

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Mládež a zneužívání psychofarmak

Bakalářská práce

Autor: Romana Faltýnková
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: Mgr. Martin Knytl, MCS
Oponent práce: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Romana Faltýnková

Studium: P19P0122

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: **Mládež a zneužívání psychofarmak**

Název bakalářské práce AJ: Youth and the Abuse of Psychotropic Medications

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá zneužíváním psychofarmak u mládeže ve věkovém rozmezí 15 až 25 let. Práce má za úkol představit typologii drogových závislostí a některé nejčastěji zneužívané drogy, a to jak velmi nebezpečné a nelegální, tak i drogy legální a poměrně snadno dostupné. Součástí práce je specifikace psychofarmak, jejich účinky a důvody užívání. Praktická část zahrnuje kvantitativní průzkum formou dotazníku, který má za úkol objasnit užívání psychofarmak mezi mládeží.

BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.

Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-736-7223-2.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2.*, aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

KRAUS, Blahoslav. *Sociální deviace v transformaci společnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-575-2.

RÖHR, Heinz-Peter. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0927-0.

Garantující pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Martin Knytl, MCS

Oponent: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 1.2.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Mládež a zneužívání psychofarmak vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 26. 4. 2022

Romana Faltýnková

Poděkování

Velmi děkuji za odborné vedení a pomoc při vypracování mému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Martinu Knytlovi, MCS, a dále také všem účastníkům mého dotazníkového šetření, kteří ochotně a svědomitě odpovídali na mé otázky.

Anotace

FALTÝNKOVÁ, Romana. *Mládež a zneužívání psychofarmak*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 82 s. Bakalářská práce.

Hlavním předmětem práce je zneužívání psychofarmak a to zejména u věkové skupiny 15 až 26 let. Teoretická část je věnována seznámení se základní terminologií, typologii drogových závislostí, nejčastěji užívaným drogám, nelegálním i legálním. Dále se teoretická část věnuje specificky skupině psychofarmak a jejich zneužívání. Tato část má sloužit k seznámení čtenáře s psychofarmaky jak obecně, tak i s konkrétními skupinami či přípravky, které jsou nejčastěji zneužívány a to především mládeží. Praktická část zahrnuje kvantitativní výzkumné šetření formou dotazníku, který má za úkol zjistit četnost jevu zneužívání psychofarmak mezi respondenty, jeho běžnost, míru a také nejčastěji zneužívaná psychofarmaka.

Klíčová slova: drogová závislost, psychofarmaka, mládež, legální a nelegální drogy

Annotation

FALTÝNKOVÁ, Romana. *Youth and the Abuse of Psychotropic Medications*. Hradec Králové: Faculty of Education. University of Hradec Králové. 2022. 82 s. Bachelor Thesis.

The main topic of this thesis is the prescription drug abuse amongst the youth (aged 15–26). The theoretical part explains the basic terminology connected to this topic such as drug addiction and other. Prescription drugs also hold numerous risks, even though the medication can be prescribed for good purpose. The goal of this bachelor's thesis is to acknowledge the reader of this problematic, introduce the typology of drug addictions and some of the most widely abused drugs, both legal and illegal. After the general introduction the work focuses on psychotropic medications, various types of them and their effects, which are the most common reason why young people abuse them. The empiric part of this thesis is a questionnaire, and its purpose is to show how common this abuse is amongst young people, and which are some of the most popular psychotropic medications they abuse.

Keywords: drug abuse, psychotropic medications, youth, legal and illegal drugs

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis:

Obsah

Úvod	9
1 Drogová závislost, její příčiny a typologie.....	11
1.1 Pojmy související s drogovou závislostí	11
1.2 Faktory vzniku drogových závislostí	12
1.3 Drogová závislost u mládeže	14
1.4 Typologie drogových závislostí	15
2 Charakteristika psychofarmak	19
2.1 Dělení psychofarmak	20
3 Zneužívání psychofarmak	30
3.1 Zneužívání léků se stimulačním účinkem	32
3.2 Zneužívání léků s hypnotickým, sedativním a anxiolytickým účinkem.....	34
3.3 Antidepresiva a antipsychotika	38
3.4 Analgetika	39
3.5 Zneužívání psychofarmak ve světě	40
3.6 Prevence zneužívání psychofarmak	49
3.7 Léčba osob zneužívajících psychofarmaka v České republice	53
4 Výzkumné šetření: Psychofarmaka a jejich zneužívání mládeží	56
4.1 Výzkumný problém a jednotlivé hypotézy	56
4.2 Metody a strategie výzkumného šetření.....	58
4.3 Analýza a interpretace výsledků šetření.....	59
4.4 Shrnutí	67
Závěr.....	70
Seznam použitých zdrojů	72
Přílohy	80

Úvod

Bakalářská práce se zabývá zneužíváním psychotropních léků mezi mládeží ve věku od 15 do 26 let. Jde o poněkud nové a závažné téma, které často bývá opomíjeno a přehlíženo, nebo je bráno jako něco, co v Evropě nepředstavuje příliš velký problém a týká se hlavně USA. Opak je ale pravdou, protože zneužívání psychofarmak je v posledních několika letech na vzestupu a to hlavně mezi mládeží. S vývojem farmacie a zdravotnictví lidé rozklíčovali skutečná rizika léků, o kterýchž si minulé generace mohly myslet, že jsou naprosto bezpečné a nenávykové. Cílem práce je seznámit čtenáře s obecnými pojmy jako je drogová závislost, dále s typologií drogových závislostí a také s možnostmi jejich terapie a léčení. Dále je cílem přiblížit co vlastně psychofarmaka jsou, jaké jsou principy jejich fungování, do jakých se dělí skupin. Ne všechna psychofarmaka nesou stejný závislostní potenciál, práce se proto soustředí hlavně na skupiny léků, které nesou vysoké riziko závislosti a vážných vedlejších účinků, hlavně poté v kombinaci s alkoholem.

Třetí kapitola má za úkol přinést pohled na samotné zneužívání psychofarmak ve světě. Nejdůležitějším pramenem pro tuto část práce jsou zprávy z výzkumů a články informující o aktuální situaci ohledně zvoleného tématu. Cílem je popsat situaci se zneužíváním psychofarmak a dalších léků v co nejaktuálnějším duchu, proto se práce snaží čerpat hlavně ze zdrojů z posledních dvaceti let. Společně s dosud zjištěnou prevalencí tohoto jevu ve společnosti jsou velkým zájmem práce i zdroje, ze kterých bývají léky nelegálně získávány. Sem mohou spadat rodinní příslušníci, vrstevníci nebo internet, který, díky své anonymitě, bezesporu usnadnil cestu mnoha dealerům. V závěru práce je uvedena platná legislativa a jiná preventivní opatření, která mají za cíl zneužívání léků co nejvíce omezovat a znesnadňovat a následně i možnosti terapie, které se dnes nabízejí.

Praktická část této práce je cílena na mládež mezi 15 až 26 lety, kde je cílem autorky zjistit výskyt tohoto jevu, uvědomování si možných rizik a další položky. Ke sběru dat pro kvantitativní výzkum je použit dotazník, na který respondenti anonymně odpovídali.

Tato práce je určena všem, kteří se zajímají o problematiku psychofarmak a jejich návykovosti. Dále je určena i uživatelům nejrůznějších léků, kteří zde mohou nalézt nový pohled na léky a jejich bezpečnost a také kontakty, pokud potřebují pomoci s vysazováním a zbavením se závislosti a také je věnována všem studentům sociální

patologie, kteří jsou zainteresováni v lékových a jiných závislostech a chtějí se o tomto jevu dozvědět více a získat pojem o aktuální situaci v České republice, Evropě a USA.

1 Drogová závislost, její příčiny a typologie

U různých autorů je možné setkat s různými definicemi toho, co je to drogová závislost. Hoferková (2017) charakterizuje závislostní syndrom jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických příznaků, které ovlivňují jedince i jeho okolí a jsou způsobeny některou z psychoaktivních látek. Dalším charakteristickým znakem je také nepřekonatelná touha po látce, postupný nárůst tolerance, potřeba zvyšování dávek a ztráta zájmu o dřívější koníčky i vztahy. Typický je také výskyt abstinčního syndromu, který u některých látek může vést až ke smrti. Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO), která drogovou závislost nazývá synonymem toxikomanie jde o „stav periodické nebo chronické intoxikace, škodlivé jednotlivci nebo společnosti, který je vyvolán opakovaným zneužíváním drog přírodního nebo syntetického původu“ (Emmerová, 2010). Drogová závislost se dělí na psychickou a fyzickou. U některých drog nastávají obě, u některých drog vzniká jen závislost psychická. Velký vliv má samotná podstata účinku látky, frekvence nebo četnost užívání. Emmerová charakterizuje psychickou závislost jako nepřekonatelnou touhu a tužbu látku znovu užít. Fyzická (somatická) závislost se poté projevuje souborem somatických problémů, kterými může být např. bolest břicha, hlavy, nevolnost, křeče a další. Fyzická závislost vzniká pomaleji než psychická, protože pro její vznik se musí droga stát součástí lidského metabolismu. Teprve až je jeho součástí, tak tělo negativně reaguje na nedostatek látky v těle.

1.1 Pojmy související s drogovou závislostí

Pojem droga či psychoaktivní nebo psychotropní látka WHO charakterizuje jako „jakoukoliv látku (substanci), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“. Z této definice tedy plyne, že drogou může být jakýkoliv přípravek, tedy i lék, protože má vliv na fungování organismu.

Dalšími důležité pojmy zahrnuje následující trojice: *úzus*, *abúzus* a *misúzus*. *Úzus* (z lat. *usus*; užití, zvyk) definuje Emmerová (2010) jako užívání psychoaktivní látky v souladu s platnými normami společnosti a společenskými zvyklostmi. Jedinec tak neohrožuje sám sebe ani společnost a užívaná látka má vesměs pozitivní účinek na jeho organismus. Pojem *abúzus* je naopak pojmem negativním. Kraus (2017) definuje *abúzus* jako nadměrné užívání psychoaktivní látky s negativním dopadem na jedince a jeho okolí.

Tento pojem se často pojí právě s drogovou závislostí, jejímž dominantním znakem je právě nadužívání těchto látek a ohrožování sama sebe i společnosti. Posledním pojmem z této trojice je *misúzus*, což je pojem, který se nejčastěji používá právě u (nad)užívání léků. Kraus ve stejné publikaci definuje tento pojem jako *užívání látek takovým způsobem, který není v souladu s pohledem současné medicíny*. Může jít o užívání příliš velkých dávek, příliš často či z neověřených a podvodných zdrojů. Také se může jednat o užití látky v nevhodné situaci (např. požití alkoholu před řízením motorového vozidla).

Abstinenční syndrom je soubor psychických a fyzických dopadů nedostatku drogy v těle. U různých látek se liší a má různou sílu. Bývá také nejčastějším důvodem, proč není člověk schopen se vzdát užívání látky i přes zjevné negativní dopady na jeho život. Fyzické příznaky zahrnují bolesti, křeče, nevolnost, zvracení, průjmy, pocení, u některých látek, hlavně pak u alkoholu mohou vést k velmi závažným stavům jako je např. delirium tremens a mohou skončit i smrtí (Kalina, 2003; Nešpor, 2011).

1.2 Faktory vzniku drogových závislostí

Drogová závislost vzniká nejčastěji multikauzálně vlivem několika rizikových faktorů, které následně mohou vyústit v samotnou závislost. V literatuře jsou faktory vzniku drogové závislosti rozděleny do 5 skupin. Emmerová (2010) uvádí tyto skupiny:

První skupinou jsou faktory farmakologické, mezi něž spadá dostupnost a přítomnost drogy. Nejdostupnější jsou drogy legální, kam se řadí zejména alkohol, cigarety a další nikotinové výrobky. Dostupnost nelegálních drog poté prudce stoupla po roce 1989, kdy se otevřely hranice a Česká republika se z původně tranzitní země stala zemí s rostoucím počtem narkomanů.

Druhou skupinou jsou faktory osobnostní. Každý člověk se může samozřejmě stát závislým, nicméně existují některé rizikové skupiny. Do této skupiny lze řadit psychicky labilnější jedince, neurotiky a jedince, kteří jsou snadno zasažitelní stresem. Čím nižší je věk uživatele, tím vyšší je také riziko vzniku závislosti, a tím závažnější mohou být i dopady psychotropních látek na jejich psychické a fyzické zdraví. Smutnou realitou je i to, že někteří jedinci se se závislostí už narodí. Jsou to děti matek, jež v těhotenství užívaly drogy. Jejich organismus si v děloze do svého metabolismu zakomponoval drogu a tak po narození trpí závažným novorozeneckým abstinenčním syndromem (NAS). Mezi příznaky NAS patří pláč, svalové napětí, nespavost a podrážděnost. Závažnost a doba

trvání NAS se liší vzhledem k tomu, na čem byla matka závislá. Pokud není dítěti poskytnuta intenzivní lékařská pomoc a odvykací kúra, může jít o fatální syndrom (Dobrá rodina o.p.s., 2016, online).

Kromě osobnostních, jinak také endogenních faktorů, působí při vzniku závislosti i faktory exogenní neboli faktory prostředí. Urban (1973) uvádí, že největší vliv mají primární skupiny, ve kterých se jedinec nachází. Do těchto skupin spadá rodina, přátelé a vrstevníci ve školním či pracovním kolektivu. Lidé z těchto skupin mohou jedince s drogou seznámit a dokonce mu ji i opatřovat.

Dalším faktorem je existence spouštěče. Urban (1973) jako hlavní podněty uvádí rodinné a pracovní problémy, smrt v rodině a duševní napětí. Tyto důvody dominují hlavně u dospělých. U dětí a mládeže jsou to pak zvědavost, nuda, problémy ve škole a v rodině. Podnětem můžou být i vrstevnické skupiny a dále také média a televize. A konečně poslední z pěti faktorů, což je frekvence setkávání se s látkou. Jak vyplývá z definice WHO, stav drogové závislosti je způsoben periodickým a opakovaným užíváním návykové látky. Čím vyšší je frekvence setkávání se jedince s návykovou látkou, tím vyšší je riziko vzniku závislosti na ni.

Ján Varmuža (2001) představuje poněkud jednodušší dělení na dvě skupiny a to jsou faktory individuální a společenské. Jako rizikové faktory společenské vnímá prostředí s vysokým výskytem kriminální činnosti, častou změnu bydliště a kolektivu, vysokou dostupnost drog, příliš tolerantní normy a malou sociální kontrolu týkající se drog a také ekonomické problémy státu a nízkou životní úroveň, což ovšem není pravidlem, drogové závislosti se vyskytují i v prosperujících společnostech s dostatkem finančních prostředků. Mezi faktory osobnostní řadí alkoholismus v rodině. Dítě jehož rodič či rodiče jsou alkoholici je často zanedbávané a má sklony po vzoru rodičů propadnout alkoholu a případně dalším návykovým látkám. Určitý vliv mají i genetické předpoklady, zejména poté, pokud rodiče nebo jeden z nich jsou či byli uživateli drog. Nevhodný typ výchovy může být také důležitým faktorem, ať již jde o výchovu příliš autoritativní a přísnou nebo naopak o velmi benevolentní, která někdy hraničí se zanedbáváním. Dále sem patří různá osobní selhání – ve škole, v práci, ve vztazích. V neposlední řadě do endogenních faktorů vzniku drogové závislosti lze zařadit i prostředí, ve kterém jedinec žije a i to, zda jde o město či vesnici. Typické je užívání drog také v tzv. sídlištních komunitách, kde je vysoká koncentrace lidí. Z ní plyne vysoká anonymita, příležitosti se s drogami setkat i nízká sociální kontrola (Kraus, 2014).

1.3 Drogová závislost u mládeže

Jak u dospělých, tak i u dětí a mládeže lze nalézt příčinu užívání drog v mnoha oblastech života. I tak lze jako dominantní vnímat vliv rodičů. Děti, jejichž rodiče jsou uživateli drog mají dle výzkumů podstatně vyšší šanci v budoucnosti návykové látky užívat a získat na nich závislost. To je způsobeno hlavně tím, že drogově závislí rodiče nesoustředí svou pozornost na výchovu, ale raději věnují čas a úsilí shánění drogy. U dětí narkomanů je několikanásobně vyšší prevalence zanedbávání, týrání a zneužívání ze strany rodičů. Tyto události dítě poznamenávají, jsou zdrojem velkého emočního napětí, depresí, zklamání až hostility a mohou vést k tomu, že si dítě po vzoru svých rodičů zvolí jako řešení svých problémů drogy. Kromě rodičů je velmi významným faktorem také starší sourozenec, ze kterého si dítě bere vzor, popřípadě se mu může snažit i vyrovnat (Barnard, 2007). Emmerová uvádí ještě jednu zvláštní skupinu uživatelů drog, kde původ užívání pramení z rodinných faktorů. Jde o děti z velmi dobrých a bohatých rodin, kde jsou rodiče pracovně vytížení, tudíž na děti nemají čas. Ty následně mohou přijít do kontaktu s drogami a pomocí nich se vyrovnávat s nudou nebo nezájmem rodičů.

Neméně důležití jsou dále vrstevníci a vrstevnické skupiny. Vrstevnické skupiny jsou přirozenou formou života dětí a mládeže. Členy těchto skupin pak charakterizuje názorová i věková blízkost a podobné způsoby jednání. Pokud má navíc jedinec problémy v rodině, jeho rodina je dysfunkční nebo je dítě zanedbáváno, může ve vrstevnické skupině spatřovat něco jako druhou rodinu. Vrstevnické skupiny patří ke skupinám referenčním, neboli ke skupinám, s nimiž se má jedinec touhu identifikovat. Ve snaze identifikovat se se skupinou může jedinec, který předtím drogy i odmítal, uchýlit k jejímu užívání, aby byl do skupiny či party přijat (Kraus, 2014). Období puberty a dospívání je charakterizováno hledáním vlastní identity, rozpolceností rolí a odmítáním autority. Mladý člověk si zároveň není schopen uvědomovat všechna rizika, která může takové chování nést a jak může ovlivnit jeho budoucí život. Kromě toho nároky společnosti na člověka neustále rostou a rodiče často selhávají v komunikaci s vlastními potomky, aby jim mohli být psychickou oporou. Tu pak někteří mohou nalézt v patologických vrstevnických uskupeních či v užívání návykových látek. Z multifaktoriální kauzality plyne nutnost v případě výskytu závislosti intervenovat na různých úrovních, tak, aby byly co nejkomplexněji pokryty všechny okolnosti, které k závislosti vedly (Kalina a kol., 2015).

1.4 Typologie drogových závislostí

Drogy lze rozdělit do několika skupin na základě různých kritérií. Dříve se drogy často dělily na tvrdé a měkké vzhledem k jejich závislostnímu potenciálu, nicméně toto dělení není příliš vhodné. Z hlediska legality se drogy poté dělí na legální a nelegální, kdy toto dělení se může napříč společnostmi lišit v závislosti na platné legislativě.

Ondrejkovič a Poliaková (1999) dále dělí drogy podle jejich dominantního účinku na sedativa, stimulancia, halucinogeny, narkotika a steroidy. Toto pojetí může být problematické, protože opomíjí velmi rozšířenou závislost na nikotinu, která by měla být určitě uvedena v typologii drogových závislostí. Jako nejkomplexnější dělení se tak nabízí spojení obou přístupů, tedy dělení drog podle legality a následně podle jejich účinků. Přesně takovou typologii sestavil Kraus (2010) a v odstavcích níže bude tato typologie přiblížena.

Legální drogy

Legální drogy na první dojem mohou působit, že se vyznačují menším stupněm nebezpečnosti než drogy nelegální, nicméně opak je pravdou. Do této skupiny jsou řazeny látky jako je alkohol, kofein a nikotin. Proč jsou tyto drogy legální i pokud s sebou nesou taková rizika? Odpověď lze najít v historické zakořeněnosti užívání těchto látek v různých společnostech. Alkohol se od nepaměti užíval nejen v lékařství, ale také při nejrůznějších náboženských rituálech. Byl taky velkou součástí společenského života už ve starověkých společnostech. Jeho výroba byla velmi snadná a jeho konzumace se kromě islámských zemí rozšířila po celém světě. Stejně tak je na tom i kouření tabáku. Po mnoha staletí se tabák kouřil hlavně mezi indiány, byl součástí jejich slavností i náboženství a byl používán i v tehdejší lékařství. Poté, co byl tabák objeven i Evropany a přivezen sem, jeho kouření se rozšířilo i mezi naši populaci. Ještě v minulém století mnoho lidí (pod vlivem reklam společností vyrábějících cigarety) věřilo, že kouření tabáku je ve skutečnosti zdraví prospěšné. O jeho rakovinotvorných účincích se dozvěděli až o několik desetiletí později (Iversen, 2001). Do třetice legálních drog patří ještě kofein a látky obsažené v čaji či Coca-Cole. U těchto látek se vytváří především psychická závislost a odvykací stavy nejsou nijak závažné nebo život ohrožující.

Nelegální drogy

Kraus (2010) dělí nelegální drogy do čtyř skupin podle jejich účinku. První skupinou jsou halucinogeny. Sem je možné zařadit i tzv. kanabinoidy, drogy vyráběné z rostliny konopí seté. Konopí se velmi dobře daří spíše v teplejších oblastech (Ježková, 2002), nicméně užívání drog z něj vyrobených, marihuany a hašiše, je rozšířeno po celém světě. Do Evropy se dostalo pravděpodobně z Indie a Arábie a o největší popularizaci na západě se zasloužilo pravděpodobně hnutí hippies a beatníci. V islámských zemích se zákazem alkoholu byl alkohol částečně nahrazen právě kouřením konopí (Iversen, 2001). Marihuana (listy nebo palice) a hašiš (zaschlá konopná pryskyřice) mohou hlavně ve vyšších dávkách vyvolávat halucinace a proto se řadí do této skupiny. Dalším neméně známým halucinogenem je LSD (*trip, acid, papírek*), které je naproti marihuaně poměrně novou návykovou látkou. V přírodě se vyskytuje v námelu a poprvé bylo syntetizováno v roce 1938 Albertem Hofmannem. Později bylo v psychologii využíváno k nejrůznějším experimentům a zkoumal se jeho potenciál léčit nejrůznější psychická onemocnění. LSD se poté, i přičiněním některých účastníků experimentů, začalo šířit mezi veřejnost. Žádoucími účinky této látky jsou halucinace a zvýšená vnímavost. Mezi nežádoucí patří nevolnost, bolesti břicha a hlavy a také tzv. *bad trip* či *flashbacky*. *Bad trip* by se dal charakterizovat jako stav intoxikace, kdy halucinace jsou ponuré, strašidelné a intoxikovaná osoba zažívá stavy úzkosti až panické hrůzy a paranoi. *Flashback* je náhlý návrat těchto, zejména nežádoucích účinků, bez toho, aniž by jedinec drogu užil (prev-centrum z.ú., online). Mezi další halucinogeny se řadí i Muchomůrka červená, která obsahuje psychotropní látku muscimol, avšak není příliš vyhledávána vzhledem k jedovatosti ostatních látek v ní (Garnweidner, 1995). Další zástupce hub, tentokrát Lysohlávka česká obsahuje psychotropní látku psylocybin, který působí podobně jako LSD, avšak často s pomalejším nástupem účinku (Borovička, Hlaváček, 2001).

Další skupinou drog jsou opiáty. Jedná se o podskupinu opioidů, které se získávají ze zaslého mléka z nezralých makovic. Působí na celý organismus skrze opioidní receptory. Opiáty našly své využití v medicíně jako léky proti bolesti a kašli. Vysoké dávky opiátů a jejich deriváty působí relaxačně, euforicky, někdy mohou způsobit únavu až ospalost. Všechny opiáty jsou vysoce návykové, jak psychicky, tak fyzicky. Patří mezi ně heroin, kodein, braun, metadon či morfin, který je často využíván jako lék proti bolesti (Kalina a kol., 2003).

Naopak stimulační a excitační účinky má další skupina, stimulanty. I ty byly původně využívány v lékařství i v některých náboženských rituálech v různých kulturách. Do této skupiny drog spadá kokain, pervitin (metamfetamin), crack (směs kokainu a jedlé sody) a extázi (MDMA). Tyto látky lze kouřit, šňupat a některé podávat nitrožilně. Stejně jako u cigaret, kokain byl ještě na začátku minulého století považován za látku zdraví prospěšnou. V medicíně byl využíván jako první lokální anestetikum, vyskytoval se v Coca-Cole, byla vyráběna kokainová vína nebo pastilky na zlepšení barvy hlasu (Iversen, 2001). Až později lidé objevili jak nebezpečný a návykový kokain je. Dříve se stimulancia užívala jako anorektika, což byly přípravky na snížení hmotnosti, které byly volně prodejné. Poté co se však ukázaly i negativní účinky, od jejich užívání v medicíně se upustilo (Röhr, 2015). Celkově všechny stimulanty navozují dobrou náladu, stav zvýšené bdělosti. Jedinec je více produktivní a odhodlaný k práci. Proto mohou být stimulanty využívány i mezi studenty, kteří využívají tyto účinky ke zlepšení svých školních výsledků. Bohužel, stimulanty s sebou nesou i vysoké riziko silné psychické i fyzické závislosti. Dnes často zneužívanými léčivými látkami, které se hojně vyskytují v nejrůznějších bazarech a na dalších platformách na internetu, kde soukromé osoby načerno prodávají léky se objevují i látky příbuzné amfetaminům. Jedná se o léčiva jako která jsou určena k léčbě pacientů s ADHD nebo s narkolepsií (Bigelow, Edgar, 2006).

Čtvrtá skupina jsou těkavé látky, jinak zvané *solventia*, organická rozpouštědla. Do této skupiny se řadí hlavně toluen, benzin, aceton či chloroform. Jsou užívány téměř výhradně inhalačně. Jsou velmi snadno dostupná a závislost na nich často probíhá skrytě. Solventia a jejich vdechování vážně poškozuje mozkové buňky a sliznici dýchacích cest (Kraus, Hroncová, 2010). Novinkou několika posledních pár let jsou i poppers, které dnes mezi mladými lidmi zná snad každý. Chemicky se jedná o nejrůznější alkyl nitrity. Lze je koupit téměř v každém sexshopu, kde bývají prezentovány jako prostředek na čištění kůže a kožených povrchů či jako afrodiziaka, nicméně nikdo si je z toho důvodu samozřejmě nekupuje. Způsobují prudký pokles krevního tlaku a následnou epizodu euforie a příjemných pocitů. I z této těkavé látky však plynou zdravotní rizika, zvláště pak v kombinaci se stimulancii. Dále mohou být poppers také příčinou chronických bolestí hlavy, poškození mozkových buněk či poleptání kůže nebo nosní sliznice.

Pátou skupinou drog jsou látky tlumivé. Svými účinky mohou být podobné opiátům, kvůli působení na jiné receptory a rozdílné vlastnosti i návykový potenciál mají ale samostatnou kategorii. Tlumivé látky jsou často využívány v psychofarmakologii

či při léčení lehčích bolestí nebo poruch spánku. Vzhledem k jejich rozšířenosti může panovat přesvědčení, že jde o preparáty bezpečné, tak tomu bohužel není. Do tlumivých látek spadají analgetika neboli léky proti bolesti, hypnotika a barbituráty, sedativa čili léky na uklidnění a antidepressiva a anxiolytika, která jsou v psychiatrii využívána pro zvládnání úzkostí a stavů deprese (Kraus, Hroncová, 2010). Tyto látky jsou podrobněji popsány v následující kapitole.

2 Charakteristika psychofarmak

Co to vlastně jsou psychofarmaka? Psychofarmaka jsou „*léčiva ovlivňující duševní činnost působením na receptory CNS*“ (Raboch a kol., 2007, s.13). Psychofarmaka jsou relativně novým fenoménem v medicíně a znamenaly tzv. třetí revoluci, která zásadně změnila tvář psychiatrie. V dřívějších společnostech byli psychicky nemocní lidé často segregováni či likvidováni. Později se přešlo k jejich izolaci v zájmu ochrany společnosti (Praško, 2010). První revoluce v psychiatrii nastala v roce 1792 kdy Philippe Pinel, který někdy bývá považován za otce moderní psychiatrie, takzvaně „*sňal psychicky nemocným pacientům okovy*“ a přišel s prvními pokusy o léčbu nemocných, postavených zejména na vykonávání pracovních činností. Druhou revolucí, na které se všichni odborníci shodují, bylo zavedení psychoterapie do psychiatrie Sigmundem Freudem. Ten rozklíčil vliv nevědomí na psychiku člověka. Velkým mezníkem ve vývoji psychiatrie byl i rok 1938, kdy italský psychiatr L. Bini a jeho současník, neurolog Ugo Cerletti, přišli poprvé s elektrošokovou terapií (Albrecht, 2019, online). Ta si získala nechvalnou pověst hlavně v minulosti a někomu může přijít jako kus historie, nicméně elektrošoková terapie se i dnes úspěšně aplikuje u pacientů s nejrůznějšími druhy psychóz, v katatonických či suicidálních stavech. Samozřejmě dnes je tento zákrok prováděn pod celkovou anestézií (Zemanová, 2019, online). Třetí revoluci odstartovali v roce 1952 H. Laborit, J. Delaye a P. Deniker. Jednalo se o chlorpromazin, antipsychotikum první generace, které se využívalo k léčbě především schizofrenie. Objevení tohoto antipsychotika tak odstartovalo éru vzniku medikamentů, které dokázaly účinně bojovat s příznaky do té doby nevléčitelných nemocí.

Základním principem účinku všech psychofarmak je *ovlivňování vazby neurotransmiterů na synaptické membrány CNS*. Molekuly těchto léků obsazují receptory a podle potřeby mohou buď blokovat přirozený ligand membrány či jeho účinek ještě zesilovat (Vinař, 1999). Ligandem v biologii a psychofarmakologii je označení pro atom či molekulu, která se aktivně váže na receptor a způsobuje díky tomu chemické a jiné změny v mozku. Díky tomu dochází poté ke kýženému účinku a úpravě psychického stavu léčeného (Cuffari, 2021, online).

2.1 Dělení psychofarmak

V různých publikacích a u různých autorů se lze setkat s různým způsobem dělení psychofarmak, nicméně asi nejlépe přehledné členění vytvořil D. Lehman a doplnil ji Oldřich Vinař.

Látky s vlivem na kvalitu vědomí

Léčiva z této skupiny psychofarmak jsou indikována pro pacienty, kteří trpí poruchou kvality vědomí. K takovým poruchám patří dezorientace, zmatenost, delirium a může se pojit například i s Alzheimerovou chorobou. Příčinou kvalitativních poruch vědomí jsou nejčastěji akutní organické či chronické léze nacházející se v CNS.

Léčiva z této kategorie jsou nazývána jako nootropika, kognitiva nebo delirogeny. Společným jmenovatelem těchto léčiv je ovlivňování paměti, poznávacích a myšlenkových operací. Nootropika fungují na bázi zlepšování metabolismu a prokrvení CNS. Zároveň také blokují volné radikály v mozku a chrání tak nervové buňky před dalším poškozením. Společně s kognitivou, která, jak název napovídá, zlepšují paměť a úsudek stimulací neuronů, se obě skupiny léčiv používají při léčbě demence, Alzheimerovy choroby nebo jiných degenerativních onemocnění mozku. Mezi nootropika lze zařadit látky jako například piracetam (známý pod obchodním názvem Nootropil) či pyritinol. Tato léčiva nachází využití i u dětí s prenatálním poškozením CNS, zlepšují schopnost učení se a napomáhají v případě opožděného intelektového vývoje. Delirogeny naopak působí jako antagonisté, u zdravých jedinců mohou vyvolat dezorientaci, zmatenost až delirium, avšak najdou své využití zejména u seniorů, kterým byla předepsána příliš velká dávka antidepresiv a projevují se u nich závažné negativní příznaky. Tyto látky podle dostupných informací nebývají zneužívány, pravděpodobně vzhledem k jejich specifické indikaci.

Látky měnící kvantitu vědomí

Látky, které spadají mezi tuto skupinu léčiv se vyznačují svým potenciálem utlumovat nebo naopak stimulovat CNS, a tím mění kvantitu vědomí člověka. Do této skupiny patří stimulantia a hypnotika.

Psychostimulantia jsou látky stimulující centrální nervovou soustavu. Dělí se do tří skupin podle síly jejich účinku a to na: slabá (kofein), středně účinná (efedrin,

hydroxamfetamin) a silná (amfetamin a metamfetamin). Středně účinná a silná psychostimulancia bývají často zneužívána k výrobě pervitinu, jedné z nejrozšířenějších drog v ČR. Z tohoto důvodu okolo psychostimulačních léčiv dnes panují velmi přísná omezení a jsou indikována jen u specifických diagnóz. Uplatňují se v léčbě ADHD a dalších hyperkinetických poruch. Léčba je indikována také v případě narkolepsie, vzácného onemocnění neurologického původu, které se projevuje extrémní spavostí v důsledku absence buněk, které v mozku produkují spánkové mediátory (Česká Neurologická Společnost, 2020, online). Dříve byla užívána jako anorektika k léčbě obezity, ale již se nepoužívají kvůli riziku závislosti a psychickým změnám pacientů (Čížek, 2002, online). Principem fungování psychostimulancií je podpora uvolňování dopaminu v mozku. Navýšení hladiny dopaminu poté vede k rychlejší psychomotorické činnosti, zvýšené bdělosti a výkonnosti, u zdravých jedinců vedou k excitaci a zvýšené aktivitě, kvůli čemuž bývají hlavně vyhledávány (Vinař, 1999). U stimulačních léčiv se objevuje celá řada nežádoucích účinků, proto by mělo být jejich podávání pod bedlivým dozorem lékaře. Patří sem tachykardie, insomnie, zmatenost a agresivita, impulzivita. Negativní účinky stimulancií by měly vymizet po vysazení léčby. Léčiva, která jsou v dnešní době využívána fungují často na bázi amfetaminu či methylfenidátu.

Jakýmsi opakem léčiv stimulujičích vědomí a jeho činnost jsou látky, které tuto činnost tlumí a to jsou hypnotika (z řec. *hypnos* = spánek, ospalý), sedativa (zastarale trankvilizéry) a anxiolytika. Anxiolytika jsou léky tlumící úzkostné stavy – působí v CNS více specificky na odbourání úzkosti a snaží se zachovat funkčnost jedince v životě (např. nemají takový hypnotický efekt, aby byl pacient schopen řídit a pracovat). Pojem anxiolytika pochází z latinského slova *anxius*, které znamená nervózní či „mající kámen na srdci“ (Online Etymology Dictionary, nedatováno, online). Tato léčiva bývají v literatuře souhrnně uváděna jako hypnotika, protože všechny tyto tři skupiny mají hypnotické účinky a preparáty, které jsou využívány (ať už ke zlepšení spánku, nebo odbourání úzkosti) jsou často jedny a ty samé. Naordinování hypnotik by měla předcházet pečlivá úvaha lékaře a také vyčerpání všech alternativ a pokusů o odstranění příčiny nespavosti (Bouček, Pidrman, 2005). Všechna hypnotika působí tlumivým účinkem na CNS, snižují luciditu vědomí a navozují spánek. Jejich anxiolytické působení je zapříčiněno jejich ovlivňováním GABA systému v mozku (Vinař, 1999).

Mezi první látky, které působily hypnotika, která se používala od konce 19. století patří bromidy, chloralhydrát či paraldehyd (Bouček, Pidrman, 2005). Tyto preparáty jsou

však už pouhou historií a autory nejsou zahrnovány ani do 1. generace. Celkem lze rozlišit tři generace hypnotik. První generací hypnotik byly barbituráty. První léčivo, barbital, byl pod obchodním jménem Veronal představen již v roce 1903. Následně za ním byl na trh uveden i fenobarbital pod názvem Luminal. Největší boom barbituráty zažily ve 30. letech a hojně se užívaly až do 50. let. Ovlivňují velké množství mozkových struktur, z čehož plyne i řada jejich negativních vedlejších účinků, které postupně vedly k vytlačení barbiturátů z trhu a dnes se využívají už jen ve výjimečných případech, například fenobarbital dnes nachází stále uplatnění při léčbě epilepsie. Mezi jejich největší zápory patří jejich nízký terapeutický index, tedy to, že jejich pozitivní účinky jsou menší než ty negativní. U barbiturátů existuje velké riziko předávkování, kdy už desetinásobek terapeutické dávky může být smrtelný, což je zvláště nebezpečné vzhledem k jejich silnému návykovému potenciálu (Bečková, Višňovský, 1999). Ovlivňují také jaterní enzymy, kvůli čemuž docházelo k závažným lékovým interakcím a jejich kombinace s alkoholem byla často fatální. Jejich působení na spánek také nebylo ideální. Barbituráty totiž mění architekturu spánku a téměř potlačují REM a delta fázi spánku, spánek byl tak málo osvěžující a po vysazení léčby často docházelo k *rebound REM fázi*. REM rebound poté vyvolával velmi živé sny, které vedly k nekvalitnímu odpočinku, takže byl často opětovným důvodem k nasazení léčby. Z dalších závažných nežádoucích účinků lze jmenovat poškození ledvin a jater, anémii, delirium, výskyt epileptických záchvatů (Čížek, 2002, online), poruchy chůze, třes, pocení, smazanou řeč a poruchy myšlení i jednání (Mečír, 1989). U dávek nad 600 mg pak může dojít k nenávratnému poškození mentálních schopností, emočním poruchám, zmatenosti, poruchám hybnosti a dýchání. U pacientů s takto vysokými dávkami také docházelo k tzv. *barbiturátovému koma*, které je charakterizováno ztrátou svalového napětí, cyanózou (zmodráním kůže), nízkým krevním tlakem a poruchami srdeční činnosti. Nezřídka se tak stalo, že pacient poté zemřel v důsledku utlumení dýchání či srdeční činnosti. Velmi závažné projevy se také objevují u syndromu z vysazení, který může vést k rozvoji epilepsie, deliria a jiných života ohrožujících stavů (Bečková, Višňovský, 1999). Do první generace taktéž spadají nebarbiturátová nebenzodiazepinová hypnotika (clomethiazol, metaqualon), která byla nadějí lékařů i pacientů, avšak se ukázalo, že i přes odlišnou chemickou strukturu mají téměř stejné negativní vedlejší účinky jako barbituráty. Obě tyto skupiny léčiv se dnes používají jen velmi zřídka a bývají nahrazovány modernějšími preparáty s vyšším terapeutickým indexem. Do skupiny nebarbiturátových nebenzodiazepinových hypnotik lze zařadit i antihistaminika,

u kterých se vyskytuje sedativní a hypnotický účinek jako vedlejší hlavnímu (Moráň, 2001).

Hypnotika 2. generace, benzodiazepiny, byly vyvinuty, aby nahradily silně návykové a nebezpečné barbituráty, nicméně i ony mají daleko od ideálního hypnotika (Vinař, 1999). Jde o poměrně nová léčiva a dlouho patřila mezi nejčastěji předepisovaná léčiva pro léčbu úzkosti a nespavosti (Sananim, 2007). Prvním benzodiazepinem byl chlordiazepoxid, který poprvé přišel na trh pod názvem Librium v roce 1955. O osm let později byl na trh uveden i diazepam, který je hojně využíván i dnes. Princip fungování benzodiazepinů spočívá v jejich působení na benzodiazepinové GABA receptory označované jako BDZ1 a BDZ2. Na receptoru BDZ1 slouží k tlumení úzkosti, navození spánku a zklidnění. Na receptoru BDZ2 poté mají myorelaxační a antikonvulzivní účinky. Myorelaxační účinek se projevuje snížením svalového napětí, ten antikonvulzivní pak uvolněním křečí. Jak jsem již bylo naznačeno, původně se věřilo, že nevyvolávají závislost a neoplývají tak širokým spektrem negativních účinků. Benzodiazepiny nemají tolik závažných nežádoucích účinků, ale i tak s sebou nesou četná rizika a jejich užívání by mělo být krátkodobé a řízené. Mezi indikace benzodiazepinů spadají hlavně úzkostné stavy, poruchy spánku, neklid, často jsou ordinovány i pro svoje myorelaxační a antikonvulzivní účinky (Čížek, 2002, online). Dělí se podle intenzity sedativního působení a nebo podle délky jejich účinku. Dle intenzity sedativního působení, je lze rozdělit na silná a slabá hypnotika. Silná hypnotika jsou využívána u závažných poruch spánku, případně pro léčbu nespavosti u velkých bolestí. Lze mezi ně zařadit přípravky jako nitrazepam, midazolam nebo flunitrazepam. Slabší sedativa jsou pak určena pro uklidnění nebo navození spánku u lehčích poruch, které mohou být způsobeny hlavně stresem a podobně. Spolehlivě také tlumí rychle úzkost. Příkladem takových léčiv je například alprazolam, oxazepam a další. Druhé dělení, které lze také běžně nalézt je dělení dle délky jejich účinku. Délka účinku léčiva závisí na poločasu odbourání účinné látky v organismu. Poločas může být ovlivněn více faktory jako pohlaví, váha, věk, další léčiva aj., nicméně odborně jsou děleny na dlouhodobě působící (diazepam), se středně dlouhým působením (alprazolam, bromazepam, klonazepam) či krátkodobě působící (oxazepam). Kromě vzniku závislosti mají BDZ i další nežádoucí účinky, kterými jsou hlavně únava a ospalost, zmatenost a ztráta orientace (a následná agresivita), narušení krátkodobé paměti (tzv. anterográdní ztráta paměti – amnézie na intoxikaci BDZ), snížení svalového napětí, které se projevuje zhoršenou artikulací, pocitem „gumových“ končetin,

necitlivostí. Při dlouhodobém užívání dochází ke ztrátám paměti, poruchám schopnosti učit se, hormonální nerovnováze, rozvoji deprese, bolestem hlavy, paranoidním myšlenkám (Sananim, 2007). Nebezpečný je také abstinenční syndrom a zvláště nebezpečná je také kombinace BDZ a dalších látek, které mají tlumivý účinek na CNS, zejména pak BDZ a alkoholu, která může být fatální. 3. generace hypnotik měla být záchranou od návykových benzodiazepinů. Téměř celou první dekádu 21. století je mnoho autorů považovalo za zcela bezpečné a nenávykové preparáty. Tato generace konečně přinesla selektivní hypnotický účinek a proto se dlouho jevila jako ideální řešení problémů s hypnotiky. Nejvýznamnějšími zástupci jsou zolpidem a zopiclon. Nejde o benzodiazepiny, přesto se váží na BDZ1 a BDZ2 receptory (zolpidem na BDZ1 a zopiclon na oba). Postoj odborné veřejnosti k těmto léčivům se během let velmi měnil. Moráň v roce 2001 uvádí, že nemají návykový potenciál a tudíž jsou ideálními hypnotiky pro léčbu nespavosti. Stejně tak Vinař (1999) vyzdvihuje jejich schopnost navodit spánek a neměnit jeho architekturu (ponechání REM fáze), takže následně nedochází k rebound REM a spánek je velmi osvěžující. Bouček (2005) poukazuje na relativně bezpečnou kombinaci s alkoholem, která není tak nebezpečná jak u BDZ, tudíž jde o preparáty vhodné i pro pacienty, kteří mají problémy s alkoholem. Jak jejich užívání rostlo a lékaři je začali svým pacientům více a více předepisovat, docházelo k jejich masivnímu užívání širokým spektrem lidí a také k postupnému odhalování jejich nedostatků jako například navozování delirózních stavů, halucinací a případů těžko řešitelné závislosti (Mravčík, Nechanská, Popov, 2010).

V dnešní době dochází také k rozšiřování nových hypnotik na bázi BDZ. Jde hlavně o etizolam a flualprazolam. Etizolam je benzodiazepinovým analogem a v některých zemích je schváleným léčivem. V Evropě se jedná pouze o Itálii. Vyznačuje se velmi silnými účinky, kdy je až desetkrát silnější než diazepam a nízkým vylučovacím poločasem. Obě tyto skutečnosti vedou k jeho vysoké návykovosti a riziku předávkování. Kromě těchto rizik se u některých pacientů vyskytly kožní léze, sexuální dysfunkce, problémy s plodností či cukavé pohyby očních víček. Jinde v Evropě ani v USA není oficiálně povolen (Recovery Center of America, online). Flualprazolam je fúzí dvou benzodiazepinů a to je alprazolam a triazolam. Byl vyvinut již v roce 1976, ale na trh byl uveden oficiálně pouze ve Švédsku. Společně s etizolamem jsou na černém trhu často vydávány za klasické benzodiazepiny jako je například Xanax. Jejich užívání rapidně

vzrostlo po roce 2000, hlavním tržištěm je pro tato léčiva internet (Blumenberg a kol., 2020, online).

U konkrétních onemocnění a případů se lze setkat s využitím jiných léčiv jako hypnotik. Jde pak především o sedativní neuroleptika. Indikace těchto léčiv se doporučuje pro pacienty s psychotickými poruchami či u osob, kde se léčba klasickými hypnotiky ukázala jako neúčinná. První antipsychotikum chlorpromazin tak stále nachází uplatnění jako hypnotikum u nespavosti, která doprovází závažná psychotická onemocnění. Dalším důležitým sedativním antipsychotikem je i levopromazin, který má zřetelnější sedativní účinky, využívá se jako substitute morfia nebo u léčby nespavosti, která je rezistentní na klasická hypnotika. U psychotických onemocnění také snižuje afektivitu halucinací, díky čemuž je si pacient vědom, že nejsou skutečné a tolik ho neděsí. Dále bývá také využíván clonazapin nebo olanzapin (Vinař, 1999).

Látky s vlivem na afektivitu – antidepresiva

Antidepresiva, zejména pak ty dnešní, znamenala další převrat v psychiatrii. V posledních letech nahrazují benzodiazepiny a jiné preparáty i v léčbě úzkosti nebo nespavosti. Jak popisuje Bouček (2005) principem účinku všech skupin antidepresiv je ovlivnění systému neurotransmiterů (serotonin, dopamin, noradrenalin) v mozku a jejich hladiny, která má na afektivitu zásadní vliv. Děje se tak díky různým procesům jako je přímá ovlivňování neurotransmiterových receptorů (např. blokáda), inhibice metabolické degradace neurotransmiterů s následkem zvýšení jejich hladiny nebo ovlivňování messengerů v mozku. Antidepresiva upravují hladinu dopaminu, serotoninu a noradrenalinu v synaptických štěrbinách centrální nervové soustavy a tím upravují afektivitu člověka, která je často poškozena právě nedostatkem těchto látek. Mechanismy jak toho docílit jsou taktéž u různých léčiv jiné. Buď dochází k blokáde zpětného vychytávání neurotransmiterů ze synaptických štěrbin, ke zvýšení jejich produkce podáváním prekurzorů (jako je např. levodopa) nebo zvýšením jejich uvolňování z presynaptické štěrbin neuronu. Jedná se o složité neurochemické procesy, pro naši práci nám postačí obecné tvrzení, že ovlivňují hladinu neurotransmiterů v mozku a navracejí zpět tak neurochemickou rovnováhu, čímž léčí psychické projevy nerovnováhy, která nastala.

Tetracyklická a tricyklická antidepresiva (TCA a TECA) jsou nejstaršími antidepresivy, která v dnešní době téměř nejsou využívány, protože byly nahrazeny

preparáty s vyšším terapeutickým indexem a menším počtem nežádoucích účinků. Fungovala na principu zpětné inhibice serotoninu a dopaminu podobně jako dnešní antidepresiva, ale nesla s sebou mnoho nežádoucích účinků. Velmi nepříjemné anticholinergní účinky způsobují suchost sliznic, retenci moči, dehydrataci. Dále se objevovaly poruchy paměti, sedace a ospalost, značný nárůst hmotnosti, vysoký krevní tlak a sexuální dysfunkce. U predisponovaných osob docházelo k rozvoji epileptických záchvatů, srdeční arytmii, selhání orgánů či psychotickým stavům. Objevoval se také syndrom z vysazení charakterizovaný závratí, nevolností, únavou, návratem obtíží, třesem. Klasickými TCA a TECA byly imipramin a mianserin. Dnes se využívají pouze v případech těžké deprese, která je rezistentní vůči léčbě selektivními inhibitory zpětného vychytávání neurotransmiterů.

Druhá generace AD je zastoupena inhibitory monoaminoxidázy, které se běžně označují zkratkou IMAO. Monoaminoxidáza v mozku odbourává dopamin, serotonin a noradrenalin a její inhibicí tak dochází k navýšení jejich hladiny v mozku. Krátce po jejich zrodu byla tato léčiva neselektivní a nesla podobné nežádoucí účinky jako AD první generace. V osmdesátých letech se podařilo vyvinout skupinu selektivních IMAO, které jsou oproštěny od řady negativních vedlejších účinků a nachází své využití dodnes. Jsou indikovány při léčbě lehčích úzkostných poruch, u post-traumatické stresové poruchy (PTSD), panické poruchy a u počínajících forem demence či Parkinsonovy choroby. Nevýhodou IMAO je kontraindikace s jinými léčivými a nutnost speciální diety, která je chudá na tyramin (aby nedošlo k jeho přebytku v mozku). Příklady IMAO jsou například selegilin nebo moklobemid.

Třetí generace AD, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI – Selective Serotonine Reuptake Inhibitors) jsou dnes velmi oblíbenou skupinou léčiv pro boj s depresí a úzkostí a to jak mezi pacienty, tak mezi lékaři. Jde o látky, které jsou relativně bezpečné a mají nízký návykový potenciál. Mají dlouhý metabolický poločas a díky tomu je předávkování jimi velmi obtížné a jsou tedy bezpečné i pro suicidální pacienty. Při jejich užívání není nutná dieta a snesou se i s určitým množstvím alkoholu. I přes to se mohou vyskytnout některé nežádoucí účinky a to zejména na počátku léčby. Časem tyto vedlejší účinky většinou zmizí. Patří sem ovlivnění trávicího ústrojí, insomnie, třes, svalové napětí či sexuální dysfunkce (poruchy erekce, anorgasmie). Nejmarkantnějším rizikem je vznik serotoninového syndromu. Serotoninový syndrom se projevuje v pěti rovinách – trávicí soustava: nevolnost, průjem, zvracení, křeče; nervová soustava: třes,

svalové napětí, bolest svalů; kardiovaskulární: hypertenze, tachykardie, kolaps; vegetativní: pocení, horečka, dehydratace; psychické: mánie, zmatenost, agitované stavy. Serotoninový syndrom je velmi nepříjemný, ale lze ho eliminovat psychofarmaky a antagonisty serotoninových receptorů. I přes tato rizika je však terapeutický index velmi velký. Jedinou nevýhodou je ale jejich cena, která díky stoupání jejich spotřeby působí problémy zdravotním pojišťovněm. Typickými příklady AD třetí generace jsou: sertralin (Zoloft), citalopram (Citalec), fluotexin (Prozac) či escitalopram (Cipralex). Dnešní výběr antidepresiv je tak široký, že se najde vhodný lék pro snad každého pacienta. Dále se dnes v psychiatrii lze setkat ještě s dalšími typy antidepresiv jako jsou SARI (antagonisté serotoninu), NaSSA (noradrenergní a serotoninergní antidepresiva) nebo NARI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu) (Bouček, Pidrman, 2005).

Látky s vlivem na psychickou integraci osobnosti – antipsychotika

Antipsychotika výrazně ovlivňují kvalitu vnímání jednotlivce. Jejich typickou indikací je inkoherece myšlení a výskyt bludů a jiných halucinací u schizofrenie, u toxických a jiných psychóz a u demence a schizo-afektivních poruch osobnosti (Vinař, 1999).

Pidrman (2005) dělí antipsychotika do dvou generací a toto dělení používá i většina současných autorů. Na rozdíl od předešlých skupin léčiv, kde se starší generace již nepoužívají, u antipsychotik nachází své využití generace obě. První generace antipsychotik, jinak označovaná jako neuroleptika, se zrodila v roce 1950 když byl syntetizován chlorpromazin jako 1. antipsychotikum. Jsou indikována k léčbě halucinací, bludů a formálních poruch myšlení například u demence. U některých pacientů mohou vyvolat neuroleptický syndrom, který se vyznačuje stavy až přehnané vyrovnanosti, vnitřní pohody a lhostejnosti. Ten může následně vést k nezodpovědnému chování a dalším problémovým situacím. Antipsychotika druhé generace, dnes nazývána jako tzv. atypická antipsychotika, najdou své uplatnění především v léčbě schizofrenie a jejich pozitivních, negativních a kognitivních příznaků. Pozitivní příznaky zahrnují nadměrné vyjádření psychických funkcí, které díky tomu získávají patologický charakter a to v rovině vnímání (halucinace), myšlení (bludy) i jednání (bizarnost, excitace apod.). Negativní příznaky se naopak projevují utlumením až vymizením některých psychických funkcí, typicky se vyskytuje emoční oploštělost, sociální izolace, anhedonie, apatie a další. Z řady kognitivních schizofrenních příznaků sem spadá dezorganizace myšlení nebo omezení kognitivních a intelektových schopností. Ani jedna z těchto generací léčiv

nebývá často zneužívána pro svůj nízký návykový potenciál a množství negativních účinků (Pidrman, 2005). Mezi hlavní rizika a nejzávažnější negativní vedlejší účinky antipsychotik patří tzv. *extrapyramidový syndrom a neuroleptický maligní syndrom*. *Extrapyramidový syndrom* se nejčastěji vyskytuje u antipsychotik 1. generace, značně omezuje kvalitu života pacienta a jeho hlavními příznaky jsou poruchy hybnosti pacienta. Tyto poruchy hybnosti se vyskytují v akutní nebo tardivní formě (nastupují až po dlouhodobém užívání, opožděně). Spadá sem *dystonie* (mimovolní svalové kontrakce), *akatzie* (nutkavý pohybový neklid společně s úzkostí), parkinsonický syndrom (zpomalení pohybu, tuhnutí svalů), dále mimovolní pohyby v dolní části obličeje, tiky nebo třes. *Neuroleptický maligní syndrom* (NMS) je poté akutní život ohrožující stav. Rizik jeho vzniku stoupá hlavně při kombinaci antipsychotik a jiných psychofarmak, zejména benzodiazepinů. Příznaky NMS jsou poruchy srdečního rytmu a vědomí, delirium až koma, ztuhlé svalstvo, třes, katatonie (mutismus, fixace pohledu, porucha hybnosti, echolálie), pocení, dehydratace. NMS je často léčen na jednotkách intenzivní péče a jeho léčba je symptomatická (Pidrman, 2005).

Analgetika

Analgetika sice nespádají mezi typická psychofarmaka, ale vzhledem k míře jejich zneužívání a jejich vedlejším hypnotickým a sedativním účinkům na CNS autorka uznala za vhodné jejich zařazení do bakalářské práce. Nutno také dodat, že opiátová analgetika bývají často zneužívána v kombinaci s benzodiazepiny. Některá analgetika jsou schopna vyvolat pocity klidu a duševní pohody a i díky těmto vlastnostem bývají zneužívány. Někteří závislí na psychofarmakách si také mohou jejich užíváním kompenzovat závislost na benzodiazepinech (Sananim, 2007).

Světová zdravotnická organizace dělí analgetika do tří stupňů podle jejich síly a také podle stupně jejich kontroly ze strany státních institucí pro kontrolu léčiv. Analgetika 1. stupně jsou určena především k tlumení slabší akutní bolesti. Jsou běžně dostupná bez předpisu a tak vytváří dojem, že jsou zcela bezpečná. I tyto neopioidní preparáty mohou ale mít negativní dopady na tělo, zejména jsou-li užívány v rozporu s doporučením výrobce. Typicky bývají tato analgetika zneužívána pro potencování účinků alkoholu. Druhá generace analgetik již zahrnuje slabší opioidní analgetika. Taková jsou v České republice dostupná pouze na lékařský předpis. Jsou nasazena pacientům, kteří trpí středně silnou akutní nebo chronickou bolestí. Specifický je pro

ně tzv. *stropový efekt*. *Stropový efekt* má za důsledek to, že po určité době užívání při zvyšování dávek již nenarůstá analgetický účinek léku. Analgetika třetího stupně jsou nejsilnější a zároveň nejvíce kontrolovanou skupinou analgetik. Jejich výdej je možný pouze na speciální opiátový recept a jejich indikace je vyhrazena pro léčbu intenzivní a těžko ovlivnitelné bolesti, například u nádorových onemocnění. Tato skupina není, na rozdíl od předešlé, limitována stropovým efektem, takže je u nich možné individuální dávkování. Příkladem je morfin, fentanyl, oxycodon a dále buprenorfin a metadon. Poslední dvě látky bývají využívány také v substituční léčbě závislosti na opiátech, zejména na heroinu (Mravčík, Nechanská, Popov, 2010).

3 Zneužívání psychofarmak

Tato část bakalářské práce se orientuje na zneužívání psychoaktivních léků, specifika zneužívání u jednotlivých skupin a také zástupce z řad těchto léčiv, která jsou nejčastěji zneužívána. Pro zopakování a doplnění zde jsou uvedena i největší rizika abúzu těchto léčiv. Tato kapitola se dále věnuje i již získaným poznatkům z oblasti zneužívání mezi mládeží i dospělou populací. Mým cílem bylo z dostupných zdrojů zjistit, jak si na tom vede Evropa v porovnání s USA. Dále je zde věnována pozornost i spojení rapové a hiphopové kultury se zneužíváním psychoaktivních léků, které se stalo velkým fenoménem hlavně v poslední dekádě. Kapitola popisuje i Conterganovou aféru, skandální pochybení farmaceutické firmy, která toto hypnotikum na trh uvedla. Dochází zde také k podrobnější analýze situace v České republice, zdrojů, ze kterých abuzéři léčiva získávají (legálně i nelegálně) a v neposlední řadě taky možností prevence a léčby závislosti na psychoaktivních léčivech.

Nejprve je vhodné definovat si některé základní pojmy, které v souvislosti se zneužíváním léků lze rozlišit. Podle MKN-10 mezi takové pojmy patří škodlivé užívání, zneužívání a závislost na léku. Zneužívání léku pak lze definovat jako „*aplikaci léků z jiného, než terapeutického důvodu, nebo v neobvykle vysokých dávkách po neobvykle dlouhou dobu. Pokud má takové zneužívání za následek poškození zdraví nebo mezilidských vztahů, které trvá minimálně měsíc, jde poté o škodlivé užívání*“. Závislost na léku poté se odlišuje především na základě silné touhy po získání a požití léku, neutěšitelného bažení po látce a upřednostňování užívání léku před vlastním zdravím nebo jinou aktivitou (Čížek, 2002, online). Nová klasifikace MKN-11, která prozatím v ČR čeká na kompletaci překladu navíc nově řadí do škodlivého užívání i epizodické jednorázové zneužívání substance a dále také riskantní užívání, které uživatele zatím nijak nepoškozuje, ale pokud v něm bude pokračovat, nejspíše k poškození zdraví dojde (WHO, 2021, online). Kűfner (2011) představuje definici zneužívání léků podle francouzského vzoru. Do něj řadí tři kategorie, z čehož první je nevhodné předepisování ze strany lékaře. V takovém případě je buď předepsána dávka příliš vysoká, takže hrozí předávkování nebo je příliš nízká, která způsobuje že léčivo nemá adekvátní terapeutický účinek. Do této stejné skupiny spadá i nedostatečná informovanost o kontraindikacích u konkrétního pacienta, takže může docházet ke vzniku nežádoucích účinků v důsledku lékových interakcí. Druhou kategorií je užívání v nevhodné situaci, v naší terminologii by se to tak dalo označit jako misúzus těchto léčiv.

To je případ, když pacient pozře lék, i přesto, že mu byl předepsán, v nevhodné situaci. Jako takzvanou nevhodnou situaci lze brát například řízení auta nebo například pokud je žena těhotná. Poslední kategorií je zneužívání ze strany pacienta, kdy pacient léky nelegálně shání (černý trh, falšování receptů, návštěva více lékařů), spotřebovává léky bez terapeutického účelu (například pro jejich euforizující účinky) či bere léky ve velkém množství po velmi dlouhou dobu. Dále sem spadá i nevhodný způsob podání, příkladem je rozdrcení tabletek, jejich rozpuštění a intravenózní aplikace. Mezi zneužívání léků se řadí i jejich využití k podrobení si druhé osoby, nejčastěji se tak děje např. u krádeží nebo případů znásilnění (Küfner, 2011a). V minulosti se pro lékovou závislost a jejich zneužívání používaly termíny jako *veronalismus* (odvozeno od přípravku Veronal), *hypnotoxikomanie* (závislost na hypnotikách a sedativech), *léková toxikomanie* nebo *léková narkomanie*. Ve 21. století se již tyto pojmy však neužívají, protože neodpovídají klasifikaci MKN-10 (Čížek, 2002, online).

Zneužívání psychoaktivních léčiv se objevilo ihned po jejich vstupu na trh. První studie o vzniku lékové závislosti se objevují již na počátku 20. století, kde šlo hlavně o již zmíněný Veronal. V roce 1930 zachvátila společnost „epidemie“ barbiturátů, kdy došlo k jejich masivnímu předepisování a brzy se objevila řada úmrtí spojených s předávkováním těmito preparáty. I přesto, že se na jejich nebezpečnost přišlo již tehdy, stejně byli hojně předepisováni ještě několik desítek let. U nás se barbituráty a závislostí na nich zabýval například Vondráček, který ve své knize Farmakologie duše hovoří o tzv. hypnotoxikomanech a už tehdy upozorňoval na to, že je důležité pacienty bedlivě pozorovat a varovat je před možným vznikem závislosti (Urban, 1973).

Podobně jako u kouření, tak i u vzniku lékové závislosti často stojí tlak okolí, touha po experimentování a po změně vědomí. Někdo se uchyluje ke zneužívání léků za účelem zvýšení koncentrace a pracovního výkonu, jiní pak v zoufalém pokusu o sebe-medikaci svých psychických nebo fyzických problémů (Smith, 2021, online). Ch. Allgulander (1978) ve svém výzkumu zjistil, že jeho respondenti nejčastěji uváděli následující důvody (řazeno od nejčastějších po nejméně časté): úleva od psychických a fyzických problémů, pomoc s usínáním a lepší spánek, abych byl schopen práce, stresové životní situace jako úmrtí blízké osoby, rozvod, znásilnění aj., touha po euforii a změně.

Stejně jako zneužívání jakékoliv jiné látky i zneužívání psychofarmak může uživateli přinést závažná rizika pro jeho fyzické i psychické zdraví. Obecně se za nejvyšší riziko lékové závislosti bere předávkování s následkem vleklých problémů nebo dokonce

smrti. Léky také ve většině případů interagují s jinými léčivy, tabákem, chemikáliemi v prostředí a hlavně také s alkoholem, v kombinaci s nímž mohou některá psychofarmaka způsobit úmrtí uživatele. U mnoha uživatelů se taky mohou objevit četné nežádoucí účinky, poškození orgánů a samozřejmě hrozí riziko rozvoje závislosti a odvykacích obtíží (Nešpor, 2009).

3.1 Zneužívání léků se stimulačním účinkem

Stimulancia se v psychofarmakologii nejčastěji používají u hyperkinetických poruch, případně u spánkových poruch, u infantilního autismu nebo u závažných poranění hlavy a mozku (Paclt, 2005). Vzhledem k nárůstu pacientů, kteří trpí hlavně hyperkinetickými poruchami stoupá také jejich zneužívání mezi zdravou populací. O prvním zneužívání psychostimulancií se lze dozvědět od autorů již ve 30. a 40. letech 20. století. Nejčastěji zneužívaným lékem v té době byl Psychoton, léčivo, které bylo indikováno u chorobné spavosti a jeho hlavní účinnou látkou byl amfetamin. Brzy se projevil jeho závislostní potenciál a závislost na něm se označovala jako psychotonismus. Po zjištění jejich závislostního potenciálu byla v 50. letech zavedena kontrola těchto léčiv, která ale nebyla dostatečná, takže počet závislých na stimulanciích mezi lety rostl. Později se začaly využívat léčiva, která obsahovala efedrin a v 80. letech spatřil světlo světa pervitin, který pak začal dominovat (Nechanská, Mravčík, Popov, 2012). V této době se také vyskytovalo zneužívání jiného léku a to především v tehdejší Československu, jednalo se o antihistaminikum Yastil (yastilismus), které mělo taktéž stimulační účinky díky obsahu efedrinu. Tato závislost byla velmi častá ve věznicích, protože se tento lék dostával dovnitř prostřednictvím papírků, ve kterých byl. Způsob jakým se Yastil dostával z papíru mu dal jeho slangový výraz „klepky“, protože ho dotyčný musel vyklepat ven (Rubeš, nedatováno, online). I dnes se však lze setkat v psychofarmakologii se stimulancií, ovšem jejich kontrola je dnes mnohem přísnější. I to ale nezabraňuje jejich šíření na veřejnosti, které může potencionálně otevřít mladým lidem cestu do světa „tvrdších“ stimulancií.

Účinky těchto léčiv mohou více či méně připomínat účinky jiných stimulancií, která jsou běžná mezi uživateli drog. Jejich účinek často nastupuje do 30 minut a může trvat až 4 hodiny, nicméně čas se může měnit, závisí na rychlosti snižování hladiny dopaminu. Zvláště nebezpečné je užívat stimulancia s jinými psychofarmaky nebo alkoholem.

Pro osoby s vhodnou indikací jsou tato psychofarmaka velmi přínosná, ale zdravým jedincům, kteří netrpí indikovaným onemocněním je jejich užívání naopak rizikové a hrozí rychlý rozvoj závislosti. Nejčastějším důvodem vyhledávání psychostimulancií je zvýšení školní a pracovní výkonnosti a pozornosti. U pacientů s ADHD stimulancia zvyšují pozornost, nicméně u zdravých jedinců působí spíše opačně, i když si člověk může připadat pod jejich vlivem více soustředěný. I výkonnost je zvýšená jen zdánlivě, dále se objevují pocity euforie, nespavost, zvýšená agresivita, snížená chuť k jídlu. U dlouhodobých uživatelů lze pozorovat úbytek hmotnosti, zvýšenou aktivitu a povídavost, roztěkanost a v některých případech i tiky. Největší riziko, které kromě závislosti ze zneužívání stimulačních psychofarmak plyne je možný rozvoj toxické psychózy, která má nejčastěji paranoidní charakter, s bludy, stihomamem a dalšími příznaky. Léčba je v takovém případě symptomatická a musí dojít k vysazení léků (Paclt, 2005). Část odborné veřejnosti stimulancia odmítá i v léčbě a poukazuje na riziko vzniku závislosti u dětí a možného pozdějšího přechodu na silnější stimulanty. Toto riziko je zvláště vysoké hlavně při podávání u dětí nad 12 let věku. Z tohoto důvodu je také Ritalin a léčiva jemu podobná postupně nahrazován antipsychotikem Risperdion, kde nehrozí závislost. Typickými nežádoucími účinky tohoto léku je výskyt zvýšené únavy či snížení školní výkonnosti (Bouček, Pidrman, 2005).

U mladistvých se bere jako nejdůležitější faktor prevence zneužívání stimulačních psychofarmak varování ze strany rodičů. Je důležité dítě seznámit s možnými riziky, která mohou psychostimulancia a sebou nést. Je možné taky nabídnout jim některé pozitivní alternativy, jak zvýšit svůj výkon nebo pozornost. Velmi pomáhá fyzická aktivita, relaxace nebo například nejrůznější přírodní přípravky na podporu soustředění – magnesium, v přiměřené míře káva či čaj (Harrar, 2020, online).

Co se týče konkrétních případů zneužívání stimulantů, z léčiv šlo a jde nejčastěji o léčiva jako Preludin (slangově „metrák“), který se dříve předepisoval jako anorektikum. Dále se v mnoha případech jednalo o efedrin a pseudoefedrin, léčiva určená na roztažení průdušek, zklidnění kašle nebo na zvýšení tlaku. Postupně se i od těchto přípravků upustilo a jsou dostupné spíše v injekční formě. Někdy bývají zneužívány mezi sportovci jako tzv. nakopávače a další přípravky na zvýšení tělesné výkonnosti. Co se konkrétně psychofarmak týče, nejčastěji se lze setkat se zneužíváním medikace na ADHD a narkolepsii, kam patří přípravky Ritalin a Adderall. Nejde o dva obchodní názvy pro jednu látku, mezi těmito léky je rozdíl. Adderall obsahuje amfetamin

a dextroamfetamin, u Ritalinu je hlavní účinnou látkou methylfenidát. Ritalin má také kratší vylučovací poločas, takže si pacienti mohou lépe upravovat dávkování, aby následně neměli problémy se spánkem. Adderall je také problematičtější, pokud pacient současně trpí dalším psychickým nebo somatickým onemocněním. Adderall je v ČR poměrně těžko dostupný a taktéž nemusí být hrazen zdravotní pojišťovnou, proto u nás dominuje hlavně Ritalin, který pomáhá široké škále pacientů. Mezi mládeží dochází k jejich zneužívání jako tzv. „*study drugs*“, kdy se pomocí nich studenti snaží překonat zkoušková období a jiné výzvy spojené se školou či prací. Nejčastějším zdrojem těchto psychofarmak pro uživatele, kterým tento lék nebyl předepsán a užívají ho z jiných než terapeutických důvodů, byli vrstevníci s diagnostikovaným deficitem pozornosti nebo narkolepsií, kteří léky získali na předpis a následně je prodávali za peníze. Podle S. Harrarové uvedlo 60 % z celkem 10 000 dotazovaných, že někdy byli osloveni, zda by neprodali své léky. Výzkum Ohio State Survey ukázal, že více než 85 % mladých lidí získalo stimulační psychofarmaka od svých kamarádů nebo rodinných příslušníků, kteří je získali legálně, na základě lékařského předpisu.

3.2 Zneužívání léků s hypnotickým, sedativním a anxiolytickým účinkem

Další populární skupinou léků, která bývá nezdědka zneužívána jsou hypnotika, sedativa a anxiolytika. Kromě toho mají tyto léčiva antikonvulzivní a myorelaxační působení, takže bývají předepisována široké škále pacientů a nezdědka kdy lze nalézt léky z této kategorie i u sebe nebo u příbuzných v lékárnice. Hlavní rizika dnes nesou benzodiazepiny, „*které jsou předepisovány ve velkém množství a velmi často v nesprávné indikaci*“ (Honzák, 2010, online).

Co se týče historie zneužívání uklidňujících léků, docházelo k němu zpravidla krátkou dobu po uvedení jakéhokoliv přípravku na trh. První farmaka se začala objevovat na konci 19. století a již v roce 1903 byly na trh uvedeny přípravky Barbital a Veronal z první generace hypnotik, tedy ze skupiny barbiturátů. Největší popularitě se barbituráty těšily asi od 30. do 50. let, kdy je užívala velká část hlavně dospělé populace. Od jejich uvedení na trh sice už uběhlo několik desítek let a jejich negativní účinky byly známy, ani to ovšem nebránilo lékařům je předepisovat a pacientům léky zneužívat. Se vzrůstajícím počtem uživatelů rostlo také číslo úmrtí. Nejslavnější obětí barbiturátů je

i tehdejší hvězda Marilyn Monroe (Lopez-Muñoz, Ucha-Adabe, Alamo, 2005). Abstinenční syndrom a závislost se projevovaly podobně jako u druhé generace.

Benzodiazepiny měly možná menší vedlejší účinky, nicméně jejich návykovost se po nějaké době ukázala podobná jako u barbiturátů. I tak se ale tato generace stala na 40 let tím nejlepším způsobem, jak pomoci pacientům s úzkostmi, problémy se spaním a s mnohými dalšími obtížemi. Předepisování benzodiazepinů se stalo v ordinaci praktického lékaře takovou všední věcí, že i dnes je někteří praktikové předepisují jako by se jednalo o neškodné preparáty. Obecně u BDZ platí, že čím nižší je poločas jejich metabolismu v těle, tím více stoupá riziko závislosti, protože uživatele vede k častějšímu užívání a zvyšování dávek, proto by v nutných případech kdy je jejich předepsání nevyhnutelné měl lékař volit raději léčiva působící delší dobu. Jiná část odborníků, která si uvědomovala nebezpečnost benzodiazepinů však pracovala intenzivně na vývoji hypnotik, která nebudou návyková, ale budou stejně účinná. Na konci 20. století tak byla uvedena i třetí generace hypnotik, která byla dalším světlem naděje pro lékaře, adiktology i pacienty. Šlo o přípravky zolpidem a zopiclon, které někdy bývají souhrnně označovány jako tzv. *z-drugs*. Zpočátku byla většina odborníků přesvědčena o jejich bezpečnosti a nenávykovosti. Na rozdíl od benzodiazepinů mají tyto dvě látky poměrně rychlý vylučovací poločas a jejich kombinace s alkoholem je také bezpečnější. Postupem času, kdy začaly být *z-drugs* předepisovány většímu počtu pacientů, se ovšem ukázala i jejich temná stránka a iluze o jejich nenávykovosti se rozplynula. Na to, že hypnotika třetí generace nejsou tak bezpečná, jak se dříve myslelo poukazují ve svých kazuistikách také Pilch (2004) a Chval (2009). Oba hovoří o pacientech, jež (i opakovaně) trpí závislostí na zolpidemu a o delirózních stavech, které u nich preparát vyvolal. Oba jsou zároveň znepokojeni tím, jak málo se v ČR o tomto problému v té době vědělo a jak malá pozornost se mu věnovala. Dnes je naštěstí již situace jiná. Příbalové letáky pacienta důrazně varují před možnými nežádoucími účinky a možností vzniku závislosti. Zároveň je zde doporučeno, jak by se měly tyto přípravky užívat, aby se nežádoucí účinky vyskytovaly v co nejmenší míře. Je nutné je podat těsně před spaním a terapie by neměla přesáhnout 4, výjimečně 6 týdnů. Výrobce také upozorňuje na možnou kontraindikaci s antidepresivy, kdy může dojít ke zvýšení rizika vzniku halucinací a potenciálně fatální kombinaci s alkoholem.

Jak vyplývá z předešlého textu, hypnotika jsou velmi často zneužívanou skupinou psychofarmak. Hypnotika často působí velmi rychle a navozují příjemné pocity uklidnění

a euforie, což lze označit nejspíše spatřovat jako hlavní důvod jejich zneužívání (Moráň, 2001). K jejich hlavnímu nebezpečí patří samozřejmě riziko předávkování, možná dopravní nebo jiná nehoda v důsledku snížené pozornosti či vigily, ale také velmi nebezpečný abstinenci syndrom. Abstinenci syndrom nastává u náhlého vysazení BDZ a může trvat i několik dní. Je charakterizován nespavostí, nevolností, halucinacemi, paranoiou, panickými atakami, neklidem, třesem (Nešpor, 2009). Klasickým příznakem abstinenci syndromu u BDZ je také tzv. *rebound fenomén*, což je stav, kdy se potíže, pro které se pacient původně léčil, vrátí a to ještě v zesílené formě (Doležal, 2018). Mezi nejzávažnější projevy abstinenci syndromu lze zařadit život ohrožující stavy, které zahrnují epileptické záchvaty grand mal, delirium či kardiovaskulární kolaps (Vinař, 1999). V kombinaci s dalšími tlumivými látkami jako opioidy, opiáty, alkohol a další mohou také vést k útlumu dechového nebo srdečního centra. V případě předávkování benzodiazepiny lze podat flumazenil, což je antidotum působící proti účinkům benzodiazepinů. Kromě pomoci předávkovaným osobám se používá i u probouzení pacientů z anestezie, kde byly BDZ použity (Bečková, Višňovský 1999).

Někteří autoři popisují závislost na hypnotikách, a obzvláště benzodiazepinech, jako podobnou té na opiátech, kdy nastupuje velmi plíživě a závislý si ji často neuvědomuje (Sananim, 2007). Další typický rys pro závislost na hypnotikách je postupná změna přístupu pacienta k léčivu. Na počátku závislosti, hlavně u dospělého pacienta, stojí často terapeutický záměr. Nejčastějším důvodem užívání BDZ je úzkost. Ta je psychicky i fyzicky velmi nepříjemná a benzodiazepiny díky svému rychlému účinku od ní rychle ulevují. Jenže postupem času tolerance vůči určité míře stresu a psychického vypětí klesá. Tuto situaci podle mě velmi výstižně popsal ve svém článku o závislosti na alprazolamu Jiří X. Doležal, když napsal: „*Brzy jsem se tak dopracoval do situace, ve které je zdrcující většina uživatelů alprazolamu. Bral jsem ten lék ne jako terapii úzkosti, ale jako pilulku proti nas*ání*“. Zvlášť nebezpečné je pak také užívání hypnotik v těhotenství a při kojení. Tyto látky pronikají přes placentu a později skrze mateřské mléko také do organismu plodu/novorozence a může se u něj následně rozvinout abstinenci syndrom, který může trvat i několik měsíců. Některá hypnotika také vykazují teratogenní účinky, kdy se zvyšuje riziko rozštěpu patra u dítěte (Strunsová, Seifertová, Praško a kol., 2005).

U této lékové skupiny se taktéž objevuje tzv. *low dose závislost*. Jedná se o typ závislosti, kdy závislý užívá 1–2 tablety, nicméně dělá tak každý den, aby vyrovnal

množství účinné látky v organismu. Tento typ závislosti na hypnotikách je typický hlavně pro seniory. Na první pohled se může zdát jako méně závažná, ale odvykání i abstinenční syndrom jsou stejně obtížné a nebezpečné jako u závislosti klasické (Röhr, 2015).

Co se týče éry před benzodiazepiny, za zmínku stojí jeden přípravek, kterým byl chloral hydrát. Ten se předepisoval pacientům, kteří měli obtíže se spaním nebo se užíval ve stomatologii u bolestivých zákroků. Ve spojitosti s ním se lze dočíst o nápoji jménem Mickey Finn, který sestával právě z rozdrceného chloral hydrátu a alkoholu. Dříve se hojně vyskytovaly případy, kdy byl zneužit ke znásilnění nebo přepadení intoxikované osoby. Dnes se chloral hydrát v lékařství používá jen ve velmi zvláštních případech (Gauillard a kol., 2002, online). Benzodiazepiny mají širokou řadu zástupců, z nichž některá léčiva mají vyšší a některá nižší potenciál se stát návykovým. Nejčastěji užívaným benzodiazepinem je alprazolam, který se na českém trhu vyskytuje pod obchodními názvy Neurol, Xanax, Frontin, Helex a další. Alprazolam má vysoce specifický anxiolytický účinek, hypnotický je menší. Jeho vylučovací poločas je poměrně krátký a závislost na něm vzniká velmi snadno. Zároveň se jedná také o velmi často předepisované léčivo, což ještě zvyšuje počet závislých na alprazolamu. Podobně působí i bromazepam, častěji známý v ČR jako Lexaurin. Ten má delší vylučovací poločas a poměrně velkou miligramovou účinnost, tudíž se u pacientů neobjevují takové tendence ke zvyšování dávek, nicméně je také poměrně často předepisován. Dalším známým benzodiazepinem je diazepam, který má nejen silný anxiolytický účinek, ale také účinek myorelaxační a antikonvulzivní, tudíž ho lze použít i při léčbě některých somatických problémů (Bouček, 2005). Díky jeho dlouhému vylučovacímu poločasu, který je až třikrát delší než u alprazolamu, je hojně využíván v substituční léčbě závislosti na BDZ. Zároveň je také mnohem slabší a dávky tak lze ubírat pomalu bez destruktivních dopadů na psychiku nebo zdraví závislého (Doležal, 2018). Přípravek Rivotril s účinnou látkou klonazepam je předepisován méně často, je indikován u panické poruchy a, díky svým významným antikonvulzivním účinkům, i u epilepsie. I tak ale bývá někdy zneužíván, problém činí hlavně u mládeže, která ho může kombinovat s alkoholem pro potencování jeho účinku. Nejproblematičtějším přípravkem z řad benzodiazepinů v České republice byl pak Rohypnol (flunitrazepam). Flunitrazepam je až desetkrát silnější než diazepam, jeho vylučovací poločas přesahuje 12 hodin a je jedním z nejnávykovějších hypnotik vůbec. Ve vysokých dávkách nebo v kombinaci s alkoholem vyvolává poruchy vědomí, amnézii na intoxikaci a výrazné poruchy hybnosti, často byl tak násilníky využíván

u loupeží nebo sexuálních trestných činů. Z těchto důvodů byl flunitrazepam v roce 2006 úplně stažen z trhu a Rohypnol se dnes již nevyužívá, nicméně stále je možné ho získat ilegálními cestami, takže případy závislosti a zneužití tohoto léčiva se stále objevují (substitucni-lecba.cz, online). Třetí generace hypnotik, zolpidem (Stilnox, Hypnogen, Ambien) a zopiclon (Imovane) je také trendem hlavně mezi dnešní mládeží, ale závislost na nich může vzniknout v každém věku. Někteří lidé je vyhledávají pro jejich euforizující a halucinogenní účinky, zejména pokud jsou užity v kombinaci s alkoholem. Závislost na nich je recidivující a těžko léčitelná (Chval, 2009).

3.3 Antidepressiva a antipsychotika

Antidepressiva a antipsychotika patří mezi méně zneužívaná psychofarmaka, pro což existuje hned několik důvodů. Co se týče antidepresiv, jejich riziko zneužívání je poměrně malé, vzhledem k tomu, že jejich účinky se projevují velmi pomalu, v řádu týdnů a na člověka, který netrpí poruchou afektivity nemají pozitivní účinky. Na začátku léčby se také projevuje široká škála, většinou mírných, nežádoucích účinků, která potencionálně patologické uživatele povětšinou odradí. Nicméně i tak se u některých případech lze setkat se závislostí, která je většinou ale pouze psychická. Potencionálně nebezpečné může být jejich užívání v kombinaci s alkoholem nebo jinými psychofarmaky. Dlouhodobí uživatelé mohou také po vysazení zažít abstinenci syndrom, který má však svou nebezpečností daleko k benzodiazepinům apod., nicméně i tak to pro odvykajícího si není příjemný zážitek. I zde se doporučuje snižovat dávky pomalu a nejlépe pod vedením psychiatra.

Antipsychotika jsou na tom podobně jako antidepressiva, nepatří k často zneužívaným psychofarmakům, i tak se však lze setkat s jedinci, kteří tato léčiva zneužívají. Často jsou antipsychotika zneužívána k tlumení psychotických stavů po zneužívání psychostimulancií, kdy se může objevit paranoia, halucinace a další. Jejich abúzus se ale může vyskytnout i z jiných důvodů, v rámci experimentování a podobně. Jejich zneužívání není běžné, ale zejména u mládeže k němu i tak dochází a to v rámci experimentů se změnami vědomí (Mečíř, 1989). Tomuto autorovi je nutné dát za pravdu, protože například atypické antipsychotikum quetiapin je často zneužíváno pro své sedativní účinky a účinky v kombinaci s jinými návykovými látkami (Kim a kol., 2017, online). Quetiapin, který se obvykle předepisuje pacientům se schizofrenií a různými

druhy psychóz jako sedativum u zdravých jedinců způsobuje velmi živé sny, což je někdy důvod, proč ho někdo vyhledává.

3.4 Analgetika

První analgetikum, opium, bylo získáváno z nezralých makovic a znali ho už i staří Egypťané, kteří ho používali už v roce 1500 před našim letopočtem. V antice ho staří Řekové používali, jak popisuje Galénos, a to hlavně pro jeho euforizující a hypnotické účinky. V roce 1803 Friedrich Sertürner izoloval z opia alkaloid morfin a ten, ve své krystalické formě, se brzy stal přelomovým medicínským objevem. Používal se k léčení pacientů, kteří trpěli silnými bolestmi a mimoto také pro pacienty, kteří trpěli nespavostí. Dal se velmi dobře dávkovat a počet předpisů vydaných pacientům rostl, takže netrvalo dlouho, než se ukázal jeho návykový potenciál a začal být přísně kontrolován. Od těchto dob se nabídka opioidních a opiátových analgetik značně rozšířila a všechna podléhají přísným kontrolám. Závislí na benzodiazepinech si často také kompenzují BDZ právě pomocí některých analgetik, vzhledem k tomu, že jejich působení na organismus je podobné a pomáhá jim tlumit odvykací příznaky. Co se týče konkrétních příkladů léčiv, která dnes bývají zneužívána pro jejich působení na CNS a proti bolesti, v dalším textu lze nalézt některá z nich.

Jedním z nich je kodein, který se velmi často nachází v domácích lékárnkách. Typickým dříve zneužívaným léčivem byl Alnagon (léčivo na bázi kodeinu, kofeinu a fenobarbitalu), který byl však v roce 2011 zcela stažen z trhu kvůli jeho zneužívání mezi uživateli jiných návykových látek. Dnes prodávanými kodeinovými preparáty jsou např. Panadol, Korylan a další (Kršiak, Květina, 2011, online). Je využíván jako antitusikum a slabší analgetikum. Díky jeho dostupnosti je často také zneužíván. V organismu se kodein přeměňuje na morfin, jeho účinek se často zvyšuje kombinací s paracetamolem. Kodein bývá také využíván k přípravě tzv. *Leanu*. *Lean* je v USA dostupný sirup proti kašli, který obsahuje kombinaci antihistaminika promethazinu a kodeinu. V České republice není tento sirup dostupný, nicméně často se vyrábí smícháním rozdrcených tabletek Prothazinu a Kodeinu, které se následně smíchají se Spriteem či jinou limonádou, popřípadě ještě s ovocnými bonbony. V zahraničních člancích se lze setkat s názvy jako *Purple Drink*, *Sizzurp* nebo *Dirty Sprite*, což jsou také pojmenování tohoto drinku (Cornell, 2021, online). *Lean* vyvolává pocity euforie, uklidnění a uvolnění. V kombinaci s alkoholem může být jeho konzumace zdraví ohrožující, v kombinaci se silnějšími

tlumivými látkami i smrtelná. Dále bývá často zneužívána látka tramadol (Tramal, Zaldiar), která je často předepisována např. na bolesti zad či pooperační bolesti, jde také o slabší analgetikum. I ten vyvolává příjemné pocity zklidnění a euforie, navíc je poměrně snadno dostupný, často je prodáván na různých bazarech či fórech na internetu. Ze silných analgetik jsou pak zneužívána snad všechna, nicméně jejich dostupnost je mnohem nižší než u kodeinu a tramadolu. Jedná se o fentanyl, oxykodon nebo samotný morfin. V České republice podléhají tato léčiva vysoké kontrole a mezi českou mládeží se tak často nevyskytují, jde spíše o léky, které bývají předepisovány starším lidem.

Největší nebezpečí těchto léčiv vyplývá z rizika předávkování. Mimo to silná analgetika také způsobují zažívací potíže, jako je zácpa, pocit na zvracení a další. Vyvolávají pocity sedace a uvolnění, což může způsobit například vznik dopravní nehody a jiné. Obzvláště nebezpečná je také jejich kombinace s benzodiazepiny nebo s antidepresivy SSRI. V kombinaci s BDZ může dojít k útlumu dechového centra, které může být fatální. U SSRI poté kombinace se silnými analgetiky může vyvolat serotoninový syndrom (Martinásková, 2018).

3.5 Zneužívání psychofarmak ve světě

Zneužívání v USA, zneužívání psychofarmak a rapová subkultura

Zneužívání psychofarmak se spolu se zneužíváním opiátů stalo velkým problémem. Jedním z důvodů, proč jsou léky na předpis zneužívány je kromě jiné také přesvědčení části veřejnosti, že tyto preparáty jsou bezpečné, na rozdíl od nelegálních drog jako je kokain, heroin a další. Dalším důležitým činitelem je bezpochyby i nárůst výskytu úzkosti nejen mezi mládeží. Vysoké nároky kladené na jedince, stres ve škole a v práci a navíc stále zuřící koronavirová pandemie vyvolávají zvýšenou poptávku po lécích na uklidnění. Zneužívání psychofarmak však sílí už několik desítek let, o tom není pochyb.

Americká studie z roku 2007 s 1086 respondenty konaná v Michiganu ukázala, že již tehdy více než 40 % adolescentů někdy užilo psychoaktivní léky, ať už je měli na předpis či ne. Co se týče respondentů, jež měli předepsaná hypnotika, sedativa či psychostimulancia, více než 1/3 jich přiznala, že léky užila pro jiné než medicínské účely, z čehož bylo 15 % dívek a 9 % chlapců. Jak lze vidět i z dalších výzkumů, co se zneužívání psychofarmak týče, je dominantou hlavně žen a dívek. 24 %

respondentů také přiznalo, že své léky někdy prodávali či rozdávali, nejčastěji kamarádům a rodinným příslušníkům (sourozenci apod.), zde také opět dominovalo ženské pohlaví (Boyd a kol., 2007). Ve stejném roce v USA proběhl také výzkum *National Survey on Drug Use and Health*. Studie se zabývala užíváním analgetik a mimo jiné také sedativ, hypnotik a anxiolytik. Ve věkové skupině 12 až 17 let uvedlo více než 12 %, že někdy užilo psychoaktivní léky a z toho dokonce 3,3 % za poslední měsíc. V roce 2009 pak proběhla studie *Monitoring the Future* kde téměř 15 % studentů mělo zkušenost s psychoaktivními analgetiky Vicodin a Oxykontin. Co je alarmující, 5 % respondentů ve věkové skupině 13 až 18 let mělo zkušenost se stimulancii, nejčastěji s amfetaminem. Co se týče důvodů užívání, jako nejčastější byly uváděny následující: léky jsou bezpečné, sebe-medikace, zvýšení školní výkonnosti, touha experimentovat s drogami a alkoholem (Volkow, 2009). Celkově se odhaduje, že z celkové populace až 20 % adolescentů někdy zneužilo léky na předpis, z nichž velkou část tvoří i psychofarmaka. Z těchto 20 % uvádí více než polovina, že léky jsou bezpečnější než drogy a že se k nim neváží taková rizika ani sociální stigma (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008, online).

Co se týče novějších dat z USA, další studie *National Survey on Drug Use and Health*, která proběhla v roce 2018 nám přináší poněkud aktuálnější data. Ve skupině 12 až 17 let uvedlo více než 369 000 (1,5 % populace) respondentů, že někdy zneužívalo stimulanty, jako například Adderall. Dále 460 000 (1,8 % populace) zneužívalo sedativa a hypnotika, nejčastěji uváděli benzodiazepiny. Největší zástup měla analgetika, kdy se k jejich zneužití přihlásilo 695 000 respondentů (2,8 % populace). U věkové skupiny 18–25 let pak byla čísla ještě vyšší. Nejmarkantnějším rozdílem bylo to, že v této skupině nevedla analgetika, ale stimulanty, což je možné přisoudit obtížnějším školním výzvám a snahou zvýšit svoji výkonnost. Celkem stimulanty někdy zneužilo 2 200 000 adolescentů (6,5 % populace), což je ale nižší číslo než bylo zjištěno v předešlých dvou letech konání tohoto výzkumu. Pokles ani nárůst pak nezaznamenaly benzodiazepiny, k jejichž zneužívání se pak přihlásilo asi 1 700 000 adolescentů, což je zhruba 4,5 % populace adolescentů v USA. Analgetika zaznamenala ve své popularitě pokles, zneužívalo je 1 900 000 dotazovaných adolescentů nebo také 5,5 % celkové populace adolescentů (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018).

O situaci okolo jednoho z nejužívanějších psychofarmak, alprazolamu, lze čerpat informace z výzkumu, který provedl Peters a kol. ve svém výzkumu *Alprazolam (Xanax)*

Use Among Southern Youth: Beliefs and Social Norms Concerning Dangerous Rides on „Handlebars“ z roku 2007. První otázkou bylo, proč si mládež myslí, že je Xanax tak oblíbený mezi lidmi. Největší procento (58 % chlapců a 67 % dívek) uvedlo, že je to pro jeho euforizující účinky. Chlapci také jako další důležité faktory uvedli snahu o samoléčbu (13 %) a nízkou cenu (19 %). 27 % dívek uvedlo také jako faktor tlak okolí. Mnoho respondentů si také myslí, že užívat Xanax je naprosto normální (90 % chlapců a cca 70 % dívek), protože to dělá větší počet jejich vrstevníků, pouze 20 % si myslí, že jde o společensky odsuzované chování. Odpovědi některých také naznačují, že začali brát Xanax proto, aby zapadli do kolektivu, když se odvolávali na to, že je to zkrátka „cool“. Co se týče společného užívání Xanaxu, nejčastěji byl užíván společně s alkoholem (54 % dívek a 19 % chlapců) nebo pomerančovým džusem (38 % chlapců a 27 % dívek). Vysoký obsah vitamínu C zpomaluje v játrech zpracovávání alprazolamu, tudíž je jeho účinek silnější a trvá delší dobu. Alkohol samozřejmě působení alprazolamu výrazně zvyšuje.

Dále se výzkumníci soustředili na důvody respondentů, proč právě oni užili poprvé Xanax. Chlapci uváděli důvody následovně: 38 % rodina, 26 % vrstevníci, 19 % euforizující účinky, 10 % cena a 7 % zvědavost. U dívek byly důvody následující: 54 % zvědavost, 27 % tlak okolí, 13 % dostupnost a 6 % rodina. Alarmující je hlavně procento mládeže, kteří byli k užití Xanaxu motivováni rodinou, která je často také primárním zdrojem těchto léčiv u mladých lidí. Další otázka se dotazovala, za jak dlouho užili respondenti další tabletu Xanaxu. Valná většina tak učinila ještě ten samý den (hlavně chlapci) nebo den následující (hlavně dívky). Zarážející je to, že si dotázaní léky brali vícekrát za sebou, i když většina si jich podle odpovědí je vědoma vysokého návykového potenciálu alprazolamu. Na otázku, po jaké době se člověk stane závislým na Xanaxu odpovědělo totiž 97 % chlapců a 94 % dívek, že po jednom užití. Jako největší překážky v přerušení braní alprazolamu poté chlapci označili v téměř 50 % jeho dostupnost, 26 % poté jako důvod označilo to, že si Xanaxem snažili ulevit od vlastních psychických problémů. U dívek byl hlavní překážkou (ve 40 %) abstinenci syndrom, stejně jako u chlapců (27 %) fakt, že jim Xanax pomáhal v překonávání vlastních problémů. 13 % také uvedlo problémy se spánkem, pokud se Xanax snažilo vysadit.

V případě USA je vhodné krátce pojednat i o spojení rapové/hip-hop kultury a zneužívání opiátů a psychofarmak (zejména pak hypnotik). Poslední dekáda byla ve znamení úmrtí mnoha velkých amerických raperů, na kterém měly podíl právě tyto

léky. Nejvíce společnost zalarmoval 15. listopad 2017, kdy se na internetu objevila zpráva o smrti světově známého a uznávaného rapera Lil Peepa. Ten zemřel během svého turné a příčinou jeho smrti byla kombinace marihuany, fentanylu, oxykodonu, tramadolu a Xanaxu. Lil Peep nepochybně trpěl závislostí na alprazolamu a opiátech a ta se mu stala osudnou. Nejde ale jen Lil Peepa, ale i o další významné hudebníky, kteří zemřeli na následky předávkování se opiáty a benzodiazepiny. Mezi další oběti této „epidemie“ patří například Juice Wrld nebo Mac Miller, kteří byli taktéž světoznámými rapery, nebo například kytarista a zakladatel skupiny Lifelover, Jonas Bergquist. Lidé poté začali označovat rapové texty mnoha umělců za sugestivní a nabádající mladou generaci, aby tyto léky také užívali. Podle některých odborníků narostlo zneužívání těchto látek téměř šestkrát v několika posledních letech. Hip hop a rap často poslouchají mladí posluchači, kteří mohou mít ještě nedostatek úsudku k posouzení nebezpečnosti takového chování. Poté, co se na veřejnosti objevila tato diskuze, začali někteří umělci ve svých textech vyjadřovat své odmítavé postoje k psychotropním látkám a snaží se mladou generaci od užívání léků odradit, nicméně i tyto texty bývají často špatně interpretovány. Mnoho výzkumů na toto téma zatím nebylo provedeno, nicméně v roce 2005 se jeden uskutečnil pod záštitou Pacific Institute for Research and Evaluation, kde odpovídalo celkem 1500 respondentů. U některých se vyskytla korelace zneužívání psychotropních léků a zálibě v hip hopu a rapu (Zhou, Liang, 2018, online).

Thomas Hobbs (2019, online) ve svém článku pro magazín Dazed také hovoří o problematice spojení tohoto hudebního stylu se zneužíváním léků s několika umělci z rapové scény. Mnoho umělců Xanax nejen bere, ale dokonce ho berou jako svou inspiraci a múzu pro jejich hudbu a to se také setkává s velmi pozitivní odezvou ze strany posluchačů. Fotky „platíček“ antidepressiv, hypnotik a dalších léků na Instagramu během poslední dekády sbíraly tisíce srdíček a ještě více hudba, ve které, podle Hobbs, lze ovlivnění hypnotiky a opiáty dokonce slyšet. Jako příklad dává pomalé monotónní melodie, podlazení nástrojů nebo nesrozumitelné, skoro až mumlané texty. Právě snížená schopnost artikulace je také typická pro větší dávky tlumivých látek. Jeden z umělců, jež se s ním podílel na tvorbě článku, DJ FU, říká, že u některých umělců *„jde jen o marketing, o zneužívání léků sice zpívají, ovšem to nedělají, ale to si posluchač neuvědomuje, každopádně by tak nebyly nové písně, alba, show ani nic jiného.“* Hobbs pak dodává, že ale nejen umělci mohou ovlivňovat posluchače k užívání těchto látek, ale tato síla funguje i zpětně. Pokud totiž publikum pozitivně reaguje na již zmíněné

fotografie a příspěvky na sociálních sítích a hudba je úspěšná, umělec je motivován v braní těchto látek dále pokračovat, aby si udržel co nejvíce svých fanoušků. K tomu lze přičíst všechen stres, další návykové látky, nedostatek spánku a další faktory v životě mladého hudebníka a často nakonec jde o smrtelnou kombinaci. Závěrem je nutno říci, že rapová a hiphopová hudba, hlavně v posledních letech, má velký potenciál stát se pro mladého člověka motivací zkusit experimentovat s prášky, které najdou doma v lékárnice či si je seženou od kamarádů. Bohužel, mnoho mladých lidí si neuvědomuje možná rizika a důsledky užívání léků bez lékařského předpisu, přijdou jim bezpečné, protože „jsou to přeci jen léky a ne tvrdé drogy“. Je nutné ale ocenit postupné změny přístupu hudebníků k této problematice, které snad pomohou zmírnit toto chování u posluchačů a i naopak.

Zneužívání léků v Evropě a České republice

Zneužívání psychofarmak o opiátů není jen epidemií v USA, ale je epidemií celosvětovou, která se nevyhnula ani České republice. Nyní budou představeny výzkumy, které na toto téma probíhaly v Evropě a České republice.

Velmi zajímavé výzkumné šetření na toto téma zrealizoval a jeho výsledky již v roce 1976 sepsal Christer Allgulander. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit klinické a sociální okolnosti, které vedly uživatele sedativ a hypnotik k závislosti. Jako výzkumný soubor si vybral 55 pacientů, 39 žen a 16 mužů z Karolinska Institute Department of Psychiatry, kteří se léčili pro závislost na daných léčivech. Z šetření byli vyřazeni pacienti se souběžnou závislostí na alkoholu nebo jiných NL. Probíhalo formou interview, kde bylo pacientovi položeno několik otázek ze souboru, který obsahoval sto různých dotazů, které směřovaly hlavně ke zjištění okolností vzniku závislosti. Nejčastěji hospitalizované pro závislost na lécích byly ženy ve středním věku. Většina pacientů se léčbě podrobovala dobrovolně, 45 jich vykazovalo při přijetí známky intoxikace nebo abstinční příznaky jako sucho v ústech, motorické problémy, třes, neklid, někteří vykazovali i psychotické příznaky (celkem 6 pacientů). Jako důvody užívání uváděli pacienti následující: úleva od psychických potíží jako insomnie, úzkost a bolesti u celkem 51 pacientů; problémy se spánkem (celkem 44 pacientů); neschopnost podávat pracovní výkon (32 pacientů); touha po euforii (3 pacienti). Mezi užívanými preparáty dominovaly hlavně barbituráty, což lze přisuzovat hlavně roku, ve kterém výzkum probíhal. Dále byly zkoumány i zdroje sedativ a hypnotik, kdy 38 pacientům byly sedativa/hypnotika

předepsány praktickým lékařem. Pouze ve 13 případech medikamenty předepsal psychiatr. 30 pacientů uvedlo, že si léky nechali předepisovat od více lékařů (tzv. *doctor shopping*), 3 pracovali s léčivý, 13 je získalo od známých a pouze 2 je získali nelegální cestou. Mezi další zajímavé poznatky patří také to, že pacienti, u kterých se objevily závažné abstinenci příznaky tvrdili, že léky užívali v předepsaném množství a podle dalších doporučení lékaře či výrobce. Zneužívání léků se vyskytovalo mezi všemi ekonomickými skupinami. Více jak polovina závislých uvedla absenci koníčků a smysluplných způsobů trávení volného času. Autorka si je vědoma, že žádoucí jsou hlavně novější výzkumy, nicméně jako přínosné na tomto výzkumu shledává to, že podrobněji zkoumal psychosociální prostředí závislých na sedativech a hypnotikách. Lze ho také využít k porovnání, zda se změnil např. přístup lékařů k předepisování těchto léčiv či nikoliv (Allgulander, 1978).

V roce 2014 se v Evropě konal výzkum *The European Union Medicine Study*. Tento výzkum byl proveden z několika důvodů. Prvním, jak autoři uvádí, je nedostatek pozornosti, který je problematice zneužívání léků věnován. V Evropské Unii také zcela chybí komplexní monitorovací systém tohoto problému, existuje pouze v rámci Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti, nicméně je mu věnována pozornost jen okrajově. Toto centrum také nejčastěji získává data ze sekundárních zdrojů a vlastní výzkumy na toto téma zatím neprovádělo. Kvůli neucelenému systému monitorování a zdrojů informací o zneužívání léků existují také problémy s financováním dalšího výzkumu nebo podnikání kroků proti výskytu tohoto jevu, například v porovnání s USA. Šetření probíhalo pomocí realizace několika paralelních výzkumů v Dánsku, Německu, Velké Británii, Španělsku a Švédsku s cílovou skupinou respondentů mezi 12 až 49 roky. Toto šetření lze brát za velmi spolehlivé, protože respondenti za vyplnění dotazníku obdrželi částku 50€. Celkem tým získal odpovědi od 20 038 dospělých subjektů a 2032 respondentů z řad mládeže.

Ze získaných dat vyplývá nejčastěji jsou v dlouhodobém měřítku zneužívány opioidy (2682 respondentů), dále sedativa (2203 respondentů) a nejméně stimulanty (1302 respondentů). Nejvíce respondentů uvedlo, že za poslední rok užívali léky se sedativním účinkem (v 1099 případech). Co se týče jednotlivých zemí, ve Velké Británii a Španělsku byla zaznamenána nejvyšší prevalence zneužívání opioidů. Sedativa byla nejčastěji zneužívána ve Švédsku a také ve Španělsku a stimulanty pak ve Velké Británii. Souhrnně tedy lze říci, že největší problém se zneužíváním léků má Velká

Británie a hned poté Španělsko. Naopak zemí s nejnižší prevalencí zneužívání léků je dlouhodobě Německo. Nejméně léky na předpis zneužívala věková skupina 12 až 17 let, spotřeba těchto léčiv se pak zvýšila u skupiny 18–29 let, kde dominovala sedativa a stimulanty. Respondenti, kteří zneužívali léky je často dostaly předepsány od svého lékaře. „*Například pacienti, kteří obdrželi předpis na léky proti bolesti je zneužívali až osmkrát častěji než lidé, kteří ho neměli. Sedativa na předpis byla zneužívána až desetkrát častěji a stimulanty až sedmkrát častěji*“ (Novak a kol., 2016, s. 5). Jako další faktory, které mohou vést ke zneužívání léků autoři uvádí i výskyt blíže nespecifikovaných úzkostných stavů, ADHD a jiných hyperkinetických poruch nebo pohlavně přenosné nemoci. Nejčastějším zdrojem zneužívaných léků byla rodina nebo známá osoba a to ve 44 % případů u opioidů, 46,6 % u stimulantů a 61,4 % u sedativ. Jako druhý nejčastější zdroj byla uváděna jejich krádež od rodinných příslušníků a to ve více než 25 % případů u opioidů i stimulantů. Třetím nejčastějším zdrojem bylo navštěvování více lékařů či jiné nečestné jednání pro získání co nejvíce léčiva. Nejméně využívaným zdrojem byl internet a různé internetové bazary a diskuzní fóra. Pokud respondenti použili k získání léků internet, nejčastěji šlo o stimulanty a to u 7,6 % případů (Novak a kol., 2016, online). Při porovnání předcházejících dvou výzkumů lze zaznamenat změnu hlavně ve zdrojích zneužívaných léků, kdy nadpoloviční většina respondentů z prvního výzkumu je měla od lékaře, zatímco respondenti z roku 2014 uvádí jako nejčastější rodinu a známé. To může svědčit o vyšší informovanosti lékařů a jejich zodpovědnějším přístupu k předepisování těchto medikamentů.

Zajímavostí z historie hypnotik je kauza, která zasáhla Evropu v 60. letech 20. století. Západoněmecká farmaceutická firma Grünenthal v roce 1957 uvedla na trh údajně revoluční hypnotikum s názvem Contergan. Toto hypnotikum bylo určeno hlavně pro těhotné ženy, které měly problémy se spánkem a ranní nevolností. Tento přípravek byl v té době hojně propagován reklamními letáky a dostal se i do dalších zemí západní Evropy, především pak do Velké Británie (pod obchodním názvem Distaval) a dále se ve velkém množství dostal i do Kanady. V jednu dobu byl tento přípravek dokonce druhou nejprodávanější drogou na farmaceutickém trhu. Netrvalo však dlouho, než se ukázaly jeho katastrofální dopady na plod. V Evropě a Kanadě se narodilo více než 12 000 dětí, které trpěly poškozením mozku, ale nejčastěji šlo o deformace či úplnou absenci dolních i horních končetin. Počet dětí, které se kvůli těmto léčivům zemřely, je neznámý. Contergan/Distaval totiž obsahoval účinnou látku thalidomid, která je vysoce

teratogenní, protože zastavuje vývoj cév u plodu. Naštěstí se léčivo nedostalo do USA, kde by jistě napáchalo ještě více škody, jeho uvedení na trh ale zakázala Frances Kelsey, předsedkyně Food and Drug Administration, vzhledem k nedostatku důvěryhodných studií o bezpečnosti léku. Po zjištění dopadů na nenarozené dítě začal být Contergan/Distaval stahován v Evropě rychle z trhu, v Kanadě vláda zakročila až o několik týdnů později, což způsobilo ještě větší nárůst případů. Firma Grünenthal odmítala jakoukoliv vinu, i přes to, že se jasně prokázalo, že o potenciálních účincích léčiva na plod věděli. Omluvit se obětem Conterganu a jejich rodinám trvalo této firmě více než 50 let a oběti se dočkaly minimálního odškodnění. Do tehdejší ČSSR se toto léčivo ve větší míře nedostalo (online, nedatováno).

Co se týče již konkrétních výzkumů realizovaných v České republice, ty, které se tématu týkají alespoň okrajově byly realizovány nárazově už od 90. let. První studií, která zde bude uvedena je šetření *Mládež, alkohol, nikotin a drogy*, která byla realizována Institutem dětí a mládeže MŠMT v roce 1995–1996. Její výsledky byly publikovány rok po jejím skončení, tedy v roce 1997. Studie byla reakcí na rapidní nárůst počtu toxikomanů a to hlavně mezi mládeží. Probíhala na dvě etapy a mimo jiné také srovnávala výsledky získané v Praze a Amsterdamu. Celkem v obou etapách odpovídalo více než 6000 respondentů vybraných ze středních škol. Šetření zjistilo, že 3. nejoblíbenější užívanou látkou mezi mládeží je diazepam. Zároveň se projevil mírný nárůst počtu respondentů, kteří měli zkušenost s užíváním návykových látek, mezi první a druhou etapou (Pelka, 1997, online).

Další šetření, které dlouhodobě probíhá i na území České republiky je *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*. Kromě ČR probíhá i v několika dalších státech Evropy a je realizována již od roku 1995 pod záštitou Rady Evropy. Výzkum cílil na studenty středních škol, kteří dosáhli 16 let a probíhal formou dotazníkového šetření. Např. v roce 2011 byla prevalence užívání léků 9 % a většinu z toho tvořily dívky (Mravčík, Nechanská, Popov, 2012). Šetření ESPAD 2019 ukázalo, že se prevalence tohoto chování zvýšila na 14,4 % respondentů, převažovala hlavně hypnotika a opioidní analgetika. Jako nejčastější důvod zneužívání léků respondenti uváděli, že se chtěli „dostat do nálady“. Velmi často také uváděli současnou konzumaci psychoaktivních léků a alkoholu. Respondenti také uvedli, že psychoaktivní léky jsou velmi snadno dostupné a je stejně lehké je sehnat jako marihuanu. I v tomto šetření

se zneužívání léků častěji objevovalo u dívek (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2020, online).

Většina výzkumů se soustředí na léky s analgetickým a hypnotickým účinkem a téměř vůbec na léky s účinkem stimulačním. I tak je ale jejich zneužívání nepochybně závažným jevem. V roce 2019 byla odhalena síť více než 80 dětí a mladistvých, jež se podíleli na obchodu se stimulačními léčivými a hypnotiky a mnoho z nich bylo i uživateli těchto přípravků. Konkrétně šlo o léky Ritalin a Xanax. Hypnotikum Xanax bylo poté získáváno nejčastěji od rodičů a to i bez jejich vědomí. Ritalin skupina získávala od vrstevníků, kteří měli lékařský předpis (Česká televize, 2019). Kromě Ritalinu dochází mezi studenty ke zneužívání kognitiva Piracetam, jež bývá používán ke zlepšení kognitivních procesů u nastupující demence a je volně dostupný za poměrně nízkou cenu (Hostomská, 2020, online).

Z tiskové zprávy z národní konference *Psychoaktivní léky 2020* vyplývá, že mezi českou populací je prevalence tohoto jevu asi 10 %, kdy se vyskytlo u přibližně 900 000 respondentů. Byly rozlišeny dvě skupiny uživatelů psychoaktivních léků. První skupinou jsou běžní uživatelé, kteří často získali léky na základě lékařského předpisu. Druhou skupinou jsou uživatelé, kteří kromě psychoaktivních léků užívají i jiné návykové látky. Zároveň byly odborníky stanoveny i dvě nejrizikovější skupiny v populaci a to ženy a senioři. Národní koordinátorka pro drogovou politiku, Mgr. Jarmila Vedralová, taktéž oznámila, že v roce 2019 bylo zneužívání psychoaktivních léků poprvé zařazeno do Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním. Jako nejproblémovější se dlouhodobě jeví opioidní analgetika, sedativa a hypnotika. Mravčík na konferenci označil jako velmi problémovou i skupinu již zmiňovaných z-hypnotik. Co se týče souvislosti koronavirové pandemie a zneužívání léků, byl zaznamenán nárůst problémového užívání u dlouhodobých uživatelů, u uživatelů příležitostných došlo naopak k poklesu (Úřad vlády České republiky, 2020, online). Ve stejném roce probíhal také Národní výzkum užívání návykových látek. Probíhal formou dotazníku v náhodně vybraných domácnostech a poté také online, celkem bylo respondentů přes 8400, z čehož 3000 bylo mezi 15 a 18 lety. 15,8 % respondentů mělo zkušenost s užíváním psychoaktivních léků, v tomto výzkumu jasně dominovalo zneužívání hypnotik a sedativ před opioidními analgetiky. Častěji byly uživatelkami ženy, jako nejproblémovější věková kategorie se ukázali senioři. Jako zvlášť přínosné autorka shledává, že tento výzkum se dotazoval i na konkrétní léčiva, která respondenti

užívali. Nejčastěji to byl: Lexaurin (21,1 % respondentů), Neurol (20,9 %), Diazepam (16,6 %), Stilnox (8,6 %) a Xanax (6,1 %). Z opioidních analgetik byl poté nejčastěji zneužíván Tramal/Tramadol (40,4 %). U populace ve věku 15–24 se problémové užívání sedativ a hypnotik vyskytovalo u 1,6 % populace, analgetik u 2,6 % populace. I tento výzkum ukázal, že s věkem se zvyšuje užívání těchto léků. Liší se ale i zdroje, ze kterých různé věkové skupiny získávají léčiva. 60 % respondentů ve věkové skupině 15–24 uvedlo, že léky získali od kamaráda či rodinného příslušníka, zatímco jen 7,5 % osob nad 65 let získalo léčivo jinak, než na lékařský předpis (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2021, online).

3.6 Prevence zneužívání psychofarmak

Stejně jako u užívání ostatních návykových látek, prevence užívání psychoaktivních léků by měla být komplexní, systematická a dlouhodobá. V České republice je prevence aplikována na úrovni legislativní a dále na úrovni osvětové činnosti mezi veřejností.

Legislativa a protidrogová politika státu

Velmi důležitým zákonem pro boj se zneužíváním psychoaktivních léčiv je zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech. Ten definuje pojem *zneužití léčivých přípravků* jako úmyslné nadměrné užívání či jiné využívání léku, které nesouvisí s jeho terapeutickými účely. Dále stanovuje Vládu ČR a Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky jako jedny z hlavních subjektů boje se závislostmi. Tyto orgány následně sestavují Národní strategii prevence a snižování škod souvisejících se závislostním chováním. Další je zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Tento zákon definuje právní rámec nakládání s omamnými látkami a specifikuje osoby, které jako jediné mají právo s těmito přípravky nakládat. Jde o zdravotnické pracovníky, trestněprávní orgány a vymezené laboratoře. Pokud s léčivem nakládá osoba, kterou k tomu zákon neopravňuje, může se dopustit drogového trestného činu. Podle zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník lze rozlišit 4 drogové trestné činy a to: výroba, distribuce a jiné nakládání s OPL; přechovávání OPL pro svou vlastní potřebu; výroba a držení předmětů k výrobě OPL; šíření toxikomanie (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2021, online). Dalším legislativním dokumentem je vyhláška č. 84/2008 Sb., o lékařské praxi, která stanovuje zásady přípravy a vydávání léčivých přípravků. Zároveň stanovuje lékárníkovi povinnost o každém vydaném léčivém přípravku provést záznam o výdeji, který obsahuje datum,

množství vydané látky a lékaře, který přípravek předepsal. Pokud na receptu chybí nějaká z náležitostí, nesmí na něj lékárník vydat léčivo. Paragraf 20 této vyhlášky poté blíže upravuje výdej léčivých přípravků obsahujících návykové látky a prekursory drog, kam spadají i psychofarmaka. Taková léčiva nelze až na výjimky vydávat bez předpisu a některá zákonem stanovená léčiva nemohou být vydána nikomu jinému, než je lékař, veterinář nebo jiný stanovený zdravotnický pracovník. Nutno dodat, že všechny tyto zákony spolu úzce souvisí a navzájem na sebe odkazují (Zákony pro lidi, 2022, online).

Z vlády se na prevenci zneužívání léků podílí nejvíce Ministerstvo zdravotnictví a také Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). SÚKL vznikl v roce 1952, kdy se díky vyhlášce Ministerstva zdravotnictví z tohoto roku vyčlenil z organizační struktury Státního zdravotního ústavu. „*Posláním SÚKL je v zájmu ochrany zdraví občanů zajistit, aby byla v ČR dostupná pouze farmaceuticky jakostní, účinná a bezpečná humánní léčiva a podílel se na tom, aby byly používány pouze bezpečné a funkční zdravotnické prostředky*“. Kromě kontroly a uvádění nových léčiv na český trh drží SÚKL dozor i nad zneužíváním omamných a psychotropních látek (Státní ústav pro kontrolu léčiv, online). Je základním kamenem tzv. *farmakovigilance* v České republice. Farmakovigilanci lze definovat jako vědu, která se zabývá odhalením, zhodnocením, pochopením a prevencí nežádoucích účinků a jiných problémů s léčivy. Farmakovigilance v ČR je postavena na třech činnostech, jež provádí SÚKL a to je sledování účinků léků a jejich užívání v klinické praxi, zhodnocení poměru rizik a přínosů (terapeutický účinek) a poskytování informací zdravotníkům i pacientům, aby bylo užívání léčiva co nejvíc bezpečné a efektivní v řešení zdravotních problémů. Ústav spravuje také Registr přípravků s omezením, bohužel se v tomto registru nachází pouze přípravky s pseudoefedrinem nebo s obsahem konopí, hypnotika, sedativa ani opiáty zde nejsou (Nechanská, Mravčík, Popov, 2012).

SÚKL provozuje i rozsáhlou osvětovou činnost pro širokou veřejnost. Činí tak hlavně v online prostředí, kde provozuje stránky olecich.cz a nebezpecneleky.cz, na kterých uživatelé léčiv mohou najít informace a rizika léků, společně s upozorněním na možný vznik závislosti. Poskytují uživatelům rady, jak léky užívat racionálně a co nejvíce efektivně, aby přípravky neohrozily jejich zdraví (Státní ústav pro kontrolu léčiv, online). V roce 2015 realizoval SÚKL kampaň s názvem *Léky do koše nepatří*, kde snahou bylo naučit českou populaci správně nakládat s léky a proč je dobré je vracet do lékárny, jak je psáno v každé příbalové informaci. Může tak dojít k eliminaci rizika toho,

že bude potomek či jiný rodinný příslušník s léky experimentovat nebo je dále šířit mezi kamarády a známé (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2021, online).

Prevence ze strany lékařů a společnosti

Podle Skalíka (2003) lze prevenci zneužívání návykových látek, a tedy i léčiv, rozdělit do tří úrovní dle velikosti skupiny, na kterou má prevence cílit. Jako první uvádí prevenci v makroprostředí, tedy na úrovni např. celé Evropské Unie či celé České republiky. Taková prevence zasahuje velkou cílovou skupinu, bohužel z důvodu její nespecifičnosti se také vyznačuje malou efektivitou. Jako příklad lze uvést například již zmíněnou kampaň SÚKL *Léky do koše nepatří*, která měla celorepublikový charakter. Dále je v ČR provozována prevence na úrovni mezoprostředí. Jedná se o prevenci v menších městech, městských částech či obcích. Tato prevence je efektivnější než ta v makroprostředí, vyžaduje ale také větší investici času i finančních prostředků. Její realizace je více náročná a vyžaduje proškolené osoby, které budou lidi informovat. Může jít o šíření různých tiskovin o nebezpečnosti psychotropních léků, besedy, přednášky a další. Prevence v mezoprostředí se svým provedením může někdy velmi podobat prevenci v mikroprostředí. Prevence v mikroprostředí se nejčastěji odehrává v malých skupinách. Jde často o školní třídy (např. žáci deváté třídy konkrétní ZŠ) nebo jiné rizikové skupiny, které se vyskytují v jedné lokalitě (např. senioři v obci Třebovice). Tento typ prevence je nejefektivnější, ale také časově a finančně nejnáročnější. Často také probíhá formou přednášek či besed, dále skrze komponované diskuzní pořady, které se snaží co nejvíce zaujmout cílovou skupinu a zapojit ji do diskuze o dané problematice. V neposlední řadě se také v rámci prevence v mikroprostředí lze setkat i s peer programy. V oblasti zneužívání léků se peer programy hojně aplikují na středních školách a univerzitách v USA. Skácelová (2003) ve stejné publikaci tyto peer programy označuje za jednu z nejefektivnějších forem prevence ve věkové kategorii 13 až 20 let, protože je to období, kdy mladý člověk přikládá největší pravdivost a důležitost názorům svých vrstevníků (Kalina a kol., 2003).

Osvětová činnost ze stran lékařů, učitelů a například i rodinných příslušníků by měla člověka provázet po celý život a to již od mládí, stejně jako tomu je u alkoholu, cigaret a tvrdých drog. Lze zaznamenat zlepšení v informovanosti zdravotnických pracovníků i pacientů o rizicích zneužívání psychofarmak, nicméně chybí soustavné a komplexní působení ohledně dané problematiky ve větším měřítku. *Lékař by měl jasně*

stanovit dávkování i dobu, po kterou má pacient lék užívat (Nešpor, 2009, online) a pacient by toto doporučení neměl překračovat. Jako zcela žádoucí Nešpor označuje také nabízení pozitivních alternativ a vyzkoušení nefarmakologických řešení pacientových problémů. Vhodné jsou v případě bolestí nebo problémů s nespavostí relaxační techniky, úprava prostředí, přechod na zdravý životní styl. Pokud člověk trpí úzkostí či jinými problémy neurotického rázu, je vhodné navštívit hned odborníka, který spíše bude pátrat po příčině problému, než navštívit obvodního lékaře, který předepíše v drtivé většině případů některá z návykových léčiv. Lékaři by se měli také vyvarovat ordinování léků s návykovým potenciálem osobám, které mají problémy spojené se závislostí na alkoholu (Nešpor, 2009, online). Z tohoto vyplývá, že programy prevence zneužívání psychoaktivních léků by se neměly soustředit pouze na uživatele, ale i na zdravotníky. Lékaři by měli být informováni o důležitosti monitorování pacientů, jež užívají potenciálně nebezpečná a návyková léčiva a také o tom, při jakých indikacích je opravdu vhodné je předepisovat. Bohužel v ČR téměř absentují komplexní preventivní programy cílené na lékaře (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2021, online).

Kalina (2000) stanovuje žádoucí a nežádoucí přístupy preventistů u prevence drogových závislostí, která se dá aplikovat i na prevenci zneužívání léků. Jako vhodný přístup je považováno: podpora sebedůvěry a aktivního života pacienta, kontinuální přístup k prevenci, otevřená a oboustranná komunikace, využívání vhodných vlivných vzorů a profesionalita. Naopak jako zcela nevhodné je shledáno odstrašování, jednorázové preventivní zásahy, striktní zaměření na poznatky, neprofesionální chování nebo omezená komunikace, která neposkytuje žádný prostor k diskuzi či vyjádření vlastního názoru (Kalina, 2000).

Benzodiazepiny jsou velmi rizikovou skupinou psychofarmak, proto mnoho autorů věnuje v prevenci zneužívání pozornost hlavně jim. Bouček (2005) stanovuje tzv. *5 N benzodiazepinů*, tedy pět důležitých zásad, jež by měli pacienti dodržovat. 5 N zastupuje následující: nikdy nejasná indikace, nikdy dlouhodobé podávání, nikdy rychlé vysazení, ne velké dávky, nepodávat u závislosti na alkoholu nebo jiných drogách (Bouček, Pidrman, 2005).

3.7 Léčba osob zneužívajících psychofarmaka v České republice

Léčba u dospělé populace

Léčba osob, které zneužívají psychoaktivní léčiva je zahrnuta v systému léčby uživatelů návykových látek obecně. některé neziskové organizace a soukromé psychiatrické a adiktologické kliniky nabízí terapie a programy přímo pro závislé na lécích a to např. Soukromé sanatorium Moniky Plocové, ADICARE a další. Léčba probíhá ambulantní a lůžkovou/pobytovou formou. Nechanská, Mravčík a Popov (2012) se zabývali současným stavem možností odvykání a zaměřili se na pacienty s diagnózou F13 dle MKN-10, neboli na pacienty, kteří zneužívají sedativa či hypnotika. Od roku 1997 docházelo k plynulému nárůstu počtu závislých a problémových uživatelů, kteří vyhledali ambulantní léčbu. Znatelný nárůst zaznamenali v letech 2005 a 2008, kdy lze částečně přisuzovat tento nárůst tehdejší ekonomické krizi v ČR. Ambulantně léčení ve valné většině zneužívali benzodiazepiny a barbituráty (70 % léčených). Ze všech ambulantně léčených osob mezi lety 1997 až 2010 bylo více než 60 % pacientů ženského pohlaví.

Stejný kolektiv autorů zkoumal i pacienty, kteří vyhledali lůžkovou péči jako pomoc při odvykání od psychoaktivních léků. Většinu dat pro svůj výzkum čerpali z Národního registru hospitalizovaných. Akutní péče se většinou odehrává na psychiatrických odděleních nemocnic, hlavně pokud je pacient v ohrožení života nebo má závažné problémy. U pacientů, kteří nevyžadují akutní péči dochází k léčbě v psychiatrických nemocnicích, popřípadě v jiných léčebných zařízeních pobytového typu. I lůžková péče zaznamenala plynulý nárůst pacientů závislých na lécích, 2/3 z nich byly opět ženy. Za sledované období (1997 až 2010) bylo celkem hospitalizováno také celkem 133 mladistvých, z čehož bylo 87 dívek. V tomto časovém období si o jakoukoliv formu léčby lékové závislosti (na sedativech, hypnotikách a analgetikách) zažádalo celkem více než 9000 žadatelů (Nechanská, Mravčík, Popov, 2012).

Nejdůležitějším faktorem při léčbě závislých na lécích je včasná a krátká intervence. Ta má být zaměřená na postupné snižování dávky až po úplné vysazení sedativ či hypnotik. U benzodiazepinů je vhodná substituce diazepamem, který jen také benzodiazepin, ale jeho dávky se dají velmi dobře snižovat, tak, aby se daly minimalizovat závažné abstinenci příznaky. Odborníci nedoporučují pacientům, aby se pokoušeli tato léčiva vysazovat náhle a doporučují vyhledat lékaře. Aktuálně se

v jakékoliv formě léčení podle národní konference Psychoaktivní léky nachází asi 2500 uživatelů. Nejčastěji jsou to ženy nad 45 let (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2021, online).

Mimo jiné se mohou uživatelé se závislostí nebo jinými problémy s užíváním psychofarmak obrátit například na telefonickou linku Národní linka pro odvykání a v případě závislosti konkrétně na benzodiazepinech na online poradnu benzo.cz, která je provozována o. s. SANANIM. Dále je možnost využít poradenství v nízkoprahových a kontaktních centrech, která mohou nabídnout včasnou intervenci a spojení s dalšími odborníky, které mohou uživatelům pomoci. Denní stacionáře, detoxifikační jednotky a pobyt v terapeutických komunitách jsou také možnosti, jak se zbavit závislosti na lécích, přičemž je na každém pacientovi, která forma léčby mu bude nejvíce vyhovovat. Předpokládá se, že například úzkostní pacienti, kteří trpí nějakou formou sociální fobie budou preferovat ambulantní léčení či domácí detoxifikaci a jiní pacienti např. pobyt v terapeutické komunitě s osobami, které mají podobné problémy (Kalina a kol., 2003).

Specifika léčby u mládeže

Mládež je specifickou skupinou v léčbě závislostí a stejně tomu je i u léčení lékové závislosti, pokud se u nich rozvine. U některých jedinců je zneužívání psychoaktivních léků jen experimentem a jednorázovou etapou, nicméně i u této věkové kategorie se může vytvořit závislost. Broža (2003) zdůrazňuje důležitost uvědomění si rozdílů v léčbě mládeže a dospělých. Osobnost mladého člověka se vyznačuje specifickou dynamikou osobnosti. Mladiství často neshledávají ve svém chování problém, jako problematické vnímají situace z něj vyplývající jako například zdravotní problémy a konflikty s rodinou či vrstevníky. Často zde dochází k absenci motivace přestat léky užívat. Mládež je často nucena vyhledat pomoc rodinnými příslušníky. Absence motivace si vyžaduje intervenci ze všeho nejdříve. Terapeut a další pracovníci, kteří se podílejí na intervenci u dětí a mladistvých, by měli nejprve dbát na to, aby klient/pacient pochopil, že to, co dělá, ho ohrožuje a pomoci mu stanovit důvod, proč by měl s tímto chováním přestat. Z multifaktoriální kauzality vzniku závislosti je poté potřeba zasáhnout i na všech dalších problematických úrovních, aby byla léčba úspěšná. Zvláště důležité v procesu odvykání je také navázání upřímného, důvěryhodného a otevřeného vztahu mladistvého s terapeutem. K tomu může být využita tzv. zážitková terapie, která se zaměřuje

na posílení vztahu klienta a terapeuta a může být stěžejním bodem v překonávání závislosti. U této věkové skupiny bývá taktéž často využívána skupinová terapie a to hlavně vzhledem k tomu, že přítomnost vrstevníků v terapeutické skupině může zásadně ovlivnit názor uživatele na tento problém. Dospívající člověk při hledání své identity spíše vzhlíží ke svým vrstevníkům a k autoritě rodičů, pedagogů a dalších dospělých má spíše odpor. Proto se skupinová terapie jeví jako dobrá volba k ovlivnění osobnosti. Nezbytná je i rodinná terapie s co nejširší rodinou. Rodiče by měli být poučeni, kde a jak skladovat nebezpečná léčiva a jak se svým dítětem o této problematice mluvit. Cílem je také zlepšit vztah a komunikaci mezi rodiči a jejich potomkem, aby problémy nebyly řešeny návykovými látkami (Kalina a kol., 2003).

4 Výzkumné šetření: Psychofarmaka a jejich zneužívání mládeží

Empirická část této práce je věnována problematice zneužívání psychofarmak mládeží, čímž se v tomto případě rozumí osoby ve věkovém rozmezí od 15 do 26 let. Zkoumá souvislosti pohlaví a tendencí ke zneužívání psychofarmak, míru uvědomování si rizik takového zneužívání a další. Jako základ hypotéz byly využity teoretické poznatky, které byly získány během kompletace teoretické části.

4.1 Výzkumný problém a jednotlivé hypotézy

Tato bakalářská práce a její praktická část se zabývá zneužíváním psychofarmak specificky u skupiny mládeže. Cílem je zjistit celkovou prevalenci takového chování u mládeže. Dále se práce zaměřuje i na rozdíly ve výskytu tohoto chování na základě pohlaví. Zjišťuje také, zda jsou si ne uživatelé i uživatelé plně vědomi rizik tohoto chování. V neposlední řadě zkoumá také trendy v užívání psychofarmak, kdy se snaží zjistit lékovou skupinu užívaných látek.

V teoretické části práce již bylo uvedeno několik výzkumů, které se touto problematikou zabývají. Z nich následně vychází vlastní hypotézy autorky, které se snaží ve svém šetření dokázat. Již provedené výzkumy poukazují na mírně stoupající tendence a měnící se trendy v užívání psychofarmak. S vývojem farmaceutického průmyslu a léčby nejrůznějších psychických onemocnění se neustále otevírají nové možnosti pro experimentování a užívání přípravků měnících stavu vědomí.

Cílová skupina tohoto šetření byla zvolena na základě absence průzkumů v této oblasti, protože většina se jich zaměřuje na mládež jen okrajově nebo vůbec. Časté je zkoumání této problematiky ve vztahu k seniorům a dospělé populaci (zejména pak k ženám středního věku), nicméně u těchto skupin se užívání může lišit.

Výzkumný problém Chráska (2007) definuje jako otázku, která vyjadřuje vzájemný vztah mezi proměnnými. Výzkumný problém by měl podle něj dodržovat tři hlavní zásady a těmi jsou: konkrétní, jednoznačná formulace; možnost empirického prověření problému; vyjadřuje vztah mezi dvěma nebo více proměnnými. Výzkumný problém této práce lze tedy formulovat následovně: „Jaké jsou zkušenosti mládeže se zneužíváním psychofarmak v závislosti na pohlaví a jaké jsou aktuální trendy užívání?“

Pro další šetření byly pak sestaveny 4 hypotézy, které dopomáhají k vyřešení výzkumného problému. Hypotéza je tvrzení v oznamovací větě, které vypovídá

o zkoumaném vzorku a jeho vlastnostech. Hypotézy pro tuto práci byly stanoveny z již popsaných teoretických poznatků, které jsou shrnuty v části teoretické. Cílem části empirické je pomocí empirických metod zjistit míru přijatelnosti daných hypotéz (Chrásková, 2007, str. 17). Ty znějí pro toto šetření následovně:

Hypotéza č. 1: Celková prevalence zneužívání psychofarmak u zkoumaného vzorku je více než 10 %.

Hypotéza č. 2: Více než 40 % respondentů považuje psychofarmaka za méně riziková a nebezpečná než jiné drogy.

Hypotéza č. 3: U žen je prevalence zneužívání psychofarmak vyšší než u mužů.

Hypotéza č. 4: Respondenti nejčastěji získávají psychofarmaka od svých kamarádů a rodinných příslušníků.

Hypotéza č.1 vychází ze tří zdrojů. Prvním zdrojem je výzkum ESPAD 2019, kde byla prevalence zneužívání léků u zkoumaného vzorku asi 14,4 % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2020, online). Dále bylo pro tuto hypotézu čerpáno z *Národního výzkumu užívání návykových látek*, který byl proveden v roce 2020. V tomto výzkumu uvedlo celkem 15,8 % respondentů zkušenost s užíváním psychoaktivních léků. Tato studie měla celkem přes 8400 respondentů a minimálně 3000 z nich tvořili respondenti spadající do věkové kategorie 15 až 18 let. Lze tedy předpokládat, že značná část této věkové skupiny má taktéž zkušenost s jejich užíváním (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2021, online). Dalším zdrojem, ze kterého bylo čerpáno byla tisková zpráva z národní konference *Psychoaktivní léky 2020*, kde autoři uvádí celkovou prevalenci asi 10 % u zkoumaného vzorku (Úřad vlády České republiky, 2020, online). Všechny následující výzkumy ukazují prevalenci u zkoumaných vzorků mezi od 10 % až do 16 %. Vzhledem k tomu, že tyto výzkumy se netýkaly jen zkoumané cílové skupiny, byl předpoklad pro vlastní výzkum mírně zmenšen. Prevalenci okolo 10 % mezi mládeží dále zjistily i některé výzkumy provedené v USA.

Hypotéza č. 2 čerpá z výzkumu z roku 2008, který byl proveden v USA. Organizace SAMHSA, která zkoumá zneužívání návykových látek napříč celou populací USA zjistila, že více než 20 % celkové populace mladistvých v USA má zkušenost s psychoaktivními léky. Jako jeden z mála výzkumů obsahoval ten následující otázku, týkající se názorů respondentů na rizikovost takového chování. Více než 50 %

z respondentů se zkušeností s psychofarmaky vypovědělo, že s sebou tato léčiva přináší určitou míru rizik, nicméně ne takovou, jako například tvrdé drogy (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008, online).

Hypotéza č. 3 je založena na většině výzkumů, které byly zmíněny v teoretické části práce. Jak studie z USA, tak i z Evropy a ČR, poukazují na častější výskyt užívání psychofarmak u žen. Na konferenci *Psychoaktivní léky 2020* byly stanoveny dvě nejrizikovější skupiny, které bývají nejčastěji ohroženy tímto jevem a to seniori a ženy (Úřad vlády České republiky, 2020, online). Nehledě na stáří provedených šetření, v téměř všech dominovalo ženské pohlaví. Proto i pro vlastní šetření bylo stanoveno, že častěji se zneužívání psychofarmak objevuje u žen a dívek.

Poslední hypotéza je taktéž založena na více zmíněných šetřeních. *The European Union Medicine Study* z roku 2014 zjistila, že nejčastějším zdrojem zneužívaných psychofarmak byla u většiny respondentů rodina nebo jiná blízká osoba (Novak a kol., 2016, online). *Národní výzkum užívání návykových látek*, který byl proveden v roce 2020, poté poukazuje, že u věkové skupiny 15 až 24 let se u respondentů v 60 % odpovědí na otázku, kde psychofarmaka získali, objevuje taktéž odpověď rodina nebo jiná blízká osoba. Rodina a jiné blízké osoby byly stanoveny jako nejčastější zdroj psychofarmak pro tuto věkovou skupinu. V závislosti na těchto závěrech i vlastním předvýzkumu autorky byla tedy stanovena následující hypotéza.

4.2 Metody a strategie výzkumného šetření

Pro účely této práce proběhlo kvantitativní šetření. Kvantitativní šetření je takový druh šetření, jehož cílem je odpovědět na otázku míry prevalence zkoumaných jevů. Kvantitativní výzkumy vycházejí z pozitivismu, tudíž se zaměřují na ověřitelné fakty. Jeho cílem není celostní pochopení zkoumané oblasti, ale spíše zjištění statistických dat, která poukazují na danou problematiku a vysvětlují určité souvislosti. Zaměřuje se na větší skupiny osob a jeho cílem je získat obecnější náhled a data o zkoumaných jevech (Chráska, 2007).

Za nejvhodnější metodu pro toto šetření byl shledán dotazník a to vzhledem ke zkoumané problematice, kdy jedním z důležitých prvků byla anonymita respondentů. Dotazník vlastní konstrukce byl distribuován během února a března 2022 a to ve formě tištěné i elektronické. V tištěné formě byl šířen hlavně na Gymnázium Česká Třebová

a dále na Střední průmyslové škole stavební Pardubice. V elektronické formě byl dále šířen hlavně prostřednictvím sociálních sítí mezi širokou veřejnost. Sběr online dat probíhal skrze platformu Google Forms.

Před uvedením dotazníku byl proveden předvýzkum na skupině asi 20 respondentů, kteří spadají do vybrané cílové skupiny. Tento zkušební vzorek měl možnost podílet se na úpravě dotazníku do jeho konečné podoby.

Dotazník se skládá z celkem dvou částí, které dohromady tvoří 10 položek. První část obeznamuje respondenta s účelem dotazníku a obsahuje poděkování za jeho čas a ochotu se účastnit na výzkumu. Druhá část se věnuje samotnému sběru dat. Nejprve zjišťuje některé nezbytné sociodemografické údaje o respondentech. Dále se zaměřuje na zkušenosti respondentů s užíváním psychofarmak a na jejich povědomí o problematice jejich zneužívání a nebezpečích, které skýtá. Poslední část dotazníku se věnuje samotnému zneužívání psychofarmak u jednotlivých respondentů. Tuto část dotazníku vyplňovali pouze ti respondenti, kteří v předešlé části uvedli zkušenost s užíváním psychofarmak. Osm položek dotazníku jsou uzavřené otázky s možností výběru jedné odpovědi, případně zadání odpovědi vlastní. Dvě z otázek poté umožňují výběr více odpovědí. Celý dotazník je přiložen na konci práce (Příloha A).

4.3 Analýza a interpretace výsledků šetření

V následující části lze nalézt analýzu a interpretaci výsledků dotazníkového šetření. Získaná data jsou prezentována pomocí tabulek, které jsou okomentovány společně s hypotézami, které mají potvrzovat či vyvracet. 20 dotazníků bylo z analýzy vyloučeno na základě nesprávného či neúplného vyplnění.

- Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 1: Věk respondentů

Možnosti	Četnost	Procenta
15 až 17 (nezletilý)	127	20,3 %
18 až 26	499	79,7 %
Celkem	626	100 %

Otázka číslo 1 slouží pro zjištění věkového rozložení skupiny respondentů. Na dotazník celkem odpovídalo 626 respondentů z čehož 499 respondentů (79,7 %) se nachází ve věkové skupině 18 až 26 let. Respondentů, kteří ještě nedosáhli 18 let věku odpovídalo celkem 127, tudíž tvoří zbylých 20,3 %.

- Otázka č. 2: Jaké je Vaše biologické pohlaví?

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Možnosti	Četnost	Procenta
Žena	369	58,9 %
Muž	257	41,1 %
Celkem	626	100 %

Stejně jako otázka č. 1 i otázka č. 2 má za úkol odhalit sociodemografické rozložení skupiny respondentů. Nadpoloviční většina respondentů je ženského pohlaví, nicméně skupina zástupců pohlaví mužského je dostatečně početná pro další porovnání. Pohlaví respondentů je důležitou otázkou v tomto šetření, vzhledem k tomu, že jedna z hypotéz předpokládá větší prevalenci užívání psychofarmak u žen. Závislost výskytu užívání těchto léčiv na pohlaví podrobněji zkoumá následující tabulka.

- Otázka č. 3: Máte zkušenost se zneužíváním psychofarmak jako jsou léky na uklidnění, antidepresiva, stimulanty či analgetika?

Tabulka č. 3: Zkušenosti respondentů s psychofarmaky

			Máte zkušenosti se zneužíváním psychofarmak?			Celkem
			Ne	Ano, v minulosti	Užívám je i nyní	
Pohlaví	Muž	Četnost	138	85	34	257
		%	53,6 %	33,1 %	13,3 %	100,0
	Žena	Četnost	232	96	41	369
		%	62,9 %	26,0 %	11,1 %	100,0
Celkem		Četnost	370	181	75	626
		%	59,1 %	28,9 %	12,0 %	100,0

Otázka č. 3 se zaměřuje na zkušenosti respondentů se zneužíváním psychofarmak. Z analýzy výsledků vyplynulo, že celkem 370 respondentů (59,1 %) nemá zkušenost se zneužíváním psychofarmak. Zbylých 256 respondentů v dotazníku odpovědělo, že zkušenost s užíváním psychofarmak má, což tvoří dohromady 40,9 % z celkového počtu respondentů. Vzhledem k výsledkům šetření lze konstatovat, že **byla potvrzena hypotéza č. 1 ve znění: Celková prevalence zneužívání psychofarmak u zkoumaného vzorku je více než 10 %**. Došlo navíc ještě k předčení předpokladů hypotézy a to více než o 30 %, což by se dalo považovat za alarmující signál, který upozorňuje na narůstající problematiku

Předchozí tabulka dále znázorňuje vztah pohlaví a zneužívání léků. Z celkem 257 respondentů mužského pohlaví jich 119 (46,4 %) vypovědělo, že má zkušenost se zneužíváním psychofarmak. Oproti tomu u žen to bylo pouze 37,1 % z celkového počtu 369 respondentek, což je celkem 137 žen. Tímto zjištěním **byla tedy vyvrácena hypotéza č. 3: U žen je prevalence zneužívání psychofarmak vyšší než u mužů**. Výskyt zneužívání u mužů je o 9,3 % častější než u respondentek.

- Otázka č. 4: Myslíte si, že léčiva předepsaná lékařem mohou být nebezpečná např. v porovnání s drogami?

Tabulka č. 4: Vnímání rizik užívání psychofarmak

Možnosti	Četnost	Procenta
Ne, jsou zcela bezpečná	15	2,4 %
Nesou určitá rizika ale ne jako např. tvrdé drogy	349	55,8 %
Jsou stejně nebezpečná jako tvrdé drogy.	261	41,7 %
Missing	1	0,1 %
Celkem	626	100 %

Jak lze vidět v tabulce č. 4 celkem 365 respondentů považuje psychofarmaka za relativně bezpečná, přinejmenším v porovnání s tvrdými drogami. Tento názor panuje mezi většinou respondentů (58,2 %) a tím **se tak potvrzuje hypotéza č. 2: Více než 40 %**

respondentů považuje psychofarmaka za méně riziková a nebezpečná než jiné drogy. Potvrzení této hypotézy tak dokazuje, že, stejně jako ve výzkumech prováděných v předešlých letech, stále panuje na veřejnosti názor, že léčiva nemohou být riziková úměrně jako látky explicitně označované jako drogy.

- Otázka č. 5: Je podle Vás snadné opatřit si psychofarmaka i bez předpisu lékaře?

Tabulka č.5: Volná dostupnost psychofarmak

Možnosti	Četnost	Procenta
Ano, je to velmi snadné	256	40,9 %
Ne, jsou přísně kontrolována	42	6,7 %
Nevím, nemám s tím zkušenost	315	50,3 %
Missing	13	2,1 %
Celkem	626	100 %

Celkem 256 respondentů (40,9 %) odpovědělo, že si myslí, že sehnat psychofarmaka i bez předpisu lékaře je snadné. Dále je 42 respondentů přesvědčených o jejich přísné kontrole a 315 (50,3 %) uvádí, že nemá s danou problematikou dostatek zkušenosti. Vzhledem k tomu, že počet jedinců, kteří uvedli zkušenost se zneužíváním je roven počtu respondentů, kteří si myslí, že opatřit si léky bez předpisu je velmi snadné, dá se předpokládat, že často takto odpovídali respondenti, kteří mají se sháněním léků přímou zkušenost. 13 respondentů odpověď vynechalo. Následující otázky č. 6 až č. 10 byly dále cíleny hlavně na skupinu respondentů, kteří léky někdy zneužívali či zneužívají a na další podrobnosti, které se týkají jejich užívání.

- Otázka č. 6: Pokud máte zkušenost se zneužíváním psychofarmak, jak jste získávali tato léčiva?

Tabulka č. 6: Odkud jste získávali psychofarmaka?

Možnosti	Četnost	Procenta
Na předpis lékaře (či více lékařů)	47	14,7 %
Od rodinného příslušníka/kamaráda, který má léky předepsané	36	11,3 %

Možnosti	Četnost	Procenta
Od rodinného příslušníka/kamaráda, který léky nemá předepsané	23	7,2 %
Na internetu	4	1,3 %
Osobně od cizí osoby (dealer aj.)	17	5,3 %
Vzala jsem je doma v lékárnice	4	1,3 %
Rodina/kamarádi + další způsoby	170	53,1 %
Jiné kombinace a způsoby	19	5,8 %
Celkem	320	100 %

Na otázku č. 6 odpovídalo celkem 320 respondentů. Jejím hlavním úkolem je zjistit, jaké jsou nejčastější zdroje psychofarmak, ze kterých uživatelé léčiva získávají. U celkem 229 respondentů sehrála podle jejich odpovědí významnou roli přítomnost rodinného příslušníka či kamaráda/známého, který mu psychofarmaka distribuoval. Toto číslo tvoří 71,6 % z celku. Díky tomu lze konstatovat, že se tak **potvrdila hypotéza č. 4: Respondenti nejčastěji získávají psychofarmaka od svých kamarádů a rodinných příslušníků.** Rodinní příslušníci, kamarádi a jiné známé osoby jsou nejčastějším subjektem, který figuruje v získávání psychofarmak. Jako pozitivní lze vnímat to, že pouze 14,7 % respondentů získávalo psychofarmaka, která zneužívali na předpis lékaře (či více lékařů). To může poukazovat na klesající trend předepisování psychofarmak bez pečlivého uvážení, a to hlavně u praktických lékařů. Lze si také povšimnout, že na otázku odpovědělo více respondentů, než uvedlo, že má s užíváním psychofarmak zkušenost. Tuto skutečnost lze přisoudit tomu, že tato otázka měla být lépe formulována, aby na ni odpovídali jen respondenti, kteří zkušenost mají.

- Otázka č. 7: Pokud zneužíváte psychofarmaka nebo jste tak činili v minulosti, co je či byla Vaše motivace k tomu?

Tabulka č. 7: Motivace k užívání

Možnosti	Četnost	Procenta
Experimentování, touha zažít něco neobvyklého	65	26,2 %

Možnosti	Četnost	Procenta
Odstranění deprese, úzkosti a dalších psych. problémů	118	47,6 %
Problémy se spánkem	26	10,5 %
Zvýšení výkonnosti ve škole a v práci	12	4,8 %
Tlak okolí, touha zapadnout do kolektivu	3	1,2 %
Kombinace více faktorů	24	9,7 %
Celkem	248	100 %

Otázka č. 7 zjišťovala motivaci uživatelů psychofarmak k užívání a případnému zneužívání těchto léčiv. Nejvíce respondentů uvádělo jako motiv odstranění depresí, úzkosti či jiných psychických problémů, šlo o celkem 118 respondentů (47,6 %). Několik respondentů uvedlo i záměr spíchat sebevraždu pomocí předávkování se psychofarmaky. Druhým nejčastějším důvodem (26,2 %) byla touha po experimentování a jakémsi dobrodružství, která je pro mládež typická.

- Otázka č. 8: Vyskytly se u Vás nežádoucí účinky (NÚ) psychofarmak a/nebo abstinenční příznaky (AP)?

Tabulka č. 8: výskyt nežádoucích účinků

Možnosti	Četnost	Procenta
nevyskytlo se u mě ani jedno	128	50,6 %
měl/a jsem mírné NÚ/AP	83	32,8 %
měl/a jsem závažnější NÚ/AP	42	16,6 %
Celkem	253	100 %

Otázka č. 8 zjišťuje četnost výskytu nežádoucích účinků u uživatelů psychofarmak. U této položky došlo k rozdělení respondentů na dvě části. První částí jsou jedinci,

u kterých se při užívání nikdy nevyskytly ani nežádoucí účinky a ani abstinenční příznaky, druhou část poté tvoří jedinci, kteří se s jedním z jevů (nebo s oběma) setkali. 16,6 % respondentů uvádí, že dokonce zažili závažnější komplikace při užívání či vysazení, což rozhodně není zanedbatelné procento.

- Otázka č. 9: Odradil Vás případný výskyt nežádoucích účinků či abstinenčních příznaků od dalšího užívání?

Možnosti	Četnost	Procenta
nevyskytly se vůbec nebo to neovlivnilo můj názor/užívání	50	35,7 %
ano, odradilo mě to jen na čas	42	30,0 %
ano, odradilo mě to definitivně	48	34,3 %
Celkem	140	100 %

Úkolem otázky č. 9 bylo zjistit reakci uživatelů psychofarmak na případný výskyt nežádoucích účinků nebo abstinenčních příznaků. Dle odpovědí lze soudit, že pokud se vyskytly, uživatele to buď neodradilo vůbec nebo je na krátký čas, zřejmě tedy převládaly subjektivní benefity nad negativy užívání těchto léčiv. 34,3 % respondentů bylo však výskytem od dalšího užívání odrazeno úplně.

- Otázka č. 10: Pokud jste zneužívali či zneužíváte psychofarmaka, jaké konkrétní přípravky jste zneužívali/zneužíváte?

Tabulka č. 10: Konkrétní přípravky a jejich užívání

Možnosti	Četnost (uvedli zkušenost)	Procenta
alprazolam (Xanax, Neuro, Frontin, Helex)	155	64,3 %
bromazepam (Lexaurin)	91	37,8 %
diazepam	62	25,7 %
klonazepam (Rivotril)	85	35,3 %

Možnosti	Četnost	Procenta
opioidní analgetika (Tramal, Kodein, Zaldiar, oxykodon, morfin)	102	42,3 %
methyلفenidát či amfetamin (Ritalin a jiná léčiva na ADHD/poruchy spavosti)	60	24,5 %
zolpidem (Stilnox, Ambien, Hypnogen)	41	17,01 %
zopiclon (Imovane)	4	1,7 %
antipsychotika (např. Quetiapin)	38	15,8 %
antidepresiva (Sertralin, Citalex, Zoloft aj.)	100	41,5 %
Počet odpovědí na tuto položku	241	

Poslední otázka, otázka č. 10, se zaměřovala na konkrétní přípravky, které byly mezi respondenty užívány. U této dotazníkové položky bylo možné zaškrtnout více odpovědí, protože se předpokládalo, že někteří respondenti mají zkušenosti s více druhy psychofarmak a s různými konkrétními látkami. Jak se ukázalo, nejčastěji zneužívaným přípravkem je alprazolam, kdy zkušenost s ním uvádí celkem 155 respondentů. Tento fakt však není překvapivý, protože alprazolam je jedním z nejčastěji předepisovaných psychofarmak vůbec. Druhou nejčastěji užívanou skupinou léčiv jsou opioidní analgetika, které ve své odpovědi uvedlo 102 respondentů. Stimulanty jako amfetamin nebo methyلفenidát poté užívalo 60 respondentů což je poměrně velký počet, protože tato léčiva podléhají přísné kontrole, i přes to se však šíří mezi populací. Další zajímavou skupinou jsou hypnotika 4. generace, zolpidem a zopiclon, která se v odpovědích také objevila a to celkem u 45 jedinců. Antipsychotika a antidepresiva, která sama o sobě nemají pro zdravého člověka žádné pozitivní účinky byla také zneužívána a to v poměrně velkém počtu. Antidepresiva užívalo celkem 100 respondentů, antipsychotika 38. Důvodem pro takto vysoký výskyt jejich užívání je patrně to, že mnoho jedinců si je opatřuje od rodiny a kamarádů a z dalších zdrojů, a poté je používá pro sebededikaci. Antipsychotikum Quetiapin bývá zneužíváno k navozování spánku nebo velmi živých snů, což může být opět důvodem poměrně vysoké konzumace vzhledem k absenci extatických stavů po jejich užití.

U této položky byla ponechána i možnost volné odpovědi a někteří respondenti tuto možnost využili a doplnili ještě další látky, které zneužívali, ale nenalezli je ve výběru. Nejčastěji zmiňovanou látkou bylo antiepileptikum pregabalin, které funguje na bázi zvyšování hladiny některých neurotransmiterů v mozku. Pregabalin je indikován u pacientů, kteří trpí epilepsií, generalizovanou úzkostnou poruchou nebo syndromem neklidných nohou (Ambler, Hovorka, 2006). 4 respondenti mají zkušenost s jeho užíváním. Dalším farmakem, které se vyskytovalo poměrně často byl oxazepam, který spadá do skupiny benzodiazepinů. Dále respondenti uvádějí užívání modafinilu, který je v ČR od roku 2018 zakázaným léčivem SÚKL a to právě pro jeho zneužívání a nízký terapeutický index. Byl indikován u narkolepsie a dalších poruch spánku, následně byl z trhu stažen zcela (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2018, online). Dále se objevují v odpovědích i přípravky na léčbu kašle a léčiva obsahující pseudoefedrin. Jeden respondent uvedl, že užíval benzodiazepin spadající do nové generace tzv. *designer benzodiazepinů*. Konkrétně šlo o flualprazolam.

4.4 Shrnutí

Cílem empirické části této bakalářské práce bylo zjistit informace o prevalenci a dalších podrobnostech užívání psychofarmak mezi mládeží. Nejprve byly zjišťovány základní sociodemografické údaje a následně prevalence zneužívání psychofarmak mezi zkoumaným vzorkem. Celková míra prevalence jevu se ukázala být mnohonásobně vyšší, než bylo předpokládáno v rámci hypotéz.

Hypotézy byly stanoveny celkem 4 a zajímaly se o prevalenci zkoumaného jevu, závislost problematiky na pohlaví, povědomí o rizicích a nejčastější způsoby získávání psychofarmak pro vlastní potřebu. Potvrdily se celkem 3 ze 4 hypotéz. Jediná hypotéza, která byla vyvrácena byla hypotéza č. 3, která předpokládala vyšší výskyt zneužívání psychofarmak u žen, nikoliv u mužů. Tato hypotéza byla vyvrácena a to i navzdory tomu, že většina dříve provedených šetření tuto hypotézu podporovala. Je třeba však brát v úvahu to, že může jít jen o specifikum skupiny respondentů a výsledky mohou být variabilní v závislosti na tom, kdo se do skupiny respondentů dostane. Jde o kvantitativní empirické šetření, které proběhlo formou dotazníku a to ve dvou formách, v tištěné a online. Online byl dotazník šířen přes sociální sítě, zejména přes Facebook a Instagram. Zejména možnost vyplnění dotazníku online byla strategicky zvolena z důvodu

zachování co největší anonymity respondentů, protože se jedná o téma závislosti a dalšího zneužívání návykových látek, kde je možnost anonymity více než žádoucí.

Cíl tohoto šetření lze považovat za splněný. Výsledky průzkumu mezi mládeží poměrně uspokojivě odpověděly na stanovený výzkumný problém, který zněl: „Jaké jsou zkušenosti mládeže se zneužíváním psychofarmak v závislosti na pohlaví a jaké jsou aktuální trendy užívání?“

V porovnání s ostatními výzkumy, které byly provedeny v posledních letech na území ČR si lze asi nejvíce povšimnout vysokého výskytu zneužívání těchto léčiv mezi respondenty. Jak již bylo zmíněno, jde patrně o okruh osob, kteří se pomocí náhodného výběru stali respondenty. Pokud by byl zkoumaný vzorek ještě větší, lze očekávat, že by se procento celkové prevalence snížilo. Asi nejvíce překvapujícím momentem šetření bylo to, že se nepotvrdila hypotéza č. 3, která se týkala rozdílů ve výskytu takového chování mezi ženami a muži. Téměř všechny realizované výzkumy v USA, Evropě i v České republice zjistily vyšší prevalenci u ženského pohlaví, což autoři výzkumů připisovali menší psychické odolnosti a vyšší emocionalitě. Tento výzkum však ukázal výsledek opačný a to, že častěji psychofarmaka zneužívali respondenti mužského pohlaví.

Průzkum obsahoval i několik doplňujících otázek, kde dvě z nich se týkaly výskytu a dopadu případných nežádoucích účinků nebo abstinčních příznaků. O návykovosti některých zmíněných psychofarmak pak vypovídá to, že nezanedbatelné procento respondentů, i přes výskyt jednoho či více z těchto negativních jevů při užívání psychofarmak, v jejich užívání dále pokračovalo, nebo je to alespoň neodradilo definitivně, ale pouze na čas.

Jak si lze povšimnout, zneužívání psychofarmak není mezi mládeží ojedinělým jevem. Nejčastěji zneužívanými lékovými skupinami jsou opioidní analgetika a benzodiazepiny, poměrně časté je ale i zneužívání antidepresiv či stimulantů. Poměrně cennou informací je to, odkud uživatelé psychofarmak léčiva získávají. Jde nejčastěji o rodinu, kamarády či jiné známé. Tento fakt by mohl sloužit jako podnět pro rozvoj osvětové činnosti napříč širokou veřejností, která by mohla posílit sociální kontrolu v oblasti užívání psychofarmak. Určitě by taková osvětová činnost však neměla stigmatizovat jejich uživatele a to ať už užívají na doporučení lékaře či bez něj. Jde ale o závažnou problematiku, která bezesporu ohrožuje veřejné zdraví. Větší osvěta a šíření

povědomí o tom, jaká nesou psychofarmaka a analgetika rizika, jsou vhodným nástrojem pro snižování prevalence jejich užívání. Bohužel, stále se na tyto přípravky nahlíží jako na (téměř) bezpečné a lidé je často berou za lepší řešení svých problémů než jiné návykové látky. Další otázkou, která se nabízí je také to, jak zvýšit kontrolu užívání těchto přípravků bez toho, aniž by k nim byl zamezen přístup osobám, které je potřebují vzhledem ke své zdravotní indikaci. Jako nejvhodnější nástroj se tedy stále jeví intenzivní osvětová činnost ze strany lékařů, médií i jiných odborníků. Tento přístup by tak nezamezoval pacientům s vhodnou indikací k jejich užívání, ale šířil by osvětu mezi potenciálními jedinci, co by chtěli s těmito léčivy experimentovat z jiných než, zdravotních důvodů.

Závěr

Úkolem této bakalářské práce bylo teoreticky popsat zneužívání a závislost u psychofarmak a to ve vztahu k mládeži.

V první kapitole je popsána drogová závislost obecně jako jev a taktéž byla uvedena typologie drogových závislostí a specifika jednotlivých skupin drog. Věnuje se také faktorům vzniku drogových závislostí, které mohou být velmi rozmanité a často dochází ke kombinaci více faktorů. Jedna podkapitola je také dedikována specifikům drogové závislosti u mládeže. Následující kapitola se věnuje už samotným psychofarmakům. Psychofarmaka jsou rozdělena podle dělení D. Lehmana a Oldřicha Vinaře a to v závislosti na tom, jaké funkce psychiky ovlivňují. Představuje specifika a indikace jednotlivých skupin a jejich vývoj v čase, úspěchy i neúspěchy farmacie hlavně ve 20. století. Třetí kapitola se soustředí už konkrétně na zneužívání psychofarmak. Pro přehlednost je zneužívání opět popsáno v rámci jednotlivých skupin psychofarmak. Jsou uvedeny konkrétní látky a přípravky, které jsou zneužívány mezi populací. Kromě toho tato část osahuje i souhrn již provedených výzkumů a zajímavých výsledků, ze kterých následně vycházela autorka při tvorbě vlastních hypotéz pro empirický výzkum. Po představení jednotlivých lékových skupin následují možnosti léčby a prevence zneužívání psychofarmak a závislosti na nich. Jako stěžejní bod lze shledat celkovou osvětu, která se bude soustředit nejen na lékaře a další odborníky, ale i na širokou veřejnost, aby bylo šířeno povědomí o rizicích i přínosech těchto léčiv.

Empirická část bakalářské práce zjišťuje prevalenci zneužívání psychofarmak u zkoumaného vzorku, který čítá celkem 626 respondentů. Šetření bylo kvantitativního charakteru a probíhalo pomocí dotazníku o deseti položkách, který byl distribuován na Gymnáziu Česká Třebová, SŠPS Pardubice ve formě papírového dotazníku a jeho online podoba byla poté distribuována na sociálních sítích Instagram a Facebook. Ukázalo se, že více jak 40 % respondentů má zkušenost s užíváním psychofarmak. Předpokladem bylo, že častějšími uživateli psychofarmak jsou ženy, nicméně tato hypotéza byla v šetření vyvrácena. Průzkum dále ukázal, že na veřejnosti panuje přesvědčení o relativní bezpečnosti psychofarmak. Většina respondentů je nevnímá za nebezpečné nebo jsou podle nich minimálně bezpečnější než tvrdé drogy. To svědčí o nedostatečné informovanosti veřejnosti v ohledu rizik užívání těchto látek, ať už jde o návykovost nebo o zdravotní rizika, která může nezodpovědné užívání přinést. Nízká

informovanost veřejnosti a přesvědčení o relativní bezpečnosti psychofarmak byly předpokládanými jevy, tudíž výsledek koresponduje s určenou hypotézou.

Nejčastějším zdrojem, kde mládež získává psychofarmaka jsou podle šetření rodina, kamarádi a jiné známé osoby. Toto zjištění koresponduje s hypotézou i s dalšími výzkumy, které se věnují této problematice. Lze zaznamenat, že mezi mládeží se často nevyskytuje tzv. *doctor shopping*, protože výhradně od lékaře farmaka získávalo pouze 14,7 % respondentů.

Souhrnně tedy lze říci, že prevalence zneužívání psychofarmak mezi mládeží je poměrně velká. V tomto průzkumu překvapivě dominovali ve zneužívání muži a nikoliv ženy, jako tomu bylo ve většině předchozích výzkumů, nicméně se může jednat o specifikum u dané cílové skupiny. Výhradně na mládež se totiž v této problematice neorientuje žádný známý výzkum, většina jich zkoumá tuto specifickou cílovou skupinu pouze okrajově. Dominantním zdrojem těchto léčiv pro mladé lidi jsou především jim známé osoby, které mají léčiva na předpis nebo si je opatřují jinak. Nezřídka se ale objevuje i kombinace více zdrojů. Mnoho respondentů psychofarmaka užilo za cílem experimentování, řešení svých psychických problémů a problémů se spánkem nebo ke zvýšení své školní výkonnosti. Přitom si však většina z nich plně neuvědomuje rizika jejich užívání, které je v rozporu s doporučením lékaře a výrobce. Největší rizika skýtají právě tolik rozšířené benzodiazepiny jako např. alprazolam, který byl respondenty zneužíván nejčastěji.

Bakalářská práce by mohla být využita jako prostředek osvěty mezi mládeží, ale i dospělou populací, protože užívání a zneužívání psychofarmak je problémem celé společnosti a to jak v Evropě, tak i v USA. Je velmi důležité si uvědomit, že užívání jakýchkoliv farmak bez předpisu lékaře nebo jinou závadnou cestou může vést k život ohrožujícím stavům. Zejména rodiče, prarodiče a lidé, kteří mají psychofarmaka předepsaná by měli uvážit, zda nabídnou léky svým dětem, vnoučatům nebo kamarádům, protože takové jednání může mít za následek rozvoj závislosti a další zdravotní komplikace. Psychofarmaka a jiná psychoaktivní léčiva se téměř vůbec neobjevují v rámci preventivních aktivit na základních a středních školách, přitom jde o velmi rozšířený a nebezpečný jev. Jejich zařazení do osvětové činnosti škol a jiných organizací, které se zaměřují na prevenci rizikového chování a závislostí, by tak bylo více než žádoucí.

Seznam použitých zdrojů

Monografie

ALLGULANDER, Christer. *Dependence on sedative and hypnotic drugs: a comparative clinical and social study*. Copenhagen: Munksgaard, 1978. Acta psychiatrica Scandinavica.

BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.

BEČKOVÁ, Ilona a Peter VIŠŇOVSKÝ. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.

BĚLÍK, Václav a kol. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada, 2017. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0599-1.

BIGELOW, Barbara C.; EDGAR, Kathleen J. *The UXL Encyclopedia of Drugs & Addictive Substances*. Thomson-Gale, 2006. ISBN 1-4144-0444-1.

BOUČEK, Jaroslav a Vladimír PIDRMAN. *Psychofarmaka v medicíně*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1136-2.

GARNWEIDNER, Edmund. *Houby*. Praha: Slovart, 1995. ISBN: 80-7237-180-0.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

IVERSEN, Leslie L. *Léky a drogy: průvodce pro každého*. KMÍNEK, Ivan. Praha: Dokořán, 2006. Průvodce pro každého. ISBN 80-7363-061-3.

KALINA, Kamil. *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory*. Inverze/SANANIM, Praha, 2000.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003c. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 9788074350801.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0643-9.

KÜFNER, H., CASATI, A. & PFEIFFER-GERSCHEL, T. *Conceptualization of a Methodology for Monitoring the Misuse of Medicines in Europe* (EMCDDA tender CT.10.EPI.058.1.0). Munich: IFT – Institut für Therapieforschung. 2011a.

MEČÍŘ, Jan. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 08-005-90.

NECHANSKÁ, Blanka, Viktor MRAVČÍK a Petr POPOV. *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice: identifikace a analýza zdrojů dat*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012c. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-073-5.

NEŠPOR, Karel. *Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Galén, 1999. Folia practica. ISBN 80-7262-002-9.

PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.

SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2007. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.

STOLZE, Cornelia. *Nemocní z léků: když antibiotika vyvolávají deprese, hypnotika demenci a antihypertenziva impotenci*. PONDĚLNÍČEK, Jiří. Praha: Ikar, 2016. ISBN 978-80-249-2994-1.

URBAN, Eduard. *Toxikománie*. Praha: Avicenum, 1973. Život a zdraví (Avicenum).

VARMUŽA, Ján. *Metodická príručka pre koordinátorov prevencie drogových závislostí na základných školách, stredných školách a v školských zariadeniach v SR*. Bratislava: Občianske združenie PREVENCIA V & P, 2001. ISBN 80-968701-0-6.

VINAŘ, Oldřich. *Psychofarmaka: minimum pro praxi*. Praha: Triton, 1999. Levou zadní. ISBN 80-85875-99-3.

Legislativa

Zákon č. 167/1998 Sb., Zákon o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. In: *Zákony pro lidi* [online]. © AION CS, s. r. o. 2010–2022 [cit. 2021-11-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-167>.

Zákon č. 378/2007 Sb., Zákon o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech). In: *Zákony pro lidi* [online]. © AION CS, s. r. o. 2010–2022 [cit. 2021-11-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-378>.

Zákon č. 84/2008 Sb., Vyhláška o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivy v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky. In: *Zákony pro lidi* [online]. © AION CS, s. r. o. 2010–2022 [cit. 2021-11-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-84>.

Periodika

AMBLER, Zdeněk a HOVORKA Jiří. Lékové profily: Pregabalin. *Remedia online*. 2006, č.4 [cit. 2022-04-05]. ISSN 2336-3541.

BLUMENBERG et al. Flualprazolam: Report of an Outbreak of a New Psychoactive Substance in Adolescents. *Pediatrics*. 2020, **146**(1) [cit. 2022-01-19]. ISSN 1098-4275.

BOROVÍČKA J., HLAVÁČEK J. Modrající lysohlávky (Psilocybe) v České republice. *Mykologický Sborník*, 2001, **78**(2), s. 57–65. ISSN 0374-9436.

ČÍŽEK, Jiří. Léková závislost – stručný přehled a poznatky z praxe. *Interní medicína pro praxi*. 2002, **4**(10) [cit. 2022-01-02]. ISSN 1803-5256.

Boyd C et al. Prescription Drug Abuse and Diversion Among Adolescents in a Southeast Michigan School District. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2007, vol. 161, n. 3, pp. 276–281 [cit. 2021-11-04]. ISSN 1538-3628.

FRANC, Aleš a kol. Příprava tvrdých želatinových tobolek s klesajícím obsahem diazepamu k léčbě závislosti na benzodiazepinech a Z – hypnoticích. *Praktické lékařství*. 2018, **14**(4), s. e50–e56 [cit. 2022-01-02]. ISSN 1803-5329.

GAUILLARD J. et al. L'hydrate de chloral, un hypnotique à oublier? Chloral hydrate: a hypnotic best forgotten? *Encephale*. 2002, **28**(3) [cit. 2021-11_01]. ISSN 137006.

GRZYLOWSKI, S. The Black Market in Prescription Drugs. *The Lancet: Medicine, Crime and Punishment*. 2004, 364(12), pp. 28–29 [cit. 2022-01-04]. ISSN 0140-6736.

CHONYMOVÁ, P. a kol. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. *Zaostřeno*. 2020, **18**(5) [cit. 2022-01-06].

CHONYMOVÁ, P., MRAVČÍK, V. Národní výzkum užívání návykových látek 2020. *Zaostřeno*. 2021, 7 (5), s. 1–20.

- CHVAL, J. Dependence on zolpidem. *Interní medicína pro praxi*. 2009, roč. 11, č. 11, s. 518-519. ISSN 1212-7299.
- DOLEŽAL, Jiří. Úleva – Závislost – Abst'ák. *Reflex*. 2018, č. 11, s. 32–35 [cit. 2021-11-15]. ISSN 0862-6634.
- KIM, Sean et al. Quetiapine Misuse and Abuse: Is it an Atypical Paradigm of Drug Seeking Behavior? *Journal of research in pharmacy practice*. 2017, vol. 6, no. 1, pp. 12–15 [cit. 2022-01-03]. ISSN 2279-042X.
- KOLMANOVÁ, A. Závislost na lécích a co s ní dělat. *Zdraví*. 2015, **70**(8), s. 34–36 [cit. 2021-11-02]. ISSN 0139-5629.
- KRŠIAK, M. a KVĚTINA, J. Nekrolog na téma Alnagon (1963-2011). *Edukafarm Farminews*. 2011, roč. 4., č. 2, s. 5–6 [cit. 2021-11-01].
- LÓPEZ-MUNOZ F., UCHA-UDABE R., ALAMO C. The history of barbiturates a century after their clinical introduction. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2005, **1**(4): pp. 329–43 [cit. 2021-11-01]. ISSN 11766328.
- MARTINÁSKOVÁ, Jana. Analgetika a bolest – co v lékárně doporučit pacientovi a jak jej poučit. *Praktické lékárenství*. 2018, **14**(4), s. 185–192 [cit. 2021-11-04]. ISSN 1803-5329.
- MILLER, Marylin T. Thalidomide Embryopathy: A Model for the Study of Congenital Incomitant Horizontal Strabismus. *Transaction of the American Ophthalmological Society*. 1991, **81**, pp. 623–674 [cit. 2021-11-02]. ISSN 00659533.
- MORÁŇ, M. Použití hypnotik u insomnie. *Interní medicína pro praxi*. 2001, roč. 3, č. 10, s. 446–450 [cit. 2021-11-01]. ISSN: 1803-5256.
- NOVAK et al. Nonmedical use of prescription drugs in the European Union. *BMC Psychiatry*. 2016, **4**(16), pp. 274 [cit. 2021-11-04]. ISSN 1471244X.
- NEŠPOR, Karel. Zneužívání léků, závislost na lécích a možnosti prevence. *Zdravotnické noviny, Lékařské listy*. 2009, **58**(12), s. 18-20 [cit. 2021-11-02]. ISSN 0044-1996.
- NEŠPOR, Karel. Závislost na stimulantcích. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, **9**(6) [cit. 2021-11-07]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z:
- PACLT, Ivo. Stimulancia užívaná v České republice. *Remedia*. 2005, č. 6 [cit. 2021-11-05]. ISSN 2336-3541.

PETERS et al. Alprazolam (Xanax) use among southern youth: beliefs and social norms concerning dangerous rides on "handlebars". *Journal of Drug Education*. 2007, 37(4), pp. 417-28 [cit. 2022-01-06]. ISSN 15414159.

PILCH, R. Odvykací stav s deliriem po odnětí zolpidemu. *Psychiatrie pro praxi*. 2004, roč. 9, č. 6, s. 334–335 [cit. 2021-11-03]. ISSN: 1803-5272.

SMICHTZ, Rudolf. Friedrich Wilhelm Sertürner and the Discovery of Morphine. *Pharmacy in History*. 1985, vol. 27, no. 2, pp. 61-74 [cit. 2022-01-06]. ISSN 0031-7047.

STRUNSOVÁ a kol. Léčba psychofarmaky v těhotenství a kojení. *SANQUIS*. 2005, 5(38), s. 35 [cit. 2021-11-12]. ISSN 1212-6535.

ŠONKA, Karel. Nadměrná denní spavost a její symptomatické léčení. *Interní medicína pro praxi*. 2008, č. 3 [cit. 2021-11-11]. ISSN 1803-5256.

Online zdroje

CIKRT, Tomáš. Ve 101 letech zemřela „paličatá byrokratka“, která zachránila americké děti před thalidomidem. In: *zdravotnickyydenik.cz* [online]. 2015 [cit. 2022-01-03]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2015/08/ve-101-letech-zemrela-palicata-byrokratka-ktera-zachranila-americke-deti-pred-thalidomidem/>.

CORNELL, Rai. What Is Lean? (Purple Drank) – Codeine. In: *drugabuse.com* [online]. 2021 [cit. 2022-01-12]. Available from: <https://drugabuse.com/opioids/dextromethorphan/lean-purple-drank/>.

CUFFARI, B. What are Ligands? In: *news-medical.net* [online]. 2021 [cit. 2021-11-02]. Available from: <https://www.news-medical.net/life-sciences/Ligands-An-Overview.aspx>.

Česká neurologická společnost. Narkolepsie. In: *czech-neuro.cz* [online]. 2018 [cit. 2021-11-05]. Dostupné z: <https://www.czech-neuro.cz/pro-pacienty/narkolepsie/>.

DOBRÁ RODINA. Abeceda: N jako novorozenecký abstinenci syndrom. In: *dobrarodina.cz* [online]. 2016 [cit. 2021-11-01]. Dostupné z: <https://dobrarodina.cz/blog/abeceda-n-jako-novorozenecky-abstinenci-syndrom/>.

HARRAR, Sari. A Science Lesson For Parents About Study Drugs. In: *psycom.net* [online]. 2021 [cit. 2022-01-15]. Available from: <https://www.psycom.net/study-drug-dangers>.

HOBBS, Thomas. Xanax: the drug that defined the decade and changed rap. In: dazeddigital.com [online]. 2019 [cit. 2022-01-08]. Available from: <https://www.dazeddigital.com/music/article/47214/1/xanax-the-drug-that-changed-rap-lil-peep-juice-wrld-end-of-decade>.

HONZÁK, Radkin. Jedno ze slavných výročí: půl století diazepamu. In: Aktuálně.cz [online]. 2010 [cit. 2022-01-11]. Dostupné z: <https://blog.aktualne.cz/blogy/radkin-honzak.php?itemid=9954>.

HOSTOMSKÁ, Magdalena. Zneužívání léků: Málo času, mnoho učení. In: e15.cz [online]. 2020 [cit. 2021-11-08]. Dostupné z: <https://www.e15.cz/the-student-times/zneuzivani-leku-malo-casu-mnoho-uceni-1366184>.

HRDLIČKA, Michal. Úvod do psychiatrie [online prezentace]. Neznámý rok [cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <https://www.lf2.cuni.cz/files/page/files/2016/hist.ppt>

JEŽKOVÁ, Edita: Konopí seté (*Canabis sativa* L.). In: *Biom.cz* [online]. 2002 [cit. 2021-11-01]. Dostupné z: <https://biom.cz/index.shtml?x=72330>.

MORRIS, Susan. Adderall vs. Ritalin: What's the Difference? In: *healthline.com*. 2019 [cit. 2022-01-11]. Available from: <https://www.healthline.com/health/adhd/adderall-vs-ritalin>.

Neznámý tvůrce. Mickey Finn. In: *wblog.wiki* [online]. Nedatováno [cit. 2022-01-10]. Dostupné z: https://wblog.wiki/sk/Mickey_Finn_%28drugs%29.

PELKA, František. Prevence zneužívání návykových látek ve světle výzkumu. In: *sancedetem.cz*. 1997 [cit. 2022-01-11]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1157115970.pdf>.

PREVCENTRUM. Benzodiazepiny. In: *prevcentrum.cz* [online]. Nedatováno [cit. 2021-11-01]. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/benzodiazepiny/>.

PREVCENTRUM. LSD a jiné halucinogeny. In: *prevcentrum.cz* [online]. Nedatováno [cit. 2021-11-01]. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/lsd/>.

Real families. Thalidomide Disaster Survivors Fight To Get Justice. In: *YouTube* [online]. 2019 [2022-01-03]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=6uizvsiaHyw>

Recovery Centers of America. Etizolam Use, Addiction & Recovery – Questions and Answers. In: *Recovery Centers of America* [online]. Undated [cit. 2022-01-10]. Available from: <https://recoverycentersofamerica.com/substance-guide/etizolam/>.

RUBEŠ, Jaromír. Drogy a společnost. FROUZOVÁ, Magdalena. In: *Skálův Institut* [online]. Nedatováno [cit. 2021-11-16]. Dostupné z: https://www.skaluvinstitut.cz/files/literatura/D_44.pdf.

ZHOU, Jane, LIANG Connie. Rap culture's prescription drug glorification harmful to listeners. In: *saratogafalcon.org* [online]. 2018 [cit. 2022-01-08]. Available from: <https://saratogafalcon.org/content/rap-cultures-prescription-drug-glorification-harmful-listeners/>.

SciShow. Thalidomide: The Chemistry Mistake That Killed Thousands of Babies. In: *YouTube* [online]. 2017 [cit. 2022-01-03]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=mrTHfBCduRA>.

SMITH, Kathleen. Prescription Drug Abuse. In: *psyc.com.net* [online]. 2021 [cit. 2021-12-05]. Available from: <https://www.psyc.com.net/prescription-drug-abuse>.

Státní ústav pro kontrolu léčiv. Historie a současnost. In: *sukl.cz* [online]. Nedatováno [cit. 2021-11-07]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/sukl/historie-a-soucasnost>.

Státní ústav pro kontrolu léčiv. Upozornění na léčivé přípravky Modafinil, Modvigil, Waklert, Artvigil, které nesmí být nadále uváděny do oběhu v ČR. In: *sukl.cz* [online]. 2018 [cit. 2022-04-05]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/leciva/upozorneni-na-lecive-pripravky-modafinil-modvigil-waklert>.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2018 National Survey of Drug Use and Health (NSDUH) Releases. In: *samhsa.gov* [online]. 2019 [cit. 2022-01-13]. Available from: <https://www.samhsa.gov/data/release/2018-national-survey-drug-use-and-health-nsduh-releases>.

Substituční léčba. Rohypnol. In: *substitucni-lecba.cz* [online]. Nedatováno [cit. 2022-01-06]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/drug/rohypnol-24>.

Substituční léčba. Závislost na lécích: co dělat, abyste do ní nespádli? In: *substitucni-lecba.cz* [online]. Nedatováno [cit. 2022-01-04]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/novinky/zavislost-na-lecich-co-delat-abyste-do-ni-nespadli-606>.

VRLÁK, Marek. Kriminalisté odhalili na školách zneužívání léků na předpis: Mají podobné účinky jako pervitin. In: *ct24.cz* [online]. 2019 [cit. 2022-01-17]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/regiony/2970527-kriminaliste-odhalili-na-skolach-zneuzivani-leku-na-predpis-maji-podobne-ucinky-jako>.

ZEMANOVÁ, J. Léčba elektrošoky: Poznejte léčbu účinnou tam, kde jiné metody selhaly. In: *Elektrina.cz* [online]. [cit. 2021-11-24]. Dostupné z: <https://www.elektrina.cz/lecba-elektrosoky>.

Přílohy

Příloha A: Dotazník k praktické části

Mládež a zneužívání psychofarmak

Vážení respondenti, jmenuji se Romana Faltýnková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Sociální patologie a prevence. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto krátkého dotazníku, který poslouží k vypracování praktické části mé bakalářské práce. Mým cílem je zjistit výskyt zneužívání psychofarmak mezi věkovou skupinou 15 až 26 let. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce. Jsem Vám velmi vděčná za váš čas a odpovědi!

1. Kolik je Vám let?

- a) 15 až 17 (nezletilý)
- b) 18 až 26

2. Jaké je Vaše biologické pohlaví?

- a) žena
- b) muž

3. Máte zkušenost se zneužíváním (užití v rozporu s doporučením lékaře či v příliš vysokých dávkách, bez předpisu) psychofarmak jako jsou léky na uklidnění, antidepresiva, stimulanty či analgetika?

- a) ne, nikdy jsem je neužíval/a
- b) ano, užíval/a jsem je v minulosti
- c) ano, užívám je i nyní

4. Myslíte si, že léčiva předepsaná lékařem mohou být nebezpečná např. v porovnání s drogami?

- a) ne, jsou zcela bezpečná
- b) nesou určitá rizika, ale ne jako např. tvrdé drogy

c) jsou stejně nebezpečná jako tvrdé drogy

5. Je podle Vás snadné si opatřit psychofarmaka i bez předpisu lékaře?

- a) ano, je to velmi snadné
- b) ne, jsou přísně kontrolována
- c) nevím, nemám s tím zkušenost

6. Pokud máte zkušenost se zneužíváním psychofarmak, jak jste získávali tato léčiva?
(Možno zvolit více odpovědí).

- a) na předpis lékaře (či více lékařů)
- b) od rodinného příslušníka či kamaráda, který má léky předepsané
- c) od rodinného příslušníka či kamaráda, který nemá léky předepsané
- d) na internetu
- e) osobně od cizí osoby (dealer aj.)
- f) vzal/a jsem je doma v lékárně
- g) jiné:

7. Pokud zneužíváte psychofarmaka nebo jste tak činili v minulosti, co je či byla Vaše motivace k tomu?

- a) experimentování, touha zažít něco neobvyklého
- b) odstranění úzkosti, deprese a jiných psychických problémů
- c) problémy se spánkem
- d) zvýšení výkonnosti ve škole nebo v práci
- e) tlak okolí, touha zapadnout do kolektivu
- f) jiné:

8. Vyskytly se u Vás nežádoucí účinky psychofarmak a/nebo abstinenční příznaky (návrat obtíží, fyzické a psychické problémy po vysazení)?

- a) ne, nevyskytlo se u mě ani jedno
- b) měl/a jsem velmi mírné nežádoucí účinky/abstinenční příznaky

c) měl/a jsem závažnější nežádoucí účinky/abstinenční příznaky

9. Odradil Vás případný výskyt nežádoucích účinků či abstinenčních příznaků od dalšího užívání?

- a) ne, neodradilo mě to
- b) odradilo mě to, ale pouze na čas
- c) odradilo mě to definitivně
- d) nevyskytly se vůbec/neužíval/a jsem

10. Pokud jste zneužívali či zneužíváte psychofarmaka, jaké konkrétní přípravky jste zneužívali či zneužíváte? (Možno zvolit více odpovědí).

- a) alprazolam (Neurol, Xanax, Frontin, Helex)
- b) bromazepam (Lexaurin)
- c) diazepam
- d) klonazepam (Rivotril)
- e) opioidní analgetika (Kodein, Tramal, Zaldiar, Oxykodon, morfin)
- f) methylfenidát či amfetamin (Ritalin, Adderal a další léky na léčbu ADHD či poruchy spavosti)
- g) zolpidem (Stilnox, Ambien, Hypnogen)
- h) zopiclon (Imovane)
- i) antipsychotika (např. Quetiapin)
- j) antidepressiva (Sertralin, Zoloft, Citalec, Cipralex)
- k) jiné: