

Diplomová práce

MOŽNÉ PSYCHOLOGICKÉ A SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Autor práce: Bc. Eva Nováková

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Karolina Diallo, Ph.D.

Studijní obor: Etika v sociální práci (PS)

„Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.“

23. března 2022

.....

Eva Nováková

Poděkování:

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. et Mgr. Karolině Diallo, Ph.D. za cenné rady, připomínky, metodické vedení práce a trpělivost. Dále děkuji své rodině a přátelům za podporu.

OBSAH

Úvod	6
1. Drogová závislost	8
1. 1. Vymezení pojmu závislost.....	8
1. 2. Vymezení pojmu drogová závislost	10
1. 3. Klasifikace drog	11
1. 4. Vznik závislosti na psychoaktivních látkách	15
1. 5. Prevence drogové závislosti	16
1. 6. Léčba závislosti.....	17
2. Psychologické důsledky užívání návykových látek	21
2. 1. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivní látky	21
2. 1. 1. Akutní intoxikace.....	22
2. 1. 2. Škodlivé užívání	23
2. 1. 3. Syndrom závislosti.....	23
2. 1. 4. Odvykací stav	24
2. 1. 5. Amnestický syndrom	26
2. 1. 6. Reziiduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem.....	26
2. 2. Psychotická onemocnění	26
2. 2. 1. Toxická psychóza	28
2. 2. 2. Alkoholická psychóza	29
2. 2. 3. Psychotická reminiscence	31
2. 2. 4. Poruchy myšlení	31
2. 2. 5. Poruchy vnímání.....	32
2. 2. 6. Poruchy chování	34
2. 3. Organicky podmíněné duševní onemocnění.....	35
2. 3. 1. Demence.....	36
2. 3. 2. Delirium	37

2. 4. Komorbidita poruch spojených s užíváním návykových látek.....	38
2. 5. Diferenciální diagnostika návykových látek	40
2. 5. 1. Schizofrenie X psychotická porucha způsobená návykovými látkami.....	41
2. 5. 2. Afektivní poruchy osobnosti X syndrom závislosti.....	42
2. 5. 3. Neurotické poruchy X odvykací stav.....	44
3. Sociální důsledky užívání návykových látek	47
3. 1. Sociální exkluze	48
3. 2. Ztráta bydlení a zaměstnání	49
3. 2. 1. Důsledky užívání alkoholu.....	50
3. 2. 2. Důsledky užívání nealkoholových látek	51
3. 3. Narušení sociálních vazeb	52
3. 3. 1. Důsledky užívání alkoholu.....	52
3. 3. 2. Důsledky užívání nealkoholových látek	53
3. 4. Drogová kriminalita	53
3. 4. 1. Primární drogová kriminalita	54
3. 4. 2. Sekundární drogová kriminalita	55
4. Závěr	56
5. Použitá literatura.....	59
6. Abstrakt.....	65

Úvod

Samotné téma možných psychologických a sociálních důsledků užívání návykových látek jsem si zvolila na základě vlastního zaujetí vůči problematice závislostního chování a s ním spojených rizik a důsledků. Inspirací pro můj výběr tématu byla fascinace světem drog a lidí závislých na nich. Dovolím si říci, že závislost, a to v jakékoliv formě, se určitým způsobem dotýká každého z nás, a tudíž představuje téma velmi aktuální. I přes to je závislost, zejména na psychoaktivních látkách, ve společenských kruzích vnímána kontroverzně, alespoň z mé zkušenosti. Spíše nežli k debatě nad tímto tématem, se lidé uchylují ke stereotypním, ničím nepodloženým frázím, ignoraci, v horším případě vulgarismům. Rovněž vnímám téma závislosti na psychoaktivních látkách jako společensky tabuizované. Toto úzké vnímání problematiky závislostního chování bych ráda rozšířila, což je i jedním z cílů diplomové práce. Dalším, neméně významným cílem této práce, je identifikace a popis možných psychologických a sociálních důsledků užívání návykových látek, jež budou vztaženy na samotné uživatele, nikoli na jejich sociální okolí či společnost. V rámci sociální práce s lidmi užívajícími návykové látky se jde opravdu těžko zaměřit jen a pouze na závislostní chování potažmo jednotlivé návykové látky. Závislost je jevem komplexním, dotýkajícím se všech aspektů života uživatele drog. Téma psychologických i sociálních důsledků užívání návykových látek je pro mne zajímavé i z pohledu toho, že se s ním setkávám v podstatě denně ve své praxi. Často s našimi klienty narážíme na úskalí, jež jsou důsledkem dlouhodobého užívání návykových látek. Což bylo také jedním z vodítek pro zpracování tohoto tématu v rámci diplomové práce.

Práce je pojata teoreticky. Přestože hlavním tématem práce jsou až samotné důsledky užívání návykových látek, myslím, že je důležité nejdříve vymezit závislost na návykových látkách jako takovou. K tomu bude sloužit první část práce, pojednávající zejména o výzkumu pojmu závislost, klasifikaci drog, příčinách vedoucích ke vzniku závislosti, její prevenci a nakonec léčbě. Druhá část bude věnována již konkrétním psychologickým důsledkům užívání návykových látek. Vycházet budu primárně z poznatků z psychopatologie. Tato část bude dělena na duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivní látky, psychotická onemocnění a organicky podmíněná duševní onemocnění, což bude tvořit stěžejní část této kapitoly. Závěr kapitoly možných psychologických důsledků užívání návykových látek bude patřit tématu komorbidity psychických poruch spojených s užíváním drog

a diferenciální diagnostice návykových nemocí. Obecně lze říci, že většina psychických problémů zvyšuje riziko vzniku závislostního chování. Rovněž mají všechny návykové látky schopnost ovlivňovat psychiku jedince. Proto je důležité porozumět tomu, jakou roli v aktuálním stavu jedince zastávají psychoaktivní a návykové látky. Na základě toho jsem se rozhodla alespoň okrajově věnovat zmíněným tématům v rámci této práce. Třetí a poslední část bude věnována možným sociálním důsledkům užívání návykových látek. Hlavními tématy v rámci této kapitoly bude sociální exkluze, ztráta zaměstnání, ztráta bydlení, narušení sociálních vazeb a drogová kriminalita. Tím, že lze pozorovat nuance mezi alkoholovými a nealkoholovými návykovými látkami a s nimi spojenými důsledky jejich užívání, budou některé kapitoly děleny právě dle druhu užívané látky.

Autoři literatury, o kterou se budu opírat zejména, budou: Miroslav Orel a kol., Ivana Křížová, Kamil Kalina, Michal Miovský, Marie Vágnerová, Karel Dušek, Alena Večeřová – Procházková, Viktor Mravčík, Pavla Chomynová, Kateřina Grohmannová, Slavomil Fischer, Jiří Škoda, Mojmír Svoboda či Karel Nešpor.

1. Drogová závislost

Aby bylo vůbec možné věnovat se tématu psychologických a sociálních důsledků užívání návykových látek, je třeba si nejprve vymežit samotné pojmy závislost a drogová závislost. Následně bude tato kapitola okrajově věnována klasifikaci drog a tématům týkajících se příčin, prevence a léčby závislosti.

1. 1. Vymezení pojmu závislost

Syndrom závislosti lze vymežit jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů,¹ které mají pro závislého jedince mnohem větší hodnotu než činnosti, kterých si cenil před vznikem závislosti.² Nejvýznamnější postavení v hodnotovém žebříčku závislého jedince zaujímá návyková látka nebo činnost, přičemž dosavadní hodnoty ztrácejí svůj význam.³ V této souvislosti mluvíme o stavu, kdy se jedinec potýkající se se závislostí, nadměrně a většinu doby zabývá návykovou látkou, popřípadě se věnuje činnosti, na které je závislý. Zároveň je jeho psychické a fyzické fungování zcela závislé na pravidelném a dostatečném přísunu návykové látky potažmo činnosti. V návaznosti na závislost lze u jedinců pozorovat fyzické poškození organismu, poruchy chování, vnímání, myšlení či narušení osobnosti.⁴ Závislost lze také definovat jako: „*chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání.*“⁵ Člověk už od nepaměti touží po zintenzivnění prožitků jako je radost, euforie, slast, a naopak se snaží co nejvíce minimalizovat prožitky jako jsou bolest, samota či izolace. Problém nastává v případě, kdy přirozená touha člověka přechází v nutkavost, čímž může dojít k rozvoji chorobných znaků, které mohou přerůst v závislost. Kvalitu prožívání může měnit alkohol, drogy, práce, sex, jídlo, televize, hazardní hry, moc apod. V tomto kontextu není takovým problémem vnější aspekt (droga, jídlo, sex...), ale stav mysli, který je díky němu navozen. Konkrétní problém představuje lpění a samotná vazba na způsob uspokojení pomocí vnějšího zdroje. V tomto pojetí jde o univerzální lidský problém –

¹ Srov. NEŠPOR K., *Návykové chování a závislost*, s. 9.

² Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 15.

³ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 305.

⁴ Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 15.

⁵ KUDRLE S., *Psychopatologie závislosti a kodependence*. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 107.

problém touhy, lpění a závislosti. Dynamika touhy a nutkání je hybnou silou přímo vázanou na narození, život, utrpení i smrt.⁶

Závislost může vzniknout na psychoaktivní látce, či celé třídě psychoaktivních látek. Pojem psychoaktivní látka je označením pro takovou látku, která mění stav vědomí. Pojem návyková látka označuje látku, která má farmakodynamický potenciál pro vyvolání závislosti. Jak už je naznačeno výše, syndrom závislosti se může vztahovat i na určitou činnost, nejen na psychoaktivní či návykovou látku. Závislost může rovněž vzniknout na látkách, které nemají závislostní potenciál. V takovém případě mluvíme o abúzu látek nevyvolávajících závislost.⁷ Skála definuje abúzus jako nadměrné užívání návykové látky, které může být občasné, periodické, pravidelné nebo systematické. Abúzus může vyvolávat agresivní chování, těžkou intoxikaci ale také může vést k nepříznivým důsledkům na psychické zdraví člověka. I přes to abúzus může, ale také nemusí, vést k závislosti.⁸

„Za závislost označujeme návykové a impulzivní nemoci, které jsou řazeny mezi duševní poruchy a poruchy chování.“⁹ Za psychickou poruchu je považován způsob chování nebo psychický projev, jež daný jedinec hodnotí jako prožitek nepříjemný. Zároveň může zhoršovat jeho fungování v jedné či více oblastech života, čímž je ztíženo jeho plné zapojení do běžného života i navazování vztahů.¹⁰ „V současné době existují dva klasifikační systémy, podle nichž můžeme jednotlivé návykové a impulzivní nemoci diagnostikovat a následně léčit. Jde o klasifikační systémy DSM-5 a MKN-10.“¹¹ Tyto diagnostické klasifikační systémy umožňují komunikaci mezi odborníky. Jsou klíčové pro způsob terapie a také nápomocné například při odhadování průběhu či prognózy nemoci. Mezinárodní klasifikace nemocí 10 revize (MKN-10) platí v zemích Evropy. V zemích ležících na americkém kontinentu platí Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí (DSM-5).¹²

⁶ Srov. KUDRLE S., Psychopatologie závislosti a kodependence. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 107.

⁷ Srov. KŘÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 15.

⁸ Srov. SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 17-18.

⁹ KŘÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 16.

¹⁰ Srov. NÝVLTOVÁ V., *Psychopatologie pro speciální pedagogii*, s. 12.

¹¹ KŘÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 16.

¹² Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 21.

Dle Nešpora by se měla „*definitivní diagnóza závislosti obvykle stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:*“¹³

- Silná touha či pocit puzení užít návykovou látku
- Potíže se sebeovládáním při užívání látky – týká se zejména začátku, ukončení nebo množství užití látky
- Látka je užitá za účelem zmenšení příznaků somatického odvykacího stavu
- Zvyšování tolerance na danou látku – ke kýženému požitku je potřeba navyšovat množství návykové látky, aby bylo dosaženo stejných účinků, které byly původně vyvolány nižšími dávkami
- Postupné zanedbání jiných potěšení, zájmů či potřeb ve prospěch užití návykové látky
- I přes zjevné a nepopíratelné škodlivé následky pokračování v užívání návykové látky¹⁴

„*Nutkání, omezená kontrola, setrvalé pokračování, podrážděnost, recidivy a šířavá touha, toto jsou základní rysy typické pro závislost – jakoukoliv závislost,*“¹⁵ uvádí Maté. Co se týče biochemické úrovně, je cílem závislosti navození pozměněného fyziologického stavu v mozku jedince. Toho lze docílit více způsoby, nicméně užití drog představuje tu nejrychlejší a nejpřímější cestu, jak kýženého cíle dosáhnout. Maté vnímá závislost jako silnou vazbu na škodlivé látky či chování. Návyk si jedinec na látkách či chování vytváří proto, aby se dočasně zklidnil, stimuloval, nebo například proto, aby se cítil méně nespokojený se svým životem.¹⁶

1. 2. Vymezení pojmu drogová závislost

Drogu lze definovat jako látku s psychoaktivním účinkem, která má schopnost dočasně změnit pocit prožívání života jedince a zároveň je schopna vyvolat chorobnou

¹³ NEŠPOR K., *Návykové chování a závislost*, s. 10.

¹⁴ Srov. NEŠPOR K., *Návykové chování a závislost*, s. 10.

¹⁵ MATÉ G., *V říši hladových duchů*, s. 163.

¹⁶ Srov. MATÉ G., *V říši hladových duchů*, s. 163-165.

závislost. ¹⁷ „*Tento pocit je prožitkem přítomnosti, okamžité nálady, ale je současně ovlivněn i relikty z minulosti a anticipací budoucího.*“¹⁸

Jak už je lehce naznačeno výše, drogovou závislost lze definovat jako chorobný stav, jenž je doprovázen touhou po opakovaném braní drog, často s tendencemi zvyšovat jejich dávku. Užití drogy představuje pro závislého jedince zabránění fyzickým a psychickým obtížím, které plynou z absence drogy. ¹⁹ Zároveň se závislost na droze opírá o tyto znaky: neovladatelná touha po opatření a následném přijímání drogy, tendence ke zvyšování dávky, psychická i fyzická závislost na účinku drogy, škodlivost jak pro závislého jedince, tak i pro celou společnost. ²⁰

Nebezpečnost drog vyvolávajících závislost souvisí zejména s razantním až extrémně silným vlivem na prožívání s pocitem nebývalé intenzity a hloubky. ²¹ „*Jsou tím nebezpečnější, čím rychleji působí, čím předvídatelnější je tento účinek. Tím silnější se vytváří pozitivní zpětná vazba a touha tento zážitek opakovat.*“ ²²

1. 3. Klasifikace drog

1. Alkohol – psychoaktivní účinky alkoholu závisí především na jeho užitém množství, formě a způsobu požití alkoholického nápoje. Akutní intoxikace alkoholem se projevuje jako opilost. Při požití nižšího množství může alkohol působit stimulačně. Dochází k mnohmluvnosti, zvýšení sebevědomí, snížení sebekritičnosti a zábrán, agresivitě. Při rychlé konzumaci velkého množství alkoholu nebo déle trávající nepřerušené konzumaci se může docházet k útlumu, který se projevuje únavou, spánkem, případně bezvědomím a smrtí. Škodlivé užívání alkoholu poškozuje zdraví člověka a může vést k závislosti, ²³ nicméně rozlišení mezi rekreačním neboli sociálním pitím alkoholu a abúzem bývá často velmi náročné. ²⁴

¹⁷ Srov. SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 140.

¹⁸ SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 140.

¹⁹ Srov. VALÍČEK P. a kol., *Rostlinné omamné drogy*, s. 22.

²⁰ Srov. SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 149.

²¹ Srov. KUDRLE S., *Psychopatologie závislosti a kodependence*. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 107.

²² KUDRLE S., *Psychopatologie závislosti a kodependence*. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 107.

²³ Srov. POPOV P., *Alkohol*. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 152.

²⁴ Srov. SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 125.

2. Opioidy a opiáty – opioidy jsou v lékařství používány jako nejsilnější léky proti bolesti a léky proti kašli. Potlačují psychickou a emocionální bolest. Zároveň vyvolávají euforii a zklidnění až ospalost. Opioidy a opiáty – především heroin, mají velmi vysoký potencional pro vznik závislosti, a to po relativně krátkém čase užívání.²⁵ Typickými znaky intoxikace je útlum centrálního nervového systému, ztráta vnímání bolesti, pocity nevolnosti či zvracení, snížení krevního tlaku, zpomalení srdeční frekvence, útlum dýchání, euforie, celkové uvolnění, únava, zpomalení psychomotorického tempa, někdy se může vyskytnout i úzkostná dysforie. Mezi opioidy řadíme přírodní opioidy (opium, morfin) a syntetické deriváty (heroin, metadon, buprenorfin, fentanyl, kodein).²⁶ Intravenózní aplikace opioidů zajistí rychlý nástup jejich účinků, které mohou vyústit až ke smrtelnému předávkování. Obzvláště v případě, kdy jsou kombinovány s jinými látkami, zejména alkoholem nebo benzodiazepiny.²⁷

3. Stimulacia – jde o látky, které zvyšují psychomotorické tempo a bdělost urychlením myšlení, zvýšením nabídky asociací a výbavností paměti. Zároveň zahánějí únavu, zkracují spánek, vyvolávají euforii a energii, snižují chuť k jídlu. Na druhou stranu vyvolávají úzkost, umocňují trému, mohou vést k agresivitě. Rovněž může snadno dojít k přecenění hranic psychosomatických možností. Při užívání stimulantů hrozí riziko toxické psychózy.²⁸ Zároveň „*mohou vyvolat vznik halucinací nebo bludů, které jsou symptomaticky identické s akutními a přechodnými psychotickými poruchami.*“²⁹ Mezi stimulacia řadíme kokain, pervitin a skupinu budivých aminů (amfetamin, MDMA...).³⁰

4. Halucinogeny – tyto látky jsou nejvíce vědecky zkoumanou skupinou drog. Přitažlivé jsou svými neobvyklými vlastnostmi a účinky na psychiku jedince. Jsou vyznačovány svou nevyzpytatelností, tajemností až mystičností. Do této skupiny řadíme primárně LSD, lysohlávky, durman atd. Po užití halucinogenů je charakteristický výskyt iluzí a halucinací. Zvyšuje se citlivost k prostorovému vnímání a vnímání barev. Většinou je intoxikace doprovázena mírnou euforií, může se ale překlenout do nepohody, úzkosti i deprese. Mezi rizikové jevy patří také depersonalizace

²⁵ Srov. MINAŘÍK J., Opioidy a opiáty. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 159-162.

²⁶ Srov. SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 131-132.

²⁷ Srov. WHO, *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*, s. 17.

²⁸ Srov. MINAŘÍK J., Stimulacia. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 164-166.

²⁹ SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 140.

³⁰ Srov. MINAŘÍK J., Stimulacia. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 166.

a derealizace.³¹ Mohou se vyskytnout i panické stavy, během kterých má intoxikovaný jedinec pocit, že zešílí.³² Halucinogeny, rovněž označované jako psychedelika, mají významný terapeutický potenciál – například v léčbě závislostí v případě, kdy jsou odpovídajícím způsobem indikována a aplikována.³³

5. Konopné drogy – pro konopnou intoxikaci je typická deformace ve vnímání času. Mohou se objevit také deformace ve vnímání prostoru, sluchové, hmatové a zrakové iluze. To vše je ve většině případů doprovázeno lehkou euforií, příjemnou náladou, někdy nezadržitelným dlouho trvajícím smíchem. Tento stav často vábí k meditativnímu ponoření se do vlastních pocitů, myšlenek, fantazií. Ve výjimečných případech může docházet naopak k agresi či depresím, stejně tak jako k panickým a úzkostným stavům.³⁴ Neobvyklé znaky konopné intoxikace nejsou ani paranoické představy, zhoršený úsudek, depersonalizace, derealizace, zvýšená chuť k jídlu, suchost v ústech, zarudlé spojivky.³⁵ V závislosti na užitém množství konopí se také mohou vyskytnout stavy hypotermie a mírný sedativní účinek. Vyšší množství může způsobit lehké delirium s příznaky paniky nebo déle trvajícím kanabisovou psychotickou poruchou. Ta může přetrvávat až 6 týdnů.³⁶

6. Léky vyvolávající závislost – do této skupiny řadíme nejčastěji analgetika, sedativa, hypnotika, benzodiazepiny. Typickou schopností těchto látek je dostatečně snížit vnímání bolesti díky útlumu centrální nervové soustavy. Následuje ospalost, otupělost a celkovým útlum organismu. Chronické užívání výše zmíněných léků může vést k psychické a somatické závislosti na dané látce.³⁷ Rozlišujeme léky opioidní, sloužící k tlumení bolesti, jež mají závislostí potenciál. Jde například o morfin, kodein či subutex. Léky neopioidní, pokud nemají přidané složky jako kofein, kodein či efedrin, nemívají závislostí potenciál. Jedná se například o paralen, panadol, coldrex. Benzodiazepinové léky slouží především ke zmírnění úzkosti a napětí. Mezi takové je řazen například neurole, lexaurin, diazepam + hypnotika jako třeba rohypnol.

³¹ Srov. MIOVSKÝ M., Halucinogenní drogy. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 169-171.

³² Srov. SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 143.

³³ Srov. KOČÁROVÁ R., KŇAŽEK F., BLÁHOVÁ B. a kol., *Národní psychedelický výzkum 2019-2021*, s. 13.

³⁴ Srov. MIOVSKÝ M., Konopné drogy. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 176.

³⁵ Srov. MIOVSKÝ M., *Konopí a konopné drogy*, s. 219.

³⁶ Srov. SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 135.

³⁷ Srov. HAMPL K., Látky vyvolávající závislost. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 187.

Nebenzodiazepinové léky zahrnují anxiolity, hypnotika, antidepressiva či antipsychotika.³⁸

7. MDMA a jiné taneční drogy – MDMA neboli extáze svým účinkem spadá na pomezí stimulantů a halucinogenů. Obvykle vyvolává příjemné emoční stavy bez pocitů strachu. Zároveň intoxikovaný jedinec pociťuje štěstí a blaho, což je občas doprovázeno halucinacemi. Velkou hrozbu po užití MDMA představuje přehřátí organismu, které může v krajním případě zapříčinit výrazné narušení vnitřního prostředí organismu a rovněž může vést k metabolickému rozvratu. Užití MDMA ovlivňuje kardiovaskulární systém, kdy dochází ke zvýšení krevního tlaku a urychlení srdeční akce. Časté jsou také toxické hepatitidy.³⁹ Dalším rizikem užití MDMA a jiných tanečních drog je to, že prášky, pilulky či kapsle prodávané jako extáze, mohou obsahovat i jiné látky (např. kokain, metamfetamin či koupelovou sůl). V případě, kdy osoba neví, co užívá, mohou být tyto látky extrémně nebezpečné. Ještě vyššímu riziku škodlivých účinků na zdraví se vystavují jedinci, kteří tuto směsici látek kombinují s jinými látkami jako je alkohol nebo marihuana.⁴⁰

8. Těkavé látky – do této skupiny drog řadíme ředidla, lepidla, rozpustidla plynné látky – například éter nebo rajský plyn. Látky tohoto typu ovlivňují centrální nervový systém a projevují se euforickými stavy doprovázenými útlumem. Rovněž se mohou objevovat zrakové a sluchové halucinace. Nejrozšířenějšího zástupce těchto drog představuje v současné době toluen, který vyvolává silnou psychickou závislost. Fyzická závislost nebývá patrná.⁴¹ Mezi negativní účinky užívání těkavých látek řadíme krvácení z nosu, kašel, nevolnost, křeče, zmatenost, obtíže s dýcháním. Při dlouhodobém užívání se může objevovat také poleptání dýchacích cest, poškození mozku, jater a ledvin, poruchy vědomí, delirium či smrtelné předávkování.⁴²

9. Tabák – závislost na tabáku začíná nejdříve závislostí psychosociální – jedinec má naučenou potřebu kouřit v určité situaci či společnosti. Postupem času vzniká fyzická závislost – konkrétně závislost na nikotinu, který je látkou silně návykovou. Psychická a sociální rizika užívání tabáku jsou minimální, na rozdíl od rizik

³⁸ Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 36.

³⁹ Srov. MINAŘÍK J., PÁLENÍČEK T., MDMA a jiné drogy „technoscény“. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 200-202.

⁴⁰ Srov. NIDA, *MDMA (Ecstasy/Molly) DrugFacts* [online]. [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/mdma-ecstasy-molly>.

⁴¹ Srov. HAMPL K., Těkavé látky. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 193-195.

⁴² Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 37.

fyzických, která jsou možná o to větší.⁴³ Intoxikace nikotinem se projevuje zvýšenou bdělostí, celkovým zklidněním, aktuálním zlepšením soustředění a paměti nebo sníženou chutí k jídlu. Nežádoucí účinky užívání tabáku představují poškození dýchacích cest a trávicího traktu, sexuální poruchy, bolest hlavy, poruchy spánku.⁴⁴

1. 4. Vznik závislosti na psychoaktivních látkách

Ke vzniku závislosti mohou vést různé faktory. Lze je rozdělit na biologické, psychologické, sociální a spirituální. Na základě toho hovoříme o bio-psycho-socio-spirituálním modelu. Níže zmíněné modely se vzájemně doplňují a mohou se umocňovat. Tím může dojít ke vzniku a rozvoji závislosti.⁴⁵

Biologický, nebo též biomedicínský model předpokládá, že za vznikem závislosti stojí především biologické vlivy, kterým je jedinec vystaven. V tomto kontextu je především řeč o souboru genů jedince, vlivu na dítě během prenatálního, perinatálního a postnatálního období nebo také nemocí, které jedinec v průběhu života prodělal. Tento model nahlíží na závislost především jako na nemoc.⁴⁶

Psychologický model hledá vliv závislosti ve vnitřních konfliktech, v osobnostních rysech a v teorii učení.⁴⁷ Jedinec má například zvýšenou potřebu vyhledávat nové zážitky, může mít sklon k riskantnímu chování či může mít sníženou citlivost k ohrožení. Člověk s psychickým onemocněním či s poruchou osobnosti má vyšší míru tendence k závislostnímu chování. V takovém případě představuje závislost sekundární problém.⁴⁸ Velký vliv na vznik závislosti může mít také nízká nebo narušená schopnost navazovat hlubší vztahy s druhými lidmi, narušený vztah k sobě samému nebo například nízká schopnost zvládat nepříjemné pocity. Odborníci z řad adiktologů často vyzdvihují význam traumatu pro vznik a udržení závislosti. Drogy pomáhají potlačit posttraumatický syndrom a rovněž zapomenout na trauma. V rámci behaviorální teorie lze na závislost pohlížet jako na naučený návyk, který vznikl opakovaným pozitivním zpevněním a posilováním užívání návykové látky.

⁴³ Srov. KRÁLÍKOVÁ E., Tabák a závislost na tabáku. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*, s. 205-206.

⁴⁴ Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 35.

⁴⁵ Tamtéž, s. 44-48.

⁴⁶ Tamtéž.

⁴⁷ Tamtéž.

⁴⁸ Srov. FISCHER S., ŠKODA J., *Sociální patologie*, s. 97.

Z hlediska osobnostních charakteristik může vést k závislosti například potřeba navozovat si příjemné stavy nenáročným a rychlým způsobem, nebo naopak potřeba vytěsnit nepříjemné stavy – opět rychlým a jednoduchým řešením.⁴⁹

Sociální model se zaměřuje na vliv, jaký má na jedince jeho okolí a vztahy s okolím. Velkou roli zde hrají demografické aspekty, dostupnost a kontext, ve kterém se závislost rozvinula.⁵⁰ Mezi nejvýznamnější sociální faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku závislosti, patří: vliv rodiny (dysfunkčnost, anomálie, syndrom CAN...), vliv sociální skupiny (parta, vrstevníci, subkultura), vliv životního prostředí (prostředí měst, anonymita, snížená společenská kontrola...)⁵¹

Spirituální model pracuje s vizí, že člověk potýkající se se závislostí má deficit ve schopnosti přesáhnout sebe sama a přesáhnout vyšší moc.⁵² „*Snahou závislého je řešit pomocí psychoaktivní látky svou existenciální prázdnotu, pocity ztráty smyslu života, spirituální krizi, touhu po skupinové transcendenci a stavech rozšířeného vědomí a potřebu poznat sám sebe.*“⁵³

1. 5. Prevence drogové závislosti

Cílem prevence drogové závislosti je předcházet škodám způsobeným užíváním návykové látky. Takové škody mohou představovat vznik závislosti, intoxikace, úrazy, zdravotní komplikace atd. Jejím smyslem není předat maximum informací bez ohledu na to, jak s nimi bude naloženo. Účinná prevence drogové závislosti má mít vliv na chování cílové skupiny ve smyslu podpory zdraví.⁵⁴ Prevenci drogové závislosti lze rozdělit do tří skupin, a to: primární, sekundární a terciální.

Primární prevence cílí na skupinu těch, kteří s drogou nemají žádnou zkušenost.⁵⁵ V ideálním případě by měla probíhat již u malých dětí. Maté klade velký důraz v rámci prevence drogové závislosti na zdravé a pozitivní vztahy mezi dětmi a dospělými. Takové vztahy chrání děti před ztracením se v nejistém světě přehnané orientace na vrstevníky, která je může zavést k drogám a jejich užívání. Děti, se kterými

⁴⁹ Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 46-47.

⁵⁰ Tamtéž.

⁵¹ Srov. FISCHER S., ŠKODA J., *Sociální patologie*, s. 98.

⁵² Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 47.

⁵³ KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 47.

⁵⁴ Srov. NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislosti*, s. 20.

⁵⁵ Srov. VALÍČEK P. a kol., *Rostlinné a omamné drogy*, s. 162.

nebylo dospělými hezky zacházeno nebo které se dospělým odcizily z jiného důvodu, budou mít problém vzhlížet k dospělým jakožto vzorům a tím pádem si nebudou jejich rady brát k srdci. Právě tyto děti jsou bohužel nejvíce náchylné k užívání návykových látek a vzniku závislosti.⁵⁶ Cílem primární prevence je předejít užití návykové látky, popřípadě ji oddálit do pozdějšího věku, kdy je dospívající odolnější. Další z cílů představuje omezení nebo zastavení experimentování s návykovými látkami, čímž je předcházeno škodám na psychickém i fyzickém zdraví. Cílem prevence je, aby se cílová skupina chovala zdravěji.⁵⁷

Sekundární prevence je zaměřena na ty, kteří drogy již užívají. Cílem je předejít vzniku závislosti případně pomoci zvládat hrozící recidivy.⁵⁸ V jednoduchosti představuje sekundární prevence aktivní léčbu.⁵⁹ „*Sekundární prevence je orientována na včasné zachycení a zahájení léčby klinických projevů.*“⁶⁰

Terciální prevence se snaží především snižovat zdravotní a sociální rizika užívání návykových látek u již závislých jedinců.⁶¹ Zároveň předchází vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození v návaznosti na užívání drog.⁶²

1. 6. Léčba závislosti

Oblast léčby závislosti představuje opravdu široké spektrum různých metod a přístupů. Samotná léčba musí primárně korespondovat s komplexností problému závislosti na návykových látkách, což vyžaduje použití mezioborového přístupu. Metody a přístupy využívané v léčbě závislosti musejí zmíněnou komplexnost respektovat, jinak pak mohou být účinné a zároveň budou vycházet vstříc potřebám závislého člověka/klienta/pacienta. Efektivní léčbu také zaručuje *schopnost* vyjít vstříc skutečným potřebám klienta. Je tedy nutností přizpůsobovat léčebné programy jak směrem ke specifické povaze závislosti, tak směrem k potřebám a individuálním

⁵⁶ Srov. MATÉ G., *V říši hladových duchů*, s. 460.

⁵⁷ Srov. NEŠPOR K., *Návykové chování a závislost*, s. 154.

⁵⁸ Srov. VALÍČEK P. a kol., *Rostlinné a omamné drogy*, s. 162.

⁵⁹ Srov. KUDRLE S., Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*, s. 145.

⁶⁰ FISCHER S., ŠKODA J., *Sociální patologie*, s. 80.

⁶¹ Srov. VALÍČEK P. a kol., *Rostlinné a omamné drogy*, s. 162-163.

⁶² Srov. KUDRLE S., Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*, s. 147.

rozdílům mezi klienty. ⁶³ V léčbě je klíčový stupeň závislosti na návykové látce. Zároveň je důležité brát v potaz celkové schopnosti klienta a míru motivace ke změně dosavadního stavu. ⁶⁴

V rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu ⁶⁵ využívaného v léčbě závislosti je třeba koordinovaně a s předem zajištěnou návazností rozvíjet spektrum poskytované péče a služeb. K tomu je opět potřeba, jak je již zmíněno výše, skutečně znát měnící se potřeby klientů a být schopni na ně s dostatečnou pružností reagovat. ⁶⁶ „Nestačí tedy například v detoxifikačním programu vycházet z nejmodernějších poznatků v oblasti farmakoterapie a zapomínat, že bez vhodné podpůrné a motivační psychoterapeutické komponenty nebude mít výsledek programu velkou šanci na úspěch.“ ⁶⁷

Prvotním úkolem při léčbě závislosti je **biologická detoxifikace organismu** závislého jedince. Detoxifikační léčba je založena na striktní abstinenci od látek vyvolávajících závislost. ⁶⁸ Zároveň je třeba pomoci klientovi překonat nepříjemné odvykací stavy. Detoxifikace má za cíl připravit klienta na léčebný proces. Může být provedena na oddělení pro léčbu závislosti, v rámci detoxifikační jednotky v nemocničním komplexu, v detoxifikační jednotce zařízení, jež poskytují ambulantní služby nebo v domácím prostředí. ⁶⁹ Detoxifikace trvá běžně 5-10 dní. Většina dlouhodobých pobytových léčebných zařízení vyžaduje, aby klient nastoupil do léčby bezprostředně po ukončení detoxifikačního programu. ⁷⁰

Skála uvádí, že dalším cílem léčby je vytvoření si náhledu na svůj stav a získání věcné a účinné motivace. V tom může být nápomocná samotná detoxifikace, která může být využita psychoterapeuticky. Během abstinence od drog může dojít ke zlepšení nálady, čímž si klient uvědomí, že je možný i život bez drog. V případě opaku klient plně pocítí svou psychofyzickou devastaci a její projevy, které nebyl schopný dříve

⁶³ Srov. MIOVSKÝ M., Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*, s. 15.

⁶⁴ Srov. VALÍČEK P. a kol., *Rostlinné a omamné drogy*, s. 163.

⁶⁵ Srov. ROTGERS F. a kol., *Léčba drogových závislostí*, s. 17.

⁶⁶ Srov. MIOVSKÝ M., Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*, s. 15.

⁶⁷ MIOVSKÝ M., Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*, s. 15.

⁶⁸ Srov. SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 178.

⁶⁹ Srov. NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislostí*, s. 39.

⁷⁰ Srov. MATOUŠEK O. a kol., *Sociální práce v praxi*, s. 215.

zcela registrovat díky vlivu drog. Cílem léčby je také změnit hodnotový žebříček závislého jedince, ve kterém bude droga považována za neúčinnou, nebezpečnou a škodlivou.⁷¹

Služeb a zařízení zajišťující léčbu drogové závislosti nalezneme v České republice více. Klient může využít **ambulantní léčby**, která je poskytována různými zařízeními – od krizových center, přes centra poradenská až po AT poradny. Na začátku spolupráce s klientem je v takovém zařízení nejdříve sestaven individuální plán léčby, který je spolu s klientem průběžně revidován. Někdy může být součástí ambulantní léčby rodinná či párová terapie. Další službou pro léčbu závislosti je **denní stacionář** nabízející intenzivní ambulantní léčbu formou celodenního programu v průběhu 2-3 měsíců. V rámci léčby probíhá individuální, skupinové a rodinné terapie. Krátkodobou pobytovou léčbu v rozsahu 3-6 měsíců poskytují **psychiatrické léčebny**. Léčba probíhá formou individuální skupinové a rodinné terapie. Střednědobou a dlouhodobou pobytovou léčbu závislosti v rozsahu 6-18 měsíců poskytují **terapeutické komunity**. Velký důraz je zde kladen na intenzivní terapeutický proces a komunitní způsob života. Využívané terapie jsou individuální, skupinové, rodinné a pracovní. **Doléčovací centra** jsou určena k následné péči a prevenci relapsu užívání drog. Program doléčování trvá 6-12 měsíců. Zahrnuje poradenství, individuální a skupinovou terapii. Zároveň tyto centra pomáhají svým klientům hledat vhodné bydlení a práci. Někdy může být součástí jejich nabídky chráněné bydlení potažmo práce v chráněných dílnách.⁷²

Pro uživatele opiátového typu drog jsou zavedenou formou péče **substituční programy**, v rámci kterých, je klientovi podávána náhražka nelegální drogy.⁷³ *„Základním principem substituce je náhrada ilegálně a draze získané, intravenózně aplikované a krátkodobě účinné drogy jinou látkou s obdobným účinkem, ovšem podávané pravidelně, legálně a zdarma (případně velmi levně), v čisté formě a perorálně (výjimečně i jiným způsobem).“*⁷⁴ Substituce je poskytována v rámci specializovaného programu potažmo pomocí odborných lékařů. V rámci tohoto programu jsou využívány substituční látky jako metadon nebo subutex.⁷⁵ *„Léčba je zaměřena na fyzickou, psychickou a sociální stabilizaci uživatele a prevenci*

⁷¹ Srov. SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 178-180.

⁷² Srov. MATOUŠEK O. a kol., *Sociální práce v praxi*, s. 215-216.

⁷³ Tamtéž.

⁷⁴ POPOV P., Programy metadonové a jiné substituce. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*, s. 222.

⁷⁵ Srov. MATOUŠEK O. a kol., *Sociální práce v praxi*, s. 216.

kriminálního chování uživatelů v souvislosti se získáváním prostředků na drogu.“ ⁷⁶
Substituční léčba může být krátkodobá trvající 1-2 týdny, střednědobá trvající několik týdnů až měsíců a dlouhodobá trvající řadu měsíců až let. ⁷⁷

⁷⁶ MATOUŠEK O. a kol., *Sociální práce v praxi*, s. 216.

⁷⁷ Srov. POPOV P., Programy metadonové a jiné substituce. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*, s. 221.

2. Psychologické důsledky užívání návykových látek

V následující části této diplomové práce se budu věnovat jedné ze stěžejních kapitol, a to psychologickým důsledkům užívání návykových látek. Cílem bude detailnější zaměření se na psychické onemocnění a poruchy způsobené užíváním návykových látek. Zaměřovat se budu zejména na duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivní látky, psychotická onemocnění a organicky podmíněná duševní onemocnění. Kapitola bude volně pokračovat tématy věnovanými komorbiditě poruch spojených s užíváním návykových látek a diferenciální diagnostice návykových látek. V rámci uvedených kapitol se budu zabývat detailnějším popisem konkrétních poruch, popřípadě vedlejším nežádoucím účinkům, které užití psychoaktivní látky vyvolalo.

2. 1. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivní látky

Tato kapitola bude věnována duševním poruchám a poruchám chování vyvolaným účinky následujících psychoaktivních látek: alkohol, opiáty, stimulancia, kanabinoidy, sedativa, hypnotika, kokain, halucinogeny, tabák a rozpouštědla. Jednotlivé látky se liší mechanismem působení v mozku, chemickou strukturou, způsobem aplikace, konkrétními účinky a délkou jejich trvání, průběhem a závažností odvykacího stavu. Rovněž se liší rychlostí, s jakou na nich vzniká závislost. V případě kombinování a užívání více látek najednou se situace o to více komplikuje. Obor zaměřující se na užívání návykových látek, závislostní chování a jeho dopady a souvislosti se nazývá adiktologie. Obor vycházení z poznatků z biologie, psychologie, lékařství, sociální práce, práva a kriminologie.⁷⁸

Klasifikace DSM-5 rozlišuje *poruchy z užívání substancí – závislost a abúzus*, a *poruchy navozené substancemi – intoxikace, odvykací stav, delirium, demence, amnestická porucha, poruchy nálad, úzkostná porucha, psychotická porucha, porucha spánku či sexuální dysfunkce*.⁷⁹

⁷⁸ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 194-196.

⁷⁹ Srov. SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 114.

2. 1. 1 Akutní intoxikace je přechodným fenoménem, ⁸⁰ jenž je podmíněn přímým účinkem psychoaktivní látky. Projevy akutní intoxikace mohou být pestré a dokáží postihnout různé psychické a fyzické funkce. Mezi takové řadíme vědomí, vnímání, myšlení, motivaci, psychomotoriku, chování, emotivitu nebo činnost řady orgánů. Akutní intoxikaci lze přesněji specifikovat na: akutní intoxikaci nekomplikovanou, s traumatem nebo jiným tělesným zraněním, s jinými somatickými komplikacemi, s deliriem, s poruchami vnímání, s kómatem, s křečemi nebo jakožto patologickou intoxikaci. ⁸¹

V průběhu akutní intoxikace se mohou vyskytovat psychotické fenomény, často v podobě halucinací. Typický příklad představují halucinogeny, které mají za cíl vyvolat halucinatorní a iluzorní prožitky. Vzniklé halucinace jsou vždy způsobeny konkrétní návykovou látkou a váží se na její účinky. ⁸² „Užití látky ale nespouští psychotický stav jako poruchu, ale „pouze“ dočasný stav, ve kterém je psychika ovlivněna danou látkou. Po odeznění účinků látky stav odezní, zatímco u psychotické poruchy přetrvává nějakou dobu, projevuje se psychotickými prožitky a ovlivňuje i další aspekty psychiky (emoce, poznávání, chování, vnímání...).“ ⁸³

Akutní intoxikace nemusí vždy primárně odrážet působení a účinky psychoaktivní látky. Například akutní intoxikace tlumivými látkami může vést k neklidu či hyperaktivitě, stimulacia mohou spouštět introvertní chování. Za jako velmi nepředvídatelné řadíme účinky kanabinoidů a halucinogenů. Rovněž můžeme pozorovat rozmanité účinky psychoaktivní látky v návaznosti na její užitím množství. Alkohol může například při nižších dávkách působit stimulačně. Naopak při požití většího množství, může vést alkohol k neklidu, agresi nebo sedaci. ⁸⁴

Pro diagnostiku akutní intoxikace je základem anamnéza a toxikologické vyšetření, prokazující přítomnost psychoaktivní látky v těle. ⁸⁵

Akutní intoxikace má přímý vliv na chování a pozornost jedince. Chování bývá impulzivní, neklidné, s tendencemi ke konfliktům. U jedinců užívajících stimulacia jsou

⁸⁰ Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 72.

⁸¹ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 198-199.

⁸² Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 72.

⁸³ KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 72.

⁸⁴ Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 73.

⁸⁵ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 199.

typické doprovodné motorické projevy, které často představují nerytmické pohyby horních končetin, což může být mylně označováno za hyperkinetickou poruchu.⁸⁶

2. 1. 2. Škodlivé užívání je záležitostí opakujícího se nadužívání psychoaktivní látky. V této souvislosti dochází k psychickému či fyzickému poškození. Abúzus může v tomto případě být kontinuální, tedy že konzumace psychoaktivních látek je průběžná, nebo epizodický, tedy že konzumace drog probíhá nárazově. Třeba v podobě víkendového užívání. Mezi fyzické důsledky škodlivého užívání návykových látek řadíme primárně poškození tělesných orgánů a systémů, jako jsou játra, ledviny, trávicí systém... V rámci negativním psychických důsledků mohou sekundárně vznikat depresivní symptomy, které samotné užívání drog ještě umocní a zacyklí.⁸⁷ U abúzu alkoholu je v tomto kontextu typické souvětí „jsem depresivní proto, že piju – a piju proto, že jsem depresivní...“⁸⁸

2. 1. 3. Syndrom závislosti je charakteristický silným bažením opakovaně užít psychoaktivní látku, problematickou kontrolou nad danou látkou, problematickým a často nemožným zastavením užívání látky a nárůstem tolerance společně s požadavkem zvyšovat dávky. Jasný důkaz závislosti představuje odvykací stav, který se dostaví, jakmile není psychoaktivní látka dodána do těla. O tom, zda se u člověka rozvine syndrom závislosti, rozhoduje interakce čtyř proměnných, a to: člověka jako takového, prostředí, ve kterém se nachází, podněty, se kterými přichází do styku a konečně dostupnost psychoaktivní látky. Je možné, že některá z uvedených složek bude dominantnější, nicméně o vzniku závislosti rozhoduje vzájemné působení všech faktorů, nikoli jen jeden z nich. Látek způsobujících závislost může být současně více než jedna.⁸⁹

Syndrom závislosti se může vyskytovat současně s poruchou osobnosti. Rovněž se mohou tyto dvě poruchy vzájemně ovlivňovat. Podstatou poruchy osobnosti je nedostatečná integrace a stabilizace psychických funkcí.⁹⁰ Typické projevy představují maladaptivní a dysfunkční chování jedince. Můžeme se také setkat s narušeným prožíváním, postoji či schopností sebeovládání. Zároveň dochází k narušení sociální

⁸⁶ Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 76.

⁸⁷ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 199-200.

⁸⁸ OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 200.

⁸⁹ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 200-201.

⁹⁰ Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 79.

interakce. ⁹¹ Díky tomu bývají lidé s poruchou osobnosti náchylnější k rozvoji závislosti. Rovněž ale může docházet k tomu, že narušení osobnostních funkcí nezpůsobí porucha osobnosti, ale samotná závislost. ⁹²

2. 1. 4. Odvykací stav souvisí s částečným nebo úplným odebráním dlouhodobě užívané psychoaktivní látky. Odvykací stav má řadu psychických i fyzických projevů, které závisejí na konkrétní psychoaktivní látce, na níž byla vytvořena závislost. Jde o doprovodný jev syndromu závislosti. Tento stav může být doprovázen křečemi nebo delíriem. Délka odvykacího stavu může být různá, může trvat hodiny ale i týdny. Škála závažnosti je velmi pestrá – od velmi malého riziko až po akutní ohrožení života. ⁹³

Mezi psychické projevy odvykacího stavu řadíme zejména úzkost, neklid, tenzi, podrážděnost, tendence k agresivnímu chování, nespavost, poruchy vnímání jako například halucinace či iluze, poruchy myšlení jako bludy či paranoiditu. K somatickým projevům řadíme bolest hlavy, změny krevního tlaku a srdeční frekvence, pocení, třes, nevolnost, zvracení, křeče, narušení motorické koordinace...⁹⁴

Pro odvykací stav po alkoholu jsou typickými příznaky bolest hlavy, pocení, vyšší tepová frekvence nebo krevní tlak, nevolnost, zvracení, epileptické záchvaty, přechodné halucinace či iluze, psychický i fyzický neklid, pocit choroby, nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů. Závažnost tohoto stavu se pohybuje od mírného, několik hodin trvajících třesu až po život ohrožující stav spojený s epileptickými záchvaty a delíriem.⁹⁵ Delirium tremens je specifický stav při závislosti na alkoholu, který je často doprovázen epileptickými záchvaty. Zároveň dochází mimo jiné i k celkovému třesu, pocení, zmatenosti, dezorientaci v místě i čase, sluchovým i zrakovým halucinacím. ⁹⁶

Mezi příznaky odvykacího stavu po heroinu a jiných opiátech řadíme bolesti svalů a křeče, vyšší tepovou frekvenci, výtok z nosu, pocení, zvýšený krevní tlak, křeče v břiše, rozšířené zornice, nevolnost, zvracení, neklidný spánek, silnou touhu po droze. Odvykací stav po nižších dávkách heroinu či jiném opiátu přirovnávají jeho uživatelé k chřipce. U odvykacích stavů po vyšších dávkách převažují křeče spolu s častým

⁹¹ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 256.

⁹² Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 79.

⁹³ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 205-206.

⁹⁴ Tamtéž.

⁹⁵ Srov. NEŠPOR K., Odvykací syndrom a craving – Klinické a behaviorální aspekty. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*, s. 119.

⁹⁶ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 205-206.

zvracením a průjmami. I po těžkém průběhu odvykacího stavu odezní jeho akutní projevy do týdne, nicméně bolesti svalů či poruchy spánku mohou přetrvávat déle.⁹⁷

Odvykací stav po konopí se projevuje nejčastěji úzkostí, podrážděností, svalovou slabostí, pocením, třesem rukou. Trvání tohoto odvykacího stavu se pohybuje mezi několika hodinami až týdny. Fyzické obtíže po vysazení THC (účinné látky z konopí) nebývají silné a už vůbec ne život ohrožující. To je způsobeno tím, že se při chronickém užívání konopí THC kumuluje v tukové tkáni. Při abstinenci je pozvolně vyplavováno a tím je zabráněno obtížím vyvolaným odvykacím stavem.⁹⁸

Pro odvykací stav po kokainu, pervitinu a jiných budivých látkách jsou typické příznaky jako: únava, bizarní či nepříjemné sny, chorobná spavost, zvýšená chuť k jídlu, silná touha po droze, zpomalení psychického i fyzického tempa, neklid.⁹⁹ Chronické užívání těchto látek může rovněž při jejich vysazení způsobit vznik depresivní poruchy se suicidálními tendencemi.¹⁰⁰

Odvykací stav po sedativem a hypnotikách se projevuje zvýšenou tepovou frekvencí, bolestí hlavy, epileptickými záchvaty, nespavostí, třesem jazyka, vícek nebo prstů, halucinacemi, iluzemi, oslabeným svalstvem, psychickým i fyzickým neklidem, zvracení, nevolností. Odvykací stav u tohoto typu drog může být život ohrožující, a to zejména u jedinců závislých na benzodiazepinech. Projevuje se obvykle příznaky, vůči kterým byly benzodiazepiny nasazeny, ovšem v zesílené podobě. Léčba takových odvykacích stavů je náročná, nejčastěji se volí postupné snižování dávek drogy.¹⁰¹

Odvykací stav po nikotinu zahrnuje pocity úzkosti, nespavost, rozladěnost, zvýšenou chuť k jídlu, silnou touhu po nikotinu, kašel, problémy se soustředěním se, podrážděnost, pocit nemoci nebo slabosti.¹⁰²

U psychoaktivních látek jako jsou halucinogeny, organická rozpouštědla či jiných těkavé látky se odvykací stav zpravidla nevyskytuje.¹⁰³

⁹⁷ Srov. NEŠPOR K., Odvykací syndrom a craving – Klinické a behaviorální aspekty. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 119.

⁹⁸ Tamtéž, s. 119-120.

⁹⁹ Tamtéž.

¹⁰⁰ Srov. SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 142.

¹⁰¹ Srov. NEŠPOR K., Odvykací syndrom a craving – Klinické a behaviorální aspekty. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 119-120.

¹⁰² Tamtéž.

¹⁰³ Tamtéž.

2. 1. 5. Amnestický syndrom vyvolaný psychoaktivní látkou je spojen s chronickým zhoršením krátkodobé paměti. Projevem jsou poruchy vnímání času, řazení událostí, zhoršení schopnosti učit se novou látku. Ostatní kognitivní funkce bývají dobře zachovány. Amnestický syndrom je typickým pro užívání alkoholu nebo dlouhodobém užívání tlumivých léků. K postižení kognitivních funkcí a soustředění může, ale zároveň nemusí, dojít i po dlouhodobém užívání těkavých látek nebo metamfetaminu. U chronických uživatelů konopí přetrvává postižení paměti 24 hodin po užití psychoaktivní látky.¹⁰⁴

2. 1. 6. Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem představuje zejména změny poznávání, emotivity chování nebo osobnosti, jež přetrvávají v době, kdy není opodstatněné domnívat se, že by mohlo jít o důsledek užívání psychoaktivní látky.¹⁰⁵ Patří sem primárně demence vyvolaná alkoholem nebo jinými návykovými látkami, poruchy osobnosti, poruchy chování, reziduální afektivní porucha a jiné poruchy kognitivních funkcí. Rovněž sem patří také psychotické reminiscence neboli flashbaky. Abstinující jedinec se na okamžik dostává do stavu, jako by byl pod vlivem drogy – nejčastěji pervitinu, konopí nebo halucinogenu. Flashback má často podobu zrakového nebo emočního prožitku. Může, ale také nemusí, být samovolně spuštěn nadměrným stresem, únavou, nebo užitím jiné drogy.¹⁰⁶

2. 2. Psychotická onemocnění

Následující kapitola bude pojednávat o psychických onemocněních vzniklých jako důsledek užívání psychoaktivních látek vyvolávajících závislost. Jak už je zmíněno výše, tyto látky mají vliv na chování, vědomí i náladu.¹⁰⁷ Charakteristické příznaky psychotických onemocnění mají rozměr schizoformního, bludového, halucinatorního, depresivního, maniformního a polymorfního syndromu. Na základě toho je velmi důležitá samotná dynamika průběhu celého onemocnění. Psychotické příznaky se mohou začít vyskytovat již v průběhu užívání. Zároveň se mohou dostavit do dvou týdnů po ukončení užívání psychoaktivní látky. Jako typický příklad lze uvést

¹⁰⁴ Srov. NEŠPOR K., Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 219.

¹⁰⁵ Srov. SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 124.

¹⁰⁶ Srov. NEŠPOR K., Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 219.

¹⁰⁷ Srov. SVOBODA M. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 159.

psychotické syndromy vznikající v důsledku užívání stimulantů. ¹⁰⁸ „Vyšší dávky stimulantů, zvláště při injekční aplikaci, mohou vyvolat schiziformní paranoidní psychózu, spojenou s rozvolněním myšlenkových asociací, bludy a halucinace. Velká část uživatelů stimulantů udává symptomy úzkosti, panické ataky, paranoidity a deprese.“ ¹⁰⁹ Rovněž „dlouhodobé užívání většiny návykových látek je spojeno s prokazatelným negativním vlivem na kognitivní funkce.“ ¹¹⁰

Zajímavostí je, že některé drogy byly používány jako tzv. vzor psychotického onemocnění, právě v souvislosti se vznikem psychotických příznaků, jako třeba halucinací, bludů apod. K drogám takto využívaných patří pervitin, LSD či THC. Velké nebezpečí užívání drog vzhledem k psychotickému onemocnění skýtá pravděpodobnost znovuobnovené psychotické obtíže, zhoršení probíhajících psychotických onemocnění nebo může docházet k vytváření nečekaných reakcí, v kombinaci s předepsanými farmaky, které na své obtíže jedinec užívá. ¹¹¹

Psychotická porucha neboli toxická psychóza vzniká během nebo bezprostředně po užití psychoaktivními látkami. Projevuje se typicky sluchovými halucinacemi, bludy, vztahovačností, psychomotorickými poruchami či abnormálními emocemi. Může se projevit porucha vědomí ve formě těžké zmatenosti. ¹¹²

Psychóza jako taková označuje stav, v rámci kterého dochází k poruše kontaktu s realitou. Psychóza přímo ovlivňuje vnímání, myšlení a prožívání. Jde o duševní onemocnění měnící prožívání jedince, a to jak ve vztahu k okolí, tak ve vztahu k sobě samému. ¹¹³ „Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit našeho duševního života. Změny v myšlení, vnímání a citech dosahují takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co je skutečné a co není.“ ¹¹⁴ Při užívání návykových látek se může vyskytnout různá psychopatologická symptomatika. Důsledkem toho může dojít ke vzniku toxické psychózy. ¹¹⁵

¹⁰⁸ Srov. KALINA K. a kol., *Klinická adiktologie*, s. 202.

¹⁰⁹ KALINA K. a kol., *Klinická adiktologie*, s. 202.

¹¹⁰ PREISS M., KUČEROVÁ H. a kol., *Neuropsychologie v psychiatrii*, s. 145.

¹¹¹ Srov. PRAŠKO J. a kol., *Psychotická porucha a její léčba*, s. 75.

¹¹² Srov. NEŠPOR K., Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 219.

¹¹³ Srov. PRAŠKO J. a kol., *Psychotická porucha a její léčba*, s. 8-14.

¹¹⁴ PRAŠKO J. a kol., *Psychotická porucha a její léčba*, s. 14.

¹¹⁵ Srov. SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 166.

Toxická psychóza může nastat po užití pervitinu, konopí nebo halucinogenů. Aby bylo možné diagnostikovat psychotickou poruchu vyvolanou návykovými látkami, musí výše zmíněné stavy trvat déle než 48 hodin. V případě, že trvají kratší čas, jedná se nejspíše o akutní intoxikaci pervitinem, konopím nebo halucinogeny. Psychotická porucha po užití návykových látek by měla při abstinenci do jednoho měsíce částečně zmizet, plně pak do půl roku. V případě, že by se tak nestalo, jednalo by se nejspíše o jinou duševní poruchu, například schizofrenii, které mohlo užití návykové látky spolu zapříčinit.¹¹⁶

2. 2. 1. Toxická psychóza může být způsobena dlouhodobým užíváním stimulantů – například pervitinem, amfetaminem či kokainem. Rovněž může toxickou psychózu vyvolat jednorázová, avšak vysoká dávka zmíněných drog. Stav toxické psychózy je podobný paranoidnímu nebo paranoidně-halucinatornímu syndromu, nazývanému také „stíha“. Mnohdy je obraz toxické psychózy nerozpoznatelný od schizofrenie, odlišení je možné provést na základě různých znaků. Vývoj psychózy bývá pozvolný. Na začátku se projevuje senzitivní vztahovačnost. Přítomnost náhledu na realitu postupně mizí. Mezi hlavní znaky rozvinuté toxické psychózy u uživatelů stimulantů se řadí: paranoidní domněnky (například že chce člověku někdo ublížit), postižení nálad, zrakové, sluchové a haptické halucinace. Většinou dominují halucinace zrakové, nicméně například pro toxickou psychózu způsobenou kokainem jsou typické halucinace haptické,¹¹⁷ kdy člověk na svém povrchu těla pociťuje různé doteky, pálení, elektrizování, svědění, napadání hmyzem, pocity sexuálního obtěžování či koitu.¹¹⁸

Podle délky trvání dělíme toxické psychózy na akutní, subakutní a chronické. Její projevy mohou odeznít ihned po odebrání drogy, ovšem někdy mohou přetrvávat až několik měsíců. U některých psychoaktivních látek může dojít k tomu, že toxická psychóza přejde po bouřlivém průběhu do chronického stádia ukončeného defektem. V takovém případě je možné, že droga trvale poškodila mozkovou tkáň nebo vyprovokovala latentní psychózu.¹¹⁹ „*U bouřlivého průběhu toxických psychóz sledujeme amentně-deliriózní symptomatiku s pestrými halucinacemi, výrazným neklidem až útočnou agresivitou, anxiózně-depresivní symptomatiku, syndromy*

¹¹⁶ Srov. NEŠPOR K., Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 219.

¹¹⁷ Srov. MINAŘÍK J., Stimulácia. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 164-165.

¹¹⁸ Srov. DUŠEK K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ A., *Diagnostika a terapie duševních poruch 2*, s. 49.

¹¹⁹ Srov. SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 166.

manické, paranoidně-hypochondrické, paranoidně-halucinatorní, depresivně-obsedantní, dysforicko-depresivní apod.“¹²⁰

Průběh toxických psychóz vyvolaných různými skupinami drog: toxické psychózy způsobené užíváním **pervitinu** probíhají akutně jako mráкотné stavy s pestrými halucinacemi či jako paranoidně-halucinatorní psychózy s halucinacemi malých zvířat. Halucinatorní zážitky jsou vnímány paranoidně. Jedinec se cítí být pronásledován a pocítuje nebezpečí. Výjimkou není ani zažívání neklidu, úzkosti či projevy agresivity. V průběhu se může také objevit symptomatika deliriózní či manická. U toxické psychózy vyvolané pervitinem se mohou objevit taktilní halucinace či halucinace se sexuálním obsahem. Průběh bývá akutní nebo subakutní. Symptomatika může pokračovat i několik dní po vysazení drogy. Toxická psychóza po užití **kokainu** může způsobit anxiózně-depresivní stavy, někdy končící sebevraždou, deliriem či anxiózně-paranoidními syndromy doprovázenými zrakovými halucinacemi. Pro intoxikaci kokainem typické taktilní halucinace mohou přetrvávat velmi dlouhou dobu. I samotný průběh psychózy se může prodloužit. V takovém případě hrozí riziko vzniku demence. Psychóza způsobená užíváním **konopných drog** běžně trvá 1-2 týdny a odeznívá bez následků. Ve vážnějších případech může ovšem přetrvávat až 6 měsíců. Jako doprovodné symptomy jsou v takovém případě uváděny agrese a automutilační tendence. Toxické psychózy při užívání **opiátů** nebývají obvyklé. Když už ale nastanou, typický průběh je doprovázen amentně-deliračními stavy, neklidem a halucinacemi. Příznaky psychózy z této skupiny drog mohou být: lenost, apatie, lhavost, úzkostná podrážděnost, hypochondrické stesky, nedostatek vůle, emoční labilita. Při užívání **těkavých látek** mohou vznikat krátké toxické psychózy charakteristické paranoidní nebo paranoidně-hypochondrickou symptomatikou. Mohou se vyskytnout halucinace malých zvířat.¹²¹

2. 2. 2. Alkoholická psychóza je důsledkem chronického abúzu alkoholu v oblasti psychiky, projevující se u osob závislých na alkoholu.¹²² „Mezi některými projevy alkoholových psychóz nalézáme postupný přechod. Např. delirium alkoholické může vyústit v Korsakovovu psychózu, případně alkoholickou demenci. Alkoholická halucinóza při chronickém průběhu se může komplikovat paranoidními bludy, dalšími

¹²⁰ SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 166.

¹²¹ Srov. SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 167-168.

¹²² Tamtéž, s. 68.

halucinatorními projevy a imponovat tak schizoformní psychóze.“¹²³ Mezi alkoholické psychózy řadíme alkoholovou halucinózu, alkoholickou bludnou poruchu – dříve nazývanou jako alkoholickou paranoiou, schizoformní alkoholickou poruchu a depresivní psychickou poruchu. Rovněž do této skupiny patří i delirium tremens a alkoholická demence, které jsou zahrnuty a popsány níže v kapitole 2. 3. Organicky podmíněné duševní onemocnění.

Alkoholická psychóza zahrnuje alkoholovou halucinózu,¹²⁴ jež se vyskytuje u jedinců, kteří dlouhodobě užívají alkohol a zároveň na něm mají vytvořenou silnou závislost. Mezi první příznaky alkoholové halucinózy patří bolest hlavy, neklid, úzkost, rozmrzelost. Začíná se objevovat večer potažmo v noci. Zprvu se začínají projevovat sluchové iluze a následně sluchové halucinace. Tato porucha trvá poměrně krátkou dobu. Vynecháním požití alkoholu iluze i halucinace po chvíli mizí. V některých případech se může objevovat paranoidita či vztahovačnost. Mezi psychotické poruchy způsobené alkoholem řadíme také alkoholickou bludnou poruchu, dříve označovanou jako alkoholickou paranoiou. Opět se jedná o poruchu vznikající u jedinců dlouhodobě zneužívajících alkohol a závislých na něm. Je charakterizována paranoidním syndromem, v rámci kterého, dominují persekční a emulační bludy. Právě bludy často způsobují agresivní chování, nejčastěji vůči partnerovi nebo nejbližšímu okolí. Schizoformní alkoholická porucha představuje psychopatologický obraz podobný schizofrenii. U jedinců dlouhodobě závislých na alkoholu se mohou v návaznosti na jejich užívání vyskytovat halucinace a bludy. Často vzniká tato porucha u jedinců, kteří již před vznikem závislosti trpěli poruchou osobnosti nebo jiným duševním onemocněním. Depresivní psychická porucha je u jedinců závislých na alkoholu poměrně častá. Na jejím samotném začátku bývají depresivní nálady, poruchy spánku, problémy se soustředěním se, sníženým zájmem, rozmrzelostí. Díky těmto stavům dochází k rozvoji depresivního nebo anxiózně depresivního syndromu. U této poruchy se mohou vyskytovat suicidální myšlenky i sebevražda jako taková.¹²⁵ Korsakovova alkoholická psychóza probíhá buď v průběhu závislosti na alkoholu, nebo představuje vyústění probíhajícího deliria tremens. Projevuje se především poruchami krátkodobé paměti, dezorientací, smyšlenkami. Jedinec si tyto stavy nepřipouští. Nálada je

¹²³ SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 68.

¹²⁴ Srov. NEŠPOR K., *Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami*. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*, s. 219.

¹²⁵ Srov. DUŠEK K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ A., *Diagnostika a terapie duševních poruch 2*, s. 216-217.

z počátku spíše euforická. Následuje postupná ztráta zájmu o své okolí, uzavřenost a rezignace. Alkoholická epilepsie je poměrně vzácným onemocněním, které vzniká v součinnosti s etanolem. Nezahrnuje epileptické záchvaty v průběhu deliria tremens nebo při odvykacím stavu od alkoholu. Alkoholickou epilepsii lze vyléčit abstinencí od alkoholu.¹²⁶

2. 2. 3. Psychotická reminiscence neboli flashback, představuje komplikaci především v souvislosti s užíváním halucinogenů. I přesto to jí trpí jen malá část jejich uživatelů.¹²⁷ Rovněž ji může vyvolat pervitin případně konopné drogy. Pro flashback jsou typické zrakové a emoční prožitky.¹²⁸ Flashback se může dostavit i několik měsíců po užití návykové látky. Rovněž se může vyvinout jen po jednorázové dávce drogy. V průběhu psychotické reminiscence je původní zážitek intoxikace kompletně přetvořen skreslením vnímání reality. Díky tomu může být například původní příjemný drogový zážitek spojován s úzkostnými stavy. Psychotická reminiscence může, ale také nemusí, být spuštěna jakýmkoliv stresem nebo vlivem akutní intoxikace psychoaktivní látky. Po nějakém čase flashbacky ztrácejí na intenzitě, frekvenci i trvání.¹²⁹ Při delší abstinenci od psychoaktivních látek mizí úplně.¹³⁰

Zbytek této kapitoly bude věnován kognitivním poruchám. Zejména poruchám myšlení, konkrétně bludům, poruchám vnímání, kde budou zahrnuty halucinace a iluze a poruchám chování vztazeným k užíváním psychoaktivních látek. Jak už je naznačeno výše, užívání psychoaktivních látek je spjata s narušením kognitivních funkcí, což může vést k různým psychickým poruchám. V rámci této práce se budu věnovat těm nejčastějším z pohledu užívání drog.

2. 2. 4. Poruchy myšlení jsou vázány na *formu myšlení* – například poruchy dynamiky či struktury myšlení, a na *obsah myšlení*.¹³¹ Lze je rozdělit na kvantitativní a kvalitativní poruchy myšlení.¹³² V kontextu užívání psychoaktivních látek pro nás budou důležité zejména poruchy obsahu myšlení zahrnující bludy.

▪ **Bludy** představují „*chorobně vzniklá, nepodložená a nevývratná osobní přesvědčení založená na nesprávných závěrech z vnější reality, která mají vliv na*

¹²⁶ Srov. SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 71-72.

¹²⁷ Srov. KALINA K., *Klinická adiktologie*, s. 203.

¹²⁸ Srov. NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislostí*, s. 56.

¹²⁹ Srov. KALINA K., *Klinická adiktologie*, s. 203-204.

¹³⁰ Srov. NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislostí*, s. 56.

¹³¹ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 149-151.

¹³² Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 42.

jednání a prožívání.“¹³³ Jejich rozvoj může být postupný. Z počátku se projevují bludnou náladou, bludnou vztahovačností či bludným vnímáním reality. Následně se objeví bludný nápad, který následuje jeho bludné vysvětlení. Tímto principem dochází k formování bludu jako takového.¹³⁴ Bludy mohou být součástí i jiných poruch, například schizofrenie, afektivních poruch, delirií.¹³⁵ Vznik bludů v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek je nejčastěji podmíněn aktuálně probíhajícím odvykacím stavu¹³⁶ nebo psychotické poruše – zejména alkoholické bludné poruše a schizoformní alkoholické poruše,¹³⁷ jež jsou podrobněji popsány výše.

V rámci alkoholické bludné poruchy se můžeme setkat s bludy persekučními a emulačními.¹³⁸ Persekuční bludy souvisí s utkvělou představou jedince o jeho pronásledování a sledování. Jako nejčastější reakce na takovou situaci bývá snaha ochránit se – schovat se (pod masku či do úkrytu), nebo naopak zaútočit (třeba podáním žalob či stížností). Emulační blud nezvratně přesvědčuje o nevěře partnera. Je typickým projevem chronického alkoholismu či schizofrenie.¹³⁹

2. 2. 5. Poruchy vnímání zabraňují zprostředkování reálného obrazu vnějšího světa v našem vědomí. Samo o sobě je vnímání komplexní funkcí, ve které se účastní paměť, myšlení, osobnost, zkušenosti, emoce, představivost i pozornost. Na základě toho je vědomí vždy subjektivně zbarveno.¹⁴⁰ Pro vnímání je charakteristická celistvost, významnost a výběrovost.¹⁴¹ Pro nás budou v kontextu užívání drog zajímavé patické poruchy vnímání kvalitativního charakteru, jmenovitě iluze a halucinace.¹⁴²

▪ **Iluze**, jak je popsáno v kapitolách předešlých v kontextu užívání psychoaktivních látek, mohou jedinci zažívat při akutní intoxikaci vyvolanou zejména halucinogeny a konopnými drogami. Rovněž se mohou vyskytovat u odvykacího stavu po alkoholu. O iluzi mluvíme v případě, kdy je výsledkem vnímání

¹³³ OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 151.

¹³⁴ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 151.

¹³⁵ Tamtéž, s. 213.

¹³⁶ Tamtéž, s. 206.

¹³⁷ Srov. DUŠEK K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ A., *Diagnostika a terapie duševních poruch 2*, s. 216-217.

¹³⁸ Tamtéž.

¹³⁹ Srov. SVOBODA M. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 102-103.

¹⁴⁰ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 133-134.

¹⁴¹ Srov. SVOBODA M. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 86.

¹⁴² Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 134.

reálného podnětu falešný vjem. Jde o nepopiratelné tvrzení, že falešný vjem je opravdovým odrazem reality.¹⁴³ Rozlišujeme následující druhy iluzí: zrakové, sluchové, čichové, chuťové, hmatové, pohybové, útrobní.¹⁴⁴ U uživatelů návykových látek se objevují nejčastěji zrakové a sluchové iluze. Zrakové iluze často zaměňují osoby – v poštovním doručovateli lze vidět d'ábla, zdravotní sestřička je mrtvá matka apod. Sluchové iluze si pohrávají se zvuky – jedinec například v praskající podlaze může slyšet lidské hlasy.¹⁴⁵

▪ **Halucinace** bývají doprovodným prvkem akutní intoxikace halucinogeny, MDMA a jinými tanečními drogami nebo těžkými látkami. Stejně tak jako iluze, často doprovázejí odvykací stav po alkoholu. „*Jejich přítomnost vesměs svědčí o závažné duševní poruše nebo stavu (nejčastěji se objevují u intoxikací, delirií a poruch psychotického spektra).*“¹⁴⁶ Halucinace představují nejzávažnější poruchu vnímání.¹⁴⁷ Jde o „*šalebné vjemy, kdy člověk „vnímá“ neexistující podněty a je přesvědčen o jejich skutečnosti.*“¹⁴⁸ Halucinace se mohou týkat všech smyslových modalit.¹⁴⁹ Pro nás jsou v kontextu užívání drog a závislosti podstatné zejména halucinace sluchové a zrakové, které se objevují u závislých jedinců nejčastěji.

Zrakové halucinace jsou velmi různorodé. Pro delirium tremens nebo akutní intoxikaci kokainem jsou typické falešné vjemy malých zvířat – takové halucinace jsou nazývány mikrozoopsie. Zároveň jsou pro delirium tremens typické halucinace zmenšených lidských postav. Za nejběžnější skupinu halucinací jsou považovány halucinace sluchové. V případě, kdy dotyčný slyší hlasy, mluvíme o auditivně-verbálních halucinacích. Jejich obsah není příjemný, často se objevují nadávky, výčitky, rady. Velmi nebezpečné jsou halucinace imperativní, které jedinci nařizují, co dělat. Mnohdy navádějí k agresivnímu chování, a to jak vůči svému okolí, tak vůči sobě. Antagonické halucinace spočívají v tom, že jedinec slyší více hlasů najednou, přičemž jejich obsah sdělení bývají často protichůdný. Tento druh halucinací je typický pro

¹⁴³ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 134.

¹⁴⁴ Srov. SVOBODA M. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 88-89.

¹⁴⁵ Tamtéž, s. 88.

¹⁴⁶ OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 135.

¹⁴⁷ Srov. SVOBODA M. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 89.

¹⁴⁸ OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 135.

¹⁴⁹ Tamtéž.

alkoholové halucinózy.¹⁵⁰ Výrazné zrakové a sluchové halucinace jsou také typické pro akutní intoxikaci konopnými drogami a těkavými látkami.¹⁵¹

2. 2. 6. Poruchy chování – chování lze vymezit jako záměrnou činnost založenou na konkrétní motivaci, která mění současný stav či situaci.¹⁵² „*Pokud je narušena rovnováha mezi organismem a jeho vnějším či vnitřním prostředím, vyvstává potřeba adaptace a jedinec začne vyvíjet určitou činnost, která směřuje k obnovení této rovnováhy.*“¹⁵³ Poruchy chování se dělí na kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní poruchy zahrnují hypagilnost a hyperagilnost. Hypagilnost znamená celkové snížení aktivity. Veškeré pohyby jsou zpomalené a nevýrazné. Klesá intenzita gestikulace a mimiky. Rovněž dochází k poklesu živelnosti. Hypagilnost je typická pro některé akutní intoxikace, únavy, vyčerpání, deprese, schizofrenie. Hyperagilnost naopak aktivitu a činorodost zvyšuje, nicméně díky časté neúčelnosti pohybů nedochází ke zvýšení výkonnosti. Objevuje se u mánií nebo některých akutních intoxikací.¹⁵⁴

Neadaptivní psychické reakce představují „*takové formy uvažování, prožívání, argumentace a chování, které přehnaným a úchylným nebo falešným způsobem řeší situaci, jež se kvůli nevhodné struktuře osobnosti nebo nepříznivé situaci nedá řešit přímým kritickým, vědomým, otevřeným způsobem.*“¹⁵⁵ Při řešení životních situací se lze uchýlit ke způsobům řešení, které jsou označovány za neadaptivní. Pomáhají zabránit tlaku situace, zároveň přinášejí pocit uvolnění čímž je snižováno napětí. K takovým reakcím řadíme agresi.

▪ **Agrese** je sklonem k řešení situací prostým způsobem, který má za účel zničit, vystrašit nebo zahnat obávaný podnět. Mlácení, ničení a nadávky představují agresi přímou. Nepřímá agrese zahrnuje ironii či výsměch. V případě, kdy se jedinec nemůže zachovat agresivně vůči jiné osobě nebo v situaci, dojde k přenosu agrese. Agrese vůči vlastní osobě je nazývána autoagresí, která může vyústit až v sebepoškozování.¹⁵⁶ Mnoho výzkumů potvrzuje spojitost mezi užíváním návykových látek a agresivitou. Zatímco dřívější studie se častěji zaměřovaly na roli alkoholu v pouličním násilí, v posledních letech je brán více zřetel na roli alkoholu v násilí v rodině a intimních

¹⁵⁰ Srov. SVOBODA M. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 90.

¹⁵¹ Srov. SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 167-168.

¹⁵² Srov. SVOBODA M. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 123.

¹⁵³ SVOBODA M. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 123.

¹⁵⁴ Srov. SVOBODA M. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 123.

¹⁵⁵ SVOBODA M. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 126-127.

¹⁵⁶ Srov. SVOBODA M. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 127.

vztazích, včetně sexuálního násilí. Průzkumy ukazují, že míra agrese byla vyšší, čím vyšší byla pravidelnost konzumace alkoholu agresorem.¹⁵⁷ Agrese se může objevit při akutní intoxikaci alkoholem, a to i při jeho nižších dávkách.¹⁵⁸ Její prvky se mohou rovněž vyskytnout v rámci deliria.¹⁵⁹

2. 3. Organicky podmíněné duševní onemocnění

Tato skupina psychických poruch vzniká důsledkem vážného onemocnění a poškození mozku, popřípadě důsledkem tělesného onemocnění. Příčinou vzniku je jednoznačně onemocnění či poškození mozku, čímž je způsobena jeho dysfunkce.¹⁶⁰ Dysfunkci můžeme rozdělit na dva druhy, a to primární a sekundární. Primární dysfunkce zahrnuje nemoci, poranění či poškození, kdy je poškozen přímo a výhradně mozek. Oproti tomu sekundární dysfunkce mozku představuje postižení, které je důsledkem systémových onemocnění nebo poruch, jež zasahují mozek jakožto jeden z mnoha orgánů či tělesných systémů.¹⁶¹ K poškození mozku může dojít kdykoliv, proto nejsou tyto psychické poruchy vázány na věk jedince. Psychopatologické projevy poruch organických duševních onemocnění jsou velmi rozmanité. Determinantem je to, čím bylo poškození mozku způsobeno, nebo které fyzické onemocnění způsobilo psychické změny. Do této skupiny řadíme především demence různého původu a symptomatické psychické poruchy,¹⁶² což je označením pro takové duševní poruchy, které vznikají v důsledku onemocnění jiných orgánů, vyjímaje mozek. Organicky podmíněné duševní onemocnění lze také rozdělit podle toho, zda jsou poškozeny základní kognitivní funkce, jako například intelekt, paměť, schopnost učení nebo zda došlo k poruchám myšlení, vnímání či emocí.¹⁶³ V rámci této kapitoly se budu věnovat demenci a deliriu, které vznikly v důsledku užívání psychoaktivních látek. Zbylé, výše zmíněné poruchy a poškození, jsou již zahrnuté a blíže popsány v kapitolách předešlých.

¹⁵⁷ Srov. WHO, *Global status report on alcohol and health 2018*, s. 12-13.

¹⁵⁸ Srov. POPOV P., Alkohol. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 152.

¹⁵⁹ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 184

¹⁶⁰ Srov. NÝVLTOVÁ V., *Psychopatologie pro speciální pedagogy*, s. 197.

¹⁶¹ Srov. SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 57.

¹⁶² Srov. NÝVLTOVÁ V., *Psychopatologie pro speciální pedagogy*, s. 197.

¹⁶³ Srov. DUŠEK K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ A., *Diagnostika a terapie duševních poruch 2*, s. 179.

2. 3. 1. Demence je syndromem projevujícím se především úbytkem komplexu kognitivních funkcí, zejména inteligence a paměti. ¹⁶⁴ Dochází také k poškození myšlení, jednání, vědomí či emocí. O demenci lze mluvit pouze v případě, kdy došlo k poklesu až ztrátě intelektových schopností, které před onemocněním dosahovaly znatelně vyšší úroveň. Lze ji rozdělit na částečnou – demence se projevuje poruchou jen některých intelektových složek, nebo celkovou – postihující všechny intelektové schopnosti. Projevem demence bývá porucha orientace, snížená schopnost učení, etická i emoční plochost, poruchy emotivity. ¹⁶⁵

Mezi projevy demence řadíme narušení logického a abstraktního myšlení, také dochází k poklesu výkonnosti i soudnosti. Můžeme pozorovat poruchy plánování a organizování. Je narušeno obecné zpracování informací. Motivace člověka může být pozměněna, což lze pozorovat na bezcílných a monotónních činnostech. Je zhoršena schopnost komunikace a řeči. Objevují se i poruchy emocí ve formě apatie, emoční plochosti, lability. Neadekvátní reakce či agrese v návaznosti na poruchy chování také nejsou výjimkou. Doprovodné prvky mohou představovat poruchy vnímání ve formě iluzí a halucinací či poruchy spánku. ¹⁶⁶

Demence se nejčastěji vyskytuje v návaznosti na stařecké choroby a degenerativní procesy. Rovněž se ale může objevit u dětí a mladých lidí. Původem demence v takovém případě může být úraz, dlouhodobé užívání psychoaktivních látek, intoxikace, dlouhodobý pobyt ve špatném životním prostředí, infekční onemocnění – zejména AIDS, metabolické změny či závažná tělesná onemocnění nepříznivě ovlivňující činnost mozku. ¹⁶⁷ Za označením symptomatické demence se skrývají zejména demence podmíněné toxicky, infekčně, na podkladě onemocnění až poškození cév apod. ¹⁶⁸

Demence jako taková představuje širokou kategorii pojímající onemocnění různého původu. Nás v rámci této práce zajímají **toxické demence** způsobené účinkem neurotoxických látek působící na mozek. Dlouhodobé působení alkoholu na mozkové neurony může způsobit alkoholovou demenci. Projevem je všeobecná degradace

¹⁶⁴ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 137.

¹⁶⁵ Srov. SVOBODA M. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 107.

¹⁶⁶ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 174-175.

¹⁶⁷ Srov. NÝVLTOVÁ V., *Psychopatologie pro speciální pedagogy*, s. 180.

¹⁶⁸ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 175.

osobnosti, která je ovšem při abstinenci částečně vratná.¹⁶⁹ Vliv na rozvoj alkoholové demence mají v kontextu nadužívání a závislosti na alkoholu rovněž kardiovaskulární choroby, onemocnění jater a ledvin nebo náhodné faktory, například traumata či pády závislých osob pod vliv alkoholu.¹⁷⁰ „Jde o konečné vyústění „alkoholické kariéry“, nejčastěji jako důsledek opakovaných a neúspěšně léčených alkoholických delirií nebo příbuzných alkoholických psychóz, nezřídka však i jako terminální projev chronického alkoholického poškození mozku a celého organismu, bez předchozích psychotických episod.“¹⁷¹

U náchylných jedinců může negativním vlivem farmak vzniknout farmakogenní demence.¹⁷² K jejímu vzniku může vést užitím většího množství farmak najednou. Užitá farmaka se mohou navzájem ovlivňovat. Farmakogenní demence narušuje zejména krátkodobou paměť. Obsah dlouhodobé paměti zůstává bez poškození uložen. Mezi riziková farmaka s potencionálem pro spuštění farmakogenní demence řadíme některá antidepresiva a benzodiazepiny, zejména hypnotika používané pro zlepšení spánky nebo léky zmírňující úzkost, například diazepam.¹⁷³

2. 3. 2. Delirium představuje nespecifikovaný organický mozkový syndrom, pro nějž jsou charakteristické současné poruchy vědomí, pozornosti, myšlení, vnímání, paměti, emotivity, cyklu bdění – spánek a psychomotorického chování.¹⁷⁴ Doprovodný je neklid a mohou se objevovat i agresivní sklony. Trvání samotného deliria se pohybuje řádově od minut, přes dny výjimečně i měsíce.¹⁷⁵ Úzdrava je rovněž různorodá, může trvat 4 týdny, v závažnějších případech se může prodloužit až na 6 měsíců. Dle původu deliria lze rozlišit jeho 4 druhy a to: delirium při intoxikaci substancí, delirium v rámci odvykacího stavu, delirium při konkrétním somatickém onemocnění a delirium se smíšeným původem.¹⁷⁶ Jedná se o jednu z nejčastějších poruch psychiky. Na vznik deliria a jeho zesilující průběh mají vliv stresové situace, nepříznivé prostředí nebo zvýšené nároky na adaptaci. K příčinám, vedoucím ke vzniku deliria, patří nejčastěji

¹⁶⁹ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 180-182.

¹⁷⁰ Srov. PIDRMAN V., *Demence*, s. 57.

¹⁷¹ SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 72.

¹⁷² Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 182.

¹⁷³ Srov. JIRÁK R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C., *Demence a jiné poruchy paměti*, s. 65.

¹⁷⁴ Srov. SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 89.

¹⁷⁵ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 184.

¹⁷⁶ Srov. SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 89.

organické poškození mozku (demence, nádory), infekce („stačí“ viróza), somatogenní faktory (onemocnění orgánů, dehydratace), nebo sensorická deprivace (oční potíže).¹⁷⁷

▪ **Delirium tremens** je označením pro delirium v rámci odvykacího stavu při závislosti na alkoholu.¹⁷⁸ „*Delirium je otrava mozku následkem poruch látkové výměny, které vznikají vysazením návykové látky.*“¹⁷⁹ Takový stav je život ohrožující, neboť může narušit funkčnost dechu i krevního oběhu.¹⁸⁰ Jde o závažný stav jak po stránce fyzické, tak i psychické.¹⁸¹ Jedná se o nejčastější a zároveň nejobávanější alkoholickou psychózu. Je tzv. vrcholem závislosti na alkoholu. Projevu se poruchami spánku, třesem končetin a celého těla, nechutenstvím, pocití vyčerpání, pocením. Jeho těžký průběh může předpovědět epileptický záchvat bezprostředně před začátkem psychotických projevů. Psychotické projevy zahrnují zrakové, někdy i sluchové, halucinace a iluze, jejichž obsah může vzbuzovat úzkostné stavy. Dostavuje se neklid, strach i deprese. Abstinující jedinec je dezorientován v čase, místě i situaci.¹⁸²

2. 4. Komorbidita poruch spojených s užíváním návykových látek

Termín *komorbidita užívání návykových látek a duševních onemocnění* je označením pro souběžný výskyt poruch vzniklých užíváním návykových látek a jiné duševní poruchy u jedné osoby. Můžeme se setkat i s termíny jako je *duální diagnóza*, *komorbidní porucha* či *duševně nemocní uživatelé drog*, které označují totéž.¹⁸³ „*Komorbidita, někdy nazývaná jako „duální diagnóza“, byla definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1995 jako současný výskyt poruchy užívání psychoaktivních látek a jiné psychiatrické poruchy u téhož jedince.*“¹⁸⁴ Dle ředitele National Institute on Drug Abuse 30-60 % osob závislých na návykových látkách trpí souběžně jinou duševní poruchou. Z toho lze vyvodit, že psychologická komorbidita a psychologické komplikace v důsledku užívání návykových látek nejsou jen

¹⁷⁷ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 183.

¹⁷⁸ Tamtéž, s. 206.

¹⁷⁹ RÖHR H., *Závislost*, s. 160.

¹⁸⁰ Srov. RÖHR H., *Závislost*, s. 160-161.

¹⁸¹ Srov. KUČEROVÁ H., *Odborný časopis Sociální služby*, 1/2022, s. 30.

¹⁸² Srov. SKÁLA J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 68-69.

¹⁸³ Srov. TORRENS M., MESTRE-PINTÓ J. I., DOMINGO-SALVANY A., *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*, s. 15.

¹⁸⁴ FRIDELL, M., NILSON, M. *Co-morbidity — drug use and mental disorders* [online]. [cit. 2022-02 20]. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/357/Dif14EN_84982.pdf.

okrajovým problémem.¹⁸⁵ Rozlišení toho, zda psychická porucha vznikla v důsledku užívání návykových látek nebo už byla přítomna a samotnou závislost jen umocnila, je často velmi náročné. Proto mi přijde vhodné alespoň okrajové vymezení komorbidity vztahované k užívání návykových látek i v rámci této práce.

Psychické poruchy, které se vyskytnou v souvislosti s užíváním návykových látek, můžeme rozdělit na:

a) psychické poruchy vyskytující se u jedince již před vznikem závislosti – především depresivní poruchy, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy, sociální fobie nebo posttraumatické stresové poruchy

b) psychické poruchy manifestující se u jedinců zneužívajících návykové látky nebo již závislých jedinců – opět posttraumatický stresový syndrom, který ovšem vznikl až po rozvoji návykového problému, dále propuknutí schizofrenie či deprese¹⁸⁶

c) psychické poruchy vzniklé přímým působením návykové látky – psychotické, depresivní či úzkostné poruchy, typickou je toxická psychóza.¹⁸⁷

Ve všech případech jsou ovšem příznaky duševní choroby a návykové nemoci v interakci a rovněž se navzájem ovlivňují.¹⁸⁸ Například „*u osob s dissociální poruchou osobnosti se nikoliv překvapivě prokázala větší tendence k používání cizích jehel, a lze předpokládat, že návykový problém zase naopak zhoršil jejich i bez toho obtížnou sociální adaptaci.*“¹⁸⁹

Obecně by se dalo říci, že většina psychických problémů zvyšuje riziko vzniku problémů pojících se s užíváním návykových látek. Časté kombinace závislostí s jinými psychickými poruchami mohou být: deprese spolu s úzkostnými stavy v kombinaci se závislostí na alkoholu a tlumivých lécích, poruchy příjmu potravy v kombinaci se závislostí na alkoholu nebo jiných drogách. Za velmi nebezpečnou kombinaci je považováno patologické hráčství spolu se závislostí na pervitinu.¹⁹⁰ Souběžně se spolu

¹⁸⁵ Srov. NEŠPOR K., Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 233.

¹⁸⁶ Tamtéž.

¹⁸⁷ Srov. HYNOUŠOVÁ O., *Důsledky dlouhodobého užívání návykových látek*, bakalářská práce, s. 30.

¹⁸⁸ Srov. NEŠPOR K., Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 233.

¹⁸⁹ NEŠPOR K., Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 233.

¹⁹⁰ Srov. NEŠPOR K., Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 234.

s poruchami vzniklými užíváním návykových látek častěji vyskytuje i posttraumatický stresový syndrom a poruchy osobnosti – především antisociální a hraniční poruchy.¹⁹¹

2. 5. Diferenciální diagnostika návykových látek

Vliv látek se závislostním potencionálem na psychiku člověka, který je užívá, bývá velmi častým. Všechny návykové látky mají schopnost ovlivňovat psychiku jedince. Důležité je porozumět tomu, co má vliv na aktuální stav jedince s přihlédnutím na to, jakou roli zde zastávají psychoaktivní a návykové látky. Diferenciální diagnostika je označením pro proces, při kterém je rozhodováno o určení diagnózy, která je samozřejmě nejvíce odpovídající stavu člověka. Jejím cílem je zabývat se psychickým stavem jedince a současně hledat duševní poruchy, které mu nejpravděpodobněji odpovídají. V zásadě jde o rozhodování se mezi dvěma či více psychickými poruchami či psychickými stavy. Na základě toho je nutné znát konkrétní projevy symptomů spojených s užíváním návykových látek – zejména akutní intoxikace, odvykacího stavu či stavů psychotických. Tyto symptomy jsou u psychoaktivních látek nejčastější.¹⁹² „Z tělesných, behaviorálních a afektivních projevů pacienta pak můžeme usuzovat na případný vliv některých psychoaktivních látek (např. typické projevy při intoxikaci stimulanty).“¹⁹³ Nicméně „závislost na návykových látkách, odvykací stav, toxická psychóza apod. mohou napodobovat prakticky jakoukoliv jinou duševní nemoc včetně např. schizofrenie nebo poruchy osobnosti.“¹⁹⁴ U závislých jedinců jsou v tomto kontextu typické deprese, které mohou být vyvolané třeba odvykacím stavem. Ovšem na druhé straně může závislost překrývat duševní poruchu, díky čemuž je znesnadňováno její rozpoznání a identifikace. Problém s rozpoznáním duševních obtíží také představuje fakt, že se častokrát osoby, v tomto případě zejména ženy, stydí za své závislostní chování, a proto jej raději prezentují jako psychickou nemoc, aniž by přiznaly abúzus. V praxi se lze snadno také setkat s tím, že ve snaze získat větší množství léků – k vlastnímu užití nebo prodeji, závislý jedinci zdůrazňují psychické

¹⁹¹ Srov. EMCDDA, *Spotlight on... Comorbid substance use and mental health problems*, [online]. [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/spotlights/comorbid-substance-use-and-mental-health-problems_en.

¹⁹² Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 63-66.

¹⁹³ KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 66.

¹⁹⁴ NEŠPOR K., Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 233.

obtíže, aniž by přiznali návykový problém.¹⁹⁵ S přihlédnutím na tyto faktory může být stanovení správné diagnózy leckdy náročným úkolem.

2. 5. 1. Schizofrenie X psychotická porucha způsobená návykovými látkami

▪ **Schizofrenie** je označením pro mnohotvárné duševní onemocnění měnící prožívání chování i postoje vůči skutečnosti. Obecně lze říci, že představuje celou skupinu forem s pestrými příznaky, které zahrnují narušené myšlení, vnímání, emoce, motivaci i chování jedince. K typickým projevům schizofrenie řadíme poruchy vnímání (především halucinace), poruchy myšlení (perzekuční bludy), poruchy emocí (emoční oploštělost, nabuzení), poruchy chování (apatie, netečnost, bezcílnost).¹⁹⁶ Na základě toho může být schizofrenie mylně považována například za akutní intoxikaci pervitinem, konopím, halucinogeny či za toxickou psychózu. Aby bylo možné diagnostikovat schizofrenii, musí výše zmíněné příznaky přetrvávat déle než jeden měsíc po vysazení psychoaktivních látek, v případě, kdy se jedná o závislého jedince.¹⁹⁷ U lidí potýkajících se se závislostí je potřeba odlišit schizofrenii od psychotické poruchy způsobené užíváním návykových látek – toxické psychózy. Jestliže toxická psychóza není komplikovaná a nerozvine do reziduálních psychotických stavů či schizofrenie, jde o stav přechodný. Vysazením psychoaktivních látek toxická psychóza po čase spontánně odeznívá. Oproti tomu je schizofrenie chronickým onemocněním s postupujícím průběhem. Tento stav není možné plně vyléčit, nicméně je možné zaléčit symptomy schizofrenie. Toxická psychóza i schizofrenie jsou vyznačovány psychotickými symptomy. Odlišují se ale v samotném původu vzniku a další prognóze. Psychotické poruchy vyvolané návykovými látkami jsou symptomy navozeny a také udržovány psychoaktivní látkou. Po vysazení psychoaktivní látky dochází k odeznění symptomů a tím k přirozené úzdavě.¹⁹⁸ „*Psychotické symptomy u schizofrenie jsou způsobeny nemocí, která je vázána na patologické změny v mozku, týkající se produkce dopaminu.*“¹⁹⁹ Na základě toho určité teorie mluví o různých faktorech ovlivňujících

¹⁹⁵ Srov. NEŠPOR K., Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 233.

¹⁹⁶ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 208-209.

¹⁹⁷ Srov. NEŠPOR K., Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 219.

¹⁹⁸ Srov. KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 66-67.

¹⁹⁹ KRÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 67.

spuštění příznaků schizofrenie. Ty mohou být spuštěny abúzem návykové látky, nebo mohou být rozvinuty z toxické psychózy až do schizofrenního onemocnění.²⁰⁰

2. 5. 2. Afektivní poruchy osobnosti X syndrom závislosti

Afektivní poruchy neboli poruchy nálady, patří mezi časté a velmi závažné psychické poruchy. Zpravidla neovlivňují jen náladu nýbrž všechny oblasti lidského bytí. Mají vliv na aktivitu, motivaci, pozornost, motoriku, racionalitu, vztahovost a další psychické i fyzické funkce. Nezahrnují běžné kolísání nálad.²⁰¹ Mezi hlavní syndromy řadíme syndrom manický, depresivní, anxiózní, anxiózně depresivní a hypomanický.²⁰² Projevy afektivní poruchy zahrnují změny nálad či afektů ve smyslu snížení (deprese, úzkost) nebo zvýšení (hypománie, mánie), čímž je ovlivněna i aktivita. Většina afektivních poruch má tendence k periodicitě. Se začátkem jednotlivých epizod je často spojena zátěžová situace.²⁰³ Epizody afektivních poruch dělíme na manickou – zahrnující hypománie a mánie, depresivní a smíšenou²⁰⁴ neboli bipolární.²⁰⁵ Užívání psychoaktivních látek a závislost může také přivodit výkyvy nálad. Závislý jedinci pocítují střídající se stavy přívalu energie, radosti, euforie ale také stavy smutku, rozladu či sebeobviňujících myšlenek. Některé návykové látky tyto stavy podporují více než jiné. Typický je účinek stimulancií vyvolávající symptomy podobných manickému stavu. Naopak depresivní stavy vyvolává například alkohol či THC. Tyto stavy jsou označovány jako *pseudomanické* a *pseudodepresivní* – tím je míněno, že tyto stavy způsobily návykové látky, nikoli samotné narušení mozku.²⁰⁶ „*Určité tělesné nemoci a požití některých návykových látek vedou ke vzniku manické či depresivní epizody.*“²⁰⁷ Na základě toho bude zbytek této kapitoly věnován vymezení manické, depresivní a bipolární epizody.

- **Manická epizoda** je typická zvýšenou náladou. Ta bývá nadměrně skvělá, fantastická, euforická a přehnaně optimistická. Co se týče chování, dominuje výstřednost a odbrzděnost, zejména co se týče navazování kontaktů a známostí. Dalšími doprovodnými prvky jsou až neadekvátní přátelskost, přehnaná dobrosrdečnost,

²⁰⁰ Srov. KŘÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 67.

²⁰¹ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 215.

²⁰² Srov. DUŠEK K., VEČEROVÁ-PROCHÁZKOVÁ A., *Diagnostika a terapie duševních poruch 2*, s. 238.

²⁰³ Srov. SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 196.

²⁰⁴ Tamtéž, s. 201.

²⁰⁵ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 191.

²⁰⁶ Srov. KŘÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 82.

²⁰⁷ LÁTALOVÁ K., *Bipolární afektivní porucha*, s. 48.

vstřícnost, zvýšená čínorodost. Myšlenkové tempo je velmi rychlé. Řeč a projev bývají hlasité, zrychlené a nápadné, čímž upoutávají pozornost okolí. Rovněž je typické rychlé střídání témat či roztržitost. U člověka v mánii klesá potřeba spánku, aniž by dotyční cítil únavu. Narůstá sexuální touha. Ztráta sociálních zábran se může projevit jako promiskuitní chování. Dochází k nárůstu sebevědomí a sebejistoty. Nejzávažnější rizika u manické fáze představují sociální a materiální důsledky chování a zvýšená úrazovost. Součástí mánie mohou být i psychotické příznaky – například bludy či halucinace. Hypománie je označením pro stav s mírnějšími projevy.²⁰⁸ Užití některých léků a návykových látek je spojeno se vznikem mánie. Jsou jimi především antidepressiva, alkohol, kokain, amfetaminy, halucinogeny, kofein.²⁰⁹

▪ **Depresivní epizoda** je depresivní nálada charakterizovaná smutkem a ztrátou zájmů, potěšení, motivace, a to po dobu minimálně dvou týdnů. Člověk v depresi pociťuje ztrátu energie. Myšlenky jsou pesimisticky laděny a jsou často doprovázeny pocity sebedopceňování, bezcenností, proviněním či bezvýchodností. Dochází k poklesu sebedůvěry, sebevědomí a sebeúcty. Objevují se i suicidální myšlenky. V průběhu deprese jsou narušeny kognitivní funkce. Součástí deprese může být i úzkost, strach či podrážděnost. Typické jsou poruchy spánku – je ztíženo usínání a rovněž dochází opakovaně k předčasnému rannímu buzení. Kvalita i kvantita řečového projevu je snížena. Díky ztrátě zájmů, motivace a energie se člověk prožívající depresi většinou straní mezilidské interakce, což se odráží na jeho vztazích. Výjimkou nebývá ani volba izolace a odmítání veškeré nabízené pomoci. K hluboké depresi se mohou přidávat i psychotické symptomy jako jsou bludy a halucinace.²¹⁰ Návykové látky, jejichž požití se pojí se vznikem deprese, jsou zejména benzodiazepiny a alkohol. S depresemi se můžeme setkat i u odvykacích stavů od látek jako jsou amfetaminy, kokain či nikotin.²¹¹ Depresi může rovněž vyvolat užití sedativ, hypnotik²¹² nebo THC. Po vysazení zmíněných látek se depresivní stav zlepšuje.²¹³ Z toho je jasné, že symptomy depresivní epizody mohou vyvolat některé návykové látky. Deprese je rovněž častým projevem syndromu závislosti. Proto je v rámci diagnostiky nesmírně důležité odlišit primární poruchu nálady od sekundární poruchy nálady způsobenou abúzem.²¹⁴

²⁰⁸ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 216-218.

²⁰⁹ Srov. LÁTALOVÁ K., *Bipolární afektivní porucha*, s. 49.

²¹⁰ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 219-221.

²¹¹ Srov. LÁTALOVÁ K., *Bipolární afektivní porucha*, s. 51.

²¹² Srov. SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 232.

²¹³ Srov. KRŽÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 89.

²¹⁴ Tamtéž, s. 87.

▪ **Bipolární epizoda** představuje střídání depresivní a manické epizody. Deprese přichází zpravidla pozvolna. Rozvíjí se v průběhu několika dnů až týdnů a mohou jí předcházet příznaky jako únava, plachost, ztráta zájmu, obavy, poruchy spánku apod. Rozvoj mánie bývá prudký, někdy je během několika hodin. Vzniká bez předchozích varovných příznaků.²¹⁵ Depresivní epizody se vyskytují častěji než manické. Frekvence epizod může být různá. Epizody se mohou střídavě objevit během jednoho roku nebo od sebe mohou být vzdálené, klidně v horizontu let. Depresivní poruchy se vyskytují nejčastěji v ranních a dopoledních hodinách. V průběhu dne se jejich intenzita mírní. Lidé s depresemi trpí poruchami spánku. Mánie naproti tomu zajišťuje dobré stavy, zvýšenou aktivitu a snížení pocitů únavy. Po nějaké době ovšem dochází k celkovému vyčerpání.²¹⁶ Základní charakteristikou bipolární epizody je typické cyklování stavů. Tento děj neprobíhá u pseudomanických a pseudodepresivních stavů způsobených závislostí. Tyto stavy jsou totiž zcela odkázány na přísunu a následném vlivu návykové látky.²¹⁷

2. 5. 3. Neurotické poruchy X odvykací stav

Společným znakem této široké skupiny psychických poruch, někdy také nazývaných neuróz, je zejména úzkost a tělesné projevy.²¹⁸ Pro neurotické poruchy jsou typické především změny prožívání, ve kterých dominují pocity ohrožení, napětí, strachu a úzkosti. Chování ani hodnocení reality není zásadním způsobem narušeno. Mezi psychické příznaky neurotické poruchy řadíme zejména poruchy emocí – strach, úzkost, depresi, poruchy myšlení – obsese, poruchy hodnocení a sebehodnocení, poruchy paměti, pozornosti či spánku. Mezi somatické příznaky patří třes, bolesti, poruchy zažívání.²¹⁹ „*Emoční prožívání člověka trpícího neurózou je převážně negativní, a tudíž subjektivně nepříjemné. Bývá pro ně typická zvýšená úzkost a strach, které přinášejí jedinci značné utrpení a komplikují život jemu i jeho okolí.*“²²⁰ Úzkostné poruchy se mohou vyskytnout samostatně, popřípadě v souvislosti se závislostí na

²¹⁵ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 224.

²¹⁶ Srov. DUŠEK K., VEČERŮVÁ-PROCHÁZKOVÁ A., *Diagnostika a terapie duševních poruch 2*, s. 242-243.

²¹⁷ Srov. KŘÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 84.

²¹⁸ Srov. OREL M. a kol., *Psychopatologie*, s. 228.

²¹⁹ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 201-204.

²²⁰ VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 204.

návykových látkách. Typicky se objevují při odvykacích stavech, po jejichž odeznění dochází ke zmírnění nebo úplnému vymizení úzkosti.²²¹

- **Úzkostná porucha** je charakteristická chronickou úzkostí, která může přejít až do akutních atak úzkosti a paniky. Úzkost lze definovat jako nepříjemný citový stav, ve kterém dominuje napětí, obavy, neklid, podrážděnost. Její zdroj nebo příčinu nedovede člověk jasně popsat. Úzkost nebývá vázána na určitou situaci. Člověk potýkající se s úzkostnými stavy se nedokáže plně soustředit.²²² „*Neustále jej ruší pocit ohrožení a negativní očekávání, tj. představa neodvolatelnosti vlastního selhání a neúspěšnosti.*“²²³ Necítí se zdrav jak po fyzické, tak po psychické stránce. Někdy se k úzkosti může přidat i deprese. Typické jsou také pro jedince trpící úzkostnou poruchou pocity méněcennosti a nízké sebevědomí. Aby bylo možné diagnostikovat tuto poruchu, musí její příznaky přetrvávat déle než půl roku.²²⁴ Vznik úzkosti může mít vícero příčin. Mezi ně jsou řazeny i příčiny somatické a neurologické. Do této skupiny by patřila i úzkost při toxických stavech – například při abstinčním stavu²²⁵ po alkoholu, benzodiazepinech, sedativech, nikotinu, nebo naopak po užití amfetaminů, kokainu, kofeinu, efedrinu či halucinogenů. Rovněž jsou typické příznaky úzkosti před delirantním stavem, nebo v samotném průběhu deliria.²²⁶ U jedinců užívajících metamfetamin se mohou projevy úzkosti vyskytovat i po jeho vysazení.²²⁷ Aby bylo možné správně rozlišit úzkostnou poruchu od odvykacího stavu, dobrým vodítkem bývá soustředění se na to, zda je život a běžné fungování jedince ovlivněn úzkostným stavem, nebo sekundárními dopady obstarávání a následném užívání návykových látek.²²⁸
- **Panická porucha** představuje opakované záchvaty úzkosti neboli paniky, které většinou nejsou vázány na konkrétní situaci. Je pro ně typická jejich nevyzpytatelnost. Objevují se náhle, přičemž okamžitě dochází k rozvoji intenzivního strachu a pocitu ztráty kontroly. Mezi somatické syndromy se řadí bolest na hrudi, pocit dušení se, závratě či pocity depersonalizace či derealizace.²²⁹ Panická ataka může vzniknout v souvislosti s užíváním návykových látek, zejména stimulancí a halucinogenů. Také

²²¹ Srov. KŘÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 84-86.

²²² Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 204-205.

²²³ VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 205.

²²⁴ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 205.

²²⁵ Srov. SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 248.

²²⁶ Srov. PRAŠKO J., OCISKOVÁ M., *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*, s. 42-43.

²²⁷ Srov. ÚŘAD VLÁDY ČR, *Poruchy vzniklé užíváním metamfetaminu*, s. 100.

²²⁸ Srov. KŘÍŽOVÁ I., *Závislosti*, s. 86.

²²⁹ Srov. PRAŠKO J., *Úzkostné poruchy*, s. 121.

může doprovázet abstinční syndrom, a to především při odnětí alkoholu nebo benzodiazepinů.²³⁰

²³⁰ Srov. SANANIM. *Psychické poruchy a onemocnění vznikající v souvislosti s užíváním drog* [online]. [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/drogy-a-nemoci/psychicka-onemocneni-a-drogy.html>.

3. Sociální důsledky užívání návykových látek

Užívání psychoaktivních látek má za důsledek řadu negativních dopadů. V této kapitole se zaměříme zejména na dopady sociální. Mezi ně řadíme narušení sociálních vazeb – především rodinných, sociální exkluzi, nezaměstnanost, neuspokojivou bytovou situaci, zadluženost či kriminalitu.

V souvislosti s tolerancí společnosti a kulturní tradicí lze odlišit sociální důsledky užívání alkoholu od sociálních důsledků užívání nealkoholových látek. Tato odlišnost spočívá především ve společenské toleranci konzumace alkoholu. Odmítnutí alkoholu může dokonce způsobit jisté problémy v sociální interakci (například neuzavření výhodného obchodu). Oproti tomu užívání nealkoholových látek je spojeno se stigmatizací a hrozbou sociální exkluze.²³¹ „U legálních drog, tj. u tabáku a alkoholu, je míra stigmatizace a kriminalizace uživatelů nesrovnatelně nižší než u drog nelegálních a je součástí společenského tlaku a denormalizace jejich užívání (zákazy kouření, omezení jejich místní, časové a finanční dostupnosti apod.), přesto i v oblasti legálních drog se v poslední době diskutuje o tom, jaká míra sociálního tlaku na uživatele je žádoucí a eticky ospravedlnitelná tak, aby nedocházelo ke stigmatizaci uživatelů, jejich sociálnímu vyloučení a následně ke zvýšení individuálních a veřejnozdravotních rizik spojených s jejich užíváním.“²³² Proto u jednotlivých návykových látek můžeme pozorovat různou míru sociálních škod, které se s jejich užíváním pojí. Škody jsou patrné jak na individuální, tak populační úrovni. Mezi individuální sociální škody v souvislosti s užíváním návykových látek je řazena ztráta hmotného majetku nebo aktiv zahrnující ztrátu bydlení, zaměstnání, příjmu, nedokončené vzdělání či uvěznění. Rovněž tyto škody zahrnují narušení vztahů s rodinou a blízkými.²³³

„Vztah mezi užíváním návykových látek a nepříznivou socioekonomickou situací je obousměrný. Pro uživatele návykových látek představuje sociální exkluze významnou bariéru návratu do společnosti. Lidé užívající návykové látky rizikově (LDR) jsou ve vyšší míře nezaměstnaní a mají problémy s bydlením.“²³⁴ Rovněž se lidé potýkající se se závislostí mnohdy setkávají se sociálními problémy jako je například absence

²³¹ FISCHER S., ŠKODA J., *Sociální patologie*, s. 117.

²³² MRAVČÍK V., CHOMYNOVÁ P., GROHMANNOVÁ, K., *Veřejnozdravotní význam užívání návykových látek*, s. 25.

²³³ Srov. MRAVČÍK V., CHOMYNOVÁ P., GROHMANNOVÁ, K., *Veřejnozdravotní význam užívání návykových látek*, s. 22-23.

²³⁴ ROUS Z., CHOMYNOVÁ P., MRAVČÍK V., *Návykové látky v České republice v roce 2019*, s. 12.

občanského průkazu či kartičky pojištěnce.²³⁵ Škody vzniklé užíváním návykových látek se nicméně nedotýkají pouze jejich uživatelů, ale i jejich rodin, blízkého okolí, komunity i celé společnosti.²³⁶

Sociální důsledky užívání návykových látek představují široké spektrum problémů zahrnující nezaměstnanost, zadluženost, problémy s bydlením – ty se mohou překlenout až do bezdomovectví, vztahové problémy či sociální vyloučení,²³⁷ proto se jim v následujících kapitolách budu věnovat podrobněji.

3. 1. Sociální exkluze

*„Sociální vyloučení (exkluzi) můžeme chápat jako proces nebo stav ekonomického, sociálního a kulturního (v rovině vztahů, institucí, struktur a symbolů) vyloučení či vytlačení osob nebo sociálních skupin z převažující (majoritní) společnosti.“*²³⁸ Jde o společenský proces, v rámci kterého, dochází k vyloučení jednotlivců i skupin ze společnosti v rovině omezení přístupu k možnostem, zdrojům a institucím běžně dostupných členům společnosti. Jednotlivé oblasti sociální exkluze mohou být: ekonomické (pojící se s chudobou, marginalizací, nezaměstnaností, ztrátou bydlení), prostorově vyloučené (sociálně vyloučené lokality) nebo například kulturně vyloučené. Vyloučení celých sociálních skupin probíhá na základě vzhledu či etnického původu (etnické menšiny), nebo na základě vnějšího posouzení individuální situace člověka (osoby po výstupu z VTOS, senioři). Vyloučení celých skupin může probíhat v rámci symbolického vyloučení, které zahrnuje stigmatizaci osob společensky vnímaných jako odlišných, deviantních nebo cizích.²³⁹ Labeling neboli jejich označování, má sloužit k vyčlenění z hlavního společenského proudu. Symbolické vyloučení je dnes zprostředkováváno i masmédií.²⁴⁰

Sociální exkluze je multidimenzionální jev, jehož projevem může být chudoba a nízký příjem financí, často doprovázen závislostí na sociálních dávkách, nízká míra

²³⁵ Srov. ROUS Z., CHOMYNOVÁ P., MRAVČÍK V., *Návykové látky v České republice v roce 2019*, s. 12.

²³⁶ Tamtéž.

²³⁷ Srov. MRAVČÍK V., CHOMYNOVÁ P., GROHMANNOVÁ K. a kol., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*, s. 123.

²³⁸ MATOUŠEK O. a kol., *Encyklopedie sociální práce*, s. 232.

²³⁹ Srov. MATOUŠEK O. a kol., *Encyklopedie sociální práce*, s. 232.

²⁴⁰ Srov. MAREŠ P., *Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení*, s. 287.

vzdělanosti, omezené uplatnění na legálním trhu práce, život ve vyloučených lokalitách, stigmatizace atd. ²⁴¹

Mezi nejvýznamnější sociální problémy uživatelů drog jsou řazeny problémy rodinné a pracovní, zhoršená bytová situace mnohdy vedoucí k bezdomovectví, nezaměstnanost nebo nižší nebo nedokončené vzdělání, jak je již zmíněno výše. Kumulace vícero sociálních problémů může zapříčinit sociální exkluzi. ²⁴²

Faktory podílející se na sociální exkluzi zahrnují problémy s prosazením se na trhu práce, nízkou životní úroveň, zadluženost, užíváním návykových látek, zdravotními problémy, nízkou životní úroveň či příslušností k národnostní menšině. Užívání návykových látek, ale i jiné další faktory, lze považovat jak za příčinu, tak důsledek sociální exkluze. ²⁴³ Sociální exkluze může nastat u závislého jedince v důsledku dlouhodobého užívání návykových látek, rovněž může být i samotnou příčinou užívání návykových látek. „*Užívání návykových látek představuje jeden z mnoha problémů vyskytujících se v kontextu sociální exkluze a chudoby koncentrovaných v sociálně vyloučených lokalitách.*“ ²⁴⁴ Je důležité zmínit, že k propadu na sociální dno, vede nahromadění se výše zmíněných faktorů. Sociálně vyloučený jedinec se tedy nepotýká s jedním problémem, nýbrž s celým komplexem problémů narušujících jeho normální fungování ve společnosti. ²⁴⁵

3. 2. Ztráta bydlení a zaměstnání

Ztráta bydlení jde často ruku v ruce se ztrátou zaměstnání, které mohou vést k propadu na ulici. Častým důsledkem bezdomovectví bývá abúzus drog, zejména alkoholu. Jeho nadměrné užívání narušuje vztahy s blízkými osobami, vede k postupné ztrátě zaměstnání – buď formou odchodu, nebo vyhazovu a následně ke ztrátě bydlení. Výjimkou není ani propad na ulici v návaznosti na vyhazov jedince nadužívajícího alkohol z domova, plynoucího z rozhodnutí rodiny neakceptovat nadměrnou konzumaci alkoholu. Závislost na alkoholu je obecně považováno za velmi častou příčinu

²⁴¹ Srov. KAHOUN V. a kol., *Vybrané kapitoly k sociální práci*, s. 165.

²⁴² Srov. MRAVČÍK V., CHOMYNOVÁ P., ORLÍKOVÁ B. a kol., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*, s. 54.

²⁴³ Srov. MRAVČÍK V., CHOMYNOVÁ P., GROHMANNOVÁ K. a kol., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*, s. 123.

²⁴⁴ ROUS Z., CHOMYNOVÁ P., MRAVČÍK V., *Návykové látky v České republice v roce 2019*, s. 12.

²⁴⁵ Srov. KAJANOVÁ A., URBAN D., *Odborný časopis Sociální služby*, 6-7/2020, s. 52.

bezdomovectví.²⁴⁶ Mladí lidé bez domova tvoří specifickou skupinu, u níž je typickou příčinou propadu na ulici užívání nealkoholových návykových látek, nicméně alkohol má zde také své zastoupení.²⁴⁷ I přes to, v mnoha případech lidé končící na ulici, jsou těmi, „kteří měli i jiné adaptační potíže a problémy v chování, leckdy od dětství, a závislost je pouze urychlovačem nebo spouštěčem bezdomovecké kariéry.“²⁴⁸

3. 2. 1. Důsledky užívání alkoholu

Častou příčinou ztráty bydlení a propadu na ulici bývá nadměrná konzumace alkoholu. Důsledkem jeho užívání dochází k neschopnosti systematicky pracovat a zároveň si udržet přijatelné vztahy s rodinou a blízkým okolím. Ke ztrátě práce i domova přispívají také změny chování závislého jedince ovlivněné abúzem alkoholu. Jedinec se často stává nespolehlivým, konfliktním a mnohdy i agresivním. Také může mít tendence kumulovat dluhy. Nicméně jak už je zmíněno výše, nadměrná konzumace alkoholu může být důsledkem ale také příčinou bezdomovectví. Rovněž nesmíme zapomínat na to, že i přestože ve většině případů závislost na alkoholu předchází propadu na ulici, alkoholismus přispívá i k chronizaci bezdomovectví. Lidé po odchodu na ulici ve většině případů začnou pít mnohem více v porovnání s životem mimo ulici. To souvisí s faktem, že jim v konzumaci alkoholu nikdo a nic nebrání. Rovněž představuje nadužívání alkoholu způsob, jak se vyrovnat s nepříjemnými pocity a stresem, pojícím se s životem člověka bez domova. Mezi příčiny zvýšené konzumace alkoholu osob bez domova patří stres, kterému byli tyto lidé vystaveni a který nezvládají. Alkohol přináší v takovém případě kýžené uvolnění, dočasný pocit klidu a eliminaci negativních myšlenek. Zároveň konzumace alkoholu zajistí snazší usínání v nepříznivých podmínkách a zažene pocit chladu. Dalším z důvodů nadužívání alkoholu může být nuda či absence jakéhokoliv programu.²⁴⁹ „Abúzus alkoholu je častější u starších bezdomovců, zatímco nadměrné užívání drog je typické pro mladší generaci.“²⁵⁰

²⁴⁶ Srov. VÁGNEROVÁ M., MAREK J., CSÉMY L., *Bezdomovectví ve středním věku*, s. 64-65.

²⁴⁷ Srov. VÁGNEROVÁ M., CSÉMY L., MAREK J., *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*, s. 59.

²⁴⁸ VÁGNEROVÁ M., CSÉMY L., MAREK J., *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*, s. 59.

²⁴⁹ Srov. VÁGNEROVÁ M., MAREK J., CSÉMY L., *Bezdomovectví ve středním věku*, s. 164-168.

²⁵⁰ VÁGNEROVÁ M., MAREK J., CSÉMY L., *Bezdomovectví ve středním věku*, s. 165.

3. 2. 2. Důsledky užívání nealkoholových látek

Další z příčin vzniku života na ulici je užívání a závislost na nealkoholových návykových látkách. Užívání těchto látek vede v porovnání s alkoholem k dřívějšímu propadu na ulici, čímž se v této souvislosti stává rizikovější. U uživatelů nealkoholových návykových látek může být propad na ulici následovný: ztráta zaměstnání v návaznosti na vzniklé problémy týkající se například nespolehlivosti či častých absencí. Užívání návykových látek je finančně náročné, tudíž po chvíli začnou užívajícím jedincům chybět potřebné peníze. Proto se uchýlí k půjčkám, které nevracejí, potažmo krádežím. Důsledkem tohoto jednání bývá ztráta podpory a důvěry rodiny a blízkých, kteří už nejsou ochotni závislému člověku pomoci. Tím dochází k obměně sociální sítě uživatele návykové látky. Většinu jeho sociálních kontaktů tvoří buď konzumenti drog, nebo jejich dealeri. Poslední fáze představuje propad na ulici.²⁵¹ Stejně jako v případě alkoholu „*lze říci, že užívání drog vede k rychlejšímu propadu na ulici, ale i ke zvýšení rizika chronizaci bezdomovectví.*“²⁵² Stejně tak jako u abúzu alkoholu, užívání nealkoholových návykových látek může být důsledkem, ale také příčinou života na ulici.²⁵³ Mezi nealkoholové návykové látky užívané lidmi bez domova jsou řazeny nejčastěji cigarety, konopné drogy, těkavé látky, pervitin.²⁵⁴

„*Existuje vztah mezi bezdomovectvím a výskytem závislosti na návykových látkách, často je však obtížně rozlišitelné, co je příčinou a co následkem. Bezdomovectví se navíc vyskytuje v kombinaci s poruchami duševního zdraví a s dalšími sociálně negativními faktory.*“²⁵⁵ Mezi nejčastější psychické nemoci a poruchy chování u lidí bez domova jsou řazeny závislosti, depresivní stavy, poruchy spánku, schizofrenie, poruchy osobnosti nebo poruchy úzkostné.²⁵⁶ Oproti běžné populaci se také u lidí bez domova vyskytuje častěji komorbidita poruch spojených s užíváním návykových látek a jinou psychickou poruchou.²⁵⁷

²⁵¹ Srov. VÁGNEROVÁ M., MAREK J., CSÉMY L., *Bezdomovectví ve středním věku*, s. 177-179.

²⁵² VÁGNEROVÁ M., MAREK J., CSÉMY L., *Bezdomovectví ve středním věku*, s. 179.

²⁵³ Srov. VÁGNEROVÁ M., MAREK J., CSÉMY L., *Bezdomovectví ve středním věku*, s. 180.

²⁵⁴ Srov. MRAVČÍK V., CHOMYNOVÁ P., ORLÍKOVÁ B. a kol., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*, s. 55.

²⁵⁵ MRAVČÍK V., CHOMYNOVÁ P., GROHMANNOVÁ K. a kol., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*, s. 156.

²⁵⁶ Srov. MRAVČÍK V., CHOMYNOVÁ P., ORLÍKOVÁ B. a kol., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*, s. 84.

²⁵⁷ Srov. CEANNT R., MACDONALD H-F S., FENTON J., LARKAN F., *Circles Within Circles: Dublin's Frontline Homeless Sector Workers Discuss the Intersectional Issues of Homelessness, Mental Illness and Addiction*, s. 62.

3. 3. Narušení sociálních vazeb

Užívání návykových látek má rovněž vliv na vztahy s rodinou, blízkými lidmi, pracovním kolektivem i se společností jako takovou. V následující kapitole se budu věnovat především narušení sociálních vazeb s rodinnými příslušníky a blízkým okolím.

3. 3. 1. Důsledky užívání alkoholu

Sociální důsledky užívání alkoholu představují značnou zátěžovou situaci pro celou rodinu, blízké okolí i vztahy v zaměstnání. ²⁵⁸ „*Abnormalita vztahů, rozvoj různých obranných mechanismů vede k celkové deprivaci a devastaci vzájemných vazeb a vztahů.*“ ²⁵⁹ Narušení a následná ztráta sociálních vztahů v zaměstnání je typická pro alkoholismus, který je spojen s poklesem pracovního výkonu, dovedností ale především návyků potřebných pro výkon zaměstnání. ²⁶⁰

Díky tomu, že alkoholismus představuje velkou zátěž pro celý rodinný systém, dochází k postupnému narušení mezilidských vztahů a rovněž ke změně rolí. ²⁶¹ „*Úsilí o zvládnutí závažného a chronického drogového problému u člena rodiny zjevně vede ke vzniku výrazných deformací rodinných rolí.*“ ²⁶² Závislý jedinec díky svému chování, jež je ovlivněno návykovou látkou, postupně ztrácí v rámci rodiny svou roli, prestiž i úctu. Tímto způsobem dochází k vyhasínání emočních vztahů mezi ním a zbytkem rodiny. Vzniká vzájemné odcizení, osamělost a pocity prázdnoty. Co se týče partnerských vztahů, alkohol negativně ovlivňuje potenci a sexuální apetenci jedince nadávajícího alkohol. Vztah rovněž narušují žárlivecké tendence založené na podezřívavosti a nedůvěřivosti. Uživatel alkoholu devastuje svou rodinu sociálně, psychicky i materiálně. V případě, že je závislou osobou na alkoholu rodič, není schopen uspokojivě plnit rodičovskou roli a rovněž může negativně ovlivňovat psychický stav a vývoj svého dítěte. Abúzus alkoholu v těhotenství může negativně ovlivnit zdravotní stav dítěte, které může následně trpět fetálním alkoholovým syndromem, jež komplexně poškozují vývoj plodu. Závislý rodič na alkoholu nepříznivě ovlivňuje situaci rodiny – po stránce sociální, ekonomické i kulturní. Rodina ekonomicky strádá, jelikož je značné množství peněz investováno do alkoholu. Ke

²⁵⁸ Srov. FISCHER S., ŠKODA J., *Sociální patologie*, s. 117.

²⁵⁹ FISCHER S., ŠKODA J., *Sociální patologie*, s. 117.

²⁶⁰ Srov. FISCHER S., ŠKODA J., *Sociální patologie*, s. 117.

²⁶¹ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 293.

²⁶² BARNARDOVÁ M., *Drogová závislost a rodina*, s. 61.

snížení sociální prestiže dochází především na malém městě, které postrádá anonymitu. Dítě závislého rodiče se může snadno setkat se stigmatizací.²⁶³

Ve společnosti má role alkoholika nízký sociální status, který s sebou nese stigma a znehodnocení. Vnitřní nejistota a úzkost uživatele alkoholu je posilována nedostatečnou orientací a kontrolou nad běžnými situacemi, opakujícími se nepříjemnými zážitky spojenými s odmítnutím, kritikou a opovržením, které ve většině případů vedou k opětovnému úniku představující užití alkoholu.²⁶⁴

3. 3. 2. Důsledky užívání nealkoholových látek

V rámci závislosti na nealkoholových psychoaktivních látkách také dochází ke změnám vztahů mezi uživatelem a jeho sociální okolím. Ve většině případů se chování závislého jedince stává nepřijatelným. Nejvyšší hodnotu pro závislého jedince představuje látka, na které je závislý, což samozřejmě do velké míry ovlivňuje všechny aspekty jeho dosavadního života, nevyjímaje vztahů. Aby tuto hodnotu získal, je schopen zneužívat okruh rodiny, přátel, známých. To většinou činí do té doby, dokud nejsou veškeré vztahy závažně narušeny. Rodina začíná na pomoc závislému jedinci rezignovat. Hlubší a kvalitnější partnerský vztah bývá neudržitelný, a to i v případě, že oba partneři užívají stejnou návykovou látku.²⁶⁵ „*Droga má větší subjektivní hodnotu než všechno ostatní.*“²⁶⁶

3. 4. Drogová kriminalita

Pojem *kriminalita* můžeme definovat jako způsob chování, který je v dané společnosti trestný. Konkrétně jde o trestné činy a chování vyskytující se ve společnosti, které jsou následně sankcionovány podle trestního zákoníku.²⁶⁷ S kriminalitou je spojen i širší pojem *delikvence*, jenž „*definujeme jako formu společensky zvláště závažného, nepřijatelného chování s protispoločenským dopadem.*“²⁶⁸ Delikvence tedy neoznačuje pouze činnosti porušující právní normy, ale i ty společenské. Společensky nepřijatelné chování se vztahuje i na děti a mladistvé. Oproti tomu kriminalita jasně vymezuje věkové hranice trestné odpovědnosti. Osoby ve věku 15-18 let, označované jako

²⁶³ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 293-295.

²⁶⁴ Tamtéž, s. 295.

²⁶⁵ Tamtéž, s. 305-306.

²⁶⁶ VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 306.

²⁶⁷ Srov. BLAŽEK P., FISCHER S., ŠKODA J., *Delikvence*, s. 15.

²⁶⁸ BLAŽEK P., FISCHER S., ŠKODA J., *Delikvence*, s. 13.

mladistvé, jsou trestně odpovědné s jistými omezeními. Osoby mladší 15 let trestnou odpovědnost nemají.²⁶⁹ Vzniku delikvence a kriminality předchází ve většině případů řada jevů, které lze souhrnně označit jako poruchy chování. Mezi takové poruchy je řazeno například závislostní chování, problematika agrese a násilí či výskyt patologických jevů v prostředí rodiny. Tyto protispolečenské způsoby chování vznikají tedy jako důsledek nevhodného, někdy až patologického, psychosociálního a emocionálního vývoje jedince dopouštějícího se tohoto jednání.²⁷⁰

Delikvence a kriminální chování je častým důsledkem užívání návykových látek, nicméně trestná činnost představuje v takových případech až sekundární problém. V případě, kdy závislý jedinec projde úspěšně léčbou a abstinuje, k recidivě později nedochází.²⁷¹ Kriminální jednání ve spojitosti s užíváním návykových látek se často přímo pojí s návykovou látkou jako takovou. Jde zejména o výrobu a distribuci psychoaktivních látek nebo trestné činy způsobené pod vlivem psychoaktivních látek.²⁷² Zákon č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku pamatuje na přečiny spojené s návykovými látkami, a to prostřednictvím §283 - §288.²⁷³

3. 4. 1. Primární drogová kriminalita

Primární drogová kriminalita zahrnuje dle zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku následující činnosti: výroba, distribuce a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami (OPL), přechovávání OPL pro vlastní potřebu, pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, výroba a držení předmětů určených k výrobě OPL a šíření toxikomanie.²⁷⁴

Co se týče zastoupení konkrétních omamných a psychotropních látek, největší podíl dlouhodobě zadržovaných osob probíhá v souvislosti s pervitinem a konopnými drogami. V roce 2019 tvořily nejpočetnější skupinu osoby stíhané ve spojitosti s OPL za neoprávněnou výrobu a distribuci pervitinu a konopných látek.²⁷⁵

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách pojednává o přestupcích v souvislosti s návykovými látkami a zahrnuje: neoprávněné držení OPL v malém

²⁶⁹ Srov. BLAŽEK P., FISCHER S., ŠKODA J., *Delikvence*, s. 15.

²⁷⁰ Srov. VETEŠKA J., FISCHER S., *Psychologie kriminálního chování*, s. 12.

²⁷¹ Srov. FISCHER S., ŠKODA J., *Sociální patologie*, s. 120.

²⁷² Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 307.

²⁷³ Zákon č. 40/2009 Sb.

²⁷⁴ Srov. MRAVČÍK V., CHOMYNOVÁ P., GROHMANNOVÁ K. a kol., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*, s. 133.

²⁷⁵ Tamtéž, s. 136-137.

množství pro vlastní potřebu, pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL v malém množství pro svoji potřebu a umožnění neoprávněného užití návykové látky osobě mladší 18 let. ²⁷⁶ „Pokud jde o zastoupení jednotlivých skupin léků u pachatelů přestupků v souvislosti s psychoaktivními léky, největší podíl představují dlouhodobě osoby řešené pro přestupek v souvislosti s opioidy a benzodiazepiny.“ ²⁷⁷

3. 4. 2. Sekundární drogová kriminalita

Za sekundární drogovou kriminalitu jsou považovány takové trestné činy, které nezahrnují nakládání s omamnými psychotropními látkami, nicméně jsou páchany v souvislosti s nimi. Je zde tedy zahrnuta trestná činnost pod vlivem OPL, trestné činnosti ekonomicky motivované – cílem je zisk OPL nebo zisk prostředků na jejich financování či trestná činnost související s organizací drogových trhů. V roce 2019 byla přes polovinu trestných činů v souvislosti s OPL páchaných pod vlivem alkoholu. Nejčastěji šlo o nedbalostní dopravní nehody a úmyslné ublížení na zdraví. ²⁷⁸

²⁷⁶ Srov. MRAVČÍK V., CHOMYNOVÁ P., GROHMANNOVÁ K. a kol., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*, s. 143-144.

²⁷⁷ MRAVČÍK V., CHOMYNOVÁ P., GROHMANNOVÁ K. a kol., *Zpráva o problematice užívání psychoaktivních léků v České republice 2021*, s. 102.

²⁷⁸ Srov. MRAVČÍK V., CHOMYNOVÁ P., GROHMANNOVÁ K. a kol., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*, s. 146-147.

4. Závěr

Tato diplomová práce má za cíl poukázat na možné psychologické a sociální důsledky užívání návykových látek. Druhotně pojednává o závislosti, kterou je nutné vnímat jako komplexní jev, ovlivňující všechny aspekty života závislého jedince. V obecné rovině má závislost na psychoaktivní látce za důsledek fyzické poškození organismu, poruchy chování, vnímání, myšlení, narušení osobnosti a mnoho sociálních problémů pojících se především se sociální exkluzí, nezaměstnaností, bezdomovectvím a narušením vztahů.

Závislost se ovšem nemusí pojit jen a pouze s psychoaktivní a návykovou látkou. Člověk si může vytvořit závislost na práci, sportu, jídle, sociálních sítích, sexu nebo i na jiné osobě. Z toho lze vyvodit, že téma závislosti se dotýká mnoha sfér lidského bytí, a tudíž je dlouhodobě tématem velmi aktuálním. Proto bychom problematiku závislosti neměli ignorovat. Rovněž bychom neměli odsuzovat ty, které závislost, a to v jakékoliv formě, sráží na kolena. Ve většině případů jde o lidi, kteří se sami nedokáží vypořádat se svými vnitřními problémy. Psychoaktivní látka v takovém případě nabízí zprvu jednoduché a příjemné řešení, které je ale zároveň velmi nebezpečné a pro jejího uživatele devastující. Dalším důvodem pro užití psychoaktivní látky může být vidina dočasného zklidnění, stimulace nebo může být užita například za účelem navození pocitů alespoň o trochu větší spokojenosti se svým životem. Lidé, uchylující se k řešení problémů pomocí návykových látek, jsou v mnoha případech lidmi traumatizovanými těmi nejdrastičtějšími životními událostmi, které si jen dokážeme představit. Proto bychom se k nim neměli obracet zády ale spíše nabídnout pomocnou ruku.

Obecně by se dalo říci, že většina psychických problémů zvyšuje riziko vzniku problémů pojících se s užíváním návykových látek. V tomto kontextu je klíčové rozlišení toho, zda psychická porucha vznikla v důsledku užívání návykových látek nebo už byla přítomna a samotnou závislost jen umocnila. Psychické poruchy, vyskytující se v souvislosti s užíváním návykových látek, můžeme rozdělit na psychické poruchy, které se u jedince objevují již před vznikem závislosti, psychické poruchy manifestující se u jedinců zneužívajících návykové látky nebo již závislých jedinců či na psychické poruchy vzniklé přímým působením těchto látek. Rovněž mají všechny návykové látky schopnost ovlivňovat psychiku jedince. Důležité je porozumět tomu, co má vliv na aktuální stav jedince s přihlédnutím na to, jakou roli zde zastávají psychoaktivní a návykové látky. Díky tomu pro mne bylo celkem náročné v kapitole

možných psychologických důsledků užívání návykových látek rozlišit, co je důsledkem a co příčinou užívání těchto látek. Zároveň bylo ztížením to, že závislost na návykových látkách, odvykací stav, toxická psychóza apod., mohou napodobovat prakticky jakoukoliv jinou duševní nemoc. Problém s rozpoznáním duševních obtíží od závislosti představuje i to, že se častokrát osoby stydí za své závislostní chování, a proto jej raději prezentují jako psychickou nemoc, aniž by přiznaly abúzus. V praxi se lze snadno také setkat s tím, že ve snaze získat větší množství léků, třeba k vlastnímu užití nebo prodeji, uživatelé návykových látek zdůrazňují psychické obtíže, aniž by přiznali návykový problém. V rámci své práce s lidmi užívajícími návykové látky se nejčastěji setkávám s akutní intoxikací, škodlivým užíváním, syndromem závislosti, halucinacemi, iluzemi, bludy, toxickou psychózou, deliriem tremens a agresí, které jsou důsledkem dlouhodobého ale i krátkého užívání látek se závislostním potenciálem.

I v rámci kapitoly sociálních důsledků užívání návykových látek bylo klíčové rozlišení toho, co je důsledkem a co příčinou drogové závislosti. Například sociální exkluze může nastat u závislého jedince v důsledku dlouhodobého užívání návykových látek a rovněž může být i jeho samotnou příčinou. Jako velmi zajímavou vnímám souvislosti s tolerancí společnosti a kulturní tradicí konzumace alkoholu v ČR, díky které lze odlišit sociální důsledky užívání alkoholu od sociálních důsledků užívání nealkoholových látek. Tato odlišnost spočívá především ve společenské toleranci konzumace alkoholu. Odmítnutí alkoholu může dokonce způsobit jisté problémy v sociální interakci. Oproti tomu užívání nealkoholových látek je více spojeno se stigmatizací a hrozbou sociální exkluze.

Cílem této diplomové práce byla identifikace a popis možných psychologických a sociálních důsledků užívání návykových látek. Dle mého názoru byly cíle stanové v úvodu práce naplněny, nicméně si umím představit, že by samotné důsledky mohly být podrobněji popsány. Zároveň by se daly rozšířit o mnoho dalších důsledků. Mezi možné psychologické důsledky užívání návykových látek jsou řazeny duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivní látky, psychotická onemocnění a organicky podmíněná duševní onemocnění. Co se týče možných sociálních důsledků užívání návykových látek, nejčtenější skupinu tvoří sociální exkluze, nezaměstnanost, bezdomovectví, narušení vztahů s rodinou i blízkým okolím a kriminalita pojící se s užíváním návykových látek.

Předpokládám, že získané poznatky z této práce mohou být přínosné a užitečné jak pro veřejnou, tak odbornou společnost zajímající se o problematiku závislosti a její dopady. V tomto kontextu si dovoluji říci, že je vhodná i pro samotné uživatele návykových látek, a rovněž pro jejich blízké, kteří by se chtěli o tomto tématu dozvědět více.

Rozhodně by se dalo pokračovat v tématu této diplomové práce více do hloubky, a to jak v rámci psychologických, tak sociálních důsledků užívání návykových látek. Jako velmi přínosné bych vnímala i zařazení somatických důsledků užívání návykových látek. Zároveň jsem přesvědčena o tom, že by bylo velmi zajímavé věnovat se tomuto tématu i z druhé strany – tedy jaké důsledky má užívání návykových látek pro širokou veřejnost.

5. Použitá literatura

Knížní zdroje

BARNARDOVÁ, M. *Drogová závislost a rodina*. Praha: TRITON, 2011. ISBN 978- 80-7387-386-8.

BLAŽEK, P., FISCHER, S., ŠKODA, J. *Delikvence, Analýza produktů činnosti delikventní subkultury jako diagnostický a resocializační nástroj*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2019. ISBN 978-80-271-2013-0.

DUŠEK, K. a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978- 80- 247-4826-9.

FISCHER, S. a ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

KAHOUN, V. a kol. *Vybrané kapitoly k sociální práci*. Praha: TRITON, 2007. ISBN 978-80-7387-064-5.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.

KŘÍŽOVÁ, I. *Závislosti*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2021. ISBN 978- 80- 271- 1754- 3.

LÁTALOVÁ, K. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3125-4.

MATĚJ, G. *V říši hladových duchů*. Praha: PeopleComm, 2020. ISBN 978- 80- 87917- 62-6.

MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. r. o., 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, s. r. o., 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MIOVKÝ, M. a kol. *Konopí a konopné drogy*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2015. ISBN 978-80-7440-134-3.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2020. ISBN 978-80-7440-254-8.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K. a kol. *Zpráva o problematice užívání psychoaktivních léků v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2021. ISBN 978-80-7440-285-2.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-22-2.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. ISBN 978-80-87041-46-8.

NEŠPOR, K. a CSÉMY L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Ámose Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-48-8.

PRAŠKO, J. a OCISKOVÁ, M. *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN 978-80-247-5822-0.

OREL, M. a kol. *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

PREISS, M., KUČEROVÁ, H. a kol. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1460-4.

PRAŠKO, J. a kol. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf s. r. o., 2001. ISBN 80-85912-65-1.

PRAŠKO, J. *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál, s. r. o., 2005. ISBN 80-7178-997-6.

RÖHR, H. *Závislost*. Praha: Portál, s. r. o., 2015. ISBN 978-80-262-0927-0.

ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1999. ISBN 80-7169-836-9.

SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-077-87.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf s. r. o., 1996. ISBN 80-85800-33-0.

SVOBODA, M. a kol. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, s. r. o., 2012. ISBN 978-80-262-0216-5.

TORRENS, M., MESTRE-PINTÓ, J. I., DOMINGO-SALVANY, A. *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015. ISBN 978-92-9168-834-0.

ÚŘAD VLÁDY ČR. *Poruchy vzniklé užíváním metamfetaminu*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2017. ISBN 978-80-7440-178-7.

VÁGNEROVÁ, M., CSÉMY, L., MAREK, J. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2209-5.

VÁGNEROVÁ, M., MAREK, J., CSÉMY, L. *Bezdomovectví ve středním věku*. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4054-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese, Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, s. r. o., 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VALÍČEK, P. a kol. *Rostlinné omamné drogy*. Benešov: START, 2000. ISBN 80- 86231-09-7.

VETEŠKA, J. a FISCHER, S. *Psychologie kriminálního chování, Vybrané otázky etiologie, andragogické intervence a resocializace*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2020. ISBN 978-80-271-0731-5.

WHO. *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*. Geneva: World Health Organization, 2010. ISBN 978-92-4-159938-2.

WHO. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-156563-9.

Odborné články

CEANNT, R., MACDONALD, H-F S., FENTON, J., LARKAN F. Circles Within Circles: Dublin's Frontline Homeless Sector Workers Discuss the Intersectional Issues of Homelessness, Mental Illness and Addiction. *European Journal of Homelessness*. Brussels: European observatory on homelessness, 2016, **10**(2). ISSN 2030-2762.

KAJANOVÁ, A. a URBAN, D. Sociální exkluze a sociální práce. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: RUDI, a. s., 2020, **22**(6-7). ISSN 1803-7348.

KOČÁROVÁ, R., KŇAŽEK, F., BLÁHOVÁ, B. a kol. Národní psychedelický výzkum 2019-2021. *Zaostřeno*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2021, **7**(2). ISSN 2336- 8241.

KUČEROVÁ, H. Patologické závislosti, Alkohol. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: RUDI, a. s., 2022, **24**(1). ISSN 1803-7348.

MAREŠ, P. Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení. *Sociologický časopis*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2000, **36**(3). ISSN 0038-0288.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K. Veřejnozdravotní význam užívání návykových látek. *Hygiena: Časopis pro ochranu a podporu zdraví*. Praha: TIGIS spol. s. r. o., 2019, **64**(1). ISSN 1802-6281.

ROUS, Z., CHOMYNOVÁ, P., MRAVČÍK, V. Návykové látky v České republice v roce 2019. *Zaostřeno*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2020, 6(6). ISSN 2336- 8241.

Legislativní dokumenty

Zákon č. 283/2009 Sb., o nedovolené výrobě a jiném nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy, ve znění platném k 9. 2. 2009.

Zákon č. 284/2009 Sb., o přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu, ve znění platném k 9. 2. 2009.

Zákon č. 285/2009 Sb., o nedovoleném pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku, ve znění platném k 9. 2. 2009.

Zákon č. 286/2009 Sb., o výrobě a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu, ve znění platném k 9. 2. 2009.

Zákon č. 287/2009 Sb., o šíření toxikomanie, ve znění platném k 9. 2. 2009.

Klasifikační práce

HYNOUŠOVÁ, O. *Důsledky dlouhodobého užívání návykových látek*. České Budějovice: 2008, diplomová práce. Vedoucí práce: Mgr. Jana Šimečková.

Elektronické zdroje

EMCDDA, *Spotlight on... Comorbid substance use and mental health problems*, [online]. [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/spotlights/comorbid-substance-use-and-mental-health-problems_en.

FRIDELL, M., NILSON, M. *Co-morbidity — drug use and mental disorders. Drugs in focus* [online], 2004, (14) [cit. 2022-02-20]. ISSN 1681-5157. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/357/Dif14EN_84982.pdf.

NIDA. *MDMA (Ecstasy/Molly) DrugFacts* [online]. [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/mdma-ecstasymolly>.

SANANIM z. u. *Psychická onemocnění a drogy: Psychické poruchy a onemocnění vznikající v souvislosti s užíváním drog. Drogová poradna* [online]. [cit. 2022-02-08].

Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/drogy-a-nemoci/psychicka-onemocneni-a-drogy.html>.

6. Abstrakt

NOVÁKOVÁ, E. Možné psychologické a sociální důsledky užívání návykových látek. České Budějovice 2022. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a sociální práce. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Karolina Diallo, Ph.D.

Klíčová slova: závislost, návykové látky, duševní poruchy, poruchy chování, sociální exkluze, ztráta bydlení, ztráta zaměstnání, drogová kriminalita

Práce se zabývá možnými psychologickými a sociálními důsledky užívání návykových látek. Je pojata teoreticky a dělí se na tři části. První část je věnována vymezení pojmu drogové závislosti, klasifikaci jednotlivých skupin drog, vzniku závislosti na psychoaktivních látkách, prevenci drogové závislosti i její léčbě.

Druhá část vymezuje psychologické důsledky užívání návykových látek. Jsou zde blíže popsány duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivní látky, psychotická onemocnění a organicky podmíněné duševní onemocnění spojené s užíváním návykových látek. Kapitola se následně dotýká témat komorbidit poruch spojených s užíváním návykových látek a s diferenciální diagnostikou návykových látek.

Třetí část této práce je věnována sociálním důsledkům užívání návykových látek, zahrnující téma sociální exkluze, ztráty zaměstnání a bydlení, narušení sociálních vazeb a drogové kriminality.

Abstract

Possible psychological and social impact of substance abuse

Key words: addiction, addictive substances, mental disorders, behavioural disorders, social exclusion, loss of housing, loss of employment, drug crime

In my theses I focused on possible psychological and social impact of substance abuse. Thesis is strictly theoretical and divided into three parts. In the first part I define substance abuse, classify individual group of drugs, origin of addiction on psychotropic substances, prevention of drug addiction and its cure.

The second part defines psychological impact of drug use. It includes description of mental and behavioural disorders created by psychoactive substances, psychotic diseases and organically driven mental disorders connected with drug use. Second part then continues with comorbidity of disorders connected with drug use and differential diagnosis of addictive substances.

The last part is devoted to social consequences of drug use, which includes topic of social exclusion, loosing job and place of residence, disruption of social ties and at least but not last drug criminality.