

Detoxifikace dětí a mladistvých závislých na nealkoholových drogách

MUDr. Jitka Svobodová, Ph.D.

Psychiatrické oddělení FN Ostrava

Přesto, že se v r. 2006 v oblasti užívání nelegálních drog v ČR objevily pozitivní trendy, stále existuje skupina dětí a dospívajících, u nichž nastává potřeba detoxifikace. Problémovými drogami jsou nejčastěji těkavé a konopné látky u dětí, pervitin a heroin v období adolescence. Důležitou součástí detoxifikace, která většinou probíhá za hospitalizace, je motivační a rodinná terapie. Při volbě terapeutického přístupu nesmí být opomenuta hlediska vývojové psychologie. V článku jsou uvedeny základy postupů detoxifikace a léčby u nejčastěji zneužívaných drog.

Klíčová slova: detoxifikace, drogová závislost, dítě, dospívající.

Detoxification of children and adolescents addicted to non-alcoholic addictive substances

Although in 2006 positive tendencies appeared in the area of using illegal drugs in the Czech Republic, there is still a group of children and adolescents, in whom the need for detoxification occurs. The problematic drugs are most often volatile substances and cannabis drugs in children, pervitin and heroin in the adolescent period. Motivation and family therapies are an important part of detoxification which is mostly done during hospitalization. The views of developmental psychology must not be neglected while choosing a therapeutic approach. The bases of detoxification methods and treatment in the most often used drugs are mentioned in the article.

Key words: detoxification, drug addiction, child, adolescent.

Psychiat. pro Praxi 2009; 10(2): 79–82

Užívání drog v populaci dětí a mladistvých

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2005 uvádí, že osob, které požádaly o léčbu poprvé ve skupině do 19 let, bylo 1 506. Celkový počet prvožadatelů o léčbu dosáhl počtu 4 372. Uvedená čísla dokládají, že zatímco celkový počet prvožadatelů od r. 1996 vzrůstá, počet mladších devatenácti let poklesl z maxima 2 023 osob v r. 1998. Z hlediska problémového užívání převládá pervitin (metamfetamin) před opiáty a konopnými látkami. U dětí pod 15 let prokazují průzkumy ve školní populaci zkušenost s užitím nelegální drogy u 1/3 15letých, 13–14% 13letých a 2–3% 11letých. Nejčastěji je uváděna zkušenost s konopnou látkou, následují těkavé látky. Z dětí, které drogu vyzkoušely, ji chce znovu užít polovina, 10% těch, které drogu neužily, by ji chtěly vyzkoušet. Počty dětí do 15 let v léčbě jsou velmi nízké, ročně je ve specializovaných ambulancích registrováno asi 100 dětí, hospitalizováno bývá kolem 120 dětí. U 14–15letých bývá nejčastějším důvodem kombinace více drog a užívání konopných látek. U mladších dětí jde nejčastěji o těkavé látky. Jejich užívání nelze podceňovat, ročně dochází k úmrtí 1–2 dětí. Specializovaných léčebných zařízení určených pro děti je velmi málo, je mezi nimi malá návaznost, problémem se ukazuje špatná indikace k léčbě a její nedobrovolnost (1). Pozitivní trend zaznamenalo Národní moni-

torovací středisko pro drogy a drogové závislosti v r. 2006. Došlo ke stabilizaci a prvním náznakům poklesu užívání drog v obecné populaci, poklesu počtu osob žádajících o první léčbu a poklesu injekčních uživatelů a uživatelů do 19 let věku. Příznivý trend potvrdila v r. 2006 studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) mezi žáky 9. tříd (2).

Nešpor uvádí, že závislost v dětském a dorostovém věku se vyvíjí rychleji a má závažnější rizika vzhledem k nedostatku zkušeností a sociálních dovedností. Hrozí tělesná poškození a otravy vzhledem k nevyzrálosti metabolických procesů. Proto všechny civilizovanější společnosti nedospělé jedince před účinky návykových látek chrání. Ve větší míře než u dospělých je třeba brát v úvahu rodinné interakce, a pokud je to možné, pracovat s rodiči nebo jinými relevantními dospělými (3).

Organizace péče o děti a mladistvé užívající drogy

Doporučené postupy psychiatrické péče z r. 1999 uvádějí: Problematika zneužívání návykových látek a závislost na nich zasahuje se stoupající frekvencí do nižších věkových skupin a je často konstatována již v dětském věku. Diagnostický a terapeutický přístup je odvozen od postupů používaných pro dospělé, pro dětský věk je však výrazně individualizovaný, velmi závislý na možnosti spolupracovat s rodinou a školním – vzdělávacím zařízením. Je v na-

šich podmínkách nejednotný a do odborné péče se dětští pacienti dostávají často nahodile. Z obecného odborného hlediska není koncepce péče na tomto úseku uspokojivě dořešena (4). Doporučené postupy psychiatrické péče II. z r. 2006 se léčbě závislosti u dětí a mladistvých nevěnují. Situace je neuspokojivá pro lékaře a rodiče, který hledá konkrétní pomoc. Obvyklým postupem je, že se obrací na dětského psychiatra v dosahu bydliště pacientovy rodiny. Ten pak poskytne péči ve své ambulanci, vzácně včetně ambulantní detoxifikace, častěji pacienta odesílá na dětské psychiatrické oddělení psychiatrické léčebny, psychiatrické kliniky nebo do dětské psychiatrické léčebny. V lůžkovém zařízení pak proběhne krátkodobá léčba, v jejímž rámci je zahrnuta ústavní detoxifikace. Podobný postup platí také pro děti a mladistvé z diagnostických a výchovných ústavů. Péči o mladistvé mohou poskytnout rovněž ambulance specializované na léčbu návykových nemocí, kde pracuje psychiatr nebo psychiatr se specializační atestací v oboru léčba návykových nemocí. V České republice existuje jediné a v této oblasti unikátní pracoviště, které je specializováno na poskytování detoxifikace a léčby dětem a mladistvým. Jedná se o Dětské dorostové a detoxikační centrum Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, které přijímá pacienty bez regionálního omezení. Podrobné informace o uvedeném zařízení jsou na internetových

stránkách <http://www.nmskb.cz>. Informace a kontakty na další zařízení poskytující péči závislým, včetně nezdravotnických zařízení, lze najít na stránkách Úřadu vlády České republiky <http://www.drogy-info.cz>.

Vývojové aspekty rozvoje závislosti

Z hlediska vývojové psychologie je třeba ozřejmit stadia, kterými jedinec v období prvního setkání s drogou prochází. Školní věk (asi od 5. ročníku) Erikson nazývá stadiem snaživé pile. Dítě si osvojuje vztah ke světu práce. Novým pocitem je pocit méněcennosti, kterým reaguje na nezdar. Pociť méněcennosti stimuluje k výkonu, při trvalých neúspěších však vede ke kapitulaci. Následuje období trvající asi do 20. roku nazývané stadium identity. Rozděljuje se na stadium sociální identity, kdy nabývá na významu vrstevnická skupina v době dočasného odvrácení od rodičů, ohrožením jedince je v této fázi ztráta místa ve vrstevnické skupině. K dovršení vývoje dochází v období tzv. osobní identity, kdy si jedinec osvojí relativně zralý pohled na vlastní osobu a společenství, v němž žije. Řeší otázky: kdo jsem, jaký jsem, kam patřím, čemu věřím, co chci podniknout se svým životem. Přejít jednotlivými stadii má často podobu vyhrcoené krize. Existuje část jedinců, kteří prostě převzou nabízené hodnoty a adolescentní krizi neprožijí, nebo ji prožívají s odstupem řady let (5). Specifickou roli závislosti v období dospívání popisuje Hajný následovně: V pozadí budování identity, úkolu adolescence, jak jej definoval Ericson, stojí chaos, který celý proces narušuje, inspiruje a umožňuje vznik nové kvality. Chaotická či difúzní identita typická pro slabé já bývá u závislých osobností obvyklá. Stereotyp závislosti s jednoduchým zaměřením na dosažení změny prostřednictvím chemické změny se pro dospívajícího může stát úlevným útočištěm a odpovědí na mnoho těžko řešitelných otázek a nejistot. Dále by měl adolescent dokázat přijmout reálný obraz svého těla, ujasnit si svou sexuální preferenci a bez nadměrného studu realizovat své potřeby. Užívání drog v tom nabízí řadu úniků či náhradních řešení. Snižování psychických zábran může pomoci při sexuálním chování, stimulační funkce pervitinu navíc snižuje chuť k jídlu – vede k úbytku váhy, což ocení především ti, kteří mají problémy s redukcí vyšší hmotnosti. Na druhé straně vede užívání drog k dočasnému řešení a autoagresivní vztah k vlastnímu tělu je pravým protikladem vývojového úkolu v tomto období. Dospívající má experimentovat a hledat v oblasti přátelských a partnerských vztahů. Cílem by mělo být nalezení stabilnější role mezi vrstevníky,

prožití intimity partnerského vztahu. Nezbytné jsou okamžiky ztrát vztahu, rozhodů a zklamání. I zde představují drogy falešný pomocný prostředek. Pomáhají překonat rozpaky, nesmělost, pocit odlišnosti (marihuana, pervitin, extáze) nebo přinášejí introvertní slastný stav, kdy člověk vlastně nikoho nepotřebuje (opiáty). Svěbytné subkultury uživatelů drog navíc přinášejí pocit sounáležitosti zasvěcených, který je pro dospívající velmi svůdný. Po delší drogové kariéře však samotní uživatelé popisují fatální devastaci většiny svých vztahů, které začnou být podřízeny dominantní potřebě získat drogu či peníze (6). Východiska, která může v psychoterapeutické rovině poskytnout zařízení s programem detoxifikace, jsou naznačena v závěru článku (7).

Detoxifikace dětí a mladistvých

Detoxifikace je léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u závislé osoby a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození (8). Následuje po detoxikaci, která je definována jako postup, jehož smyslem je zbavit organismus návykové nebo jiné toxické látky (8). U všech návykových látek může detoxifikace probíhat ambulantně, v našich podmínkách se však více využívá detoxifikace při hospitalizaci (9). Nešpor uvádí, že detoxifikace v domácím prostředí se u nás neprovádí tak často jako v jiných zemích, což více či méně úspěšně kompenzují detoxifikační jednotky. Podmínkou bezpečné detoxifikace v domácím prostředí bývá relativně stabilní sociální situace, dobrý zdravotní stav, odvykací syndrom neohrožující život. Bývá také vhodná spolupráce rodiny (9). Velkou výhodou detoxifikace při hospitalizaci zvyšující efektivitu léčby je poskytnutí komplexního léčebného programu v chráněném prostředí po 24 hodin denně. Nevýhodou je malá ochota pacienta přistoupit na hospitalizaci. U dětí a mladistvých o léčbě rozhodují rodiče, což pomáhá zasáhnout v časnější fázi problému. Základním znakem závislosti je přítomnost odvykacího stavu při vysazení návykové látky.

U dětí a mladistvých se pouze v některých případech jedná o rozvinutou závislost. Důvodem detoxifikace je pak hlavně přerušení a zastavení přívodu drogy u jedinců, u nichž se prokázalo škodlivé užívání, experimentování s drogami, projevy intoxikace, které nevyžadují pobyt na JIP, a toxická psychóza (9). Přesné rozhraní mezi detoxifikací a krátkodobou léčbou v praxi nelze určit.

U dětí a mladistvých bývá obtížné posoudit aktuální stav bez údajů z okolí. Často bývá postupně odkrýván rozsáhlý komplex problémů,

na které upozornilo teprve školní selhávání, absence, krádeže doma, rozprodávání svých věcí. O léčbu žádají rodiče v situaci, kdy dospívající odmítá respektovat jejich normy a hodnoty a hluboce jimi v tu chvíli pohrdá. Zároveň se však s rozvojem závislosti prohlubuje závislost na rodičích v praktických záležitostech. Období zahájení léčby bývá dramatické a teprve postupně si rodič může osvojit chování charakteru „tough love“ (tvrdá láska) zahrnující citovou vřelost a zájem pomoci, ale neochotu přímo podporovat další užívání drogy (3).

Obecné principy detoxifikace

Uspořádání detoxifikačních programů jak ambulantních, tak při hospitalizaci se může na jednotlivých pracovištích lišit, v každém se však kombinuje zdravotnický přístup zaměřený na zmírnění odvykacích příznaků, provedení základního vyšetření, zabránění rozvoje komplikací a zahájení terapie souběžných zdravotních potíží s přístupem psychoterapeutickým. Ten je zaměřen na navázání terapeutického vztahu, zvládnutí odvykacích potíží a podporu motivace k pokračování v dalším léčebném programu. Nedílnou součástí péče je sociální poradenství a pomoc, v případě dětí a mladistvých zejména navázání spolupráce s rodiči a školou, zprostředkování kontaktu s léčebným programem, kde bude léčba pokračovat (8). Efektivitu zvyšuje přímé předání pacienta do další péče pracovníkem detoxifikačního zařízení nebo rodičem (9).

Postupy detoxifikace u jednotlivých nelegálních drog

Pervitin (metamfetamin) je u nás nejčastěji problémově užívanou drogou. Využívá se jako levná tuzemská stimulační látka nahrazující taneční drogy. Vyrábí se z některých prodejných léků v domácích „varnách“, tyto zdroje však nahrazuje velkovýroba. Závislost bývá popisována jako převážně psychická. Užití vyvolává vzestup energie, přívál euforie. Uživatel ztrácí potřebu jídla, noci tráví aktivně, při častém užívání se mohou dostavit paranoidní prožitky, tzv. „stíhy.“ Může dojít k provokaci psychózy u disponovaných jedinců. Na problém upozorňují potíže se školní docházkou, noci trávené mimo domov, pokud nestačí kapesné, začíná rozprodávání věcí, krádeže. Rodiče mezi věcmi objevují psaníčka s drogou a injekční náčiní. Dlouhými rukávy jsou skrývány stopy vpichů. Zpočátku je pervitin užíván inhalací, většina uživatelů však přechází k injekční aplikaci. Při předávkování hrozí poruchy srdečního rytmu, tachykardie. Při předávkování a intoxikaci je nezbytné zajistit životní funkce, na místo bývá přivolána záchranná

služba, která dopraví intoxikovaného na určené pracoviště. Pečlivá anamnéza získaná od okolí je důležitá.

Odvykací stav zahrnuje hlavně psychické potíže, závislost na stimulanciích bývá proto označována jako psychická. Potíže vrcholí 2.–4. den po přerušení užívání a trvají do 1 týdne, v mírné formě pak ještě týdny i měsíce. Zahrnují letargii, únavu, spavost nebo naopak psychomotorický neklid, napětí, dostavuje se silná touha po droze. Ohrožující jsou depresivní projevy doprovázené suicidálním rizikem (10).

Ústavní detoxifikace: Z povahy psychických a somatických potíží uživatelů metamfetaminu vyplývá, že během v průměru 10denní detoxifikace, kdy je zajištěno bezdrogové prostředí a přerušen kontakt s komunitou uživatelů, dochází ke kompenzaci somatických poškození, doplňuje se výživa, obnovuje se přirozený rytmus spánku a bdění, nastoluje se běžný denní režim zahrnující sebedeje. Ošetřeny jsou infekční změny v oblasti vpichů, realizuje se vyšetření na přítomnost infekce hepatitidami a HIV a plánuje se další léčba. Nasazení psychofarmak většinou nebývá nezbytné. Pokud přetrvávají depresivní projevy, je na místě přechodné podávání antidepresiv, např. citalopramu, psychotické stavy bývají zvládnuty nízkými dávkami risperidonu nebo olanzapinu, neklid a podrážděnost tiapridem. Zahajují se první kroky ke konsolidaci rodinných vztahů, školní docházky, finančních potíží, sociálního zajištění, případně bydlení. Předpokladem udržení abstinence je ve většině případů pokračování ve střednědobé léčbě (tříměsíční programy v léčebnách a na odděleních pro léčbu závislosti), u dlouhodobých uživatelů s velkými problémy v sociálním začlenění pak v terapeutické komunitě (6 měsíců a déle), platí však od dovršeného 18. roku, pro mladší je léčba v komunitě v ČR prakticky nedostupná. Přechod do intenzivního ambulantního doléčovacího programu je nezbytný ve zbývajících případech (7, 8, 10).

Ambulantní detoxifikace plní uvedené úkoly při pravidelné docházce pacienta do ambulantního zařízení.

Opiáty jsou druhou nejčastější skupinou drog z hlediska problémového užívání. Nejčastěji užívaným opiátem je heroin. Jedná se o tlumivou látku, jejíž užití vyvolá bezprostřední prudký nával euforie. Vyrábí se jako semisyntetický derivát morfinu získaného z rostliny máku setého. Opium jako produkt máku je pro své psychotropní účinky v Evropě známo od 17. století a pochází z Asie. Vysoká finanční nákladnost nutí uživatele upřednostnit injekční aplikaci před inhalací a kouřením. Uživatel záhy centruje své

aktivity na opatření denní dávky, protože tělesná závislost vzniká velmi rychle. Při předávkování může dojít k útlumu dechu a smrti, při předávkování vsedě mohou být zneprůchodněny dýchací cesty. Nebezpečí zvyšuje kombinace s benzodiazepiny. Antidotem opioidů je naloxon. Jeho účinek odeznívá rychleji než účinek opiátů, nelze tedy pacienta po aplikaci antidota záchrannou službou ponechat dále bez observace v nemocnici. Netřeba zdůrazňovat, že intoxikované dítě a mladistvého je třeba neprodleně směřovat na pracoviště, které je schopno poskytnout komplexní péči při intoxikaci.

Tělesné odvykací příznaky se průběhem podobají těžké chřipce. Zahrnují husí kůže, rozšířené zorničky, zimnici, kolísání krevního tlaku, slzení, zduření nosní sliznice a sekreci z nosu, bolesti ve svalech, křeče v útrokách a průjem. Psychické příznaky zahrnují kolísání nálady, podrážděnost a silnou touhu po droze. Životní funkce nebývají ohroženy. Odvykací stav po odnětí heroínu začíná po 6–8 hodinách a vrcholí 2.–3. den. Jeho trvání je 7–10 dní. Nejčastěji u nás používanou formou detoxifikace při hospitalizaci je medikovaná detoxifikace buprenorfinem. Jedná se o látku, která podléhá předpisům o nakládání s opiáty. Buprenorfin se podává v sublinguálních tabletách po dobu 3–4 dnů ve 2–3 denních dávkách. Průměrná denní dávka je 2–4 mg. Součástí detoxifikace je symptomatická léčba zahrnující podávání diazepamů, antiemetik, spazmolytik, neopiátových analgetik. Po detoxifikaci klesá významně tolerance drogy a dříve užívaná dávka se může stát dávkou letální. Pečlivá edukace má zabránit možnému předávkování. Pouhá detoxifikace bývá u závislých na opiátech málo účinná a dlouhodobí uživatelé ji často podstupují z nouze při přerušení přísunu drogy nebo z nutnosti snížit toleranci při vysokých nákladech na drogu (11). Detoxifikace bez podpory léky je náročná pro klienta a užívá se spíše v zemích, kde terapeutická zařízení nemají zdravotnický personál (9, 11). Cílem psychoterapeutických aktivit je podpora motivace pokračovat ve střednědobé léčbě v některém z programů psychiatrických léčeben. Léčba v terapeutické komunitě je pro děti a mladistvé v ČR prakticky nedostupná.

Ambulantní detoxifikace probíhá při pravidelných návštěvách ambulantního zařízení, které je schopno poskytovat uvedený typ péče. Ke zvládnutí abstinence příznaků se využívá sestupné medikace buprenorfinem. Výchozí dávku určuje lékař podle stupně abstinence příznaků. Nelze se řídit množstvím užívané drogy, protože obsah heroínu v dávce se v jednotlivých oblastech výrazně liší.

Kanabinoidy (konopí, marihuana, hašiš) patří mezi nejužívanější drogy. Diskuze o nebezpečnosti zneužívání této drogy ústí v pokusy o dělení drog na „tvrdé“ a „měkké“. Užívání kanabinoidů nebývá v období dospělosti doprovázeno dramatickými příznaky. V dětství a dospívání však časté užívání může působit poruchy pozornosti, únavu, nezáměr, podrážděnost, úzkostné stavy, u disponovaných jedinců provokovat psychózu, způsobit zanedbávání běžných aktivit, selhávání ve škole, finanční problémy. Z tělesných příznaků bývá popisováno zarudnutí spojivek, zrychlený pulz, sucho v ústech, bolesti na prsou, kašel. V terapii se uplatňuje přerušení užívání, přerušení kontaktů s rizikovou skupinou vrstevníků, motivační terapie a rodinná terapie (5, 12). Nadužívání kanabinoidů v dětství a adolescenci nelze podceňovat, zasahuje stejně jako jiné látky s psychotropními účinky do období psychického vývoje ve všech citlivých oblastech. Detoxifikaci a léčbu je výhodné svěřit lékařům se zkušenostmi v této oblasti.

Těkavé látky, mezi něž patří např. toluen, trichloretylen, aceton, éter, benzín, rajský plyn, jsou užívány hlavně dětmi a mladistvými prostřednictvím inhalace. Po vdechnutí přecházejí z plic do krve a rychle ovlivňují CNS prostřednictvím vazby na lipidy. Psychickým účinkem je euforie, odstranění zábran, vzrušení. Fyzickými projevy jsou závratě, poruchy rovnováhy, poruchy vidění, poruchy artikulace, motoriky a koordinace. Látka inhalovaná z bombičky či spreje může vyvolat laryngospasmus. Při delším užívání vzniká silná psychická závislost, někteří uživatelé mohou při snadné dostupnosti látky inhalovat denně. Zneužívání této skupiny látek je podceňováno přesto, že začíná v časném věku a patří spolu s nikotinem a alkoholem mezi startovací drogy. Na problém u dítěte či mladistvého upozorní charakteristický zápach a kvantitativní vyšetření kyseliny hippurové v moči při inhalaci toluenu. Při častém užívání dochází k poškození kognitivních funkcí, degradaci osobnosti popsatelné výrazem „hloupnutí.“ Dochází k poškození důležitých orgánů a tělesnému chátrání. Dávka je těžko odhadnutelná a při rychlém nástupu bezvědomí může dojít k udušení. Detoxifikace spočívá v přerušení užívání, přerušení kontaktu s rizikovou skupinou vrstevníků, navázáním intenzivní spolupráce s rodinou a školou. Je stejně náročná jako u výše uvedených látek a využívá se komplexního přístupu k léčbě závislosti a všech možností, kterými disponují specializovaná pracoviště. Pacienta je pak nutno sledovat několik let po dobu dozrávání i z důvodu možné recidivy nebo rizika přechodu k jiným drogám (12, 13).

Extáze (MDMA) je syntetický derivát amfetaminu, prodává se jako tablety. Používá se jako taneční droga a spojuje vlastnosti stimulancií a halucinogenů. Falešná extáze může obsahovat mnohem nebezpečnější látky s oddáleným účinkem. Pokud se předpokládaný účinek nedostaví, neměl by uživatel dávku násobit. Při intenzivním tanci hrozí dehydratace a přehřátí organismu. Intoxikace nebývá častá, byla však zaznamenána úmrtí po předávkování extází nebo jejím užití v kombinaci s jinými drogami. Při závažné intoxikaci je nezbytné zajištění životních funkcí a směřování intoxikovaného na pracoviště, které má možnost zajistit komplexní péči. U dospělé populace platí, že mezi problémovými uživateli, tedy těmi, kteří musí vyhledat odbornou péči, se vyskytuje jen malé procento uživatelů extáze. Komplikace bývají většinou psychické povahy vyplývající ze stimulačních účinků látky. Ke zvládnutí u dospělých pomáhají psychotherapeutické intervence případně přechodné podávání psychofarmak (12). Problematiku experimentování s extází u dětství a adolescence však nelze podceňovat. Platí, že pomoc může poskytnout odborné pracoviště specializované na léčbu návykových nemocí nebo dětský psychiatr.

Kokain je stimulační látka, její zneužívání se u nás teprve rozšiřuje, překážkou zneužívání je vysoká cena a u dětí a mladistvých se jeho užívání zatím vyskytuje zřídka. Inhaluje se ve formě bílého prášku. Platí zde stejný postup jako u zvládnutí problémů působených pervitinem (8, 12).

LSD (dietylamid kyseliny lysergové) se užívá v podobě napuštěných papírků. Jde o halucinogenní drogu. Syntetizován byl v r. 1938. V USA se uvažovalo o využití pro vojenské účely. Nebezpečný je tzv. špatný trip, nečekané negativní pocity vyvolané užitím. V období abstinence se může objevit tzv. flashback, pocit podobný stavům po užití drogy. Projevy závislosti nejsou popisovány, léčba – tedy i detoxifikace u dětí a mladistvých bývá zahajována pro psychické potíže vyvolané užíváním nebo intoxikací s psychotickými projevy. V rámci zvládnutí problému je efektivní přerušování užívání a přerušování kontaktu s problémovou skupinou, zajištění bezpečí při doznívajícím psychotickém stavu, přechodné podávání psychofarmak, motivační terapie. Jedná se o postupy, které je schopno zajistit pracoviště specializované na léčbu návykových nemocí nebo pedopsychiatr (2, 3).

Rostlinné drogy: Lysohlávka je houba rostoucí u nás, obsahuje halucinogenní látku psilocybin. Užívají se čerstvé nebo sušené houby. Nebezpečné jsou náhlé změny chování po užití, které mohou zapříčinit úraz. V posledním

období se také díky informacím na internetu množí experimenty s dalšími psychotropními látkami rostlinného původu, které mohou vyvolat psychotické stavy, případně ohrozit životní funkce. Informací o těchto látkách je v odborné literatuře málo. Přesto, že péči u intoxikovaného dítěte a mladistvého poskytuje specializované pracoviště, je užitečná informace, zda v daném případě existuje specifické antidotum. V praxi se setkáváme s intoxikací **durmanem** (*Datura stramonium*) obsahujícím tropanové alkaloidy blokující účinek acetylcholinu na muskarinový receptor. Projevem otravy je zčervenání v obličeji, suché sliznice, tachykardie a mydriáza. U dětí bývají vysoké horečky. Psychickými projevy jsou mnohmluvnost, neklid, halucinace, delirium. Stav může přejít v křeče, kóma, zástavu dechu. Specifickým antidotem je fyzostigmin. Psychotropní a anticholinergní efekt mají toxiny obsažené v **muchomůrce červené** (*Amanita muscaria*). K otravě stačí požití 2–3 plodnic, nebývá smrtelná. Do jedné až dvou hodin se projeví bolesti hlavy, excitace, halucinace, nejčastěji zrakové, mydriáza nebo mióza, xerostomie, suchá zarudlá kůže, někdy nevolnost, zvracení, průjem. Antidotem je rovněž fyzostigmin (14, 15). U každé intoxikace drogou rostlinného původu je potřeba získat co nejúplnější údaje od okolí uživatele, zajistit zbytek požité rostliny a při každém potenciálním ohrožení životních funkcí toxickou látkou směřovat intoxikovaného na pracoviště, které je schopné zajistit komplexní péči.

Závěr

Nešpor uvádí, že doba strávená na detoxifikačním oddělení má být využita k tomu, aby se získala motivace tam, kde ještě není, a upevnila tam, kde již je (9). Zkušenost s motivačním rozhovorem u pacientů při detoxifikačním a následném krátkém akutním psychotherapeutickém pobytu uvádí Václavík: „Otevřené dveře“ spolupráce, které nabízí upřímnější a autentičtější kontakt s pacientem, jsou obvykle po několika dnech znovu „uzamčeny“ a opětovně nastupuje systém masivních obran, zejména popření, racionalizace a bagatelizace. Popisovaná úvodní krátká otevřenost a nastavenost ke spolupráci vzniká jako odraz silných pocitů viny spojených s velkou úzkostí. Tu je pacient nejprve motivován odstranit, a proto je vděčný za intervenci, která nabízí pozitivní, odlišnou alternativu oproti dosavadní drogové kariéře. Pokud ovšem nepřichází pomoc včas, závislý je nucen nějak naložit s výčitkami svědomí. Vzhledem k nízké sebejistotě a chybějící schopnosti aktivně řešit problémy a konfrontovat se s úzkostí brzy bagatelizuje rizika vlastního

chování a dodává si falešného, zakrývacího pocitu klidu a vyrovnanosti. Tento mechanismus „umělého dodávání pohody“ je analogický ke vzniku závislosti (7).

Psychotherapeutická práce se závislými vyžaduje ve fázi přerušování abúzu drogy a detoxifikace okamžité zahájení psychologických intervencí. Ty mají podpořit motivaci k abstinenci, napomoci změnám v dosavadních reflexivních aktech užívání drogy vytvořených podmiňováním a v neposlední řadě dodat potřebné dovednosti a vzory k nápodobě v prostředí léčebného společenství. Cílem je vytvoření systému vnitřní autonomní podpory namísto hledání „utešující chemické náhražky zvenčí“ (7).

Literatura

1. Mravčík V, Lejčková P, Petrošová B a kol. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005. Praha: Úřad vlády České republiky 2006; 98 s.
2. Mravčík V, Lejčková P, Chomynová P. Situace ve věcech drog v České republice v r. 2006. Zaostřeno na drogy. Praha: Úřad vlády České republiky 2007; 12 s.
3. Nešpor K. Problémy působené alkoholem, jinými návykovými látkami a hazardní hrou u dětí a dospívání. In: Říčan P, Krejčířová D. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada 1997; 193–206.
4. Hort V. Pedopsychiatrie. In: Raboch J. Psychiatrie. Doporučení postupy psychiatrické péče. Praha: Galén 1999; 171.
5. Říčan P. Obecné principy psychického vývoje jako základ pro poznání psychických poruch u dětí. In: Říčan P, Krejčířová D. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada 1997; 39–46.
6. Hajný M. Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In: Kalina K. Drogy a drogová závislost 1. Mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky 2003; 135–138.
7. Svobodová J, Václavík M. Detoxifikace u závislosti na metamfetaminu. Psychiatr. pro Praxi 2006; 7(6): 282–284.
8. Dvořáček J. Detoxifikace. In: Kalina K. Drogy a drogová závislost 1. Mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky 2003; 304–309.
9. Nešpor K. Detoxifikační jednotky. In: Kalina K. Drogy a drogová závislost 2. Mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky 2003; 190–194.
10. Minařík J. Stimulancia. In: Kalina K. Drogy a drogová závislost 1. Mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky 2003; 164–168.
11. Minařík J. Opioidy a opiáty. In: Kalina K. Drogy a drogová závislost 1. Mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky 2003; 159–163.
12. Dvořáček J. Zvládnutí akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek. In: Kalina K. Drogy a drogová závislost 1. Mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky 2003; 297–303.
13. Hampel K. Těkavé látky. In: Kalina K. Drogy a drogová závislost 1. Mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky 2003; 193–199.
14. Mečíř J. Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže. Avicenum 1990; 125–127.
15. Štípek S. Stručná toxikologie. Mechanismus, diagnostika a léčení akutních otrav a látkové závislosti. Medprint 1997; 68–71.

MUDr. Jitka Svobodová, Ph.D.

Psychiatrické oddělení FN Ostrava

Tř. 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava 4

jitka.svobodova@fnspo.cz