., Christian, D., Galloway, G. P., Salinardi M., ... Iguchi, M. (2004). Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *The American Journal on Addictions*, 13(2), 181-190. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1080/10550490490436055>

Seznam tabulek

Tabulka č. 3: Klinické rozdělení bludů

Tabulka č. 4: Dělení halucinací, resp. iluzí

Tabulka č. 3: Komparace toxické psychózy a schizofrenie

Tabulka č. 4: Základní demografické údaje

Přílohy

Příloha 1: Záznamový arch

Metamfetaminová toxická psychóza z pohledu klienta Záznamový arch

Číslo respondenta: _____

Jméno tazatele: _____

Místo kontaktu: _____

Datum rozhovoru(ů): ____ . ____ . ____

BLOK I. – DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

1. Věk _____

2. Pohlaví respondenta:

1. Muž

2. Žena

3. Jiné

3. Místo bydliště - Kde žije?

3.a) Místo bydliště – Trvalé bydliště?

4. Identita

1. Občan ČR, česká národnost/etnická příslušnost: _____

2. Občan ČR, jiná než česká národnost/etnická příslušnost: _____

3. Jiná - cizinec (státní příslušnost/národnost/etnická příslušnost): _____

5. Vzdělání (hodící se zakroužkujte)

1. neukončené základní

2. ukončené základní (nezačal další školu)

3. učební obor bez maturity (začal a nedokončil - začal a pokračuje - začal a úspěšně dokončil)

4. maturita (začal a nedokončil - začal a pokračuje - začal a úspěšně dokončil)

5. vysokoškolské (začal a nedokončil - začal a pokračuje - začal a úspěšně dokončil)

6. Ekonomická aktivita

1. student, žák

2. ekonomicky aktivní - stálé zaměstnání

3. ekonomicky aktivní - příležitostné zaměstnání (brigády)

4. nezaměstnaný

5. invalidní důchodce

6. žena v domácnosti

7. jiná _____

6. a) Co konkrétně dělá, rytmus práce, ev. vztah k usu pervitinu:

7. Rodinná situace

1. svobodný

2. žije s partnerem

3. ženatý/vdaná

3. rozvedený(á)

5. ovdovělý(á)

8. Počet dětí

(počet): _____

BLOK II. - DROGY

1. Užívání PERVITINu

a) aplikace
b) frekvence
c) kombinace
d) kontext
d) počátek užívání

2. Sekundární drogy (všechny látky užívané v posledním roce/počátek usu)

Ilegální a legální drogy	Léky	Přírodní drogy
Heroin	Subutex	Marihuana
Braun	Diazepam	Opium
Alkohol	rohypnol	Durman
Kokain	Rivotril	Lysohlávky
Extáze	Neurol	Muchomůrky
LSD		Hašiš
Organická rozpouštědla	Jiné látky:	
tabák		

3. Způsob aplikace: (všechny způsoby užívané v posledním roce)

- | | |
|------------------|----------------------------|
| 1 injekčně => 4) | 4 čicháním => 5) |
| 2 šňupáním => 5) | 5 polykáním, cucáním=> 5) |
| 3 kouřením => 5) | 6 jinak, uveďte jak: _____ |

4. Injekční užívání drog

4. a) Jak dlouho (injekčně!)

1. v současné době drogy injekčně neužívá
2. méně než 3 měsíce.
3. 4 - 6 měsíců.
4. 7 - 12 měsíců.
5. 13 - 24 měsíců.
6. déle než 2 roky.

4. b) Jak často (injekčně!)

1. 1 x týdně nebo méně
 2. 2 - 6 dnů v týdnu
 3. denně
 4. neužíval v posledním měsíci (v tom případě je na místě dotaz na současný způsob aplikace: **Jak teda probíhá bereš?**)
- _____

4. c) Sdílení-kdy naposledy:

	Vzal	Předal
včera nebo dnes	1	1
během posledního týdne	2	2
během posledního měsíce	3	3
před více než měsícem	4	4

5. Typický kontext užívání drog

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. sám | 4. v partě |
| 2. ve dvojici se sexuálním partnerem | 5. na koncertě nebo v klubu |
| 3. ve dvojici s přítelem | 6. v práci |
| | 7. Jinde |
-

Příloha 2: Struktura semistrukturovaného interview

Metamfetaminová toxická psychóza z pohledu klienta **Otázky pro kvalitativní část – semistrukturované interview**

- Jak často užíváte?
 - Kolikrát denně?
 - V které dny v týdnu, nebo v měsíci?
 - Co frekvenci užívání ovlivňuje?
- Jaké jsou typické dávky?
 - Co do velikosti.
 - Co do efektu.
 - Stává se, že si vaše okolí intoxikace všimne?
- Jakým způsobem si látku aplikujete?
- Jaké další látky užíváte, co používáte k vyladění intoxikace?
- Kolikrát jste prožil/a stav toxické psychózy?
- Popište průběh své toxické psychózy – co jí předcházelo (jaká dávka), kdy jste ji prožil/a a kde, jaká byla její intenzita (co do délky trvání)?
- Jak ovlivnila toxická psychóza Vaše následné užívání? Byl pro Vás tento stav motivací k léčbě své závislosti?
- Byl/a jste ve stavu toxické psychózy hospitalizován/a, popř. proběhla u Vás nějaká léčba?
- Měl/a jste někdy jiné duševní obtíže?

Příloha 3: Informovaný souhlas pacienta

Informovaný souhlas pro účast ve studii

Dobrý den, tento formulář informovaného souhlasu je určen pacientům, kteří byli pozváni k účasti ve studii s názvem „**Metamfetaminová toxická psychóza z pohledu klienta**“.

Formulář informovaného souhlasu pro _____
(Jméno účastníka)

Výzkum probíhá v rámci bakalářského studia na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy oboru Adiktologie. Tématem je Metamfetaminová toxická psychóza z pohledu klienta a jeho výstupem bude *Bakalářská práce*.

V rámci své bakalářské práce zkoumám, jak lidé prožívají toxickou psychózu. Studie se zabývá problematikou metamfetaminové toxické psychózy, jak ji klienti prožívají a co jí bezprostředně předchází. Jaký je vztah klienta k užívání metamfetaminu – pravidelnost, dávka, způsob aplikace a jaký to má vliv na toxickou psychózu.

Studie je rozdělena do dvou částí – dotazníku a rozhovoru. Celková doba účasti je 90 minut.

Rozhovor bude nahráván na osobní diktafon, přičemž přístup k nahrávce budu mít jen já a můj vedoucí práce MUDr. Jakub Minařík. Nahrávky a dotazníky budou uloženy odděleně. Po zpracování práce budou řádně zlikvidovány.

Na kteroukoli otázku rozhovoru můžete odmítnout odpovědět a kdykoli v průběhu rozhovoru svou účast ve studii ukončit. Ukončení spolupráce pro Vás nenes žádná rizika.

Účast ve studii je zcela anonymní. Nikde nebudou uvedeny osobní údaje, které by vedly k identifikaci Vaší osoby.

Účast ve studii je dobrovolná a nevzniká žádný nárok na úhradu jakýchkoli výdajů.

Odpovědná osoba

Anna Jarmarová
3. ročník Adiktologie
Email: anna@jarmarova.cz

Informovaný souhlas

Přečetl/a jsem si nebo mi byly přečteny předchozí informace. Měl/a jsem příležitost se zeptat na jakékoli otázky, které jsem měl/a a ty mi byly zodpovězeny.

Souhlasím s účastí v této studii.

Jméno účastníka hůlkovým písmem: _____

Podpis účastníka: _____

Datum: _____

Jméno řešitelky projektu: *Anna Jarmarová*

Podpis: _____

Datum: _____

Příloha 4: Souhlas Etické komise VFN

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
128 08 Praha 2
tel.: 224964131
e-mail: eticka.komise@vfn.cz

Vážená slečna
Anna Jarmarová
Hornátecká 11
182 00 Praha 8

14.12.2017
č.j.: 1961/17 S-IV

Etická komise VFN projednala na svém zasedání 14.12.2017 Vámi předložený individuální výzkumný – bakalářskou práci č.j. 1961/17 S-IV – bakalářská práce

Název studie/Title of CT: Metamfetaminová toxická psychóza z pohledu klienta.

Žadatel/Applicant: Anna Jarmarová, Klinika Adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4
128 00 Praha 2

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report: 1x ročně/Once a year Jiná lhůta/Other

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment of the EC: Ano/Yes Ne, důvod/No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form: 4.12.2017

Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session: 14.12.2017(15,30 – 18,15hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Anna Jarmarová, Klinika Adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4 128 00 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis a anotace práce, 27.11.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zkrácený formulář EK VFN ze dne 27.11.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci a vyjádření vedení pracoviště a vedení VFN, 4.12.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informovaný souhlas pro pacienta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro pacienta: záznamový arch a semistrukturované interview	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis zkoušející Anna Jarmarová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN a souhlas přednosta kliniky, 30.11.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise:

EK vydává / EC issues

- Souhlasné stanovisko/Favourable opinion
 Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává **souhlasné** stanovisko k provedení individuálního výzkumu – bakalářské práce: Metamfetaminová toxická psychóza z pohledu klienta na klinice Adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze.

Podpis předsedy EK / Signature of Chairperson

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1
128 08 Praha 2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
MUDr. Josef Šedivý, CSc.	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mistopředseda/ Vice-chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ing. Antonín Grošpic, CSc.	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	M/M	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Kolář	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Kateřina Rusinová, MgA., Ph.D.	Ž/F	Anesthesiologist- Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nefrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatrist – AdolescentMed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci./The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column :

Ano/Yes Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 14.12.2017

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1
128 08 Praha 2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.