

Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Kateřina Rokosová

Zneužívání sedativ a hypnotik z pohledu uživatele

Abuse of sedatives and hypnotics from the user's perspective

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha, 2021

Prohlášení:

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

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

V Praze, 12.07.2021

Bc. KATEŘINA ROKOSOVÁ

Podpis

Identifikační záznam:

ROKOSOVÁ, Kateřina. *Zneužívání sedativ a hypnotik z pohledu uživatele. [Abuse of sedatives and hypnotics from the user's perspective]*. Praha, 2021. 91 s., 2 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2021. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Poděkování:

Děkuji Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. za odbornou pomoc a vedení. Také bych chtěla vyjádřit poděkování všem zúčastněným respondentům.

ABSTRAKT:

Východiska: Sedativa a hypnotika jsou látky se zklidňujícím, spánek navozujícím účinkem. Benzodiazepiny/Z-léky mohou být dlouhodobě předepisovány pro léčbu chronických stavů, může tak docházet k rozvoji tolerance a k potřebě navyšovat dávky. Je potřeba uvědomit si rizika nekontrolovaného užívání těchto léků, jako jsou nebezpečné interakce s ostatními látkami, nežádoucí účinky, možnost zneužívání či vznik závislosti.

Cíle: Hlavním cílem výzkumu bylo popsat zneužívání sedativ a hypnotik z pohledu uživatele, zaměřit se na okolnosti, které k zneužívání sedativ a hypnotik vedly, popsat začátek a průběh užívání, uvědomění si problému. Cílem také bylo popsat současný stav uživatelů a jejich potřeby.

Soubor: Výzkumný soubor tvořilo 6 osob (4 ženy a 2 muži) v současnosti či minulosti zneužívajících sedativa a hypnotika (konkrétně benzodiazepiny/Z-léky).

Metody: Data byla získána formou kvalitativního přístupu s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Následně byly rozhovory přepsány do podoby shrnujícího protokolu, analyzovány pomocí tematické analýzy s využitím metod otevřeného, axiálního kódování a kategorizace.

Výsledky: Okolnosti, které uživatele k zneužívání léků vedly, měly charakter samoléčby. Léky byly poprvé předepsány pouze v 1 z 6 případů na základě psychiatrické indikace, dlouhodobě pro chronické obtíže v polovině případů. Většina respondentů neudává řešení chronických problémů jinou cestou. Ve většině případů respondenti nevěděli o závislostním potenciálu léků.

Závěr a doporučení: V oblasti zneužívání sedativ a hypnotik je nutné pokračovat v dalším výzkumu. Tyto léky by neměly být předepisovány po dobu delší 4 týdnů. U chronických obtíží se doporučuje vyhledat specialistu a problém řešit komplexně.

Klíčová slova: sedativa, hypnotika, zneužívání, závislost, léky na předpis

ABSTRACT:

Background: Sedatives and hypnotics are substances to calm or relieve anxiety and to induce sleep. Long term prescription of benzodiazepines/Z-drugs may lead to the development of tolerance and the need to increase the dose. It is important to be aware of the risks of uncontrolled use of these drugs, such as harmful interactions with other substances, side effects and potential for abuse or addiction.

Aim: The aim of this research was to describe abuse of sedatives and hypnotics from the user's perspective, to focus on circumstances leading to drug abuse, to describe beginning and course of the use of these drugs and self-awareness of the problem. The aim was also to describe the current state of users and their needs.

Sample: The research sample consisted of 6 participants, of which 4 women and 2 men currently or recently using sedatives and hypnotics (specifically benzodiazepines/Z-drugs).

Methods: Data were collected through a qualitative approach using a semi-structured interview. Interviews were conducted, rewritten into protocol summary, further analysed using thematic analysis, modified using open and axial coding and categorization methods.

Results: Respondents may have misused sedatives and hypnotics to self-medicate symptoms. These drugs were prescribed for the first time with psychiatric indication in only 1 of 6 cases, in the event of chronic illness in half cases. Most respondents did not address the chronic problems differently and were not aware of the addiction potential of these drugs.

Conclusion and recommendation: It is necessary to continue the research in the field of abuse of sedatives and hypnotics. These drugs should not be prescribed for more than 4 weeks. In case of chronic illness, it is recommended to seek a specialist and address the problem comprehensively.

Key words: sedatives, hypnotics, abuse, substance use disorder, prescription drugs

OBSAH

1 Úvod.....	9
2 Teoretická východiska	10
2.1 Zneužívání psychoaktivních léků.....	10
2.2 Charakteristika sedativ a hypnotik	11
2.2.1 Barbituráty - Sedativa a hypnotika I. generace - NO5CA.....	12
2.2.2 Benzodiazepinové deriváty - Sedativa a hypnotika II. generace - N05CD	13
2.2.3 Léčiva podobná benzodiazepinům (Z-léky) - Sedativa a hypnotika III. generace - N05CF.....	15
2.2.4 Agonisté melatoninových receptorů - Sedativa a hypnotika IV. generace - NO5CH.....	15
2.3 Indikace sedativ a hypnotik.....	16
2.3.1 Poruchy spánku	16
2.3.2 Úzkostné stavy	18
2.3.3 Další indikace sedativ a hypnotik.....	19
2.4 Monitorování a analýza informačních a datových zdrojů o osobách užívajících/zneužívajících sedativa a hypnotika.....	19
2.5 Rizika spojená s užíváním sedativ a hypnotik.....	23
2.5.1 Nežádoucí účinky, kontraindikace a interakce s jinými látkami	23
2.5.2 Akutní intoxikace	24
2.5.3 Tolerance a abstinenční syndrom	25
2.5.4 Zneužívání a abusus	26
2.5.5 Syndrom závislosti	26
2.6 Faktory ovlivňující zneužívání sedativy a hypnotik.....	27
2.6.1 Bio-psycho-socio-spirituální model	27
2.6.2 Sebededikace	28
2.6.3 Problematika geriatrické péče	29
2.6.4 Iatrogenní problematika.....	30
2.6.5 Farmakovigilance	31
2.6.6 Rizikové faktory a varovné signály.....	32
2.7 Léčebné intervence.....	32
2.7.1 Terapie akutní intoxikace	32
2.7.2 Detoxifikace	33
2.7.3 Léčba závislosti	34
2.7.4 Odborná doporučení pro předcházení vzniku zneužívání léků.....	36
3 Výzkumná část	39
3.1 Cíl výzkumu	39
3.2 Výzkumné otázky.....	39
3.3 Popis výzkumného souboru a jeho výběr.....	39
3.4 Metody tvorby dat	40

3.4.1	Metoda životní křivky	41
3.5	Metody analýzy dat	42
3.6	Etika.....	44
4	Výsledky	45
4.1	Oblast 1: Anamnéza	45
4.2	Oblast 2: Okolnosti vzniku problému.....	47
4.2.1	Začátek užívání BZD/Z-léků	47
4.2.2	Okolnosti a důležité momenty vedoucí k pravidelnému užívání BZD/Z-léků....	48
4.2.3	Přechod od užívání BZD/Z-léků k zneužívání	50
4.3	Oblast 3: Vývoj a průběh užívání	51
4.4	Oblast 4: Okolnosti uvědomění a řešení problému	55
4.4.1	Uvědomění problému	56
4.4.2	Okolnosti vedoucí k řešení problému a vyhledání odborné pomoci	57
4.4.3	Okolnosti léčby.....	59
4.5	Oblast 5: Současná situace	61
4.5.1	Potřeby respondentů	62
4.6	Životní křivky.....	63
4.6.1	Životní křivka jako terapeutický nástroj.....	70
5	Shrnutí výsledků výzkumu.....	73
5.1	Výzkumná otázka 1	73
5.2	Výzkumná otázka 2	73
5.3	Výzkumná otázka 3	74
5.4	Výzkumná otázka 4.....	75
6	Diskuse a závěry	77
7	Literatura.....	81
8	Přílohy	87
8.1	Příloha 1	87
8.2	Příloha 2	88

1 ÚVOD

Poruchy spánku, stres, nervozita, napětí, strach či neklid, to jsou jedny z nejčastějších příznaků široké škály onemocnění, které mohou vést k indikaci psychoaktivních léků na předpis. Jedná se o poměrně jednoduchou cestu řešení těchto problémů, mnohdy velice účinnou.

Sedativa a hypnotika se řadí mezi nejčastěji předepisované psychoaktivní léky. Vzhledem k běžné preskripci těchto léků společnost nepovažuje léky za rizikové drogy, což se projevuje i v obtížnosti terapeutické práce v rámci léčby závislostí. Sedativa a hypnotika (zejména benzodiazepiny a Z-léky) mohou být dlouhodobě předepisovány lékařem pro léčbu přetrvávajícího onemocnění nebo příznaku (např. poruch spánku, úzkostných a depresivních stavů), avšak samotné léky tyto příznaky dlouhodobě zhoršují a prohlubují. Pacient pak tyto léky často kontinuálně užívá bez vědomí, že se jedná o látky, na kterých může vzniknout závislost, zejména při dlouhodobém užívání. Často tak dochází k potřebě navýšovat dávky mimo pokyny lékaře a k rozvoji zneužívání těchto léků. Rozpoznání zneužívání sedativ a hypnotik může trvat poměrně dlouho, zvláště pak, pokud jsou léky předepisovány z důvodu chronických obtíží. Léky bývají užívány skrytě a o samotě, což může vést k oddalování řešení problému. Mnohdy však i rodinný a zdravotnický systém pacienta v užívání léků podporuje (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012).

Cílem této práce je popsat zneužívání sedativ a hypnotik z pohledu uživatele a zaměřit se na okolnosti, které k zneužívání sedativ a hypnotik vedly, na průběh, vývoj a na současný stav uživatelů i jejich potřeby.

V první části se práce věnuje charakteristice a indikaci sedativ a hypnotik, monitorování a analýze informačních a datových zdrojů o osobách užívajících/zneužívajících sedativa a hypnotika. Podstatnou část teoretických východisek tvoří rizika spojená s užíváním sedativ a hypnotik (benzodiazepinů a Z-léků). Z velké části se tato část zabývá i faktory ovlivňující zneužívání benzodiazepinů či Z-léků a léčebnými intervencemi.

Výzkumnou část tvoří převážně poznatky získané z rozhovorů s respondenty aktuálně či v minulosti zneužívajícími sedativa a hypnotika (konkrétně benzodiazepiny a Z-léky) doplněné metodou tvorby životní křivky podle určených kategorií. V závěru této části shrnuji výsledky do samostatné kapitoly dle výzkumných otázek.

Přínos této práce spočívá zejména v popsání okolností, které vedly uživatele k zneužívání sedativ a hypnotik, průběhu a vývoje užívání, uvědomění problému a aktuální situace na základě výpovědí uživatelů v minulosti či v současnosti zneužívajících tyto léky.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

2.1 Zneužívání psychoaktivních léků

Vzhledem k značné nejasnosti a variabilitě terminologie při zkoumání fenoménu zneužívání psychoaktivních léků je tato kapitola věnována vymezení tohoto pojmu.

Pojmem lék se rozumí léčivo (farmakum), upravené k použití a vydání pacientovi. Léčivo obsahuje léčivou látku a na rozdíl od ní nemá v České republice definici v zákoně. Konkrétní lék má pro účel prodeje chráněný obchodní název, ten je zvykem psát s velkým počátečním písmenem, na rozdíl od názvu generického - název účinné látky (Vokurka & Hugo, 2015). Příkladem může být lék Stilnox (obchodní název) s účinnou látkou zolpidem-tartarát (SÚKL, 2020).

Psychoaktivní lék (také psychotropní lék) označuje farmakum, které je primárně využíváno k léčbě duševních poruch. Tyto léky obsahují účinné látky ovlivňující centrální nervovou soustavu, čímž způsobí dočasné změny v chování a náladě jedince (Schulz & Steimer, 2000). Může se jednat například o analgetika, sedativa, hypnotika či anxiolytika.

Definice zneužívání léků se často překrývají. Problematikou této terminologie se také zabývají Nechanská, Mravčík & Popov (2012) ve své monografii *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice* vydané Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti. V rámci celopopulačních šetření definují termín zneužívání léků jako užívání psychoaktivních léků bez lékařského předpisu nebo indikace. Polemizují nad tím, zda existuje jasná definice lékařského a vhodného užívání a zda existuje shoda ohledně negativních důsledků užívání.

Podle těchto autorů zneužívání může být také definováno jako užívání, jehož rizika převažují přínosy či jako nelékařské, problémové, škodlivé či nevhodné užívání. Jiné vymezení uvádí zneužívání jako užití mimo lékařské pokyny nebo mimo pokyny uvedené v příbalovém letáku, užití mimo společenský konsenzus (např. řízení auta pod vlivem léků), jiným způsobem podání (např. injekční aplikace léku určeného pro perorální podání) či zdrojem získávání (např. nelegálně, na černém trhu).

Autoři Nechanská, Mravčík & Popov (2012) také upozorňují na rozdílné pojetí mezi jednotlivými zeměmi a zmiňují, že to, zda je daný lék na předpis, se může měnit i s časem. Například ve Francii je zneužívání léků vymezeno v širším smyslu a zahrnuje nevhodnou indikaci a preskripci léku, rizikové situace v případě správného užívání a zneužívání pacientem, které zahrnuje způsob a účel získávání a způsob užití. Německé centrum pro problémy závislostí (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, DHS) se přiklání k následující definici: „Zneužívání existuje, jestliže psychoaktivní látka není užitá podle její základní indikace“.

Vzhledem k variabilním vymezením pojmu zneužívání léků byla navržena zastřešující definice: „Zneužití/zneužívání léku je jakýkoliv typ užití léku, u kterého byla prokázána problematická potřeba, jedná se o užití léku s nebo bez lékařského předpisu, ovšem mimo přijaté lékařské postupy nebo pokyny, za rekreačním účelem nebo v rámci samoléčby, kdy rizika a problémy spojené s užitím převažují nad výhodami. Autoři zmiňují základní znak této definice zneužívání, čímž je nerovnováha mezi pozitivními (přínosy) a negativními (riziky) účinky příslušného léku ve vztahu k jeho konkrétní indikaci na úrovni jednotlivých případů i na úrovni veřejného zdraví“ (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012).

Na poli adiktologie se pro zneužívání omamných a psychotropních látek používá také pojem abusus či abúzus. Nejčastěji se pojmem označuje nadměrné užívání, nadužívání či zneužívání. Terminologie zde rovněž není jednotná (podrobněji viz kapitola 2.5.4 Zneužívání a abusus).

Pro účely této práce se budu držet české terminologie a pojmu zneužívání léku dle RVKPP, kterou výše zmiňuji jakožto zastřešující definici.

2.2 Charakteristika sedativ a hypnotik

Mezi sedativa a hypnotika se řadí látky působící tlumivě na centrální nervovou soustavu. Tyto látky utlumují ascendentní aktivační systém retikulární formace a způsobují tak pokles lucidity i vigility vědomí. Vyšší koncentrace těchto látek může způsobit další útlum centrální nervové soustavy a navodit stav podobný spánku. Jako hypnotika jsou nazývána léčiva se schopností navodit spánkový stav. Účinek je u některých látek v závislosti na velikosti dávky lineární. Může tak dojít při zvyšování dávky k celkové anestezii organismu až k letalitě. Některé látky ze skupiny sedativ a hypnotik působí v limbickém systému a vyvolávají pokles duševní tenze, mají anxiolytický účinek. Tyto psychofarmaka pak patří do skupiny léčiv označované jako anxiolytika. Hranice mezi léčivy není jednoznačná a může záviset například na velikosti použité terapeutické dávky (Kalina et al., 2015; Lincová & Farghali, 2007).

Sedativa a hypnotika lze dělit odlišnými způsoby, například dle chemické struktury, účinku, způsobu podání apod. Přikláním se k dělení dle jednotlivých generací, které v sobě nese historické, vývojové aspekty a dělení s využitím Anatomicko-terapeuticko-chemické klasifikace léčiv (ATC klasifikace).

Sedativa a hypnotika můžeme dělit následovně:

- I. generace - především barbituráty a některé další látky (např. antipsychotika);
- II. generace - benzodiazepiny (relativně selektivní působení na Ω receptory GABA komplexu);
- III. generace - selektivní agonisté Ω_1 receptorů, Z-léky, Z-drugs;
- IV. generace - agonisté melatoninových receptorů;

Jiná sedativa a hypnotika - například antihistaminika, sedativa a hypnotika rostlinného původu např. kozlík lékařský apod. (Brunton et al., 2017; Hynie, 2001; Lattová, 2009; Lincová & Farghali, 2007; Nechanská, Mravčík & Popov, 2012).

ATC klasifikace je mezinárodní systém třídění léčiv používaný od roku 1976 Světovou zdravotnickou organizací (WHO) s cílem umožnit unifikovanou klasifikaci léčiv. Účinné látky jsou v ATC klasifikaci rozděleny do skupin dle orgánových systémů, na něž působí, a dále podle jejich terapeutických, farmakologických a chemických vlastností. Léky jsou zařazeny do skupin v pěti různých úrovních, kde každé léčivo má svůj ATC kód, který obsahuje kombinaci písmen a čísel (WHOCC, 2018). Princip ATC klasifikace shrnuje Tabulka 1.

Tabulka 1: Princip ATC klasifikace

ATC kód					Popis	Příklad
C	N	C	C	N	dvě číslice - účinná látka	N05CF02 - zolpidem
					jedno písmeno - chemoterapeutická skupina	N05CF02 - léčiva podobná benzodiazepinům
					jedno písmeno - indikační skupina	N05CF02 - hypnotika a sedativa
					dvě číslice - hlavní terapeutická skupina	N05CF02 - psycholeptika
					jedno písmeno - anatomická skupina	N05CF02 - centrální nervový systém

Zdroj: vlastní zpracování

Hypnotika a sedativa nesou v ATC klasifikaci kód N05C, kdy písmeno N značí anatomickou skupinu - nervový systém, dvojčíslí 05 označuje hlavní terapeutickou skupinu - psycholeptika a písmeno C indikační skupinu (terapeuticko-farmakologickou podskupinu), viz Obrázek 1.

Obrázek 1: Zařazení hypnotik a sedativ v ATC klasifikaci

- ▣ **N: NERVOVÝ SYSTÉM**
 - ▣ **N01: ANESTETIKA**
 - ▣ **N02: ANALGETIKA**
 - ▣ **N03: ANTIPILEPTIKA**
 - ▣ **N04: ANTIPARKINSONIKA**
 - ▣ **N05: PSYCHOLEPTIKA**
 - ▣ **N05A: ANTIPSYCHOTIKA, NEUROLEPTIKA**
 - ▣ **N05B: ANXIOLYTIKA**
 - ▣ **N05C: HYPNOTIKA A SEDATIVA**
 - ▣ **N06: PSYCHOANALEPTIKA**
 - ▣ **N07: JINÁ LÉČIVA NERVOVÉHO SYSTÉMU**
- ▣ **P: ANTIPARAZITIKA, INSEKTICIDY A REPELENTY**
- ▣ **R: RESPIRAČNÍ SYSTÉM**
- ▣ **S: SMYSLOVÉ ORGÁNY**
- ▣ **V: RŮZNÉ PŘÍPRAVKY**

Zdroj: SÚKL, 2010; upraveno

Dle ATC klasifikace mezi sedativa a hypnotika patří 9 chemoterapeutických skupin (viz Obrázek 2).

Obrázek 2: Chemoterapeutické skupiny sedativ a hypnotik

- ▣ **N05C: HYPNOTIKA A SEDATIVA**
 - ▣ **N05CA: BARBITURÁTY, SAMOTNÉ**
 - ▣ **N05CB: BARBITURÁTY, KOMBINACE**
 - ▣ **N05CC: ALDEHYDY A DERIVÁTY**
 - ▣ **N05CD: BENZODIAZEPINOVÉ DERIVÁTY**
 - ▣ **N05CE: DERIVÁTY PIPERIDINDIONU**
 - ▣ **N05CF: LÉČIVA PODOBNÁ BENZODIAZEPINŮM**
 - ▣ **N05CH: AGONISTÉ MELATONINOVÝCH RECEPTORŮ**
 - ▣ **N05CM: JINÁ HYPNOTIKA A SEDATIVA**
 - ▣ **N05CX: HYPNOTIKA A SEDATIVA V KOMBINACI, KROMĚ BARBITURÁTŮ**

Zdroj: SÚKL, 2010

V kontextu práce se budu nejvíce zaměřovat na skupiny N05CD - benzodiazepinové deriváty (sedativa a hypnotika II. generace) a N05CF - léčiva podobná benzodiazepinům (sedativa a hypnotika III. generace, Z-léky, Z-drugs).

2.2.1 Barbituráty - Sedativa a hypnotika I. generace - N05CA

Do skupiny sedativ a hypnotik I. generace se řadí převážně barbituráty (např. hexobarbital), které se rovněž používaly jako antiepileptika (např. fenobarbital) a celková anestetika (např. thiopental). V nízkých dávkách mají barbituráty sedativní účinek, ve vyšších dávkách hypnotický (Hynie, 2001; SÚKL, 2010).

Barbituráty jsou deriváty kyseliny barbiturové (cyklické ureidy). Tuto kyselinu poprvé syntetizoval německý vědec Adolf von Baeyer v roce 1863. Uvedením přípravku Veronalu pak v roce 1903 začala éra barbiturátů (Lattová, 2009). Tyto léky byly zneužívány hlavně v období po 2. světové válce, spolu také s dalšími látkami (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012).

Preskripce barbiturátů byla omezena pro značné riziko vzniku závislosti, toxicity, nežádoucích účinků a letality při jejich předávkování. Po delší době užívání a jejich náhlém vysazení dochází ke vzniku život ohrožujícího abstinčního syndromu, který může být doprovázen deliriem a epileptickými paroxysmy (Nemeroff, 2003). Podávání barbiturátů je dnes vzácné, ale mohou být součástí lékových směsí, např. Alnagon (Nešpor K. , 2010). Barbituráty, které patří převážně do I. generace sedativ a hypnotik byly nahrazeny novějšími léky, jež mají prokazatelně výhodnější vlastnosti. Riziko vzniku syndromu závislosti a jiných komplikací je u dalších generací sedativ a hypnotik menší než u barbiturátů (Raboch & Zvolský, 2001).

Z nebarbiturátových hypnotik I. generace se uchoval chlormetiazol vhodný zejména pro geriatrické nemocné (používaný také při léčbě predelirantních stavů u pacientů závislých na alkoholu), zatímco například glutetimid a metachalon ztratily na významu (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012).

2.2.2 Benzodiazepinové deriváty - Sedativa a hypnotika II. generace - N05CD

Benzodiazepiny (BZD) jsou látky s anxiolytickým, sedativním, hypnotickým, antikonvulzivním, myorelaxačním a amnestickým účinkem. Byly objeveny v roce 1957 rakouským vědcem Leo Sternbachem. Zprvu byly odbornou veřejností pokládány za bezpečný analog vůči barbiturátům, postupně se však s empirickým výzkumem začaly objevovat méně optimistická zjištění spojená zejména s nezanedbatelně vysokým potenciálem závislosti. V současnosti představují jednu z nejčastěji předepisovaných skupin psychofarmak, především pro svou rychlou a značně specifickou účinnost. Můžeme je dělit několika způsoby, například podle typu dominantního žádoucího účinku na anxiolytika, sedativa a hypnotika, antiepileptika či myorelaxancia. Benzodiazepiny působící prostřednictvím GABA receptorů mají odlišné farmakokinetické vlastnosti v závislosti na chemické struktuře jednotlivých látek. Účinek benzodiazepinů nastupuje rychle, mezi 30-60 minutami, proto bývají předepisovány mimo jiné pro různé úzkostné stavy. Častá indikace pro předepsání benzodiazepinů jsou problémy se spánkem, usínáním, ale i neklid, strach či nadměrný stres. Jsou také velmi efektivní u léčby epilepsie a alkoholových odvykacích stavů. Nicméně se nedoporučují k dlouhodobému či rutinnímu užívání v souvislosti s vznikem závislosti a jinými nežádoucími účinky. (Čížek, 2002; Kalina et al., 2015; Lader, Tylee & Donoghue, 2009; Lincová & Farghali, 2007; Prokeš, 2005; Torgeson, 2019; Watt, 2019).

ATC klasifikace řadí do chemoterapeutické skupiny benzodiazepinových derivátů 15 jednotlivých účinných látek viz Obrázek 3.

Obrázek 3: Benzodiazepinové deriváty - konkrétní účinné látky

☐ N05CD: BENZODIAZEPINOVÉ DERIVÁTY

- N05CD01: FLURAZEPAM
- N05CD02: NITRAZEPAM
- N05CD03: FLUNITRAZEPAM
- N05CD04: ESTAZOLAM
- N05CD05: TRIAZOLAM
- N05CD06: LORMETAZEPAM
- N05CD07: TEMAZEPAM
- N05CD08: MIDAZOLAM
- N05CD09: BROTIZOLAM
- N05CD10: KVAZEPAM
- N05CD11: LOPRAZOLAM
- N05CD12: DOXEFAZEPAM
- N05CD13: CINOLAZEPAM
- N05CD14: REMIMAZOLAM
- N05CD15: NIMETAZEPAM

Zdroj: SÚKL, 2010

Benzodiazepiny můžeme také dělit do skupin dle intenzity jejich působení a rychlosti eliminace z organismu (uvádím i příklady obchodních názvů léčiv):

1. vysoce účinné s krátkým poločasem:
 - I. alprazolam (Neurol®, Xanax®, Alprax®);
 - II. lorazepam (Ativan®);
 - III. triazolam (Halcinon®);
2. vysoce účinné s dlouhým poločasem:
 - I. clonazepam (Rivotril®, Ravotril®, Rivatril®, Klonopin®, Lonazep®, Zapiz®);
3. slabší účinky s krátkým poločasem
 - I. oxazepam (Aleпам®, Medopam®, Murelax®, Noripam®, Ox-Pam®, Purata®, Serax®, Serepax®);
 - II. temazepam (Restoril®);
4. slabší účinky s dlouhým poločasem:
 - I. chlórdiazepoxid (Angirex®, Klopoxid®, Novapam®, Tropium®);
 - II. clorazepate (Tranxene®);
 - III. diazepam (Diazepam®, Seduxen®);
 - IV. flurazepam (Čížek, 2002; Marek et al., 2019; Lincová & Farghali, 2007; SÚKL, 2010).

Nechanská, Mravčík & Popov (2012) mezi benzodiazepinová sedativa a hypnotika II. generace řadí hlavně nitrazepam (např. Nitrazepam®), midazolam (např. Dormicum®), flunitrazepam (např. Rohypnol® - v ČR již není distribuován), quazepam (např. Doral®, Dormalin®) a další.

Také uvádí, že jiným dělením benzodiazepinových sedativ a hypnotik může být rozdělení na:

- benzodiazepiny se silným účinkem hypnotickým a slabým anxiolytickým (triazolam, midazolam, flunitrazepam, nitrazepam a flurazepam);
- benzodiazepiny se silným účinkem anxiolytickým a slabším hypnotickým (diazepam).

2.2.3 Léčiva podobná benzodiazepinům (Z-léky) - Sedativa a hypnotika III. generace - N05CF

ATC klasifikace označuje III. generaci sedativ a hypnotik jako léčiva podobná benzodiazepinům (SÚKL, 2010). Můžeme se setkat také s názvy: nebenzodiazepinová hypnotika, Z-léky, Z-drugs. Do klinické praxe byly zavedeny v 90. letech minulého století. Zpočátku byly označeny za nenávyková hypnotika. V souvislosti s jejich masivním užíváním jsou popisovány závažné nežádoucí účinky, jako deliriózní stavy a případy vzniku velmi těžko řešitelné závislosti. Aktuálně představují Z-léky nejčastěji předepisovaná hypnotika na světě. Představují látky nebenzodiazepinové chemické struktury, které však působí prostřednictvím benzodiazepinového receptoru - jedná se o selektivní agonisty $\Omega 1$ receptorů. Biologický poločas eliminace Z-léků je přibližně 0,5–7 h (Huedo-Medina et al., 2012; Nechanská, Mravčík & Popov, 2012; Šonka, 2003).

Z-léky se dnes považují za léky první volby k ovlivnění akutní nespavosti. Zkracují latenci usnutí, zvyšují efektivitu spánku, prodlužují jeho trvání, snižují počet a délku nočních probuzení a zlepšují pocit osvěžení nočním spánkem, navozují spánek nejbližší fyziologickému, nepotlačují REM spánek, neovlivňují tedy strukturu spánku. Je však nutné Z-léky podávat časově omezenou dobu (maximálně však 4 týdny) a zvolit decrescendové dávkování. (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012; Příhodová, 2017; Šonka, 2003).

ATC klasifikace řadí do chemoterapeutické skupiny léčiv podobných benzodiazepinům 4 jednotlivé účinné látky viz Obrázek 4.

Obrázek 4: Léčiva podobná benzodiazepinům - konkrétní účinné látky

☐ **N05CF: LÉČIVA PODOBNÁ BENZODIAZEPINŮM**

N05CF01: ZOPIKLON

N05CF02: ZOLPIDEM

N05CF03: ZALEPLON

N05CF04: ESZOPIKLON

Zdroj: SÚKL, 2010

Zde uvádím příklady obchodních názvů jednotlivých léčiv:

1. zolpidem (např. Hypnogen®, Stilnox®, Sanval®, Adorma®);
2. zopiclon (např. Zopiklon®, Imovane®);
3. zaleplon (např. Sonata®, Zerene®)
4. eszopiklon (Esogno®, Lunesta®) (Lattová, 2009; SÚKL, 2010).

2.2.4 Agonisté melatoninových receptorů - Sedativa a hypnotika IV. generace - N05CH

Mezi agonisty melatoninových receptorů patří melatonin, ramelteon a tasimelteon (SÚKL, 2010). V České republice je registrovaný melatonin s prodlouženým uvolňováním. Tasimelteon ani ramelteon v České republice nejsou dostupné. Melatonin s prodlouženým uvolňováním se doporučuje jako léčba první volby právě u dospělých nad 55 let (Matheson & Hainer, 2017).

Melatonin je hormon tvořený převážně během noci v epifyze. Jeho hlavním úkolem je přenos informace o rytmu světla a tmy do celého organismu. Melatonin se podílí na regulaci cirkadiánního (opakujícího se přibližně jednou denně, trvajícího přibližně den) i celoročního rytmu (střídání období léta a zimy). Hladiny melatoninu jsou silně závislé na střídání světla a tmy. Jeho produkce je největší právě během tmy a maxima dosahuje okolo třetí hodiny v noci. Schopnost tvorby melatoninu se s narůstajícím věkem postupně snižuje. To může být považováno za jeden z důvodů zvýšeného výskytu

poruch spánku ve vyšším věku. Je popisováno, že až 65 % osob starších 65 let trpí příznaky nespavosti. Úprava hladiny melatoninu v krvi pak na podkladě klinických studií vede u těchto osob k optimalizaci spánkového schématu a k jeho zvýšené kvalitě. Aplikací melatoninu lze spánek navodit, resp. jeho začátek uspišit. Je tak možné léčit některé poruchy cirkadiánního rytmu a insomnií. (Brunton et al., 2017; Frank et al., 2017; Claustrat & Leston, 2015).

Metaanalýza *Melatonin for the Treatment of Primary Sleep Disorders*, při níž byly vyhledány v PubMed randomizované, placebem kontrolované studie zkoumající účinky melatoninu na léčbu primárních poruch spánku, ukazuje, že díky melatoninu lze uspišit začátek spánku. Melatonin také zvyšuje dobu spánku a zlepšuje jeho celkovou kvalitu. V klinických studiích nebyly pozorovány žádné negativní účinky melatoninu na lidské zdraví a neprokázaly, že by kontinuální podávání melatoninu vedlo k jeho toleranci (Ferracioli-Oda et al., 2013). Melatonin může hrát významnou roli v léčbě nespavosti vzhledem k jeho minimálním vedlejším účinkům, avšak je potřeba provést více výzkumů zaměřujících se hlavně na jeho dlouhodobé užívání a stanovit jednotná doporučení v rámci účinného užívání.

2.3 Indikace sedativ a hypnotik

Sedativa a hypnotika I., II. a III. generace působí tlumivě na centrální nervovou soustavu, při vyšší koncentraci způsobují útlum CNS a navozují stav podobný spánku. Látky patřící do této skupiny mohou mít účinek sedativní, hypnotický, anxiolytický, antikonvulzivní, antiepileptický, antipsychotický či myorelaxační. Od toho je odvíjené jejich využití a používají se tedy v pestré škále indikací. Jsou jimi například premedikace před chirurgickým výkonem, insomnie, úzkostné poruchy a neklid, agitovanost, excitace, zvýšené psychomotorické tempo, intoxikace psychoaktivními látkami. V souvislosti se zneužíváním těchto léků převažují indikace spojené s poruchami nespavosti a úzkostnými stavy, proto se na ně v této práci zaměřím (Kalina et al., 2015; Lincová & Farghali, 2007; Papežová, 2014).

2.3.1 Poruchy spánku

Spánek lze definovat jako stav organismu vyskytující se rytmicky. Je charakterizovaný:

- sníženou pohybovou aktivitou;
- sníženou reaktivitou na vnější podněty;
- typickými změnami aktivity mozku zjištěnými elektroencefalografií;
- sníženou kognitivní činností (Vašutová, 2009).

Spánek není uniformní děj, rozlišujeme dva typy spánku, a tím je spánek REM a spánek NREM. Architektura spánku označuje střídání jednotlivých spánkových stadií. Typický noční spánek sestává u ze 4 až 6 alternujících cyklů NREM a REM spánku v zhruba 90minutových intervalech, které na sebe plynule navazují. S věkem ubývá hlubokých spánkových stadií NREM spánku a REM spánku, na druhou stranu přibývá krátkých probuzení.

K hodnocení spánkových stadií se používá polysomnografické vyšetření, které zahrnuje monitorování elektroencefalografem (EEG), elektrookulografem (EOG) a elektromyografem (EMG) svalů brady (Vašutová, 2009).

Ve spánku strávíme téměř 1/3 našeho života. Spánek velmi citlivě reaguje na fyziologické změny (těhotenství, stáří) či patologické změny v organismu (duševní, somatická onemocnění). Spánková deprivace vede k celkovému zhoršení všech funkcí organismu, klesá výkonnost a schopnost učit se, objevují se neurologické potíže. Poruchy spojené se spánkem a usínáním jsou v některých případech natolik závažné, že mohou vážně narušovat běžné fungování jedince.

Klasifikace nespavosti (insomnie) podle The International Classification of Sleep Disorders (American Academy of Sleep Medicine, 2001):

- 1) Insomnie z poruchy přizpůsobení, akutní insomnie
- 2) Psychofyziologická insomnie, primární insomnie
- 3) Paradoxní insomnie, mispercepce spánková
- 4) Idiopatická insomnie
- 5) Insomnie způsobená duševní poruchou
- 6) Neadekvátní spánková hygiena
- 7) Insomnie způsobená užíváním léků/látek
- 8) Insomnie způsobená somatickým stavem, organická insomnie
- 9) Neorganická, nespecifikovaná insomnie
- 10) Fyziologická (organická) insomnie, nespecifikovaná

Insomnie je nejčastější porucha spánku, kvůli které lidé vyhledávají odbornou pomoc. Insomnie je definována jako stav, kdy je spánek vnímán nemocným jako přerušovaný, krátký, nedostatečný, neosvěžující či obtížně dosažitelný. Podle WHO se jedná o ztížené usínání (delší než 30 min.), opakované noční probuzení (více než 3x za noc), předčasné ranní probuzení a nemožnost opětovného usnutí, neosvěžující spánek více než 3x do týdne a déle než 1 měsíc, značně obtěžující pacienta a/nebo interferuje s jeho normálním fungováním v každodenním životě. Insomnie, která se vyvíjí jako důsledek kombinace naučené asociace pocitů a představ se somatizovanou tenzí, se nazývá psychofyziologická (naučená). Je nejčastější formou, zabraňuje spánku a usínání (Moráň, 2009; Vašutová, 2009; Závěšická, 2014). Nespavost může mít různé příčiny, stručný přehled viz Obrázek 5.

Obrázek 5: Příčiny nespavosti (stručný přehled)

- nespavost naučená – psychofyziologická
- pseudoinsomnie
- v rámci depresivního syndromu
- v rámci úzkostně depresivního či úzkostného syndromu
- v rámci psychotického stavu různé etiologie
- v rámci delirantního stavu
- v rámci stavu spojeného s užíváním či vysazováním psychoaktivních látek (hypnotika benzodiazepinového i non-benzodiazepinového typu, analgetika, drogy)
- bolestivé stavy, pruritus, respirační či kardiální potíže, vertebrogenní potíže
- organické postižení mozku včetně demence
- užívání medikamentů narušujících spánek, např. sympatomimetika, antidepresiva, theophyllin

Zdroj: Borzová, 2005

Porucha postihuje 35 % Američanů a 25 % obyvatel západní Evropy (data pro Francii, Spojené království, Itálii, Německo). Výjimku tvoří např. Norsko, kde je výskyt nespavosti 11,7 %. V Číně je prevalence nespavosti 15 % a v Rusku je popisována u 49 % mužů a 51 % žen žijících v Moskvě a u 49,3 % mužů a 26,7 % žen ve Voroněži. I v České republice patří nespavost k nejčastějším poruchám spánku a její prevalence se odhaduje na 5-35 % (Kec et al., 2020).

Zajímavý pohled na nespavost je jako na subjektivní hodnocení. Předpokladem diagnostiky nespavosti je objektivizace subjektivního sdělení a zaměření se na etiologii nespavosti a jejích důsledků. Je velmi individuální, jak se jedinec s nespavostí trvající déle než týden vyrovnává. Lidé, kteří v minulosti trpěli depresivními či úzkostnými stavy se hůře vyrovnávají s nespavostí. Nespavost bývá iniciálním příznakem deprese a naopak. Dlouhodobá nespavost s sebou přináší sekundární depresivní anebo úzkostně depresivní syndrom. Vztah mezi depresivní poruchou a spánkem je velmi úzký (Borzová, 2005).

Léčebné intervence by měly vycházet z komplexní a podrobné diagnostiky, měla by být kromě farmakoterapie uplatňována psychoterapie, ale i spánková hygiena, léčba základní nemoci, změna životního stylu a stravování, farmakoterapie (viz Tabulka 2). Jen intermitentně je vhodné podávat sedativa a hypnotika se závislostním potenciálem (Moráň, 2009; Vašutová, 2009; Závěšická, 2014).

Tabulka 2: Charakteristiky hypnotik a sedativ podle vlastností v léčbě insomnie

Míra hypnotického účinku	
Mírný	medazepam
Střední	alprazolam, diazepam, oxazepam, tofisopam
Velký	cinolazepam, flunitrazepam, midazolam, nitrazepam, triazolam, zolpidem, zopiclon
Trvání účinku	
Krátkodobé	cinolazepam, midazolam, triazolam, zolpidem, brotizolam, zopiclon
Střednědobé	nitrazepam, flunitrazepam, oxazepam, temazepam
Dlouhodobé	diazepam, flurazepam, quazepam
Anxiolytický účinek	
Mírný	nitrazepam, flunitrazepam, zolpidem, zopiclon
Střední	chlordiazepoxid, oxazepam, tofisopam
Velký	alprazolam, diazepam, medazepam
Myorelaxační účinek	
Malý	cinolazepam, chlordiazepoxid, flunitrazepam, medazepam, midazolam, nitrazepam, oxazepam, tofisopam, triazolam, zolpidem, zopiclon
Střední	alprazolam
Velký	diazepam

Zdroj: Moráň, 2009

Přehled léčebných možností při insomnii zahrnuje také behaviorální léčbu, relaxační léčbu, léčbu omezováním spánku, kognitivní léčbu, ale také přírodní léčbu. Ta zahrnuje autohypnózu, použití homeopatických léků, bylinných léčivých prostředků, květinových léků, aromaterapii a reflexologii (Moráň, 2009).

2.3.2 Úzkostné stavy

Úzkost vzniká jako reakce na stres. Jedná se o emoci charakterizovanou nepříjemným stavem vnitřního neklidu, často doprovázeným somatickými projevy. Zahrnuje subjektivně nepříjemné pocity strachu (Lewis & Haviland-Jones, 2000; Bouras & Holt, 2007). Úzkostné poruchy se liší od normální úzkosti či strachu tím, že se úzkostné stavy vyskytují v nadměrné míře nebo přetrvávají (obvykle u dospělého člověka trvají 6 měsíců a déle) (American Psychiatric Association, 2013).

Úzkostné poruchy patří do skupiny duševních poruch charakterizovaných nekontrolovatelnými pocity úzkosti a strachu, kvůli kterým bývají významně narušeny biologické, psychické a sociální funkce člověka. Existuje několik typů úzkostných poruch, může se jednat například o generalizované úzkostné poruchy, specifické fobie, sociální úzkostné poruchy, separační úzkostné poruchy, agorafobie či panické poruchy. Poruchu může diagnostikovat lékař na základě konkrétních, specifických příznaků, spouštěcích událostí a načasování (Craske & Stein, 2016).

Existuje řada způsobů a strategií léčby úzkostných poruch, které mohou vést ke zlepšení stavu pacienta, jeho chování a fungování v každodenním životě. Mezi léčebné metody kromě změny životního stylu, stravy, psychoterapie a jiných, například alternativních způsobů léčby patří medikamentózní léčba neboli farmakoterapie (Stein & Sareen, 2015). Přítomnost úzkostných poruch bývá indikací k preskripci anxiolytik. Odhadem přibližně 10 % populace ve vyspělých zemích užívá anxiolytika. Jak jsem již zmiňovala výše, některá sedativa a hypnotika mají také anxiolytický účinek. Mezi ně patří například benzodiazepiny, které se používají převážně k zvládnutí akutních úzkostných či panických stavů. Vzhledem k jejich závislostnímu potenciálu a jiným nežádoucím účinkům je však jejich užívání vhodné jen na počátku léčby. Například se mohou nasadit s antidepresivy, dokud se neprojeví jejich plný účinek, případně při masivní atace i v průběhu léčby. Jejich vysazování by mělo i v těchto případech probíhat postupně (Praško et al., 2006).

2.3.3 Další indikace sedativ a hypnotik

V emergentních stavech na akutní neklid mohou být indikovány sedativa a hypnotika, převážně benzodiazepiny. Bývají používány také pro agresivitu různého původu (např. mánie, schizofrenie, somatická onemocnění a další) či akatizii, svalové spazmy a spasticitu. Na poli emergentní adiktologie se používají při odvykacích stavech a v rámci detoxifikace (převážně alkoholové a lékové závislosti) (Hynie, 2001; Kalina et al., 2015; Lincová & Farghali, 2007).

Benzodiazepiny mohou mít další využití mohou jako antiepileptika. Epilepsií trpí přibližně 1 % dospělé populace v České republice. Diagnostika epilepsie je dána opakovaně se vyskytujícími epileptickými záchvaty, jež mohou být generalizovaného, či fokálního charakteru (Bušek, 2013). K léčbě epilepsie se mohou využívat léky jako lorazepam či klonazepam (Lincová & Farghali, 2007).

Tetrazepam, diazepam či klonazepam se používají jako myorelaxancia, jejich účinky vedou ke snížení svalového tonu. Benzodiazepiny mají své místo také v anesteziologii, a to například v případě sedativně anxiolytické přípravy pacienta na operaci nebo při úvodu do celkové anestezie intravenózní aplikací rychle účinkujícího a rychle odbourávaného benzodiazepinu (midazolam) (Ramešová, 2006).

2.4 Monitorování a analýza informačních a datových zdrojů o osobách užívajících/zneužívajících sedativa a hypnotika

Nejdříve bych ráda zmínila mezinárodní výzkumný projekt GENACIS (Gender, Alcohol and Culture: An International Study) z r. 2002. Jednalo se o rozsáhlou lékařsko-sociologickou studii, které se účastnila řada zemí Evropské unie a některé z asociovaných zemí. Výzkum se zaměřil na zjištění objektivního i subjektivního zdravotního stavu obyvatelstva a rozšířenost některých forem chování, které mohou zdraví ovlivňovat. V České republice byl dotazován reprezentativní vzorek 2 550 respondentů ve věku 18–64 let. Součástí projektu byly i otázky týkající se léků. Léky proti bolesti byly nejčastěji užívané. Během posledního roku je užilo 60 % respondentů, více než 7 % z nich užívalo tyto léky denně nebo několikrát týdně. Léky na spaní a uklidnění užívalo téměř 14 % osob a léky na povzbuzení více než 8 % osob. Ženy užívaly sledované léky více než muži. Největší rozdíl je patrný u léků proti bolesti, které během posledních 12 měsíců užilo 68 % žen a pouze 52 % mužů. Přibližně 18 % žen a 10 % mužů užívalo během sledovaného období léky na spaní a uklidnění, necelých 10 % žen a 7 % mužů léky na povzbuzení. Nejčastěji (denně nebo 1–4× týdně) během sledovaného období užívali respondenti léky proti bolesti, a to necelých 8 % žen a více než 6 %

mužů. Léky na uklidnění užívala denně nebo 1–4× týdně více než 4 % žen a 2 % mužů, léky na spaní 3 % žen a více než 1 % mužů. Se vzrůstajícím věkem plynule roste užívání léků. Léky na bolest a na spaní, uklidnění ve sledovaném období užilo více než 70 % osob ve věku 55–64 let. Se vzrůstajícím věkem rostla také frekvence užívání léků (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012).

Tabulka 3: Frekvence užití sledovaných léků v průběhu posledních 12 měsíců podle

Lék	Frekvence užití				
	nikdy	občas	1–2× měsíčně	1–4× týdně	denně
celkem					
proti bolestem	39,9	42,3	10,7	4,3	2,8
na spaní	86,2	9,8	1,9	1,6	0,6
na uklidnění	86,0	9,8	1,1	1,7	1,4
na povzbuzení	91,7	6,1	0,5	0,6	1,0
muži					
proti bolestem	48,0	39,9	5,9	3,2	3,0
na spaní	90,0	7,9	0,8	0,8	0,5
na uklidnění	90,8	6,3	0,9	1,0	1,0
na povzbuzení	93,2	5,1	0,5	0,3	0,9
ženy					
proti bolestem	32,0	44,6	15,3	5,5	2,7
na spaní	82,4	11,7	2,9	2,3	0,7
na uklidnění	81,4	13,2	1,2	2,4	1,8
na povzbuzení	90,4	7,1	0,6	0,8	1,1

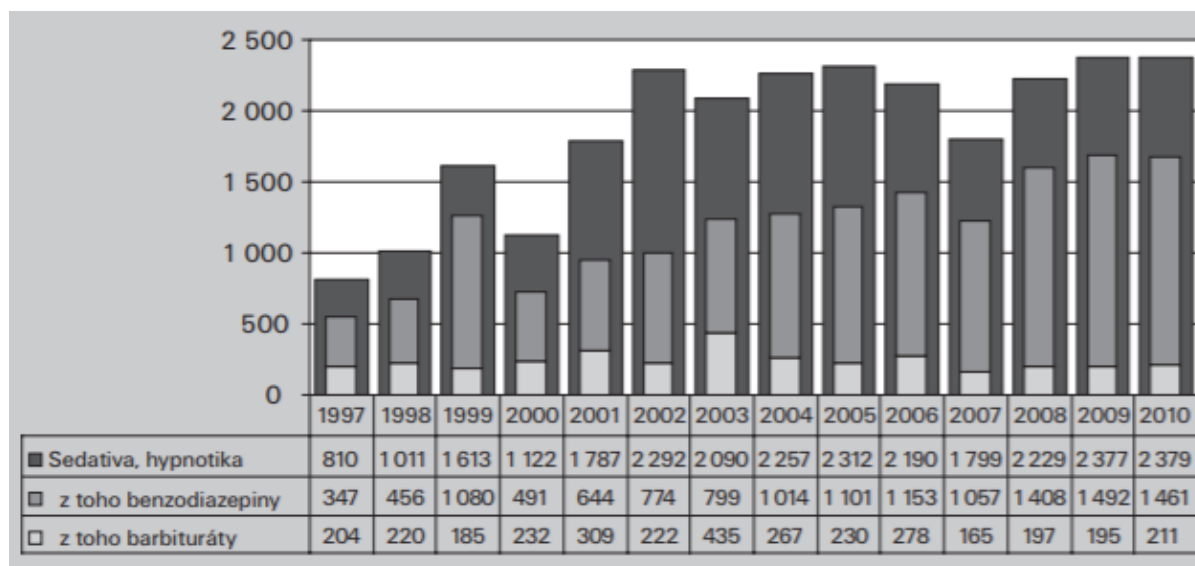
Zdroj: Nechanská, Mravčík & Popov, 2012

V České republice využíváme ke sběru a zpracování zdravotnických údajů a informací, k vedení Národních zdravotních registrů a realizaci výběrových šetření zaměřených na zdravotní stav obyvatel ČR Národní zdravotnický informační systém (NZIS). Systém je koordinovaný ÚZIS, což je základním účelem a předmětem jeho činnosti. NZIS je naplňován údaji z Programu statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví, Národních zdravotních registrů a informačních systémů jiných institucí, jako např. z informačních systémů orgánů ochrany veřejného zdraví, Státního zdravotního ústavu v Praze, Českého statistického úřadu a dalších. Zdrojem informací o ambulantní péči o pacienty užívající psychoaktivní látky jsou údaje z pravidelného ročního sběru dat v rámci Programu statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví, konkrétně z ročního výkazu o činnosti zdravotnických zařízení oboru psychiatrie. Počet léčených uživatelů psychoaktivních látek je od r. 1993 sledován. Skupiny návykových látek vycházejí z diagnóz spojených s poruchami způsobenými užíváním návykových látek definovaných v MKN-10 (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012).

Od r. 1997 se sledují zejména barbituráty a benzodiazepiny v rámci diagnostické skupiny F13 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik) prostřednictvím Programu statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví, konkrétně z ročního výkazu o činnosti zdravotnických zařízení oboru psychiatrie (období do r. 1989 je charakteristické nedostatkem informací o rozsahu užívání nelegálních drog). V roce 1997 tvořily barbituráty v rámci diagnózy F13 zhruba jednu čtvrtinu počtu pacientů užívajících hypnotika a sedativa léčených v psychiatrických ambulancích. Graf 1 ukazuje vývoj počtu pacientů užívajících hypnotika a sedativa léčených v psychiatrických ambulancích v letech 1997–2010. V roce 2010 tvořil počet pacientů užívajících barbituráty léčených v psychiatrických ambulancích oproti předchozím létům 9 % všech pacientů užívajících sedativa a hypnotika. Ženy tvořily 60 % celkového počtu pacientů léčených v

psychiatrických ambulancí pro problémy způsobené užíváním psychoaktivních léků, celkový počet se ztrojnásobil (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012).

Graf 1: Vývoj počtu pacientů užívajících hypnotika a sedativa léčených v psychiatrických ambulancích



Zdroj: Nechanská, Mravčík & Popov, 2012

Počet hospitalizací (data pochází z Národního registru hospitalizovaných) pro základní diagnózu F13 v letech 1994–2010 téměř plynule rostl a zvýšil se více než 3krát (ze 101 hospitalizací v r. 1994 na 306 v r. 2010) (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012).

Z dotazníkových studií v České republice v roce 2019 někdy užilo léky se sedativním a hypnotickým účinkem a/nebo léky s obsahem opioidů užívaných proti bolesti získané bez lékařského předpisu nebo užívané v rozporu s doporučením lékaře nebo lékárníka užilo někdy v životě 26,8 % dotázaných, 12,5 % je užilo v posledních 12 měsících. V posledních 30 dnech léky se sedativním a hypnotickým účinkem nebo léky s obsahem opioidů užívaných proti bolesti získané bez lékařského předpisu nebo užívané v rozporu s doporučením lékaře nebo lékárníka užilo 3,9 %, což představuje vyšší prevalenci než u konopí, které je nejrozšířenější nelegální drogou (Mravčík et al., 2020).

S rostoucím věkem se užívání psychoaktivních léků zvyšuje, užívání převažuje u populace nad 45 let a výše, také mezi ženami, a to potvrzují i zahraniční studie (Konečný, 2017; Olfson et al., 2015; Sonnenberg, 2012). V posledních letech nabývá na významu prodej drog v on-line prostředí a využívání kurýrních balíkových služeb k jejich distribuci. Dle Národního registru léčby uživatelů drog (NRLUD) byl počet žadatelů o léčbu kvůli závislosti na sedativech a hypnoticích v roce 2019 celkem 350 (Obrázek 6), z toho 160 lidí žádalo poprvé. V lůžkové psychiatrické péči bylo léčeno 514 pacientů pro poruchy způsobené užíváním sedativ a hypnotik, 219 pro poruchy způsobené užíváním opiátů. 477 pacientů bylo hospitalizováno z důvodu detoxifikace od sedativ a hypnotik, 359 pacientů z důvodu detoxifikace od opioidů (Mravčík et al., 2020).

Obrázek 6: Počet prvožadatelů o léčbu a počet všech léčených v NRLUD v r. 2019 podle primární drogy

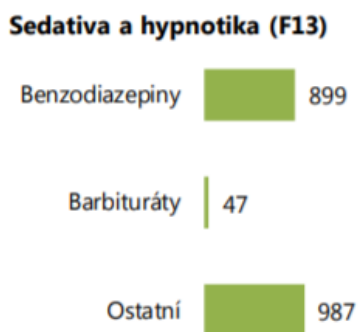
Sedativa a hypnotika, z toho:	160	350
> benzodiazepiny	108	219
> barbituráty	1	4
> hypnotika III. generace (tzv. Z-drugs)	47	109
> GHB/GBL	4	4
> jiná sedativa, hypnotika	0	14

Zdroj: Mravčík et al., 2020

U všech sledovaných návykových látek v rámci Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2019 je podíl mužů, kteří je užívají, vyšší než podíl žen, výjimku představují právě

sedativa a hypnotika, kde ženy tvoří téměř 64 %. V psychiatrických ambulancích bylo v roce 2019 léčeno 37 156 pacientů s problémy v souvislosti a návykovými látkami, z nichž 1933 pro poruchy způsobené užíváním sedativ a hypnotik, z toho 899 benzodiazepiny, 47 barbituráty a 987 ostatní (Obrázek 7). V lůžkové psychiatrické péči bylo léčeno 514 pacientů pro poruchy způsobené užíváním sedativ a hypnotik a 477 pacientů bylo hospitalizováno z důvodu detoxifikace. (Mravčík et al., 2020; ÚZIS, 2019a).

Obrázek 7: Pacienti v ambulantní psychiatrické péči podle jednotlivých látek v r. 2019



Zdroj: Mravčík et al., 2020

Za rok 2018 v léčbě závislosti na sedativech a hypnoticích byla poskytnuta podpůrná farmakoterapie v 56 % (ÚZIS, 2019a), což je nejvíce ze všech zkoumaných skupin závislostí. Detoxifikace byla poskytnuta ve 21 % případů a zahrnovala nejdelší průměrnou délku hospitalizace pro detoxifikaci ve srovnání s ostatními látkami, a to téměř 14 dnů (ÚZIS, 2019b).

Dle Konečného (2017) chybí údaje o spotřebě léků jak po skupinách, tak pokud jde o jednotlivé zástupce. V jeho článku *Užívání návykových sedativ a hypnotik v České republice a syndrom závislosti na těchto lécích z pohledu konziliárního psychiatra* se pokusil o provedení alespoň hrubého odhadu počtu pacientů závislých a škodlivě užívajících návyková sedativa a hypnotika na základě pravděpodobné spotřeby odvozené z dat o dodávkách jednotlivých preparátů. V České republice v roce 2016 byl počet osob zneužívajících sedativa a hypnotika odhadnut na 885 tis., z toho největší podíl tvořily osoby zneužívající alprazolam (např. Neurol®) – cca 270 tis. osob a zolpidem (např. Stilnox®) – cca 190 tis. osob. Podle Konečného (2017) ale pomoc vyhledává pouze malá část z těchto osob. Přepočty odhadovaného počtu uživatelů do věkových skupin zhruba i při určitém zkrácení odpovídají zahraničním sledováním ze srovnatelných zemí, kde se spotřeba pohybuje mezi 15 a 33% v populacích nad 65 let (Skotsko 33%, Francie 30%, Kanada a Španělsko 20%, Austrálie 15%). Jde o země západního civilizačního okruhu s obdobným systémem zdravotnictví.

Tabulka 4: Odhad počtu uživatelů BZD a Z-hypnotik

Odhad počtu uživatelů BZD a z-hypnotik	2011	2016
počet obyvatel ČR celkem	10 436 560	10 578 820
skupina obyvatel > 35	6 183 123	6 503 171
skupina obyvatel > 65	1 701 436	1 988 922
odhad počtu abuzérů celkem ze spotřeby	944 509	884 488
% abuzérů z celkového počtu obyvatel	9,05	8,36
% abuzérů přepočtené na skupinu > 35 let	15,27	13,60
% abuzérů přepočtené na skupinu > 65 let	55,51	44,47

Zdroj: Konečný, 2017

Tabulka 5: Odhad spotřeby alprazolamu z dat SÚKL o dodávkách do lékáren v ČR

Alprazolam (DDD je 1mg)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DDD celkem	29 997 370	28 065 120	27 093 663	26 594 955	26 044 398	25 790 333
mg za rok celkem	29 997 370	28 065 120	27 093 663	26 594 955	26 044 398	25 790 333
1 mg/pd/100	0,79	0,73	0,71	0,69	0,68	0,67
0,5 mg/pd/100	1,57	1,46	1,41	1,38	1,35	1,34
0,25 mg/pd/100	3,15	2,92	2,83	2,77	2,71	2,67

Zdroj: Konečný, 2017

Tabulka 6: Odhad spotřeby zolpidemu z dat SÚKL o dodávkách do lékáren v ČR

Zolpidem (DDD je 10mg)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DDD celkem	59 502 528	60 466 517	63 793 485	69 740 360	72 647 600	72 259 560
mg za rok celkem	59 502 528	60 466 517	63 793 485	69 740 360	72 647 600	72 259 560
20 mg/pd/100	0,78	0,79	0,83	0,91	0,94	0,94
10 mg/pd/100	1,56	1,57	1,66	1,81	1,89	1,87
5 mg/pd/100	3,12	3,15	3,33	3,63	3,77	3,74

Zdroj: Konečný, 2017

2.5 Rizika spojená s užíváním sedativ a hypnotik

Pod pojmem zdravotní riziko rozumíme pravděpodobnost poškození lidského zdraví účinkem expozice člověka určitému faktoru (chemickému, fyzikálnímu nebo biologickému) (Komárek et al., 2021).

Pokud dále v práci zmiňuji sedativa a hypnotika, hovořím zejména o skupině N05CD - benzodiazepinové deriváty (sedativa a hypnotika II. generace) a N05CF - léčiva podobná benzodiazepinům (sedativa a hypnotika III. generace, Z-léky, Z-drugs).

2.5.1 Nežádoucí účinky, kontraindikace a interakce s jinými látkami

Farmakoterapie je v současné době nejjednodušší a nejčastěji využívaná forma řešení psychických problémů, nicméně má řadu úskalí (Morán, 2009). Benzodiazepiny a Z-léky se doporučují předepisovat pro krátkodobé užívání právě z důvodu možných rizik. Vyššímu riziku jsou vystaveni lidé ve věku nad 65 let. Těhotné ženy by se měly užíváním těchto léků vyhnout zcela. Benzodiazepiny jsou plodem pomaleji metabolizovány, jejich užívání proto může vést k vrozeným vadám dítěte. Mezi nejzávažnější rizika pro plod a kojence patří úmrtí plodu, kongenitální malformace, předčasné porody, neonatální toxicita, intoxikace, abstinenční symptomy novorozenců a dlouhodobé neurobehaviorální následky, například opožděný vývoj centrálního nervového systému, kognitivní poruchy, poruchy vývoje, celkový útlum, váhový úbytek a dechový útlum kojenců. Dochází také k přechodu léků do mateřského mléka, ty přechází s mateřským mlékem do těla dítěte. Kromě útlumu dochází k velkému zatížení jater, ve kterých se benzodiazepiny metabolizují, a tak brání odbourávání důležitých látek, např. bilirubinu (Lincová & Farghali, 2007).

Další kontraindikací je akutní intoxikace alkoholem, hypnotiky, psychofarmaky a jinými látkami s tlumivým účinkem CNS. Také by se neměly užívat u lidí se závislostí na psychoaktivních látkách a u syndromu spánkové apnoe, míšňi či mozečkové ataxie, postižení jater a ledvin a chronické respirační insuficience (Hynie, 2001; Lincová & Farghali, 2007; Watt, 2019).

Benzodiazepiny a Z-léky vzhledem k jejich bezprostředním, ale i dlouhodobým účinkům mohou mít vliv na koordinaci pohybů, způsobit zmatenost, ospalost a amnézii, mění architekturu spánku. V některých případech mohou způsobit nepřátelské a agresivní chování. Je třeba pamatovat na vliv těchto farmak na paměť, vznik tolerance, vznik závislosti, problémy s vysazením, rebound fenomén po

vysazení (obnovení symptomů nebo určité nežádoucí aktivity, obvykle ve větší míře než původně) a změny chování a myšlení (Moráň, 2009; Watt, 2019).

Sumarizace základních akutních nežádoucích účinků benzodiazepinů:

Celková únava, ospalost, ovlivnění pozornosti - nastupuje již v terapeutických dávkách, nebezpečné je zejména prodloužení reakčního času a následné úrazy.

Zmatenost, ataxie, závratě, tendence k pádům - při vyšších dávkách může dojít ke ztrátě orientace. Intoxikovaný pak může být úzkostný, časté jsou i projevy agresivity, vzteku, euforizace či podrážděnost.

Narušení krátkodobé paměti - trvání převážně v období týkajícího se intoxikace. Postižení si někdy nepamatují celé týdny a měsíce svého života. Při jejich nadměrném užívání, resp. po jeho skončení, je velmi častým jevem také stesk.

Dechová nedostatečnost, hypotenze - zvláště po kombinaci s látkami tlumícími CNS.

Amotivační syndrom - souvisí s odstraněním strachu a úzkosti. Uživatel přestává mít potřebu řešit svou stávající složitou situaci. Obvykle zahrnuje apatii, ztrátu pracovní efektivity, zúžení kapacity k realizaci záměrů a dlouhodobých plánů, sníženou frustrační toleranci, roztěkanost a obtíže při vykonávání každodenních činností.

Výrazné snížení svalového napětí - vyskytuje se zvláště po vyšších dávkách (Lincová & Farghali, 2007).

Nežádoucí účinky Z-léků se výrazně neliší od těch u benzodiazepinů, patří mezi ně zejména závratě, ospalost, bolesti hlavy, anterográdní amnézie, halucinace, neklid, noční můry, průjem, nauzea, zvracení. Méně časté, ale nezanedbatelné, jsou stavy zmatenosti, podrážděnosti, diplopie. Při dlouhodobém užívání Z-léků může dojít i k rozvoji agresivity, paranoidní bludné produkci či halucinacím. Podobně jako u benzodiazepinů při současném podávání Z-léků není vhodná kombinace s alkoholem nebo jinými centrálně tlumícími psychofarmaky (sedativní antidepresiva, antipsychotika, anxiolytika, hypnotika). U lidí převážně starších 65 let může docházet k diferenciální diagnostice neurodegenerativních poruch (Chalany, 2014).

Dlouhodobé užívání sedativ a hypnotik II. a III. generace je spojována s vyšším rizikem úrazů převážně hlavy a zlomenin vyžadujících hospitalizace (Finkle et al., 2011; Lader, 2012; Lai et al., 2014; Olsson et al., 2015; Park et al., 2016). Užívání těchto léků vzhledem k nežádoucím účinkům (převážně ovlivnění pozornosti, ospalost, denní únava) má také negativní vliv na řízení motorových vozidel. Je prokázáno zvýšené riziko dopravních nehod (Hansen et al., 2015; Gustavsen et al., 2008; Lader, 2012).

2.5.2 Akutní intoxikace

Klinické příznaky akutní intoxikace jsou podobné intoxikaci alkoholem. Klinicky se akutní intoxikace projevuje:

- ospalostí;
- smazanou artikulací;
- svalovou hypotonií;
- nystagmem (rytmický konjugovaný kmitavý pohyb očních bulbů);
- nestabilní chůzí;
- špatnou koordinací pohybů (zejména u složitých úkolů, jako je řízení motorových vozidel);
- poškozením paměti („blackout“, okna);
- pokles krevního tlaku;

- zpomalení pulsu;
- útlumem dechového centra (může vést ke kómatu až smrti);
- myoklony (mimovolní rychlý nepravidelný nebo rytmický svalový záškub).

Psychiatrické projevy zahrnují zhoršenou pozornost, nevhodné chování, nestabilní náladu a zhoršený úsudek. S rostoucí tolerancí postupně dochází k dalšímu zhoršování úsudku a funkce mozku. Předávkování může mít za následek potlačení autonomního dýchání a může vést ke smrti z anoxického poranění mozku (nedostatečné okysličení). Dlouhodobé užívání sedativ a hypnotik může prohlubovat depresi a úzkosti. K předávkování zvláště benzodiazepiny dochází často, nicméně smrt jako následek užití samotných sedativ a hypnotik je vzácná. Vyšší riziko je u dětí a osob se zdravotními obtížemi, zejména s dýchacími a kombinace s jinými látkami (např. alkoholem). V kombinaci s jinými tlumivými látkami na CNS mohou i relativně malé dávky způsobit úmrtí (Kalina et al., 2003; Kalina et al., 2015; Lincová & Farghali, 2007; Šonka, 2003; Weaver, 2015).

Studie *Pharmaceutical overdose deaths* z roku 2013 ukázala, že benzodiazepiny představovaly téměř 30 % ze všech úmrtí na farmaceutické preparáty a 75 % úmrtí z předávkování bylo neúmyslných. Další studie *Zolpidem misuse with other medications or alcohol frequently results in intensive care unit admission* z roku 2011 ukázala, že byla nutná hospitalizace při používání zolpidemu v kombinaci s jinými léky, téměř v polovině případů vedla k přijetí na jednotku intenzivní péče kvůli hemodynamické nestabilitě nebo kvůli přetrvávajícímu zhoršenému duševnímu stavu jedince (Weaver, 2015).

V ČR v roce 2019 bylo zaznamenáno smrtelné předávkování psychoaktivními léky ve 42 případech, z toho ve 17 případech šlo o benzodiazepiny, v 16 případech o zolpidem samotný nebo v kombinaci s jinými léky, v 17 případech šlo o tramadol a v 1 případě o barbituráty (ÚZIS, 2020).

Léčebné intervence v rámci intoxikace a předávkování sedativy a hypnotiky viz kapitola 2.7.1 Terapie akutní intoxikace.

2.5.3 Tolerance a abstinční syndrom

Růst tolerance na návykovou látku (sedativa či hypnotika I., II. a II. generace) se projevuje zvyšováním množství užívané návykové látky, přičemž to jedinci způsobí podobný stav, který u něj dříve vyvolala dávka nižší. Jinými slovy, dávky, po kterých by člověk dříve nebyl schopen normálního fungování, musí užít, aby se necítil špatně (Nešpor, 2011).

Po náhlém odejmutí látky se může objevit abstinční (odvykací) syndrom. Odvykací stav začíná typicky 2. a 3. den po odnětí střednědobých benzodiazepinů, u dlouhodobě působících benzodiazepinů může být nástup až 5. nebo 6. den, podobně tomu může být u Z-léků. K nejčastějším příznakům odvykacího stavu patří podrážděnost, pocení, nauzea a zvracení, třes, bolesti hlavy, svalové napětí, dysforie, nespavost, tenze, palpitace. Tento stav může být podobný odvykacímu stavu po odnětí alkoholu. Závažné abstinční symptomy zahrnují deliria, stavy zmatenosti, epileptické záchvaty, křeče, psychotické stavy s halucinacemi či paranoiou. Může dojít i k život ohrožujícímu stavu končícímu smrtí. Pro prevenci rozvoje odvykacího stavu je nejdůležitější postupné snižování dávek (Kalina et al., 2015; Lincová & Farghali, 2007; Nešpor, 2010; Watt, 2019).

V případě odvykacího stavu po vysazení terapeutických dávek je někdy komplikované rozlišit:

1. Které příznaky jsou návratem původních symptomů, pro něž byla léčba započata (řadí se sem nejčastěji úzkostné symptomy, které se objevily znovu ve stejné nebo menší závažnosti než před vlastní terapií).
2. Které příznaky patří k tzv. rebound fenoménu. Jedná se o stav přechodného zhoršení původních symptomů, pro které léčba započala, obnovení symptomů, obvykle ve větší míře než původně. Nastává po vysazení léků. Nejčastěji se projevuje anxiétou, nespavostí, strachem a neklidem.

3. Které příznaky jsou nové v rámci odvykacího stavu (Kalina et al., 2015; Nešpor, 2010).

Léčebné intervence v rámci zvládnání abstinčních příznaků podrobněji viz kapitola 2.7.2 Detoxifikace.

2.5.4 Zneužívání a abusus

Vymezení pojmu zneužívání psychoaktivních léků se věnuji v kapitole 2.1 Zneužívání psychoaktivních léků.

Abusus (abúzus) je termín široce používaný v různém významu, nejčastěji se pojmem označuje nadměrné užívání, nadužívání či zneužívání, které v sobě zahrnuje předchozí dva významy (Švihovec et al., 2018). V Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM-V) je abusus psychoaktivních látek definován jako „maladaptivní vzorec užívání látky vedoucí ke klinicky významnému poškození nebo psychické úzkosti, projevených jednou (či vícekrát) v následujících 12. měsících:

1. Opakující se užití látky vedoucí k neplnění zásadních povinností v práci, škole nebo doma.
2. Opakující se užití látky v situacích, kdy je to fyzicky nebezpečné.
3. Opakující se právní problémy spojené s užíváním látky.
4. Pokračující užívání i přes trvalé nebo opakující se sociální či mezilidské problémy způsobené nebo obnovené efektem dané látky (American Psychiatric Association, 2013).

Kalina et al. (2001) v Glosáři pojmů píše k definici abusu toto: „V Úmluvách OSN se abusus týká jakékoliv spotřeby kontrolované látky bez ohledu na řídkost jejího užití. Termín abusus občas označuje jakékoliv užití vůbec, zejména nezákonných drog. Kvůli dvojznačnosti je tento termín používán v ICD-10 pouze pro látky, které nevyvolávají závislost. U látek vyvolávajících závislost doporučuje WHO ekvivalentní termín „škodlivé užívání“. Přesto se termín „látkové zneužívání“ (substance abuse) široce používá a obvykle se vztahuje na problémy spojené s užíváním psychoaktivních látek. Definice v ekonomických studiích nákladů definují abusus (zneužívání) jako každé užívání, které kromě nákladů na obstarání drogy zahrnuje též sociální náklady pro komunitu.“

Abúzus sedativ a hypnotik u běžné populace probíhá většinou per os, tedy orálně. K jinému způsobu aplikace dochází především u jedinců, u nichž není lék primární drogou. U uživatelů návykových látek bývají sedativa a hypnotika užívána jako doplněk jiných látek či v kombinaci. Může se jednat o užívání za účelem zvýraznění euforického efektu u alkoholu a opioidů či k navýšení stimulačního účinku kokainu či jiných stimulancií. Dochází také k abusu sedativ a hypnotik (převážně benzodiazepinů) v souvislosti se snahou uživatelů rozličných návykových látek potlačit abstinční syndrom (Kalina et al., 2015).

2.5.5 Syndrom závislosti

WHO (2008) rozlišuje k vymezení fenoménu zneužívání psychoaktivních léků pojmy škodlivé užívání a syndrom závislosti. Nastane-li v důsledku užívání léků k poškození fyzického či psychického zdraví nebo interpersonálních vztahů trvající minimálně měsíc, jedná se o škodlivé užívání dle MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů). Zejména u některých typů léčiv se při nadměrné a dlouhodobé konzumaci může vytvořit silná závislost, která ovlivňuje nejen zdraví, ale i schopnost zapojit se do běžného života. Závislost na léku odpovídá dle MKN-10 syndromu závislosti, který je charakterizován souborem behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance, a který typicky zahrnuje:

1. silné přání užít drogu;
2. porušené ovládnání při jejím užívání;

3. přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky;
4. priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky;
5. zvýšená tolerance pro drogu;
6. somatický odvykací stav (není podmínkou).

Nejméně tři příznaky by měly trvat alespoň měsíc nebo kratší období jednoho roku. U poruch duševních a poruch chování způsobených užíváním sedativ a/nebo hypnotik dle MKN-10 nese škodlivé užívání označení F13.1, syndrom závislosti pak označení F13.2.

V manuálu DSM-V najdeme poruchy spojené s užíváním látek zahrnující 10 samostatných skupin drog, mezi nimiž je kategorie: poruchy spojené s užíváním sedativ, hypnotik nebo anxiolytik. DSM-V nerozlišuje mezi škodlivým užíváním a závislostí. Uvádí, že problémový vzorec užívání sedativ, hypnotik nebo anxiolytik, který vede ke klinicky významnému narušení nebo nepohodě, se projevuje alespoň dvěma z následujících znaků v průběhu 12 měsíců:

1. jsou často užívána ve větších dávkách nebo po delší dobu, než bylo zamýšleno;
2. existuje trvalá touha či neúspěšná snaha omezit či kontrolovat je;
3. obstarávání, užívání a zotavování se z jejich účinků vyžaduje hodně času;
4. vyskytuje se bažení nebo silná touha po jejich užití;
5. v důsledku jejich problematického užívání dochází k zanedbávání povinností ve škole, zaměstnání nebo domácnosti;
6. setrvání v jejich užívání navzdory přetrvávajícím opakovaným potížím v sociální a mezilidské oblasti, které vznikly nebo se prohloubily jejich užíváním;
7. užívání vede ke snížení zájmu nebo úplnému vynechání sociálních, pracovních nebo zájmových činností;
8. opakovaný výskyt riskantního jednání ohrožujícího fyzické zdraví;
9. pokračování v jejich užívání navzdory přetrvávajícím opakovaným fyzickým nebo duševním potížím vyvolaným či zhoršeným jejich užíváním;
10. tolerance, definovaná jedním z následujících bodů:
 - a) potřeba výrazně vyššího množství sedativ, hypnotik nebo anxiolytik k dosažení intoxikace či požadovaného účinku;
 - b) výrazně sníženým účinkem při jejich užití;
11. odvykací stav nebo užití sedativ, hypnotik nebo anxiolytik s touhou zmírnit nebo vyvarovat se abstinčním příznakům (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-V rozlišuje tři úrovně závažnosti poruchy spojené s užíváním sedativ, hypnotik nebo anxiolytik:

1. mírná závažnost (přítomnost 2-3 příznaků) - 305.40 (F13.1);
2. středně těžká závažnost (přítomnost 4-5 příznaků) - 304.10 (F13.2);
3. těžká závažnost (přítomnost 6 a více příznaků) - 304.10 (F13.2) (American Psychiatric Association, 2013).

Léčbě závislosti se věnuji v kapitole 2.7.3 Léčba závislosti.

2.6 Faktory ovlivňující zneužívání sedativy a hypnotik

2.6.1 Bio-psycho-socio-spirituální model

Podle tohoto modelu je člověk vnímán v komplexním pojetí, které zahrnuje souhrn všech fyzických (biologických, tělesných), psychických, sociálních (společenských) a spirituálních (duchovních) aspektů, které společně tvoří lidskou osobu. Je nutné podotknout, že přestože tyto čtyři složky dokážeme popsat, teoreticky je od sebe oddělit a vytvořit jakýsi model, mnohdy se prolínají.

V bio-psycho-socio-spirituálním modelu zdraví a nemoci je nemoc komplexním výsledkem interakcí mezi faktory biologickými (genetická predispozice, strava, fyzická kondice), psychickými (osobnost, emoce, chování), sociálními (rodina, mezilidské vztahy, životní prostředí, kultura, socioekonomická situace) i spirituálními (víra, způsob vnímání vnitřního i vnějšího světa jedincem).

Výše popsané složky se zpětnovazebně ovlivňují. Je tedy velmi komplikované určit, kde je prvopočátek vzniku problému, nemoci. Mnohdy vnímáme symptomy, které se snažíme léčit (například bolest hlavy), což může být projevem komplexního problému vztahujícímu se ke všem složkám tohoto modelu.

Bio-psycho-socio-spirituální model se snaží poukázat a individuálně pracovat se všemi faktory, které se mohou podílet na vzniku problému - zneužívání či závislosti. Jednotlivé faktory se můžeme pokusit analyzovat, zkoumat je a integrovat do procesu řešení problému. Může se jednat o mnoho proměnných, mezi které patří například narušení dopaminového systému odměny, který je ovlivňován návykovými látkami, vliv rodiny, socioekonomické tlaky, podmiňování, schopnost přizpůsobovat se změnám apod. (Griffiths, 2005; Kalina et al., 2015).

Podle Kaliny et al. (2003) mezi biologické faktory můžeme řadit některé problematické okolnosti v těhotenství matky dítěte, okolnosti porodu, vývoj dítěte v porodním období, přítomnost traumat, nemocí apod.

Do psychologické složky můžeme zahrnout psychické prožitky, úroveň postrádání péče (péče o harmonický vývoj dítěte), vývoj a diferenciaci jeho potřeb, podpora v době dospívání a řešení objevující se patologie duševních poruch (deprese, úzkostné stavy, psychotická onemocnění apod.).

Mezi sociální oblast řadíme vlivy rodiny, vztahy s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Mezi tyto vlivy řadíme širokou škálu okolností - rasová příslušnost, společenský a ekonomický status rodiny, úroveň sociálního zabezpečení a prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá.

Mezi spirituální faktory řadíme to, co člověka přesahuje, k čemu se obrací jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji, jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec. Autoři Kalina et al. (2003) také pozorují inflaci potřeb spirituálního naplnění. Zmiňují, že ji pravděpodobně vyvolává celá řada jevů, mezi které patří nerefluktování spirituálních potřeb ve způsobu žití orientovaném převážně na konzumní uspokojení a absenci duchovních hodnot, dále i vnitřní proces, kdy „vědomí touží poznat samo sebe“ a potřeba po transcenci je hluboce vnitřní.

2.6.2 Sebededikace

Někteří lidé užívají sedativa a hypnotika předepsané pro specifické stavy a tím řeší jiné obtíže. Například mají předepsané benzodiazepiny na úzkostné stavy (panickou ataku) či Z-léky na nespavost, avšak užíváním těchto léků dochází ke zlepšení jiných obtíží. Může se jednat o navození spánku, zmírnění úzkosti ze stresových situací, zlepšení nálady nebo zvýšení energie. Toto chování může být považováno za formu samoléčby. U lidí, kteří uplatňují toto chování, se může rychleji vyvinout tolerance na předepsané terapeutické dávky sedativ/hypnotik. To může vést ke zvyšování dávek, zvláště v náročných životních situacích. Tento vzorec chování může přecházet závislosti a vědomému zneužívání, avšak není to totéž. Projevy vědomého zneužívání zahrnují například zvýšené projevy úzkosti, zhoršení nespavosti, odmítání přístupu k vnějším lékařským záznamům, odmítání snížit dávku, značné množství testů, konzultací a ošetření, které bylo provedeno s malým úspěchem, a především nedodržování diagnostických a léčebných doporučení. Pacient například může zvýšit svoji dávku léku, aby si sám vyléčil projevy úzkosti či deprese, nezneužívá alkohol či jiné návykové látky, ale neusiluje o euforické účinky (Weaver, 2015).

Studie z roku 2013 *Reasons for Misuse of Prescription Medication Among Physicians Undergoing Monitoring by a Physician Health Program* shrnuje důvody zneužívání léků na předpis mezi lékaři, které dělí do 5 hlavních skupin, z nichž převažuje užívání za účelem sebemedikace:

1. zvládání fyzické bolesti;
2. zvládání psychické bolesti a psychiatrických obtíží;
3. zvládání stresových situací;
4. rekreační účely s cílem změnit stav vědomí (zde se nejedná o sebemedikaci);
5. zmírnění odvykacího stavu (Merlo et al., 2013).

Sebemedikaci u pacientů je velmi náročné odhalit. V lékařské praxi je běžná somatizace psychických obtíží na fyzické, hranice mezi nimi není u mnoha pacientů jasně odlišná. Předepsáním sedativ/hypnotik může dojít k maladaptivnímu chování. Výzvou pro ošetřujícího lékaře je pomoci pacientům identifikovat základní (často nevědomé) důvody spoléhání se na jiné nevhodné účinky léčby a poté pomoci pacientovi řešit problémy zvládání příznaků, například úzkosti či deprese jinou cestou (Weaver, 2015).

2.6.3 Problematika geriatrické péče

Období stáří je označováno za poslední vývojovou etapu života jedince. Pro některé seniory může být zátěžové, a to z hlediska biologických, psychickým a sociálních změn. Tyto změny se vzájemně propojují a ovlivňují, avšak mohou být velmi individuální. V tom, jak je senior dokáže přijmout, vypořádat se s nimi, hraje důležitou roli osobnosti člověka, sociální prostředí, reakce okolí a možnosti pomoci seniorům (Dobrovolná, 2018).

Výrazné biologické změny postihují člověka právě ve vyšším věku. Mezi typické projevy stárnutí řadíme například úbytek svalové hmoty, změnu vzhledu, oslabení tělesných funkcí, atrofii tkání. Mezi psychické změny ve stáří řadíme změnu procesu chování, prožívání (intenzita emocí během rostoucího věku klesá), uvažování - ty jsou ovlivněny také biologicky, převážně úbytkem mozkové tkáně. Tyto změny ve stáří považujeme za normální, ale mohou být projevem vzniku řady onemocnění, které jsou ve stáří pravděpodobnější než v dospělosti. Na počátku může být obtížné odlišit běžné projevy stáří od projevů dané choroby. Dochází také k změnám kognitivním, převážně zhoršení krátkodobé paměti a smyslového vnímání (zejména zhoršení sluchu a zraku může být překážkou při jakýchkoli činnostech). To má vliv například na komunikaci s druhými lidmi, kdy při špatné senzorické vnímavosti mohou být podezíraví, nebo se cítit úzkostně či nejistě. Vzhledem k výše zmíněným změnám mohou být závažnější pády a úrazy. V neposlední řadě nastávají změny sociální, zásadní může být odchod do penze, což vede ke změně životního stylu. Dochází ke ztrátám blízkých lidí, partnera, často se senioři potýkají s osamělostí, finančními obtížemi, se ztrátou profesní role. Ve společnosti jsou považováni za neproduktivní skupinu, jež už nemá společnosti čím přispět a stává se na ní závislou. Nakládání s volným časem může být pro některé seniory velmi obtížné hlavně v případě osamělosti. Mnohdy člověk trpí po partnerově smrti depresemi, úzkostmi, somatickými onemocněními, může dojít k samotnému úmrtí po smrti partnera. Takováto událost zasáhne jak starého člověka, tak i dospělé děti - i když prožitek ztráty je rozdílný. Dospělé děti rovněž prožívají smutek, ale mají stále budoucnost před sebou na rozdíl od starého člověka, který může ztratit smysl života a není motivován k jakýmkoliv činnostem. Tyto změny nemusejí být ve stáří dobře snášeny. Nepříjemné psychické stavy s těmito změnami bývají zaléčeny psychofarmaky, významné jsou také poruchy spánku (Dobrovolná, 2018).

Léčiva potenciálně nevhodná ve stáří mohou prohlubovat věkem podmíněný deficit neuromediátorových systémů, čímž vedou ke vzniku „geriatrických“ symptomů a syndromů, do kterých patří závažné nežádoucí účinky zahrnující, např. kognitivní dysfunkce, polékové deprese, ortostatické hypotenze, polékový parkinsonismus apod. Sekundárním problémem bývá navíc chybné zhodnocení zmíněných reakcí, jež jsou častokrát mylně diagnostikovány jako nová onemocnění a zaléčeny dalším léčivem (preskripční kaskáda). Takový postup významným způsobem přispívá k

iracionální farmakoterapii. Bylo prokázáno, že reakce seniorů na podávání sedativních/hypnotických léčiv je významně vyšší než u pacientů středního věku, např. při užití krátkodobě i dlouhodobě působících benzodiazepinů (Topinková et al., 2007).

U starších osob je u užívání benzodiazepinů vyšší riziko nežádoucích účinků, zneužívání a závislosti, zhoršují se kognitivní funkce, dochází k útlumu přes den, narušení koordinace pohybů a zvýšené nebezpečí pádů a dopravních nehod. Dlouhodobé účinky benzodiazepinů a závislost na nich může připomínat demenci (pro potlačení behaviorálních symptomů demence mohou být předepsány a tím zhoršit její stav), depresi nebo úzkostné syndromy, může docházet k postupnému zhoršování. Zhoršené kognitivní funkce vlivem benzodiazepinů si lze splést s projevy stáří. Výhodou vysazení benzodiazepinů je zlepšení pozornosti a mobility, vnímání, snížené riziko inkontinence, pádů, zlomenin. Starším osobám by se měly benzodiazepiny předepisovat ještě s větší opatrností a jen krátkodobě, s nízkými dávkami (Bain, 200; Bogunovic & Greenfield, 2004; Allain et al., 2005; Jackson et al., 2009; Longo et al., 2000; Verdoux et al., 2005).

Užívání Z-léků v léčbě chronické nespavosti u seniorů zásadně nezměnilo profil rizik spojených s dlouhodobým užíváním těchto hypnotik. Ve světové i domácí literatuře jsou již dokumentovány případy odvykacího stavu (včetně odvykacího stavu s delíriem či akutní psychotickou produkcí) u seniorů užívajících tyto léky. Závislost na hypnotické medikaci u seniorů je výrazným klinickým problémem, který má přesah do života samotného pacienta, ale i jeho blízkých. U seniorů závislých na Z-lécích dochází ke zhoršení kvality nejen jejich života, ale i ke snížení kvality života u jejich pečovateli. V rámci této problematiky u seniorů může dojít ke vzniku syndromu týraného a zanedbávaného seniora a riziko dlouhodobé institucionalizace pod rouškou skutečných nebo domnělých diagnóz (Chalany, 2014).

Dle studie *Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in the elderly?* z roku 2009 jsou u seniorů sedativa a hypnotika spojena se zvýšeným rizikem sebevražd. Pro účely studie byly jako sedativa klasifikovány následující léky: diazepam, alprazolam, buspiron, hydroxizin a dixyrazin. Následující léky byly klasifikovány jako hypnotika: flunitrazepam, nitrazepam, zopiklon, zolpidem, oxazepam, levomepromazin, propiomazin a alimemazin. Sedativa byla spojena s téměř čtrnáctinásobným zvýšením rizika sebevraždy, u hypnotik se jednalo o čtyřnásobné zvýšení rizika sebevraždy (Carlsten & Waern, 2009).

2.6.4 Iatrogenní problematika

Existují faktory na straně lékaře, které hrají roli ve zneužívání léků na předpis. Mnohdy dochází k nesprávně zvolené farmakoterapii rutinní preskripční zvyklostí či neznalostí. Může se jednat o případy, kdy lékař nesleduje trendy ve farmakoterapii, proto nepředepisuje nová méně riziková farmaka a raději předepisuje ta zastaralá. Jiní lékaři jsou velmi vytíženi, nemají čas a kapacitu, neodhalí intriky svých pacientů a tím nevědomě podporují zneužívání léků. Někteří lékaři zase neumějí svým pacientům říct ne, pokud po nich léky na předpis vyžadují. Jiní se zapojují do trestné činnosti spojené s podvodem v preskripci léků s vidinou výdělku. V neposlední řadě jsou další skupinou jsou lékaři, kteří předepisují léky svým blízkým, kteří mají problém s užíváním návykových léků nebo sami lékaři si je sobě samotným předepisují. Problematická může být představa, že lékaři jsou neomylní, či že farmakoterapie vyřeší veškeré problémy uživatelů. Přesvědčení o bezpečnosti léků je umocněno právě tím, že jsou předepisovány lékaři, i když 22,9 % uživatelů sedativ a hypnotik udává získání léků jiným způsobem než na předpis, např. od známého (Fialová et al. 2005; Isaacson et al., 2005; Mravčík et al., 2017). V USA tuto skutečnost podporuje i to, že je možné se setkat s komerční propagací, a to zejména u psychoterapeutických léků (Compton & Volkow, 2006).

Faktory ovlivňované lékařem a spojené se zneužíváním předepisovaných léčiv podle Americké lékařské asociace (The American Medical Association) jsou označovány jako "čtyři D":

Dated (zastaralí) si podle A.M.A. zaslouží lékaři, kteří nedrží krok s novými poznatky a předepisují starší léky s větším rizikem zneužívání bez ohledu na pravidla bezpečného předepisování.

Duped (podvedení) jsou takoví, kteří se nechají svými pacienty „napálit“.

Dishonest (nepoctiví) se označují lékaři, kteří zpronevěřují sledované látky kvůli vlastnímu finančnímu zisku.

Disabled (postižení), za ně jsou považováni ti, kteří sledované látky sami zneužívají nebo kteří je předepisují členům své rodiny s podobnými problémy (Netík, 2008).

Zásady, které by měly snížit riziko vzniku iatrogenního poškození jsou následující:

1. Před preskripcí sledované látky vždy přezkoumat, zdali nedocházelo či nedochází k zneužívání alkoholu či ilegálních drog. Je primárním pravidlem pátrat po zneužívání omamných a psychotropních látek v anamnéze, před jakoukoliv preskripcí potenciálně návykové látky.
2. Disponovat a edukovat co možná nejvíce informacemi o předepisovaných (sledovaných) látkách.
3. Vzdělat a zaměřit se na rozpoznávání úzkosti, deprese a příznaků bolestivých syndromů.
4. Veškerou preskripci zapisovat do lékařské dokumentace.
5. Osvojit si principy bezpečné preskripce (Isaacson et al., 2005).

2.6.5 Farmakovigilance

Světová zdravotnická organizace definuje farmakovigilanci jako vědu „vědu a činnosti vztahující se k odhalení, zhodnocení, pochopení a prevenci nežádoucích účinků nebo jakýchkoli jiných problémů vztahujících se k léčivým přípravkům“.

Podle autorů Nechanské, Mravčíka & Popova (2012) systém farmakovigilance zahrnuje:

1. sledování užívání léčivých přípravků v každodenní klinické praxi tak, aby bylo možné rozpoznat dříve nerozpoznané nežádoucí účinky nebo změnu charakteru nežádoucích účinků;
2. zhodnocení poměru rizik a přínosů léčivých přípravků, které slouží pro rozhodnutí, jaká akce, pokud je nutná, je nezbytná k bezpečnějšímu používání léčivých přípravků;
3. poskytování informací zdravotnickým pracovníkům a pacientům pro zlepšení bezpečného a efektivního používání léčivých přípravků.

Tento systém sleduje bezpečnost léčivých přípravků v klinické praxi a zaměřuje se na sběr a vyhodnocování podstatných informací a prosazení přiměřených intervencí. Smyslem farmakovigilance je sledovat účinnost léčivého přípravku, jeho nové i známé nežádoucí účinky a udržovat dozor nad jeho bezpečným užíváním. Farmakovigilance slouží k identifikaci cizích nebezpečí, vyhodnocování změn poměrů výhod a rizik, aktivnímu prosazování bezpečnějšího užívání, poskytování objektivních informací uživatelů a v neposlední řadě je jejím cílem monitorovat účinek podniknutých akcí (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012).

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) je správní úřad České republiky podřízený Ministerstvu zdravotnictví a organizační složka státu. Jedním z hlavních úkolů SÚKL je dbát, aby v ČR byly používány kvalitní, účinné a bezpečné léčivé přípravky. Do kompetencí SÚKL tedy spadá i zajišťování systému farmakovigilance. SÚKL zastává roli českého farmakovigilančního centra, jehož úkolem je shromažďovat a vyhodnocovat získané informace o bezpečnosti léčiv, sdílet je na mezinárodní úrovni s dalšími lékovými agenturami a Světovou zdravotnickou organizací (WHO), o získaných poznatcích zpětně informovat a v případě potřeby přijímat nutná opatření k minimalizaci identifikovaných rizik pro zdraví pacientů v souvislosti s léčivými přípravky. SÚKL také stanovuje preskripční a indikační omezení. Preskripční omezení znamená, že preskripce léčivého přípravku je prováděna pouze lékařem příslušné odbornosti - symbol E, nebo může být prováděna i jiným lékařem, ale pouze na základě písemného schválení lékaře příslušné odbornosti - symbol L (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012; Prokeš, 2013).

Léky s potenciálním rizikem vzniku závislosti by měly být předepisovány s opatrností. V adiktologické praxi se často setkáváme s tím, že jsou návykové léky, tedy i sedativa a hypnotika II. a III. generace předepisovány dlouhodobě, lékařem mimo příslušnou odbornost (nejčastěji praktickým lékařem) či několika lékaři najednou (často bez vědomí lékařů). Je zavedena určitá kontrola skrze systém elektronických předpisů, který se snaží předejít potížím s preskripcí nevhodných léků nebo jejich příliš vysokých dávek. Může docházet k situacím, kdy pacienti obcházejí více lékařů a od všech návykové léky vyžadují, ty jsou v některých případech předepisovány pouze podle požadavků pacienta či se zvyšují jejich dávky bez toho, aniž by pacient problém řešil i jinou cestou (Švihovec et al., 2018).

2.6.6 Rizikové faktory a varovné signály

Screeningové nástroje k posouzení rizik souvisejících se zneužíváním sedativ a hypnotik nejsou snadno dostupné. Záznamy o předchozí léčbě a informace od blízkých osob mohou pomoci doplnit anamnézu pacienta (Weaver, 2015). Rozpoznání zneužívání na těchto lécích může trvat poměrně dlouho, zvláště pak, pokud jsou léčiva člověku předepsána kvůli chronickým obtížím. Léky mohou být užívány skrytě a o samotě, což může vést k oddalování řešení problému. Mnohdy však i rodinný a zdravotnický systém pacienta v užívání léků podporuje (Marádová, 2006).

Existují určité charakteristiky, které byly v rámci výzkumných studií identifikovány jako rizikové faktory pro vyšší pravděpodobnost zneužívání léků (aberrant medication-taking behaviors). Mezi ně patří:

- syndrom závislosti (v současnosti i minulosti);
- mladší věk;
- sexuální zneužívání v dětství;
- právní a sociální problémy;
- pacient předpisy ztrácí nebo tvrdí, že mu byly odcizeny;
- získávání předpisů z více zdrojů (více lékařů, převzetí od blízkých a rodinných příslušníků, černý trh) (Weaver, 2015).

Rozpoznání zneužívání sedativ a hypnotik může trvat poměrně dlouho, léky mohou být užívány skrytě a o samotě. Mnohdy však i rodinný a zdravotnický systém pacienta v užívání léků podporuje (Marádová, 2006).

Podle Hosáka a Hrdličky (2015) varovnými signály mohou být, mimo výše zmíněných, častá změna zdravotnického pracoviště a nákup léků přes internet. Okolí si nejčastěji všimá zhoršené motoriky, psychické a fyzické výkonnosti a snížené frustrační tolerance. Z důvodu možného vzniku závislosti bývají výrazné abstinenci příznaky (může se jednat i o život ohrožující stavy) a craving.

Výskyt nějakého z rizikových faktorů nemusí nutně značit zneužívání léků či závislost. Rizikové faktory by neměly být používány jako prostředek k odepření péče pacientům. Jejich přítomnost poukazuje na potřebu opatrnosti a intervencí (Weaver, 2015).

2.7 Léčebné intervence

2.7.1 Terapie akutní intoxikace

Léčba akutní intoxikace a předávkování sedativy a hypnotiky zahrnuje obecně péči o základní životní funkce, stejně jako u jiných klinicky významných intoxikacích, jedná se o zajištění dýchacích cest, event. podpůrné či řízené dýchání (ventilace) a kardiovaskulárních funkcí. Monitorují se životní funkce a vnitřní prostředí, vhodná je kontrola diurézy. U předávkování Z-léky postupujeme do značné

míry obdobně jako u předávkování benzodiazepiny. Z-léky mají obecně kratší poločas, tedy dochází k rychlejšímu uzdravení. Efektivní metodou mohou být eliminační metody: vyvolání zvracení, výplach žaludku, užití projímadla. Po stabilizaci dýchacích a srdečních funkcí se podává aktivní uhlí. U benzodiazepinů v terapii je využíván antagonist benzodiazepinových receptorů – flumazenil, u kterého bylo prokázáno, že účinkuje i při akutní intoxikaci u většiny z-léků. Nemusí však zcela zvrátit respirační depresi a může vyvolat epileptické záchvaty u pacientů se závislostí na benzodiazepinech. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří nevolnost a zvracení. Flumazenil by měl být vysazen při epileptických záchvatech nebo u pacientů, kteří mají epileptické záchvaty v anamnéze. Flumazenil by neměl být běžně podáván komatózním pacientům, pokud není znám požitý lék (léky). Flumazenil působí krátce a po počátečním probuzení se může opakovat sedace, kterou lze podle potřeby léčit opakovaním dávek v 20minutových intervalech. U pacientů závislých na benzodiazepinech či Z-lécích, by se opakované dávky Flumazenilu měly podávat s většími intervaly (Kalina et al., 2003; Weaver, 2015).

2.7.2 Detoxifikace

Proces zvládnutí odvykacího stavu se nazývá detoxifikace. Ta probíhá buď ústavně na detoxifikační jednotce nebo ambulantní formou (pravidelné denní docházení pacienta do ambulance podle dohodnutého plánu). Přítomnost detoxifikace je jedním ze základních znaků při vysazení návykové látky. Tyto znaky rozdělujeme na tělesné a duševní. U různých návykových látek se detoxifikace projevuje různě závažně, někdy může jít až o život ohrožující stav. Zvládnutím odvykacího stavu myslíme především akutní fázi. Tu poznáme podle nejnápadnějších znaků. Během dalších týdnů či měsíců již můžeme zaznamenat chronické znaky, mezi které řadíme například úzkost, nespavost, nechutenství apod (Kalina et al., 2003).

Odvykací syndrom po odnětí sedativ a hypnotik je velice podobný alkoholovému odvykacímu stavu, může být velmi vážný a život ohrožující. Příznaky detoxifikace u sedativ a hypnotik jsou následující: třes jazyka, očních víček nebo rukou, nauzea či zvracení, neklid, bolest hlavy, nespavost, malátnost, slabost, sluchové, zrakové či hmatové halucinace, tachykardie, epileptické záchvaty, delirium tremens, kdy hrozí smrt (Kalina et al., 2003; Kalina et al., 2015; Weaver, 2015).

Při vysazování benzodiazepinů a Z-léků se doporučuje vysazovat léky postupně. Schémata se mohou lišit dle individuálních potřeb jedince a v závislost na prostředí, kde detoxifikace probíhá. Ústavní detoxifikace probíhá z pravidla rychleji než ambulantní detoxifikace. U benzodiazepinů je snahou převést pacienta na odpovídající dávku diazepamem z důvodu dlouhého poločasu vylučování, což zapříčiní stabilnější hladinu látky v krvi. Sníží se tak riziko komplikací, jež mohou být způsobeny odvykacím stavem: „*První den se podá ke stabilizaci stavu diazepam v dávce, kterou pacient přijímal před léčbou (nebo ekvivalent dávky, jestliže byla užívána jiná látka této skupiny). Následující den se dávka redukuje o 30 % a pak každý další den o 5 % původní dávky. Odvykací stav provázený úzkostí nastává i po terapeutických dávkách benzodiazepinů. V tom případě se doporučuje podle stavu prvních 50 % původní dávky vysadit rychle, dalších 25 % pomaleji a posledních 25 % ještě pomaleji. Literatura přesné časové údaje neuvádí, postupuje se individuálně a bere se v úvahu schopnost jednotlivých pacientů tolerovat zejména úzkostnou symptomatologii, která je zde běžná*“ (Nešpor, 2009).

Podle Chalany (2014) při léčbě odvykacího stavu způsobeného dlouhodobým abúzem zolpidemu u seniorů se postupuje obdobně jako u benzodiazepinech. Autor vychází z terapeutického schématu navrženého Bélangerem et al. a doporučeného pro léčbu odvykacího stavu u seniorů závislých na benzodiazepinech a novějších Z-lécích. V terapeutickém režimu je pacientovi podávána výchozí, farmakologicky ještě akceptovatelná dávka zneužívaného hypnotika. Dále dochází každé dva týdny o skokovou redukci o 25 % dávky používaného hypnotika. Posledních 25 % z iniciální dávky hypnotika se pak redukuje pozvolna, s možností ponechání této dávky pro intermitentní používání (občas, několik dnů v týdnu) u pacientů, kteří netolerují nulovou dávku hypnotika. Autor uvádí, že u

pacientky při léčbě počátečního přítomného odvykacího stavu jako korigující psychofarmakum použil klonazepam.

Detoxifikace nebo snížení dávek je pouze počátečním krokem v celkové léčbě závislosti. Detoxikace sama o sobě není dostatečnou léčbou.

2.7.3 Léčba závislosti

Při podezření na problém týkající se zneužívání léků je doporučeno vyhledat odbornou pomoc. V České republice lze vyhledat specializovaná zařízení na Mapě pomoci, ta obsahuje kontakty na zařízení poskytující léčbu, poradenství a prevenci v oblasti závislosti, rozčleněné do kategorií podle druhu služby, a dále podle jednotlivých krajů a v nich podle okresů a měst. Mezi druhy služby jsou i služby pro odvykání kouření a služby zaměřené na hazardní hraní (gambling) (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2021).

Většinová společnost nepovažuje léky za rizikové drogy, což se projevuje i v obtížnosti terapeutické práce v rámci léčby závislosti na nich. Rozpoznání této závislosti není snadné. Diagnostika lékové závislosti probíhá pomocí podrobného rozhovoru s klientem, pozorování, zjištěním podrobné anamnézy a toxikologického rozboru moči, na to v ambulantní péči lékař často nemá čas. Tato závislost bývá většinou opomíjena. Přes to, že je poměrně častá, v praxi bývá řešena jen malá část (Mikušová, 2010).

Po stanovení diagnózy škodlivého užívání či syndromu závislosti je nutná akutní i dlouhodobá léčba. Principy léčby závislosti na návykových látkách publikoval Národní institut pro užívání drog (NIDA). Jedná se o následujících 13 zásad, které jsou charakteristické pro kvalitní služby v oblasti léčby závislosti:

1. Závislost je komplexní léčitelné onemocnění postihující funkce mozku i behaviorální projevy.
2. Pro každého je vhodný odlišný typ léčby, ne všichni prosperují ze stejného typu léčby.
3. Dostupnost léčby hraje zásadní roli v tom, zda nemocný vyhledá pomoc. Proto by měla být snadno dosažitelná.
4. Pro efektivní léčbu je nutná komplexní terapie potíží souvisejících se závislostí a individuální přístup pacientovým potřebám.
5. Doba léčby by měla trvat dostatečně dlouhou dobu adekvátně k tomu, jaká je závažnost pacientových potíží. Minimem by měla být léčba trvající 3 měsíce.
6. K terapii závislosti je využívána behaviorální terapie, ať už individuální, rodinná či skupinová. Ty se zaměřují na motivaci ke změně, osvojování si dovedností, jak odolat drogám, nahrazení aktivit spojených s užíváním drog konstruktivními a prospěšnými činnostmi, nácvik zvládnání problémových situací a zlepšení interpersonálních vztahů.
7. Pro mnoho pacientů je kromě poradenství a behaviorální terapie důležitá medikace ke zvýšení efektivity léčby závislosti.
8. Potřeby pacienta se v průběhu léčby proměňují, proto by měla být léčba průběžně modifikována a zajištěna pokračující následná péče i po skončení léčby.
9. Pokud pacient trpí ještě jinou duševní poruchou, potom by její léčba měla být propojena s terapií závislosti.
10. První fází léčby je detoxifikace, která by ale neměla být jedinou. Jedná se o iniciální část léčby závislosti, nikoliv dostačující pro potřebnou změnu.
11. Pro efektivitu léčby nemusí být přítomna dobrovolnost účasti na léčbě, motivaci k ní může podnítit okolí, jako je rodina nebo zaměstnání.
12. V průběhu léčby je běžné porušování abstinence pacienty, proto je nutné toto chování monitorovat. Zároveň se jedná o motivující faktor pro pacienty, kteří s vědomím, že budou kontrolováni, drogu neužijí i přes výraznou touhu.

13. Součástí péče by mělo být testování pacientů na přítomnost HIV/AIDS, hepatitidy B a C, tuberkulózy a dalších infekčních onemocnění a poskytnutí poradenství a v případě nutnosti jejich léčby (NIDA, 2020).

Konečný (2017) udává modifikovaný postup léčby syndromu závislosti na sedativech a hypnoticích užívaný v psychiatrické ordinaci Oblastní nemocnice Příbram. Poukazuje na dobré výsledky terapeutického postupu po převodu z krátkodobě či střednědobě působících benzodiazepinů a Z-léků na klonazepam, což odpovídá schématu podle Chalany popsaného výše. Konečný (2017) dále udává, že již po převodu na tuto látku a po nastavení substituční dávky dochází u pacientů k výraznému zlepšení spánku, odeznění příznaků zvýšené tolerance či již rozvinuté závislosti. Dále zdůrazňuje potřebu důkladné edukace zaměřené na motivaci k vysazení klonazepamu, seznámení s průběhem léčení, zahrnující zejména objasnění mechanismu obtíží, které se rozvíjejí s narůstající tolerancí k lékům. Pro úspěch léčby je podle autora zásadní, aby pacient porozuměl principu rozvoje tolerance a její souvislosti s algickými mechanismy (na podkladě svalových kontraktur, vazokonstrikce) a psychickými obtížemi. Dalším důležitým faktorem dobré compliance pacientů je porozumění principu biologického poločasu, který vytváří latenci při výskytu odvykacích symptomů. Schopnost nemocných identifikovat obtíže jako důsledek snížení návykové látky považuje autor pro úspěch léčby za klíčovou. Udává, že u většiny pacientů je nutné tuto dovednost během kontrolních vyšetření „trénovat“ (klinický rozhovor, v kterém jsou s pacienty rozebírány jednotlivé příznaky a jejich časový průběh v návaznosti na rozpis snižovaných dávek podle data). Zmiňuje, že jen naprostá menšina pacientů vysazení odmítne (6 nemocných za 5 let sledování). Zásadní informací pro ně bývá sdělení, že léky, které užívají, mají značný nežádoucí dementogenní účinek. Po stabilizaci stavu převádí část dávky klonazepamu na kapkovou formu a tuto část celkové dávky pro die redukuje extrémně pomalu o 1–3 kapky z týdenní dávky na základě přesného rozpisu, který definuje dávku pro každý den v průběhu celého snižování.

K postupu léčby dále Konečný (2017) uvádí: *„Nikdy nepostupuji rychleji (ani u krátkodobých uživatelů). U pacientů, kteří užívají návyková sedativa či hypnotika 1–2 roky volím postup trvající cca 6 měsíců (v závislosti na vytitrované úvodní dávce). U užívání BZD a/nebo Z-hypnotik delšího než 2 roky volím různé dlouhé a diferencovaně intenzivní rozpisy vysazování (na vyžádání u autora) trvající 9–42 měsíců. Jak výše uvedeno, nejdelší úspěšná léčba trvala asi 3,5 roku. Šlo o pacientku užívající návykové látky více než 30 let. Průběh a délka redukce jsou ale zcela individuální. Ve sledování je i pacientka, která dokázala (oproti doporučení) vysadit klonazepam za 12 měsíců po 40 letech užívání návykových hypnotik, bez nichž prakticky po celý život nespala (všechny varianty rozpisů k dispozici u autora). V průběhu redukce dávek klonazepamu je samozřejmě nutné provádět anxiolýzu a léčbu dyssomie nenávykovými látkami. Nejčastěji užívám mirtazapin, trazodon, agomelatin, quetiapin a pregabalín u pacientů s poruchami spánku a celou škálu antidepresiv a pregabalín u úzkostných poruch. Často využívám i další nenávyková sedativa a hypnotika: guaiafenezin, hydroxysin, promethazin, různá fytoterapeutika.“*

V rámci léčby volíme individuální přístup, pro každého jedince nemusí být vhodný stejný typ léčby. Vycházíme ze zásad NIDA a kombinujeme psychoterapie, farmakoterapie, poradenství a jiné přístupy. V adiktologické ambulanci na Klinice adiktologie v rámci rehabilitace kognitivních funkcí nabízíme ergoterapeutickou pomoc a kognitivní trénink. Dle Konečného (2017) je pacienty nutné edukovat, pokud jde o synergické účinky ethanolu a benzodiazepinů. Dále udává: *„Někdy je třeba postupnou redukcí dávek dočasně přerušit – např. v případě vážných zdravotních komplikací, ztráty blízkých osob, zaměstnání apod. Po rekonvalescenci nebo vyřešení sociálního či pracovního problému je možné v redukcí dávek pokračovat. Někteří nemocní požadují naopak zrychlení odvykací procedury. V naprosté většině případů probíhá takto nastavená redukce bez větších komplikací. Nemocní extrémně pomalé snižování tolerují, mívají jen mírné průvodní příznaky, které je možné bez větších problémů korigovat farmakologicky. Za důležité považují klinické vedení, oceňování dosaženého pokroku, průběžné posilování nenávykové medikace.“*Jen skutečně v jednotlivých případech z relativně vysokého počtu pacientů bylo nutné v průběhu snižování zvolit ještě pomalejší postup. U dvou nemocných bylo v průběhu snižování diagnostikováno nádorové onemocnění, v době onkologické léčby a rekonvalescence jsme redukcí dávek zastavili. Jeden nemocný v průběhu redukce dávek zemřel

na interní onemocnění (plicní embolie). Velmi často i po takto pomalém vysazení BZD dochází k rozvoji rebound fenoménu, který odeznívá několik týdnů až měsíců. V několika případech (2 pacientky, obě nad 65 let) bylo po vysazení nutné realizovat zajišťovací hospitalizaci pro výrazné zhoršení stavu. Ošetřující lékař byl v obou případech upozorněn na nutnost vyhnout se znovuzavedení návykových látek.“

Závažným komplikacím v rámci odvykacího stavu se lze vyhnout pomalým snižováním dávky sedativ a hypnotik po dobu několika týdnů, měsíců, ale není to vždy nutné. Jak při ústavní i ambulantní detoxifikaci doporučujeme přísný lékařský dohled a aby byl problém zároveň řešen jinou cestou - dlouhodobou léčbou, která zahrnuje individuální či skupinovou psychoterapii, adiktologické poradenství.

2.7.4 Odborná doporučení pro předcházení vzniku zneužívání léků

Existují určitá opatření a postupy v předepisování sedativ a hypnotik II. a III. generace. Tyto léky by měly být lékařem předepisovány pouze krátkodobě, a to ne po dobu delší 4 týdnů (Lader, Tylee & Donoghue, 2009), souběžně by měl být problém řešen jinou cestou tak, aby ho pacient po vysazení těchto léků řešil jinými způsoby. Pro bezpečné předepisování sedativ a hypnotik II. a III. generace je velmi důležité provést důkladnou anamnézu. Ta zahrnuje například historii užívaných léků, užívané vitaminové a bylinné doplňky stravy, zdali v minulosti došlo k zneužívání návykových látek či pacient trpí syndromem závislosti a také jakékoli komplikace v souvislosti s léčbou (pacient častěji vyžaduje léky předepsat, navštěvuje pohotovostní služby za účelem předepsání léků apod.) (Švihovec et al., 2018; Weaver, 2015).

Problémy mohou nastat v situacích předepisování léků více lékaři. Systém elektronických předpisů se snaží předejít potížím s preskripcí nevhodných léků nebo jejich příliš vysokých dávek. Tento systém je propojen s úložištěm informací o daném pacientovi, čímž se snaží předejít výše problémům v souvislosti s užíváním těchto léků (Švihovec et al., 2018).

Také u chronických obtíží či farmakorezistentních pacientů mohou nastat komplikace. V takovém případě je doporučeno vyhledat specialistu - neurologa, psychiatra, psychoterapeuta či pro nespavost přímo somnologa. Je důležité zvážit etiologii obtíží. Při podezření na organickou poruchu spánku je indikováno polysomnografické vyšetření ve spánkovém centru. (Pretl, 2008).

U pacientů s chronickou nespavostí je třeba vždy kombinovat více přístupů - edukace pacientů, spánková hygiena, psychoterapie (kognitivně-behaviorální přístupy), empatický terapeutický vztah, spánkový deník, přírodní preparáty, melatonin, antidepresiva a jiné. Můžeme předpokládat lepší efekt při kombinované terapii s hypnotikem v první fázi. Dále se doporučují antidepresiva a užití melatoninu. Antipsychotika ani fytofarmaka nejsou obecně doporučována (Chalany, 2014; Kec et al., 2020).

U farmakologického ovlivnění chronické nespavosti u seniorů je potřeba racionálně zhodnotit benefity léčby pro pacienta vzhledem k rizikům dlouhodobé léčby hypnotiky a sedativy. V rámci farmakoterapie u seniorů trpících chronickou insomnií je doporučena buď intermitentní podávání hypnotik II. nebo III. generace, nebo použití psychofarmak z řad antidepresiv či antipsychotik. Chalany (2014) udává, že použití sedativních antidepresiv ve výlučně hypnotické indikaci je de facto dosud off-label indikace, dlouhodobé použití antipsychotik u seniorů není doporučeno vůbec s ohledem na známá rizika jejich dlouhodobého požití - sedace, extrapyramidové účinky, zvýšené riziko kardiovaskulárních příhod a cévních mozkových příhod. Pro léčbu chronické insomnie u seniorů se nepovažují jako vhodná alternativa ani sedativní antihistaminika, u kterých je nebezpečí následné sedace, porušení pohybové koordinace, rovnováhy a pádů pacientů. Jak však tvrdí Chalany (2014): *„Nefarmakologické modality léčby chronické nespavosti (edukace, spánková hygiena, kognitivně-behaviorální psychoterapie) jsou u nás v praxi stále nedoceny, patrně z důvodů časové náročnosti práce psychiatra s pacientem. Na druhou stranu je nutno přiznat, že nefarmakologické možnosti léčby chronické nespavosti u seniorů narážejí na mnohdy omezenou až nulovou schopnost spolupráce,*

zejména pak u seniorů s kognitivním deficitem, a tak je psychiatr opět nucen uvažovat nad nevhodnější farmakologickou léčbou nespavosti. Volba vhodného hypnotika se pak sama o sobě stává skutečným uměním, zvážíme-li, že řada preparátů běžně používaných v praxi pro léčbu nespavosti je indikována mimo oficiální doporučení uvedené výrobcem.“ Autor dále zmiňuje léčebné strategie v závěru hospitalizace jako například v případě pozitivní reakce na placebo záměna antidepressiva za placebo, dále doporučení pro rodinné příslušníky, aby odstranili veškeré dostupné psychoaktivní léky z domácího prostředí pacienta, před propuštěním také kontaktovat všechny známé ambulantní lékaře, kteří o pacienta pečují s prosbou o nepředepisování léků po propuštění pacientky do domácí péče.

Tabulka 7 ukazuje přehled oficiálních indikací a off-label indikací preparátů podporujících spánek mimo benzodiazepinová hypnotika a Z-sloučeniny užívané v gerontopsychiatrii.

Tabulka 7: Nejběžněji užívané preparáty podporující spánek mimo benzodiazepinová hypnotika a Z-sloučeniny užívané v gerontopsychiatrii

Látka	Oficiální indikace	Off-label indikace
trazodon	Léčba depresí různé etiologie, včetně depresí provázených anxiétou, poruchami spánku nebo sexuálními dysfunkcemi neorganického původu	Léčba primární insomnie, která není způsobena depresí
mirtazapin	Léčba depresivních epizod u dospělých pacientů	Léčba primární insomnie, která není způsobena depresí
mianserin	Depresivní poruchy různé etiologie: endogenní deprese, periodické deprese v rámci bipolární afektivní poruchy nebo tzv. involuční či unipolární periodické deprese, reaktivní deprese, deprese larvované, úzkostné, těžší úzkostné neurozy, zvláště ve stáří, psychosomatické potíže spojené s depresí.	Léčba primární insomnie, která není způsobena depresí
agomelatin	Léčba depresivních epizod u dospělých	Léčba primární insomnie, která není způsobena depresí
tiaprid	Krátkodobá léčba poruch chování ve stáří nebo při chronickém abúzu alkoholu; intenzivní, neustupující bolest; dyskineze a abnormální pohyby (spontánní dyskineze, tardivní dyskineze, Huntingtonova chorea). Dospělí a děti od 6 let: chorea, Gilles de la Touretteův syndrom. Děti od 6 let: těžké poruchy chování s agitovaností a agresivitou	Léčba primární insomnie
melperon	Schizofrenie. Abstinenční syndrom při alkoholismu. Poruchy chování způsobené mentální retardací. Úzkostné neurozy s příznaky vzrušenosti, neklidu a napětí. Stavby zmatenosti, úzkosti, vzrušenosti a nočního neklidu, poruchy spánku zvláště u starších pacientů (zde se jedná o oficiální indikaci)	nejedná se o off-label indikaci, léčba primární insomnie je v okruhu indikace
promethazin	Úzkost, napětí a stavby excitace, alergická onemocnění a reakce, spastická bronchitida, astma, premedikace před diagnostickými a léčebnými zákroky, zvracení, poruchy spánku u dospělých a dětí od 10 let věku (zde se jedná o oficiální indikaci)	nejedná se o off-label indikaci, léčba primární insomnie je v okruhu indikace. V praxi se však jedná o málo vhodný preparát – nebezpečí následné sedace u seniorů, nevhodný receptorový profil promethazinu pro použití u osob vyššího věku

Zdroj: Chalany, 2014

V rámci léčby depresivních poruch jsou aktivizujícími antidepressivy především SSRI (sertralin, citalopram, paroxetin, fluoxetin, fluvoxamin) a SNRI (venlafaxin). Při těžké depresivní poruše, psychotické, je vhodné antidepressivní léčbu kombinovat s atypickými antipsychotiky, které mění i architekturu spánku (spánek prohlubují). Vhodnými atypickými neuroleptiky s antidepressivním a hypnotickým účinkem jsou quetiapin, zotepin, amisulprid, risperidon, olanzapin. Borzová (2005) dále upozorňuje na metabolický syndrom, který při neuroleptizaci pacienta významně ohrožuje (zvýšení cholesterolu, triglyceridů, zvýšení hladiny prolaktinu). Negativním modifikujícím faktorem pro depresivního pacienta může být přibývání na váze.

Australská organizace National Prescribing Service vypracovala doporučení - „STOP“ manuál pro dlouhodobé užívání sedativ a hypnotik pro primární péči:

S - Share views and agree on a stopping plan.

Diskutujte s pacientem cíle ohledně zastavení nebo omezení užívání léků. Dohodněte se na plánu a době ukončení. Informujte pacienta o abstinenčních příznacích, popište je a jejich trvání. Poradte, jak abstinenční příznaky zvládat (např. dočasné zvýšení dávky, KBT, vyhýbat se substituční terapii a alkoholu).

T - Taper dosage gradually on an individual basis.

Upravte dávky a/nebo frekvenci užívání na základě závažnosti abstinčních příznaků. Mezi redukovanými dávkami vyčkejte alespoň několik dní, aby se pacient stabilizoval. Zvažte doporučení odborníka, pokud se nedaří snižovat dávky nebo je to velmi obtížné. Přístupy zahrnují: Snižování dávky o 10 % až 20 % týdně, pokud pacient užívá léky v doporučeném množství nebo mírně vyšší. Pokud pacienti užívají vyšší dávky nebo je pro ně obtížné dávky snížit, převést pacienta na ekvivalentní dávku diazepamem několik dní před snížením dávky.

O - Ongoing review and use of non-drug therapies.

Monitorujte pacientův spánek, nálady, abstinční příznaky a užívání jiných látek (např. alkohol, nikotin) v době redukování dávek či úplného vysazení. Podporujte pacienta a nefarmakologické intervence. Navrhněte strategie, jak se vypořádat se zvýšenou úzkostí, nespavostí, které se mohou objevit během vysazování.

P - Provide support and reassurance.

V rámci podpory pacienta zapojte rodinné příslušníky a osoby blízké, pečovatele a/nebo personál pečovatelského zařízení pro seniory. Pokud je pacient neúspěšný, ujistěte ho a podporujte v dalších pokusech o vysazení léků. Kroky STOP v takovém případě opakujte (National Prescribing Service, 2010).

Na závěr této kapitoly bych ráda odkázala na zásady, které by měly snížit riziko vzniku iatrogenního poškození viz kapitola 2.6.4 Iatrogenní problematika.

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Cíl výzkumu

Hlavním výzkumným cílem této práce je popsat zneužívání sedativ a hypnotik z pohledu uživatele. Zaměřit se na okolnosti, které k zneužívání sedativ a hypnotik vedly, popsat začátek a průběh užívání sedativ a hypnotik, uvědomění si problému. Cílem je také popsat současný stav uživatelů a jejich potřeby.

Tento cíl byl demonstrován prostřednictvím konkrétních příběhů lidí zneužívajících sedativa a hypnotika. V příbězích jsem hledala společné rysy a specifika.

3.2 Výzkumné otázky

1. Jaké okolnosti vedly uživatele k zneužívání sedativ a hypnotik?
2. Jaká jsou specifika zneužívání sedativ a hypnotik u konkrétních uživatelů?
3. Jak uživatelé řešili zneužívání sedativ a hypnotik? Co jim pomohlo?
4. Jaká je aktuální situace a jaké jsou potřeby uživatelů?

3.3 Popis výzkumného souboru a jeho výběr

Základní soubor tvoří jedinci zneužívající sedativa a/nebo hypnotika (definice dle RVKPP) žijící v České republice. V práci vycházím z definice dle RVKPP, která pojem zneužívání léků vymezuje následovně: „Zneužití/zneužívání léku je jakýkoliv typ užití léku, u kterého byla prokázána problematická spotřeba, jedná se o užití léku s nebo bez lékařského předpisu, ovšem mimo přijaté lékařské postupy nebo pokyny, za rekreačním účelem nebo v rámci samoléčby, kdy rizika a problémy spojené s užitím převažují nad výhodami. Autoři zmiňují základní znak této definice zneužívání, čímž je nerovnováha mezi pozitivními (přínosy) a negativními (riziky) účinky příslušného léku ve vztahu k jeho konkrétní indikaci na úrovni jednotlivých případů i na úrovni veřejného zdraví“ (Nechanská, Mravčík & Popov, 2012).

Dle českého Národního registru léčby uživatelů drog, který byl spuštěn v roce 2015, avšak nepokrývá celou síť adiktologických služeb, byl za rok 2018 počet žadatelů o léčbu kvůli závislosti na sedativech a hypnoticích 310, z toho 129 lidí žádalo poprvé. V psychiatrických ambulancích bylo v roce 2018 léčeno 1801 pacientů pro poruchy způsobené užíváním sedativ a hypnotik (z toho 1020 benzodiazepiny, 28 barbituráty a 753 ostatní), v lůžkové psychiatrické péči bylo léčeno 425 pacientů a 393 pacientů bylo hospitalizováno z důvodu detoxifikace (Mravčík et al., 2019). Počet jedinců zneužívajících návyková sedativa a hypnotika je odhadován na mnohonásobně více a data dle Konečného (2017) nejsou relevantní. Konečný (2017) odhadl počet těchto osob za rok 2016 na základě pravděpodobné spotřeby odvozené z dat o dodávkách jednotlivých preparátů na 885 tis. a jako kontrolu použil výsledky zahraničních sledování ve srovnatelných zemích (západní Evropa, Kanada, Austrálie). Z daného počtu tvořily největší podíl osoby zneužívající Alprazolam a Zolpidem.

S rostoucím věkem se užívání psychoaktivních léků zvyšuje, užívání převažuje u populace nad 35 let a výše. Ženy užívají sedativa a hypnotika více než muži, tvoří téměř 58 % všech uživatelů (Mravčík et al., 2019).

Výběrový (výzkumný) soubor tvoří dospělí jedinci v ambulantní léčbě, kteří mezi lety 2020-2021 využili služeb adiktologické ambulance Kliniky adiktologie, zneužívající sedativa a/nebo hypnotika.

Vzhledem ke stanoveným cílům výzkumu byla zvolena metoda příležitostného výběru přes instituci, kdy byli účastníci výzkumu vybíráni dle předem stanovených kritérií (Miovský, 2006). Do výzkumu byly zařazeny pouze ty osoby splňující následující kritéria: Pacienti v léčbě adiktologické ambulance na Klinice adiktologie starší 18 let, splňující definici zneužívání léků, konkrétně sedativ a/nebo hypnotik.

Účast ve výzkumu byla pacientovi nabídnuta, podmínkou byl tedy souhlas pacienta a dobrovolnost.

Kritéria pro shrnutí v bodech:

1. věk 18 let a výš;
2. pacienti v adiktologické ambulanci (Klinika adiktologie);
3. pacienti v současnosti či v minulosti zneužívající sedativa a/nebo hypnotika;
4. souhlas s účastí;
5. dobrovolnost.

Na základě těchto parametrů bylo osloveno 10 osob, kteří odpovídají výše zmíněným kritériím. Osoby byly osloveny prostřednictvím osobního kontaktu v adiktologické ambulanci Kliniky adiktologie či telefonicky. Z daných 10 osob 2 ženy a 2 muži participovat na výzkumu odmítli či se na sjednaný termín nedostavili. Celkový počet respondentů ve výzkumu byl 6, z toho 4 ženy a 2 muži. Věkové rozmezí respondentů bylo 33-66 let (viz Tabulka 8). Průměrný věk respondentů byl 51 let. Všichni respondenti bydlí v hlavním městě Praha.

Tabulka 8: Pohlaví a věk respondentů

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Pohlaví	žena	žena	žena	muž	muž	žena
Věk	33	45	55	66	48	58

3.4 Metody tvorby dat

Tvorba dat probíhala v adiktologické ambulanci na Klinice adiktologie konkrétně v období od prosince 2020 - června 2021. Klinika adiktologie je vědecké a klinické pracoviště 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Klinika adiktologie realizuje ambulantní provoz, klinický lůžkový provoz, výuku a výzkum v oblasti prevence a léčby závislostí (Klinika adiktologie, 2020).

Základní metoda tvorby dat, která byla použita ve výzkumu, je polostrukturovaný rozhovor (na téma zaměřený rozhovor) doplněný metodou životní křivky. Nespornou výhodou metody polostrukturovaného rozhovoru je její kombinace strukturovanosti a volnějšího přístupu v kladení otázek. Požadavky na technickou přípravu jsou náročnější, než je tomu v případě nestrukturovaného rozhovoru. Výhodou metody polostrukturovaného rozhovoru je možnost doptávání v případě, že odpovědi subjektu nejsou zcela jasné. Předem vytvořené schéma umožní výzkumníkovi nevzdálit se od tématu, které je předmětem jeho zájmu a výzkumu (Miovský, 2006).

Rozhovor sestával z 5 oblastí, které dále uvádím, a tvorby životní křivky viz níže. Celá struktura rozhovoru viz Příloha 1.

1. oblast: anamnéza;
2. oblast: okolnosti vzniku problému;
3. oblast: vývoj a průběh užívání;
4. oblast: okolnosti uvědomění a řešení problému;
5. oblast: současná situace;

Jednotliví respondenti byli osloveni prostřednictvím osobního kontaktu v adiktologické ambulanci Kliniky adiktologie či telefonicky. Na základě domluvy, představení výzkumu a po vysloveném souhlasu byly sjednány termíny rozhovorů. Byla nastíněna struktura rozhovoru, otázky, které budou kladeny a metoda životní křivky. Délka rozhovoru se pohybovala kolem 70 minut, dále jsem nechala respondentovi až 20 minut na tvorbu životní křivky (průměrný čas tvorby byl 10 minut) a následovala rozprava nad ní, zodpovězení dotazů respondenta a rozloučení, což trvalo zhruba 15 minut.

Rozhovor probíhal formou osobního setkání v prostorách adiktologické ambulanci Kliniky adiktologie. Rozhovor s respondenty byl veden v soukromí, v klidném prostředí ambulance a byl zaznamenán pomocí aplikace, která umožňuje nahrávání hlasového záznamu. Kvalita záznamu by měla být dostatečná a vhodná pro následný přepis rozhovoru do podoby souvislého textu v počítači. Miovský (2006) píše, že zvukový záznam (audiozáznam) je pro výzkumníka velkou podporou a pomocí. Nemusí se totiž zaobírat a rozptylovat detailním zápisem průběhu rozhovoru. Velkou výhodou zvukového záznamu je také zachování veškerých aspektů a kvalit mluveného slova, například intenzitu hlasu, délku pomlky, doprovodné zvuky a jiné.

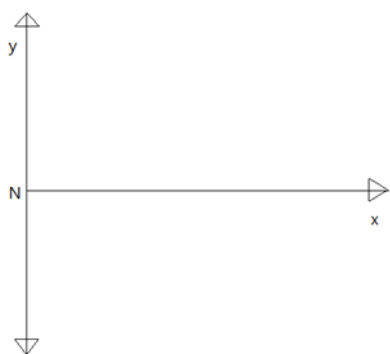
Součástí rozhovoru byla také metoda nestrukturovaného pozorování. Některé poznatky nelze zaznamenat pomocí zvukového formátu, proto jsem si dělala poznámky zaměřující se na pozorování respondenta (objektivní i subjektivní).

3.4.1 Metoda životní křivky

Důvodem volby metody životní křivky je snaha o specifické neverbální ztvárnění prožitého života respondenta, jeho chápání a pojetí v kontextu životních událostí, konkrétně se zaměřením na začátek a průběh zneužívání léků. Při tvorbě křivky dotyčný sám určuje klíčové momenty, komentuje je a hodnotí, což umožňuje konfrontaci dotyčného se sebou samým. Metoda životní křivky je chápána jako pomůcka, díky které lze snadno zachytit či sdělit nadprůměrně velké množství poznání, pro které by jinak bylo potřeba mnohem větší a nepřehledný prostor (Blažek & Olmrová, 1985). Metodu životní křivky lze uplatnit na různá výzkumná témata, jejichž součástí je sledování změn za stanovené časové období (Chrastina et al., 2012). Cílem využití této metody je graficky znázornit důležité aspekty, klíčové momenty procesu vzniku a průběhu zneužívání sedativ a hypnotik, a dále je propojit s významnými životními událostmi, případně také s užíváním jiných návykových látek.

Ve výzkumu je užito schéma pro zachycení křivky (viz Obrázek 8), který obsahuje dvě osy. Svislá osa (y) značí intenzitu životních událostí, vodorovná osa (x) pak časový průběh života. Bod „N“ značí okamžik narození respondenta.

Obrázek 8: Schéma pro zachycení křivky



Respondent dostal instrukce ve znění: „Nyní bych Vás požádala, pokuste se do předpřipraveného záznamového schématu zachytit svůj dosavadní život v podobě křivky, která nějakým způsobem nejlépe vystihuje průběh Vašeho života v souvislosti s užíváním sedativ a hypnotik. Čára může mít libovolný

tvar, délku, barvu, polohu. Můžou být na ní body, můžete na papír psát, kreslit apod. Záleží na Vás, jak ji pojmete. Budete na to mít až 20 minut Na papíru jsou 2 osy. Svislá osa y znázorňuje intenzitu (sílu) vyskytujících se událostí a jejich prožitků a vodorovná osa x časový průběh života. Bod N značí Vaše narození.“

Respondenti měli na výběr pro zachycení křivky tužky, barevné pastelky a fixy. Na vyžádání jsem respondentce poskytla pravítko. Pro zachycení životní křivky měli až 20 minut.

Po tvorbě křivky následoval její popis respondentem a rozprava nad ní. Kladené otázky viz Příloha 1.

3.5 Metody analýzy dat

Při souhrnném zpracovávání získaných dat vycházím z několikerého zdroje informací subjektivní povahy. Jsou jimi polostrukturovaný rozhovor, nestrukturované pozorování a metoda životní křivky.

Rozhovory byly dále přepisovány do textové formy a anonymizovány. Miovský (2006) nazývá proces přepisu netextových dat do textové podoby transkripce. Jako úskalí transkriptu uvádí nemožnost zaznamenat emoční zabarvení vět, intonaci a podobně, dochází zde k prvotní redukci dat. Součástí rozhovoru bylo však nestrukturované pozorování (viz výše), snažila jsem se tedy zaznamenávat písemně moje subjektivní pocity a popsat to, co nelze z hlasového záznamu vyčíst. Dle Hendla (2005) již při přepisu rozhovoru dojde k selekci nepotřebných částí textu pro výzkumný cíl. Vypustila jsem tedy například části kladených otázek či pasáže, které nesouvisely s tématem rozhovoru. Rozhovory byly přepsány do necelých 130 stránek textu. Po přepsání rozhovorů do podoby textu jsem nahrávky trvale odstranila a papírové poznámky skartovala.

Jako metoda obsahové analýzy byla použita analýza tematická. Jedná se o častou formu analýzy v rámci kvalitativního přístupu, klade důraz na zachycení a zkoumání opakujících se témat v datech. Témata jsou pak vzory, které odpovídají na výzkumné otázky a jsou nezbytné k popisu zkoumaného fenoménu. Identifikovaný problém či fenomén je považován za téma, pokud vykáže, že téma je sdíleno napříč skupinami, svojí existencí umocňuje jiná identifikovaná témata či je klíčové ve vztahu k výzkumné otázce. V zachycování složitosti ve větším souboru dat představuje tematická analýza užitečnou metodu (Braun & Clarke, 2006).

Když jsem všechny rozhovory přepsala do transkriptů, následovalo kódování. Pro výzkum bylo použito kódování otevřené (kódování prvního stupně) a axiální (kódování druhého stupně). Kódování je v kvalitativním výzkumu na začátku procesu zpracování a třídění dat. Během procesu kódování se neagregovaná data převádí do podoby datových segmentů (Miovský, 2006). Otevřené kódování je proces rozebírání, zkoumání a porovnávání získaných informací. Nejdříve jsem jednotlivé přepsané rozhovory segmentovala a seřadila podle 5 oblastí dle struktury rozhovoru (viz výše) a dále se segmenty pracovala. V každé oblasti jsem po důkladném prostudování barevně označovala pojmy s využitím funkce zvýraznění textu a kreslení. Napříč rozhovory jsem stejné pojmy označovala či zvýrazňovala jednou barvou. Údaje jsem při procesu kódování rozebrala na samostatné části s využitím metod kontrastu a srovnávání. Pojmy jsem poté kategorizovala. Jak dále Strauss a Corbinová píší (1999): „Poté, co jsme si zaznačili důležité pojmy a kategorie, je třeba dát těmto kategoriím názvy. Názvy pro kategorie si výzkumník určuje podle sebe. Měl by volit názvy názorné, aby věděl, čeho se týkají, ale tyto pojmy musí být abstraktnější než pojmy, které vyznačuje. Kategorii je nutné si pojmenovat, abychom jí poté mohli analyticky rozvíjet.“ Definicí axiálního kódování uvádí Strauss a Corbinová (1999) jako soubor postupů, díky nimž jsou údaje po otevřeném kódování zase znova uspořádány. Tyto údaje jsou však uspořádány novým způsobem, prostřednictvím utváření spojení mezi kategoriemi. Kategorie jsou zde rozvíjeny o podmínky a kontexty, které je zapřičiňují. Takto vznikají subkategorie, to jsou blíže určené charakteristiky kategorií. Ačkoli jsou oba typy kódování (otevřené a axiální) odlišné, pohybovala jsem se ve skutečnosti mezi oběma těmito způsoby kódování a prolínala je.

Oblasti rozhovoru tvořily kategorie, avšak informace z rozhovorů pro jednotlivé kategorie se objevovaly napříč oblastmi rozhovoru. Text jsem se tedy snažila upravit tak, aby odpovídal jevům, které se v textu objevují.

V kategorii - Oblast 1: **Anamnéza** jsem objevující se jevy rozdělila a seřadila do jednotlivých subkategorií, které odpovídaly oblastem v anamnéze:

1. Adiktologická anamnéza;
2. Psychiatrická anamnéza;
3. Zdravotní a osobní anamnéza;
4. Rodinná anamnéza;
5. Sociální anamnéza;
6. Pracovní anamnéza.

Anamnézu jsem dále doplňovala o informace získané během celého rozhovoru. Už v této oblasti i všech následujících jsem nahlížela do respondenty kreslených životních křivek pro ověřování a hledání informací. Nebylo pro mně mnohdy lehké se v životních příbězích orientovat, díky využití této metody pro mně byly příběhy respondentů jasnější, ucelenější či skrývaly další data. Zároveň v životních křivkách lze najít respondentovo pojetí prožitého života a významných událostí a milníků, které on považuje subjektivně za nejdůležitější.

V kategorii - Oblast 2: **Okolnosti vzniku problému** vznikly 3 subkategorie:

1. Začátek užívání BZD/Z-léků;
2. Okolnosti a důležité momenty vedoucí k pravidelnému užívání BZD/Z-léků;
3. Přejít od užívání k zneužívání BZD/Z-léků.

Oblast 3: **Vývoj a průběh užívání** tvořila svoji vlastní kategorii bez subkategorií.

V kategorii Oblast 4: **Okolnosti uvědomění a řešení problému** vznikly 3 subkategorie:

1. Uvědomění problému;
2. Okolnosti vedoucí k řešení problému a vyhledání odborné pomoci;
3. Okolnosti léčby.

V kategorii Oblast 5: **Současná situace** vznikla 1 subkategorie:

1. Potřeby respondentů.

Pro zpracování **životních křivek** byl využit kvalitativní přístup, který je vhodný pro použití nestandardizovaných metod a umožňuje nacházet nové přístupy k poznání a pochopení reality. Životní křivky sloužily jako zdroj informací v rámci zpracování výše zmíněných kategorií. Životní momenty a události, které respondenti v životních křivkách zakreslili, považují jako zásadní, usuzují z nich, že jsou pro respondenty subjektivně nejvýznamnější.

Analýza životních křivek vycházela z cílů výzkumu. V rámci analýzy jsem v křivkách hledala informace ohledně prvního užití sedativ a hypnotik, okolností, které jedince k užívání sedativ a hypnotik vedly, dále ohledně významných událostí a momentů v průběhu užívání a aktuální situace. Hlavní využitými metodami byla metoda popisná s prvky narativního přístupu, metoda kontrastu a srovnávání s informacemi z rozhovorů. Jsem si vědoma toho, že je analýza ochuzena o mnoho aspektů, které lze zkoumat - grafické ztvárnění (celkový tvar, použité techniky, barvy, úhel a sklon křivky), využití prostoru papíru, jak respondent využil osy, jak si je vysvětlovat, životní křivka jako žánr, propojení emočního prožívání jedince s životní křivkou. Dále by bylo možné porovnávat křivky navzájem, hledat společné a odlišné prvky - jak informační, tak grafické.

3.6 Etika

Etickou stránku výzkumu jsem ošetřila písemně i ústně. Respondenti byli do studie zapojeni po udělení informovaného souhlasu (viz Příloha 2). Etické normy diplomové práce byly také zaručeny při přepisu rozhovorů, data se anonymizovala, na což byl kladen důraz při informování dotazovaných. Rozhovory byly uloženy pod přezdívkou a veškeré údaje, které by mohly vést k identifikaci respondentů, byly vymazány nebo změněny. Audiozáznamy byly skladovány na zabezpečeném úložišti a po vytvoření přepisu smazány. Poznámky v písemné podobě zkratovány. Znázorněné informace, popisy v životních křivkách jedinců, které by mohly vést k jejich identifikaci, byly překresleny a přepsány do podoby anonymizovaných dat. Každému respondentovi bylo řečeno, o čem výzkum bude pojednávat, jaké otázky budou kladeny a jaké metody výzkumu budou použity. Respondenti měli mít možnost se na cokoli doptat.

4 VÝSLEDKY

V této kapitole uvádím poznatky dle oblastí rozhovoru.

4.1 Oblast 1: Anamnéza

Pro jednotlivé části anamnézy jsem vytvořila tabulky s danými jevy. Všichni respondenti splňují kritéria pro zneužívání sedativ/hypnotik v přítomnosti či minulosti a závislost na těchto lécích (F13.2).

Tabulka 9: Adiktologická anamnéza

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Pravidelné užívání BZD/Z-léků (v letech)	5	11	30	20	16	24
Užívání BZD/Z-léků v současnosti	×	✓	×	×	×	×
BZD/Z-léky předepisovány praktickým lékařem	✓	×	×	×	✓	×
BZD/Z-léky předepisovány psychiatrickým lékařem	×	✓	×	✓	✓	✓
Škodlivé užívání/závislost na alkoholu	✓	×	×	×	✓	✓
Užívání alkoholu s BZD/Z-léky v kombinaci	✓	✓	×	×	×	×
Abstinence od alkoholu v současnosti	✓	×	×	×	×	✓
Ústavní léčba závislosti	×	×	×	✓	×	✓
Ústavní detoxifikace	×	×	✓	✓	×	✓
Ambulantní detoxifikace	×	×	×	×	✓	×

Tabulka 10: Psychiatrická anamnéza

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Poruchy spánku	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Depresivní/úzkostná porucha	✓	✓	×	✓	✓	✓
Pravidelná návštěva psychiatrie	×	✓	✓	✓	✓	✓
Farmakoterapie kromě BZD/Z-léků v současnosti	×	✓	✓	✓	✓	✓
Farmakoterapie kromě BZD/Z-léků v minulosti	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pravidelné docházení na psychoterapii v současnosti	✓	✓	×	✓	✓	✓
Pravidelné docházení na psychoterapii v minulosti	×	✓	×	×	×	✓
Hospitalizace z důvodu depresivní/úzkostné poruchy	×	✓	×	×	×	✓
Sebevražedné myšlenky	✓	✓	×	✓	×	×
Elektrokonvulzivní terapie	×	×	×	✓	×	✓

Tabulka 11: Zdravotní a osobní anamnéza

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Migrény	×	×	✓	✓	×	×
Závažné zdravotní komplikace v souvislosti s přechodem	×	×	✓	×	×	×
Úraz v souvislosti s užíváním BZD/Z-léků	✓	×	×	×	×	×
Alergie	×	✓	×	×	✓	✓
Neurologické onemocnění	×	×	×	✓	×	×
Artróza	×	×	✓	×	×	×
Urologické obtíže	×	×	×	✓	×	×
Hypertenze	×	×	×	×	✓	×
Hypercholesterolemie	×	×	×	×	×	✓
Hypotyreóza	×	×	×	×	×	✓
Pohlavní zneužití	✓	×	×	×	×	×

Tabulka 12: Rodinná anamnéza

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Počet dětí	0	1	2	2	0	2
Počet členů v domácnosti včetně respondenta	2	3	3	4	2	1
Počet sourozenců	1	2	0	1	2	2
Vdaná/ženatý	✓	✓	✓	✓	✓	×
Komplikované vztahy v partnerství	✓	×	✓	✓	✓	✓
Onkologické onemocnění u dítěte	×	✓	×	×	×	×
Úmrtí otce v dětství	✓	✓	×	×	×	×
Užívání benzodiazepinů či Z-léků u rodiče	×	×	✓	×	✓	×
Škodlivé užívání/závislost na alkoholu u rodiče	✓	×	×	×	×	×
Poruchy spánku u rodiče	×	×	✓	×	✓	×
Depresivní/úzkostná porucha u rodiče	×	✓	×	✓	✓	✓
Schizofrenie u sourozence	✓	×	×	×	×	×

Tabulka 13: Sociální anamnéza

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ	VŠ	VŠ	VŠ	SŠ	VOŠ
Finanční problémy	✓	×	×	×	×	×

Tabulka 14: Pracovní anamnéza

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Zaměstnání	✓	×	✓	×	✓	✓
Invalidní důchod	×	✓	×	✓	×	×
Starobní důchod	×	×	×	✓	×	×

4.2 Oblast 2: Okolnosti vzniku problému

V této a dalších oblastech je kladen důraz na subjektivní pohled jedince v souvislosti s kladenými otázkami.

4.2.1 Začátek užívání BZD/Z-léků

V první otázce této oblasti byli respondenti dotazováni na začátek užívání sedativ a hypnotik (benzodiazepinů a Z-léků). Tabulka 15 zobrazuje okolnosti, jež respondenti uvedli v souvislosti s prvním užitím BZD/Z-léků. 5 z 6 respondentů zmiňuje **poruchy spánku a depresivní/úzkostné stavy** v souvislosti s jinými **stresovými, zátěžovými, traumatickými situacemi** či **vztahovými problémy** (často se jednalo o nepravidelné užívání těchto léků):

„To teda bylo, že ta dcera se dostala do nemocnice s tím nádorem a já se bála, že v noci nebudu spát, a že přes den nebudu moct fungovat, abych se o ní starala.“ (R2)

„V souvislosti s těmi problémy hledání účinný léčby těch depresivních stavů.“ (R4)

„Tak celý to začalo, díky mým nevydařeným vztahům, kvůli kterým jsem začal benzodiazepiny brát.“ (R5)

„Ja som robila na jednom pracovisku, bola to liečebňa tuberkulózy a respiračných chorôb. Ono to neviem, niektoré veci si človek zapamätá, no ja už som mala s manželom problémy, oddelene sme spali a tak ďalej. Bolo to zlé, nespala som.“ (R6)

U respondenta 3 je okolností vedoucí k prvnímu užití BZD/Z-léků **poruchy spánku** v souvislosti s možnou **genetickou predispozicí**:

„Já bych možná začala nejdříve naší rodinou, protože v rodině je z nějakého důvodu, zatím se stále neví proč, chronická nespavost. Měl to už můj dědeček, trpěla tím moje maminka, trpím tím já a trpí tím bohužel obě moje děti. Takže to je něco, co se v té rodině táhne jako taková červená nit a není jasné, jestli je to důsledek nějaké poruchy melatoninu nebo jestli jsou u nás nějak špatně nastavené biologické hodiny, to se neví, ale v každém případě já jsem od malička spala velmi špatně. Už jsem se s tím narodila, nějak jsem přetrpěla do puberty, ale v pubertě se to velmi dramaticky kolem maturity zhoršilo, tak jsem v 18 letech začala brát půlku Stilnoxu.“ (R3)

Tabulka 15: Okolnosti vedoucí k prvnímu užití BZD/Z-léků

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Poruchy spánku	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Depresivní/úzkostné stavy	✓	✓	×	✓	✓	✓
Komplikované vztahy v partnerství	×	×	×	✓	✓	✓
Onkologické onemocnění dcery	×	✓	×	×	×	×
Pohlavní zneužití	✓	×	×	×	×	×
Ztráta rodiče	×	×	×	✓	×	×

3 z 6 respondentů měli poprvé BZD/Z-léky předepsané od **lékaře** různých odborností:

„Léky nezabíraly nebo zabíraly málo. Tím, že jsem jich vyzkoušel většinu, tak paní doktorka sáhla po benzodiazepinech.“ (R4)

„Vtedy mi jedna doktorka hovorí v práci, že čo je so mnou, že hrozne vyzerám. No som jej povedala, že nemôžem spať, ona mi vtedy predpísala Nitrazepam, to si pamätám.“ (R6)

3 z 6 respondentů neměli BZD/Z-léky předepsané od lékaře, nýbrž je dostali od **rodinného příslušníka**:

„Moje tchýně má kamarádku, která pracuje na neurologii a vím, že tchýně od ní dostávala kapky na uklidnění a na migrény. Tak ona mi donesla první balíček toho Hypnogenu, takže to jsem tam brala v nemocnici na usnutí.“ (R2)

„Asi úplně první zkušenost, tak to mi bylo tak 32, když jsem poprvé měl Neurol nebo Diazepam nebo něco takového. Tak mi to máma dala, protože jsem byl takovej hodně mimo a no a potom to narůstalo.“ (R5)

„Maminka byla lékařka, takže já jsem měla bohužel vždy přístup k lékům dost bezproblémový, sama jsem dělala ve zdravotnictví, takže dostat se k lékům bylo to nejmenší.“ (R3)

U respondenta 3 byla lékařem matka, která léky respondentovi předepsala.

Tabulka 16: Osoba, která respondentovi poskytla poprvé BZD/Z-léky

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Praktický lékař	✓	×	×	×	×	×
Psychiatrický lékař	×	×	×	✓	×	×
Rodinný příslušník	×	✓	✓	×	✓	×
Kolega lékař (zdravotnické zařízení)	×	×	×	×	×	✓

4.2.2 Okolnosti a důležité momenty vedoucí k pravidelnému užívání BZD/Z-léků

Jako okolnosti a důležité momenty vedoucí k pravidelnému užívání léků respondenti popisovali nejčastěji **poruchy spánku, depresivní a úzkostné stavy a pracovní/školní stres, tlak a únavu**:

„Myslím si, že to byla hlavně ta práce, problémy v práci, pracovní stres, a to že jsem s dcerou byla v tý nemocnici.“ (R2)

„Já jinak nespím. Nespím do té míry, že třeba po 8 dnech neusnu nebo upadám do takových mikro spánků. Pak už mám pocit, že jsem v takové bublině, a že ke mně všechno jde z takové dálky, a přes to přese všechno neusnu. Usínám třeba na 20 minut, potom jsem zas hodinu a půl vzhůru, pak usnu na 15 minut a tak. Takže to je strašně nepříjemný stav, který vás velmi vyčerpává a znepríjemňuje život.“ (R3)

„Nápor ve zkouškovém období. Musím se učit, prokazovat svoji erudici, vzdělání, akreditace zaměstnání. Pořád jsem pod tlakem, musím dokazovat, že jsem stále v obraze.“ (R3)

„Paní doktorka na mě vyzkoušela řadu antidepresiv, aspoň 10, než jsme se vůbec aspoň nějak trefili do něčeho, co mi zabíralo. Paní doktorka konstatovala farmakologickou rezistenci, to znamená, že některé léky na mě vůbec nezabírají nebo jsou slabý.“ (R4)

„Potom samozřejmě nějaký pracovní problémy byly, potom hrozný tlak na výsledky.“ (R5)

Respondenti také popisovali jako častou okolnost pravidelného užívání **problémy v partnerství** (rozvod, rozchod, hádky, komplikované vztahy) a **nemoci**:

„Služebně jsem letěla do Japonska na měsíc. A protože jsem se hrozně bála létání, tak jsem si nechala napsat prášky, to bylo jen do letadla. Potom Japonsku jsme se vrátili a asi 4., 5. den jsem začala užívat ty prášky, protože jsme s tím přítelem žili furt ve společné domácnosti, i když ně ve stejné místnosti. (R1) A ten důvod byl, prosím, jaký? (Tazatel) Že jsem musela přetrpět, že s ním musím setrvat ve stejném prostoru. Smsky mi psal, vydíral, třeba jsem jednou přišla do koupelny a on se řezal žiletkou. (R1)

„Okolnosti taky byly ty problémy s manželkou, to začalo narozením syna, kdy se o něj teda stoprocentně nestarala. V době kdy už nekojila, synovi bylo já nevím, půl roku, tak byla na léčbě v léčebně. Diagnózu přesně neumím, nějaký deprese. Byla tam poslaná z psychiatrie a projevy byly, že se o toho syna moc nestarala. Já jsem doma přebaloval, makal, pral plýny, žehlil, tak jsem se staral o jídlo, sunary. Ona třeba uvařila, ale já jsem ho potom krmil. A to jsem chodil normálně do práce.“ (R4)

„Byly to, v podstatě kdybych to měl shrnout, byly to nevydařený pokusy o vztah. Mohlo to být neporozumění, hádka, cokoliv a samozřejmě rozchody taky.“ (R5)

„No začalo to možno nejakých 24 rokov dozadu, keď som mala veľké problémy v manželstve, z dôvodu, že manžel pil, hodne pil a odmietal liečbu, dohoda s ním nebola nejaká normálna, pretože ja som navrhla aj rozvod, že takto to nejde, že si škodíme sami sebe. Bolo vidno aj na deťoch, že sa nemajú dobre. Manžel vystrájal ale v tom smere... a neviem či ma raz udrel ale asi hej ale potom robil to, že zobral deti. V soboty chodieval do svojej práce. Zobral deti, že aby sa tam nejak pohrali, hrali, on sa tam napil a potom ich opitý odviezol domov. No nespoľahlivosť... jako alkoholik.“ (R6)

V neposlední řadě respondenti užívali BZD/Z-léky k **překonání strachů, obav či samoty**:

„Já mám takový velký strach z probdění noci. Prostě považuju to životně důležité se dobře vyspat, abych byla sama se sebou spokojená. Abych byla radostná, plná energie.“ (R2)

„Asi to, že som nemala nikoho pri sebe, s ktorým by som sa dokázala navážno o týchto veciach rozprávať. My sme v rodine nikdy neboli vedení na rozhovor, na nejaký problém, sadnúť si za stôl, hej. No, no sa dialo ale keď to išlo nejaký výber školy, toto, tamto ale v osobnom živote nič také sa nepoznalo. Ja viem, že to bolo práveže niečo strašné u nás, keď sa hovorilo, že niekto je rozvedený, hej. A vlastne mne sa stalo to, že ja som sa chcela rozviest', hej. Našťastie už mama nebola živá no ale... ako ja som ani nemala ani takú podporu od mojich súrodencov v tomto smere. No si pamätám, keď som o tom sestre hovorila, tak mi povedala no, čo riešiš... šak sa napi aj ty. No večer ja s ním nepôjdem, vôbec. A ona mi, tak sa napi aj ty. Toto a zhoršovanie tej situácie v rodine.“ (R6)

Tabulka 17: Okolnosti a důležité momenty vedoucí k pravidelnému užívání BZD/Z-léků

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Poruchy spánku	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Depresivní/úzkostné stavy	✓	✓	×	✓	✓	✓
Pracovní/školní stres	×	✓	✓	✓	✓	✓
Problémy v partnerství	✓	×	×	✓	✓	✓
Únava	✓	✓	✓	×	×	✓
Ztráta rodiče	×	×	✓	✓	✓	✓
Strach z probdělé noci/únavy přes den	×	✓	✓	×	×	✓
Komplikované vztahy s rodičem	✓	×	×	×	✓	×
Samota	✓	×	×	×	×	✓
Vážná nemoc člena rodiny	×	✓	✓	×	×	×
Strach z létání	✓	×	×	×	×	×
Insolvence	✓	×	×	×	×	×

4.2.3 Přejít od užívání BZD/Z-léků k zneužívání

Když jsem respondentům položila otázku, kdy podle nich došlo k přechodu od užívání léků k zneužívání, v polovině případů respondenti reagovali dotazem, jak je zneužívání definované. Mnozí však zaujímali svůj subjektivní pohled na zneužívání, z kterého vycházeli. Respondent 5 konstatoval, že měl léky předepsané „podle potřeby“, a tak je užíval, kdy potřeboval, tedy nedošlo z jeho pohledu k zneužívání. 5 z 6 respondentů popisuje zneužívání v době, kdy **cítili nutkání navýšovat dávky předepsaných léků mimo pokyny lékaře**. K tomu však ve většině případů došlo po několikaletém navýšování dávek podle pokynů lékaře. Respondenti sháněli léky u jiných lékařů, docházelo k **duplicitní preskripci** či na popud pacienta/lékaře byly **léky předepisovány respondentům na jiné rodinné příslušníky**:

„Když jsem to měl doma a měl to pod lékařským dohledem, tak nevím, jestli to je zneužívání. To, co mi paní doktorka předepsala, tak to jsem bral. V souvislosti s tím mi říkala, zkuste toho nebrat tolik, ale předepsala mi to 3x denně. Současně mi řekla, ať toho tolik neberu, takže to je taková schizofrenie. Zneužívání vnímám poslední půl roku před detoxem, kdy jsem bral 4x Neurol přes den.“ (R4)

„Tie lieky som mala vždy pri sebe, najviac Rivotril kvapky no a keď som zase prišla tuna do Prahy, tak bola nová psychiatrická, ktorá mi povedala, že toľko mi ona predpisovať nebude, tak sme z tých mojich vysokých dávok prešli na také, no ako málo. Vtedy jedinýkrát som požiadala známeho, aby mi poslal Rivotril, je to lekár takže sa k tomu dostal, tak mi vtedy poslal asi 2 alebo 3 krabičky Rivotrilu. To bolo jedinýkrát, pretože tu už som toho mala málo od tej doktorky, to už mi bolo zle.“ (R6)

Jako další situaci popisují respondenti **kombinaci BZD/Z-léků s alkoholem**:

„Jak jsem přestala pracovat, tak je to zneužívání. Mám třeba hodně nabitě odpoledne, protože vařím oběd atd., ale pak si odpoledne říkám, co budu dělat. A někdy mě to svádí k tomu, že si dám skleničku vína a vezmu si na to ten prášek na spaní a třeba 3 hodiny odpoledne spím. Manžel to nerad vidí a vždycky se mě ptá, jestli jsem si nevzala léky. Ale pokaždý se mi to podařilo zalhat, že ne, ale on stejně

ví, že ty léky mám někde ještě schované. Protože vlastně ty léky, které mi předepisuje psychiatricka, tak ty mu dávám a on mi je dává - jednu tabletu na noc, ale já mám větší spotřebu než 1 tabletu na noc.“ (R2)

Respondentka 1 popisuje jako okolnosti zneužívání léků upozornění lékařky na možné komplikace v souvislosti s nadměrným předepisováním léků a navrhla **předepisování na jiné rodinné příslušníky**:

„V roce 2018/19 jsem začala přemýšlet, jak si je seženu. To už tak jednoduchý nebylo, to ta doktorka začala říkat, že z toho bude mít problém, když je to tak často, ale vždycky mi to napsala. Sama přišla s tím, že to napíšeme na bratra, že se to nepozná. Takže to psala na něj, potom na tu mamku. S tím teda přišla ona? (Tazatel) (Kývá.) Takže tam to začal být problém.“ (R1)

Respondentka 3 popisuje závažné **zdravotní komplikace** v souvislosti s přechodem, které ji vedly k zneužívání léků, aby situaci **psychicky zvládala**:

„Já jsem se zhruba v těch 48 dostala do situace velmi těžkého přechodu, až tak, že jsem se byla ptát na gynekologii, jestli nemohu takhle vykrváct, protože skutečně 3 týdny v kuse, s tím, že jsem pak nemohla nosit bílé oblečení... Tam jsem se dostala do situace, že abych se vůbec uklidnila, tak tam jsem začala v těch 48 letech ten Stilnox navyšovat.“ (R3)

Tabulka 18: Okolnosti přechodu od užívání BZD/Z-léků k zneužívání

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Navyšování BZD/Z-léků mimo pokyny lékaře	✓	✓	✓	✓	×	✓
Lékař odmítl BZD/Z-léky navyšovat	✓	✓	×	✓	×	✓
Kombinace BZD/Z-léků s alkoholem	✓	✓	×	×	×	×
Lhaní/Podvod	✓	✓	×	×	×	×
Těžké zdravotní komplikace	×	×	✓	×	×	×

4.3 Oblast 3: Vývoj a průběh užívání

Délku pravidelného užívání (denního či převážně denního užívání) BZD/Z-léků zobrazuje tabulka 19. Nejdéle pravidelně užívala převážně Z-léky respondentka 3, a to **30 let**. Nejkratší dobu (**5 let**) užívala převážně Z-léky respondentka 1. Průměrná doba pravidelného užívání benzodiazepinů/Z-léků je **18 let**. V souboru všichni respondenti někdy užívali jak benzodiazepiny, tak Z-léky, **polovina** respondentů užívala **převážně benzodiazepiny**, druhá **polovina převážně Z-léky**.

Tabulka 19: Užívání BZD/Z-léků u jednotlivých respondentů

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Pravidelné užívání BZD/Z-léků (v letech)	5	11	30	20	16	24
Užívání BZD	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Užívání Z-léků	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Převažuje užívání BZD	×	×	×	✓	✓	✓
Převažuje užívání Z-léků	✓	✓	✓	×	×	×

Nejčastější užívanou látkou byl **zolpidem-tartarát** a **alprazolam**. Neuro (alprazolam) někdy užilo 5 z 6 respondentů. Hypnogen (zolpidem-tartarát) někdy užili 3 z 6 respondentů. Lexaurin (bromazepam), Rivotril (klonazepam), Stilnox (zolpidem-tartarát) a Zolpidem Mylan (zolpidem-tartarát) někdy užili 2 z 6 respondentů. Respondent 4 uvedl v průběhu života vystřídaní několika různých druhů léků, včetně léků na spaní, avšak názvy si již nepamatuje:

„Na psychiatrii jsem začínal léčbu v roce 1998, v červnu tuším. Paní doktorka na mě vyzkoušela řadu antidepresiv, léky na spaní, aspoň 10, než jsme se vůbec aspoň nějak trefili do něčeho, co mi zabíralo. To trvalo asi 2 roky, než ta léčba začala být efektivní. Jak to bylo s těmi benzodiazepiny zkraje, to už si opravdu nepamatuju.“ (R4)

„Tak těch liekov sa vystriedalo viac. No tak, čo si pamätám naposledy som mala Frontin, Hypnogen, Rivotril kvapky. No ale predtým som mala určite nejaký Lexaurin, Neuro, Diazepam, Xanax. Mne sa nič nesnivalo, keď som to povedala jednej fyzioterapeutke, že ja nemám sny, ona, to musí byť hrozné. Od kedy lieky neberiem, ja mám každú noc sen. Vždy keď by boli pekné, väčšinou pracujem (pacientka sa smeje). Ale fakt ja som vtedy, mne sa vôbec jak to hovorím všetko, vôbec nič nesnivalo. No potom tam boli za každým určite nejaké antidepresíva ale to by som ako by... no boli vždy súbežne s tými antidepresívami predpisované tieto lieky. Ešte to chcem povedať, že bolo obdobie kedy som mala dochádzať na ambulanciu a pichala mi doktorka Auparin (Diazepam vo forme injekcie).“ (R6)

Tabulka 20: Druhy užívaných BZD/Z-léků u jednotlivých respondentů; obchodní název (účinná látka)

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Neuro (alprazolam)	×	✓	✓	✓	✓	✓
Hypnogen (zolpidem-tartarát)	✓	✓	×	×	×	✓
Lexaurin (bromazepam)	✓	×	×	×	×	✓
Rivotril (klonazepam)	×	×	×	✓	×	✓
Stilnox (zolpidem-tartarát)	×	×	✓	×	×	✓
Zolpidem Mylan (zolpidem-tartarát)	✓	×	×	×	✓	×
Sanval (zolpidem-tartarát)	✓	×	×	×	×	×
Apo-Zolpidem (zolpidem-tartarát)	×	✓	×	×	×	×
Rohypnol (flunitrazepam)	×	×	✓	×	×	×
Xanax (alprazolam)	×	×	×	×	×	✓
Frontin (alprazolam)	×	×	×	×	×	✓
Diazepam Slovakofarma (diazepam)	×	×	×	×	×	✓
Apaurin (diazepam, i.v.)	×	×	×	×	×	✓
Diazepam Slovakofarma (diazepam)	×	×	×	×	×	✓

Zprvu pravidelného užívání a i přes navyšování léků respondenti popisovali **pozitivní účinky**. Nežádoucí účinky nepociťovali. V příbězích respondentů byly BZD/Z-léky použity jako prostředek k vypořádání se s poruchami spánku, stresem, depresí/úzkostí či za účelem excitace, získání energie, sebevědomí:

„V 19 jsem brala 3 měsíce ten Lexaurin. V roce 2015 to bylo to Japonsko, 6 let zpátky, to mi bylo 27, to jsem nějak nepocítovala problém, nic mi to nedalo. Po návratu jsem to začala užívat, tam už jsem si vlastně řekla, že to jako pomáhá, spím po tom dobře, cítím se po tom dobře, zapomínám na špatné věci.“ (R1)

„Já vlastně vždycky si udělám nějakou zásobu léků pro případ, že bych začala být depresivní. Přišla jsem na to, že nejlepší pro mě způsob, jak vyřešit tu depresi, je jí zaspat. Pořád jsem jenom spala, samozřejmě, že né přirozeně, ale díky těm práškům na spaní a většinou jsem ani nevařila, protože jsem nebyla schopná ani uvařit oběd, tak u nás bydlela maminka a já se své rodině ukázala třikrát denně - na snídani, na oběd a na večeři a jinak jsem byla pořád v ložnici a spala jsem. Takže tam určitě to bylo, no to je ta hlavní pořád motivace nebo cíl, co mě furt motivuje k tomu, mít doma větší zásobu těch léků. Ale jak ten covid a ztráta zaměstnání se negativně podepsaly na tom, že třeba ty léky na spaní zneužívám mnohem víc, tak přišlo vyklidnění, že není na mě stres a já ty deprese nemám.“ (R2)

„To, že ty léky mi dávají možnost nic neřešit. Nemít starosti, to zaspat. Já vím, že i když jsme se dozvěděli tu dceřinu diagnózu a ona pár dní zůstala v nemocnici sama, už nevím proč, tak že prostě třeba manžel telefonoval s příbuznými a já prostě jsem si vzala prášek na spaní a šla si lehnout, že už jsem na to nechtěla vůbec myslet.“ (R2)

„Kolem 18 let jsem začala brát půlku Stilnoxu a vlastně na té půlce až celém prášku jsem vydržela, ale s tím, že jsem ho skutečně brala každý večer. Byla jsem schopná takhle žít celý život, až do svých 48 let, kdy jsem se dostala do přechodu.“ (R3)

„Ten Neurol jste tedy nebral, abyste se cítil líp, euforicky?“ (Tazatel) „Jako taky. Já mám bohužel tu blbou povahu, že když něco udělám dobře, tak se potom to snažím udělat ještě líp a samozřejmě to zkazím. Tak to mám i v tomhlectom, že když se cejtím dobře, tak občas se chci cejtít ještě líp. Ale z devadesáti procent to bylo tak, že když jsem se cejtít mizerně, tak jsem si to vzal.“ (R5)

„Ja som ich brala hlavne vtedy, keď som potrebovala aj napriek tomu, že som brala Frontin, som chcela ešte posilniť, získať sebavedomie, keď som išla niečo vybavovať, keď som prišla do tej Prahy bolo... pamätám, keď som išla niečo riešiť do Modrej pyramídy, vtedy určite tam bolo lebo som bola taká sebavedomá... Potom už keď som nemala síl hej, pomohlo mi to. Človek sa tak nejak pozbieral. Ono sa hovorí, že utlmujú ale si myslím, že v takej tej primeranej dávke, že povzbudia tie lieky. aj to takú energiu dá.“ (R6)

Tabulka 21: Důvody pro pokračování užívání a navyšování BZD/Z-léků

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
BZD/Z-léky jako prostředek vypořádání se s poruchami spánku	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BZD/Z-léky jako prostředek vypořádání se se stresem	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BZD/Z-léky jako prostředek vypořádání se s depresí/úzkostí	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Užívání BZD/Z-léky za účelem excitace (získání energie)	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Benzodiazepiny a Z-léky byly pravidelně předepisovány nejčastěji **psychiatrickým lékařem** (ve 3 případech), u respondentky 1 **praktickým lékařem**, u respondenta 5 nejdříve **praktickým lékařem, později psychiatrem**. Ve 4 případech respondenti vyjadřovali **naštvaní a vztek na svého bývalého lékaře**, který jim léky předepisoval:

„Vlastně těch zhruba 15 let jste to užíval od paní doktorky?“ (Tazatel) Ano, to psala ona. Současné antidepresiva psala.“ (R4)

„Potom jsem šel normálně za obvodní lékařkou a tý jsem vždycky řekl o předepsání Neurolu a ona mi napsala, ani se neptala proč. Jenom mi přišel recept na telefon, ona mi vlastně poslala e-recept. Potom jsem už zjistil, že to je fakt bída, že mi je fakt mizerně, a že mi ten Neurol vůbec nepomáhá,

nebo pomáhá třeba na hodinu, dvě. A tak jsem požádal svou obvodní lékařku a ta mi vlastně řekla, že mi benzátky psát nebude, že bych se měl dát do rukou nějakého odborníka. Tak jsem ji požádal, jestli o nějakým neví, tak mi doporučila paní doktorku *****, psychiatricku. Tak u ní jsem byl. Ta se se mnou taky nemazlila, ta mi napsala tolik Neurolu, kolik jsem potřeboval. Furt. Takže jsem to do sebe ládoval poslední dva roky třeba. Potom jsem zjistil, že u doktorky ***** to vůbec nikam nevede.“ (R5)

Respondentka 3 měla léky (nejdéle Stilnox) pravidelně a dlouhodobě předepisované **matkou, která byla lékař.**

Tabulka 22: Osoba předepisující pravidelně dlouhodobě BZD/Z-léky

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Praktický lékař	✓	×	×	×	✓	×
Psychiatrický lékař	×	✓	×	✓	✓	✓
Matka (lékař)	×	×	✓	×	×	×

V příbězích respondentů se objevuje řada podobností v rámci vývoje a průběhu užívání benzodiazepinů a Z-léků. Respondenti v 4 z 6 případů **nevěděli o závislostním potenciálu** těchto léků během pravidelného užívání. Někteří respondenti začali léky užívat pravidelně každý den již od prvního okamžiku setkání s těmito látkami. Ti, kteří je užívali nepravidelně, postupem času nejčastěji v rámci několika let přešli na pravidelné užívání. Toto užívání mělo **každodenní charakter**. I přes potřebu **navyšování dávek**, také při přechodu k zneužívání nepocítovali respondenti negativní důsledky a převažovala pozitiva. U všech respondentů docházelo k navyšování dávek léků. Ty, které byly užívané na noc, byly časem s navyšováním dávek užívány v průběhu dne. To vedlo k potřebě navyšovat dávky na noc:

„V roce 2017. To jsem poprvé si vzala 3 tablety. Nevím, asi psychika nějak, už mi prostě 1,5 tablety nezabraly, ani dva, ani dva a půl... až 3, abych se dostala do toho stejného stavu, do toho rauše. Po 1,5 tabletě jsem sice usnula, ale nic navíc se mi nedělo. Potom jsem brala až těch 6 tablet.“ (R1)

„Nejdřív jsem začala užívat na noc, potom jsem cítila hroznou úzkost, a když jsem zjistila, že mi Stilnox pomáhá se uvolnit, čímž došlo k tomu, že jsem začala brát prášky přes den a navyšovat prášky na noc. On zasahuje rané fáze spánku, takže jsem se začala budit po 3 hodinách v noci, tak jsem navyšovala tu noční dávku a přes den na uklidnění.“ (R3)

„Nějakých 5, 6 let od začátku docházení k ní mi začala předepisovat Neurol a Rivotril, tak vzhledem k tomu, že to na mě zabralo, tak jsem pokračoval. A navyšovala mi to postupně, nejdřív jsem začínal na 0,25 mg, potom to byly 0,5 mg a tak dál.“ (R4)

„Ze začátku to bylo velmi nárazově a potom s přibýváním alkoholu jsem začal brát i víc těch benzáků a potom ta paní doktorka psychiatricka mi to dávala jak vitamín B. Ona se mě vždycky ptala, kolik toho beru, tak jsem říkal tak jeden maximálně dva, ty 0,5ky denně. Tak říkala pořád, jo tak to je dobrý.“ (R5)

Ve 4 případech docházelo k **snížení dávek či přerušování užívání** v rámci snahy o abstinenci, zbavení se léků:

„2017 to bylo období, kdy se mi na chvíli to podařilo vždycky vysadit a potom znova, jenže já jsem to vždycky vysadila kvůli tomu, že když to nebudu brát třeba 2 měsíce, že to z toho těla zmizí, ale ono to nezmizelo. Mně už nestačila ani půlka, což jsem si myslela, že to zase snížím, ale furt rovnou 1,5 a to bylo málo.“ (R1)

Tyto snahy o abstinenci a snížení dávek byly často doprovázeny **navýšením konzumace alkoholu či kombinací léků s alkoholem** za účelem zvýšit efekt léků:

„No a já sem v tom roce 2015 přestala brát ty prášky, že jsem si prostě řekla, že je to už špatný. Ale pila jsem alkohol, to mi stačilo na zapomenutí.“ „V roce 2017, to jsem začala brát 6 tablet - 3 Zolpidemu a 3 Sanvalu. Zapila jsem to láhví vodky.“ (R1)

„Asi když jsem měla to poslední depresivní období, kdy jsem zjistila, že když ten prášek zapiju alkoholem, tak spím dýl a zaspím tu depresi. A když jsem si chodívala po obědě lehnout, tak to byl 1-2 prášky, ale zapíjela jsem je třeba vínem. Večer to byla půlka na usnutí a ještě půlka kolem třetí ráno. Pak teda, když se staly maléry, kdy manžel poznal, že jsem zfetovaná z těch léků, tak si myslím, že si dávám pozor, aby na to nepřišel. Buď ty prášky přes ten den neberu, že se nějak ovládnou anebo jenom v malém množství, ale zapíjím je alkoholem, aby se ten účinek dostavil rychle a rychle jsem usnula.“ (R2)

Respondenti popisovali **zneužívání alkoholu**, který nekombinovali bezprostředně s léky:

„Večer jsem pil, ráno jsem se probudil s kocovinou, zobal jsem benzáky, večer jsem přišel domů, pil jsem. Takže to byl takovej uzavřený kruh. Takže já jsem benzodiazepinami léčil kocovinu a večer jsem místo benzáků si vzal víno.“ (R5)

Ja som tie posledné roky v **** mala zlé v tom smere, že som bola sama tak aj ten alkohol tam vlastne bol. No určite ten posledný tak, čo môžem povedať.“ (R6)

Nikdo z respondentů se nesnažil léky shánět na černém trhu, avšak docházelo k **duplicitnímu předepisování či preskripci na jinou osobu** (rodinného příslušníka):

„Sama přišla s tím, že to napíšeme na bratra, že se to nepozná. Takže to psala na něj, potom na tu mamku.“ (R1) „S tím teda přišla ona?“ (Tazatel) (Kývá.)

„To mi psala praktička, psychiatrička, neuroložka a občas poprosím maminku, aby si je nechala napsat od svého doktora. Taky není ráda, ale vždycky ji nějak uprosím.“ (R2)

„Vtedy jediný krát som požiadala známeho v ****, aby mi poslal Rivotril, je to lekár takže sa k tomu dostal, tak mi vtedy poslal asi 2 alebo 3 krabičky Rivotrilu. To bolo jediný krát, pretože tu už som toho mala málo od tej doktorky, to už mi bolo zle.“ (R6)

Tabulka 23: Podobnosti u respondentů ve vývoji/průběhu užívání BZD/Z-léků

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Postupné navyšování dávek za účelem stejného efektu	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Užívání léků v průběhu dne	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Duplicitní preskripce BZD/Z-léků	✓	✓	×	×	✓	✓
Snaha o abstinenci/snížení dávky	✓	✓	×	✓	✓	×
Užívání BZD/Z-léků v kombinaci s alkoholem	✓	✓	×	×	✓	×
Abusus alkoholu	✓	×	×	×	✓	✓
Preskripce na jinou osobu	✓	✓	×	×	×	×
Nevěděl/a o závislostním potenciálu BZD/Z-léků	✓	×	✓	✓	×	✓

4.4 Oblast 4: Okolnosti uvědomění a řešení problému

Respondenti vnímali **negativní důsledky** užívání benzodiazepinů a Z-léků na **fyzické, psychické zdraví** či **sociální fungování** (zejména vztahy). Z fyzických příznaků popisovali změnu chování,

únavu, ztrátu energie, bušení srdce, bolesti těla, hlavy, kloubů, zduření žláz, vyrážku, zvracení, horečky, pocit na omdlení. Z kognitivních příznaků zmiňovali výpadky paměti, změny myšlení, nepamatování si (hlavně problémy s krátkodobou pamětí). Z psychických příznaků popisovali poruchy nespavosti, úzkostné a depresivní stavy doprovázené fyzickými příznaky v kombinaci s malátností, slabostí, které se časem zhoršovaly. Příznaky také přisuzovali psychiatrické diagnóze či jiným životním okolnostem. Nelze jednoznačně určit, zda výše zmíněné projevy souvisely pouze s užíváním BZD/Z-léků. Všem respondentům byla diagnostikovaná **závislost** na sedativech a hypnoticích (F13.2.).

Mezi příznaky patřily také úzkosti, strach, když respondent léky nemá u sebe, končí mu balení léků a nemá předepsané nové. Respondenti měli léky stále při ruce (v kabelce, tašce, pod polštářem apod.):

„Tam i když jsem věděla, že tam už je nějaký problém, tak jsem vždycky, když mi docházelo plato byla nervní, našťavaná, štěkala jsem po okolí, ale když jsem věděla, že ho mám napsaný, tak to jsem byla šťastná. A to jsem si to sháněla i jako někde jinde, dvakrát, třikrát někde jinde. Jinak mi to psala obvodářka.“ (R1)

„Užívala jsem Frontin 3x denne určite, no potom hypnotikum na noc jeden Hypnogen no len tam bol ten nešťastný Rivotril, ktorý bol v taške, v batohu, v kabelke. Pri cestovaní, pod vankúšom, tie kvapky.“ (R6)

Respondentka 1 popisovala vážný **úraz** a následnou operaci v souvislosti se zneužíváním Z-léků a změnou chování a s navyšováním dávek fyzické obtíže po probuzení:

„Teda až jednou večer mě napadlo, že bych se mohla sklouznout na klouzačce. No a to sem si teda rozsekla stehno... dost, 19 stehů. Tam jsem si teda řekla, že už je něco špatně, ale furt jsem si říkala, že když si to budu brát v posteli, tak se nic nebude dít. Přítel to toleroval, věděl, že užívám, ale věděl, co si prožívám, takže možná mlčel z toho důvodu, že mi to nějakým způsobem tiší bolest, což teda dělalo. Já jsem se vždycky těšila domů, že si ty prášky vezmu a půjdu spát. (hluboký výdech) Pak jsem změnila práci. Tam to bylo horší, protože pak už i ráno jsem byla taková malátná, protože se mi to začalo promítat do toho rána. To už mi nestačilo 1,5 prášku po tak dlouhý době, takže já jsem si třeba 3x do týdne vzala 2, ale ještě jsem furt nenavýšovala tu dávku každý den.“ (R1)

Rodinní příslušníci a osoby blízké upozorňovali respondenty na jejich chování v souvislosti s užíváním benzodiazepinů a Z-léků (nadměrný spánek, spánek přes den, stavy „mimo“, únava apod.):

„Už jsem ale začala slýchat od partnera, že se začínám chovat zvláště. Jako například, že se najednou seberu a jdu uvařit jídlo, ale už jsem nevěděla jak. Nikdy jsem ale nebyla agresivní, měla jsem takovéto opilcovo chování.“ (R1)

„A někdy mě to svádí k tomu, že si dám skleničku vína a vezmu si na to ten prášek na spaní a třeba 3 hodiny odpoledne spím. Manžel to nerad vidí a vždycky se mě ptá, jestli jsem si nevzala léky.“ (R2)

„Viete mňa nato deti upozorňovali ale vtedy som to nepotrebovala riešiť, úplne som mala iné myšlienky, úplne. Ťažko povedať, keby by ma niekto na liečenie posielal, ťažko povedať kam na liečenie na Slovensku. No možno do Pezinka, ja neviem ale nikto mi to nenavrhol. Viete, keď idete aj na hospitalizáciu, tam Vám vlastne potvrdia, že máte tie lieky brať.“ (R6)

4.4.1 Uvědomění problému

Některé z výše zmíněných negativních důsledků přispěly k uvědomění problému. Respondenti popisovali vzrůstající tendenci u **nežádoucích účinků a negativních dopadů** v čase, která vedla k uvědomění problému. I přes vědomí obtíží, kdy možné negativní důsledky užívání léků převažují nad pozitivy, bezprostředně nenásledovalo řešení problému. Respondenti si byli vědomi obtíží, avšak popisovali nemožnost problém aktivně řešit:

„Zjistila jsem, že mám problém, kterého se nemůžu zbavit, ale bála jsem se o něm mluvit, styděla jsem se, ale potřebovala jsem to. Už jsem hledala takový situace, aby mě nikdo neviděl u toho, že si to beru.“

Třeba když manžel šel večer se psem, tak šup vodku, kterou jsem měla přelitou třeba v nečím jiným, třeba květináči. A rychle prášky, který jsem měla připravený v kapse. Rozpočítala jsem to. To bylo po té operaci, tam jsem se těch prášků nedokázala vzdát.“ (R1)

„Kdy jste si problém uvědomila?“ (Tazatel) „Já jsem to věděla celou dobu. Jen, když mě honili po těch vyšetřeních, tak jsem neměla sílu s tím něco dělat v tom třičtvrtě roce.“ (R3)

„Kdy jste si problém uvědomil?“ (Tazatel) „Já bych to tak odhadoval těch 6-8 měsíců před tím rozhodnutím přestat. Rozhodně jsem si to uvědomoval a snažil se přes den ten 4. Neurol nebrat pravidelně. To byla doba, kdy jsem měl potřebu vzít si 4. Neurol.“ (R4) „Měl jste napsané 3x denně?“ (Tazatel) „Ano, ale stejně jsem měl tolik, že jsem měl i 4. I na 5. by bylo, předepisovala mi toho hodně. Ještě když jsem přijel z Bohnic, tak jsem manželce k likvidaci dával několik platiček Neuroly, co mi tenkrát zbyly.“ (R4)

„Já jsem si to uvědomoval už dlouho, ale až když jsem viděl, že moje žena je z toho nešťastná a jestli já něco nesnesu, tak je to vidět ji nešťastnou teda.“ (R5)

Respondentka 2 si problém uvědomila, když **ohrozila život své dcery**:

„Když došlo k situaci, kdy jsem mohla způsobit malér, protože jsem nevěděla, co dělám. To jsem si uvědomila, že to takhle nesmím dělat, a že si na to opravdu musím dávat pozor, abych měla vyvážený ty tablety a ten alkohol. Protože já si potom nepamatuju, co jsem dělala.“ (R2) „Co se, prosím, stalo?“ (Tazatel) „Manžel zalarmoval tu psychiatricku, ta se o tom dozvěděla a pak vlastně se ty situace opakovaly. Zjistil to manžel, ale já jsem prosila, ať tý psychiatrice nic neříká. Jsem v pohodě s tím, že si беру ten prášek na usnutí, a že mi je i jedno, jestli je budu na to spaní brát do konce života nebo jestli se vyléčím, ale potřebuju potlačit tu chuť na ty léky během dne, kdy opravdu se mi může stát, že mě dcera vzbudí, že jsem jí slíbila, že ji někam zavezu a já potom ještě poloomámená sednu za volant. To se totiž taky stalo, to si samozřejmě vůbec nepamatuju. Jen manžel říkal, že jsem vyjela jakoby autem z garáže, než jsem vyjela na hlavní, tak jsem tam zůstala stát. Dcera si uvědomila, že nejsem úplně v pořádku a šla pro manžela a ten mě poslal domů a zaparkoval auto zpátky do garáže. Jsem měla opravdu štěstí, že jsem nevyjela na tu hlavní, ještě s dcerou vedle sebe a já jsem vůbec nevěděla, co dělám. Vůbec jsem si to nepamatovala. Toho se potřebuju zbavit.“ (R2)

Respondenti také popisovali **abusus alkoholu v souvislosti se stresovými a traumatickými událostmi** jako okolnost uvědomění problému:

*„Vlastně máma mi umřela v říjnu a já jsem v prosinci dal výpověď z toho korporátu, potom jsem roky nic nedělal. Jsem rok ani nešáhl na práci, ale samozřejmě celej ten rok jsem dost vehementně chlastal a samozřejmě jsem docházel i na psychiatrii, kde mi **** předepisovala benzáky a potom v tom květnu už mi došly síly psychický, fyzický.“ (R5)*

„Ale potom už už keď to bola no skôr s tým, ten alkohol vtedy som vedela, že niečo nie je dobre. Vtedy som si to začala uvedomovať ale vidíte napriek tomu som s tým nič nerobila.“ (R6)

4.4.2 Okolnosti vedoucí k řešení problému a vyhledání odborné pomoci

To, co respondentům pomohlo v řešení problému byla **podpora či změna chování rodiny a blízkých osob, zodpovědnost** vůči rodině a blízkým, **vnitřní morální impulz**:

„Budu to opakovat, ale byl to příchod toho kamaráda. Po dlouhé době to byl vlastně někdo první, kdo trpělivě se mnou rozebíral všechny tyhle věci. Chvilku mi trvalo, než jsem sem napsala, nejdřív jsem si to potřebovala srovnat já sama v hlavě, jestli to je pauza anebo jestli s tím chci fakt něco dělat, že mě to může ale někdy zabít. Za všechno ale tohle může ten můj trenér, tím přístupem, tím, jak to všechno se mnou rozebral, veškerou bolest, kterou já jsem v sobě dusila tolik let. A vlastně díky němu sedím tady. Né manžel, né matka, né bratr, ale on, že se mnou tráví hodně času. Každý den si ale píšeme.“ (R1)

„Pomohlo mi to, že jsem zodpovědná, že se bojím o svou rodinu, a že jsem si uvědomila, že bych jim mohla strašně ublížit.“ (R2)

„Pomohla mi podpora rodiny. Já jsem měla zodpovědnost vůči rodině. Uvědomila jsem si, že bych byla přítěží. Rodina z toho byla nešťastná. Já tu rodinu mám a nechtěla jsem o ni přijít. S tím, že pak, když jsem se dostala z nehoršího tak kvůli dětem, kvůli rodině, kvůli mámě, jsem si sem šla lehnout. Když jsem se dozvěděla, že žádná z těch špatných diagnóz neplatí, tak jsem se sama rozhodla, že s tím musím něco dělat.“ (R3)

„Pomohlo mi to, že žena byla hrozně nešťastná a já jsem přemejšlel, co udělat, aby nebyla nešťastná.“ (R5)

Dalším aspektem pomoci před řešením situace byla **sociální a finanční pomoc** - invalidní důchod, pracovní neschopnost, ale naopak i **ztráta zaměstnání**, a to ve třech případech (R2, R4, R6):

„V roce 2018 už v souvislosti s těma změnami v práci, mě ten pracovní stres dostával dolů a začala jsem hodně brát ty léky. Tady jsem se dostala na dno s těma depresema. Když jsem se z nich dostala, tak jsem si zařídila invalidní důchod, abych byla krytá, když bych nemohla vydělávat, protože mi to to duševní zdraví neumožňuje.“ (R2)

„Já jsem přišla o tu práci kvůli covidu. Takže i vlastně kvůli tomu, že mám čas to nějak řešit.“ (R2)

„Vlastne je také úsmevné, také tragikomické, keď ja poviem, že mi pomohlo to, že som prišla o robotu. Že sa našiel ten čas nato. Priestor pre tú liečbu. Takže som mala to šťastie, že sa mi niečo nestalo v práci, že by všetci o tom vedeli. Takže to bolo také anonymné aj tu ešte v tej Prahe. Som išla na kontrolu ku psychiatričke, a tá mi povedala a dost'. Teraz keď ste bez práce ideme to vysadzovať. Hej, že vlastne sme využili ten čas.“ (R6)

Respondenti také zmiňovali jako okolnost vedoucí k řešení problému **změnu psychiatrického lékaře** či **zásah stávajícího lékaře včetně zapojení rodinných příslušníků**:

„Ta mi nejdřív psala na noc 1,5 tablety, ale potom jsem to několikrát (asi dvakrát) přehnala tak, že jsem byla bez sebe. Naštěstí jako doma, takže se nic nestalo a manžel měl na tu psychiatričku číslo a zavolal jí. Ona mi vynadala a řekla mi, že mi ty prášky nebude psát 1,5, ale max 1 tabletu denně a chce, abych ty prášky dávala manželovi.“ (R2)

„Nová pani doktorka, že mi nepredpísala také množstvo liekov na aké som bola zvyknutá síce som si to zabezpečila no ale išlo by to tak isto ďalej a myslím, že ten Rivotril by sa dal posielat'... jednoducho už som vedela, že bez toho Rivotrilu nemôžem byť, že je to zlé, že je to sakra zlé.“ (R6)

Respondentka 1 popisuje fyzické obtíže a strach o svůj život, který ji motivoval k řešení problému:

„Potom mi začalo bušenie srdce, to mi bylo špatně, potila jsem se, zduřily se mi žlázy třeba v podpaží. Začala jsem mít vyrážku. Říkala jsem si, že vím, od čeho to je, ale nechtěla jsem to slyšet, vědět. Prostě chtěla jsem ty prášky. No a když už mi manžel řekl, že jsem v noci přestala dýchat, a že mi bušilo strašně srdce, tak jsem se vyděsila.“ (R1)

Dalším aspektem k řešení problému byla možnost dohledání informací na internetu, online poradna:

„Na začátku toho ledna jsem si už hledala stránky a pročítala a pak jsem napsala na online poradnu. Čekala jsem, že se mi nikdo neozve. No. Tak jsem se na odpověď podívala za 4-5 dní. A najednou tam byla Vaše odpověď. Dokonce jsem se bála udat, kolik těch prášků беру, tak jsem dala 3 místo 6. Bála jsem se prostě, aby to nebylo moc. Měla jsem strach. Tam hrálo roli to, že paní doktorka mi řekla, že jsem feťák, ale tím feťákem mě udělala ona... taky, nejenom já.“ (R1)

Respondenti zmiňují **pandemii COVID-19**, která přímo (ztráta zaměstnání) i nepřímo ovlivnila jejich životy.

4.4.3 Okolnosti léčby

V době aktivního řešení problému respondenti hledali **informace o závislosti a léčbě na internetu**, **požádali o pomoc psychiatrického lékaře, adiktologa**, který byl zároveň **rodinný příslušník** či kontaktovali **adiktologickou ambulanci, online poradnu**. Respondenti hledali pomoc i v souvislosti se závislostí na **alkoholu**. S hledáním vhodné léčby jim **pomáhali rodinní příslušníci či osoby blízké**:

„Chápu to tedy dobře, že Vy sama jste pomoc vyhledala na internetu?“ (Tazatel) „S manželem. Oba jsme se shodli na tom, že já s tím chci něco dělat, on a děti mi chtějí pomoc, takže já jsem se rozhodla ten detox podstoupit. Manžel je dost energický, tak na detox volal i vyhrožoval, když mě nechtěli vzít, že to dá do televize, takže mě vzali skoro hned.“ (R3)

„Já jsem šel k paní doktorce s manželkou. Ona řekla, že bych neměl tolik NeuroLů brát, no ale recept jsem zase dostal. Takže to bylo takový, no, neberte to, ale tady máte recept Rozhodl jsem se v průběhu léčby na psychiatrii, že od paní doktorky jsem dostal typ na ten detox. Konzultoval jsem to se syny, hlavně s ****, tím starším. Ten nápad detoxu byl myslím můj, ale **** mě hodně podporoval. Potom jsem paní doktorce nic neřekl, prostě jsem to ukončil. Já už jí nechtěl ani vidět. Protože mě do tohohle dostala v podstatě ona. Potom těch x dalších problémů, které se nabalovaly, tak se začaly objevovat jiné zdravotní problémy. To bylo na podzim teď před 2 lety jsem se informoval, jak to působí a jaké to může mít následky i o té závislosti, takže na podzim 2019 jsem se rozhodl, že bych se toho chtěl zbavit, že už to nechci brát.“ (R4)

„Moje teta je adiktoložka. Tak za tou jsem zašel, že je mi hrozně blbě, že chlastám a ona já to vím. Tak přemýšlela nad někým s kým si lidsky sednu, což se jí strašně povedlo. Já jsem za ní šel původně jenom kvůli terapiím. Já jsem si uvědomoval, že ty návštěvy u doktorky **** nikam nevedou, že po určitých lécích se hrozně ztloustnul úplně šíleně, ale že chlastám furt stejně a že, mě to ani nevadilo, že jsem tak chlastal, ale mě vadila ta celková závislost. To byla závislost na chlastu, závislost na benzácích, závislost na Olinthu, stříkání do nosu, kdy jsem opravdu nebyl schopný bez toho vůbec žít, bez těch věcí. To je opravdu hrozný svinstvo do toho nosu. Teta pomáhá lidem od závislostí, tak jsem ji potom navštívil. Nebo navštívil, my se vidíme často, takže jsem za ní prostě jednou zajel, tam jsme to probrali.“ (R5)

Aspektem pomoci při řešení situace byla **sociální a finanční pomoc** - invalidní důchod u respondentů 2 a 4, pracovní neschopnost po dobu ústavního léčení:

„Já jsem skončil v práci v podstatě až v okamžiku, kdy jsem šel na ten detox. Před rokem a půl. Pak jsem měl teda neschopenku včetně tý léčby a pak jsem měl asi půl roku invalidní důchod plnej, než jsem měl nárok na starobní důvod. Bez problému mi dali invalidní důchod. Posudkový lékař mi dal bez problému invalidní důchod díky zprávě od psychiatra.“ (R4)

Tabulka 24: Zprostředkovatel 1. kontaktu s léčebným zařízením

Respondent	Zprostředkovatel 1. kontakt s léčebným zařízením
R1	adiktologická poradna
R2	psychiatrický lékař
R3	informace na internetu
R4	psychiatrický lékař
R5	rodinný příslušník - adiktolog
R6	psychiatrický lékař

V době kontaktování odborné pomoci respondenti užívali **denní množství léků**, které udávali jako **maximální** od počátku užívání viz tabulka 26. Maximální užitá dávka v souboru byla **50 tablet zolpidemu denně**.

Tabulka 25: Maximální denní množství BZD/Z-léků v době řešení problému

Respondent	Počet tablet/kapek za den
R1	6 tbl. zolpidem-tatrát
R2	5 tbl. zolpidem-tatrát
R3	50 tbl. zolpidem-tatrát
R4	3 tbl. klonazepam + 4 tbl. alprazolam
R5	4 tbl. alprazolam
R6	3 tbl. alprazolam + 1 tbl. zolpidem-tatrát + 40 kapek klonazepam

4 respondenti absolvovali **detoxifikaci**, z toho 2 respondenti v rámci **ústavní léčby závislosti**, respondentka 3 pouze ústavní detoxifikaci, respondent 5 ambulantní pod dohledem psychiatrického lékaře. O ambulantní detoxifikaci se pokoušela respondentka 6, avšak kvůli silným abstinčním příznakům nastoupila výše zmíněnou ústavní léčbu s detoxifikací viz kapitola 4.1 Oblast 1: Anamnéza - Tabulka 9: Adiktologická anamnéza. 3 respondenti kontaktovali přímo **adiktologickou ambulanci**, kde léčbu započali.

„Přihlásil jsem se do léčby v Bohnicích s termínem zhruba v polovině ledna 2020. To jsem nastoupil, pár dní jsem byl na detoxu, pak dalších 8 týdnů na pavilonu 16, což je pavilon duálních diagnóz. Tam mě postupně ty benzodiazepiny snižovali na 0, těsně před covidem, 12.3. minulého roku nějak tak mě propustili s tím, že bych měl pokračovat v doléčování, v další terapii. A to jsem se přihlásil sem.“ (R4)

„Som bola od toho vysadzovania takých 7 týždňov doma, som chodila dosť často ku doktorke na kontrolu. Bolo mi neskutočne zle, fakt ten prvý víkend, to viem, že to bola nedeľa, keď som si to vysadila. Asi aj viem, muselo byť 13. januára alebo tak nejako. No ja som myslela, že to je môj koniec, a to bol začiatok. No a ona mi už skôr hovorila, nechcete sa ísť niekde liečiť s tým a tak ďalej. Som stále hovorila nie, nie no ale potom už so mnou bolo tak zle, že som vlastne za to obdobie za ten tých 5 týždňov schudla možno tých 5 kg, hm možno no asi tak. Ja som nemohla nič jesť, bolo mi strašne zle, tak som potom povedala, že dobre, že teda pôjdem na liečenie“ (R6)

Respondenti mluvili o **pozitivech léčby**:

„Tím, že jsem se od toho odstříhla, vypadla z toho, dostala se do uzavřené skupiny lidí úplně jiných, než jsem zvyklá se pohybovat. Já jsem se tady s tima lidma bavila. Uvědomila jsem si, že ty tlaky můžou být obrovský, ten způsob života, který jsem zvolila, není úplně šťastný.“ (R3)

„Nic nefungovalo, vůbec nic nefungovalo, až teďka musím říct, že třeba od března, co mi pan doktor píchá jehličky, tak cítím neuvěřitelný zlepšení. Jsem teďka řešil, jestli to je způsobený medikací nebo jestli to je způsobený akupunkturou, jestli se mi něco srovnalo v hlavě nebo nevím, netuším. Já jsem se prostě 20 let budil každý ráno s tím, že mi bylo na zvracení. Každý ráno. Furt jsem cejtíl neuvěřitelný napětí. Každý ráno jsem byl zmatenej, nefungoval a neříkám, že je to teďka dobrý, ale cejtím neuvěřitelný progres v životě. Spím, tak nějak docela rozumně. Aspoň nějak tak těch 6 hodin. Ráno mi není na blití. Takže jako za mě dobrý.“ (R5)

Respondentka 3 od doby první léčby (ústavní detoxifikace a následně docházení do adiktologické ambulance) popisuje **půl roční recidivu**, kdy z v minulosti užívaného Stilnoxu užívala Neuro1, který sama vysadila:

„Do toho těch starostí, které teď začaly s covidem, tak mi vážně onemocněla maminka, která vlastně dostala sepsi, potom se vrátila zpátky a rozjel se u ní Alzheimer a v průběhu půl roku zemřela. (třese se jí hlas, pláče) Tohle je ještě těžký, takže tam jsem začala brát Neuro - 3 na noc, brala jsem ho od března do září, pak jsem ho sama vysadila. Já se o ní 3 měsíce starala doma. To jsem se dostala na konec svých sil. Když mě přestala poznávat, tak to byl moment, kdy jsem sáhla po hypnoticích nebo sedativech, protože to byl takový nápor... Když maminka zemřela, tak jsem sama bez pomoci to vysadila. Teď třičtvrtě roku neberu nic s výjimkou toho Trittica, co mě píše pan doktor.“ (R3)

4.5 Oblast 5: Současná situace

Respondenti se nacházeli v různých fázích léčby a využívali rozličné služby v **adiktologické ambulanci**, které kombinovaly s léčbou v jiném zařízení. Využívali ve 2 **případech externí individuální a rodinnou psychoterapii** a 3 respondenti byli v **pěči externího psychiatra**. 5 z 6 respondentů **abstinovalo**, a to nejméně 2 týdny. Nejdéle abstinovala respondentka 6, a to 3 roky.

Tabulka 26: Současná adiktologická/psychoterapeutická/psychiatrická péče

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Skupinová psychoterapie	✓	✓	×	✓	×	✓
Individuální psychoterapie	×	✓	×	✓	✓	✓
Psychiatrická péče/Farmakoterapie	*	✓	✓	✓	✓	✓
Rodinná terapie	×	×	×	✓	×	×
Akupunktura prováděná psychiatrem	×	×	×	×	✓	×

(* - termín u psychiatra za týden)

Tabulka 27: Délka aktuální abstinence od BZD/Z-léků

Respondent	Délka aktuální abstinence od BZD/Z-léků
R1	2 týdny
R2	×
R3	6 měsíců
R4	1,5 roku
R5	2 měsíce
R6	3 roky

Respondentka 2 **neabstinovala**, snažila se množství léků redukovat, i alkohol, avšak popisovala stavy, kdy si nevybavovala, kolik tablet Apo-Zolpidemu užila.

Ostatní respondenti pociťovali po vysazení léků postupné **zlepšení fyzického a psychického stavu**. Respondentka 1, která abstinguje ze souboru nejkratší dobu (2 týdny) mluví o silném **cravingu, abstinčních příznacích**, popisuje nespavost, únavu, chuť na léky i alkohol:

„*Ted' vlastně poprvé jsem naspala 6 hodin o víkendu. Snažím se utahat. (pauza) Ted' už ani nepiju. Je to teda dost krušný, protože ty prášky hrozně chci, hlavně v tu hodinu, když jsem je měla brát. Kromě těch prášků se u mě projevila chuť na ten chlast. Rozebírala jsem to na skupině. Chci se naučit to nenávidět, ted' jsem ale v takovém stavu, že jdu do obchodu, je to pro mě utrpení. To jsem právě říkala na té skupině, že jsem si dala láhev vodky do košíku. 10 minut jsem chodila kolem dokola a snažila se přesvědčit mozek, že to nesmím udělat a být čistá. Furt se snažím dostat do hlavy, umřel ti na to otec, umřel ti na to strýc a hledám zase útek, možná to je právě to, probírala jsem to s mámou. Oni teda řekli, že jsem dobrá, že jsem to položila, že prostě mi jel autobus. Ted' nevím, jak tohle to dělat, jestli nechodit nakupovat. Okamžitě jsem začala myslet na to a okamžitě utíkat k tomu, abych si ty prášky vzala, protože v telefonu na to kontakt mám, nedokážu to smazat. Nevím proč, možná to jsou zadní vrátka, nevím. Je to kontakt na tu kožařku, která mi řekla, že když bych to potřebovala, že by mi to napsala. Jenomže ta to neví, že je to závislost. Bojuju, snažím se zaměstnat mozek, ale třeba nemůžu vůbec číst. Snažím se dělat ruční práce, ted' jsem byla na túře s tím trenérem. Ale je to čím dál tím víc hardcore.“ (R1)*

Craving popisoval také respondent 5, který abstínuje 2 měsíce:

„*Netvrdím, že bych si jeden dva dny nějaký ten prášek neloup, protože ne každý den je růžovej a u mě je to v takovejch spirálách. Já se cejtím dobře, potom se cejtím na nule, potom to klesne, že bych se nejradši vožral nebo bych si vzal nějaký sajrajt, potom to zase vyletí nahoru. Takže to takhle osciluje pořád takhle ty moje nálady a mě stačí hrozně málo abych se dostal do hroznejch úzkostí a samozřejmě tenkrát jsem měl chuť šáhnout po chlastu, nebo si vzít lék a ted'ka to řeším tak, že zatnu zuby a ono to pomalinku odezní.“ (R5)*

5 z 6 respondentů zmiňovali jako přetrvávající obtíže **nespavost**. Stejný počet respondentů popisoval **občasně úzkostné či depresivní stavy**, avšak v menší míře.

Respondenti popisovali, že jim v souvislosti s neužíváním benzodiazepinů/Z-léků pomáhá **léčba** (terapie - individuální, skupinová, medikace, bylinné produkty, melatonin spolupacienti, spánková hygiena, KBT techniky před usnutím apod.), **vědomí toho, že se jim daří lépe** bez benzodiazepinů či Z-léků, že se **chtějí cítit zdravě, uvědomování pokroku a změn, práce, plánování dne** (s kterým pomáhá rodina, pes), **plánování aktivit** (mít den vyplněný), **fyzická aktivita** (zejména turistika, běh a kolo), **vztahy s rodinou a blízkými, jejich podpora a trávení společného času s nimi** (2 respondenti zmiňují jako velmi radostný prvek vnoučata), **chalupa, kulturní zábava** (divadla, koncerty, výstavy), **sledování filmů, vaření, návštěva trhů a horká bublinková vana s mořskou solí**:

„*Aktuálně nespavost pokračuje. Možná až v důchodu, do toho se teda ještě dlouho nechystám, tak až možná tam, až si budu moci dát volný režim, tak to bude dobré. Momentálně jsem tedy v péči pana doktora a užívám Trittico. Pan doktor mi doporučuje zvládnutí spánkového režimu s těmito léky. S tím Stilnoxem jsem do 15 minut usnula. Po Tritticu ještě třeba 2 hodiny jsem vzhůru a potřebuji v té době pracovat na tom, že musím být v klidu, aby se mi nerozběhly myšlenky. Rodina si musela zvyknout na to, že po 8 hodině se za mnou už nechodí, musím se brzy sprchovat, abych si nespláchla ospalost, takže když přijedu z práce, jdu do sprchy. Večer moc nejím před spaním. Je to spousta drobností, které se snažím vychytat, co mám dělat, abych se třeba nezvedala z postele. Spím teda sama, potřebuji absolutní klid. Syn pochopil, že i on, i když je po mně takhle přetočený, když ve 2 ráno sleduje anglický seriály, si to pouští do sluchátek, aby mě nebudil. Rodina se mě snaží podpořit, aby ten spánek pro mě byl kvalitní.“ (R3)*

4.5.1 Potřeby respondentů

Respondentka 2, která jediná ze souboru neabstinovala, by ráda léky přestala užívat **ambulantní či ústavní detoxifikací**:

„*Já bych hrozně chtěla zkusit detox, ale potřebovala bych k tomu pokyny, že bych to zkusila i doma. A popřípadě si dokážu představit ten detox tady v nemocnici. Co si ale nedokážu představit, a co si myslím, že není nutný, je abych tady byla na tří měsíčním léčení.“ (R2)*

Respondentka 1 v začátcích abstinence (2 týdny) by se ráda **zbavila abstinčních příznaků a cravingu**, což se projevuje chutí na léky a alkohol, únavou, nespavostí:

„Vím, že to nemůžu chtít hned, ale abych necítila tu únavu, kterou mám a vyspala se bez nějaký pomoci. Teď to není zdravý spánek, odpočatě se necítím. První, co mě napadlo, co bych potřebovala, tak prášky. Ale to jako nebudu lhát, že ne. Prášky a lahev, ale na druhou stranu tam spíš převažuje to, že bych chtěla být stoprocentně zdravá, aby se překlenul půl rok a já se vzbudila za půl rok a už bylo všechno v pohodě. Ale na druhou stranu, ať si vyžeru, co jsem si natropila, protože já jsem o tom věděla, ale potřebovala jsem někoho nad sebou, kdo mi řekne stop. Tak si tak říkám, jestli přišel ten kamarád a fakt řekl stop. Ale prostě to byla stopka, kdy jsem si myslela, že se neproberu, strach o vlastní život, když mi bylo zle.“ (R1)

Dále respondenti mluvili o potřebě **sociálního kontaktu** hlavně v souvislosti s COVID-19 a mít **bezkonfliktní vztahy s rodinou**:

„Potřebovala bych občas jít s kamarádkama na kávu, potřebovala bych si občas zajít sednout se známými na večeri, do kina nebo do divadla, což chodím ráda a teď to nejde. Pracovně jsem velmi zatížená. Chybí mi sociální kontakty. Dokonce jsem začala využívat před půl rokem Facebook, lidi mi chybí. Takže jsem si v 55 pořídila Facebook. Potřebovala bych mít tu možnost někam si zajít po práci, na procházku apod.“ (R3)

„Přál bych si méně konfliktní vztahy s manželkou, to se nějak nedaří poslední dobou, protože se synama mám vztahy docela dobrý. S nima jsem spokojenej a zbývá tohleto. Otupit hroty nejlépe, jestli je šance, nevím. Zatím to nevzdávám. Bez té terapie tady a tý rodinný bych měl asi problém, když bych na to byl sám.“ (R4)

Respondent 4 hovořil o **chronických migrénách**, které se mu zhoršily po prodělání COVID-19, a kterých by se rád zbavil:

„Lékové potřeby nejsou, vyjma těch bolestí hlavy, s kterými mám problémy. Mě málo co pomůže, nějaký paralen atd., to vůbec nefunguje, takže se projevuje ta farmakorezistence. Tenkrát jsem vyzkoušel všechno možný, byl jsem poslán na vyšetření mozku, nic se nenašlo. Problém je, ale odkud plyne, to se neví. Přál bych si, aby mě tohleto nepostihovalo.“ (R4)

Respondent 5 by si přál, aby ho více **bavila práce**:

„Nevím, co bych potřeboval. Aby mě víc bavila práce.“ (R5)

Respondentka 6 popisovala náročnou pracovní situaci, od které by si potřebovala **oddychnout** a také by si přála **mít více času, zvýšit svůj socioekonomický status**:

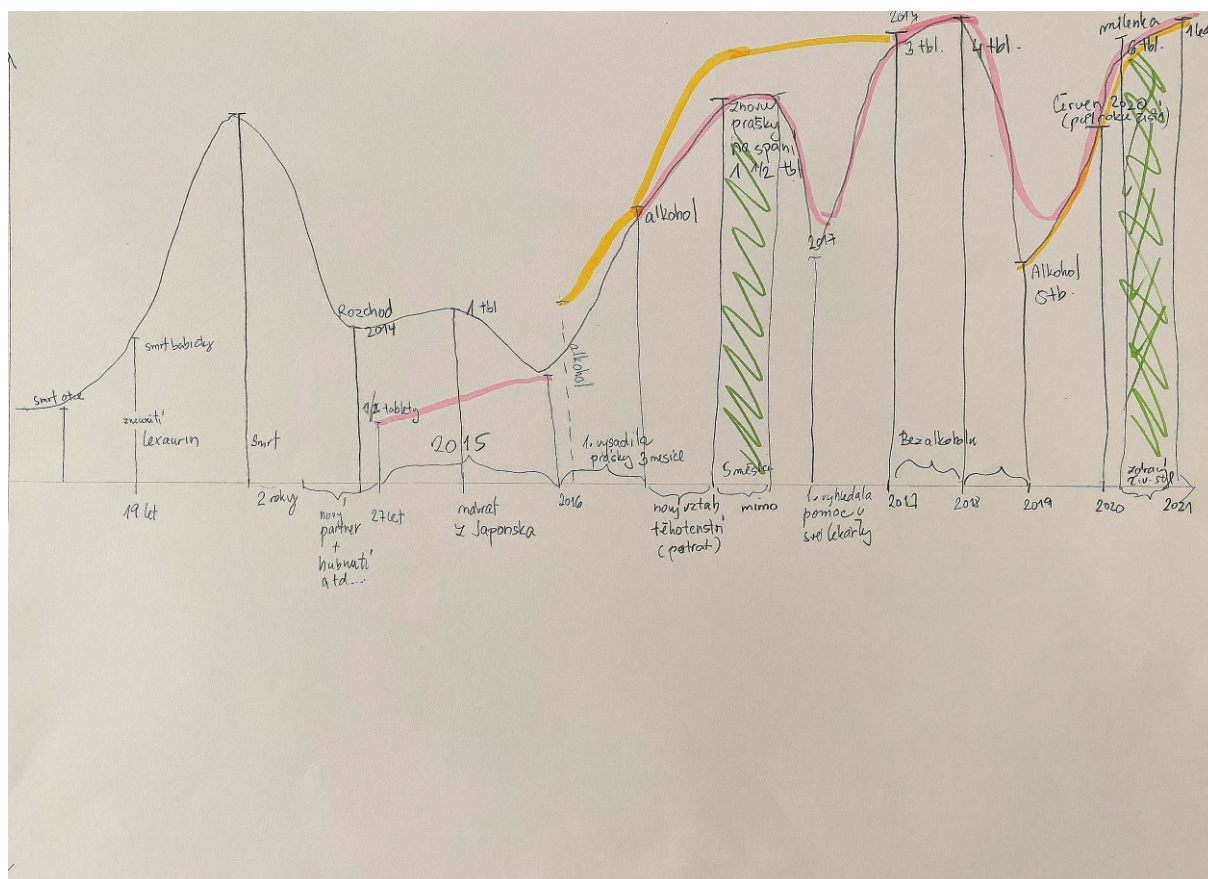
„Čas. Vol'no cez týždeň, aby som si išť niečo kúpiť. Nabrat' silu, ktorej furt nejak nemám dostatok. Oddýchnuť si, zmeniť prostredie trošku, viac peňazí. Musím riešiť kuchyňu, kompletne novú.... no uvidíme jak to dopadne.“ (R6)

4.6 Životní křivky

V této kapitole bych nejdříve ráda představila životní křivky respondentů a doplnila je o krátký popis. Vzhledem k charakteru práce jsem se zaměřovala v rámci analýzy životních křivek pouze na stanovené cíle práce. Snažila jsem se převážně vypíchnout důležité momenty a události v životě jedince, avšak zbytečně neopakovat poznatky zmíněné v předchozí kapitole. Jsem si vědoma, že analýza životních křivek by mohla být doplněna o další aspekty, mohla by být mnohem obsírnější i detailnější.

Znázorněné informace, popisy v životních křivkách, které by mohly vést k identifikaci jedince, jsem překreslila světle hnědou barvou a přepsala do podoby anonymizovaných dat.

Obrázek 9: Životní křivka respondentky 1



U životní křivky respondentky 1 lze vidět používání pouze jedné poloviny prostoru - nad osou x, kdy vrcholy zobrazují intenzitu prožívaných událostí a zároveň množství užívaných léků, jak popisovala. Růžová křivka znázorňuje užívání léků, kdy první užití není na obrázku zvýrazněno barevně, pouze nápisem Lexaurin (v 19 letech). Okolnost prvního užívání léků bylo pohlavní zneužití, ke kterému se blíže nevyjadřuje. Dalším pro respondentku významným momentem je smrt blízkého kamaráda (označena na obrázku nápisem „smrt“), těhotenství a následný potrat a období po úrazu, kdy přišla na nevěru svého manžela (na obrázku „milenka“). Žlutá barva znázorňuje užívání alkoholu a zelená barva momenty, kdy si respondentka uvědomila, že užívání léků i alkoholu je problém. Životní křivka je velmi podrobná a odpovídá informacím z rozhovoru. Můžeme si všimnout několika období abstinence od léků či alkoholu. Respondentka k tomuto dodává, když vysadila léky, navýšila konzumaci alkoholu a naopak. Docházelo však k časté kombinaci alkoholu s léky. V rozhodnutí situaci řešit ji pomohl kamarád/trenér a strach o svůj život v souvislosti s narůstajícími zdravotními komplikacemi. Aktuálně 2 týdny abstinuje.

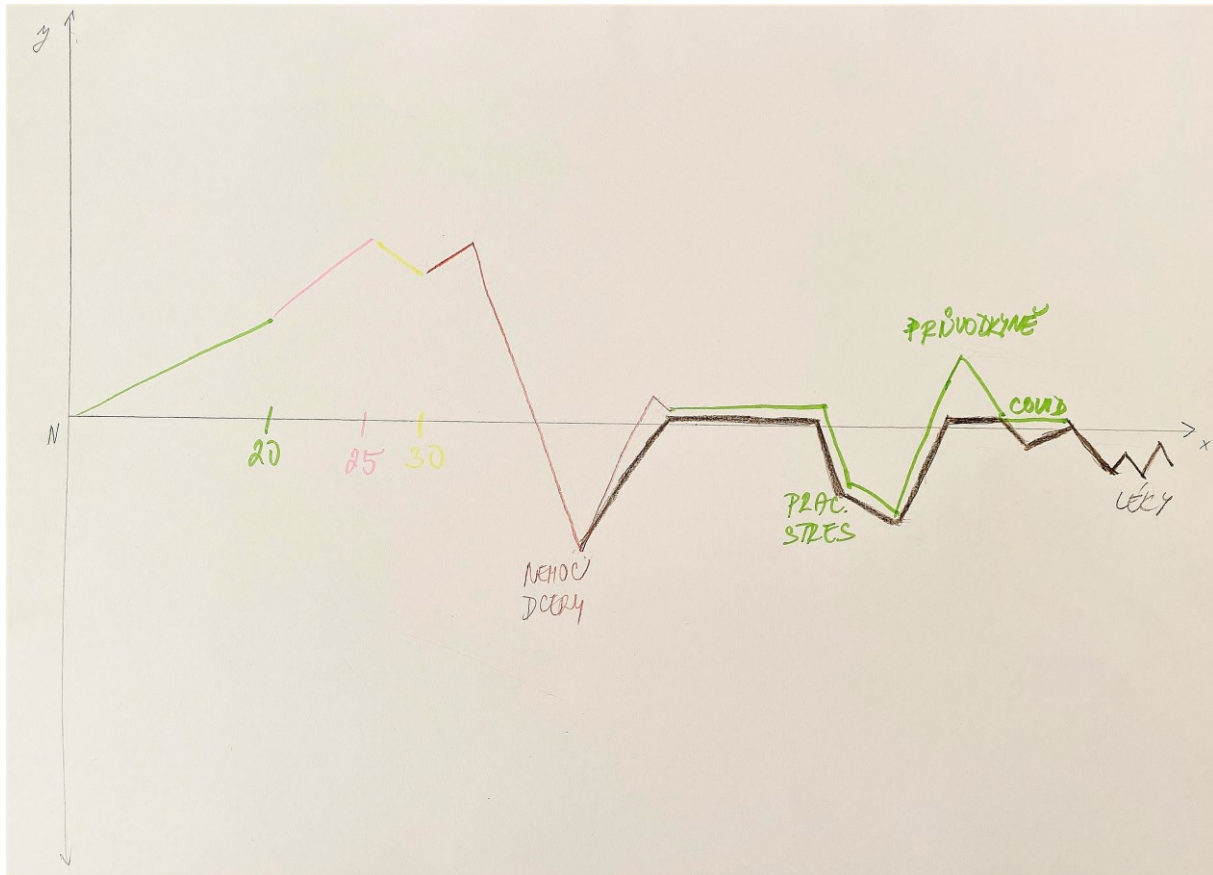
Jako velmi traumatickou a významnou událost, která ovlivnila užívání léků, zmiňuje respondentka smrt blízkého kamaráda (označena na obrázku nápisem „smrt“):

„Já jsem se mu hodně otevřela a probírala jsem s ním to zneužití. Ale netušila jsem, že zrovna on žil s otcem, který ho zneužíval. On měl normálně přítelkyni, byli jsme nejlepší kamarádi. Jednou odjel k mámě, normálně jsme si volali, byl v pohodě. V noci jsem šla spát, kolem 4. hodiny ranní nepřijatě hovory, zprávu. Ráno jsem mu volala, telefon nedostupný. Tak jsem přemýšlela, co se děje, cítila jsem, že je něco divně. Zavolala jsem jeho mámě a ta mi to řekla. A já jsem se sebrala, jela jsem k němu do pokoje (vzdychá, pláče) no a tam mě to zlomilo na dlouho. On skočil, šla jsem k tomu místu, strašně jsem křičela, nadávala jsem mu hrozně moc, ještě do minulého roku jsem mu to neodpustila. Tam se to nejvíc rozjelo s alkoholem. Tam jsem dělala všechno proto, abych skončila. Stejně jako on byl

zoufalej, zatmělo se mi před očima. Měla jsem vyhledat nějakou pomoc, ale to se hůř řekne, než koná. To jsem začala nenávidět chlapy, on byl jediný, koho jsem přijala kromě bratra.“

Zajímavé je, že respondentka zmiňuje událost po prvním uvědomění problému (1. zelené pole), kdy se obrátila na svoji praktickou lékařku, která jí léky předepisovala. Ta ji doporučila do Klecan z důvodu nespavosti, kam ji však nepřijali z důvodu, že netrpí apnoe (dle jejich slov). I přes naléhání na lékařku ji nebyla poskytnuta adiktologická či psychiatrická pomoc.

Obrázek 10: Životní křivka respondentky 2

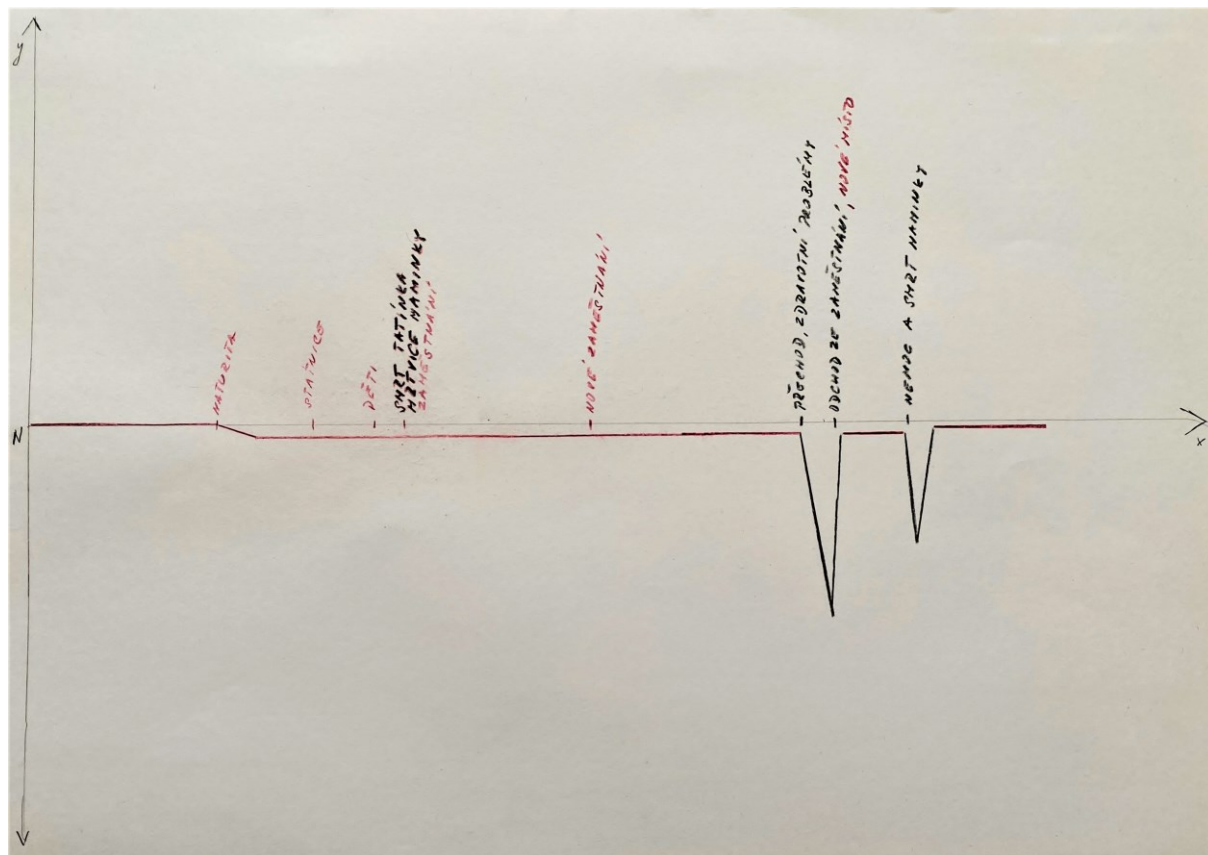


Respondentka 2 k zakreslení životní křivky využila kombinaci barevných pastelek a fixů. Zelené od bodu narození do 20 let značí pozitivní období (období kamarádek, docházení do školy). Jako vrchol respondentka popisuje období mezi 20-25 lety života, kdy studovala na vysoké škole, bydlela mimo domov, užívala si svobodný život (růžová barva). Dále popisuje pokles z důvodu přestěhování do Prahy a problémy s nespavostí (žlutá barva). Následuje červená křivka značící lásku (otěhotnění, dcera). Vzáůstající tendence značí narození dcery a její první 3 roky života (od 30 do 33 let), toto období označuje za nejšťastnější období jejího života. Poté dcera onkologicky onemocněla (velký propad). Tato okolnost vedla k prvnímu užití sedativ a hypnotik. V tomto bodě začíná černá křivka, která značí užívání léků. Následovalo postupné zlepšení v souvislosti s dceřiným zdravotním stavem. Dále pokračuje zelená barva, která značí šťastnější období po uzdravení dcery, zelená pod čarou značí nárůst depresivních epizod, pracovní neschopnosti, pracovní stres a psychické propady. Jako okolnosti užívání léků respondentka v rámci popisu křivky zmiňuje pracovní změny, pracovní stres, což vedlo k navyšování dávek léků. Jako pozitivní okamžik ukazuje na vrchol zelené čáry („průvodkyně“), kdy začala pracovat jako průvodkyně, práce ji velmi bavila, avšak kvůli pandemické situaci o práci přišla (propad). Na moji otázku, proč zelená křivka končí, odpověděla:

„Že začínám mít pocit, že ty léky začaly řídit můj život. Čím jsem starší, tak se ten problém prohlubuje. Možná je to daný tím, že nemám tu práci, ale spíš nevím, jak sama bych to řešila, proto jsem přišla k Vám.“ (R2)

V aktuální situaci užívá léky v noci, několikrát do týdne přes den a dvakrát do týdne v kombinaci s alkoholem.

Obrázek 11: Životní křivka respondentky 3

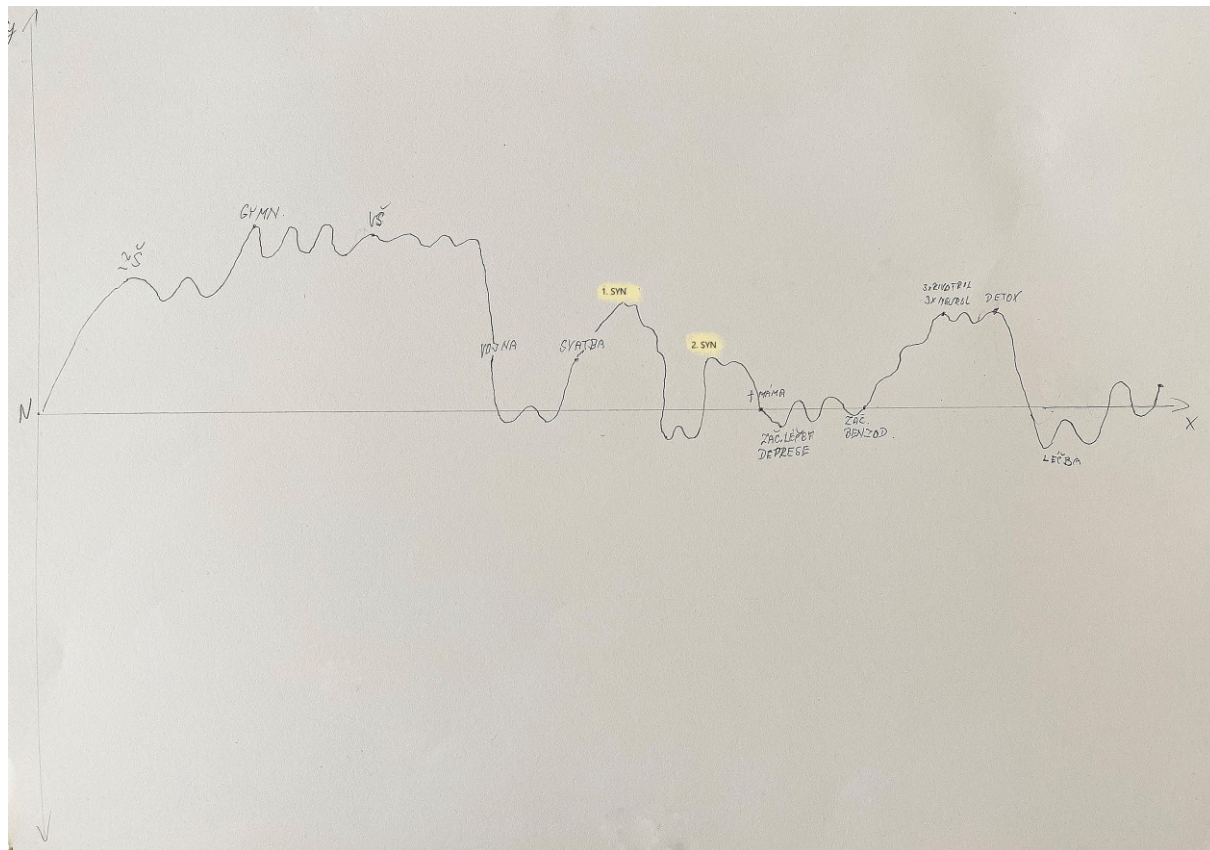


Respondentka 3 jako jediná zažádala o pravítko, které jsem ji poskytla. Její zakreslená křivka značí nespavost, červená barva pozitivní události, normální život, černá barva značí problémy. Respondentka 3 užívala sedativa/hypnotika na noc ve stejné dávce (0,5-1 tablety) od maturity (kolem 18 let) do přechodu (48 let) - tedy 30 let. Jako důležité momenty před zneužíváním léků zakreslila a popisovala státnice, narození dětí, smrt tatínka, následnou mrtvici maminky a nové zaměstnání. Dodala, že ani jeden z těchto momentů neměly vliv na užívání léků, dodává, ani jedním, ani druhým směrem. Dva černé zuby značí převážně zdravotní a rodinné problémy, kdy došlo k zneužívání léků (v prvním případě v období třičtvrtě roku na 50 Stilnoxů denně, v druhém případě na 3 Neuroly na noc). Aktuálně užívá na noc Trittico, proto je čára v současné situaci stále pod osou x, nicméně blíže, než když užívala benzodiazepiny/Z-léky. K tomu dodává:

„Ale mám stále to Trittico, takže ten mírný mínus v tom, že ta nespavost je stále nevyřešený problém. Do té maturity tady jsem na tom byla relativně dobře, ale potom celý život trpím nespavostí. Samozřejmě to není naznačeno jako kvalita mého života, třeba že jsem měla přátele a tak. Je to křivka té nespavosti a problémů. Do těch zubů jsem to měla pod kontrolou. První černý zub končil hospitalizací tady a odchodem ze zaměstnání a potom jsem na tom byla dobře a potom přišel letošní a loňský rok a smrt maminky - druhý černý zub. Teď teda je to tady, ta čára je blíže, ale to Trittico stále užívám, takže pro mě ten problém jako takový vyřešený není, ale mám ho opět pod kontrolou. Nejdříve Rohypnol a potom Stilnox byl důsledkem té nespavosti. A z rukou se mi to vymklo v období, kdy jsem se dostala pod velký tlak v důsledku vlastních problémů nebo v důsledku problémů v rodině.“ (R3)

Větší propad značí podstoupenou ústavní detoxifikaci, která vyústila rozhodnutím odejít z aktuálního zaměstnání a zahájením nového, menší pík značí vysazení svépomocí. Dodává, že nespavost je celoživotní problém, také v souvislosti s tím popisuje větší odolnost vůči stresu v mládí. Od léků abstinuje půl roku po posledním relapsu, který nastal po zhruba 3 letech abstinence.

Obrázek 12: Životní křivka respondenta 4



K tvorbě životní křivky u respondenta 4 byla použita pouze tužka. Životní křivka zahrnuje celoživotní mírné výkyvy, které komentoval slovy:

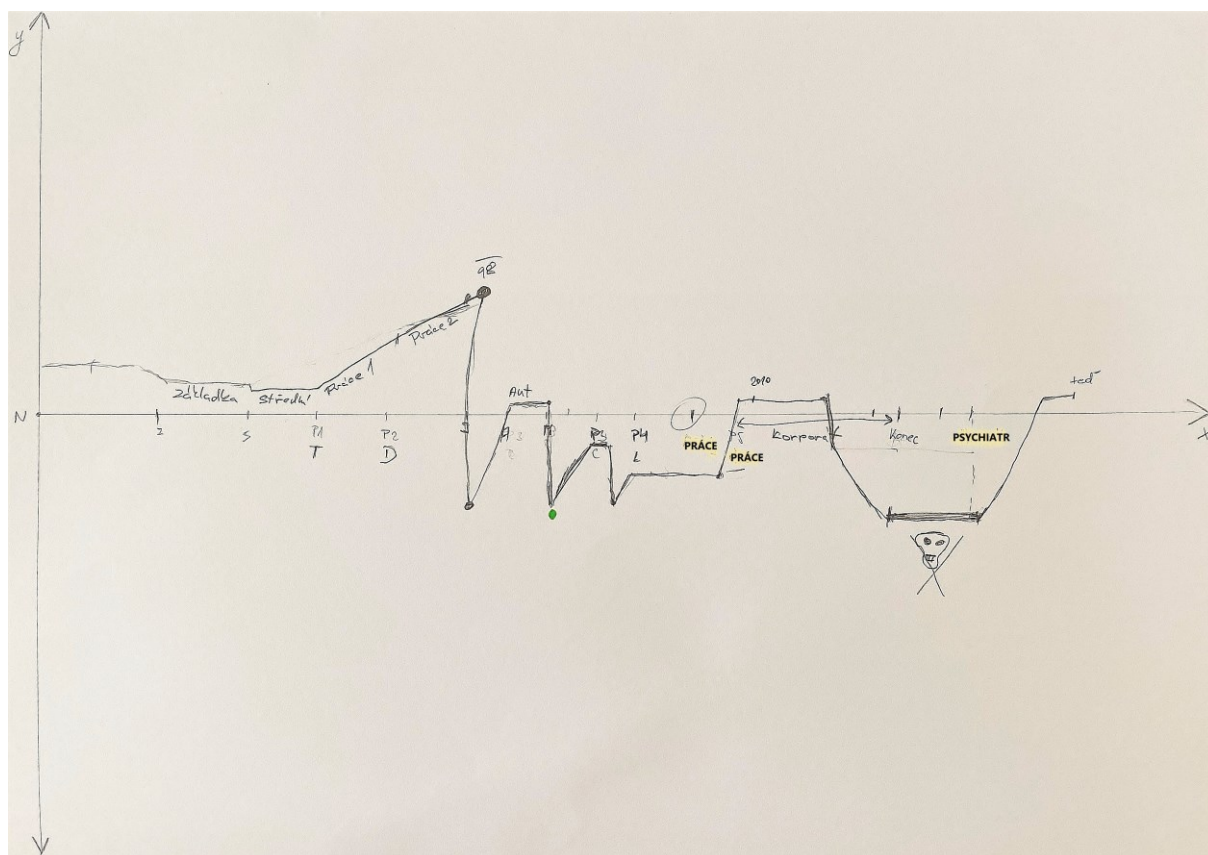
„Jednou se daří, jednou se nedaří, ale nic vážného.“ (R4)

V popisu životní křivky zmiňuje první období jeho života jako velmi pozitivní. Nejraději vzpomíná na období vysoké školy. První propad zmiňuje vojnu, křivka má klesající charakter až pod osu x. Dále čára stoupá, to značí pozitivní období svatby, dále čára stále stoupá - narození 1. syna. Poté však nastává další propad pod osu x, kdy nastaly vážné vztahové problémy s manželkou a situace, kdy se respondent o syna musel starat sám, docházet do práce a obhospodařovat celou domácnost, manželka byla hospitalizovaná kvůli úzkostem. Následuje opět vzrůst, kdy respondent zmiňuje narození 2. syna, následuje však další pád v důsledku nemoci a úmrtí matky, začátek depresí a její léčba.

Dále křivka pokračuje jako zobrazení užívání benzodiazepinů a jejich převážně pozitivní působení na depresi, jak respondent uváděl. Užívání začínalo v 0 a končilo užíváním 3 Rivotrilů a 3-4 Neuroleptů denně, kdy následovala detoxifikační a ústavní léčba. Aktuálně abstinuje 1,5 roku:

„Léčba byla velmi náročná. Postupný odvykání těch benzodiazepinů bylo taky dost náročný. Tady jsme teďka. Je to takový jednou nahoře a jednou dole.“ (R4)

Obrázek 13: Životní křivka respondenta 5



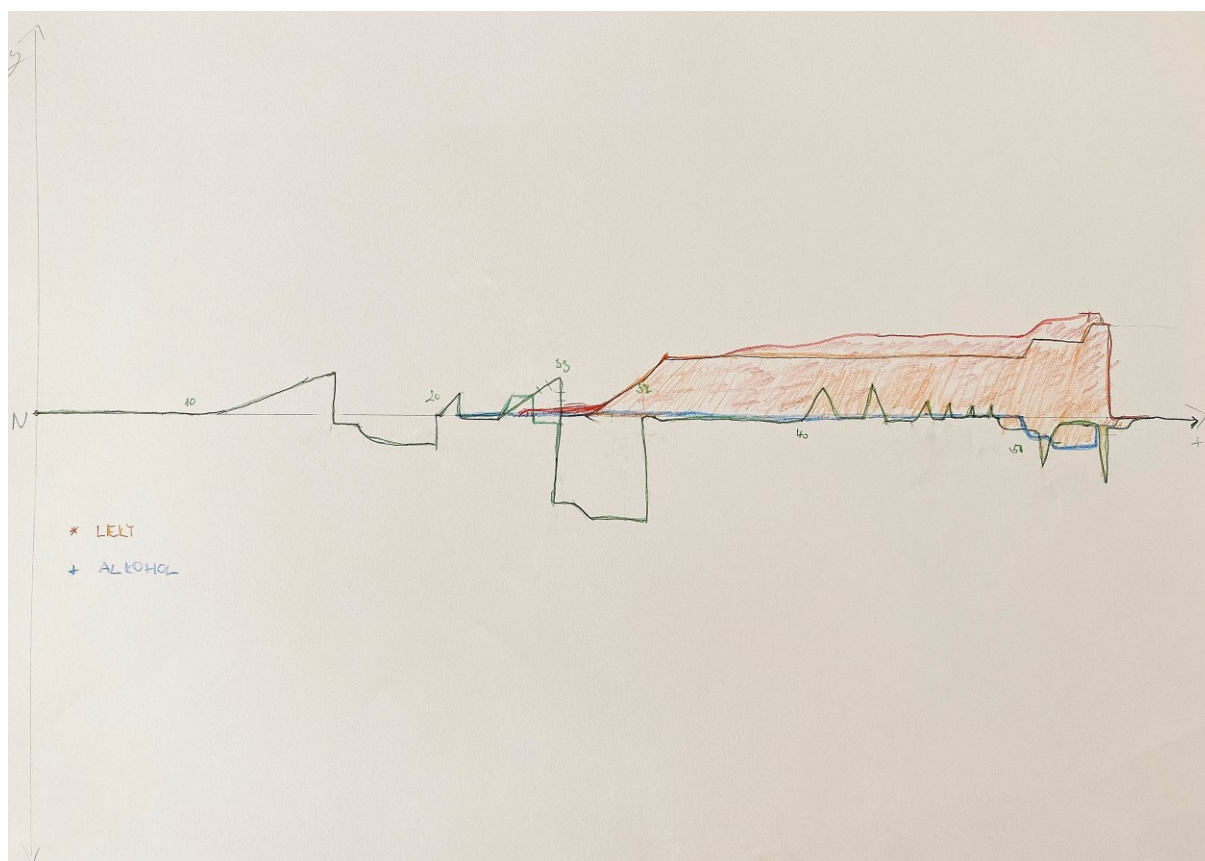
Respondent 5 použil k tvorbě životní křivky tužku a zelenou fixu (začátek užívání benzodiazepinů). Na ose jsou vyznačeny zkratky: „Z“ - základní škola, „S“ - střední škola, „P“ - práce, „I“ - Indonésie, „A“ - Austrálie, „M“ - Malajsie. Zakroužkovaný mezník značí smrt matky.

Respondent popisoval, že na základní a střední škole se „trápil“, křivka poté dále stoupá, respondent popisoval spokojenost v souvislosti s velmi dobře placenou prací, skvělým kolektivem, 1. partnerkou, křivka stále stoupá. Popisoval další zaměstnání, novou partnerku a obrovský propad v souvislosti s rozpadem vztahu a vycestováním do Indonésie. Zmínuje první deprese a úzkosti, nadužívání alkoholu. Dále má křivka stoupající nárůst - změna prostředí, odjel do Austrálie, kde studoval, jedno z nejkrásnějších období jeho života. Po návratu z Austrálie a následným novým vztahem má křivka lineární charakter. Následuje propad, který souvisel s rozpadem nového vztahu a odcestováním do Malajsie. Po návratu do Čech respondent poprvé kontaktoval lékaře, který mu předepsal benzodiazepiny (zelený puntík). Dále popisuje změny pracovních pozic, pracovní stres, zadlužení, oddlužení (křivka stoupá) a práci v korporátu, kdy křivka má nejdříve lineární charakter, poté klesá na nejnižší úroveň (kresba lebky). Následovalo období bez práce, užívání velkého množství alkoholu, což respondenta vedlo k vyhledání odborné pomoci (přes tetu adiktoložku kontakt na adiktologickou ambulanci). V souvislosti s nástupem depresí popisuje užívání antimalarik. Aktuálně abstínuje od benzodiazepinů 2 měsíce a snaží se abstinovat od alkoholu, popisuje však občasný relapsy.

Při doptávání respondent dokresloval zelený puntík, zakroužkovaný mezník (smrt matky) a dokresloval další součásti životní křivky:

„Je zajímavý, že člověk vlastně udělal tady tu timeline, ale kdybych na to měl víc času a mohl jsem si to víc rozpracovat, tak to mohlo být ještě zajímavější. Je to vlastně věc, o který hovořím v jednom kuse. Tohle jsou ale pro mě důležité zachytné body.“ (R5)

Obrázek 14: Životní křivka respondentky 6



Respondentka 6 použila k tvorbě životní křivky tužku a barevné pastelky. Křivku během rozhovoru předělávala, proto je možné si všimnout dvojitých čar. Jedna část (zeleně pod číslem „33“) je přeškrtnutá - neplatí. Dále červená část, kde je křivka zdvojená, platí po úpravě horní čára.

Zelená barva značí život, červená léky (špatná) a modrá alkohol.

Do 10 let mluví o normální dětství, potom popisuje vzestup - pozitivní, radostné období základní školy, dále obtíže na gymnáziu. Poté následují dva vzestupy, značící narození dětí. Následují vztahové problémy - začátek užívání léků (červená čára), dále lehčí propad s úmrtím matky a největší propad v souvislosti se vztahovými problémy s manželem a jeho užíváním alkoholu. V 37 letech respondentky života manžel zemřel - čára se vrací na osu x. Poté respondentka popisuje „normální“ život, avšak dodává, že na lécích. Následující zuby směřující nahoru značí drobné radosti - dovolené, školy dětí, svatba atd. Křivka dále klesá v 50 v souvislosti s depresemi, následuje hospitalizace v psychiatrické léčebně na Slovensku (první klesající zub), odchodem ze Slovenska do Prahy, změnou psychiatrické doktorky a hospitalizací v psychiatrické léčebně v Praze (druhý klesající zub).

Respondentka popisuje zvyšování dávek léků v souvislosti s problémy v domácnosti, přechodem k jiné psychiatrické doktorce a příchodem do Prahy. Popisuje nadužívání alkoholu v posledních pár letech před léčbou. Aktuálně abstinuje od léků (3 roky) i alkoholu (2 roky).

K mé otázce, proč jsou léky na horní polovině papírů a alkohol na dolní, odpověděla:

„Ja som tie krivky liekové kreslila vyššie, pretože viem, že to nie je dobre v porovnaní s tými vecami, ktoré sa diali v živote. Ja to považujem za veľké zlo, že som to takto mala. Modrá je alkohol. Normálne pitie od tej 20, potom okolo tej 50 doma... a potom už veľa. A tu som skončila s pitím. Na Nový rok som ešte v roku 2019 mala Campari naposledy. Lieky hore akože bolo niečo plus – naviac v živote ale červené akože zle. A alkohol dolu, jak hlboko som klesla (smeje sa).“ (R6)

4.6.1 Životní křivka jako terapeutický nástroj

Metodu životní křivky je možné využít v terapeutickém procesu. Jedná se o nelehké zadání, úkol pro pacienta, proto jsem respondenty za jejich aktivitu ocenila a poděkovala jim. Všichni respondenti k tvorbě životní křivky zaujímali spíše negativní postoj a vyjadřovali obavy. Snažila jsem se je motivovat a podpořit. Dala jsem jim na tvorbu životní křivky prostor a čas, odešla jsem z místnosti či si odsedla na druhou stranu ordinace. Záměrně jsem do procesu tvorby nezasahovala. Pokud měli otázky, zopakovala jsem zadání.

Když měli respondenti životní křivku dokončenou, opět jsem si k nim přisedla a položila jim otázku:

„Nyní máte křivku hotovou. Jaké to pro Vás bylo?“ (Tazatel)

Jejich odpovědi skrývaly údiv, překvapení, nepříjemné zjištění, konfrontaci se sebou, se svou minulostí. Nebylo to pro ně jednoduché. Převažovaly nepříjemné emoce - úzkost, lítost, stud, strach, znepokojení, znechucení:

„Zajímavé. Uvědomila jsem si, že jsem na tom byla ještě hůř, než si myslím. Kombinace alkoholu a prášků...“ (dlouhá pauza) (R1)

„Uvědomuju si, že jsem se hodně často ocitla v těžkých životních situacích, že jsem se asi nenarodila na šťastný hvězdě, že ten osud ke mně byl krutý, když mi sebral otce. Ale že jsem šťastná, že můžu mít tu dceru, že jsem ji porodila, že jsem ji vyvipplala, že ji mám. To je tady. Jinak je to dobré si uvědomit, kdy byly ty životní propady a kdy naopak jsem se měla dobře. Já od té doby, co ona se uzdravila, tak já nemám, na co si stěžovat.“ (R2)

„Moc příjemný to není. S tím, že si dovedu vzpomenout na ty kladné hodnoty do studia včetně na vysoké škole. Vojna byla náročná hlavně z kraje. Potom všechny ty záležitosti s tima klukama, potom s tou mámou. Když ta máma umřela a začaly mi ty deprese.“ (R4)

„Tady (ukazuje na křivku) to bylo naprostý peklo. Nejsm moc dobrej malíř ale... Fujtajxl. Strašný. Jsem šel k psychiatrovi úplně zdevastovanej.“ (R5)

„Nejde o to, aby to pekne vyzeralo. Tie spomienky.....to viete...“ (R6)

Rozhovor pokračoval rozpravou nad životní křivkou, popisem vrcholů, úseků, barev atd. (viz předchozí kapitola). Následovala předposlední otázka rozhovoru, kterou jsem respondentům položila:

„Když teď vidíte svůj život nakreslený v této podobě, je něco, co Vás překvapilo?“ (Tazatel)

Respondentka 1 reflektovala dopady užívání léků na její život, snažila se hledat pozitivní v aktuální situaci:

„Mám pocit, že jsem poslední dva roky jenom propila a propráškovala. (vzdychnutí) Ani jsem nějak nevnímala okolí, spíš jsem přežívala. Teď samozřejmě, že funguje ta psychika a otevírají se další nové i starý rány a nemá je, co tlumit, ale vracím se k starým koníčkům. Snažím se cvičit paměť, protože jsem měla i výpadky paměti, dost dlouhodobý. A minulý týden jsem se vzbudila a nemohla jsem si vzpomenout, jak jsem se narodila. Si člověk řekne jeden prášeček, ale to je... Říkala jsem si, ono tě to vyléčí... nevyléčí, ale furt na tom nejsem tak špatně, co jsem měla možnost za život vidět nebo slyšet. Musím to nějak dotáhnout pořádně do konce, aby na mě byli ty, co mě mají rádi, hrdí. Máma mi je velkou podporou, každý den si voláme, píšeme. Bratr jak je schizofrenik, tak je zvláštní, moc nedává najevo emoce, ale volá mi. Já jsem na to zvyklá, takže vím, že tím mi dává najevo, že mě má rád. Takže vlastně každý den se mnou něco někdo vymýšlí. Zatím jsem se nestřetla s nikým, kdo by mi řekl, že je to odporný. Teda kromě obvod'ačky, co mi ty léky psala. Já už jsem přemýšlela, jestli to jde nějak řešit, ale čemu bych si pomohla, prostě odejít. No přemýšlím, jestli tohle třeba dělá více lidem.“ (R1)

Respondentka 2 reflektovala období do jejích 25 let, kdy pociťovala dopady ztráty otce, avšak do životní křivky toto nezakreslila:

„Možná mě překvapilo, že do těch 25 let to má pořád stoupající tendenci, protože si pamatuju, že jsem byla dost nešťastná, že nemám otce. I jsem záviděla svojí sestřenicí, že má oba rodiče a já ne. Ale přes to, to bylo bezstarostné období. Tak asi proto, tady není klesání, i když jsem ho pociťovala.“ (R2)

Respondentka 3 reflektovala, že si je vědoma svých chyb. Vrací se ve vzpomínkách do minulosti a přemýšlí o věcech, které by možná změnila:

„Já bych řekla, že ne. Jak jsem to zakreslila, tak to vnímám. Jsem si vědoma toho, kde jsem udělala chybu. Ale nevím, když bych se vrátila zpátky, jak by to bylo. Asi bych to nenechala dojít tak daleko, ale ve své podstatě nevím, jestli bych se s ním dokázala vypořádat líp, to nevím. Asi bych dříve vyhledala nějakou pomoc, to si myslím, že určitě. Ale přiznat si, že člověk potřebuje jít na psychiatrii, to chce kus odvahy. Když Vás bolí žlučník, tak na to gastro pudete, ale když si musíme přiznat, že potřebujete pomoc psychiatra, tak to není jednoduchá záležitost. Se zkušenostmi, který mám, tak si myslím, že to furt zvládnou, zvládnou, ale potom si člověk musí přiznat najít tu odvalu, že tu pomoc potřebuje.“ (R3)

Respondent 5 udivilo, že zapomněl do křivky zakreslit svoji stávající ženu:

„Ona je pro mě záchytný bod, že se jí můžu zachytit a spolehnout se na ní. Ten náš vztah byl takovej vlašnej, že jsme ani nevěděli, jestli spolu budeme chodit nebo nebudeme. To bylo dva roky, co jsme se potkávali, potom se ona ke mně přestěhovala. No a potom po 8 letech jsme se vzali, to bylo někde tady. Ale bylo vidět, že jsme byli v hroznejch sračkách. I když tady jsme měli svatbu a moje svatba byla hrozně krásná, všechno.“ (R5)

Respondenti 4 a 6 nic nezmínili. Respondent 4 dodal, že kdyby kreslil svůj život znova, tak ho nakreslí podobně.

Na závěr jsem respondentům položila poslední otázku rozhovoru:

„Je ještě něco, co Vás zaujalo, co jste si uvědomil/a?“ (Tazatel)

Respondentka 2 vyjadřovala smutek a komentuje svoji aktuální situaci v souvislosti s pocitem štěstí:

„Uvědomila jsem si, že to, že doktoři zachránili dceru, tak by pro mě mělo být takovým impulzem, který mě drží na vrcholcích, ale ono to tak není. Prostě dostanu bezdůvodně nějakou depresi a nejsem schopná fungovat nebo se bojím, že umřu. To, že vlastně tu dceru mám, že mě to nedokáže nakopnout, abych byla pořád šťastná, že nejsem pořád šťastná.“ (R2)

Respondentka 3 hodnotila svůj život jako naplněný, vyvážený:

„Na tom mém životě ani ne. Já jsem ho vždycky měla takovej naplněnej. Měla jsem to docela vyvážený, i když toho bylo někdy moc, měla jsem rodinu, práci, přátele, jezdili jsme k moři, do zahraničí, po památkách, manžel je botanik, takže do hor. Syn s námi byl i ve 20 na dovolené, takže ty děti nám byly ochotný i věnovat 2 týdny z prázdnin, kdy s námi jely. Já bych toho na svém životě moc neměnila, až na to nešťastné období od 48 do 55 řekněme. Jinak si myslím, že jsem měla hezký život. (Pauza) Jsou věci, které člověk neovlivní.“ (R3)

Respondent 4 si uvědomil, že podobnou metodu tvořil na konci ústavní léčby. Reflektoval nepříjemné pocity v souvislosti s uvědoměním, že jako šťastné období vnímá dětství a dospívání, nikoliv současnost:

„No, něco podobného nastalo koncem léčby. Taky jsme kreslili minulost, soustředili jsme se na to, co, jak bylo a já jsem se v podstatě přetransformoval do těchle krásných let (střední, VŠ) a nebyl jsem schopný dobrý dva dny z toho vycouvat. Bylo to nepříjemný, protože jsem věděl, že jsem se měl takhle dobře v dětství a dospívání a takhle jsem dopad. Ted' jsem si to akorát připomněl. Příjemný to moc není.“ (R4)

Respondent 5 reflektoval, že se většinu svého života necítí subjektivně dobře, radostně:

„To není věc, která by mě překvapila. Ale vím, že většinu svého života je mi mizerně. Tady od toho roku 98. Tady bych byl schopnej prodávat serotonin po tunách. Tady, tady a tady se něco zlomilo a padl jsem z tý euforie. Jsem měl pocit, že jsem jel na nějakých drogách a to jsem pil jedno pivo denně“

možná. Vůbec jsem nepil, nekouřil jsem, nic. A najednou jsem se propad do strašného stavu, ze kterého jsem se pomalinku tady škrábal...“ (R5)

Respondentky 1 a 6 nic dalšího dodat nechtěly.

5 SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

V této kapitole rekapituluji poznatky studie dle výzkumných otázek.

5.1 Výzkumná otázka 1

Jaké okolnosti vedly uživatele k zneužívání sedativ a hypnotik?

Jako okolnosti prvního užití benzodiazepinů či Z-léků uvedlo 5 z 6 respondentů **poruchy spánku a depresivní/úzkostné stavy** v souvislosti s jinými **stresovými, zátěžovými, traumatickými situacemi** či **vztahovými problémy**. 1 respondentka uvedla **poruchy spánku** v souvislosti s možnou **genetickou predispozicí**. Tato genetická predispozice je značná u všech respondentů minimálně v jedné oblasti v rámci úzkostných/depresivních poruch, poruch spánku či závislosti. Všichni respondenti spadají do definice duálních diagnóz (komorbidit).

Benzodiazepiny/Z-léky byly respondentům poprvé předepsány ve 3 případech **lékaři různých odborností** (praktik, psychiatr, kolegyně ze zdravotnického zařízení) a ve zbylých 3 případech dány **rodinným příslušníkem** (matka, tchýně a matka lékař). Tedy pouze v 1 případě z 6 byly psychoaktivní léky předepsány v rámci psychiatrické indikace.

Jako okolnosti a důležité momenty vedoucí k pravidelnému užívání léků respondenti popisovali nejčastěji **poruchy spánku, depresivní/úzkostné stavy, pracovní/školní stres, tlak a únavu**. Respondenti také popisovali jako častou okolnost pravidelného užívání **problémy v partnerství** (rozvod, rozchod, hádky, komplikované vztahy) a svoji **nemoc** či svého dítěte. V neposlední řadě respondenti užívali benzodiazepiny/Z-léky k **překonání strachů, obav či samoty**.

Jako přechod od užívání benzodiazepinů/Z-léků k zneužívání popisuje 5 z 6 respondentů situaci, kdy cítili **nutkání navyšovat dávky léků mimo pokyny lékaře**. K tomu však ve většině případů došlo po několikaletém navyšování dávek podle pokynů lékaře. Respondent 5 konstatoval, že měl léky předepsané „podle potřeby“, a tak je užíval, kdy potřeboval, tedy nedošlo z jeho pohledu k zneužívání. Jako další situaci v souvislosti s přechodem k zneužívání benzodiazepinů/Z-léků popisují respondenti **kombinaci těchto léků s alkoholem**.

5.2 Výzkumná otázka 2

Jaká jsou specifika zneužívání sedativ a hypnotik u konkrétních uživatelů?

Pravidelné užívání BZD/Z-léků má u respondentů **denní či převážně denní charakter**. Respondenti užívali léky dlouhodobě, nejčastěji několik let. Nejdéle pravidelně užívala převážně Z-léky respondentka 3, a to **30 let**. Nejkratší dobu (**5 let**) užívala převážně Z-léky respondentka 1. Průměrná doba pravidelného užívání benzodiazepinů/Z-léků je **18 let**. V souboru všichni respondenti někdy užíli jak benzodiazepiny, tak Z-léky, **polovina** respondentů užívala **převážně benzodiazepiny**, druhá **polovina převážně Z-léky**.

Nejčastější užívanou látkou byl **zolpidem-tartarát** a **alprazolam**. Neuro (alprazolam) někdy užilo 5 z 6 respondentů. Hypnogen (zolpidem-tartarát) někdy užíli 3 z 6 respondentů. Lexaurin (bromazepam), Rivotril (klonazepam), Stilnox (zolpidem-tartarát) a Zolpidem Mylan (zolpidem-tartarát) někdy užíli 2 z 6 respondentů.

Zprvu pravidelného užívání a navyšování léků respondenti popisovali **pozitivní účinky**. Nežádoucí účinky nepocíťovali, a to i několik let (nejdéle 30). V příbězích respondentů byly BZD/Z-léky použity jako prostředek k **vypořádání se s poruchami spánku, stresem, depresí/úzkostí** či **za účelem excitace, získání energie, sebevědomí**.

V příbězích respondentů se objevuje řada podobností v rámci vývoje a průběhu užívání benzodiazepinů a Z-léků. Respondenti v 4 z 6 případů **nevěděli o závislostním potenciálu** těchto léků. Někteří respondenti začali léky užívat pravidelně každý den již od prvního okamžiku setkání s těmito látkami. Ti, kteří je užívali nepravidelně, postupem času přešli na pravidelné užívání. I přes potřebu **navyšování dávek**, také při přechodu k zneužívání nepociťovali respondenti negativní důsledky a převažovala pozitiva. U všech respondentů docházelo k navyšování dávek léků. Ty, které byly užívané na noc, byly časem s navyšováním dávek užívané v průběhu dne. To vedlo k potřebě navyšovat dávky na noc. Respondenti měli **léky stále při ruce** (v kabelce, tašce, pod polštářem apod.). Respondenti často **užívali léky skrytě**, popisovali **schovávání léků** před rodinnými příslušníky a osobami blízkými. Maximální užitá dávka v souboru byla 50 tablet Stilnoxu (zolpidem - tartarát) denně.

Ve 4 případech docházelo k **snížení dávek či přerušení užívání** v rámci snahy o abstinenci, zbavení se léků. Tyto snahy o abstinenci a snížení dávek byly často doprovázeny **navýšením konzumace alkoholu** či **kombinací léků s alkoholem** za účelem zvýšit efekt léků. Respondenti popisovali i **zneužívání alkoholu**, který nekombinovali bezprostředně s léky. Polovina respondentů splňuje kritéria pro **škodlivé užívání/závislost na alkoholu**.

Benzodiazepiny a Z-léky byly pravidelně předepisovány nejčastěji **psychiatrickým lékařem** (ve 3 případech), u respondenta 5 nejdříve **praktickým lékařem, později psychiatrem**, u respondentky 1 **praktickým lékařem**. Respondentka 3 měla léky (nejdéle Stilnox) pravidelně a dlouhodobě předepisované **matkou, která byla lékař**. Ve 2 případech z 6 nebyly psychoaktivní léky předepisovány v rámci psychiatrické indikace. Ve 4 případech respondenti vyjadřovali **naštvaní a vztek na svého bývalého lékaře**, který jim léky předepisoval.

Respondenti sháněli léky u jiných lékařů, docházelo tedy k **duplicitní preskripci** či na popud pacienta/lékaře k **preskripci léků na jiné rodinné příslušníky** pro respondenta. Nikdo z respondentů nesháněl léky na černém trhu.

5.3 Výzkumná otázka 3

Jak uživatelé řešili zneužívání sedativ a hypnotik? Co jim pomohlo?

Okolností uvědomění a řešení problému bylo vnímání **negativních důsledků** užívání benzodiazepinů a Z-léků na **fyzické, psychické zdraví** či **sociální fungování** (zejména vztahy). Z fyzických příznaků respondenti popisovali změnu chování (bezprostředně po užití i dlouhodobě), únavu, ztrátu energie, bušení srdce, bolesti těla, hlavy, kloubů, zduření žláz, vyrážku, zvracení, horečky, pocit na omdlení. Z kognitivních příznaků zmiňovali výpadky paměti, změny myšlení, nepamatování si (hlavně referovali o problémech s krátkodobou pamětí). Z psychických příznaků popisovali poruchy nespavosti, úzkostné a depresivní stavy doprovázené fyzickými příznaky v kombinaci s malátností, slabostí, které se časem zhoršovaly. Výrazným příznakem bylo snížení frustrační tolerance. Příznaky také přisuzovali psychiatrické diagnóze či jiným životním okolnostem. Nelze jednoznačně určit, zda výše zmíněné projevy souvisely pouze s užíváním BZD/Z-léků. Všem respondentům byla diagnostikovaná **závislost** na sedativech a hypnoticích (F13.2).

Respondenti také popisovali **úzkosti a strach, když neměli léky u sebe**, když jim končí balení léků a nemají předepsané nové. Respondentka 1 popisovala vážný **úraz** a následnou operaci v souvislosti se zneužíváním Z-léků. **Rodinní příslušníky a osoby blízké upozorňovali** respondenty na jejich chování v souvislosti s užíváním benzodiazepinů a Z-léků (nadměrný spánek, spánek přes den, stavy „mimo“, únava apod.).

Výše zmíněné negativní důsledky často přispěly k uvědomění problému. Respondenti popisovali vzrůstající tendenci **nežádoucích účinků a negativních dopadů** v čase. I přes vědomí obtíží, kdy negativní důsledky užívání léků převažovaly nad pozitivy, bezprostředně nenásledovalo řešení problému. Respondenti si byli vědomi obtíží, avšak popisovali nemožnost problém aktivně řešit.

Respondenti popisovali „zlomové okamžiky“, například respondentka 2 si problém uvědomila, když **ohrozila život své dcery**. Respondenti také popisovali **abusus alkoholu** jako okolnost uvědomění problému.

To, co respondentům pomohlo v řešení problému byla **podpora či změna chování rodiny a blízkých osob, zodpovědnost** vůči rodině a blízkým, **vnitřní morální impuls**. Dalším aspektem pomoci před řešením situace byla **sociální a finanční pomoc** - invalidní důchod, pracovní neschopnost, ale naopak i **ztráta zaměstnání**.

Respondenti také zmiňovali jako okolnost vedoucí k řešení problému **změnu psychiatrického lékaře** či **zásah stávajícího lékaře včetně zapojení rodinných příslušníků**.

Respondenti zmiňují **pandemii COVID-19**, která přímo (ztráta zaměstnání) i nepřímo ovlivnila jejich životy.

V době aktivního řešení problému respondenti hledali **informace o závislosti a léčbě na internetu, požádali o pomoc psychiatrického lékaře, adiktologa**, který byl zároveň **rodinný příslušník** či kontaktovali **adiktologickou ambulanci i online poradnu**. Respondenti hledali pomoc i v souvislosti se závislostí na **alkoholu**. S hledáním vhodné léčby jim **pomáhali rodinní příslušníci či osoby blízké**.

Aspektem pomoci při řešení situace byla **sociální a finanční pomoc** - invalidní důchod pracovní neschopnost po dobu ústavního léčení.

4 respondenti absolvovali **detoxifikaci**, z toho 2 respondenti v rámci **ústavní léčby závislosti**, respondentka 3 pouze ústavní detoxifikaci, respondent 5 ambulantní detoxifikaci pod dohledem psychiatrického lékaře. O ambulantní detoxifikaci se pokoušela respondentka 6, avšak kvůli silným abstinčním příznakům nastoupila výše zmíněnou ústavní léčbu s detoxifikací. Respondenti mluvili o **pozitivech léčby**. 3 respondenti kontaktovali přímo **adiktologickou ambulanci**, kde léčbu započali.

5.4 Výzkumná otázka 4

Jaká je aktuální situace a jaké jsou potřeby uživatelů?

Respondenti se nacházeli v různých fázích léčby a využívali rozličné služby v **adiktologické ambulanci**, které kombinovali s léčbou v jiném zařízení. Ve 4 případech docházeli do různých **psychoterapeutických skupin**, 2 docházeli do **individuální psychoterapie**. Ve 2 případech využívali **externí individuální a rodinnou psychoterapii** a 3 respondenti byli v **péči externího psychiatra**. 5 z 6 respondentů užívalo **farmakoterapii**. Stejný počet respondentů **abstinovalo**, a to nejméně 2 týdny. Nejdéle abstinovala respondentka 6, a to 3 roky.

Respondentka 2 **neabstinovala**, snažila se množství léků redukovat, i alkohol, avšak popisovala situace, kdy si nevybavovala, kolik tablet Apo-Zolpidemu užila v kombinaci s alkoholem.

Ostatní respondenti pociťovali po vysazení léků postupné **zlepšení fyzického a psychického stavu**. Respondentka 1, která abstinguje ze souboru nejkratší dobu (2 týdny) mluví o silném **cravingu, abstinčních příznacích**, popisuje nespavost, únavu, chutě na léky i alkohol. **Craving** popisoval také respondent 5, který abstinguje 2 měsíce. Ostatní respondenti, kteří abstingují půl roku, 1,5 a 3 roky craving a abstinční příznaky nepopisovali.

5 z 6 respondentů zmiňovali jako přetrvávající obtíže **nespavost**, která však u většiny respondentů abstingujících déle než 2 měsíce měla jen příležitostný charakter. Stejný počet respondentů popisoval **občasné úzkostné či depresivní stavy**, avšak v menší míře, nežli v době užívání benzodiazepinů a Z-léků.

Respondenti popisovali, že jim v souvislosti s ne-užíváním benzodiazepinů/Z-léků pomáhá **léčba** (terapie - individuální, skupinová, spolupacienti, medikace, bylinné produkty, melatonin, spánková hygiena, KBT techniky před usnutím apod.), **vědomí toho, že se jim daří lépe** bez benzodiazepinů či

Z-léků, že se **chtějí cítit zdravě, uvědomování pokroku a změn, práce, plánování dne** (s kterým pomáhá rodina, pes), **plánování aktivit** (mít den vyplněný), **fyzická aktivita** (zejména turistika, běh a kolo), **vztahy s rodinou a blízkými, jejich podpora a trávení společného času s nimi** (2 respondenti zmiňují jako velmi radostný prvek vnoučata), **chalupa, kulturní zábava** (divadla, koncerty, výstavy), **sledování filmů, vaření, návštěva trhů a horká bublinková vana s mořskou solí**.

Potřeba respondentky 2, která jediná ze souboru neabstinovala, je absolvování **ambulantní či ústavní detoxifikace**.

6 DISKUSE A ZÁVĚRY

Cílem této práce bylo popsat zneužívání sedativ a hypnotik z pohledu uživatele. Zaměřit se na okolnosti, které k zneužívání sedativ a hypnotik vedly, popsat začátek a průběh užívání sedativ a hypnotik, uvědomění si problému. Cílem výzkumu bylo také popsat současný stav uživatelů a jejich potřeby. Tyto cíle byly demonstrovány prostřednictvím konkrétních příběhů 6 lidí aktuálně či v minulosti zneužívajících sedativa a hypnotika. V příbězích jsem hledala společné rysy a specifika.

V teoretických východiscích se práce věnuje charakteristice a indikaci sedativ a hypnotik, monitorování a analýze informačních a datových zdrojů o osobách užívajících/zneužívajících sedativa a hypnotika. Podstatnou část teoretických východisek tvoří rizika spojená s užíváním sedativ a hypnotik (konkrétně benzodiazepinů a Z-léků), kam řadím nežádoucí účinky, akutní intoxikaci, toleranci, abstinenční syndrom či samotné zneužívání a závislost na těchto lécích. Z velké části se tato část zabývá i faktory ovlivňujícími zneužívání benzodiazepinů či Z-léků (např. sebemedikaci, iatrogenní problematice či farmakovigilanci) a léčebnými intervencemi.

Výzkumnou část tvoří převážně poznatky získané z rozhovorů s respondenty aktuálně či v minulosti zneužívajícími sedativa/hypnotika (konkrétně benzodiazepiny a Z-léky) doplněné metodou tvorby životní křivky podle určených kategorií. V závěru této části shrnuji výsledky do samostatné kapitoly dle výzkumných otázek.

Výsledky této práce ukazují, že okolnosti, které uživatele vedly k zneužívání sedativ a hypnotik (benzodiazepinů či Z-léků), měly charakter samoléčby. 6 z 6 respondentů trpělo poruchami spánku, 5 z 6 respondentů depresivními či úzkostnými stavy. Tyto stavy i poruchy spánku stejný počet respondentů popisovalo v souvislosti se stresovými až traumatickými situacemi. Toto tvrzení potvrzují studie z roku 2013 *Reasons for Misuse of Prescription Medication Among Physicians Undergoing Monitoring by a Physician Health Program* a studie z roku 2015 *Prescription Sedative Misuse and Abuse*. Tyto studie upozorňují na fakt, že u lidí uplatňující „sebemedikující“ vzorec chování se může rychleji vyvinout tolerance na tyto léky, to může vést k navyšování dávek, zvláště pak v náročných životních situacích, což výsledky mé studie také potvrzují. 5 z 6 respondentů popisovalo situaci, kdy po několikaletém užívání (až 30letém) i navyšování dávek podle pokynů lékaře došli do bodu, kdy cítili nutkání navyšovat dávky léků mimo pokyny lékaře/lékař odmítl dávky léků dále navyšovat. Stejný počet respondentů označuje tuto okolnost jako přechod od užívání k zneužívání. Maximální užitá dávka v souboru byla 50 tablet zolpidemu denně. Zde již zmiňuji fenomén dlouhodobého několikaletého pravidelného předepisování benzodiazepinů či Z-léků, kterému se ještě budu dále věnovat. Jako další situaci v souvislosti s přechodem k zneužívání benzodiazepinů/Z-léků popisují respondenti kombinaci těchto léků s alkoholem.

U všech respondentů se také jako výrazný faktor okolností vedoucí k zneužívání ukazuje genetická predispozice minimálně v jedné oblasti v rámci úzkostných či depresivních poruch, poruch spánku či závislosti.

Sedativa a hypnotika byly pouze v 1 z 6 případů poprvé předepsány respondentovi na základě psychiatrické indikace. Ve 2 dalších případech se jednalo o lékaře jiné odbornosti a ve 3 případech byly léky poprvé dány rodinným příslušníkem (v jednom případě se jednalo o lékaře - matku). Zde se dotýkám iatrogenní problematiky, konkrétně předepisování psychoaktivních léků lékaři různých odborností, na kterou upozorňuje mnoho studií, například již studie z roku 2006 *Abuse of prescription drugs and the risk of addiction* či studie z roku 2017 *Užívání návykových sedativ a hypnotik v České republice a syndrom závislosti na těchto lécích z pohledu konziliárního psychiatra*.

Respondenti užívali benzodiazepiny/Z-léky několik let. Toto pravidelné dlouhodobé užívání těchto léků mělo nejčastěji denní charakter. Průměrná doba pravidelného užívání benzodiazepinů/Z-léků v souboru byla 18 let (nejkratší 5 let, nejděší 30 let). Všichni respondenti někdy užívali jak benzodiazepiny, tak Z-léky, polovina respondentů užívala převážně benzodiazepiny, druhá polovina převážně Z-léky. Nejčastější užitou látkou byl zolpidem-tartarát a alprazolam. Jedná se o nejčastěji předepisované látky z celé skupiny v České republice (Konečný, 2017).

Respondenti od prvního okamžiku či postupem času přešli na pravidelné každodenní užívání léků. Přes potřebu navyšování dávek, i při přechodu k zneužívání nepociťovali respondenti negativní důsledky a převažovala pozitiva. U všech respondentů docházelo k navyšování dávek léků. Ty, které byly užívané na noc, byly časem s navyšováním dávek užívány v průběhu dne. To vedlo k potřebě navyšovat dávky na noc. Respondenti měli léky stále při ruce (v kabelce, tašce, pod polštářem apod.), docházelo ke skrývání užívání a schovávání léků před rodinnými příslušníky a osobami blízkými. V příbězích respondentů byly tyto léky použity jako prostředek k vypořádání se s poruchami spánku, stresem, depresí/úzkostí či za účelem excitace, získání energie, sebevědomí, což také popisuje studie z roku 2015 *Prescription Sedative Misuse and Abuse*. Respondenti v 4 z 6 případů nevěděli o závislostním potenciálu těchto léků. Fialová et al. (2005) mluví o přesvědčení uživatelů o bezpečnosti těchto léků, které je umocněno právě tím, že jsou předepisovány lékaři. V USA tuto skutečnost podporuje i to, že je možné se setkat s komerční propagací psychoaktivních léků (Compton & Volkow, 2006).

Benzodiazepiny/Z-léky nebyly ve 3 případech dlouhodobě předepisovány na základě psychiatrické indikace. Lékaři také nedodrželi doporučení pro dobu předepisování těchto léků, která činí 4 týdny (Lader, Tylee & Donoghue, 2009), souběžně měl být problém řešen jinou cestou tak, aby ho pacient po vysazení těchto léků řešil jinými způsoby. Většina respondentů neudává řešení problému jinou cestou, pouze 2 z 6 respondentů docházeli na psychoterapii, avšak nepravidelně či krátkodobě.

V souboru nedocházelo k nákupu léků na černém trhu. Respondenti sháněli léky u jiných lékařů, docházelo tedy k duplicitní preskripci či na popud pacienta/lékaře k preskripci léků na jiné rodinné příslušníky. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016* udává, že 22,9 % uživatelů sedativ a hypnotik získává léky jiným způsobem než na předpis, např. právě od známého, což výsledky práce také potvrzují.

Okolností uvědomění a řešení problému bylo vnímání negativních důsledků užívání benzodiazepinů a Z-léků na fyzické, psychické zdraví (zhoršení poruch spánku, prohloubení úzkostných/depresivních stavů) či sociální fungování (zejména vztahy). Výrazným důsledkem bylo snížení frustrační tolerance, což bývá u závislostních poruch častým jevem (Kalina et al., 2015). Respondenti si mimo jiné stěžovali na problém v souvislosti s kognitivními funkcemi (zejména poruchy krátkodobé paměti, soustředění apod.), na které upozorňuje ve své práci například Moráň (2009) a Watt (2019).

Negativní důsledky užívání přispěly k uvědomění problému, často v souvislosti se „zlomovými okamžiky“, jímž byly například situace ohrožení života dcery řízením motorového vozidla v intoxikovaném stavu či vážný úraz v intoxikovaném stavu. Dlouhodobé užívání sedativ a hypnotik II. a III. generace je spojováno s vyšším rizikem úrazů převážně hlavy a zlomenin vyžadujících hospitalizace (Finkle et al., 2011; Lader, 2012; Lai et al., 2014; Olfson et al., 2015; Park et al., 2016). Užívání těchto léků vzhledem k nežádoucím účinkům (převážně ovlivnění pozornosti, ospalost, denní únava) má také negativní vliv na řízení motorových vozidel. Je prokázáno zvýšené riziko dopravních nehod (Hansen et al., 2015; Gustavsen et al., 2008; Lader, 2012).

Uživatelé se snažili o snížení dávek či přerušování užívání v rámci snahy o abstinenci, zbavení se léků. Tyto snahy o abstinenci a snížení dávek byly často doprovázeny navýšením konzumace alkoholu či kombinací léků s alkoholem za účelem zvýšit efekt léků. Polovina respondentů splňuje kritéria pro škodlivé užívání/závislost na alkoholu, o čemž hovoří studie z roku 2013 *Reasons for Misuse of Prescription Medication Among Physicians Undergoing Monitoring by a Physician Health Program*.

V rámci řešení problému respondentům pomohla převážně podpora či změna chování rodiny a blízkých osob, změna psychiatrického lékaře, zásah stávajícího lékaře či vyhledání odborné pomoci (na internetu, přes online poradnu i kontaktováním psychiatra či adiktologického zařízení). Všem respondentům byla diagnostikována závislost na sedativech a hypnoticích (F13.2). Výsledky této práce ukazují, že benzodiazepiny i Z-léky mají obdobně vysoký závislostní potenciál, i přes to, že Z-léky (nejčastěji zolpidem) se považují za léky první volby k ovlivnění nespavosti (Příhodová, 2017).

Ve výzkumu bylo zneužívání benzodiazepinů a Z-léků (a následná diagnostikovaná závislost na těchto lécích) řešeno formou ústavní či ambulantní detoxifikace, ve dvou případech následovala ústavní léčba závislosti (duálních poruch) či zahájením ambulantního adiktologického léčení. Respondenti se během

rozhovoru nacházeli v různých fázích léčby a využívali rozličné služby v adiktologické ambulanci, které kombinovali s léčbou v jiném zařízení. Podle fáze léčby se odvíjely jejich potřeby. Ti, kteří byli v začátcích léčby, se potřebovali zbavit užívání léků, abstinenčních příznaků a cravingu. Ti, kteří abstinovali déle (2 měsíce a výše) si stěžovali na přetrvávající problémy s nespavostí a úzkostné/depresivní stavy - oboje však objevující se příležitostně a s menší intenzitou, nežli během užívání benzodiazepinů a Z-léků. Další výraznou potřebou byl sociální kontakt, který uživatelé zmiňovali v souvislosti s COVID-19. Samotná pandemická situace přímo i nepřímo ovlivnila životy jedinců v rámci zneužívání léků, řešení problému i aktuální situace.

Je důležité poznamenat několik nedostatků, které se v této práci objevily. U výše zmíněných výsledků je nutné zohlednit omezení, která mohla vést ke zkreslení. Jedním z nich je malý výzkumný vzorek - vybraných 6 osob, výsledky tedy nelze vztahovat k celé populaci. Dalším z omezení je způsob výběru respondentů, který nebyl náhodný, metoda příležitostného výběru přes instituci mohla také negativně ovlivnit spolehlivost dat. Osoby v jednom zařízení mohou vykazovat podobné znaky. Respondenti pocházeli pouze z území hlavního města Prahy a ze stabilního sociálního zázemí. Zde tedy mohlo také dojít ke zkreslení výsledků. Daným nedostatkům by se dalo částečně předejít větším počtem respondentů a důkladnějším výběrem ve spolupráci s dalšími adiktologickými zařízeními po celé České republice napříč různými typy zařízení.

Z oslovených osob téměř polovina participovat na výzkumu odmítla či se na sjednaný termín nedostavila (ve dvou případech z důvodu relapsu). Dalším faktorem, který se negativně podílel na velikosti výzkumného souboru, byla pandemická situace v souvislosti s COVID-19, která zapříčinila zhoršení stavu stávajících pacientů v adiktologické ambulanci a přetížení pracovníků i ambulance. Z tohoto důvodu bylo omezeno přijímání nových pacientů a stávající pacienti častěji relabovali.

Další omezení představoval samotný polostrukturovaný rozhovor. I přes následné upřesňování a vysvětlování odpovědí mohlo dojít ke špatné interpretaci dat. Při samotné analýze dat mohlo dojít k opomenutí mnoha informací a poznatků, které mi mohly uniknout. Těmto omezením by se mohlo předejít, pokud by rozhovory byly prováděny a analyzovány více výzkumníky. Kvalitativní analýza je pokaždé výjimečná, je prováděna každým výzkumníkem jedinečně, jelikož souvislostí, které lze v takto obširném množství dat vyhledat, je obrovské množství.

Pravdomlupnost a otevřenost respondentů může být dalším faktorem, který mohl ovlivnit spolehlivost dat. Občas si respondenti nemohli na některé informace vzpomenout či o nich nechtěli hovořit. Je to zcela přirozená okolnost, zvláště když se jedná o osobní vyprávění často velmi bolestivých událostí či popis traumatických situací. Ve výzkumu jsem se setkala s velkou otevřeností, která mě osobně mile překvapila. Metoda životní křivky byla nelehkým úkolem pro respondenty, avšak napomohla prozkoumat lépe některé životní momenty, hledat souvislosti v životech jedince a vyzdvihnout důležité momenty. Respondenti na základě tvorby této metody sami prozkoumávali kontexty životních událostí v souvislosti se zneužíváním sedativ a hypnotik, které je mnohdy překvapily.

Z výše uvedeného vyplývá potřeba dalších výzkumů, jež by pomohly popsat zneužívání sedativ a hypnotik, zmapovat okolnosti, které k zneužívání sedativ a hypnotik vedly a popsat další zkoumané aspekty zmíněné v této práci. Výzkum s větším vzorkem osob by se mohl zaměřit například na rozdíly mezi osobami zneužívajícími benzodiazepiny a těmi zneužívajícími Z-léky.

Výrazným fenoménem u pacientů je výše zmíněná sebededikace, kterou je však v praxi obtížné odhalit. U pacientů se běžně setkáváme se somatizací psychických obtíží na fyzické, hranice mezi nimi nelze jednoznačně určit a mnohdy se obtíže navzájem ovlivňují. Předepsáním benzodiazepinů a Z-léků může dojít k maladaptivnímu chování. Výzvou pro ošetřujícího lékaře je pomoci pacientům identifikovat toto chování a pomoci obtíže řešit komplexní cestou. Obtíže, pro které byly tyto léky předepsané se postupem času prohlubují a u pacientů zhoršují celkovou kvalitu života.

Existují určitá opatření a postupy v předepisování sedativ a hypnotik II. a III. generace, ty by neměly být předepisovány dlouhodobě, a to ne po dobu delší 4 týdnů. Pro bezpečné předepisování těchto léků je velmi důležité provést důkladnou anamnézu, avšak na tu lékař v mnoha případech nemá časovou kapacitu. Léky jsou mnohdy bez jakékoliv intervence posílány e-receptem. Systém elektronických předpisů se snaží předejít potížím s preskripcí nevhodných léků nebo jejich příliš vysokých dávek,

avšak i přes to dochází k obcházení tohoto systému. U chronických obtíží se doporučuje vyhledat specialistu - neurologa, psychiatra, psychoterapeuta či pro nespavost přímo somnologa. Dalším doporučením je problém (nejčastěji úzkost/deprese či nespavost) řešit komplexně, souběžně s farmakoterapií (doporučená jsou primárně antidepresiva) i jinými přístupy - edukací pacientů, psychoterapií, spánkovou hygienou, přírodními preparáty, melatoninem apod. Zneužívání a případná závislost na benzodiazepinech či Z-lécích by měla být řešena s odborníkem. Vzhledem k možným život ohrožujícím stavům v rámci vysazení těchto léků je doporučována detoxifikace pod dohledem lékaře v ambulantní či ústavní adiktologické péči. Dále je doporučena následná péče, například pravidelné docházení do adiktologické ambulance.

Zneužívání sedativ a hypnotik může způsobit závažné zdravotní, sociální, ale i například ekonomické problémy, což bývá podceňovaným jevem. Zdravotnický personál by se mohl podílet na aktivním řešení dané problematiky.

7 LITERATURA

- Allain, H. B. F. (2005). Postural Instability and Consequent Falls and Hip Fractures Associated with Use of Hypnotics in the Elderly. *Drugs Aging*, 22, 749–765.
- American Academy of Sleep Medicine. (2001). *International classification of sleep disorders, revised: Diagnostic and coding manual*. Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bain, K. T. (2006). Management of chronic insomnia in elderly persons. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 4(2), 168-192.
- Blažek, B. & Olmrová, J. (1995). *Kráska a bolest: úloha tvořivosti, umění a hry v životě trpících a postižených*. Praha: Panorama.
- Bogunovic, O. J. & Greenfield, S. F. (2004). Practical geriatrics: Use of benzodiazepines among elderly patients. *Psychiatr. Serv.*, 233-235. doi:DOI:10.1176/appi.ps.55.3.233. PMID
- Borzová, C. (2005). Léčba nespavosti u pacientů s depresí. *Remedia*, 15, 491–494.
- Bouras, N. & Holt, G. (2007). *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Brunton, L., Knollman, B. & Hilal-Dand, R. (2017). *Goodman & Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics*. McGraw-Hill Education.
- Bušek, P. (2013). Epilepsie. *Medicína pro praxi*, 10(3), 111-114.
- Carlsten, A. & Waern, M. (2009). Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in the elderly? *BMC Geriatr*, 9, 20.
- Claustrat, B. & Leston, J. (2015). Melatonin: Physiological effects in humans. *Neurochirurgie*, 61(2-3), 77–84.
- Compton, W. M. & Volkow, N. D. (2006). Abuse of prescription drugs and the risk of addiction. *Drug and alcohol dependence*, 83, 4-7.
- Craske, M. G. & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *Lancet*, 388(10063), 3048-3059.
- Čížek, M. J. (2002). Léková závislost – stručný přehled a poznatky z praxe. *Interní medicína pro praxi*, Suppl, 11-14.

- Dobrovolná, K. (2018). *Nadužívání psychofarmak u seniorů [Overuse of psychopharmaceuticals in seniors]*. (Published bachelor's thesis, Charles University, Prague, Czech Republic). Retrieved 12.1.2021 from <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/101673>
- Ferracioli-Oda, E., Qawasmi, A. & Bloch, M. (2013). Meta-Analysis: Melatonin for the Treatment of Primary Sleep Disorders. *PLoS ONE*, 8(5), e63773. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063773>
- Fialová, D., Topinková, E., Gambassi, G. et al. (2005). Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *JAMA*, 293(11),1348–1358.
- Finkle, W. D., Der, J. S., Greenland, S., Adams, J. L., Ridgeway, G., Blaschke, T., Wang, Z., Dell, R. M. & VanRiper, K. B. (2011). Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription for zolpidem, alprazolam, lorazepam, or diazepam in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(10), 1883–1890.
- Frank, K., Kamal, P. & Gregory, L. (2017). *Melatonin Research Analysis*. Retrieved 6. 3 2021 from <https://examine.com/supplements/melatonin/>
- Griffiths, M. (2005). The biopsychosocial approach to addiction. *Psyke & Logos*, 26(1), 18.
- Gustavsen, I., Bramness, J. G., Skurtveit, S., Engeland, A., Neutel, I. & Mørland, J. (2008). Road traffic accident risk related to prescriptions of the hypnotics zopiclone, zolpidem, flunitrazepam and nitrazepam. *Sleep medicine*, 9(8), 818–822.
- Hansen, R., N., Boudreau, D. M., Ebel, B. E., Grossman, D. C. & Sullivan, S. D. (2015). Sedative Hypnotic Medication Use and the Risk of Motor Vehicle Crash. *American Journal of Public Health*, 105(8), 64-69.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hosák, L. & Hrdlička, M. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Charles University in Prague: Karolinum Press.
- Huedo-Medina, T. B., Kirsch, I., Middlemass, J., Klonizakis, M. & Siriwardena, A. N. (2012). Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *BMJ*, 345, e8343. doi:[doi:10.1136/bmj.e8343](https://doi.org/10.1136/bmj.e8343)
- Hynie, S. (2001). *Farmakologie v kostce* (2. vydání. vyd.). Praha: Triton.
- Chalany, J. (2014). Závislost na zolpidemu u seniorů. *Čes a slov Psychiatr*, 110(6), 311 -316.
- Chrastina, J., Ivanová, K., Ježorská, Š. & Bártlová, S. (2012). Zkoumání limitů životního stylu jedinců s chronickým onemocněním: (První zkušenosti s metodikou kvalitativního výzkumu v ošetrovatelství). *Kontakt*, 14(3), 298-314.
- Isaacson, J. H., Hopper, J. A., Alford, D. P. & Parran, T. (2005). Prescription drug use and abuse: Risk factors, red flags, and prevention strategies. *Postgraduate Medicine*, 118(1), 19-26.

- Jackson, S. G., Jansen, P. & Mangoni, A. P. (2009). *Prescribing for Elderly Patients*. John Wiley & Sons.
- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti : mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kec, D., Lucka, O., Hamerníková, V., Kubánek, J., Bednařík, J. & Vlčková, E. (2020). Současné trendy v léčbě a diagnostice chronické nespavosti. *Česká a slovenská psychiatrie*, stránky 116(3), 139 -149.
- Klinika adiktologie. (2020). *O nás*. Retrieved 6.3.2021 from <https://www.adiktologie.cz/o-nas>
- Komárek, L. et al. (2021). *Manuál prevence v lékařské praxi*. Česká republika. Retrieved 5.2.2021 from <http://www.szu.cz/manual-prevence-v-lekarske-praxi>
- Konečný, M. (2017). Užívání návykových sedativ a hypnotik v České republice a syndrom závislosti na těchto lécích z pohledu konziliárního psychiatra. *Psychiatrie pro praxi*, 18(3), 135-139.
- Lader, M. (2012). Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2) ,295-301.
- Lader, M., Tylee, A. & Donoghue, J. (2009). Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS Drugs*, 23(1), 19-34.
- Lai, M. M., Lin, C. C., Lin, C. C., Liu, C. S., Li, T. C. & Kao, C. H. (2014). Long-term use of zolpidem increases the risk of major injury: a population-based cohort study. *Mayo Clinic proceedings*, 89(5), 589–594.
- Lattová, Z. (2009). Hypnotika. *Psychiatr. pro Praxi*, 10(3), 125-129.
- Lewis, L. & Haviland-Jones, J. (2000). *Handbook of emotions*. New York: Guilford Press.
- Lincová, D. & Farghali, H. (2007). *Základní a aplikovaná farmakologie*. Praha: Galén.
- Longo, L. P. & Johnson, B. (2000). Addiction: Part I. Benzodiazepines--side effects, abuse risk and alternatives. *American family physician*, 61(7), 2121–2128.
- Marádová, E. (2006). *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Marek, J., Vrablík, M. et al. (2019). *Markova farmakoterapie vnitřních nemocí (5. zcela přepracované a doplněné vydání)*. Praha: Grada.
- Matheson, E. & Hainer, B. (2017). Insomnia: pharmacologic therapy. *Am Fam Physician*, 96 (1), 29–35.
- Merlo, L. J., Singhakant, S., Cummings, S. M. & Cottler, L. B. (2013). Reasons for misuse of prescription medication among physicians undergoing monitoring by a physician health program. *Journal of addiction medicine*, 7(5), 349–353.

- Mikušová, K. (2010). Závislost na benzodiazepinech a hypnoticích - společensky závažný, zdravotně nebezpečný, ale stále podceňovaný jev. *Farmi News*, 7(3), 14-15.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Moráň, M. (2009). Poruchy spánku. *Interní medicína*, 11(10), 466–470.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H. & Vopravil, J. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Tion Leštinová, Z., Nechanská, B., Cibulka, J. T., Fidesová, H. & Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (2021). *Mapa pomoci*. Retrieved 14.2.2021 from drogy-info: <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/>
- National Prescribing Service. (2010). Addressing hypnotic medicines use in primary care. *NPS News* 67. Retrieved 16.3.2021 from https://web.archive.org/web/20110217143827/http://www.nps.org.au/health_professionals/publications/nps_news
- Nechanská, B., Mravčík, V. & Popov, P. (2012). *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice : identifikace a analýza zdrojů dat*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nemeroff, C. B. (2003). Anxiolytics: Past, present, and future agents. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(13), 3–6.
- Nešpor, K. (2009). Zneužívání léků, závislost na lécích a možnost prevence. *Lékařské listy*, 12, 18-20.
- Nešpor, K. (2010). Prevence zneužívání léků a přístupy při zvládnání lékové závislosti. *Prakt. Lék.*, 90(2), 93-96. Retrieved 10.5.2020 from <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/archiv-cisel/2010-2>
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost. 4. aktualizované vydání*. Praha: Portál.
- Netík, V. (2008). *Kazuistika osoby se závislostí na benzodiazepinových preparátech [Case study of a person dependent on benzodiazepines]*. (Published bachelor's thesis, Charles University, Prague, Czech Republic). Retrieved 14.1.2021 from <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/18040>
- NIDA. (2020). *Principles of Effective Treatment*. Retrieved 5.5.2021 from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>
- Olfson, M., King, M. & Schoenbaum, M. (2015). Benzodiazepine Use in the United States. *JAMA Psychiatry*, 72(2), 136-142.

- Papežová, H. (2014). *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Maxdorf.
- Park, S. M., Ryu, J., Lee, D. R., Shin, D., Yun, J. M. & Lee, J. (2016). Zolpidem use and risk of fractures: a systematic review and meta-analysis. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 27(10), 2935–2944.
- Praško, J., Prašková, H., Vašková, K. & Vyskočilová, J. (2006). *Panická porucha a jak ji zvládat* (1. vydání. vyd.). Praha: Galén.
- Pretl, M. (2008). Praktický lékař a nespavost. *Med. pro Prax.*, 5(3), 123–126.
- Prokeš, J. et al. (2005). *Základy toxikologie. Obecná toxikologie a ekotoxikologie*. Praha: Galén a Karolinum.
- Prokeš, M. (2013). Preskripční a indikační omezení na léky v ČR. *Revizní a posudkové lékařství*, stránky 16(1), 34-39.
- Příhodová, I. (2017). Farmakoterapie poruch spánku. *Remedia*, stránky 27, 194–198.
- Raboch, J. & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Ramešová, K. (2006). Benzodiazepiny a riziko závislosti.
- Schulz, P. & Steimer, T. (2000). Psychotropic medication, psychiatric disorders, and higher brain functions. *Dialogues in clinical neuroscience*, 177–182.
- Sonnenberg, C. M., Bierman, E. J. M., Deeg, D. J. H., Comijs, H. C., van Tilburg W. & Beekman A. T. (2012). Ten-year trends in benzodiazepine use in the Dutch population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(2), 293-301.
- Stein, M. & Sareen, J. (2015). Clinical Practice: Generalized Anxiety Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 373 (21), 2059–68.
- Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Nakladatelství Albert Boskovic.
- SÚKL. (2010). Databáze léků - ATC skupiny. Retrieved 16.2.2021 from https://www.sukl.cz/modules/medication/atc_tree.php?current=N05CF#N05CF
- SÚKL. (2020). STILNOX. Retrieved 8.11.2020 from <https://bit.ly/3yz0T7p>
- Šonka, K. (2003). Hypnotika. *Remedia*, 13, 437–441.
- Švihovec, J., Bultas, J., Anzenbacher, P., Chládek, J., Příborský, J., Slíva, J. & Votava, M. (2018). *Farmakologie*. Praha: Grada.
- Topinková, E., Červený, R., Doleželová, I., Jurášková, B., Holmerová, I. & Kalvach, Z. (2007). *Geriatric, doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.

- Torgeson, T. (2019). *My Addiction to Benzos Was Harder to Overcome Than Heroin*. Retrieved 20.2.2021 from <https://www.healthline.com/health/addiction-drug-problem-benzos>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2019a). Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2018. Retrieved 20.5.2020 from <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--vznamna-temata--navykove-latky>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2019b). Údaje o detoxifikačních jednotkách a pacientech podstupujících detoxifikaci od návykových látek v roce 2018. Retrieved 20.5.2020 from <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--vznamna-temata--navykove-latky>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2020). Drogová úmrtí a úmrtí pod vlivem drog v roce 2019 Retrieved 23.4.2021 from <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--vznamna-temata--navykove-latky>
- Vašutová, K. (2009). Spánek a vybrané poruchy spánku a bdění. *Praktické lékařství*, 1, 17-20.
- Verdoux, H., Lagnaoui, R. & Begaud, B. (2005). Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies. *Psychological Medicine*, 35(3), 307-315. doi:doi:10.1017/S0033291704003897
- Vokurka, M. & Hugo, J. (2015). *Velký lékařský slovník* (10. aktualizované vydání. vyd.). Praha: Maxdorf.
- Watt, A. (2019). *Benzodiazepines*. Retrieved 14.3.2021 from <https://www.healthline.com/health/bipolar-disorder/benzodiazepines>
- Weaver, M. F. (2015). Prescription Sedative Misuse and Abuse. *Yale J Biol Med*, 88(3), 247–256.
- WHO. (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: ÚZIS ČR.
- WHOCC. (2018). WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology - Structure and principles. Retrieved 4.1.2021 from https://www.whooc.no/atc/structure_and_principles/
- Závěšická, L. (2014). Chronická nespavost. *Psychiatrie pro praxi*, 15(1), 9-14.

8 PŘÍLOHY

8.1 Příloha 1

Struktura rozhovoru

Pohlaví:

Datum narození:

Bydliště (pouze kraj):

1. oblast: anamnéza

Nynější onemocnění:

Anamnéza návykových onemocnění:

Alergická anamnéza:

Psychiatrická anamnéza:

Osobní anamnéza:

Zdravotní:

Orientace:

VHA:

VHB:

VHC:

HIV:

STD:

Úrazy:

Operace:

Bezvědomí:

Neurologická onemocnění:

Farmakologická anamnéza:

Rodinná anamnéza:

Sociální anamnéza:

Pracovní anamnéza:

2. oblast: okolnosti vzniku problému

Popište prosím začátek vzniku problému v souvislosti s užíváním sedativ a hypnotik.

Jaké okolnosti Vás vedly k 1. užití sedativ a hypnotik?

Jaké důležité momenty ovlivnily užívání sedativ a hypnotik?

Kdy podle Vás došlo k přechodu k zneužívání sedativ a hypnotik? Prosím popište.

3. *oblast: vývoj/ průběh užívání*

Popište prosím průběh užívání léků.

Jaké léky a kolik jste užíval/a?

Popište prosím vývoj užívání léků.

4. *oblast: okolnosti uvědomění a řešení problému*

Popište prosím důležité momenty, které ovlivnily zneužívání léků.

Co Vás nejvíce ovlivnilo?

Kdy jste si problém uvědomil/a?

Jaké byly okolnosti uvědomění problému?

Co Vám pomohlo?

Jaké okolnosti vedly k vyhledání odborné péče?

5. *oblast: současná situace*

Popište prosím svoji současnou situaci v souvislosti se zneužíváním léků.

Jaké jsou Vaše aktuální potřeby? Co byste nyní potřeboval/a?

Co Vám aktuálně pomáhá?

8.2 Příloha 2

Informovaný souhlas pacienta

Název a popis studie: Zneužívání sedativ a hypnotik z pohledu uživatele

Cíl projektu:

Vážená paní/vážený pane,

Nabízím Vám účast ve výzkumné studii s názvem „Zneužívání sedativ a hypnotik z pohledu uživatele“ v provozu Adiktologické ambulance Kliniky adiktologie. Klinika adiktologie je vědecké a klinické pracoviště 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Klinika

adiktologie realizuje ambulantní provoz, klinický lůžkový provoz, výuku a výzkum v oblasti adiktologie.

Výzkumná studie se zaměřuje na zneužívání sedativ a hypnotik u konkrétních uživatelů v Adiktologické ambulanci Kliniky adiktologie. Předpokládáme, že výsledky mohou přinést poznatky o okolnostech, které k zneužívání sedativ a hypnotik vedly, o začátku či průběhu užívání sedativ a hypnotik, a také okolnosti uvědomění si adiktologického problému u konkrétních uživatelů a jak jej řešili. Výsledky studie by též mohly přinést informace o současném stavu uživatelů a jejich potřebách. Tyto cíle demonstrováme prostřednictvím konkrétních příběhů lidí zneužívajících sedativa a hypnotika. V příbězích budeme hledat společné rysy a specifika.

Výsledky a jejich publikování mohou napomoci ke zkvalitnění zdravotní péče o cílovou skupinu zneužívající sedativa a hypnotika nastavením příslušných intervencí a podporou zdravotnického zázemí v péči o tyto pacienty. Dále budou moci přispět k procesu destigmatizace klientů, pacientů i celého oboru adiktologie.

Design studie:

Design studie je postavený na analýze anonymizovaných dat. Základní metoda sběru dat, která bude použita v rámci výzkumu, je polostrukturovaný rozhovor doplněný metodou životní křivky. Důvodem volby polostrukturovaného rozhovoru je možnost kombinace strukturovanosti a volnějšího přístupu v kladení otázek. Důvodem volby metody životní křivky je snaha o specifické neverbální ztvárnění prožitého života pacienta, jeho chápání a pojetí v kontextu životních událostí, konkrétně se zaměřením na začátek a průběh zneužívání sedativ a hypnotik. Při tvorbě křivky dotyčný sám určuje klíčové momenty, komentuje je a hodnotí, což umožňuje konfrontaci dotyčného se sebou samým. Metoda životní křivky je chápána jako pomůcka, díky které lze snadno zachytit či sdělit nadprůměrně velké množství poznání, pro které by jinak bylo potřeba mnohem větší a nepřehledný prostor. Metodu životní křivky lze uplatnit na různá výzkumná témata, jejichž součástí je sledování změn za stanovené časové období. Cílem využití metody ve studii je graficky znázornit důležité aspekty, klíčové momenty procesu vzniku a průběhu zneužívání sedativ a hypnotik, a dále je propojit s významnými životními událostmi, případně také s užíváním jiných návykových látek.

Rozhovor bude probíhat formou osobního setkání v adiktologické ambulanci Kliniky adiktologie. Odhadovaná délka rozhovoru je 75 minut. Délka rozhovoru by neměla přesáhnout 90 minut. Pacientovi budou předem nastíněny okruhy otázek. Rozhovor s pacientem bude veden v soukromí, v klidném prostředí ambulance a budu ho zaznamenávat pomocí aplikace, která umožňuje nahrávání hlasového záznamu. Součástí rozhovoru bude také metoda nestrukturovaného pozorování. Některé

poznatky nelze zaznamenat pomocí zvukového formátu, proto si budu dělat poznámky zaměřující se na pozorování pacienta (objektivní i subjektivní).

Rozhovor bude označen číselným kódem, přepsán do textové formy a anonymizován. Po přepsání rozhovoru do podoby textu bude nahrávka trvale odstraněna. Informace získané z rozhovoru propojím s informacemi získanými pomocí metody životní křivky.

Data budou analyzována na zcela anonymní úrovni bez možnosti jakékoli identifikace jednotlivého pacienta.

Jméno pacienta:

Datum narození:

Hlavní řešitel: Bc. Kateřina Rokosová

1. Já, níže podepsaná/podepsaný souhlasím s účastí ve studii.
2. Byl/a jsem podrobně informován/a o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Pracovník Adiktologické ambulance pověřený prováděním studie mně vysvětlil očekávané přínosy a případná rizika účasti ve studii. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl/a jsem tomu, že účast ve studii můžu kdykoliv přerušit či ze studie odstoupit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh dalšího léčení. Účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou má osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Při vlastním provádění studie hlavní řešitel použije pouze data z rozhovoru bez osobních údajů pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely v budoucnu mohou být osobní údaje poskytnuty pouze jako anonymizovaná data.
5. S účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.
6. V případě nejasností a dalších dotazů ohledně studie je možné kontaktovat hlavního řešitele Bc. Kateřinu Rokosovou – katerina.rokosova@vfn.cz – nebo vedoucí Adiktologické ambulance Mgr. Lenku Šťastnou, Ph.D. – lenka.stastna@vfn.cz.

Vlastnoruční podpis pacienta:

Podpis pracovníka pověřeného touto studií:

Datum, čas:

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis