PROTIALKOHOLICKÝ OBZOR

25, 1990, 5, s. 291 – 296

KOKAINISMUS – RARITNÍ ZÁVISLOST V NAŠICH PODMÍNKÁCH

J. NERAD, L. NERADOVÁ, J. SCHÁNILCOVÁ

Protialkoholní oddělení Psychiatrické kliniky FN, Praha 2,
primář: MUDr. P. Mareček, CSc.;
Výzkumný ústav psychiatrický, Praha 8,
ředitel: doc. MUDr. J. Gebhart, CSc.

Tento článek vznikl jako součást terapeutické dohody, kterou jsme uzavřeli s jediným léčeným kokainistou v historii Apolináře: napíšeme jej, že on dovrší pět let trvalé a důsledné abstinence.

Rádi bychom se pokusili o širší pohled na kokainismus, nikoliv jen z pozice jediného pacienta. Vždyť v posledních patnácti letech došlo k renesanci této toxikomanie.

Historie

Kokain izoloval a pojmenoval v roce 1859 Albert Niemann z Göttingenu. Následujících dvacetpět let byl mnoha lékaři i laiky považován za výtečný lék na celou řadu nemocí: alkoholismus, morfinismus, tuberkulózu, deprese, impotenci, zažívací poruchy atd. Za lék jej považoval i Sigmund Freud. Jedním z prvních, kteří upozornili na škodlivost kokainu a vznik závislosti byl Albrecht Erlenmeyer (1889): nazýval jej „třetí metlou lidstva" a ke zvládání příznaků z odnětí doporučoval alkohol nebo morfin. V té době se doporučovala léčba v uzavřeném ústavu, pravidelné cvičení, kvalitní strava; Buntingova léčba obsahovala řadu náboženských a morálních přednášek, pomáhajících „rekonstruovat duši, zničenou drogou". Hypnózu k odvykací léčbě použil již v roce 1908 Quackenbos. Používalo se též preparátů s nízkým obsahem kokainu (nejčastěji k tzv. „domácí léčbě"). V prvních dvou dekádách dvacátého století vzniká v USA celá řada sanatorií, zabývajících se ústavní léčbou kokainismu, bohužel s nevalnými výsledky. Crothers (1902) kladl důraz na porozumění příčinám a podmínkám vzniku závislosti a na jejich odstranění. Lewin (1924) doporučuje minimálně roční ústavní léčbu. Od třicátých do poloviny sedmdesátých let pak závislostí na kokainu značně ubývá. Do roku 1977 se v USA kokainisté jen výjimečně objevovali v detoxifikačních či terapeutických programech. V tomto roce nastává dramatický zlom, výmluvná jsou čísla z roku 1980, týkající se USA: 14 – 17 miliónů obyvatel kokain okusilo, 4 – 5 miliónů jej bere pravidelně. U závislosti kolísají dávky od 1,5 gramu týdně do 4 gramů denně; při „tahu" však dosahují až 17 gramů za 24 hodin. Aktuální léčebné metody jsou prakticky identické s léčbou ostatních závislostí, včetně alkoholismu: terapeutické komunity, skupinová a individuální psychoterapie, celá řada behaviorálních technik, averzivní léčba za použití elektrického proudu (včetně kapesních pří-

strojů, kdykoliv použitelných), hypnóza, akupunktura a elektroakupunktura, čichání aromatických látek vonících obdobně jako kokain (údajně snižuje baživost), až po sdružení Anonymních kokainistů. Většina programů odnímá drogu abruptně, jen menšina dávky postupně snižuje nebo používá drogy náhradní: prokain, lidokain, odvary z rostlin včetně žen-šenu, o odvaru z kovových listů nemluvě. Při léčbě jsou užívána i psychofarmaka: nejčastěji tricyklická antidepresiva a lithium, v menší míře fenothiazinové preparáty. Zkoušely se i soli hořčíku. Obdobně jako u heroinistů bývá používán v roli náhradní drogy metadon. O jak závažnou závislost jde ukazuje fakt, že ještě např. v roce 1982 v Peru někteří zoufalí pacienti, neschopní abstinovat, požádali o psychochirurgický zákrok, který byl na jejich přání opravdu proveden – šlo o bilaterální anteriorní cingulectomii.

Současné světové zdroje kokainu

Dle S. Cobena (1984) vypadá situace následovně: největšími výrobci jsou Peru a Bolívia; každá z těchto zemí produkuje ročně okolo 50 000 tun kokových listů. 25 % spotřebuje domorodé obyvatelstvo (žvýkání koky), 2 % jsou vyvážena legálně (výroba léků a kolových nápojů). Necelých 75 000 tun tedy zbývá k nelegální výrobě drogy. K tomu je třeba připočíst 10 000 tun listů z Kolumbie, kde se také převážně kokain zpracovává a odkud je řízen jeho transport. Z 85 000 tun kokových listů je možno vyrobit 420 tun pasty. 2,5 tuny pasty poskytne jednu tunu čistého, stoprocentního kokainu (kokain hydrochlorid). Na světovém trhu je ročně k dispozici 130 tun čistého kokainu, neboť část je zabavena nebo zmizí. Světová roční spotřeba se odhaduje na 80 tun čistého kokainu – vznikají tedy přebytky, mající za následek snižování ceny: ze 150 dolarů na průměrných 100 (za jeden gram nikoliv čistého kokainu). Dalším následkem je zvyšování koncentrace v jednotlivých dávkách při prodeji: z 12 % na 24 %, výjimečně až na 48 %. Jedna tuna kokových listů stojí 2000 dolarů a lze z ní vyrobit 5 kg kokové pasty v ceně 10 000 dolarů; tu lze dále zpracovat na 2 kg čistého, stoprocentního kokainu. Jeho úpravou na 24 % vznikne 8 kg drogy, jdoucí do distribuce: 8000 gramů prezentuje 8000 dávek po 100 dolarech, tedy 800 000 dolarů. Jedna tuna kokových listů v ceně 2000 dolarů je tak zhodnocena 400x. 130 tun čistého kokainu představuje na běžném trhu hodnotu 52 miliard dolarů. Jen v USA se roční nelegální příjem za kokain odhaduje na 30 miliard dolarů.

Kokain – droga a způsoby jejího zneužívání

Čistý kokain je bezbarvý až bílý krystalický prášek, který se na vzduchu rozkládá. Po aplikaci na sliznicích je v krvi detekován za 3 minúty, koncentrace dosahuje vrcholu po 15 – 60 minutách. V moči se nalézá ještě 24 – 72 hodin po podání – v závislosti na velikosti dávky. Metabolizuje se v játrech a kromě toho pravděpodobně též ve značné míře v séru, za pomoci sérové cholinesterázy. Absorpce je mnohem rychlejší než odbourávání, odtud pramení vysoká toxicita.

V různých stadiích rozvinuté závislosti se objevují následující příznaky: euforie, anorexie, insomnia, anxieta, zmatenost, agitovanost, deprese, suicidální chování, zrakové, sluchové a taktilní halucinace, akutní psychotické stavy s paranoidními a jinými bludy, obdobné psychózám amfetaminového či metamfetaminového typu. Dříve se tvrdilo, že kokain vyvolává pouze psychickou a nikoliv somatickou závislost. Při dneš-

ních vysokých dávkách je však i tělesná závislost jasně vyjádřena. Tolerance silně stoupá.

Non-humánní primáti se chovají obdobně jako těžce závislé osoby: mají-li neomezený přísun drogy, tak mačkají páčku (která jim kokain zajišťuje) tak dlouho, dokud nezemřou vyčerpáním nebo v epileptickém záchvatu. U primátů byla též v laboratoři vypěstována závislost: provedli i 12 800 zmáčknutí, bylo-li to třeba k získání jediné dávky. Opice preferují kokain před amfetaminem. Dávají mu přednost také před potravou, a to i tehdy, když umírají hlady. Dají také přednost zmáčknutí páčky, zajišťujícím větší množství kokainu, byť doprovázenému elektrickým šokem, před zmáčknutím páčky zajišťujícímu množství menší a bez elektrického šoku.

Kokainisté používají nejčastěji nosní aplikaci, neboť sliznicemi se kokain výborně vstřebává – a to i sliznicí rektální a vaginální. Tímto způsobem je také zneužíván. Při intravenózní aplikaci dochází k efektu za 15 – 20 vteřin. Subkutánní a intramuskulární aplikace se dnes prakticky neužívají. Kokové listy se tradičně žvýkají nebo se z nich vyrábí čaj. Koková pasta, obsahující 40 – 91 % kokainu plus jiné alkaloidy se kouří buď s tabákem nebo s konopím setým. Častá je kombinace kokainu s heroinem jakožto tzv. „speedball". V poslední době se rozmohlo kouření tzv. kokainové báze, nebo-li volné báze („Basing", „Freebasing"): na rozdíl od kokainu hydrochloridu jde o bazální, alkaloidální kokain (benzoyl methylecgonine), který se mění v plynné skupenství již při 98 stupních Celsia, zatímco kokain hydrochlorid zčásti až při 195 stupních. Alkaloidální kokain se kouří ve vodních dýmkách, intenzita euforie a rychlost nástupu účinku je mohutnější než při intravenózním podání. Po vdechnutí se z plic dostává okamžitě do levé poloviny srdeční a odtud ihned do mozku, takže účinek nastupuje za 7 – 10 vteřin. Jde o tzv. „crack" nebo-li „prásknutí". Při zneužívání kokainu vzniká velice rychle silná závislost, jde-li právě o kokain alkaloidální.

Osobnost kokainistů a psychopatologie

R. D. Weiss (1986) dělí kokainisty z psychopatologického hlediska do tří skupin:

1. Pacienti s anamnézou deprese, užívající zpočátku kokain jako lék, způsobující euforii;
2. pacienti s maniodepresivní anamnézou, užívající zpočátku kokain k prolongaci manického stavu;
3. pacienti s hraniční nebo narcistickou osobnostní poruchou., Podle typu psychopatologie je pak třeba přizpůsobit terapii.

Zajímavě přispěla k pohledu na drogově závislé analytická psychologie, zahrnující (kromě jiných skupin toxikomanů) i kokainisty. Bazální konflikt kokainistů je v tomto pojetí vývoje ega situován do stadia třetího, tzv. učednického, symbolicky nazývaného učení se u „Velkého Otce". V tomto období dochází k výchově k sociálním dovednostem, k rozlišení mezi vlastní sexuální rolí a sexuální rolí opačného pohlaví, k vývoji svědomí, ego ideálu, k přípravě ega na akt sebeprosazení. Esenciálním je zde rozlišení mužského a ženského prvku. Podle této koncepce prožívají kokainisté své otce převážně jako suportivní osoby, starající se o dobro potomků, dříče, zabezpečující rodinu. Kokainisté své otce respektují, nerivalizují s nimi však ve smyslu vyrovnat se jim, nýbrž překonat je. Matky prožívají kokainisté typicky: silnější, energičtější, dovedou si lépe poradit než otcové. I přes určitou suportivnost je vnímají jako chladné, přísné, diktátorské. Přesto podávají určitý obraz o ženském prvku, byť jednostranný a pokroucený. Bazální konflikt kokainistů je charakterizován obtížemi spojenými s rozvo-

jem zralého pojmu o ženách. Většinou se jim podaří vytvořit si dospělou identitu a hledají seberealizaci. Animu však neprojikují do osoby, ale do drogy, do kokainu. (Anima v tomto pojetí představuje archetypální figuru obrazu duše, nahrazující komplementárně-pohlavní část psyché a ukazující jednak jakým způsobem je k němu formován náš vztah a za druhé představuje sediment všelidského zkušenosti s opačným pohlavím). V dětství, při hledání lásky a něhy, zažili kokainisté ze strany matky ponížení a stud. Proto je lepší tyto pocity (láska, něha) nedávat najevo: tak se lze vyhnout poranění. Následné řešení zní: stát se silným bojovníkem, který si stačí sám a nemusí se o nikoho opírat.

V dospělosti bývá kokainista zaměřen sám na sebe, ambiciózní, energický, kompetentní. Je soutěživý, bojuje, překonává překážky, užívá svého důvtipu. Klíčem k pochopení kokainistů je jejich intenzivní reakce na závislost: závislost je pro ně identická se submisivitou, intimita s vulnerabilitou, každý náznak slabosti by mohl být ostatními využit k dominanci nad nimi. Kokainisté si typicky vybírají povolání, kde je malá kontrola ze strany ostatních osob: stávají se umělci, profesionálními sportovci, obchodníky, reklamními agenty, právníky, lékaři. Sexuálně bývají aktivní, se sklony silně dominantními. Partnerky kontrolují a nejeví zájem o příliš symetrický vztah. Často bývají svobodní, pokud žijí v manželství, tak nemívají děti. Založí-li stabilní rodinu, bývá to pozitivním prognostickým příznakem. Esenciální problém, týkající se jejich ega, lze definovat takto: nestačí jim separovat se od ženské složky, chtějí ji z vědomí vyloučit úplně. Touží po dokonalosti na úkor celistvosti. Neuvědomují si, že zničit jednotu psychického života se jim nemůže podařit. Kokain vyvolává euforii, veselost, obrovskou sebedůvěru a pocit ovládnutí osudu a běhu světa. Zároveň vyvolává krátký, extatický pocit celistvosti a jednoty. Kokain, ceněný pro své „ženské" vlastnosti, je přirovnáván k bohyni, poskytující extatické prožitky, které nemůže poskytnout žádná žena. Drogou nevozené spojení se ženským elementem je však podvodem: po krátké chvíli se dotyčný vrací k osamělé, izolované existenci, v jaké se nacházel před intoxikací. Kromě běžných označení kokainu (sníh, vločka, koko, koks, božský prach, prach štěstí, šťastné stezky, Charley, „céčko", Cadillac – jde o superjednotku o váze jedné unce) upozorňují jiné názvy právě na jeho „ženskou podstatu: „ona", „ta", blanche (bílá), dívka, Bereniké, dáma.

Kazuistika

26letý lékař, ženatý, manželka též s vysokoškolským vzděláním. Seznámili se v tanečních, když pacientovi bylo 16 let, jí 15. Vzali se po 4 letech, byla pacientovou první a jedinou známostí. Děti neměli (ona nemohla po gynekologickém zákroku otěhotnět). Pacient se nechal sexuologicky vyšetřit, nebylo u něho nalezeno nic, proč by nemohl mít děti. (V testu tří přání si dal na prvé místo „mít děti"). Otec byl vědecký pracovník, matka učitelka na ZDŠ. Do tří let byl vychováván prarodiči z matčiny strany, od tří do pěti prarodiči z otcovy strany. Pak o něho začali pečovat rodiče, s kterými začal bydlet. Sourozence nikdy neměl. Chodil na základní školu, kde učila jeho matka. Ve škole vymýšlel rafinované rošťárny, vždy mu to prošlo, díky matčinu vlivu. Spolužáci jej proto nenáviděli. Od šesti let jej otec zasvěcoval do různých řemesel při stavbě chaty a také do tajů práce se dřevem (otec otce byl uměleckým řezbářem), takže již od 7 let vyřezával. V této době také vstoupil do Lidové školy umění a dodnes je velmi spokojen se svými tehdejšími úspěchy: druhé místo v celostátní soutěži, publikace obrázků v časopisech, první honorář. Kamarády neměl, byl samotář. Na druhém stupni se jeho privilegované postavení a zároveň neoblíbenost mezi spolužáky ještě zvýraznily. V osmé třídě se poprvé zamiloval do spolužačky o rok mladší, kterou učila jeho matka. Chodili spolu 1,5 roku, pak se s ním ona rozešla. Krátkodobě se k němu vrátila, když

byl v 15 letech operován pro pyelonefritidu. Tento vztah nebyl konzumován. Nedostatek kamarádů kompenzoval zvířaty: choval psy, docházel do kynologického kroužku. Po gymnáziu chtěl jít na Umělecko-průmyslovou školu (jeho snem bylo stát se restaurátorem nebo sochařem), ale otec jej přesvědčil, že nemá dostatek talentu a proto si vybral medicínu. Chtěl se uplatnit v chirurgii, neboť o sobě dobře věděl, jak je manuálně zručný. V 25 letech dokončil studia na lékařské fakultě a opravdu nastoupil do chirurgického oboru. V dospívání a dospělosti měl celou řadu koníčků: postavil 130 modelů letadel, pak se věnoval především uměleckému řezbářství, opravám aut, restaurování historických zbraní, které sbírá. Rozvoj závislosti: od 19 let si při vertebrogenních bolestech občas bral Alnagon, vždy jen jednu tabletu, pouze 1x si vzal tablety 4 a byl „zfetovaný". Kromě Alnagonu si občas bral Acylpyrin, Guajacuran, Dormiflex. Alkohol pil vždy výjimečně, nesnášel ho, i po malém množství mu bylo špatně. Rozvoj závislosti na kokain před přijetím do léčby trval 9 měsíců. Původně použil 5 % roztoku kokainu k dekongesci nosní sliznice při rhinitidě, nepociťoval žádné účinky na psychiku. Při druhém použití zvýšil dávku, prodloužil dobu účinku a dostavily se příjemné zážitky: euforie, pocit duševní a tělesné svěžesti, pocit dobré koncentrace a dobré pohody. V sociálním kontaktu lépe snášel lidi ve svém okolí. Od této chvíle si začal vyrábět dobrou náladu „na objednávku". Tolerance začala rychle stoupat. Během 3 měsíců došlo k rozvoji psychické a tělesné závislosti. Když si kokain nevzal, tak se objevily typické příznaky z odnětí drogy: dysforie, deprese, insomnie. Tyto symptomy se pokoušel „léčit" Diazepamem, Theadrylem, Radepurem a antihistaminiky. Rychlé zvyšování dávek vedlo k tomu, že prakticky po celý den měl v nosních průchodech zavedeny longety, nasáklé 5 % roztokem kokainu, které stále obměňoval. Jiným způsobem drogu neaplikoval. Chybějící množství kokainu nahrazoval roztokem Trimecainu či Mesocainu. Rychle upadal jeho zájem o práci a koníčky. Po 4 měsících zneužívání pochopil, že jde o závislost. Abstinovat se poté pokusil 2x: vydržel abstinovat tři, respektive 4 týdny, ale pro vysoce nepříjemné příznaky z odnětí drogy se opět ke kokainu vrátil. Začal se osobně měnit, v jeho chování se objevily agresivní prvky, v jednom případě šlo o brachiální agresi. Odtud se datují jeho konflikty s personálem, pacienty, nadřízenými. V této době podnikl poslední pokus zbavit se závislosti: kokain nahradil alkoholickými nápoji, ale po dvou týdnech krutých bolestí hlavy a břicha se ke kokainu opět vrátil. V té chvíli si uvědomil, že situaci sám nezvládne a rozhodl se vše zveřejnit. (Do této doby nikdo o jeho závislosti nevěděl). K dobrovolnému přiznání neměl odvahu, proto vypotřebovaný kokain nenahradil a čekal, až se na to při kontrole přijde. Což se také stalo a on se při cíleném dotazu přiznal. Nadřízení mu dali vybrat mezi ambulantní a ústavní léčbou a on si vybral Apolináře. Kázeňsky ani jinak nebyl postižen. Od uvědomění si neschopnosti zvládnout závislost vlastními silami do nástupu ústavní léčby uplynul jeden měsíc. V léčbě byl vysoce kooperativní, byť neopomněl nikdy úpřímně a přímo sdělit svůj vlastní názor, byl hyperkritický k sobě i ostatním. Pro své postoje byl zvolen důvěrníkem skupiny, později předsedou spolusprávy. Zajímavý okamžik nastal před koncem třináctýdenní léčby: sám, z vlastní iniciativy, požádal o měsíční prodloužení hospitalizace. Argumentoval tím, že po psychické stránce se necítí být ještě zcela v pořádku. Vyhověli jsme mu. Prodělal týdenní intenzivní manželskou terapii (po dobu tohoto týdne byla manželka hospitalizována v Apolináři). Přijal zásadu trvalé a důsledné abstinence, vztahující se na kokain a veškeré látky s psychotropním účinkem, včetně alkoholu. Nepřestal však kouřit.

Katamnéza

Za dobu pěti let po léčbě absolvoval pět týdenních opakovacích kúr. Vzhledem k tomu, že pracoval mimo Prahu a měl časté pohotovostní služby, navštěvoval apolinářsky KLUS jen sporadicky, převážně tehdy, když ho vedl jeho terapeut. 1x za 1 – 2 měsíce přicházel na individuální pohovor se svým terapeutem do Apolináře, průběžně jej neustále informoval, při problematických životních situacích přicházel častěji. Řádně docházel do OAT, pravidelně (na vlastní žádost) si nechával odebírat vzorky moče k toxikologickému vyšetření, které bylo vždy negativní. Pracovně vyrostl: složil atestaci I. stupně, hojně a dobře operoval, necelých pět let po skončení léčby přešel pracovat do Prahy. Po dvou letech abstinence zažil velikou satisfakci: na svém původním oddělení byl jmenován lékařem zodpovědným za veškeré omamné látky. Bezdětné manželství skončilo

dva roky po léčbě rozvodem. Brzy se však oženil znovu (vyženil 3 děti) a s novou manželkou zplodil dvě vlastní děti – dvojčata. Tímto způsobem zrealizoval svou velkou touhu po dětech. O rodinu se vzorně stará, koupil dům, který stavebně rozšiřuje, pečuje též o matku a babičku. Po smrti otce (která pre něho byla velkým traumatem) se stal v rodině složené z dětí a žen jakýmsi patriarchou. S velkou energií se věnuje všem svým (výše uvedeným) koníčkům. Rodinu zapojil do systému doléčování: Apolinář navštěvuje pravidelně s druhou manželkou, někdy i s dětmi. Ve všech důležitých životních oblastech je naprosto stabilizován, po stránce psychické a somatické je ve velmi dobré kondici. Přáli bychom si více takových pacientů.

Souhrn

Naše sdělení bylo vyprovokováno terapeutickou smlouvou, uzavřenou s jediným léčeným kokainistou v historii Protialkoholního oddělení Psychiatrické kliniky Univerzity Karlovy v Praze: měla být sepsána po pěti letech trvalé a důsledné abstinence dotyčného pacienta, což se také stalo.

Kromě kazuistiky (šlo o 26letého lékaře) podávají autoři pohled na kokain z historického hlediska, popisují různé terapeutické přístupy k této závislosti, obírají se světovými zdroji kokainu, nelegálním obchodem a způsoby jeho zneužívání. Zaobírají se analyticko-psychologickým přístupem k osobnosti kokainistů.

LITERATURA

Cohen, S.: Recent developments in the abuse of cocaine. Bull Narc, 36, 1984, 2, str. 3 – 14

Ehrlich, P. – McGeehan, M.: Cocaine recovery support groups and the language od recovery. J Psychoact Drugs, 17, 1985, 1, str. 11 – 17

Siegel, R. K.: Treatment of cocaine abuse: historical and contemporary perspectives. J Psychoact Drugs, 17, 1985, 1, str. 1 – 9

Spotts, J. V. – Shontz, F. C.: Drug-induced ego states. I. cocaine: phenomenology and implications. Int J Addict, 19, 1984, 2, str. 119 – 151

Weiss, R. D. – Mirin, S. M. – Michael, J. L. – Sollogub, A. C.: Psychopathology in chronic cocaine abusers. Am J Drug Alcohol Abuse, 12, 1986, 1, str. 17 – 29

Do redakcie prišlo dňa: 15. 9. 1989

Adresa autora: MUDr. J. Nerad, U 2. Baterie 5/790, 162 00 Praha 6