



# Kokain

## Prevence a léčba



Jaroslav Šejvl

VÝUKOVÝ TEXT





**Publikace vznikla a byla vydána pod odbornou  
záštitou a koordinací:**



**Centra adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze**

**Díky finanční podpoře:**

**projektu Příprava a rozvoj denního magisterského studia oboru adiktologie  
CZ.2.17/3.1.00/31430**



**Evropský sociální fond  
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti**

**Tento projekt je financován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České  
republiky a rozpočtem hlavního města Praha.**



Výukový text

# **Kokain – prevence, léčba**

Autor: Jaroslav Šejvl

Centrum adiktologie

# Obsah

Prevence .....	3
Primární prevence .....	3
Sekundární prevence .....	5
Terciární prevence .....	9
Generální prevence .....	10
Selektivní prevence.....	11
Indikovaná prevence .....	14
Léčba.....	16
Použitá literatura .....	18

# Prevence

## Primární prevence

V primární drogové prevenci jde zejména o to, aby se co nejvíc snížila poptávka po drogách, aby drogy nebyly vyhledávány a konzumovány a aby vůbec nebyl důvod je vyhledávat a konzumovat. Je zde snaha ovlivnit chování jedince tím, že se způsobí změna norem a hodnot společnosti, ve kterém žije (populace jako celek, rodina, školní kolektiv, případně další), a které do jeho života přináší určitá rizika, a tak je odstranit nebo alespoň oslabit, aby v jejich důsledku nemohl drogový problém vzniknout, a to ani na bázi experimentu

([http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj\\_mat/stud\\_mat/drogy/BM/prim.htm](http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prim.htm)).

### Specifická primární prevence

Specifickou primární prevencí se obecně rozumí takové aktivity, které se zaměřují přímo na "primární prevenci užívání návykových látek", jsou vytvářeny programy zaměřené již specificky na určitou formu sociálně-patologického chování (obecně). Explicitně se tedy zaměřují a snaží se řešit způsob, jak předcházet výskytu určité specifické formy takového chování, v tomto případě na užívání drog. Velmi

## Nespecifická primární prevence

Nespecifickou primární prevencí se rozumí veškeré aktivity podporující zdravý životní styl, které ale nemají přímou souvislost s užíváním návykových látek, tj. aktivity blízké daným věkovým skupinám, které by byly poskytovány i v případě, že by problém spojený s užíváním návykových látek neexistoval. Jedná se tedy o aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje sociálně-patologických forem chování a zaměřují se spíše na protektivní faktory vzniku závislosti. Patří sem zájmové kroužky (jako např. kroužky při školách a školských zařízeních či lidových školách umění), dále sportovní aktivity (na všech úrovních) apod. Patří sem také programy zaměřené na zlepšení životního stylu ([http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj\\_mat/stud\\_mat/drogy/BM/prim.htm](http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prim.htm)).

1. Podat základní, objektivní informace o kokainu/cracku, jejich účincích, původu, rozšíření, historii, významu, vzniku závislosti, aktuální situaci ve světě a ve státě (lze zúžit například i na město), místě bydliště, jasně a pravdivě ukázat co kokain může dát, ale zároveň co může vzít, kde až užívání kokainu může skončit, včetně širších společenských souvislostí a případných fatálních následků. Je tedy nutné podat skutečně objektivní informaci, které bude moci ten, kdo přemýšlí o užití kokainu, věřit a nebude muset přikročit: i) k nedůvěře k tomu, kdo mu informaci podal (zpravidla tím i celému preventivnímu systému), a tím pádem ii) k experimentu.
2. Je vhodné s cílovou skupinou nacvičovat strategie a taktiky, jak žít ve společnosti ohrožené kokainem a přitom se mu vyhnout (velmi populisticky to v 80. letech reprezentovala Nancy Reagan – Prostě řekni ne).
3. Nabídnout co možná nejvíc způsobů, jak lze dosáhnout životního uspokojení a umět přemoci obtížné situace



(kulturní, sportovní, sociální, vzdělávací možnosti a sítě poraden a psychoterapeutických zařízení pro poskytování pomoci pro zlepšování komunikačních i vztahových schopností).

## Sekundární prevence

Velmi zjednodušeně lze říci, že sekundární prevence je vyhledání problému, který již existuje a pokusit se o jeho léčbu. Cílovou skupinou jsou zde lidé, kteří již kokain nebo crack v minulosti užívali, a to bez ohledu, zda jej užívají výjimečně (tzv. rekreačně – byť tento termín je značně zavádějící a jeho používání je diskutabilní), nebo látku užívají pravidelně. Součástí sekundární prevence může být i snaha ukončení užívání látky a snaha o pomoc při tvrdé abstinenci.

Pro uživatele kokainu (v Čechách nebyli uživatelé cracku zachyceni a nejsou zprávy o tom, že by zde byl crack užíván) existují poměrně solidní možnosti pomoci. Výhodou kokainu je jeho celkově „menší devastující účinek“, než při užívání opiátů anebo stimulantů amfetaminového typu. Pokud nedocházelo k i. v. aplikaci a není tedy poškozen žilní systém (aplikace probíhala např. šňupáním či inhalacemi) a nedošlo k poškození sliznice<sup>1</sup>, jsou vždy šance uživateli efektivně pomoci. V České republice existuje systém zařízení pro pomoc (obecně) uživatelům nelegálních návykových látek, která se skládá z:

1. Linky telefonické pomoci (Některé z nich mají nepřetržitý provoz a slouží převážně pro první kontakt, radu, pomoc v krizi a podle druhu problému odkazují a nabízejí služby dalších specializovanějších pracovišť, pokud jimi sami nejsou).

---

1 V podstatě může být aplikován sliznicí nosní, rektální a u žen vaginální.

2. Poradny (Většina našich základních a středních škol má svého výchovného poradce, ale i poradce pro drogovou problematiku (obvykle v jedné osobě). Jejich úkolem je kromě zajišťování adekvátní primární prevence také mapování situace na konkrétní škole a včasné podchycení jedinců, kteří již s drogou mají zkušenost. Poté kontaktují odpovídající zařízení a rodiče a zajistí intenzivnější primární prevenci na škole. To, jak tito poradci pracují, závisí kromě jich samotných také do značné míry na iniciativě samotných rodičů).
3. Pedagogicko-psychologické poradny pro děti a mládež a poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy (Ne všechny z těchto poraden se zabývají i drogovou problematikou. Některé pedagogicko-psychologické poradny jako školská zařízení spolupracují na projektech primární prevence. Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy mohou pracovat s rodinami jedinců užívajících drogy. Všechny by však měly mít přehled o možnostech, které v okolí existují. V těch poradnách, kde pracují dobře obeznámení odborníci, se pak zabývají uživateli drog, u kterých je předpoklad stabilního zázemí, podpory a spolupráce blízkých i u nich samotných) ([http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj\\_mat/stud\\_mat/drogy/BM/prim.htm](http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prim.htm)).
4. Alkoholicko-toxikologické poradny (Tento typ poraden bývá součástí psychiatrických oddělení a zabývají se převážně psychickými poruchami v souvislosti s užíváním alkoholu, někdy tlumivých látek a postupně se orientují i na jiné nealkoholové drogy. Ne všechny mají možnost spolupracovat s psychologem, který by poskytoval i širší psychoterapeutickou službu. Podle vstupních rozhovorů doporučují vhodný typ léčebného zařízení nebo jen

ambulantní docházení. Ambulantně sem docházejí na doléčování i pacienti po absolvování léčby).

5. Kontaktní centra (Jsou určena přímo drogové klientele, u kterých není jiný poradenský přístup vhodný, nutný nebo možný. Jejich předpokladem je nízkoprahovost, tj. psychologická dostupnost pro každého, která zvyšuje pravděpodobnost jejich vyhledání (anonymita, široká nabídka služeb; realizují zpravidla: první pomoc telefonická nebo osobní s co nejdelším provozem, nejlépe nepřetržitým; poradenství s možností následné individuální popř. skupinové terapie; diagnostika problému, informace o možných způsobech léčby, popř. jejich zprostředkování; testy HIV ze slin; rodičovská skupina pro ty, jejichž děti užívají drogy; základní potravinový a vitamínový servis; možnost základní hygieny; výměna stříkaček a jehel; tzv. street work - aktivní vyhledávání a kontaktování klientů přímo v terénu).
6. Detoxifikační jednotky (Detoxifikace je speciální krátkodobá (několik dnů) až střednědobá (několik týdnů) většinou medicínská a psychologická pomoc při vysazování drog. Jejím smyslem je zbavit organismus návykové látky, pomoci jedinci překonat možné odvykací příznaky a připravit jej na další léčbu. Při somatických a psychických komplikacích je nutné podávat léky).
7. Denní stacionář (Jedná se o denní psychiatricko-psychologickou a psychosociální péči o pacienty, pro které v danou chvíli není nutný nebo možný pobyt v lůžkovém zařízení a běžná ambulantní nebo poradenská péče je pro ně málo intenzivní. Jsou to převážně jedinci, kteří ukončili pobyt v psychiatrické léčebně nebo v nemocnici nebo se připravují na dlouhodobý léčebně-rehabilitační pobyt či se z takového pobytu vrátili a potřebují ještě určitou dobu denní kontakt.

Jeho činnost se převážně skládá z individuální a skupinové psychoterapie, sociální terapie - nácvik sociálních dovedností a odpovědnosti, klubových a volnočasových aktivit a základního medicínského servisu).

8. Ústavní léčba (Ústavní léčba prováděná ve zdravotnickém zařízení (např. speciální oddělení v rámci psychiatrických léčeben) skýtá pro narkomana bezpečnější ochranné prostředí, kde má nižší dostupnost návykových látek, nedostává se tak často do situací, které v běžném životě fungují jako spouštěče (např. hádku s rodiči řeší další dávkou drogy), je zde k dispozici odborná péče a organizovaný program).
9. Terapeutické komunity (Vedle tradičních uvedl zvláštní charakter drogových závislostí v život i jiné formy léčení jako např. terapeutické komunity, ve kterých probíhá dlouhodobý léčebný a resocializační program. Mají tu zvláštnost, že se pacient co nejaktivněji podílí na léčbě, vytváří se zde obousměrná komunikace mezi pacientem a jednotlivými členy terapeutického týmu a mezi pacienty navzájem. Důležitou roli hraje zpětná vazba (jak mé chování působí na druhé), která vytváří základ sociálního učení a změněného pohledu na sebe sama. Delší doba pobytu (až jeden rok) přináší značné výhody, ale také větší zodpovědnost a aktivní podíl na léčbě ostatních. Jsou stanovená jasná pravidla (např. užití drogy znamená vyloučení) a různé poklesky s sebou nesou menší míru výhod. Program klade značné nároky nejen na klienty, ale také na členy terapeutického týmu, kteří musí být jednotní a nést zodpovědnost za chod celé komunity. Na pravidelných společných setkáváních se hodnotí uplynulé, diskutují aktuální problémy, činí rozhodnutí. Na skupinových terapiích se ventiluje napětí, pomáhá při emočních problémech, poskytuje oporu. Každý tu má nějakou roli, ve které se zvyšuje míra sociálních

dovedností, sebevědomí, učí se zodpovědnosti. Celý průběh léčby má několik stadií, ve kterých se postupně rozvíjí socializace osobnosti, zlepšuje se sebeuvědomění a sebepoznání).

10. Doléčovací a resocializační centra (Jsou určena pro klienty, kteří prošli určitým typem léčby. Pomáhají jim při stabilizaci ve zcela nových podmínkách života. Podle individuálních případů trvá doléčovací program od dvou měsíců do jednoho roku. Velký důraz se klade na nácvik situace selhání, jak se zachovat a co konkrétně dělat, dojde-li k opětovnému užití či užívání drogy, aby se člověk znovu nepropadl zpět do závislosti (tzv. prevence relapsu).
11. Zařízení azylového typu (Sem přicházejí ti závislí jedinci, kteří drogy brát chtějí, domov ztratili, nikdo o ně nestojí a sami o sobě nejsou momentálně schopni jakékoli výraznější změny současného životního stylu. Je jim poskytnuto jídlo, oblečení, základní hygienický servis, případné lékařské ošetření a ubytování na určitou přechodnou dobu).

## Terciární prevence

V oblasti této prevence je snaha zmenšit následky, které užívání přináší

V programu zvaném harm reduction se počítá s tím, že tu jsou lidé, kteří své brání drog dosud nevidí anebo nechtějí vidět jako problém a tudíž ani necítí potřebu se léčit.

V rámci tohoto programu se např. provádí výměna použitých jehel a stříkaček za nové. Není to podporou brání drog, jak by se na první pohled mohlo zdát. Lidem, kteří si drogy píchají (z velké části přešli na tento způsob aplikace z jiného, bezpečnějšího) jen velmi málo záleží na tom, zda je to podporování anebo není. Oni jsou ve fázi, kdy svou drogu prostě mít musí. A nebudou-li mít čisté stříkačky a jehly, budou si brát použité třeba z nemocničních kontejnerů, budou si je

vzájemně půjčovat, sdílet ve skupině a riskovat infekci (v lepším případě žloutenky, v horším HIV/AIDS). A právě skupina intravenózních toxikomanů je co do rizika přenosu infekčních onemocnění nejnebezpečnější.

Pouhá nabídka čistých jehel a stříkaček nestačí. Nestačí ani informace, že na tom a tom místě je to možné a proč. Je nutný určitý tlak a neustálé opakování a vysvětlování, aby daní jedinci nové stříkačky a jehly opravdu používali.

Ve větších městech existují týmy pracovníků (tzv. street workers), kteří chodí na místa, kde se uživatelé scházejí a kromě výměny jehel a stříkaček, vysvětlování a rozdávání tištěných letáčků s jednoduchými informacemi navazují kontakt a zvou do středisek. Nezřídka jsou to první kroky narkomana k jeho léčbě. Osvědčila se i spolupráce závislých jedinců, kteří jsou ochotni roznášet čisté jehly a stříkačky do bytů a prostor, kam běžní terénní pracovníci nemají přístup.

Substituční program pro uživatele kokainu a cracku v České republice prozatím neexistuje. V zahraničí, zejména ve Spojených státech Amerických, se uvažuje o možnosti substituce

Cíle preventivních opatření u kokainu můžeme rozdělit do třech základních pilířů:

## Generální prevence

- a) za ideální formu v prvním případě můžeme považovat stav, kdy se díky otevřené informovanosti podaří předejít užívání kokainu (a to i směrem k experimentu. Tato alternativa může přicházet v úvahu v podstatě ze třech důvodů: i) vysoká cena kokainu/cracku, na kterou uživatel nebude mít finanční prostředky (otázka je, zda takovéto neužití drogy lze považovat za primární prevenci), b) nechuť vyzkoušet tento typ látky s ohledem na podané objektivní informace o jejím působení, c) obtížná sehnatelnost této látky, nebo alespoň

- b) posunout experiment s kokainem do věku, kdy se člověk bude schopen lépe odpovědně rozhodnout, zda má zájem tento experiment (i s ohledem na jemu známá – zejména zdravotní rizika) podstoupit a bude si věřit v tom, že a) organismus experiment zvládne a nedojde k jeho poškození (bude schopen korigovat velikost dávky, místo užití, společnost ve které kokain užije a další důležité okolnosti a b) bude schopen užívání kokainu opustit.
- c) jako poslední možnost teorie zná/uvádí snížit rizika experimentování s drogou. Zásadní snížení rizika při experimentování s kokain je v podstatě nereálné. Pokud pomineme možnosti výměnného programu u i. v. aplikací, je kokain zpravidla kouřen či šňupán – a je nelegální (tedy nelze žádným dostupným prostředkem ověřit jeho složení, což je riziko u každé substance, která je kupována v nelegálním prostředí). Tedy, snižování rizika u těchto forem aplikací lze shrnout do velmi obecných možností – nikdy neužívat sám, nekombinovat látky, užít látku pouze v případě, že se člověk na její užití „cítí“ – tedy nepocituje subjektivně nevolnost (fyzickou) či nepohodu (psychickou). I když v těchto případech je právě pro onu nepohodu kokain aplikován.

## Selektivní prevence

V rámci tzv. selektivní prevence je nutné rozlišit na uživatele ve třech věkových kategoriích (děti, dospívající a dospělí). Některé z forem selektivní prevence lze použít jen u vybraných věkových skupin; použití tedy není generální.

- a) Individuální potřeba ohrožené skupiny. V tomto případě je možné rozdělit ohrožení skupiny na dvě věkové skupiny. První skupinou, která může být specificky ohrožena kokainem, jsou děti a dospívající, zpravidla z lépe sociálně situovaných rodin. Obecně se uvádí, že kokain je „droga bohatých“. Toto tvrzení nelze brát zcela dogmaticky, cena

kokainu se odvozuje od několika na sobě nezávislých hledisek; finanční prostředky zde mohou hrát i výraznější roli. S kokainem se lze setkat na diskotékách větších měst, v barech, v klubech se zaměřením na etnickou hudbu a na setkáních, kde je větší počet lidí. Nebývá pravidlem, že by kokain byl dumpingován, tedy že by byl prodáván pod cenou za účelem vytvoření si cílové skupiny odběratelů ze strany prodejce. V této oblasti je experiment s kokainem brán jako poměrně zásadní stmelující prvek v dané komunitě, ukázka nejen finančních možností, odvahy a dospívání, ale rovněž pokus o něco, co je postaveno mimo zákon, rebelie a zároveň vyjádření přihlášení se k určité skupině. Druhou specifickou skupinou jsou dospělí. Kokain je zpravidla dostupný v uměleckých kruzích – a to i ohledem na jednodušší formu aplikace – šňupání; i. v. aplikace nejsou v tomto oboru natolik běžnou a konformní záležitostí; šňupání přináší oproti i. v. aplikaci i další výhody – je kulturnějším projevem aplikace a nepůsobí tak destruktivně na tělo a s ohledem na vjemy druhých je neinvazivní.

- b) Řešení problémů jinou formou než kokainem. Kokain je velmi často užíván právě pro své stimulační účinky a pro „zaručené prožití sexu“. Tedy, funguje na bázi zvyšování sebevědomí, zvyšování výkonu, navození příjemných a veselých prožitků; laicky je používán jako antidepresivum. Oblibě kokainu u duševně nemocných lidí, kteří s ním kompenzují své zdravotní problémy, nahrává i skutečnost, že společnost není příliš tolerantní v oblasti duševních onemocnění, a každý, kdo tyto problémy přiznává, riskuje stigmatizaci a etiketizaci „blázna“. Mnoho lidí proto může řešit své propady a frustrace pomocí návykových látek (zpravidla se stimulačním účinkem) - tedy i kokainu.
- c) Snížení dostupnosti kokainu a snížení poptávky. Tato oblast není doménou jen represivních složek. Pro snížení



dostupnosti je ideální, aby došlo ke snížení poptávky po kokainu, neboť pokud existovat poptávka, nezmůžou represivní složky nic zásadního.

- d) Relaxační techniky a zvládnání stresu. Ukázat lidem, kteří mohou být ohroženi užíváním kokainu, že existují i jiné formy relaxace a odreagování se. Uvést do podvědomí lidí možnosti cvičení jógy a jednoduchých relaxačních cvičení.
- e) Spolupráce s dalšími organizacemi. Tato složka selektivní prevence nachází využití zejména u dětí, které jsou látkou ohroženy. Vzhledem k tomu, že je selektivní prevence velmi časově náročná, má velký význam spolupráce s rodinou a dalšími organizacemi. Vedle spolupráce s rodiči se nejčastěji využívá spolupráce s pedagogicko-psychologickou poradnou, kde jsou vyškolení pracovníci pro pomoc při řešení problémů nejen s návykovými látkami ([http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj\\_mat/stud\\_mat/drog\\_y/BM/prev.htm](http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drog_y/BM/prev.htm)).
- f) Pomoc ohroženým při přechodu do nového životního stadia. Stresové situace jsou běžnou součástí našeho života, a při jakékoli zásadnější změně životního stylu, kdy se zvyšuje stresové zatížení, nebo při nahromadění úkolů se může zvyšovat riziko spočívající v použití návykové látky – u kokainu s očekávaným účinkem vyššího výkonu a povzbuzení.
- g) Selektivní prevence u specifických oborů (určité obory a zaměstnání jsou více ohroženy rizikem vzniku problémů s návykovými látkami. Je to spojeno se snadnou dostupností návykových látek, vyšší mírou stresu apod. K typicky rizikovým profesím patří zaměstnanci restaurací, pracovníci ve zdravotnictví, u policie, novináři atd. Programy cíleně zaměřené na tyto profese pomáhají lépe čelit specifickým rizikovým faktorům dané profese)

[http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj\\_mat/stud\\_mat/drog\\_y/BM/prev.htm](http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drog_y/BM/prev.htm))

- h) Program pro děti s prospěchovými problémy a z etnických minorit. Problém prospěchu, selhání ve škole, stigmatizace, šikana či příslušnost k etnické minoritě může být startující moment k návykové látce; roli zde hraje jen finanční zázemí dítěte, resp. jeho rodičů. Svoji roli zde může sehrát široké spektrum subjektů – rodiče, učitel, psycholog, nácvik krizových situací a další, jejich zvládnání či vyhýbání se jim.
- i) Selektivní prevence v rámci prevence šikany. Zde může být ohroženým jak agresor, tak i jeho oběť. Je nutné, aby se pedagogický personál snažil vytvořit ve škole relativně bezpečné místo, a aby případné projevy šikany byly efektivně řešeny.

## Indikovaná prevence

Základem je přesvědčit jedince, že drogy mu přinášejí více zlého než dobrého. Nabídnout hodnoty, které usnadní návykové látky odmítat.

V časném stádiu užívání drog je člověk ještě schopen a ochoten přijmout motivaci k změně životního stereotypu. Pokud není připraven ke změně, měl by nést důsledky.

Důležité je získat důvěru problémového jedince a především mu pozorně naslouchat. Vyslechnout ho, i když bude drogy obhajovat, ale připravit si protiargumenty.

Pokud neexistuje motivace ke změně životního stylu popř. k léčbě, zbývá pouze snižování rizik. Nespoléhat na zázračné okamžité řešení.

K úspěšné změně a léčbě musí často přispívat okolí postiženého, jeho rodiče, partner (předcházet nudě, pomoc odpoutat se od nevhodné společnosti, posilovat sebevědomí jedince, podporovat pozitivní aktivity, snažit se být pozitivním příkladem atd.).

Rodina jedince s drogovým problémem musí pěstovat určitou rodinnou terapii. Většinou za pomoci odborných institucí.

Čemu se vyhnout: a) popírání problému, b) obviňování partnera, c) hledání v dítěti zneužívajícím drogy spojence proti druhému rodiči, d) usnadňování a financování potomkovo nebo přítelovo zneužívání drog, e) vydírání jedincem zneužívajícím návykové látky (útěkem, prostitucí, sebevraždou) nebo jeho známými z drogového prostředí, f) věřit tvrzení, že dítě (závislý člověk) má drogu pod kontrolou, g) vytvářet doma "dusnou" atmosféru či používat násilí, h) stále ustupovat, pomáhat bez kladení podmínek, i) ztrácet naději (věřit procesu zrání mladého člověka), j) nikdy kategoricky neodsuzovat a tzv. nelámat hůl nad člověkem závislým na drogách ([http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj\\_mat/stud\\_mat/drogy/BM/prev.htm](http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/prev.htm)).

## Léčba

Otázka předepisování substitučních látek během prvních kritických týdnů odvykání kokainu (ekvivalent metadonu pro bývalé uživatele heroinu) je trvale sporná. Britská léčebná zařízení – přeplněná opiáty – to nikdy vážně nepředpokládala, natož aby pak provedla dostatečný počet výzkumných studií, které by pak mohly prokázat smysl nebo nesmyslnost takových programů. Existují jednotlivé projekty, kdy se kokainový prášek dá volně koupit (např. v Haltonu v Cheshiru). Tyto projekty ale často narážejí na silnou kritiku lidí, kteří cítí, že nahrazovat jednu drogu druhou je past. Jediná možná odpověď je totiž naprostá abstinence. Akupunktura, relaxace a budování sebedůvěry – to je favorizovaná strategie mnoha protidrogových středisek (Tyler, 2000, s. 251 – 252).

Lehké formy kokainové intoxikace není většinou nutné léčit pro velmi krátký interval působení této látky. Pokud je třeba nějaký zásah, především k prevenci vzniku křečí, kardiovaskulárních a respiračních komplikací, lze podat benzodiazepiny, antiarytmika (beta blokátory nebo kombinované alfa a beta blokátory) a antipsychotika.

Léčbu látkové závislosti na kokain lze dělit na několik druhů. Symptomy při odnětí kokainu lze léčit několika způsoby, podle toho, který základní příznak usilujeme odstranit. Protože se předpokládá, že výrazná touha po podání další dávky kokainu je způsobena deplecí dopaminu, podávají se ke zvládnutí tohoto stavu agonisté tohoto

neurotransmitteru (bromokryptin, amantadin aj.). Snížená touha po podání další dávky kokainu byla rovněž popsána po podání inhibitorů dopaminergních receptorů (např. flupenthixol, ale i jiná neuroleptika). K mírnění depresivních symptomů se používá imipramin a další antidepresiva. Některé studie popisují příznivý efekt antikonvulziva karbamazepinu na udržení abstinence kokainu (<http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3rerc.html>).

## Použitá literatura

AIHW (Australian Institute of Health and Welfare). (2008). 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series no. 22. Canberra: AIHW. ISBN 978-1-74024-870-9.

Baboian, D. (1974). *Vstupenka do pekla*. Praha: Orbis.

Csémy L., Lejčková P., Sadílek P., Sovinová H. (2006). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-94-3.

Davenport – Hines, R. (2004). *Honba za zapomněním – světové dějiny narkotik (1500 – 2000)*. Praha: BB/Art.

Delpirou, A. et Labrousse, A. (1993). *Koka, kokain, koks*. Bratislava: Bradlo.

Doyle, A. C. (1971). *Příběhy Sherlocka Holmese*. Praha: Máj.

Doyle, A. C. (1972). *Vzpomínky na Sherlocka Holmese*. Praha: Máj.

Doyle, A. C. (1975). *Poslední poklona Sherlocka Holmese*. Praha: Máj.

EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost); 2009. Výroční zpráva za rok 2009: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie. ISBN 978-92-9168-379-6.

- Janík, A. et Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum.
- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 – Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Klan, Z. (1947). *Omamné drogy*. Praha: Orbis.
- Kubů P., Škařupová K., Csémy L. (2006). *Tanec a drogy 2000 a 2003*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-77-3.
- Mann, J. (1996). *Jedy, drogy, léky*. Praha: Academia.
- Mravčík V., Pešek R., Škařupová K., Orlíková B., Škrdlantová E., Šťastná L., Kiššová L., Běláčková V., Gajdošíková H., Vopravil J. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-87041-99-4.
- NIDA (National Institute on Drug Abuse); 2010. NIDA InfoFacts: High School and Youth Trends [online]. [cit. 2010-2-14]. Dostupné z: <<http://www.drugabuse.gov/infofacts/HSYouthtrends.html>>
- Polanecký V., Šmídová O., Studničková B., Šafr J., Šejda J., Hustopecký J. (2001). *Mládež a návykové látky v České republice - trendy let 1994 - 1997 - 2000*. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). (2009). *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. Rockville, MD: Office of Applied Studies.
- Shapiro, H. (2005). *Drogy – obrazový průvodce*. Praha: Svojtka.
- Streatfield, D. (2003). *Kokain*. Praha: BB/Art.
- Szasz, T. (1997). *Drogy: historie jedné hysterie*. Olomouc: Votobia.

Trojáčková A. (2010a). Žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním kokainu a cracku – analýza dat z výročních zpráv o uživatelích návykových látek Hygienické stanice hlavního města Prahy z let 1995-2008. Nепublikováno.

Trojáčková A. (2010b). Pacienti registrovaní na ambulantních AT pracovištích – analýza dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky v publikacích Psychiatrická péče z let 2000-2007. Nепublikováno.

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

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). (2009). World Drug Report 2009. Vienna: UNODC. ISBN 978-92-1-148240-9

Urban, E. (1973). *Toxikománie*. Praha: Avicenum.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2005). Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice – Rozsah užívání návykových látek v dospělé populaci. Praha: ÚZIS ČR. Nепublikované výsledky studie.

Valíček, P., Arcimovičová, J., Horák, V et. Vaněček, M. (2000). *Rostlinné omamné drogy*. Praha: Start.

Vaněček, M. et Nožina, M. (2009). *Mandragora, morfin, kokain – Drogový problém v českých zemích v dobách habsburské monarchie a v předválečném Československu*. Praha: KLP.

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

Vondráček, V. (1935). *Farmakologie duše*. Praha: Nakladatelství mladé generace při Ú. J. ČS. L.

Vorel, F. et al. (1999). *Soudní lékařství*. Praha: Grada Publishing.



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

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

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

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

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

Keith, E. (2003). Válka bez konce aneb Krátký smutný příběh o dlouhé válce proti drogám. Praha: Volvox Globator.

[http://cs.wikisource.org/wiki/Versailleská\\_smlouva#.C4.8CI.C3.A1nek\\_295](http://cs.wikisource.org/wiki/Versailleská_smlouva#.C4.8CI.C3.A1nek_295)

<http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/kontr.htm>

[http://www.psp.cz/eknih/1920ns/ps/tisky/T3997\\_00.htm](http://www.psp.cz/eknih/1920ns/ps/tisky/T3997_00.htm)

<http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3rerc.html>

[http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj\\_mat/stud\\_mat/drogy/BM/pr ev.htm](http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/pr ev.htm)

<http://www.bbc.co.uk/czech/korespondent/13.shtml> (ze dne 9. 9. 2000).