

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Bakalářské kombinované studium  
2010 – 2013

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Dušan Strakula**

**Závislosti na psychoaktivních látkách, závislost na alkoholu a  
psychické změny jako důsledek abúzu alkoholu.**

**Praha 2013**

**Vedoucí práce: JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D.**

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED PART TIME STUDIES**

**2010 - 2013**

**BACHELOR THESIS**

**Dušan Strakula**

**Dependence on psychoactive substances, alcohol addiction  
and mental changes as a result of alcohol abuse.**

**Prague 2013**

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:  
JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D.**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval (a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal (a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Příbrami dne 4. března 2013

*Jméno autora: Dušan Strakula*

## **Poděkování**

Chtěl bych poděkovat vedoucímu práce, dr. Jožovi Spurnému, za vstřícnou, profesionální a erudovanou pomoc. Současně bych chtěl poděkovat vedení univerzity a všem pedagogům za to, že vytvořili ty nejlepší podmínky a svou kvalitní odbornou přípravou ve všech souvisejících učebních předmětech přispěli nemalou měrou k vytvoření této práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá tématem psychoaktivních látek, které jsou známy pod všeobecným pojmem narkotika. V rámci komplexního uchopení tématu je začátek práce věnován historickému exkurzu a jsou předkládány dějinné souvislosti z období, kdy došlo k prvním zkušenostem člověka s drogou. Dále je práce věnována současnému rozdělení psychoaktivních látek, vzniku závislosti na těchto látkách, psychickým a somatickým změnám v lidském organismu, ke kterým dochází vlivem škodlivého užívání narkotik. V práci bude detailně popsána závislost na alkoholu. Stejně jako u ostatních psychoaktivních látek bude tato závislost posuzována z pohledu historie, vzniku a příčin závislosti, účinkům na lidský organismus a poruchám, podmíněným dlouhodobým zneužíváním alkoholu. Součástí tématu bude i léčba závislosti na této látce a terapie.

## **Klíčové pojmy**

Alkohol, alkoholová závislost, dějiny narkotik, léčba a terapie závislostí, prevence, příčiny vzniku závislostí, psychoaktivní látky, psychické a somatické poruchy způsobené abúzem alkoholu, psychické poruchy způsobené zneužíváním psychoaktivních látek.

## **Annotation**

This bachelor thesis deals with psychoactive substances, which are known as the term narcotics. The beginning of the thesis is dedicated to historical digression. It also deals with historical context of the period, when the first human experience with the drug was appeared. The next chapter is dedicated to the current division of psychoactive substances and the origin of its addiction. The thesis also deals with psychological and somatic changes in human organism, which are caused by the use of narcotics. Also the spirits addiction is described in this work in detail. As well as the other this addiction will be judged from the historical view, the origin and cause of the addiction and effects on the human organism. The thesis also deals with failures, which are caused by the long-term alcohol abuse. Also the spirituous addiction treatment will be the part of this work.

## **Key words**

Alcohol, alcohol addiction, causes of addiction, history of narcotics, mental and somatic disorders resulting from alcohol abuse, mental disorders due to psychoactive substance abuse, psychoactive substances, review of psychoactive substances, treatment and prevention of addiction.

## Obsah

ÚVOD .....	9
1. HISTORIE PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK .....	10
1.2 Historické počátky používání psychoaktivních látek a nejrozšířenější omamné rostlinné drogy .....	11
2. PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKY, ROZDĚLENÍ A ÚČINKY .....	24
2.1 Rozdělení psychoaktivních látek dle původu .....	24
2.2 Rozdělení psychoaktivních látek dle míry rizika závislosti .....	25
2.3 Rozdělení psychoaktivních látek dle účinku na lidskou psychiku .....	28
2.3.1 Psychofarmaka (trankvilizéry) .....	28
2.3.2 Cannabinoidy .....	28
2.3.3 Psychedelika (halucinogeny) .....	29
2.3.4 Opiáty (opioidy a benzodiazepiny) .....	33
2.3.5 Stimulanty (stimulační drogy) .....	34
2.3.6 Organická rozpouštědla (těkavé látky) .....	36
3. ZÁVISLOST NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH .....	37
3.1 Důsledky užívání psychoaktivních látek .....	38
3.2 Syndrom závislosti .....	39
3.3 Typy závislosti na psychoaktivních látkách .....	40
3.4 Znaky závislosti .....	42
3.5 Výskyt a příčiny vzniku závislostí .....	49
3.5.1 Chemické složení psychoaktivní látky .....	50
3.5.2 Genetické dispozice .....	50
3.5.3 Biologický základ .....	50
3.5.4 Psychické faktory .....	51
3.5.5 Sociální faktory .....	52
3.6 Fáze vývoje vzniku závislosti (drogové) .....	53
3.7 Psychické a somatické důsledky abúzu nealkoholových psychoaktivních látek .....	55
4. ZÁVISLOST NA ALKOHOLU .....	58
4.1 Alkohol – pohled do historie .....	59
4.2 Alkohol (ethanol) – nejrozšířenější legální psychoaktivní látka současnosti .....	61
4.3 Příčiny vzniku závislosti na alkoholu .....	63
4.3.1 Prevence vzniku závislosti u dětí a dospívajících .....	64
4.3.2 Fáze závislosti na alkoholu .....	68
4.3.3 Stádia intoxikace alkoholem .....	70
4.4 Psychické změny jako důsledek abúzu alkoholu .....	72
4.5 Možnosti léčby a terapie .....	77
4.5.1 Cíle léčby alkoholové závislosti .....	78
4.6 Možnosti léčby alkoholové závislosti .....	79
4.7 Ústavní léčba závislosti na alkoholu .....	82
4.7.1 Léčebný program – farmakoterapie, psychoterapie .....	83
4.7.2 Léčebný program – další aktivity .....	89

4.7.3	Délka ústavní léčby .....	90
4.7.4	Doléčovací programy závislosti na alkoholu .....	91
	ZÁVĚR.....	93
5.	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ .....	98



# ÚVOD

Od začátku existence lidské rasy používal člověk prostředky, které dnešní moderní věda a odborná literatura nazývá psychoaktivními látkami. Častěji jsou všeobecně známé pod názvy jako drogy, narkotika nebo omamné látky. Cílem této bakalářské práce je věnovat se historii vztahu mezi člověkem a drogou, popsat jeho vývoj a věnovat se historickým souvislostem od minulosti až po dnešek, což je důležitou součástí pochopení problému i v dnešní, aktuální době. Dále se budu zabývat samotnému členění psychoaktivních látek dle základního rozdělení na takzvané drogy měkké a tvrdé a dále detailněji podle způsobu účinku na lidskou psychiku a účinné psychoaktivní látky. Součástí této práce bude i analýza celého složitého systému nejrůznějších faktorů a okolností, které vedou ke vzniku závislosti, jakožto chování, které ve svém důsledku ve většině případů končí narušením běžného sociálního chování a vzniku odlišného životního stylu, který může být současně i jeden z faktorů vzniku závislosti a sociálně patologického chování.

V další části práce se budu věnovat psychickým změnám, které jsou důsledkem zneužívání (abúzu) psychoaktivních látek a změnami osobnostmi závislého jedince při vzniku organického psychosyndromu, psychických změn, které jsou vyvolány poškozením mozku.

Samostatnou kapitolou bude téma závislosti na alkoholu, jakožto jedné z nejrozšířenějších závislostí dnešní doby. Tady se budu opět zabývat historickými souvislostmi, příčinami vzniku alkoholismu a následně pak jednotlivým fázím závislosti. Věnovat se budu podrobně léčbě alkoholově závislého člověka, jednotlivým metodám odvykání závislosti, protialkoholní terapii a následné prevenci. Pozornost budu věnovat i společenským dopadům alkoholismu, sociálně patologickým jevům a kriminalitě.

# 1. HISTORIE PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

007, Kalifornský úsvit, Sněhová koule, Modrý motýl, Fáze 4, Růžový slon, Srdcová láska, Hádankář. Pod všemi těmito názvy se dá v současnosti na černém trhu koupit droga extáze. Názvy jsou odvozeny od velikosti, tvaru a barvy pilulek. Samotných slangových označení je ovšem mnohem více a jsou tvořeny i podle regionálního trhu, kde se s drogou obchoduje. To vše ukazuje, jak mimořádně pestrý je aktuální obchod s narkotiky a jak i ryze marketingová strategie zasáhla do obchodu, který je v drtivé většině nelegální a protizákonný.

Užívání psychoaktivních látek, které jsou všeobecně známy pod pojmem drogy je ovšem lidem vlastní už od chvíle, kdy začal člověk využívat přírodní zdroje ke své obživě a postupným objevováním rostlinných ingrediencí došel k poznání, že některé složky působí na psychiku a lidské vnímání celkově. Stav, který aplikace těchto látek do lidského organismu přináší, se dá nazvat laicky opojením. Nelze ho považovat a priori vždy za něco špatného, nemorálního, zvráceného nebo nepřirozeného. Člověk od svého narození pojídá, vpichuje si, kouří nebo orálně konzumuje nejrůznější omamné látky. Nikoho dnes nenapadne, že pokud je nemocnému, který trpí nesnesitelnými bolestmi, podán intravenózně lék, který obsahuje morfin, že se jedná o něco špatného. Oproti tomu narkoman, který si veřejně stejným způsobem aplikuje drogu, způsobí u většiny společnosti odmítnutí, odpor a odsouzení. Na těchto dvou konkrétních případech je vidět, že problematika psychoaktivních látek nezahrnuje pouze oblast sociálně patologických jevů včetně závislosti, ale týká se celého spektra lidské činnosti a péče o člověka. Společným jmenovatelem je stále psychoaktivní látka. Stejně jako u ohně platí, že je výborným sluhou, ale špatným pánem, stejně tak droga může léčit nebo může mít pro lidskou bytost fatální důsledky.

## 1.2 Historické počátky používání psychoaktivních látek a nejrozšířenější omamné rostlinné drogy

Droga doprovází člověka od nepaměti a pravděpodobně tomu bude i nadále. Pro lepší pochopení celé problematiky je důležitý pohled do dávné minulosti. Do doby, kdy člověk přišel do styku s drogou a poprvé pocítil její účinky na svůj organismus.

*„Jak tyto látky působí, začíná člověk chápat teprve v posledních třech desetiletích. V lidském mozku dochází k přenosu elektrického signálu. Ten umožňují nervová vlákna, která spojují nervovou buňku neboli neuron s jinou nervovou buňkou. Nervové buňky zajišťují nervovou aktivitu celého mozku. Při přenosu signálu z jedné buňky do druhé hrají velmi důležitou roli neuropřenašeče (transmitery) – signální molekuly chemických látek, obstarávající nervové vzruchy.“<sup>1</sup>*

Při užití psychoaktivních látek dochází v lidském těle k mnoha chemickým a biologickým procesům, které mají za následek ovlivnění funkcí neurotransmiterů, dochází k vybudení dalších podnětů nebo naopak utlumení. Současně se v organismu tvoří látky jako dopamin, díky kterému se cítíme spokojeně a nonadrenalin, která aktivizuje a nabuzuje organismus.

*„O něco hůře již chápeme a definujeme pocity a vášně, jaké drogy v lidech probouzejí. Existuje jich pestrá škála, přičemž na jedné straně stupnice stojí mírně povznesená nálada, sklony se chichotat a nenucenost, na opačném pólu pak neskonalá hrůza, rozpad osobnosti, násilné projevy, celkové zmatení a smrt.“<sup>2</sup>*

---

<sup>1</sup> DAVENPORT-HINES, R. *Honba za zapomněním: Světové dějiny narkotik 1500 – 2000*. 1. vyd. Praha: BB/art, 2004. s. 10. ISBN 80-7341-202-0

<sup>2</sup> DAVENPORT-HINES, R. *Honba za zapomněním: Světové dějiny narkotik 1500 – 2000*. 1. vyd. Praha: BB/art, 2004. s. 10. ISBN 80-7341-202-0

## Opium

První psychotropní (užívá se termín i psychoaktivní) látkou známou lidstvu je nejpravděpodobněji opium. Tuto látku začal člověk užívat dříve než alkohol. Výroba alkoholu totiž vyžaduje chemické znalosti, konkrétně znalosti a dovednosti destilace. Opium, jakožto přírodní produkt makovic, se dá ovšem snadno získat z mízy, která vytéká po jejich naříznutí. V mimotropických pásmech severní polokoule, kam se řadí i Česká republika, roste na 120 druhů máku. Opium je nejčastěji spojováno s mákem setým (lat. *Papaver somniferum*). Latinské *somniferum* znamená „spánek navozující“. Do botanických slovníků tento název dostal již v roce 1753 švédský botanik Carl von Linné. Pouze tento druh máku obsahuje alkaloid morfin. Alkaloidy jsou látky, které způsobují fyziologické změny v organismu. Morfin způsobuje u lidí i zvířat specifické účinky. Účinky, které byly lidstvu známy již tisíce let před tím, než se jí vědcům v roce 1804 podařilo izolovat v čisté podobě.

Šťáva, která vytéká z naříznutých makovic, připomíná mléko, na vzduchu koaguluje (sráží se) a hnědne. Surové opium se několik dní suší na přímém slunci, než vznikne lepkavá a poddajná hmota, která se formuje do tvaru kostek nebo cihliček. Poté se čistí ve vodní lázni, prosévá sítím a opětovně suší, aby vzniklo takzvané „hotové“ opium určené k užití. Nejčastější formou aplikace je inhalace při kouření.

*„Historické počátky rostliny *Papaver somniferum* zůstávají dodnes otázkou dohadů. Znalosti o jeho účincích mohou pocházet z Egypta, Balkánu či oblasti černého moře. Člověk rostlinu domestikoval přibližně před osmi tisíci lety v západním Středomoří.“<sup>3</sup>*

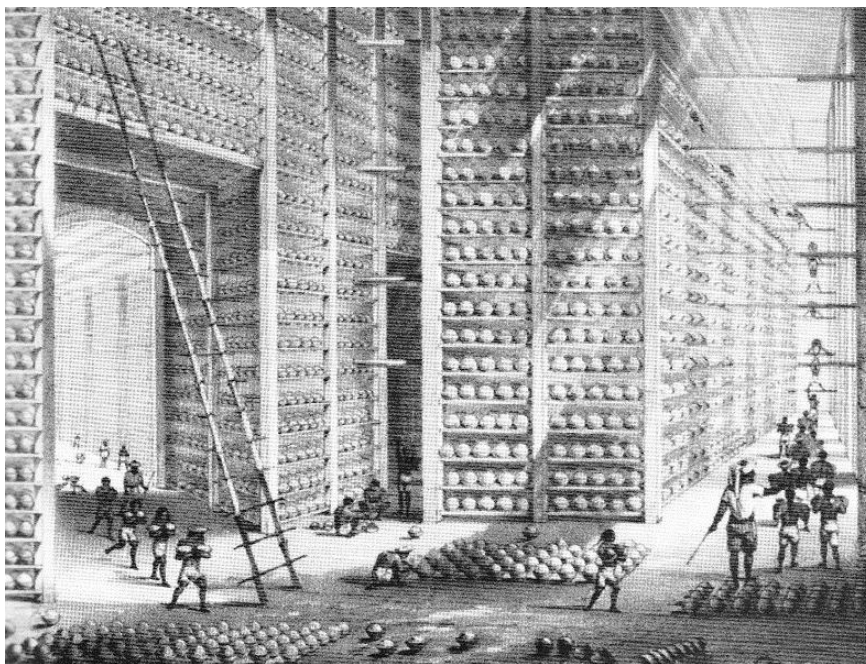
---

<sup>3</sup> DAVENPORT-HINES, R. *Honba za zapomněním: Světové dějiny narkotik 1500 – 2000*. 1. vyd. Praha: BB/art, 2004. s. 22. ISBN 80-7341-202-0

Nejstarší psané zmínky v sumerském jazyce se datují přibližně do roku 3100 před našim letopočtem, pocházejí z jižní Mezopotámie a označují mák za „rostlinu radosti“. Dle výzkumu etnologa Richarda Rudgleyeho (nar. 1961) se přibližně ve stejné době dozvěděli o makovém odvaru Egypťané od obyvatel Kypru. V období doby bronzové jej používali k léčebným účelům a při nejrůznějších rituálních obřadech pro jeho schopnost navozovat změněné stavy vědomí. V roce 1552 před Kristem lékaři v Thébách disponovali více než sedmi sty recepturami na výrobu lektvarů s obsahem opia.

Opium se rozšířilo do Persie, Číny, Indie, severní Afriky a Španělska díky arabským obchodníkům. Arabští, řečtí a římské lékaři používali tuto látku k úlevě od bolesti a současně jí používali při léčbě jaterních obtíží, epilepsie, nespavosti nebo dokonce štířihó uštknutí.

**Obrázek 1: Skladiště opiové továrny Východoindické společnosti, angl. East India Company, v Patně (1850). Tato dobové kresba dokládá, jak rozvinutý byl trh s tehdy legální drogou, která proudila ve velkém množství do Evropy po obchodních cestách.**



Zdroj: DAVENPORT-HINES, R.: *Honba za zapomněním: Světové dějiny narkotik 1500 – 2000*. 1. vyd. Praha: BB/art, 2004. s. 265. ISBN 80-7341-202-0

Dlouhá léta se opium používalo jako přísada do čtyř nejpoužívanějších zklidňujících prostředků: mithridatium, theriaca, philonium a diascordium. S příchodem 16. století se počet léků začal dramaticky zvyšovat. V této době vznikl i výraz „laudánium“, který vymyslel německý lékař Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim.

Tento termín se následně začal používat jako označení alkoholového roztoku opia. V následném, 17. století došlo nejenom k rozmachu cestovatelství, které přispívalo k šíření opia, ale i k dalším, důležitým lékařským objevům. Anglický lékař Thomas Sydenham (1624 – 1689) používal laudánium k utišení neklidu, navození klidu a netečnosti, ke zlepšení vidění, úlevě od prudkých bolestí, zmírnění všech chorob prsou a plic, kašle, nachlazení nebo k léčbě hysterie.

*„Opium v rukou zkušeného lékaře je pro medicínu tak důležité, neřkuli nezbytné, že by bez něho zcela byla ochromena. Kdo správně mu porozumí, vykoná jen s jeho pomocí víc než s jakýmkoli jiným lékem“.*<sup>4</sup>

Citát výše dokazuje, jak velká důležitost byla připisována opiu, jakožto součásti tehdejší lékařské vědy. Z pohledu dnešního moderního lékařství je však patrné, že tato droga ve většině případů neléčila zmiňované choroby, ale díky svým psychoaktivním vlastnostem, spíše tlumila jejich projevy.

Společně s dalšími objevy nových léků a neuváženým předepisováním těchto látek pacientům se začal objevovat do té doby ne příliš známý fenomén. A to syndrom závislosti. Nadměrné a opakované užívání opia sebou neslo vznik fyzické a psychické závislosti, stejně tak jako i u ostatních návykových látek.

---

<sup>4</sup> DAVENPORT-HINES, R. *Honba za zapomněním: Světové dějiny narkotik 1500 – 2000*. 1. vyd. Praha: BB/art, 2004. s. 27. ISBN 80-7341-202-0

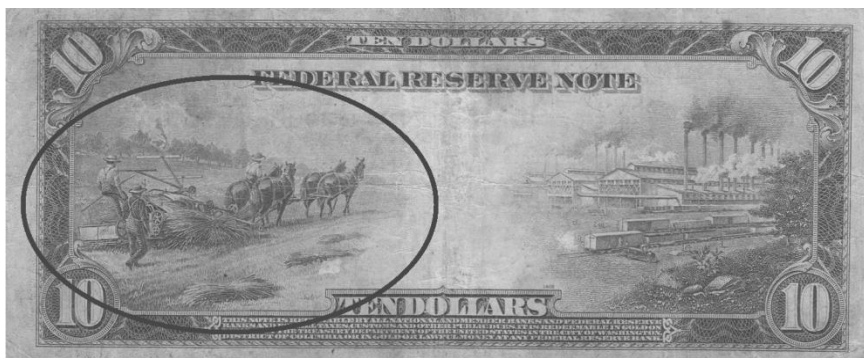
## **Konopí**

Konopí, patří společně s opiem k psychotropním látkám s nejdelší historií. S touto rostlinou se člověk setkal pravděpodobně už v neolitu, mladší době kamenné. Tlupy lidí, které vytvářely svá první sociální společenství, se s největší pravděpodobností seznámili s konopím, jakožto hojně rozšířeným plevelem, který komplikoval první snahy při zemědělském využití půdy.

Než se konopí začalo užívat jako narkotikum, byla to důležitá zemědělská a průmyslová plodina. Nejstarší údaje o jeho využití se datují do doby asi 7 tisíc let před naším letopočtem do staré Babylónie. Číňané jsou patrně národem, který konopí využíval v největší míře. První zmínky z oblasti Žluté řeky pocházejí z doby před šesti a půl tisíci lety.

Z dlouhých, pevných vláken této hospodářské plodiny se vyráběly provazy a vlákna. Výslednými produkty byly poté oblečení, rybářské sítě nebo lana. Vyráběl se z nich i velmi odolný papír, jehož pozůstatky byly objeveny v archeologických nálezech datovaných sto let před naším letopočtem. Semena konopí sloužila k potravě lidí nebo zvířat. Současně se z nich lisoval cenný olej. Rostlina konopí byla zužitkována prakticky celá. Kořeny se používaly při výrobě pasty, která se používala při hojení ran, konopná vlákna pro výrobu již zmiňovaného šatstva, provazů a papíru, olej se používal na vaření a do olejových lamp a substrát vzniklý po vylisování jako krmivo pro domácí zvířata.

**Obrázek 2: Pěstitelé konopí zobrazeni na deseti dolarové bankovce z roku 1914. Konopí bylo významnou hospodářskou plodinou. Konkrétně jeho odrůda konopí seté (*cannabis sativa*).**



Zdroj: DAVENPORT-HINES, R.: *Honba za zapomněním: Světové dějiny narkotik 1500 – 2000*. 1. vyd. Praha: BB/art, 2004. s. 269. ISBN 80-7341-202-0

Pro své psychoaktivní účinky bylo konopí používáno již někdy v šestnáctém století před Kristem, kdy se o účincích na lidský organismus zmínily zápisy v Eberských papyrech ze starého Egypta.

Tato rostlina, která je známá pod rozšířeným názvem marihuana, se řadí do čeledi konopovitých. Nejčastěji se setkáme s konopím setým (lat. *cannabis sativa*) a konopím indickým (lat. *cannabis indica*).

Konopí seté je až šest metrů vysoká rostlina. Jedná se o takzvané technické konopí, které se využívá v průmyslu, nejčastěji v textilním. Indické konopí je bylina, dosahuje vzrůstu do jednoho a půl metru, hustě se větví a poskytuje velké množství omamné pryskyřice, která obsahuje psychoaktivní látku THC – Tetrahydrocannabinol, která stojí za jejím užíváním jako látky, která má vliv na lidskou psychiku a chování.

O světové rozšířenosti konopí svědčí o mnoho používaných názvů napříč všemi národy. Ve staré Anglii ho označovali jako *haenep*, v arabských zemích, Francii a v některých částech Afriky a Asie je označováno jako *haschich* (hašiš), v Indii *bhanga*, *ganja* nebo *chara*, v Čechách *tráva* nebo *joint*. Marihuana se aplikuje jakožto narkotikum kouřením nebo jako součást nápoje nebo pokrmu. Užívá se buď čistá, nebo jako příměs. Pro tyto účely se využívají listy, okvěti a jejich produkt, lepkavá pryskyřice, která obsahuje nejvíce aktivní látky THC. Podle botanických výzkumů chrání rostlinu v produkčním období před vysušením.



Oproti opiu, bylo konopí přijímáno v evropské kultuře rozporupněji. Souvislost lze spatřovat s účinky na lidský organismus, které jsou daleko různorodější, než u prvně zmiňovaného opiátu. Pro názornost může sloužit následující historická událost, dokazující variabilitu účinku této halucinogenní rostliny.

V 17. století se anglický obchodník Thomas Bowrey plavil s posádkou podél břehu Bengálska. Zdejší obyvatelé popíjeli nápoj bhang, který se vyráběl ze sušených listů konopí a jeho semen. Námořníci se rozhodli nápoj také ochutnat a Bowreyho záznam a je patrně prvním doloženou zmínkou, kdy Angličan přišel do kontaktu s touto látkou:

*„Již záhy to většinou z nás probudilo nesmírné veselí, vyjma dvou nebo tří členů posádky, kteří se, jak se domnívám, obávali, aby jim nápoj neuškodil. Jeden proseděl celé dopoledne na podlaze a hořce plakal, druhý celý vystrašený strčil hlavu do velkého mordvanského džbánu a setrval v něm po více než čtyři hodiny, čtyři nebo pět dalších polehávalo na kobercích, přičemž jeden druhého vychvalovali a všelijak sobě lichotili, představující si, že jsou bezmála císaři. Další popuzeně se choval a jak se zápasit s jedním z dřevěných pilířů verandy, až si kůži z kloubů na prstech sedral. Já ještě s jedním mužem jsme proseděli tři hodiny v potu.“<sup>5</sup>*

Bowreyho zaznamenaná zkušenost je důkazem, že konopí se svou účinnou látkou působí na lidskou psychiku a organismus velmi rozdílným způsobem a vždy záleží na konstituci a psychickém rozpoložení konkrétního uživatele. Protože někteří lidé zažili spíše negativní zkušenost a chování sebe samých, byla marihuana přijímána s určitým despektem. Byla považována za věc, která může člověka společensky znemožnit a zesměšnit. Ne náhodou panovalo mezi Evropany 18. století mínění, že Arabové a Indové potřebují nějakou drogu buď proto, že jsou neschopní nebo potřebují zapomenout na své nedostatky.

K podobnému kulturnímu přijímání konopí docházelo až do začátku 19. století. Francouzi dobili Egypt a Alžírsko a Evropa získala o droze lepší povědomí.

---

<sup>5</sup> DAVENPORT-HINES, R. *Honba za zapomněním: Světové dějiny narkotik 1500 – 2000*. 1. vyd. Praha: BB/art, 2004. s. 15. ISBN 80-7341-202-0

## Listová koka

Listová koka zaujímá v historii používaných psychotropních látek třetí nejvýznamnější místo. Rudokřev koka (*Erythroxylum coca*) je keř se zlato-zelenými listy, které obsahují malé množství nikotinu a velký obsah kokainu. Tyto dva alkaloidy jsou nejpodstatnějšími složkami této rostliny. Celkem jich obsahuje čtrnáct. Dorůstá výšky maximálně dvou metrů a může se sklízet v závislosti na klimatických podmínkách až třikrát do roka. Listy koky se suší na slunci. Nejstarší způsob jak se koka používala, bylo orálně.

*„Archeologické nálezy z Ekvádoru a Chile napovídají, že žvýkání koky je zvyk starý přes dva tisíce let. Místní obyvatelé listy nejprve převalují v ústech a mísí se slinami a pak je vkládají do kapsy mezi dásněmi a tváří. Alkaloidy obsažené v listech působí přímo na centrální nervovou soustavu, ulevují od hladu, žízně a únavy.“<sup>6</sup>*

Obchodovat s kokou se začalo v době, kdy do Peru přicestovali v průběhu 16. století první španělští konvistadoři (dobyvatelé). Ti využívali koku jako prostředek, který zvyšoval produktivitu práce u porobených dělníků, kteří pro ně v dolech těžili stříbro. Podmínky zde byly velmi tíživé a kokain v organismu dokázal alespoň trochu utlumit realitu.

V Evropě se začala koka pěstovat v době, kdy se začaly používat vyhřívané skleníky. První byly postaveny v roce 1709 v botanické zahradě holandské univerzity v Leydenu. Kokain, jakožto hlavní účinnou psychoaktivní látku se podařilo určit až ve druhé polovině 18. století. Listová koka byla například doporučována pro své stimulační účinky námořníkům pro zvládání těžké práce na moři místo alkoholu.

---

<sup>6</sup> DAVENPORT-HINES, R. *Honba za zapomněním: Světové dějiny narkotik 1500 – 2000*. 1. vyd. Praha: BB/art, 2004. s. 19. ISBN 80-7341-202-0

## **Durman**

Durman obecný (*Datura stramonium*) je rostlina z čeledi lilkovitých. Roste prakticky ve všech podnebných pásmech od tropů po mírné pásmo a běžně se vyskytuje i na území České republiky. Halucinogenní a léčivé účinky durmanu byly známy jak na Starém kontinentě, tak i v Novém světě. V Indii byla tato rostlina považována za účinné afrodisiakum.

Objevitelem rostliny byl osobní lékař španělského krále Filipa II. Franciscio Hernandez, který jí objevil někdy mezi lety 1570 – 1577 v Mexiku. Poté jí přivezl do Španělska a poměrně rychle se rozšířila pěstováním v zahradách. První zmínku v herbářích nalezneme v roce 1747 díky Elisabeth Blackweelové.

O tom, jak byla a je známá tato rostlina i u nás svědčí mnoho lidových názvů. Mezi ně patří chlupaté jablko, bodlákové jablko, ďáblova trumpetka, čertí hlava, svinské jablko nebo lilek potřeštěný.

Hlavní účinné látky durmanu jsou atropin, hyoscyamin a skopolamin. Je to smrtelně jedovatá rostlina, které se nevyužívá pro výrobu léků ani v léčitelství. Je to silný halucinogen (látka způsobující smyslové halucinace), hypnotikum (látka způsobující spánek) a parasympatikolytikum (látka, která tlumí činnost autonomních nervů). Pokud se durman používal k léčitelství nebo k rituálním účelům jako psychoaktivní látka, tak nikdy vnitřně. Inhaloval se v podobě kouře nebo se z něj připravovaly výtažky, kterými se potíraly sliznice nebo kůže.

O síle účinku této rostliny může vypovídat i to, že podle dochovaných historických záznamů, jí používal indiánský kmen Čibčů na území dnešní Kolumbie při rituálních pohřbech. Odvar z durmanu byl podáván manželkám, aby mohly být následně ve stavu totální paralýzy pohřbeny zaživa společně se svými manžely.

## **Kata jedlá**

Kata jedlá (*Catha edulis*) je tropická rostlina známá jako khat, čat, gat, chaad nebo miraa. Její původ je na území východní Afriky a Arabského poloostrova. Pomalu rostoucí keř dosahuje výšky jedna a půl až pěti metrů, podle oblasti a srážek, kde roste. Kata obsahuje alkaloid cathin, látku podobnou amfetaminu. Pochází pravděpodobně z hor jižní

Etiopie, kde roste na sopečných půdách a v údolích. V současnosti je důležitou surovinou ve zmiňované Etiopii, Somálsku a Jemenu. Nutno podotknout, že na územích těchto států se jedná o legální drogu. Užívají se mladé a křehké výhonky a mladé listy, které se žvýkají. V Somálsku existují přímo místa, kde se droga užívá společensky, v takzvaných katových domech, které se nazývají madžlís. Z této rostliny se také vyrábí čaj nebo i alkoholické nápoje. Výtažky z rostliny se také míchají s medem a vzniká medové těsto nebo medové víno, jak se tyto nazývají. V Arábii se listy této rostliny suší a kouří společně s tabákem.

Droga obsažená v této rostlině má podobné účinky jako amfetamin nebo adrenalin. Má halucinogenní a stimulační účinky, které se liší v závislosti na množství účinné látky cathin v organismu. Užití malé dávky působí stimulačně, vyvolává vzrušení, dobrou náladu, tlumí pocit hladu a ospalosti. Při vyšších dávkách je člověk sociálně aktivní a družnější. Dlouhodobé užívání drogy ovšem postupně vede k závažným fyziologickým poruchám, konkrétně k poruchám srdeční činnosti a nervového systému.

*„V oblasti dnešního výskytu katy (východní Afrika, Arábie) se zřejmě využívá jejích halucinogenních účinků už dlouhou řadu let, ale význam této rostliny byl, jak se zdá, pouze lokální. Kata byla do 16. století mimo oblast svého výskytu prakticky neznámá. Teprve v roce 1775 ji popsal a pojmenoval finský přírodovědec Peter Forrskal.“<sup>7</sup>*

Zmiňovaný lokální význam rostliny souvisí s metodou její konzumace a užívání. Užívá se čerstvá, což znemožňuje její skladování a následnou distribuci.

---

<sup>7</sup> KRMENČÍK, P. *Encyklopedie psychotropních rostlin* [online]. © 2007 [cit. 2012-11-21]. Dostupné z: <http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3rcae.html>

**Obrázek 3: Muž nese svazek katy jedlé na tržišti v jemenském Harare. Jemen patří v dnešní době k zemím s největší produkcí této drogy. Ta je společensky akceptována, protože v některých islámských zemích nahrazuje alkohol.**



Zdroj: *Rostlinné omamné drogy: kata jedlá* [online]. © 2002 [cit. 2012-11-14]. Dostupné z: [http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s\\_id=2323&s\\_rub=0&s\\_sv=1&s\\_ts=40102,026875](http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=2323&s_rub=0&s_sv=1&s_ts=40102,026875)

V současnosti je velmi populární v arabském světě, kde nahrazuje svými účinky alkohol, který je muslimům dle jejich víry zapovězen.

### **Muchomůrka červená**

Poslední rostlinou drogou, kterou ve svém přehledu zmíním, je muchomůrka červená. Stejně jako u předchozích, patří k nejrozšířenějším a nejvýznamnějším zdrojům rostlinných psychoaktivních látek. Z hlediska výskytu se jedná o velmi rozšířenou houbu z čeledi štitovkovitých. Vyskytuje se v širokém pásmu celého mírného pásu Starého i Nového světa. U nás se vyskytuje hojně v období od srpna do listopadu v listnatých i jehličnatých lesích. Často roste i mimo les, na lukách, mezích a podobně. Díky svému tvaru a zbarvení se jedná o jednu z nejsnáze identifikovatelných hub. Její klobouk je typický svou oranžovo-červenou barvou. Je posázen bílými struky. Na třeni je v horní části prsten, který je dalším z poznávacích znaků muchomůrky červené.

Její historie sahá až někam do doby 1500 let před naším letopočtem. Má se za to, že nejstarší zmínky o této rostlině jsou uvedeny v prvních hymnistických textech díla Rgvéda, které patří do souboru védské literatury. Jedná se o jeden z nejstarších spisů národa Áryů, kteří se v tomto období usadili na území dnešní Indie. Po hlubším rozboru těchto historických textů usoudil v roce 1962 americký mykolog Gordon Wasson (1898 – 1986), že bájný nápoj Soma, zmiňovaný v díle, byl připravován právě z muchomůrky červené. Patřil k hlavním obětinám, používaným při náboženských obřadech.

Rostlina patří mezi rostliny, která patří po chemické a toxikologické stránce za jednu z nejprozkoumanějších hub. Obsahuje dvě skupiny odlišných látek. Do první skupiny patří cholin, acetylcholin, muskaridin a muskarin, který je toxikologicky nejučinnější. Druhou skupinu látek tvoří kyselina ibotenová, muscimol a muskazon. Jako droga se používá klobouk, který se suší nebo se užívá přímo. Slouží k výrobě macerátu nebo nálevu s vodou nebo mlékem.

**Obrázek 4: Archeologické nálezy z období cca 1000 let př. n. l. dokazující, jakou měly houby rituální a náboženskou symboliku. Převážně ty s obsahem psychoaktivních látek se používali při nejrůznějších obřadech pro změnu vědomí.**



Zdroj: HOFMANN, A. a SCHULTES R.E. *Rostliny bohů: Jejich posvátná, léčebná a halucinogenní moc*. 1. vyd. Praha: Maťa, Volvox Globator, 1996. s. 4. ISBN 80-7207-007-X

Při intoxikaci dochází k dráždění centrální nervové soustavy, které se projevuje zvýšením sliněním a slzením, tlaky, bolestmi břicha a zvracením. V první fázi jsou

přítomny pocity horka a mravenčení v celém těle. Po psychické stránce má člověk pocity neobvyklé lehkosti a touhy po pohybu. Stupňuje se vzrušení a přicházejí halucinogenní stavy. V závažné, druhé fázi se dostavuje kóma, zvýšená nervová dráždivost a pokles krevního tlaku. V průběhu odeznívání intoxikace se po dobu až několika dní objevují poruchy koordinace a řeči.

### **Další rostlinné drogy**

Mezi další rostlinné drogy patří například betel, rozšířený v oblastech deštných pralesů. Dále kawa pocházející s oblasti Polynésie nebo koka, kterou používali již dávní Inkové. Všechny omamné látky rostlinného původu mají společné historické souvislosti. Byly odjakživa součástí lidské činnosti. Lidé během krátké doby objevili jejich psychotropní účinky a využívali je při náboženských rituálech nebo jako součásti svého běžného života. Až do poměrně nedávné minulosti byly legálně rozšířené a společensky přijímané. V momentě, kdy pokročilo lékařství a s ní související vědní obory, se začaly narkotika vnímat realisticky, se všemi jejich pozitivními i negativními účinky. Od počátku 19. století se postupně staly nelegálními a obchod s nimi trestným. I přesto, že v dnešní době není všude na světě přihlíženo k drogám stejně, dá se všeobecně konstatovat, že nikde není trh s nimi naprosto volný, neregulovaný nebo dokonce podporovaný.

Předchozí historický exkurz měl v úvodu této práce objasnit a pochopit, co stálo za objevením a následným užíváním rostlinných drog a úvodem do celkového tématu závislosti na psychoaktivních látkách.

## 2. PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKY, ROZDĚLENÍ A ÚČINKY

### 2.1 Rozdělení psychoaktivních látek dle původu

Primární dělení drogy je dle chemického původu. Zde rozlišujeme v zásadě tři typy drog (psychoaktivních látek):

- a) Droga přírodní.
- b) Droga polosyntetická (semisyntetická).
- c) Droga syntetická.

Ad a)

Původní přírodní produkty, rostlinného původu, které obsahují narkotikum. Z historického hlediska počátek užívání těchto látek a závislostí. V současnosti existuje více jak dva a půl tisíce rostlin a hub, které obsahují látku ovlivňující lidské chování a myšlení.

Přírodní droga je látka, které se užívá přímo bez nějaké další technologické úpravy. Konzumuje se přímo nebo se používá k výrobě odvarů, sušená apod. K omamným rostlinným drogám patří více jako dva a půl tisíce rostlin a hub. Z rostlin uveďme příklady jako durman, marihuanu, hašiš nebo koku. Mezi zástupce hub patří tyto zástupci: muchomůrka červená nebo celá skupina psylocybinových hub, mezi které patří i známá lysohlávka česká (*Psilocibe bohemica*). Ta byla v 50. letech nalezena v údolí řeky Sázavy a patří k nejčastěji zneužívaným rostlinným drogám u nás.

Ad b)

Polosyntetická droga je látka přírodního původu, která prošla určitou technologickou úpravou, tak aby se z přírodního produktu extrahovala čistá účinná látka, z důvodu zvýšení účinnosti, následného skladování nebo samotného způsobu užití.

Mezi takové drogy patří kokain, crack nebo heroin. Z pohledu účinků a závislostí jde o nebezpečnější látky, než tomu je u původních přírodních variant.



Obecně se dá říci, že čistá, extrahovaná účinná látka bez dalších příměsí znamená nejenom daleko intenzivnější účinek na lidský organismus, ale nese sebou i daleko větší riziko zdravotních komplikací a závislostí. Současně zde hraje svou roli, o jakou konkrétně se jedná látku v rámci zařazení dle míry rizika a účinku na psychiku.

Ad c)

Syntetické psychoaktivní látky jsou produktem moderní chemie. V 19. století došlo k mohutnému vývoji farmacie. Současně s rozvojem užívání léků k lékařským účelům docházelo i k zneužívání těchto látek a později i samotné výrobě narkotik, při které se používaly a dodnes používají nejmodernější technologické postupy. Už to nejsou jen léky, které se používají jako drogy. Dnes už se droga vyrábí jako finální produkt.

Mezi omamnou látkou, které se vyrábí z léků, patří například metamfetamin, známý pod obchodním názvem Pervitin. K jeho výrobě se používají farmaka obsahující efedrin. Jde o poměrně běžné léky proti nachlazení, které jsou dnes na lékařský předpis, právě kvůli možnosti jejich zneužití pro výrobu narkotik.

Drogou, které je od začátku vyráběna pro nelegální drogový trh, je například Extáze. Účinnou látkou je MDMA, chemicky 3,4-methylendioxy-N-methylamfetamin. Jedná se patrně o nejrozšířenější a nejpopulárnější drogu se stimulačními účinky na trhu.

## **2.2 Rozdělení psychoaktivních látek dle míry rizika závislosti**

Dělení dle míry rizika narkotik je používáno převážně v souvislosti s možnými následky jejich nadměrného zneužívání (abúzu). S následujícím dělením se i často setkáme v souvislosti se sociálně patologickými jevy, převážně s kriminalitou a otázkami legálnosti činností spojených s drogou.

Základní rozdělení dle rizika závislosti:

1. Drogy měkké.
2. Drogy tvrdé.

Ad 1.

Měkké drogy je označení pro taková narkotika, u kterých existuje tzv. akceptovatelné riziko spojené s jejich užíváním. Mezi jejich zástupce patří káva, tabákové výrobky, konopí a droga číslo jedna v současné společnosti – alkohol. Alkohol se budu věnovat v samostatné kapitole této práce.

Akceptovatelným rizikem se míní takový stav, kdy většinou nehrozí zásadní vznik závislosti nebo vážného poškození fyzického a duševního zdraví, pokud se látka neužívá v nadměrném množství, neúměrně svému účelu. Za příklad si můžeme vzít pití kávy. To samo o sobě není pro zdravého člověka škodlivé, naopak může působit i léčivě nebo jako prevence při vzniku mozkové mrtvice, cukrovky, nebo Parkinsonovi choroby. Káva samotná obsahuje přes 200 zdraví prospěšných látek, tzv. antioxidantů, které přispívají k ochraně zdraví, například před onemocněním rakovinou. Pokud se ovšem káva, potažmo v ní obsažená hlavní účinná látka kofein konzumuje v nadměrné míře, existuje zde zvýšené riziko zdravotních komplikací. Ty jsou spojené s vysokým krevním tlakem, snížením hladiny vápníku v organismu nebo podle posledních studií s negativním vlivem na mužskou potenci. Z hlediska následného sociálně patologického jednání v souvislosti s pitím kávy, se jedná o rizika naprosto minimální. Vášnivý milovník tohoto nápoje nebude kvůli své závislosti páchat kriminální činnost nebo se na něm neprojeví závažné psychické nebo fyzické změny související s poškozením centrálního nervového systému.

I mezi tzv. měkkými drogami však existují takové, u kterých se vede polemika nad jejich škodlivostí. Příkladem je marihuana. Ta rozděluje i odbornou veřejnost za dva tábory. Zastánci marihuany tvrdí, že její užívání není až takovým velkým společenským a zdravotním rizikem a poukazují na její léčebné účinky. Někteří volají i po její legalizaci. Naopak proti tomu stojí její odpůrci, kteří tvrdí, že je prokázána souvislost užívání indického konopí (druh marihuany, která obsahuje aktivní látku THC) mezi sociálně

nepřijatelným chováním nebo trestnými činy. Současně ho označují za vstupní bránu do světa tvrdých drog.

Ad 2.

U tvrdých drog je však situace jasnější. Tady platí, že užívání tvrdých drog je dříve nebo později vždy spojeno s poškozením fyzického a psychického zdraví, syndromem závislosti a rozpadem standardních sociálních vazeb a chování.

K zástupcům tvrdých drog patří heroin, pervitin, kokain, crack. Riziko závislosti u tvrdých drog je jednoznačně vysoké, stejně tak riziko následného sociálně patologického jednání a kriminality s ním spojené.

Tabulka 1: Míra rizika v závislosti na tvrdosti drogy.

<b>Základní rozdělení drog : "Tvrdé" a "měkké" drogy</b>		
Míra rizika	"Tvrdost"	Zástupci
Vysoká	"Tvrdé"	toluen, aceton, heroin, morfin, durman, crack
Vysoká až střední	"Tvrdé"	LSD, lysohlávky, kokain, pervitin
Střední	"Tvrdé"	alkohol, extáze, efedrin, kodein
Relativně malá	"Měkké"	marihuana, hašiš, kokový čaj
Prakticky bez rizika	"Měkké"	káva, čaj

Zdroj: *Definice a rozdělení drog* [online]. © 2009 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: [http://www.zachranny-kruh.cz/rizikove\\_chovani/definice\\_a\\_rozdeleni\\_drog.html](http://www.zachranny-kruh.cz/rizikove_chovani/definice_a_rozdeleni_drog.html)

*„Závislost zpravidla přivádí postiženého člověka do tělesné, psychické a sociální bídy a vede často k předčasné smrti. Ničí důstojnost, protože narušuje sebeúctu a rozvrací akceptování takového člověka sociální sítí“.*<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> RAHN E. a MAHNKOPF A., T. *Psychiatrie – učebnice pro studium a praxi*. 1 vyd. Praha: Grada, 2000. s. 42. ISBN 80-7169-964-0

## **2.3 Rozdělení psychoaktivních látek dle účinku na lidskou psychiku**

Toto rozdělení je jedním z nejpodrobněji popsaných a věnuje se mu největší pozornost, protože vystihuje a popisuje samotnou podstatu působení těch látek – působí na centrální nervový systém a způsobují následně změny ve fyzických a psychických projevech. Ty mohou být velmi dramatické a mohou ohrozit zdraví a život člověka.

Rozdělení dle účinku a zástupci těchto látek:

### **2.3.1 Psychofarmaka (trankvilizéry)**

Jedná se o látky, používané v lékařství při léčení psychotických stavů. Výrazně omezují výskyt halucinací, psychické tenze (napětí), strachu. Uvolňují, mírní a zklidňují agresivitu pacientů, jakožto jeden z projevů mnoha psychických onemocnění nebo poruch osobnosti. Jedná se o léky se silnými účinky, kde je velké riziko průvodních negativních vedlejších účinků. Mezi ně patří poruchy koordinace, stav podobný Parkinsonově chorobě, poruchy oběhového systému, kognitivních schopností. Dále pak mohou způsobit problém s pamětí nebo zhoršení sexuálních funkcí.

### **2.3.2 Cannabinoidy**

Cannabinoidy patří mezi látky s halucinogenním účinkem a jsou obsaženy v rostlině Cannabis (konopí). Aktivní látkou je delta-9-tetrahydrocannabinol (THC).

Zástupci cannabinoidů:

#### **Marihuana (konopí)**

Směs listů, semen, květů a palic konopí.

#### **Hašiš**

Samotná pryskyřice získaná z konopí, obsah účinných látek je až 40%.

### 2.3.3 Psychedelika (halucinogeny)

Halucinogenní účinek je charakterizován vlivem na vědomí a vnímání člověka a působením psychických změn. Zjednodušeně se dá říci, že takto intoxikovaný jedinec prožívá své vnitřní světy a představy pomocí halucinací, které mnohdy považuje za reálné. To bývá velmi nebezpečné jak pro něj, tak pro ostatní. Existuje zde velké riziko, že ublíží sám sobě nebo svému okolí. Tyto stavy mohou vést až do stádia toxické psychózy.

Projevy toxické psychózy:

- Sluchové a jiné halucinace (vizuální nebývají tak časté).
- Pocit pronásledování.
- Vysoká míra vztahovačnosti.
- Neklid nebo naopak strnulost.
- Abnormální emoce.
- Emoce, které nemají reálný základ (útěk před domnělým nebezpečím apod.).
- Úzkostné stavy.
- Pocit kontaktu s mimozemskými civilizacemi, pocit schopnosti telepatie (přenosu myšlenek) a telekineze (pohybování fyzickými předměty silou vůle).

*„Svou chemickou strukturou se podobají serotoninu, jednomu z důležitých neurotransmiterů. Jejich hlavním účinkem je změna vnímání, obvykle jde o vizuální halucinace, pocity depersonalizace a derealizace. Navozují stavy excitace a změny nálady. Ty mohou mít různý charakter, objevuje se euforie, ale i ataky úzkosti a panickými reakcemi a depresivními stavy.“<sup>9</sup>*

Jedním z fenoménů užívání halucinogenů jsou tzv. „flashbacky“, což se dá volně přeložit jako problesky minulosti. Jsou to stavy, kdy uživatel prožívá účinky drogy, i když není ve stádiu akutní intoxikace. Tato stavy se vysvětlují účinky zbytků látky v organismu, které se postupně uvolňují.

---

<sup>9</sup> VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2008 s. 567. ISBN 978-80-7367-414-4

Jako příklad dramatické účinku halucinogenů může sloužit případ, který se stal u nás v srpnu 2011. Dva mladíci z Ostravy inhalovali marihuanu a orálně užívali odvar z lysohlávek, které obsahují vysokou dávku psilocybinu, velmi silného přírodního alkaloidu. Pod vlivem těchto látek a následné toxické psychózy se jeden z nich pokusil druhého zabít. Napadenému se podařilo útok odvrátit a zavolal policii. Než ovšem na místo útoku dorazil, tak se útočník pokusil o sebevraždu. Později při policejním vyšetřování uvedl, že ve stavu akutní intoxikace měl „reálný“ pocit, že je Bůh a že svému kamarádovi chtěl ulehčit pozemskému trápení tím, že ho zbaví života. Když se mu toto nepodařilo, tak obrátil agresi vůči sobě samému. Uvedl současně, že když na místo, kde se tato událost odehrála, dorazili záchranáři, měl vize, že jsou to andělé a že se mu jeho posláni podařilo uskutečnit.

Soud mu později uložil podmíněný trest a současně nařídil léčbu závislosti. Současně konstatoval, že v době činu nebyl příčetný, díky vlivu psychoaktivních látek.

V roce 2000 spáchal v Brně sebevraždu skokem z okna mladík, který byl rovněž pod vlivem lysohlávek. Lidé, kteří zažili účinky této houby, uvádějí, že zažívají velmi silné halucinace a nedokážou v tomto stavu rozlišit realitu od představ. Jejich základní kognitivní schopnosti jsou v této době silně potlačeny.

**Obrázek 5: Lysohlávka kopinatá (*Psilocybe semilanceata*). Nenápadná houba, malého vzrůstu. V České republice je nejvíce rozšířená lysohlávka česká (*Psilocybe bohemica*).**



Zdroj: *Psilocybinové houby(lysohlávky)* [online]. © 2002 [cit. 2012-09-14]. Dostupné z: [http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s\\_id=2330&s\\_ts=41142,1025694444](http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=2330&s_ts=41142,1025694444)

Zástupci halucinogenů:

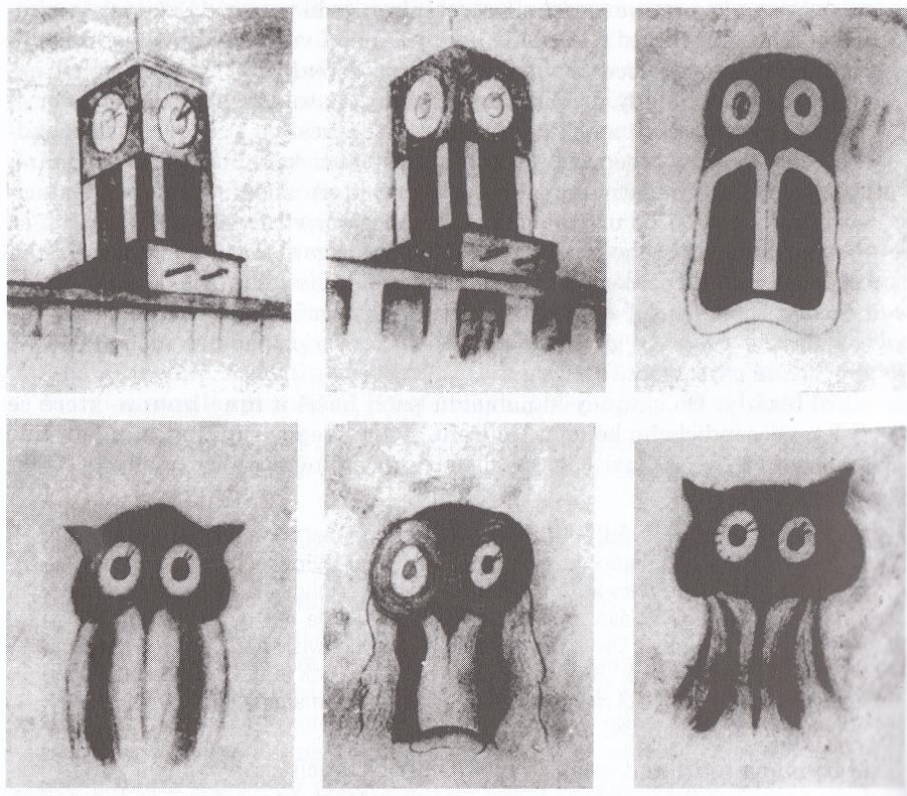
### **LSD**

Látka v podobě krystalů nebo tripů (LSD rozpuštěno v savém papírku). Způsobuje halucinace a panické reakce, které mohou trvat až několik dnů.

### **Psilocybin**

Psychicky velmi aktivní látka obsažená v houbách lysohlávkách. Způsobuje silné halucinace až pocity šílenství.

**Obrázek 6: Vývoj iluze nakreslené pod vlivem intoxikace LSD.**



Zdroj: VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie *pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008 s. 568. ISBN 978-80-7367-414-4

Na obrázku je patrné, jak pokusný subjekt nejprve nakreslil reálný objekt – hodinovou věž a po intoxikaci halucinogenem LSD u něj došlo k postupné změně vnímání reality. Hodinová věž se změnila v ptáka, pravděpodobně sovu.

### **Extáze (MDMA)**

Stimulační a halucinogenní droga. Nejčastěji se vyskytuje ve formě tablet nebo kapslí. Způsobuje celkovou stimulaci, navození pocitu klidu a pohody, zmírnění stresu. Mezi negativní účinky patří zejména odstranění pocitu žízně s následným nebezpečím přehřátí organismu a dehydratace nebo poškození nervových buněk.



### 2.3.4 Opiáty (opioidy a benzodiazepiny)

Název těchto látek je odvozen od názvu opium, látky obsažené v nezralých makovicích. Opiáty jsou látky, které jsou svojí strukturou podobné morfiu, používaného proti bolestem a pro utlumení organismu. Morfium je v lékařství nejčastější složkou narkotik.

*„Jejich první účinek bývá velmi slabý, někdy i negativní. Tyto látky však vyvolávají velmi rychle silnou biologickou i psychickou závislost, rychlý je i růst tolerance. Jejich účinek je vázán na opiové receptory v mozku. V důsledku delšího užívání se tlumí produkce vlastních morfinů, tzv. endorfinů, a jejich nedostatek zvyšuje potřebu získat tuto látku jinak. Hlavním důvodem k jejich užívání je především potřeba zabránit nepříjemným abstinčním projevům.“<sup>10</sup>*

Opiáty jsou považovány společně s těkavými látkami za nejnebezpečnější psychotropní látky. Způsobí silné syndromy závislosti.

Příznaky účinku opiátů:

- Utlumení mozkové činnosti.
- Tlumení bolesti.
- Navozování pocitu euforie a klidu.
- Neschopnost soustředění.
- Nezájem o okolí.
- Snížení ostrosti vidění.
- Nevolnosti a zvracení, zácpa.
- Sucho v ústech, nosu a očích.
- Křeče.
- Halucinace a pocity úzkosti.

---

<sup>10</sup> VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2008 s. 565. ISBN 978-80-7367-414-4

Zástupci opiátů:

### **Morfium**

Látka vyráběná z přírodního opia a v lékařství používaná k tlumení bolesti. Velmi rychle vzniká psychická a fyzická závislost.

### **Oxikodon (Perkodon)**

Polosyntetický derivát morfinu. Lék užívaný k tišení bolesti. Vyvolává podobnou závislost jako morfium.

### **Subutex (Buprenorfin)**

Lék proti bolesti. V současné době jedna z nejpoužívanějších opiátových drog. Nejčastěji se používá ve formě tablet. Účinky jsou podobné jako u ostatních opiátových drog.

### **Opium**

Jedna z nejstarších přírodních drog. Produkt nezralých makovic. Navozuje pocit euforie a klidu.

### **Heroin**

Nejčastěji používaný opiát. Jeho závislost se považuje za nejhorší. Je označován za společensky nejškodlivější drogu. Škodlivost je přibližně dvanáctkrát větší než u opia. Vysoké riziko užívání souvisí s předem neodhadnutelným procentem obsahu aktivní látky v jedné dávce. To se pohybuje od 5 až do 100 procent, přičemž tato dávka je smrtelná.

### **2.3.5 Stimulanty (stimulační drogy)**

Stimulačními drogami označujeme budivé látky nebo také psychomotorické stimulanty. Chemické složení bývá velmi rozličné. Tyto látky způsobují fyzické a duševní povzbuzení. To se projevuje lehkým povzbuzením nebo až nekontrolovatelným vzrušením.

Stimulační drogy nevyvolávají fyzickou závislost, avšak způsobují silnou závislost psychickou. Jejich užívání je také spojeno se vznikem srdečních a mozkových příhod.

Příznaky účinku stimulantů:

- Tělesné a duševní povzbuzení.
- Nekontrolovatelné vzrušení.
- Pocity euforie, síly, sebedůvěry a neúnavnosti.
- Ztráta hmotnosti.
- Srdeční arytmie, zvýšení krevního tlaku.
- Rozvrácení koordinačních funkcí nervové soustavy.
- Halucinace.
- Úzkosti, těžké deprese a psychózy.
- Sebevražedné tendence.

Zástupci stimulantů:

### **Amfetaminy**

Látky, které stimulují centrální nervovou soustavu, často používané jako nelegální doping. V lékařství jsou používány při léčbě narkolepsie (chorobné spavosti) a jako součást léků na hubnutí. Nelegální droga má podobu tzv. „ice“ (led). Ten se kouří, aplikuje injekčně nebo šnupe.

### **Kokain**

Kokain je droga v podobě bílého prášku, získávaná z keře koka (*Erythroxylum coca*). Mezi způsoby aplikace je žvýkání listů nebo šňupání, popřípadě nitrožilní aplikace. Po užití kokainu je člověk přátelský, družný, vyskytují se příjemné halucinace, projevuje se u něj hyperaktivita. Dále se dostavuje euforie a mizí zábrany. Současně se mohou objevit poruchy chování a při dlouhodobém užívání se jedná o závažné poruchy a poškození organismu. Objevují se úzkostné a paranoické stavy. Kokain velmi zatěžuje organismus a jeho šňupání vede k poškození nosní sliznice a čichu. Předávkování může

vést k ochromení dýchacího centra s fatálními důsledky. Psychická závislost na kokainu se považuje za vůbec nejsilnější.

### **Pervitin (Metamfetamin)**

Pervitin je považován za českou obdobu kokainu. Během 80. let u nás došlo k rozvoji zneužívání této drogy. Pervitin se nelegálně vyrábí ve formě bílého nebo hnědého prášku a aplikuje se šňupáním nebo nitrožilně. Velké nebezpečí, obdobně jako u heroinu, spočívá v tom, že nelze přesně odhadnout velikost a koncentraci dávky. Další rizika jsou stejná jako u kokainu. U této drogy současně i velmi rychle roste tolerance, proto musí uživatel neustále zvyšovat dávku, aby dosáhl stejného účinku.

### **2.3.6 Organická rozpouštědla (těkavé látky)**

Tyto látky jsou považovány za nejnebezpečnější skupinu psychoaktiv. Mají velmi silný narkotický (tlumivý) účinek a snadno dochází k předávkování s fatálními následky. Chemickým složením se je jedná o uhlovodíky.

Užívají se inhalací, tj. vdechováním přímo z přepravního obalu nebo zprostředkovaně, kdy se jimi napustí tkanina, která se následně přikládá k dýchacím cestám.

Příznaky užití těkavých látek jsou stejné jako u opiátů. Mimo to zde hrozí velmi vážné poškození organismu jako poškození jater, ledvin, mozkových buněk, poškození dýchacích cest, plic nebo zhoršením paměti.

Zástupci rozpouštědel:

#### **Toluen**

Toluen (methylbenzen) je čirá, ve vodě nerozpustná tekutina. Používá se v průmyslu pro ředění syntetických barev. Její nebezpečnost spočívá i v běžné dostupnosti. Toluen kombinuje tři zásadní faktory, které z něj dělají vysoce nebezpečnou drogu: dostupnost, vážná poškození organismu a silnou psychickou závislost.

### 3. ZÁVISLOST NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

Člověk se vždy snažil uniknout od běžných problémů života, dosáhnout pocitu pohody, štěstí nebo mimořádných výkonů. Vždy hledal únik a východisko z obtížných životních situací, kdyby se od nich dokázal alespoň na chvíli odpoutat a zapomenout na ně. Vyvolání žádoucího pocitu štěstí, odvahy, pohody, pocitu jistoty a sebevědomí, zbavení strachu, zlepšení sebehodnocení a sebedůvěry, inspirace a nevšední zážitky, to všechno jsou proměnné, které člověka motivují, aby užil některou z psychoaktivních látek. Ty umožňují vše získat prakticky okamžitě a bez přílišné námahy. Nutno podotknout, že se jedná o iluzi, která končí v momentě, kdy přestanou v organismu účinkovat.

*„Co odlišuje člověka závislého od obyčejného uživatele, konzumenta? Je to přemrštěnost, nadměrnost požívání látky. Tato přemrštěnost vede ke snížení schopností uživatele uplatnit se v běžném životě.“<sup>11</sup>*

Jedním z důvodů, proč člověk bere nějakou drogu, je i ztráta zodpovědnosti k sobě samotnému:

*„Nadměrné užívání toxických látek se týká závislosti na alkoholu, drogách, jídle a dalších toxických látkách. Útěk je hlavní podstatou chorobných potřeb, které jsou zkomolením instinktů zodpovědnosti k sobě.“<sup>12</sup>*

---

<sup>11</sup> HAJNÝ, M., KLOUČEK, E. a STUHLÍK R. *Akta Y – Drogový problém versus rodina*. 1. vyd. Praha: Votobia, 1999 s. 44 ISBN 80-7220-022-4

<sup>12</sup> KATHLEEN, S. *12 kroků – metoda odvykání závislosti*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1997 s. 17 ISBN 80-7349-011-0

### 3.1 Důsledky užívání psychoaktivních látek

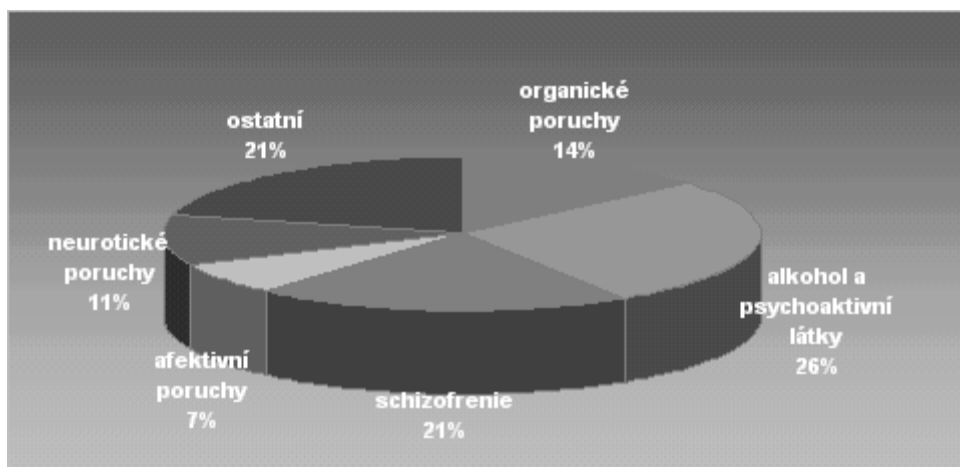
Jako psychoaktivní látky označujeme látky, které mohou měnit psychický stav. Subjektivně žádoucím způsobem, subjekt užívá tyto látky za účelem zlepšení reálného stavu, nikoli naopak.

Důsledky užívání:

- Akutní intoxikace: jedná se o přechodnou změnu fyziologických a psychických funkcí.
- Zneužívání (abúzus): dochází k psychickým nebo somatickým změnám, které se dají charakterizovat jako poškození. Vznikají dlouhodobým užíváním těchto látek. Toto jednání se dá označit za sebepoškozující jednání.
- Závislost: Stav, kdy závislý člověk užívá tyto látky bez ohledu na jejich negativní vliv na jeho zdraví.

Z následujícího grafu je patrné, že největší skupinu hospitalizovaných v České republice tvoří pacienti se závislostí na psychoaktivních látkách. Jedná se tedy o závažný zdravotní a společenský problém.

**Graf 1: Struktura hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách podle skupin diagnóz, 2003.**



Zdroj: ÚZIS ČR, *Co (ne) víme o duševním zdraví?* [online]. © 2009 [cit. 2013-001-02]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku=&artclID=164](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=164)

## 3.2 Syndrom závislosti

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 definuje syndrom závislosti jako seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. V rámci MKN-10 jsou závislosti zařazeny do kategorie „Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek, s označením F10 – F19. Poruchy jsou rozděleny dle druhu psychoaktivní látky. Syndrom závislosti je hodnocen číslem „2“ na konci klasifikace: F1x.2.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro syndrom závislosti na psychoaktivních látkách:

- *Silná potřeba získat tuto látku. Tento stav bývá označován jako bažení, carving.*
- *Neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání.*
- *Růst tolerance, potřeba stále většího množství nebo častějších dávek. Potřeba zvyšování dávek není u každého stejná.*
- *Abstinenční syndrom, který je reakcí na snížení obvyklé dávky nebo na abstinenci. Může mít různý charakter v závislosti na typu psychoaktivní látky a může být různě intenzivní.*
- *Potřeba drogy je dominantní, dochází k omezení všech ostatních zájmů a potřeb. Závislý jedinec vynaloží mnoho času, energie i finančních prostředků, aby získal potřebnou dávku, droga se stala nejvýznamnější hodnotou jeho života.*
- *Potřeba konzumace drogy přetrvává, přestože člověk ví o jejím škodlivém vlivu (často se o něm přesvědčil sám, uvědomuje si své potíže). Mnohdy mu její užívání vadí, chtěl by je omezit, nebo dokonce přestat, ale nedokáže to.<sup>13</sup>*

*„Závislost je onemocněním, které postupně vede k narušení tělesných, psychických i sociálních funkcí.“<sup>14</sup>*

---

<sup>13</sup> SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1996. s. 121. ISBN 80-85800-33-0

<sup>14</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008 s. 548. ISBN 978-80-7367-414-4

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (kokain, alkohol), třídu látek (např. cannabinoidy) nebo širší skupinu látek. Jednotlivé druhy závislosti se kódují do následujících označení:

F10.2 – Závislost na alkoholu.

F11.2. – Závislost na opioidech.

F12.2. – Závislost na cannabinoidech.

F13.2. – Závislost na sedativech nebo hypnotikách.

F14.2. – Závislost na kokainu.

F15.2. – Závislost na jiných stimulancích včetně kofeinu a pervitinu.

F16.2. – Závislost na halucinogenech.

F17.2. – Závislost na tabáku.

F18.2. – Závislost na organických rozpouštědlech.

F19.2. – Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách.

*„Závislost na práci, internetu, patologické hráčství ani nestřídmé požívání projímadel není závislost v pravém slova smyslu. Nelze však popřít, že uvedené druhy návykového chování mají se závislostí určité společné rysy“.*<sup>15</sup>

### **3.3 Typy závislosti na psychoaktivních látkách**

Jednotlivé typy psychoaktivních látek mají diferencovaný účinek s následným rozličným typem závislosti. Dosud není přesně znám mechanismus, který se podílí na vzniku typu závislosti. Podle některých vědeckých teorií je tento mechanismus zakódován již na buněčné úrovni.

---

<sup>15</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 11. ISBN 978-80-7367-905-8



V zásadě existují 2 typy závislostí:

1. Somatická závislost.
2. Psychická závislost.

Ad 1.

Somatická neboli fyzická závislost je taková závislost, kdy dochází k biologické adaptaci na konkrétní psychoaktivní látku. Biologické funkce organismu ovlivňuje droga a v některých případech vzrůstá i tolerance. To znamená, že člověk potřebuje k dosažení stejného efektu stále větší dávku. Při somatické závislosti dochází k abstinenci syndromu, pokud se přeruší užívání drogy. Ten se projevuje rozličně, ale vždy jsou přítomny takové příznaky jako neklid, napětí nebo třes.

*„Odvykací příznaky se u mě projevovaly nervozitou, pak pocitem na zvracení, střídavě horko a zima po těle, bolestivé křeče svalů a nejhorší pro mě byla úzkost, která jako by vycházela ze srdeční krajiny. V tomto stavu se u mě objevovala nezkrotitelná touha po droze (závislý na heroinu, 28 let).“<sup>16</sup>*

Ad 2.

Psychická závislost se projevuje neovladatelnou touhou po droze, opakovanou potřebou jí užít. Závislý člověk je přesvědčen, že pokud si nevezme svou dávku, bude to mít pro něj negativní následky a nebude se cítit dobře. Psychický diskomfort přináší pouhé pomýšlení na to, že dotyčný nemá přístup ke své droze. Dochází k silné fixaci přesvědčení, že droga svému uživateli něco přináší.

---

<sup>16</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 16. ISBN 978-80-7367-905-8

### 3.4 Znaky závislosti

**1. Znak:** Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení).

Termín bažení (z angličtiny „craving“) byl stanoven v roce 1955 odborníky Světové zdravotnické organizace. Označuje se tím touha pociťovat účinky psychoaktivní látky. Ve stejném období došlo k diferenciaci bažení na tělesné a psychické.

Bažení je intenzivnější stav než prosté chtění. V těle dochází k mnoha procesům. Dochází k aktivaci určitých částí mozku spojených s emočním prožíváním a myšlením.

*„Některé objektivní projevy při psychickém bažení:*

- *Nálezy týkající se aktivace určitých částí mozku (dorsolaterální prefrontální kůra, limbický systém, amygdala, mozeček).*
- *Oslabení paměti.*
- *Prodlužuje se reakční čas.*
- *Abnormální nález na elektroretinogramu (záznam elektrické aktivity sítnice).*
- *Zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku.*
- *Snížení kožního galvanického odporu. Vyšší aktivita potních žláz a snížení kožní teploty provází také vystavení podnětům aktivujícím závislost čili „spouštěčům“.*
- *Vyšší salivace (slinění) u závislých na alkoholu.“<sup>17</sup>*

Příznaky bažení se velmi podobají příznakům stresu. V takovém okamžiku m člověk sníženou schopnost se správně rozhodovat. Pokud se člověk naučí tyto situace správně analyzovat, může mu tato zkušenost pomoci do budoucna se takové situaci vyhnout.

---

<sup>17</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 13. ISBN 978-80-7367-905-8

## 2. **Znak:** Zhoršené sebeovládání.

Zhoršené sebeovládání je záležitost, která se týká chování. Člověk nedokáže ovládnout své chování v souvislosti s užíváním návykové látky. Nedokáže si látku nevzít, ukončit její užívání nebo kontrolovat její množství. Faktory, které ovlivňují sebeovládání, jsou například:

- Špatné uvědomění si sebe sama a svých emocí.
- Nadměrná únava a dlouhodobé vyčerpání.
- Závislost na další návykové látce.
- Rizikové prostředí.
- Potlačení a popírání bažení.

Následující schéma ukazuje vztah mezi bažením a ovládnutím, kdy je patrné, jak úzce spolu oba dva stavy souvisí a zásadně ovlivňují chování a uvažování závislého člověka.

Tabulka 2: Schéma vztahu mezi bažením a sebeovládáním

<b>Bažení a sebeovládání</b>				
<b>1. možnost: Spouštěč (např. rizikové prostředí) vyvolá bažení a to zhorší sebeovládání.</b>				
spouštěč	→ bažení není zvládnuto nebo ani zaregistrováno	→ zhoršené sebeovládání		
<b>2. možnost: Spouštěč (např. rizikové prostředí) vyvolá bažení, to je zvládnuto a člověk poučen zkušeností se začne vyhýbat i spouštěčům. Sebeovládání se tak zlepšuje.</b>				
spouštěč	→ bažení	→ zvládnutí bažení	→ vyhýbání se spouštěčům	→ zlepšené sebeovládání
<b>3. možnost: Spouštěč (např. rizikové prostředí) vyvolá bažení, to je zvládnuto, ale člověk podcení vliv spouštěčů. Jejich vliv může v budoucnu vyvolat další silná bažení, a tak ohrozit sebeovládání.</b>				
spouštěč	→ bažení	→ dočasné zvládnutí bažení	→ podceňuje spouštěče	→ sebeovládání je ohroženo

Zdroj: NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 15. ISBN 978-80-7367-905-8

Zhoršené sebeovládání nelze vysvětlit slabou nebo žádnou vůlí (abulií). Projevuje se i u lidí, u kterých se dá předpokládat silná vůle. Návykovými nemocemi trpí vrcholoví sportovci i odborníci ve svých specializovaných oborech, nelze tedy tyto dvě věci dávat do přímé souvislosti. V některých případech (příklad sportovců) mohou sebeovládání zhoršit přehnané nároky (na výkon nebo výsledky). Ty potom vedou k chronickému vyčerpání. Řešením takového stavu je relaxace nebo možnost se někomu svěřit, ventilovat své emoce.

*„Stručně řečeno bažení je příznakem spíše subjektivním, kdežto zhoršené sebeovládání se jasně týká chování.“<sup>18</sup>*

### **3. Znak:** Somatický odvykací stav.

Somatický neboli tělesný odvykací stav je specifickou reakcí organismu na nepřítomnost psychoaktivní látky. Zásadní je to, o jakou látku se jedná, jelikož různé látky sebou nesou různé nebo žádné odvykací stavy. Například taková droga jako kokain nebo heroin nejsou nebezpečné pro svůj odvykací stav, ale rychle rozvinutou psychickou závislostí, následují psychotické stavy, nebo nepřijatelné jednání pod vlivem takové látky. Naopak po některých lécích, psychofarmakách, jsou odvykací stavy mnohdy velmi závažné a přímo ohrožující život (viz tabulka 3.).

*„Potíže při odvykacích stavech často mívají opačný charakter, než jsou účinky látky. Tak u opioidů, které působí protikřečově, se objevují při odvykacích stavech křeče, při intoxikaci opioidy je patrné zúžení zornic, kdežto při odvykacím stavu jejich rozšíření. Tak i při těžké otravě opioidy a zástavě dechu může dojít k rozšíření zornic.“<sup>19</sup>*

---

<sup>18</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 13. ISBN 978-80-7367-905-8

<sup>19</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 17. ISBN 978-80-7367-905-8

**Tabulka 3: Nebezpečnost odvykacích stavů u různých látek**

<b>Nebezpečnost odvykacích stavů u různých látek</b>	
<b>Látka</b>	<b>Nebezpečnost odvykacího stavu</b>
Alkohol	Těžké odvykací stavy s epileptickými záchvaty nebo deliriem ohrožující život.
Opioidy	Sám o sobě život neohrožuje, pokud nejsou přítomné sebevražedné tendence nebo souběžně neprobíhá jiné onemocnění.
Cannabinoidy	Neohrožuje život, většinou je slabý.
Sedativa a hypnotika	Těžké odvykací stavy po vysokých dávkách mohou život ohrozit (například kumulovanými epileptickými záchvaty).
Kokain	Odvykací stav sám o sobě život neohrožuje.
Jiná stimulancia (pervitin)	Odvykací stav sám o sobě život neohrožuje.
Halucinogeny	Zpravidla odvykací stavy nevyvolávají.
Tabák	Odvykací stav život neohrožuje (ale oslabuje kognitivní funkce, což je například spojeno s vyšším rizikem úrazů).
Těkavé látky	Odvykací stav neohrožuje život.
Kombinování látek a jiné psychotropní látky	Podle typu látek.

Zdroj: NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 18.  
ISBN 978-80-7367-905-8

#### **4. Znak: Růst tolerance**

Tolerance u návykových látek znamená, že k dosažení stejného účinku je potřeba stále větší dávky. Toleranční mechanismus zatím není zcela vysvětlen. Dvě základní teorie připisují toleranci nižší reaktivitě centrálního nervového systému na návykovou látku nebo zrychlenému odbourávání látky v organismu (jako je tomu například u odbourávání alkoholu v játrech).

„O tom, že se při vzniku tolerance mohou uplatňovat i psychologické vlivy, svědčí následující skutečnost. Tolerance vůči heroinu může u závislého nečekaně poklesnout v cizím a neznámém prostředí (např. při cestě do ciziny). V důsledku toho může nastat otrava i po dávce, kterou závislý za normálních okolností dobře toleroval.“<sup>20</sup>

V následující přehledové tabulce jsou uvedeny typy závislostí a míra vzestupu tolerance na psychoaktivní látky. Znaky plus (+) označují pozitivní riziko v dané oblasti a znak mínus (-) označuje žádné riziko. Počet plusových znaků vyjadřuje míru závislosti a tolerance.

**Tabulka 4: Riziko vzniku závislosti a vzestup tolerance**

<b>Riziko vzniku závislosti a vzestup tolerance</b>			
<b>Droga</b>	<b>Psychická závislost</b>	<b>Somatická závislost</b>	<b>Tolerance</b>
Opiáty	+ + +	+ + +	+ + +
Pervitin	+ + +	-	+ +
Kokain	+ + +	-	+
Cannabinoidy	+	-	-
LSD	+/-	-	+/-
Extáze	+	-	+
Benzodiazepiny	+ +	+ +	+
Barbituráty	+ +	+ +	+ +
Alkohol	+ +	+ +	+ +

Zdroj: *Definice a rozdělení drog* [online]. © 2009 [cit. 2013-01-10]. Dostupné z: [http://www.zachranny-kruh.cz/rizikove\\_chovani/definice\\_a\\_rozdeleni\\_drog.html](http://www.zachranny-kruh.cz/rizikove_chovani/definice_a_rozdeleni_drog.html)

<sup>20</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 19. ISBN 978-80-7367-905-8

Již v historických pramenech lze nalézt písemné zmínky, které vcelku přesně popisují růst tolerance u ženy, která užívala opium v 17. století:

*„Zjistila, že jí to přináší nezměrnou úlevu, a tak lék užívala i dál a z původního jednoho gránu se její dávka postupně zvýšila na gránů dvanáct. Přirozeně totiž, jestliže kdo uvykne tomuto léku, odmítá se pak spokojit s menším množstvím. Pacient nedočká se spánku ani pocitu úlevy, pakliže vezme nižší dávku.“<sup>21</sup>*

Měrná jednotka 1 grán odpovídá 0,2 gramu. Z výše uvedeného citátu je patrné, že již dříve si byli lidé vědomi toho, že k dosažení stejného účinku je potřeba zvyšovat dávku drogy. Tehdy ovšem ještě nedisponovali hlubším vědeckým poznáním o mechanismu jejího účinku.

**5. Znak:** Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů.

Dalším ze znaků závislosti je to, že dotyčný přestává mít zájem a potěšení z věcí, které ho dříve bavily. Pomalu ale jistě se středobodem jeho zájmu stává pouze návyková látka, která se stává prioritou. Závislý člověk dokáže většinu svého produktivního času věnovat shánění drogy, její aplikaci a zotavení se z jejího účinku. Postupně dochází ke ztrátě takových elementárních zájmů, jako je zájem o rodinu, děti, práci nebo o sama sebe.

**6. Znak:** pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků.

U závislého jedince dochází k tzv. kognitivní disonanci, stavu kdy si je vědom negativních a zdravích škodlivých následků drogy, ale i přesto pokračuje v jejím užívání.

---

<sup>21</sup> DAVENPORT-HINES, R. *Honba za zapomněním: Světové dějiny narkotik 1500 – 2000*. 1. vyd. Praha: BB/art, 2004. s. 28. ISBN 80-7341-202-0



Pacient musí být o škodlivosti svého počínání poučen a seznámen s ním. V úvodu užívání návykové látky a závislosti nemusí být dotyčnému škodlivé následky známy, protože se ještě neprojevily. Pokud i po upozornění odborníka pokračuje v užívání, jedná se o znak závislosti.

*„Drogy jsem bral, přestože jsem dobře věděl, že si ničím játra. Začal jsem kvůli droze běžně lhát rodičům, krást kamarádům a podvádět je (závislý na heroinu po žloutence typu C, 21 let).“<sup>22</sup>*

### **3.5 Výskyt a příčiny vzniku závislostí**

Přesný počet lidí závislých na užívání návykových látek není možné přesně stanovit. Dle současné praxe se rozlišuje závislost na alkoholu a na nealkoholových drogách. Alkoholiků je více než drogově závislých. Statistiky uvádějí, že výskyt závislosti na alkoholu se pohybuje mezi 2 - 3 % populace, drogově závislí tvoří necelé 1% populace (například statistika Ministerstva zdravotnictví ČR, nebo statistiky na internetovém portále [www.alkoholik.cz](http://www.alkoholik.cz)).

Závislost je multifaktoriálně podmíněnou poruchou. To znamená, že se na jejím vzniku podílí několik mechanismů a faktorů. Při vzniku hrají roli fyzické (somatické) a psychické vlastnosti člověka a vlivy vnějšího prostředí, zvláště sociálního. Vzájemná propojení těchto všech fenoménů, mohou v důsledku vyústit v první užití drogy nebo vznik závislosti.

---

<sup>22</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 13. ISBN 978-80-7367-905-8

### 3.5.1 Chemické složení psychoaktivní látky

Jak působí na lidský organismus je jedním z faktorů vzniku závislosti. Některé látky způsobí téměř okamžitou závislost bez ohledu, jaké další dispozice jedinec má. Tento jev je častý u tzv. tvrdých drog, například heroínu.

### 3.5.2 Genetické dispozice

Jsou významným faktorem, který zvyšuje riziko užívání drogy. Není ovšem zcela jasné, zdali se jedná o specifický lidský genom, který ovlivňuje vznik některých psychických onemocnění (s tím související potřebu vzrušení) nebo o dědičnou záležitost, jako například u závislosti na alkoholu.

### 3.5.3 Biologický základ

Určuje, jakým způsobem je látka zpracována v organismu.

*„Na zpracování této látky v mozku se, bez ohledu na chemické složení, podílí mezolimbo-kortikální systém. (Mezolimbický dopaminergní systém např. ovlivňuje účinky alkoholu, hypofunkce tohoto systému je spojována s alkoholismem). Vytvoření pozitivní zpětné vazby souvisí s fungováním systému odměny: užití psychoaktivní látky člověku poskytne nějaký zisk (zbaví jej úzkosti, zlepší se jeho sebehodnocení apod.).“<sup>23</sup>*

Závislý člověk proto cítí neovladatelné nutkání vzít si svou drogu, protože bez ní se cítí nepříjemně, nebo nedokáže zvládnout běžné úkony.

---

<sup>23</sup> VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2008 s. 551. ISBN 978-80-7367-414-4

### 3.5.4 Psychické faktory

*„Motivace, která je spouštěčem experimentování s psychoaktivní látkou, může vycházet z individuálních potřeb nebo je důsledkem sociálního tlaku, např. spolupracovníků či vrstevnické skupiny.“<sup>24</sup>*

Člověk snaží tímto způsobem uniknout něčemu negativnímu (problémy v rodině, v práci, ve škole), získat něco pozitivního (uspokojení, slast, uniknutí stereotypu) nebo dosáhnout sociální konformity (stát se součástí určité komunity, dosáhnou akceptace ve skupině apod.).

Při užívání drogy dochází ke změnám v uvažování, prožívání a reagování:

**Emoční prožívání:** jedinec trpí nedostatkem vnitřní pohody, často je v psychickém napětí, vyskytuje se u něj podrážděnost a labilita. Trpí celkovou nenaplněností a touhou po vzrušení.

**Způsob uvažování a hodnocení situace:** člověk se těžko orientuje v běžných situacích, není schopen adekvátně posoudit realitu nebo sebe samotného. Trpí nízkou sebedůvěrou a neadekvátní sebereflexí. Často chybějí dlouhodobé cíle.

**Faktor učení:** dochází k fixaci užívání psychoaktivní látky, pokud její užití přináší konzumentovi zisk.

**Tendence k určitému způsobu chování:** jedinec má nízkou úroveň volných vlastností, má tendenci chovat se nezdrženlivě a impulsivně, což je znakem sníženého sebeovládání. Tyto vlastnosti jsou typické pro období puberty, proto je riziko vzniku závislosti v tomto období vyšší.

**Osobností vlastnosti:** ohroženou skupinou jsou lidé labilní, neschopní zvládat a řešit problémy, kteří snadno trpí stresem. Droga je pro ně poté východiskem, jak tíživou situaci zvládnout.

---

<sup>24</sup> VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2008 s. 552. ISBN 978-80-7367-414-4

**Faktor učení:** „Užívání psychoaktivních látek se snadněji zafixuje, když je pozitivně posilováno, tj. když přináší uspokojení. Člověk si je snáze zvykne brát, jestliže mu (alespoň na počátku) přinášejí nějaký zisk, např. jej zbavují úzkosti, zvyšují pocit jistoty, posilují sebevědomí, dávají pocit moci.“<sup>25</sup>

**Tendence k určitému způsobu chování:** jedinec má nízkou úroveň volných vlastností, má tendenci chovat se nezdrženlivě a impulsivně, což je znakem sníženého sebeovládání. Tyto vlastnosti jsou typické pro období puberty, proto je riziko vzniku závislosti v tomto období vyšší.

**Osobností vlastnosti:** ohroženou skupinou jsou lidé labilní, neschopní zvládat a řešit problémy, kteří snadno trpí stresem. Droga je pro ně poté východiskem, jak tíživou situaci zvládnout.

### 3.5.5 Sociální faktory

Významně zvyšují riziko užívání psychoaktivních látek, potažmo závislosti. Člověk je z podstaty tvor společenský, který celý svůj život prochází socializací v rámci společnosti. To na něj má zásadní vliv při utváření jeho návyků a norem chování.

Rodina v rámci primární socializace hraje důležitou roli. Negativní roli zde hraje disfunkční rodina. Pokud není dítě správně vychováváno, chybí disciplína, nenaučí se vhodnému modelu chování, tendence k užívání drog roste.

Sociální skupina, kterou je člověk součástí, může mít negativní vliv. Nejrůznější party, kde se nedodržují standardní vzorce a normy chování, můžou být spouštěčem užívání narkotik. Existují i profese, kde je riziko vzniku závislosti vyšší, než u ostatních. Například pracovníci v pohostinství jsou náchylnější k alkoholismu, protože manipulace s alkoholem je běžnou součástí jejich profese.

---

<sup>25</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008 s. 552 ISBN 978-80-7367-414-4

### 3.6 Fáze vývoje vzniku závislosti (drogové)

Vznik závislosti má své související fáze. Celkově se dá říci, že fáze alkoholové a drogové závislosti jsou si v základních principech podobné, avšak mají své specifické fenomény, dané odlišností mechanismů působení těchto psychoaktivních látek. Závislosti na alkoholu se budu věnovat v samostatné kapitole této práce (kapitola 4.).

Fáze vzniku drogové závislosti:

#### 1. Fáze experimentování a občasného užívání.

Poprvé jedinec přijde do styku s drogou nejčastěji v pubertě. Je to věk experimentování, hledání nových impulsů a zážitků. Dospívání sebou nese i zvýšenou touhu po samostatnosti a nezávislosti na autoritě. Pro mladého člověka je vrstevník, který zakázanou látku užívá přitažlivý a je pro něj vzorem (ve skutečnosti negativním). Velmi často je to právě vrstevník, který s ní seznamuje okolí a nabízí jí ostatním. Výrazným faktorem pro první užití drogy může být nejrůznější zátěžová situace, problém, se kterým si dotyčný neví rady a po užití psychoaktivní látky mu situace připadá snesitelnější.

V této fázi jsou účinky pro uživatele subjektivně žádoucí. Intoxikovanému přináší pocity úlevy, štěstí, sebedůvěry, motivace. Současně odstraňuje pocity strachu, obav, nízkého sebevědomí nebo nejistoty.

#### 2. Fáze pravidelného užívání

Pokud se droga užívá často, stává se tato činnost stereotypem (opakuje se). V této fázi dotyčný již nepopírá, že látku užívá, ale bagatelizuje riziko takového chování.

*„Iluze kontroly je typická pro počínající závislost. Jak rychle tento proces proběhne, závisí na typu psychoaktivní látky, frekvenci její aplikace a dávkách. Změny v chování a úbytek zájmů jsou důležitými signály vznikající závislosti.“<sup>26</sup>*

---

<sup>26</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008 s. 562 ISBN 978-80-7367-414-4

### 3. Fáze návykového užívání.

V této fázi dochází ke změně priorit. Droga se pomalu dostává do popředí zájmu uživatele, u kterého dochází ke změně v hodnotovém systému. Ten už se nesnaží svůj návyk skrývat, přestává mu záležet na názorech ostatních. Dochází k narušení vztahů s rodinnými příslušníky nebo přáteli. Závislý člověk se snaží užívání nebo dávku omezovat, ale bez dlouhodobého efektu. Období abstinence se střídá s návratem ke droze. Dochází k tak razantní změně životních návyků a postojů, motivaci k léčbě nalezne jen malé procento závislých.

### 4. Fáze terminální.

Droga již znatelně poškozuje člověka. Dochází k poškození organismu a sociálních vazeb. Objevují se příznaky narušení psychického i tělesného zdraví. Pro závislého již neexistuje jiná motivace, než obstarat si návykovou látku za účelem jejího užití. Potřeba drogy je tak silná, že se objevují sociálně patologické jevy u dotyčného. Ten je schopen dopouštět se trestných činů, jen aby si takovou látku nebo finanční prostředky na ní obstaral. Objevují se jevy jako krádeže, loupeže, podvody nebo prostituování. Takový člověk již nedokáže udržovat normální společenské vazby, maximálně se členy svojí subkultury (stejně skupiny drogově závislých).

*„Vztahy jsou postupně přeměněny na možnost aktuálního zisku. Uživatelovou vztahování je jednostranně orientováno na ostatní lidi. U těch primárně nehledá pochopení a spolubytí, ale možnost obohacení se v materiálním významu, a tím získat prostředky na sehnání omamné látky.“<sup>27</sup>*

---

<sup>27</sup> HAJNÝ, M., KLOUČEK, E. a STUHLÍK R. *Akta Y – Drogový problém versus rodina*. 1. vyd. Praha: Votobia, 1999 s. 112 ISBN 80-7220-022-4

### 3.7 Psychické a somatické důsledky abúzu nealkoholových psychoaktivních látek

Díky užívání psychoaktivních látek může dojít k poškození fyzického i psychického zdraví jedince. Drogově závislý často žije nevhodným způsobem života. Vzhledem k tomu, že jeho primární motivací je droga, ostatní aspekty v souvislosti se zdravým životním stylem jdou do pozadí. Díky nedostatečné či nezdravé výživě nebo i samotným vlivem drogy dochází k anorektickému efektu, dotýčný hubne a strádá.

Často dochází k nerespektování základních hygienických návyků a norem, což vede k riziku nejrůznějších infekčních komplikací nebo k riziku přenosu závažných onemocnění jako hepatitidy, viru HIV apod. Současně může dojít i k poškození centrálního nervového systému, zažívacího traktu a vnitřních orgánů jako jsou játra, ledviny, žaludek nebo cévního systému. Cévní systém bývá poškozen opakovanou nitrožilní aplikací látky, vznikají zánětlivé procesy. Vlivem závislosti se mění i celkový zevnějšek člověka. Přestává o sebe dbát, nedodrhuje osobní hygienu, neřeší své zdravotní komplikace, celkově je negativně ovlivněno sebevědomí jedince.

Závislost mění člověka nejenom po stránce fyzické, ale následně i po stránce psychické, dochází ke změně osobnosti jako takové.

*„Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může vést až ke vzniku tzv. organického psychosyndromu, tj. psychických změn, které jsou vyvolány poškozením mozku.“<sup>28</sup>*

U drogově závislého dochází k několika změnám v jeho chování a emočním prožívání. Například dochází ke změně motivace a hodnot. Neexistuje pro něj nic jiného, než droga. Nejprve si je vědom škodlivosti jejího užívání, později už rezignuje a přestává mít pocit viny. Ztrácí se schopnost plánování a plánovitého jednání, závislý člověk žije pouze přítomností.

---

<sup>28</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008 s. 564 ISBN 978-80-7367-414-4

Další psychickou změnou, ke které dochází, je změna chování. K nabuzení již nestačí normální podněty, ale pouze droga. Ta buď zvýšeně aktivizuje (po použití stimulačních drog jako je pervitin) nebo naopak utlumuje (například po intoxikaci organickými rozpouštědly). Člověk nedokáže „fungovat“ normálně, ovlivněn je jeho pracovní i soukromý život, dochází k poklesu výkonnosti.

Současně dochází i ke změně emočního prožívání. Emoce bývají často nepřiměřené dané situaci, člověk má tendence jednat podrážděně až nepřátelsky. Tyto projevy přicházejí v době intoxikace nebo ve fázi abstinence. V chování se mohou vyskytovat i prvky paranoidního chování, úzkosti nebo deprese.

Změny v oblasti kognitivních procesů jsou dalším průvodním jevem v lidské psychice provázející závislost. Zde je patrná souvislost s poškozením centrálního nervového systému. Jedinec má narušeny základní rozpoznávací schopnosti okolního světa. Mění se vnímání a vyhodnocování vnějších podnětů a následují neadekvátní reakce. Drogově závislí tomu říkají slangově „schíza“, kdy vidí neexistující věci, jevy nebo situace. Poškození nervového systému může vést i k demenci.

**Obrázek 7: Obrázek, na kterém měl nakreslit sám sebe pokusný subjekt pod vlivem LSD, silné syntetické halucinogenní psychoaktivní látky**



Zdroj: ŘÍČAN, P. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 138. ISBN 80-7178-923-2

Z kresby je patrný vliv na změnu vnímání tělesných proporcí a reality – tělo je průhledné, skrze něj jsou vidět nohy.



Závislý člověk postupně mění i svůj životní styl. Záliby, koníčky a zájmy z dřívějšíka ustupují do pozadí, život se stává stereotypním. Existuje pouze jedna motivace – sehnat drogu a aplikovat si jí.

Zhoršuje se jeho sebehodnocení a kompetence. Člověk už nedokáže dělat dřívější běžné činnosti, nedokáže vykonávat své zaměstnání, rozpadají se rodinné vazby.

*„Někdy si člověk svůj úpadek uvědomuje a zhoršuje se jeho sebehodnocení. Ale ani v těchto případech nebývá schopen aktivní obrany, má pocit, že se už nedá nic dělat, přežívá ze dne na den, bez vyhlídky na budoucnost. Tento postoj bývá spojen s racionalizací, zdůvodňující, proč to nejde a že by to stejně nemělo smysl.“<sup>29</sup>*

---

<sup>29</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008 s. 565 ISBN 978-80-7367-414-4

## 4. ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Alkoholu a alkoholové závislosti se budu věnovat v této samostatné kapitole. Alkohol, zaujímá mezi psychoaktivními látkami unikátní místo. Má výrazné psychoaktivní účinky, přitom se jedná o látku legální a každý občan starší 18 let jí může koupit a následně konzumovat.

Alkoholy jsou z chemického hlediska nearomatické hydroxylové deriváty uhlovodíku. Jsou to organické chemické sloučeniny ze skupiny hydroxyderivátů. Jsou hojně rozšířeny v přírodě, jsou součástí tuků, vosků nebo pryskyřic. Alkoholy se získávají například kvasnými pochody (ethanol, methanol, butanol).

Použití těchto látek je velmi široké. Jsou výchozí surovinou pro chemický průmysl, používají se jako rozpouštědla, při výrobě výbušnin nebo umělých hmot. Svou nezastupitelnou roli mají i ve farmacii nebo potravinářském průmyslu.

Mezi nejdůležitější alkoholy patří:

**Ethanol** (ethylalkohol): lidově je znám pod pojmy líh nebo všeobecně alkohol. Je to bezbarvá kapalina ostré vůně a chuti. Je to základní součást alkoholických nápojů.

**Methanol** (methyalkohol): známý pod názvem dřevný nebo dřevitý líh. Je to bezbarvá, po alkoholu páchnoucí kapalina. Jde o silně jedovatou látku, která je součástí i alkoholového kvašení. Od ethanolu se nedá běžně rozeznat. Maximální povolené množství je 12 gramů na litr. Používá se jako rozpouštědlo nebo příměs do nemrznoucích směsí.

**Glycerol** (1, 2, 3-propantriol): Slabě jedovatá látka, bezbarvá viskózní kapalina, bez zápachu se sladkou chutí. Používá se v kosmetice jako přísada do pleťových krémů nebo mýdel, při výrobě zubních past, žvýkaček nebo léčiv. Jako součást potravin má označení E 422.

**Ethylenglycol** (1, 2-ethandiol): látka známá pod obchodním názvem Fridex. Používá se do nemrznoucích směsí u automobilů, je to bezbarvá látka bez zápachu se sladkou chutí. Používá se i při výrobě plastů. Je to prudce jedovatá látka, po požití bez rychlé lékařské pomoci hrozí smrt.

Alkoholy, ať již vznikají různým technologickým postupem (kvašením, hydrolýzou, hydrogenací nebo redukcí karbonylových sloučenin) jsou pro dnešní průmysl důležitými látkami, nacházejí široké uplatnění v chemickém průmyslu při výrobě plastů a průmyslových kapalin, při výrobě léků a kosmetických výrobků nebo v potravinářském průmyslu při výrobě potravin nebo alkoholických nápojů. Vždy se jedná pro lidský organismus o jedovaté látky se specifickým účinkem, po jejichž požití hrozí rozličné zdravotní komplikace s možnými fatálními následky.

#### **4.1 Alkohol – pohled do historie**

Pokud se bavíme o výskytu alkoholu v přírodě jakožto přírodního produktu kvašení, tak jeho historie je stará jako život na této planetě. V přírodě můžeme pozorovat spontánní kvasné procesy látek rostlinného původu, jejichž výsledkem je alkohol. U samovolného kvašení ovoce dochází ke koncentraci alkoholu v ovocných plodech do maximální hodnoty 5%. Sloni v Africe například s oblibou požívají nakvašené ovoce marula a projevují se u nich příznaky opilosti.

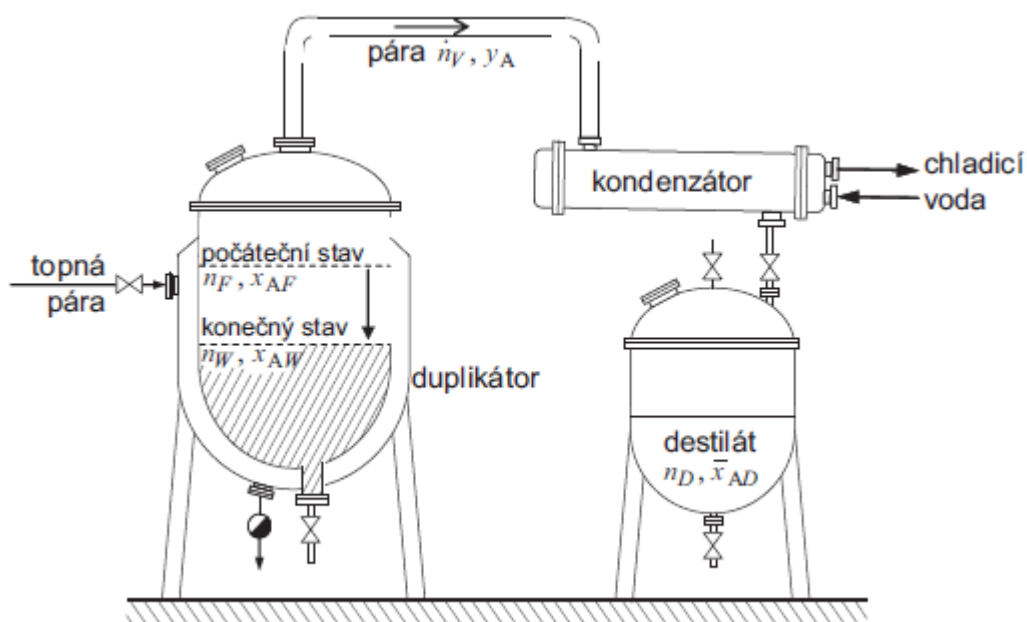
Slovo alkohol pochází z arabského „al-kahl“, což v překladu znamená „jemná substance“. Archeologické nálezy z období neolitu (mladší doba kamenná) cca 10 000 let př. n. l. naznačují, že člověk používal ke skladování fermentovaných nápojů hliněné nádoby, které si vyráběl za tímto účelem. První zmínky o alkoholu, jakožto látky užívané člověkem jsou staré 7000 let př. n. l. a pocházejí z oblasti Číny.

První metodou pro výrobu alkoholu se stalo alkoholové kvašení. Jedná se o anaerobní fermentaci (kvašení bez přítomnosti kyslíku) kvasinek (rody *Sacharomyces*, *Kluyveromyces*) a některých bakterií (*Zymomonas*). Z jednoduchých cukrů při ní vzniká ethanol a oxid uhličitý. Toto byla první metoda používaná k výrobě nápojů s maximálním

obsahem alkoholu do 15%. Při této koncentraci se proces zastavuje, protože vzniklý ethanol zahubí kvasné bakterie a proces se zastaví.

Další metodou, jak vyrobit alkohol je destilace. Je to metoda oddělování kapalných látek s různou těkavostí (vypařováním) ve vroucí kapalné směsi. Při zahřání směsi na teplotu varu dochází u směsi bohatší na těkavější složku k přechodu do plynné fáze. Ta se poté zchladí a při kondenzaci dochází ke vzniku destilátu – tekutiny s větším obsahem těkavé složky, než tomu bylo v původní směsi.

**Obrázek 8: Zařízení pro vsádkovou destilaci.**



Zdroj: HASAL, P., SCHREIBER I., ŠNITA D. a KOL.: *Chemické inženýrství I.* 2. vyd. Praha: VŠCHT Praha, 2007. s. 276. ISBN 978-80-7080-002-7

Starověké civilizace metodu destilace ještě neznaly. První izolaci ethanolu destilací provedli muslimové v období Abbasídského kalífátu (cca 750 n. l.). v tomto případě se jednalo o extrakci hořlavých výparů a vědci tomuto objevu připisovali spíše vědecký význam. První čistý destilát ethanolu se vyrobil později, v období 8 – 9 století našeho letopočtu. Evropa si osvojila tuto techniku ve 12. století.

## **4.2 Alkohol (ethanol) – nejrozšířenější legální psychoaktivní látka současnosti**

V dnešní době a společnosti zaujímá alkohol, myšleno produkt potravinářského průmyslu, určité výsadní a jedinečné postavení. Ze své podstaty se jedná o výraznou psychoaktivní látku s jasně prokázanými negativními účinky na lidský organismus, kdy dochází k ovlivnění somatických i psychických funkcí. Na rozdíl od ostatních nealkoholových drog se však jedná o produkt legální, který má svá zákonná ustanovení a omezení.

Zákony a předpisy týkající se alkoholu v České republice:

**Zákon č. 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů.**

**Zákon č. 120/1962 Sb. o boji proti alkoholismu, ve znění pozdějších předpisů.**

Novely zákona: č. 37/1989 Sb. 1. 7.1989 - v platnosti, č. 120/1962 Sb., základní znění zákona 27. 12. 1962 - 30. 6.1989.

**Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.**

1. 1.2006 - v platnosti.

**Zákon č. 140/1961 Sb. Trestný čin šíření toxikomanie podle § 188a.**

**Zákoník práce - § 106 odst. 4 písm. i).**

Není účelem této práce vypisovat úplné znění všech zákonů a právních předpisů, týkajících se alkoholu. Vyberme ty nejpodstatnější aspekty, které mají souvislost s tématem škodlivého užívání nebo závislosti:

- Alkoholismus a jiné toxikomanie včetně kouření jsou negativní jevy způsobující značné společenské škody [Zákon č. 37/1989 Sb. §1 (1)].
- Alkoholovými nápoji podle tohoto zákona jsou lihoviny, destiláty, víno, pivo a jiné nápoje, které obsahují více jak 0,75 objemového procenta alkoholu. [Zákon č. 37/1989 Sb. §1 (2)]
- Jinými návykovými látkami než alkohol podle tohoto zákona jsou omamné látky, psychotropní látky a ostatní chemické látky, jejichž užívání může vyvolat závislost na nich, poškozují zdraví a vede k jiné toxikomanii než alkoholismu. [Zákon č. 37/1989 Sb. §1 (3)]
- Kdo opakovaně nebo ve větší míře podává osobě mladší než osmnáct let alkoholické nápoje, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok. [Zákon č. 140/1961 Sb., §218]
- Nepožívat alkoholické nápoje a nezneužívat jiné návykové látky na pracovištích zaměstnavatele a v pracovní době i mimo tato pracoviště, nevstupovat pod jejich vlivem na pracoviště zaměstnavatele a nekouřit na pracovištích a v jiných prostorách, kde jsou účinkům kouření vystaveni také nekuřáci. Zákaz požívání alkoholických nápojů se nevztahuje na zaměstnance, kteří pracují v nepříznivých mikroklimatických podmínkách, pokud požívají pivo se sníženým obsahem alkoholu, a na zaměstnance, u nichž požívání těchto nápojů je součástí plnění pracovních úkolů nebo je s plněním těchto úkolů obvykle spojeno. [Zákoník práce, §106 (4), písm. e)]
- Podrobit se na pokyn oprávněného vedoucího zaměstnance písemně určeného zaměstnavatelem zjištění, zda není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek. [Zákoník práce, §106 (4), písm. i)]

Zákon také dále uvádí, že ochrana před alkoholismem a jinými toxikomaniemi včetně kouření se uskutečňuje zejména objasňováním škodlivosti užívání těchto látek, vzděláváním a působením na děti a mládež ve školských zařízeních nebo vysvětlováním zásad zdravého způsobu života. Součástí této ochrany je i aktivní propagace nealkoholických nápojů.

### 4.3 Příčiny vzniku závislosti na alkoholu

I přes existenci právních norem a předpisů (zejména Zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami) je téma závislosti na alkoholu aktuálním, závažným společenským tématem, potažmo problémem.

Věda, které se zabývá závislostmi, jejich prevencí, výzkumem, původem, léčbou, poradenstvím a dalšími souvislostmi se nazývá adiktologie. Bakalářský a magisterský program oboru adiktologie se například vyučuje na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. I to je důkaz toho, že tento obor dosáhl v posledních deseti letech dynamického rozvoje a reflektuje závažnost a naléhavost tématu závislostí v dnešní společnosti.

*„Alkohol je velmi starou drogou. Archeologické nálezy potvrzují, že již ve staré Číně před 6 – 7 tisíci lety vyráběli alkohol z obilí. Zmínky o jeho používání pocházejí z Mezopotámie, Egypta, jsou i v bibli.“<sup>30</sup>*

Již 400 let před Kristem popsal řecký lékař Hippokrates symptomy chronického alkoholismu. V dnešní společnosti je to nejrozšířenější psychoaktivní látka. Označuje se jako společenská droga, což znamená, že její užívání je většinou v rámci nějaké sociální skupiny.

---

<sup>30</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008 s. 565 ISBN 978-80-7367-414-4

Alkohol se stal běžnou součástí takových společenských událostí jako oslavy, svatby, kulturní akce apod. V euro-atlantické kultuře je alkohol většinou společensky přijímán, stal se součástí jejích rituálů.

V malých dávkách působí stimulačně, odbourává zábrany, zlepšuje náladu a usnadňuje navazování kontaktů s jinými lidmi. Ve větších dávkách má ovšem opačné účinky. Výrazně utlumuje organismus, narušuje kognitivní funkce a motoriku jedince. Stav takové opilosti končí často spánkem na nevhodných místech.

#### 4.3.1 Prevence vzniku závislosti u dětí a dospívajících

Příčiny vzniku závislosti na alkoholu jsou totožné jako u všech návykových látek (popsáno v kapitole 3.5 této práce). Velmi důležitou roli zde hraje prevence již od dětského věku. Mladý organismus je daleko náchylnější k vytvoření závislosti na alkoholu. Uvádí se, že je zde až desetkrát větší riziko vzniku závislosti na alkoholu u mladého člověka v dospívání než u dospělého jedince. První experimentování se zakázanými látkami je častou součástí puberty, kdy adolescent touží se svou subkulturou okusit něco zakázaného. Bývá to znak revolty vůči dospělým autoritám, sklon k experimentování nebo touha po netradičních, nových zážitcích.

Tabulka 5: Výskyt opilosti u dospívajících.

<b>Výskyt opilosti u dospívajících (2x nebo častější)</b>			
	<b>Věková skupina</b>		
	<b>věk 11</b>	<b>věk 13</b>	<b>věk 15</b>
Chlapci	6,10%	14,40%	36,50%
Dívky	2,00%	6,40%	22,50%

Zdroj: NEŠPOR, K.: *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. s. 11. ISBN 80-7178-515-6

Z výše uvedené tabulky vyplývá, jak dramaticky roste procento dospívajících, kteří mají zkušenost s opakovanou opilostí v průběhu patnáctého roku života, v době kdy se stanou mladistvými. Hranice patnáct let je v České republice hranice trestní



zodpovědnosti a věková hranice pro legální pohlavní styk (Zákon č. 40/2009 sb., §187). Zákon ovšem chrání před alkoholem občana mladšího osmnácti let (viz kapitola 4.2). I přesto si však mladí lidé k alkoholu cestu najdou a před dovršením plnoletosti má s alkoholem zkušenost drtivá většina mladých lidí. S prevencí alkoholové závislosti a zdravotních komplikací je potřeba začít již v útlém věku a mnohem dříve než v dospívání.

Již v době těhotenství je nebezpečná přílišná konzumace alkoholu gravidní ženou. Toxická látka alkohol se dostává přes placentu matky do krevního řečiště dítěte.

Zvyšuje se nebezpečí, že narozené dítě bude trpět poškozením známém pod zkratkou FAS, neboli fetálním alkoholovým syndromem. Ten se projevuje takovými problémy jako retardací růstu, duševními poruchami, abnormálně malou hlavou, srdečními poruchami nebo jinými anomáliemi kosterní stavby. Během prvního trimestru je důležité, aby matka věnovala zvýšenou pozornost životosprávě, aby neohrozila zdravý vývoj dítěte. Alkohol by měl být v době těhotenství a kojení tabu.

Během prvního roku života dítěte je důležité po narození vytvoření úzké vazby s matkou, tzv. „raného přimknutí“ a vytvoření citových vazeb dobrým rodičovstvím. Je vhodné vytvořit co nejdříve po porodu těsný kontakt dítěte a matky a dlouhodobě kojít. Důležitý je i společný spánek dítěte a matky, reagovat rychle na potřeby dítěte, být s ním doma. Je potřeba na dítě hodně mluvit a poskytovat mu dostatek podnětů a bezpečného prostředí. Naopak není vhodné oddělovat matku a dítě po porodu, nechávat dítě doma samotné nebo v péči cizích lidí nebo zařízení. Nedoporučuje se nechávat dítě „vykřičet“ nebo co nejrychleji vychovat. Správná výchova a přístup k dítěti první roky života jsou velmi dobrými základy pro jeho další vývoj.

*„Takové děti bývají optimističtější a dokážou navazovat hlubší citové vztahy, a to i rodičům. Bývají také méně často smutné, agresivní a je u nich menší riziko trestné činnosti a problémů s návykovými látkami v pozdějších letech.“<sup>31</sup>*

---

<sup>31</sup> NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. s. 33. ISBN 80-7178-515-6

V batolecím období mezi 1 – 3 rokem života dítěte není prevence z pohledu návykových látek ještě příliš specifická. V tomto období se dítěti správnou výchovou vytyčují hranice, co se smí a co ne. Dítě bychom měli nechat projevit jeho názor a pocity, současně bychom s ním měli komunikovat vstřícně a verbální projev doprovázet související mimikou a gestikou. U dětí v tomto období se projevuje i tzv. „separační úzkost“. Je to stav, kdy matka dítě na chvíli opustí (myšleno vzdálí se z dohledu) a dítě reaguje duševním neklidem a stresově.

Dle metody „Zvláštní situace“ (v originále „Strange situation“) americké psycholožky Mary D. Salterové Ainsworthové se dítě po návratu matky chová dle následujících 4 základních modelů:

1. Vyhýbavost – po návratu matky se jí dítě vyhýbá, zaměřuje svou pozornost jinam (jiný člen rodiny, hračky apod.).
2. Bezpečný vztah – dítě ihned po návratu matky vyžaduje její pozornost a pozitivně se k ní hlásí.
3. Vztah s odporem – dítě se k matce po jejím návratu chová s nezájmem, někdy projevuje známky hněvu. Odloučení celkově špatně nese.
4. Úzkostný a zmatený stav – dítě se chová zmateně, vyhledává tělesný kontakt s matkou, současně se vyhýbá očnímu kontaktu.

Z výše uvedeného vyplývá, jak je pro dítě důležitá úzká a intenzivní vazba s matkou a jak citlivě vnímá sebemenší odchylky. V tomto věku by si mělo dítě vytvářet svůj vztah i k ostatním členům rodiny, k otci a sourozencům a dalším lidem. Ti by měli dítě učít pochopit reálný svět a poskytovat mu dostatek bohatých vnějších podnětů.

V předškolním věku mezi 3 – 6 lety dochází u dítěte k další fázi socializace. Už je ve věku, kdy začíná být v určitých oblastech samostatné a rozšiřuje si okruh poznání vnějšího světa. V tomto období už začíná být aktuální jeho ochrana před alkoholem a jinými nebezpečnými látkami. V první fázi nikoliv z pohledu rizika závislosti, ale z pohledu náhodného požití. Rodiče by je měli pečlivě uchovat dosahu dítěte. Dále pokračuje vytyčování hranic, co je povoleno a co zakázáno. Mělo by probíhat vše,

srozumitelně a dostatečně citlivě. Důležitý je také soulad obou rodičů. Předškolák by měl být už postupně seznamován s nebezpečím škodlivých nebo návykových látek (tabák, alkohol, drogy). V tomto období se dítě hodně vyptává na svět kolem sebe a je důležité, aby od rodičů dostávalo odpovědi. Socializace vstupuje do další fáze, dochází k prvním sociálním kontaktům mimo rodinu. Dítě je v kontaktu s vrstevníky, osvojuje si sociální role. I tady se učí respektovat normy a hranice.

V mladším školním věku, zhruba mezi 6 – 12 lety již může dojít k prvnímu experimentování s alkoholem a dalšími škodlivými látkami. Praxe bohužel tento fakt mnohdy potvrzuje. Proto je důležité pokračovat v prevenci, spočívající v informovanosti a upozorňování na nebezpečnost takových látek. Mluvit o konkrétních rizicích a dávat je do souvislosti se zákazem tabáku a alkoholových výrobků. Pozitivně hovořit o zdravém životním stylu a péči o zdraví. Pití a kouření by se mělo jednoznačně zakazovat, alkohol by měl být například tabu i při rodinných oslavách. Při nich se dá někdy dítěti „jen tak“ napít malého množství alkoholu. Je to kontraproduktivní v situaci, kdy se snaží rodič vysvětlit dítěti opodstatněnost jeho zákazu všeobecně.

Pro dospívání neboli pubertu mezi 12 a 20 rokem, je nutné držet se také určitých zásad. Jedná se o vcelku dlouhé časové období, kdy se mladý člověk připravuje na svou samostatnost a jednotlivé kroky prevence se tomu přizpůsobují. Základem je přiměřenost výchovy věku. Stále platí zásada vřelého vztahu. Velmi důležitým faktorem jsou přátelé a vrstevníci dospívajícího. Ty mají mnohdy zásadní vliv na vzniku nezdravého životního stylu, potažmo užívání návykových látek. Pokud partner pije, s největší pravděpodobností to bude mít i negativní vliv na druhého z dvojice. Rodiče mohou přispět k vytvoření kladných hodnotových orientací, vytvoření produktivních zálib a koníčků (sport, umění...). Je dobré i povzbuzovat při hledání dobrých přátel. Adolescent by měl mít také možnost vždy projevit svůj názor a mluvit o svých problémech. V této fázi je také důležitá mediální gramotnost, umět se pohybovat ve světě médií a informací. Dokázat analyzovat a rozlišit informace, například umět čelit tlaku reklamy na alkohol.

### 4.3.2 Fáze závislosti na alkoholu

V kapitole 3.5 jsou popsány mechanismy vzniku závislosti, které jsou společné pro všechny návykové látky včetně alkoholu. Ten má z tohoto pohledu svá určitá specifika. U něj se například předpokládají významné dědičné faktory, ovlivňující závislost.

*„U alkoholu se předpokládá, že dědičné dispozice ovlivňují riziko vzniku závislosti z 25 – 50 %. V tomto případě jde o primární alkoholismus, který se rozvíjí velmi brzy. Dosud byly nalezeny mutace, které mohou ovlivnit sklon k pití alkoholu, resp. toleranci k této látce. Jsou lokalizovány na 2., 4., 5., 6., 9., 11., 12. a 13. chromozomu.“<sup>32</sup>*

Závislost vzniká jako důsledek dlouhodobého, nadměrného užívání alkoholu. Rozvíjí se řádově během několika let, u mladistvých daleko rychleji. Zde může dojít ke vzniku závislosti během několika měsíců. Závislost na alkoholu může být psychická i biologická. Psychická závislost spočívá v tom, že alkohol je pro člověka prostředkem pro únik od reality. Biologická závislost se projevuje abstinčním syndromem.

Jednotlivé fáze vývoje vzniku závislosti na alkoholu:

#### 1. Fáze občasné konzumace

V této fázi pije člověk alkohol jen občas a ve společnosti, kde se alkohol stal součástí společenského rituálu. V některých společenských vrstvách je pití alkoholu určitou normou, což může vést ke zvýšenému riziku vzniku závislosti. Riziko stoupá se stále vyšší frekvencí jeho konzumace. Pokud alkohol působí jako kompenzační mechanismus nějaké zátěžové situace, má potom dotyčný tendenci řešit pomocí alkoholu své problémy a nastává zafixování zkušenosti, že je alkohol pomáhá řešit.

---

<sup>32</sup> GELDER a KOL. In: VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008 s. 551 ISBN 978-80-7367-414-4

## **2. Fáze varovná (prodromální)**

Jedinec potřebuje ke zvládnutí stresové situaci alkohol, který mu subjektivně přináší úlevu. Cítí se sebejistě, přijímá zvýšená rizika. Je pro něj stále těžší fungovat bez alkoholu. Postupně se zvyšuje tolerance, což znamená, že k dosažení stejného výsledku jsou nutné větší dávky. Člověk začíná pít už i o samotě, často tajně. Začíná mít problémy s kontrolou množství vypitého alkoholu, někdy se dostávají alkoholová okénka – výpadky paměti, kdy si dotyčný nepamatuje a nemůže vybavit určité časové úseky z doby opilosti. Začíná si uvědomovat svojí závislost.

## **3. Fáze kritická**

Člověk přestává mít nad alkoholem kontrolu, nedokáže regulovat požité množství. Stav opilosti jsou stále častější, stejně tak jako výpadky paměti, tzv. alkoholové amnézie. Stal se závislým a alkohol potřebuje denně. Již mu nepřináší pocity úlevy, ale bez alkoholu by se cítil ještě hůře. Je ve stavu, kdy to s alkoholem nejde, ale současně i bez něj. Takto závislý člověk si svou závislost nechce přiznat, na reakce okolí reaguje podrážděně. Začínají se objevovat sociální problémy, převážně v rodině a práci. Postupně se mění hodnotový žebříček, člověka už netěší věci jako předtím, jeho city k ostatním lidem ochlazují, mění se postupně osobnostní rysy. Často vyhledává společnost lidí, kteří také holdují alkoholu, tam se cítí komfortně.

## **4. Fáze terminální (úpadku)**

V poslední fázi alkoholové závislosti už dochází k poškození organismu. Játra jsou důsledkem nadměrného pití poškozena, nedokáží již tak odbourávat alkohol a tolerance k alkoholu se začíná snižovat. K opití stačí již relativně malé dávky alkoholu. Závislý už prakticky pije nepřetržitě, první dávku si dává hned po probuzení. Objevují se psychické a somatické poruchy, způsobené abúzem alkoholu. Celkový úpadek osobnosti pokračuje, hroutí se sociální vazby a člověk není schopen svojí závislost účinně řešit, i když si uvědomuje svůj problém.

### 4.3.3 Stádia intoxikace alkoholem

Hladina alkoholu v krvi se zjišťuje a měří Widmarkovou metodou. Další metodou je například orientační dechová zkouška při silniční kontrole. Měřená jednotka alkoholu v krvi je promile (‰). Hladina nad 0,3 promile v krvi se považuje za jednoznačně prokázané požití alkoholu.

Rozlišují se 3 typy podnapilosti / opilosti podle obsahu alkoholu v krvi:

- Lehká podnapilost: do 1,5 ‰.
- Středně těžká opilost: mezi 1,5 – 2,5 ‰.
- Těžká opilost: nad 2,5 ‰.

Uvádí se, že při obsahu alkoholu v krvi nad 5 promile dochází obvykle k úmrtí. Záleží však na konkrétních a aktuálních dispozicích uživatele a na míře tolerance. Jsou zdokumentovány případy, kdy člověk přežil hodnotu téměř 8 promile, což odpovídá objemu 8 ml alkoholu na 1 litr krve v organismu.

*„Negativním rysem současné české společnosti je značná společenská tolerance vůči alkoholismu. Z tohoto důvodu se často první aktivity ze strany širšího rodinného a pracovního zázemí alkoholika objeví až v době jeho značného psychického, fyzického i morálního úpadku.“<sup>33</sup>*

Akutní intoxikace alkoholem se projevuje postupně a její dynamika se mění v závislosti na množství požitého alkoholu. Ve stádiu lehké podnapilosti působí spíše stimulačně, navozuje psychické uvolnění, zvyšuje sebevědomí, odstraňuje úzkostné stavy a psychické poruchy. Při vyšších dávkách poté působí tlumivě, narušuje a zpomaluje fyzické a psychické funkce.

---

<sup>33</sup> DUBSKÝ, J. a URBAN, L. *Sociální deviace*. 1. vyd. Praha: PA ČR, 2005. s. 84. ISBN 80-7251-202-1

Tabulka 6: Stádia akutní intoxikace alkoholem.

<b>Stádia intoxikace</b>		
<b>Hladina alkoholu v krvi (‰)</b>	<b>Změny pocitů</b>	<b>Změny chování</b>
<b>0,4 ‰</b>	pocit uvolnění	vyšší riziko úrazů
<b>0,6 ‰</b>	změny nálad	zhoršený úsudek a schopnost se rozhodovat
<b>0,8 ‰</b>	pocity tepla a euforie	oslabení zábran, zhoršený postřeh a sebeovládání, riziko úrazů
<b>1,2 ‰</b>	vzrušení, emotivnost	povídavost, impulsivita a riziko ukvapeného jednání
<b>1,5 ‰</b>	zpomalenost, otupělost	sklon k násilnému jednání a setřelá řeč
<b>2,0 ‰</b>	výrazná opilost	dvojitě vidění, poruchy paměti, obtížná řeč, případný spánek
<b>3,0 ‰</b>	možnost bezvědomí	osoba nereaguje na vnější podněty, nebezpečí vdechnutí zvratků
<b>4,0 ‰ a více</b>	hluboké bezvědomí	riziko zástavy dechového centra v mozku a zadušení, smrtelné ohrožení

Zdroj: DUBSKÝ, J. a URBAN, L.: *Sociální deviace*. 1. vyd. Praha: PA ČR, 2005. s. 85., 86. ISBN 80-7251-202-1

V rámci akutní intoxikace se mohou projevit tyto jevy a psychické komplikace:

### **Prostá opilost (ebrietas simplex)**

Doprovází nadměrné jednorázové požití alkoholu. V rámci společenských norem jde o jev vcelku přijímaný, pokud není prostá opilost doprovázena nepříjemnými sociálně-patologickými jevy. I prostá opilost může ovšem skončit vážnými zdravotními komplikace v případě vysoké hladiny alkoholu v krvi. Může působit i jako spouštěč psychických poruch a poruch chování. Intoxikace alkoholem je nebezpečná v kombinaci se současným podáváním psychotik (léky působící na psychické funkce) nebo v kombinaci s psychickou poruchou (psychopatií apod.). Typická pro stav opilosti je například dezinhibice, kdy se člověk přestává ovládat a porušuje společenské normy.

### **Komplikovaná opilost (ebrietas complicata)**

Jedná se o opilost, u které se objevuje porucha vědomí. Od prosté opilosti se odlišuje tím, že u ní dochází ke ztrátě sebekontroly. Je to stav, který trvá delší dobu a je typický negativním ovlivněním neurologických funkcí s následnou poruchou motoriky a reflexů. Mohou se vyskytovat bludy a halucinace. Často je tento stav provázen následnou amnézií (ztrátou paměti).

### **Patická opilost (ebrietas pathica)**

*„Je typem opilosti, které již řadíme mezi alkoholové psychózy, ačkoliv se jedná o důsledek jednorázového požití různé velké dávky alkoholu. Je to kvantitativní porucha vnímání i vědomí. Mráкотný, delirantní, případně amentně-delirantní stav propuká náhle v doprovodu s úzkostnými či paranoidními stavy.“<sup>34</sup>*

Postižený se chová jinak, než běžně. Je neklidný, chová se a jedná neúčelně. Někdy jeho stav připomíná epileptický záchvat. Téměř vždy končí spánkem s rozsáhlou ztrátou paměti. Patická opilost je výsledkem abnormální reakce na vysokou dávku alkoholu a u závislého člověka se nevyskytuje.

## **4.4 Psychické změny jako důsledek abúzu alkoholu**

Nadměrné pití má zcela prokázaný negativní vliv na člověka, u kterého dochází postupně k mnoha psychickým (i somatickým) změnám. Každý člověk má určitý soulad dispozic, které určují, jak rychle se u něj rozvine závislost v souvislosti s nadměrným pitím.

---

<sup>34</sup> HELLER, J. a PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011 s. 72 ISBN 978-80-87258-62-0



Jak rychle vznikne závislost, určují dva mechanismy, jejichž dynamika se mění v různých etapách vývoje závislosti:

1. Tolerance
2. Kontrola

Ad 1.

Tolerance je stav, kdy se metabolismus organismu přizpůsobuje periodicky užívané psychoaktivní látce. Jedná se o jakýsi obranný mechanismus lidského těla. Tolerance může dosáhnout takové úrovně, že člověk může snést tak vysokou dávku, která by ho v začátku jejího užívání mohla ohrozit na životě. V poslední terminální fázi, se tolerance opět snižuje. Nikdy se ovšem nevrátí do původní, počáteční hodnoty.

Ad 2.

Kontrola souvisí se schopností člověka vyhodnotit míru aktuálního požití a potřeby alkoholu v souvislosti se schopností vyhodnocovat situaci z hlediska vlastních a společenských potřeb. Přeloženo, je to schopnost pít s mírou, aby člověk nepůsobil negativně na okolí a byl schopen kontrolovat své chování a jednání. Tuto kontrolu ovlivňuje hladina alkoholu od 0,4 promile v krvi. Tu dosáhne například muž, váha 80 kg, po vypití dvou půl litrových desetistupňových piv nebo 8 centilitrů čtyřicetiprocentního destilátu (dva panáky, á 4cl). Doba odbourání alkoholu při této hladině alkoholu v krvi je přibližně 4 hodiny a záleží na individuálních fyzických dispozicích.

*„Změna v kontrole tvoří podstatu poruchy organismu a chorobnému stavu bez možnosti vyléčení – lze dosáhnout pouze údravy bez odstranění základní poruchy. Tento fakt spolu s přesvědčením, že patofyziologický stav překonám vůlí, ovlivněnou drogou, vede člověka k marnému, předem prohranému souboji, končícím v terminálním stadiu a bez léčby případně i smrtí.“*<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> HELLER, J. a PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011 s. 10 ISBN 978-80-87258-62-0

Alkohol konzumuje pravidelně asi 4/5 populace. Každý pátý člověk alkohol odmítá, nebo s ním má pouze jednorázovou zkušenost. Přibližně každý desátý člověk zaznamenal ve svém životě nějaký problém, který mu alkohol způsobil nebo způsobuje, ale problémy se nadále nestupňují. Pokud dojde ke stupňování těchto problému, už se hovoří o závislosti na alkoholu. Tou trpí podle odhadů přibližně 3 % populace. Pouze malá část takto závislých vyhledá odbornou pomoc a léčení.

Jak rychle, a zdali vůbec vznikne závislost na alkoholu, určuje několik faktorů. Jedná se o faktory vnitřní a vnější. Vnitřní faktory jsou určeny psychologickými a biologickými aspekty. Vnější jsou odvozeny od sociálního prostředí. Čím větší dispozice pro vznik závislosti člověk má, tím rychleji u něj závislost propukne. Pokud je náchylný k pití díky svým genetickým nebo metabolickým predispozicím a konzumuje alkohol často, je cesta k závislosti krátká. V tomto případě se závislost projeví obvykle do 35 let věku. Závislost ovšem hrozí i jedinci bez těchto předpokladů. Ta se ovšem projeví o něco později.

Díky závislosti a škodlivému užívání (abúzu) dochází u postiženého k psychickým změnám:

- Změny v emočním prožívání: Alkohol působí emoční labilitu, výkyvy nálad, afektivní výbušnost nebo agresí. Člověk postupně začíná být apatický a lhostejný k vnějšímu světu a lidem. Trpí abstinenčními příznaky.
- Změny kognitivních procesů: Dochází ke zhoršování celkové výkonnosti. Člověk nedokáže dělat věci jako předtím. Pokud se jedná o složitější problém, často ho alkoholik nedokáže vyřešit. Řešení běžných problému je kolísavé. Dochází i ke změně v oblasti sebereflexe. Vyskytuje se snížené sebehodnocení a pocity méněcennosti. Tyto změny v poznávacích procesech mohou vést až k demenci.
- Změny behaviorální (v chování): Postupně mizí sociální zábrany, závislý člověk má nedostatek ohledu k druhým, projevují se egocentrické sklony. Časté jsou agresivní reakce.

- Změny osobnosti: Změny v osobnosti mohou být rozličné, nelze určit konkrétní charakteristiky osobnosti, kterou se alkoholik stává. Odborná literatura (např. HELLER, J. a PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti.*) uvádí, že nejčastěji dochází ke změnám ve dvou osobnostních oblastech. První je definována nezdrženlivým a impulsivním chováním, pocitem nepohody a potřebou vzrušení. Druhá se vyznačuje stálým pocitem diskomfortu, napětí a deprese.

Specifické psychické a somatické poruchy:

### **Alkoholový abstinenční syndrom**

Vzniká jako reakce na snížení nebo vynechání obvyklé, potřebné dávky. Dochází k neklidu, podrážděnosti nebo depresím. Projevují se fyzické obtíže jako třes, bolest hlavy, nevolnost nebo tachykardie.

### **Alkoholový abstinenční syndrom s deliriem**

Jedná se o intenzivnější projevy abstinenčního syndromu. Psychické a fyzické projevy jsou velmi silné. Mohou být doprovázeny křečemi celého těla, závislý je velmi neklidný a úzkostný. Objevují se poruchy vědomí, bludy a halucinace. Delirium tremens přímo ohrožuje postiženého na životě a trvá přibližně 72 hodin. Pokud není poskytnuta odborná pomoc, končí v 10% smrtí postiženého.

*„Delirium tremens se rozvíjí typicky 48 – 72 hodin po přerušení nebo podstatné redukci příjmu alkoholu, ale může propuknout i 7 – 10 dní po přerušení konzumace alkoholu.“<sup>36</sup>*

Delirium má několik postupných fází. Začíná mírnějšími projevy jako pocením, třesem nebo nervozitou. Následují zrakové halucinace, které se demonstrují především v noci společně s dezorientací postiženého. Nemocný vidí imaginární lidské postavy nebo zvířata.

---

<sup>36</sup> HELLER, J. a PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti.* 1. vyd. Praha: Togga, 2011 s. 75 ISBN 978-80-87258-62-0

K tělesným projevům deliria patří svalový třes, pocení, zvracení, návaly horka nebo srdeční komplikace. Delirium tremens trvá obvykle 3 – 6 dní a je zakončeno hlubokým spánkem.

*„U osob s těžkým deliriem dochází k dehydrataci v důsledku profuzního pocení, hypertermie, tachypnoe a zvracení, ztráta tekutin může dosáhnout 6 litrů za 24 hodin.“<sup>37</sup>*

### **Alkoholová psychóza a halucinóza**

Projevuje se sluchovými halucinacemi, ozývají se hlasy cizích lidí, jedinec má děsivé noční sny. U sluchových halucinací se projevují paranoidní prvky, jako intenzivní pocity, že hlasy hovoří o postiženém.

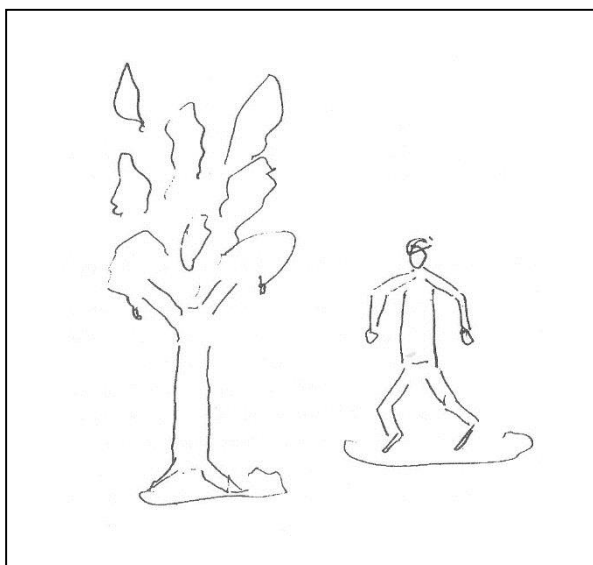
### **Poruchy paměti a demence**

Škodlivé užívání alkoholu vede k poškození centrálního nervového systému (CNS). Dochází k amnestické alkoholové poruše, což je porucha paměti. Demence je finální stádium degenerativního poškození mozku. Porušeny jsou základní kognitivní procesy, časoprostorová orientace nebo rozpoznávací funkce. Ovlivněno je i abstraktní myšlení nebo schopnost komunikace. Osobnost nemocného se postupně rozpadá, činí mu potíže běžné úkony každodenního života.

---

<sup>37</sup> HELLER, J. a PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011 s. 77 ISBN 978-80-87258-62-0

**Obrázek 9: Kresba lidské postavy a stromu padesátiletého alkoholika trpícího alkoholovou demencí a neurologickým postižením stejné etiologie.**



Zdroj: VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008 s. 559  
ISBN 978-80-7367-414-4

Na kresbě jsou patrné jevy jako neschopnost dokončovat tvary, neukončování a diskontuita jednotlivých linií (obrázek stromu) nebo nízká úroveň detailů, jednotvárnost, infantilní úroveň zpracování.

#### **4.5 Možnosti léčby a terapie**

Léčba alkoholismu nastupuje v momentě, kdy člověk již nedokáže svou závislost zvládnout vlastními prostředky a silami. Rozhodnutí k léčbě a její začátek je jednou z nejsložitějších a nejproblematičtějších fází celého procesu. Jen malé procento závislých dokáže najít dostatek motivace a podpory okolí k tomu, aby nastoupilo léčbu.

Všechny fáze alkoholové závislosti sebou nesou negativní účinky na lidskou psychiku a uvažování. První dvě fáze (fáze občasné konzumace a varovná fáze) jsou typické odmítavým postojem k problému, jeho racionalizací a bagatelizováním. Nemocný si nepřipouští to, že má problém, respektive, že potřebuje odbornou pomoc. V dalších fázích (kritická a terminální fáze) dochází k narušení sociálních vazeb, narušení osobnosti a takovému rozvoji fyzické a psychické závislosti, že dotyčný nedokáže, i když si uvědomuje závažnost svého stavu, začít s léčbou.

Zásadní úlohu při změně postojů, sehrává nejbližší okolí nemocného. Rodina bývá nejčastěji hybnou silou, která jej přinutí k nastoupení léčby. Často se jedná o dlouhodobý proces přesvědčování, různých forem nátlaku a apelů a nekončící trpělivé podpory od blízkých, kterým není lhostejný jeho osud.

*„Znovu připomenu, že závislost je nemocí popírání nebo vyhlávání. Rozdávání nesplněných slibů je jejich nejčastějším nástrojem. Tady se zrodila i obecně používaný výstižná charakteristika naší klientely: slibotechna.“<sup>38</sup>*

#### **4.5.1 Cíle léčby alkoholové závislosti**

Léčba sleduje tyto cíle:

- Odstranit drogu z organismu: při detoxikaci se odstraňuje látka (droga) z pacientova těla. Při detoxifikaci se odstraňují odvykací příznaky.
- Obnovit a rehabilitovat fyzické a psychické funkce: obnovuje se standardní fungování těla a mysli, vytvářejí se pozitivní motivace a náhled.
- Odstranit základní problém: pacient se učí řešit vzniklé problémy jinak, než za pomoci drogy.
- Změna životního stylu: jedinec se učí změnit svůj životní styl, jehož součástí už není návyková látka.
- Resocializace: závislý člověk se učí znovu adaptovat do společnosti, vytvořit zpátky dobré sociální vazby a návyky.

---

<sup>38</sup> PROFOUS, J. *Průvodce alkoholovou závislostí*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011 s. 55 ISBN 978-80-7262-820-9

*„Dokud jedinec zůstává ve fázi popírání, nepřichází s iniciativou vyhledat pomoc lékaře. Pokud se navzdory všemu k lékaři dostaví, bývá to výlučně pod tlakem třetí osoby. Souhlasí s tím, že navštíví odborníka, aby udělal radost manželovi nebo manželce, anebo se k tomu odhodlá pod tlakem.“<sup>39</sup>*

## **4.6 Možnosti léčby alkoholové závislosti**

*„Vysazení alkoholu znamená první krok na cestě k pacientovu uzdravení. Vhodnější je přistoupit k němu pod lékařským dohledem, protože náhlé přerušování přísunu návykové látky může mít za následek prudkou reakci v podobě nevolnosti, ztráty životní energie, úzkosti, třesu, podrážděnosti, poklesu morálky, sklíčenosti, nespavosti, potíží se soustředěním a poruch paměti. Mozek, který byl opakovaným opíjením neustále poškozován, se postupně adaptuje na abstinenci.“<sup>40</sup>*

Možnosti léčby odpovídají stupni vývoje závislosti.

### **1. Ambulantní léčba**

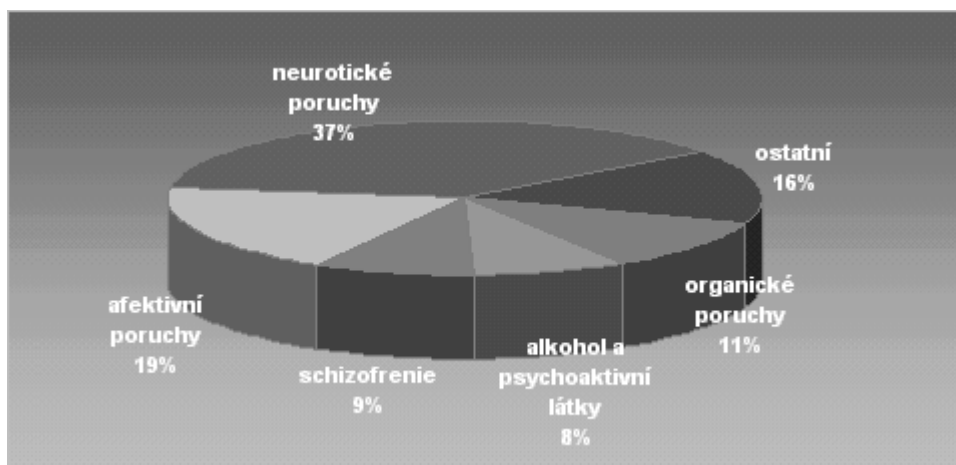
Pacient dochází ambulantně na jednotlivá vyšetření a terapie. Jejich součástí jsou psychoterapie, farmakoterapie, informovanost apod. Při ambulantní formě léčby by měl dotyčný abstinovat ze svého rozhodnutí minimálně půl roku.

---

<sup>39</sup> ÜHLINGER, C a TSCHUI, M. *Když někdo blízký pije*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009 s. 38 ISBN 978-80-7367-610-0

<sup>40</sup> ÜHLINGER, C a TSCHUI, M. *Když někdo blízký pije*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009 s. 94 ISBN 978-80-7367-610-0

**Graf 2: Struktura pacientů léčených v psychiatrických ambulancích podle skupin diagnóz, 2003.**



Zdroj: ÚZIS ČR, *Co (ne) víme o duševním zdraví?* [online]. © 2009 [cit. 2013-001-02]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku=&artclID=164](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=164)

## 2. Stacionární léčba

Tato léčba je krátkodobá a spočívá v docházení do celodenního léčebného programu. Ten umožňuje pokračovat v kontaktu s domácím prostředím. Zde je důležitá motivace pacienta a jeho aktivní spolupráce. Samozřejmostí je okamžitá abstinence.

## 3. Ústavní léčba

Je formou hospitalizace ve specializovaném zdravotnickém zařízení. Obvykle trvá 3 – 6 měsíců. Jedná se tedy o dlouhodobou léčbu a zahrnuje komplexní léčebný program skládající se z mnoha modulů. Ústavní léčba nastupuje v okamžiku silné závislosti, kdy nemocný člověk nedokáže svůj problém zvládnout svými silami, a ostatní formy léčby by byly neefektivní.

*„Abychom dali potřebným pocitům šanci vyplout na povrch, bude možná zapotřebí několika týdnů, nebo dokonce měsíců. Ale nebude to promarněný čas. Dáváme sami sobě svolení, abychom cítili to, co cítíme. To je vlastní upřímnost v praxi.“<sup>41</sup>*

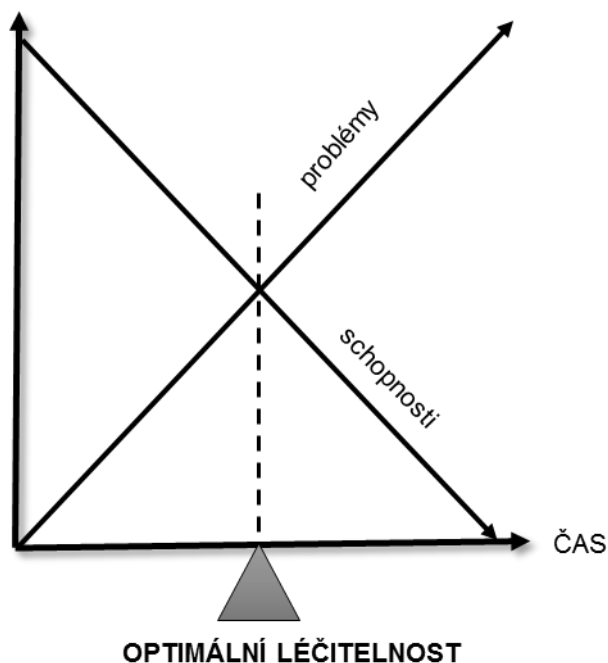
---

<sup>41</sup> KATHLEEN, S. *12 kroků – metoda odvykání závislosti*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1997 s. 15 ISBN 80-7349-011-0



Možnosti léčení alkoholismu graficky znázorňuje Rubešovo schéma kurability:

**Obrázek 10: Rubešovo schéma kurability.**



Zdroj: HELLER, J. a PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011 s. 137 ISBN 978-80-87258-62-0

Ze schématu je patrné, že optimální léčitelnosti se dosahuje v momentě, kdy jsou schopnosti a problémy závislého na stejné úrovni. Nemocný v čase dosáhl bodu, kdy jeho problémy s alkoholem nedosáhly kritické úrovně a současně si zachoval schopnosti (kognitivní, motivační...), které mu umožní začít s léčbou.

Bod optimální léčitelnosti nelze u dotyčného stanovit. Je závislý na souhře vnitřních a vnějších faktorů a dispozicích jedince. Mezi ně patří sociální prostředí, rodina, partner, zaměstnání a pracovní kolektiv, tolerance a podpora okolí apod.

## 4.7 Ústavní léčba závislosti na alkoholu

Ústavní léčba znamená pro nemocného dlouhodobý léčebný program odvykání závislosti. Na úvod je nutné zmínit, že se jedná o léčbu dobrovolnou. Nařízení ústavní léčby může být realizováno pouze na základě rozsudku soudu, který rozhodne o nařízení léčby. Je to součást rozsudku za přešůpek nebo trestný čin, na jeho spáchání se podílela závislost na alkoholu. Takový verdikt bývá často podložen znaleckými posudky z oblasti lékařství nebo psychologie.

V ostatních případech je to dobrovolné rozhodnutí jedince, který chce svůj osobní a společenský problém účinně řešit.

*„Pro dobrovolný vstup do léčení jsou tedy nejdůležitější správné a hlavně nekompromisní postoje blízkého okolí. Jsou tím, co akceleruje jeho rozhodnutí (postiženého závislosti). Té nekompromisnosti i její stálosti ovšem musí postižený věřit.“<sup>42</sup>*

Minimální doba terapie trvá 4 – 6 týdnů. To je minimální doba potřebná k detoxifikaci organismu od alkoholu. Při ní se odstraňují následky způsobené návykovou látkou. Alkohol se nahrazuje v metabolismu buňky. Provádí se vždy jako první, převážně u chronické závislosti, jakožto první opatření pro ochranu zdraví postiženého. Tato první fáze je doprovázena abstinenními příznaky, u těžkých závislostí se připojuje delirium tremens. V této fázi je důležitá k zvládnutí těchto příznaků, které mohou ohrozit pacientův život, farmakoterapie.

Alkoholová závislost je ovšem komplexní závislostí, je třeba odstranit i závislost psychickou, což je proces daleko složitější a dlouhodobější. Proto většina léčebných programů formou ústavní léčby trvá řádově měsíce, nejčastěji okolo 5 – 6 měsíců.

---

<sup>42</sup> PROFOUS, J. *Průvodce alkoholovou závislostí*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011 s. 55 ISBN 978-80-7262-820-9

#### 4.7.1 Léčebný program – farmakoterapie, psychoterapie

Komplexní léčebný program v rámci detoxifikace a psychoterapie se skládá z těchto součástí:

##### **Farmakoterapie**

Používá jako první prostředek detoxifikace organismu od alkoholu a při léčbě souvisejících psychických abnormalit nebo poruch provázejících závislost. Mezi ně patří nejružnější afektivní nebo úzkostné poruchy. Současně pomáhají zvládnout somatickou závislost.

##### **Averzivní terapie**

Cílem je snížení a odstranění nutkání požití alkohol. Je založena na základě podmíněného reflexu, kdy je toto požití spojeno s nepříjemným zážitkem a pocity, nejčastěji nevolností nebo zvracením. K vyvolání této reakce se používají farmaka, nebo metody autosugesce, hypnotické instrukce nebo elektrické stimuly. U nás se tato metoda nepoužívá od 90. let. Výjimkou je terapie za pomoci léku antabus, který vyvolává negativní reakci organismu na alkohol.

*„Využívání antabusové reakce v léčbě závislosti a alkohol spočívá v jiném averzivním principu. Neopírá se o vypracování podmíněného reflexu, ale o tlumivý odstrašující vliv možných následků po požití alkoholu. Užívá-li pacient pravidelně antabus a napije se alkoholem, vzniká prudká reakce kardiiovaskulárního a dýchacího systému se zvýšením krevního tlaku, zrudnutím, pocením a dušností, která může vést až k srdečnímu selhání a smrti.“<sup>43</sup>*

V rámci skupinové terapie se někdy provádí dramatická demonstrace, kdy pod lékařským dohledem je pacientovi na antabusu podán alkohol, a ostatní jsou svědky následných zdravotních komplikací. Tato zkušenost by měla pomoci uvědomění si důležitosti abstinence.

---

<sup>43</sup> KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2007 s. 186 ISBN 80-7367-122-0

## **Senzibilizující terapie**

*„Vnitřní senzibilace je nověji vypracovanou metodou, při níž se nežádoucí přitažlivé podněty nespojují s vnějším trestem, nýbrž s extrémně nepříjemnými a negativně afektivně nabitými představami za pomoci řízené imaginace.“<sup>44</sup>*

## **Psychoterapie**

Jedná se o jeden ze základních pilířů léčby alkoholové závislosti (společně s farmakoterapií). Nejčastěji se dnes používají intergrativní a kognitivně-behaviorální psychoterapie. Základem intergrativní terapie je zvolení kombinace takových postupů a metod, které povedou u daného pacienta k efektivním léčebným výsledkům. Důležitým faktorem je navození důvěry a úzkého vztahu se svým psychoterapeutem.

*„Psychoterapie je léčebná činnost, léčebné působení, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce. Specifický rozdíl, odlišující tuto činnost od jiných činností, lze hledat v několika směrech: a) čím působí, b) na co působí, c) čeho má dosáhnout, d) co se při ní děje a e) kdo působí.“<sup>45</sup>*

Kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT) je kombinací kognitivní (poznávací) a behaviorální (zabývající se chováním) terapie. Snaží se ovlivnit naučené reakce, které se projevují projevy poruchami chování.

---

<sup>44</sup> KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2007 s. 187 ISBN 80-7367-122-0

<sup>45</sup> KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2007 s. 13 ISBN 80-7367-122-0

KBT je v současnosti jedna z nejlepších terapií. Jejím základem je předpoklad, že většinu psychických problémů lze zlepšit a účinně léčit tím, že se identifikují a poté změní chybné představy, myšlenky, postoje a chování. Pomáhá změnit zažitá a patologická zvyky v myšlení.

#### Indikace KBT:

- Deprese.
- Maniodeprese (bipolární afektivní porucha).
- Úzkostné poruchy.
- Poruchy chování.
- Poruchy osobnosti.
- Schizofrenie.
- Poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie).
- Partnerské a rodinné problémy.
- **Závislost na návykových látkách.**

#### Hlavní rysy KBT:

- Zaměření na přítomnost.
- Zaměření na konkrétní problémy.
- Časové ohraničení.
- Stanovení cílů.
- Vznik soběstačnosti pacienta.
- Metody nácviku (učení, trénink, dovednosti, opakování).

Historie KBT začíná v období starověkého Řecka, kdy vznikaly první vědecké úvahy o lidské psychice. Aristoteles (řecký filosof, 384 – 322 př. n. l.) popsal proces učení, jakožto asociaci mezi dvěma událostmi. Současně určil tři principy potřebné k vytvoření této asociace – princip podobnosti, princip kontrastu a princip blízkého kontaktu. Jeho bádání předcházelo objevům, potvrzujících jeho dílo, které vznikly o mnoho staletí později.

Ruský fyziolog Ivan Petrovič Pavlov (1849 – 1936) koncem 19. století prozkoumal první zákonitosti učení u živého organismu. Objevil tzv. klasické podmiňování – učení na základě vytváření asociací mezi dvěma podněty. Americký psycholog Edward Lee Thorndike (1874 – 1949), průkopník behaviorismu (behaviorismus = psychologický přístup spočívající v tvrzení, že chování lze vědecky zkoumat bez odkazu na duševní stav), dokázal na pokusech s kuřaty, že se živý organismu učí na základě pokusu a omylu. Kuřata, poté, co vyzkoušela několik vzorců chování (například při dosažení krmení), dále používala ty postupy, které vedly k žádoucímu cíli.

K rozvoji behaviorální terapie došlo v 50. a 60. letech 20. století. V tomto období byly zaznamenány první pokusy o aplikaci poznatků z behaviorismu v praxi při léčení a terapii rozličných psychických problémů.

V přibližně stejném období se v USA začala rozvíjet kognitivní terapie. Ta se na rozdíl od behaviorální, začala zabývat primárně zkoumáním poznávacích procesů. Jde o procesy myšlení, uvažování, paměti apod.

V druhé polovině 70. let došlo k integraci obou terapeutických směrů, vznikla kognitivně-behaviorální terapie, která se začala masivně používat v 80. letech 20. století. Vznik KBT umožnil její následnou aplikaci na mnoho psychických poruch. Účinnost byla prokázána u panické poruchy, sociální fobie, hypochondrie, poruchách příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie) nebo u chronického únavového syndromu.

*„Podstatnou součástí jakéhokoliv programu je kognitivně-behaviorální vyšetření (assessment) – přesná diagnostika současných způsobů myšlení a chování. Ta zahrnuje jak přesnou charakteristiku současné poruchy, tak i faktorů, které projevům symptomu či problému bezprostředně předcházejí a které po něm následují.“<sup>46</sup>*

V současnosti je KBT dynamicky se rozvíjející směr v léčebné psychoterapii. Vytvořily se nové terapeutické programy, které efektivněji vedou k odstranění psychických problémů člověka.

*„V tomto typu léčby tedy terapeut pomáhá pacientovi, aby si uvědomil svůj způsob zkrusleného myšlení a dysfunkčního jednání. Pak pomocí systematického rozhovoru a strukturovaných behaviorálních úkolů pomáháme pacientovi hodnotit a měnit jak zkruslené myšlenky, tak dysfunkční jednání. Důležitou součástí je systematické řešení problémů. Léčebné postupy se pacientovi otevřeně a jasně vysvětlují a mezi terapeutem a pacientem se vytváří vztah vzájemné spolupráce.“<sup>47</sup>*

KBT se provádí formou hromadné, skupinové a individuální terapie.

### **Racionální psychoterapie**

Tato terapie se soustřeďuje na logický úsudek a pochopení souvislostí. Používá se v úvodní části léčby při budování nadhledu pacienta

### **Sugestivní psychoterapie**

Využívá se sugesce k potlačení racionalizace návykového chování závislého člověka. Využívá se techniky hypnózy a autogenního tréninku.

---

<sup>46</sup> KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2007 s. 74 ISBN 80-7367-122-0

<sup>47</sup> KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2007 s. 74 ISBN 80-7367-122-0

## **Abreaktivní psychoterapie**

Při této terapii se znovu navozují zážitky, které vedly k užití drogy. Hledají se nové vzorce řešení, odstraňují se traumata z těchto a dalších situací.

## **Psychoanalytická psychoterapie**

Základem slouží Jungova hlubinná psychologie. Pracuje s obsahem lidského nevědomí, vytěsněnými aspekty lidské psychiky, potlačenými přáními, traumaty apod. Cílem je dostat je do vědomí a omezit jejich další negativní působení.

*„Psychoanalýza rozlišuje v psychice vedle vědomí další dvě složky: předvědomí a nevědomí. Zatímco předvědomí se skládá s duševních obsahů, které lze podle potřeby snadno do vědomí vyvolat, je nevědomí oblastí relativně samostatnou. Tendence zde obsažené nejsou vědomí přímo dostupné, a přesto mají vliv na jednání. Jeho obsahem jsou pudové tendence, které mají rozhodující význam pro vývoj osobnosti i pro vznik neuróz.“<sup>48</sup>*

## **Interpersonálně korektivní psychoterapie**

Pomocí skupinových a komunitních sezení se využívá vztahové dynamiky ve skupině, kde jednotliví účastníci terapie spolu spolupracují a komunikují. Přejít od intrapersonálního vnímání své závislosti do interpersonální úrovně v rámci skupiny je velmi důležitým aspektem terapie. Zjednodušeně, důležitou součástí léčení je to, aby nemocný člověk dokázal o svém problému mluvit, přiznal jeho existenci a spolupracoval s ostatními.

---

<sup>48</sup> KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2007 s. 20 ISBN 80-7367-122-0



## **Nácviky rolí v ohrožujících situacích**

Jedná se o praktická cvičení, která simulují situace, kdy může dojít z pohledu alkoholika k ohrožení jeho abstinence. Navozují se nejrůznější situace a společenské interakce, kdy je mu nabízen alkohol. Cílem je zvládnout tyto situace a vhodnou formou se zdržet pití. Součástí je i učení se asertivitě.

Dlouhodobý psychoterapeutický program ústavní léčby je doplněn mnoha individuálními a hromadnými aktivitami, které mají za úkol osvojit si nové vzorce komunikace a chování. Nemocný člověk si znovu osvojuje sociální dovednosti, které ustoupily do pozadí v rámci závislosti. Postupně mění svůj životní styl a uvažování směrem ke standardním normám.

### **4.7.2 Léčebný program – další aktivity**

#### **Psaní deníků**

Je formou individuální spolupráce mezi pacientem a terapeutem. Deník, který si pacient píše, je další formou, jak si uvědomit situaci, ve které se nachází a najít konstruktivní řešení. Je to také aktivita, která účelně vyplňuje čas produktivní terapeutickou činností. Vypracovávání detailních elaborátů z předchozích sezení nebo aktivit pomáhá postiženému trénovat a obnovovat paměťové funkce, které bývají závislostí na alkoholu poškozeny.

#### **Přednášky a osvěta**

Pomáhají lidem na léčení uvědomit si podstatu a hloubku svého onemocnění.

#### **Pohybové a sportovní aktivity**

Tyto pravidelné aktivity pomáhají ke zlepšení tělesného stavu pacienta, utužují sociální skupinu. U pohybových standardů a výkonových testů mají i svůj diagnosticko-terapeutický význam. Jejich porovnání v čase umožňuje změřit pokroky a zlepšení fyzické kondice.

## **Pracovní terapie**

Jsou důležitou a nedílnou součástí léčebného programu. Terapie má velké nároky na čas a správnou organizaci, přináší ale velmi pozitivní výsledky v oblasti fyzické a psychické rehabilitace.

## **Denní režim**

Má svůj význam pro rozdělení všech potřebných terapeutických činností. Umožňuje efektivně plánovat jednotlivé aktivity a pacientům určuje řád, na který si musí přivyknout. Je to důležité z hlediska naučení se sebekázni, pravidlům vůči sobě i ostatním. Jsou to věci, které byly v době závislosti často opomíjeny. Režim má význam i z hlediska synchronizace biologických rytmů.

## **Informační, hodnotící systém**

Jednotlivé pokroky, plnění nebo neplnění stanoveného léčebného programu se zaznamenává do hodnotícího přehledu. Vizualizuje tak pacientovy pokroky, ale i neúspěchy. Má motivační charakter. Obsahuje i penalizace v případě, že není dosaženo stanovených cílů i přes možnou existenci určité, jasně specifikované tolerance.

### **4.7.3 Délka ústavní léčby**

Délka ústavní léčby zohledňuje terapeutické potřeby pro efektivní léčbu závislosti. Je vždy doplněna léčbou následnou, ambulantní. Celková doba léčby trvá okolo 3 let. V současnosti se aplikují dva modely. V zahraničí spíše kombinace delší léčby ústavní, která trvá z pravidla více jak 6 měsíců a relativně krátké léčby následné. V České republice se uplatňuje ústavní léčba v délce 4 – 6 měsíců a následné delší období, tzv. doléčení závislosti ambulantní formou.

Pokud se léčí závislost ve stádiu kritickém a terminálním (poslední 2 stádia ze 4), trvá základní psychická a somatická regenerace přibližně 6 – 8 týdnů. V období 10. týdne dokáže pacient reálně vnímat svou situaci a stav a plně se zapojit do léčebného programu. Postupně dochází u závislého člověka ke změně postojů v rámci své diagnózy a je schopen vypracovat program udržení své tělesné a psychické kondice.

*„Pokud jsou nějaké týdny k dispozici pro práci na základním problému – odpovědět na otázku položenou životem – nikoli drogou, ale vlastní aktivitou a řešením, pak má pacient opět o nějaké to procento větší pravděpodobnost na dosažení remise choroby.“<sup>49</sup>*

#### **4.7.4 Doléčovací programy závislosti na alkoholu**

Doléčovací programy mají zásadní význam v úspěšné léčbě závislosti na alkoholu. Pacient se po ústavní léčbě opět integruje do sociálního prostředí, kde si osvojuje staronové vzorce chování v rámci trvalé doživotní abstinence, která je nezbytnou součástí remise onemocnění. Zjednodušeně řečeno, vrací se z poměrně „bezpečného“ prostředí léčebny do normálního života, který se musí naučit zvládat tak, aby neřešil problémy znovu alkoholem.

V tomto období je stěžejní pokračování v psychoterapii, která spočívá v podpoře pacienta, aby si udržel motivaci k abstinenci a zdravému životnímu stylu. Existuje mnoho léčebných postupů a aktivit, které k tomu napomáhají. Ke standardu patří pokračování ambulantní léčby s možnou lékovou podporou (senzibilující léčba Antabusem) a účast na denních stacionářích s odbornými psychoterapeuty, kde se pokračuje v rozličných terapiích (kognitivně-behaviorální terapie a další). Taková následná péče by měla být v rozsahu minimálně 2x týdně, kdy minimálně jednu hodinu by měla být součástí pokračující psychoterapie.

---

<sup>49</sup> HELLER, J. a PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011 s. 132 ISBN 978-80-87258-62-0

*„Vzhledem k dlouhodobému procesu regenerace a opětovnému uvedení mozku do biologické rovnováhy se stává, že abstinující pociťuje nejrůznější nepříjemné a přitom nenápadné symptomy až do 120. dne abstinence. Jedná se zejména o emoční potíže. Projevují se popudlivostí, obtížným soustředěním, oslabením životní energie a snížením zájmu o věci běžného života.“<sup>50</sup>*

Pro abstinenta se jedná o jedno z nejsložitějších období jeho léčby. Jsou zde kladeny velké nároky na jeho vůli a odhodlání, stejně tak na jeho nejbližší okolí, rodinu, přátele nebo spolupracovníky. Často musí dojít i ke zrušení vazeb k lidem z minulosti, pokud byly příčinou závislosti, respektive aktivity s nimi spojené. Příkladem je členství v nějaké partě, kde součástí jejího života byla konzumace nebo aplikace návykových látek. Nemocný si musí uvědomit, že pouze radikální změna životních návyků a postojů včetně sociálně patologického prostředí, mu pomůže zvládnout jeho problém.

I v doléčovacích programech je účast dobrovolná, pacient by ale měl mít na paměti, že jejich předčasné ukončení zvyšuje pravděpodobnost recidivy onemocnění a opětovnou závislost na alkoholu se všemi důsledky. Stabilizace pacienta, jeho integrity a všech změn v organismu trvá přibližně 3 roky od začátku léčby. Jedná se dlouhodobý proces, jehož nezbytnou součástí je úsilí všech zúčastněných, ale pokud se dodrží tříletý léčebný proces, pak se pohybuje dlouhodobá remise až u 80 % pacientů.

---

<sup>50</sup> ÜHLINGER, C a TSCHUI, M. *Když někdo blízký pije*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009 s.95 ISBN 978-80-7367-610-0

## ZÁVĚR

Závislost na psychoaktivních látkách patří k současným aktuálním, společenským tématům. Jedná se o celosvětově stejně závažné téma s dopadem na lidský život, ať už je postoj jednotlivých zemí a vlád k této problematice jakkoliv odlišný. Je to komplexní, složité téma z pohledu medicínského, sociálního a psychologického. Každá patologická závislost na droze, bez ohledu na chemické složení nebo mechanismus jejího účinku, vede dříve nebo k později k vážnému poškození somatického a psychického zdraví jedince a následnému rozpadu standardních sociálních vazeb. V případě neléčené chronické závislosti vede ve většině případů k předčasnému úmrtí, často ještě v produktivním věku.

Dalším negativním důsledkem závislosti jsou vedlejší škody způsobené sociálně patologickým jednáním. Jedná se o mnohdy o škody způsobené na majetku či zdraví druhých osob. Nejde jen o nemocného člověka s diagnózou závislosti jako takového, ale i ostatní lidské bytosti v jeho okolí, které jsou jeho nemocí ovlivněny. Ať již z pohledu rodinného příslušníka nebo jiného blízkého vztahu, který je dramaticky narušen a ovlivněn závislostí nebo například z pohledu oběti trestného činu, způsobeného drogově závislým jedincem.

Téma závislosti na psychoaktivních látkách by mělo být řešeno celospolečensky s maximální a komplexní podporou zainteresovaných institucí, protože následky závislosti nejsou ohraničeny jen mikrosvětlem postiženého, nýbrž postihují společnost jako takovou, a to přímo i nepřímo.

Efektivní přístup k problematice drogových a jiných závislostí spočívá v komplexním vnímání tématu v čase a místě. Drogy, alkohol a jiné závislosti s následnými společensky nepřijatelnými jevy, jsou téma vyžadující multilaterální přístup v oblasti rodinné a společenské výchovy, socializace, školství, prevence, volnočasových aktivit a například i mediálního prostředí. Jakékoliv prostředky ať již finanční nebo nefinanční do prevence závislostí jsou nejlepší cestou, jak co nejúčinněji minimalizovat jejich společenské dopady.

Ve své teoretické bakalářské práci jsem se věnoval problematice psychoaktivních látek a souvisejícím závislostem. Pro ucelený pohled na dané téma jsem v úvodu provedl historický exkurz, abych dokázal, že tato problematika je stará jako lidstvo samo. Dějinné souvislosti omamných látek dokázaly, že i přes různý společenský přístup k drogám v průběhu lidského vývoje, měly ve svém důsledku negativní vliv na člověka a jeho integritu. Na počátku to bylo náboženství a jeho rituály, které stály u výroby a konzumace omamných látek. Touha po neobyčejných zážitcích a pocitech, změněnému stavu mysli, pocitu uvolnění a extra smyslových vjemech, vedla člověka k experimentům s drogou. Její účinky pak lidé mylně pokládaly za existenci „božských“ sil a například díky jejím halucinogenním účinkům prožívali komunikaci s transcendentálním světem, který považovali za reálný.

V samostatné kapitole této práce jsem se detailně věnoval alkoholismu, jakožto nejrozšířenější lidské závislosti vůbec. Česká republika patří k zemím s největší průměrnou konzumací alkoholu na jednoho obyvatele na světě. Podle šetření Českého statistického úřadu byla průměrná spotřeba čistého lihu na jednoho obyvatele včetně batolat v roce 2005 těžko uvěřitelných 10,2 litrů čistého lihu. Pokud toto číslo převedeme na počet půllitrových lahví 40% alkoholu, tak nám vyjde, že každý občan za rok vypil přes dvacet lahví, například rozšířené vodky. Někjaký problém s alkoholem mělo či má kolem 25 % mužů a 10 % žen v naší zemi. Tato nelichotivá statistika jde ruku v ruce s následnými celospolečenskými problémy.

Ve své práci jsem se dotknul tématu vzniku alkoholové závislosti, kde jsem dospěl k názoru, že tato může postihnout prakticky každého člověka. Jedná se o onemocnění, které je způsobeno mnoha rozličnými faktory, od dědičných biologických dispozic až po nadměrnou počáteční konzumaci v rámci určitých společenských norem. Jako zásadní v boji proti vzniku alkoholismu považují prevenci v rámci všech rizikových faktorů a spouštěčů patologické závislosti. Pokud selže primární (rodina, sociální prostředí, škola, výchovné a vzdělávací instituce), sekundární (odborná pomoc a léčba) a terciální prevence (poradny, krizová centra, linky důvěry), je jediným možným řešením odborná léčba závislosti.

Odborné léčbě ovšem předchází zcela zásadní a pro další dynamiku vývoje rozhodující okamžik. Tím je uvědomění si nemocného, že má reálný, závažný problém, dokázat ho zcela jasně definovat a následně se rozhodnou svou závislost na alkoholu léčit za pomoci odborníků. Dle mého názoru se jedná pro alkoholika o nejtěžší a nejsložitější rozhodnutí. Přichází totiž v době, kdy závislost ovlivňuje jeho způsob uvažování a pouze malé procento nemocných v této situaci je schopno protialkoholní léčbu nastoupit. Bez účinné a efektivní pomoci, spočívající v podpůrných aktivitách lidí z blízkého okolí, bez podpory rodiny, přátel nebo spolupracovníků, si lze jen těžko představit, že postižený najde dostatek motivátorů ke změně svého životního stylu. Zde spatřuji sociální rozměr tohoto tématu.

Náš systém, ve kterém žijeme, je založen na solidárním principu. My, jakožto občané naší demokratické společnosti, přispíváme průběžně ze svých příjmů na sociální a zdravotní výdaje. Tento průběžný systém je přijímán jako samozřejmost a má dlouholetou tradici. Pomáhá nemocným a sociálně slabým vypořádat se se zdravotními a ekonomickými problémy. Se stejnou samozřejmostí, se kterou přijímáme fakt, že část našich příjmů jde na tyto potřeby, tak bychom měli být připraveni sami poskytnout nemateriální pomoc lidem, kteří se stanou alkoholiky nebo narkomany. Finanční prostředky jsou pouze nástroj, člověk potom svými konkrétními aktivitami pomáhá problém řešit.

Domnívám se, že investice do prevence chorobných závislostí se mnohonásobně vrátí celé společnosti v podobě jejich nižšího počtu i úměrně nižšímu počtu sociálně-patologických jevů. Prevence by měla vždy předcházet restriktivním opatřením. Pokud již dochází v souvislosti s alkoholem k ničení lidského zdraví, majetku anebo trestné činnosti, je to již z mého pohledu pozdě.

Stejně tak je důležité poskytnout lidem po ústavní či ambulantní léčbě, efektivní doléčovací programy a programy následné péče. Léčba závislostí je běh na dlouhou trať, vyžadující pevnou vůli a odhodlání všech zúčastněných. Největší odměnou a nejlepším výsledkem tohoto snažení je pak trvalá, dlouhodobá abstinence.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Seznam použitých českých zdrojů

- DAVENPORT-HINES, R. *Honba za zapomněním: Světové dějiny narkotik 1500 – 2000*. 1. vyd. Praha: BB/art, 2004. 503 s. ISBN 80-7341-202-0
- DUBSKÝ, J. a URBAN, L. *Sociální deviace*. 1. vyd. Praha: PA ČR, 2005. 90 s. ISBN 80-7251-202-1
- HAJNÝ, M., KLOUČEK, E. a STUHLÍK R. *Akta Y – Drogový problém versus rodina*. 1. vyd. Praha: Votobia, 1999. 125 s. ISBN 80-7220-022-4
- HASAL, P., SCHREIBER I., ŠNITA D. a KOL.: *Chemické inženýrství I*. 2. vyd. Praha: VŠCHT Praha, 2007. s. 276. ISBN 978-80-7080-002-7
- HELLER, J. a PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011. 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0
- HOFMANN, A. a SCHULTES R.E. *Rostliny bohů: Jejich posvátná, léčebná a halucinogenní moc*. 1. vyd. Praha: Mat'a, Volvox Globator, 1996. 192 s. ISBN 80-7207-007-X
- KATHLEEN, S. *12 kroků – metoda odvykání závislosti*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1997. 157 s. ISBN 80-7349-011-0
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2007. 263 s. ISBN 80-7367-122-0
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. 173 s. ISBN 978-80-7367-905-8
- NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 157 s. ISBN 80-7178-515-6
- PROFOUS, J. *Průvodce alkoholovou závislostí*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 108 s. ISBN 978-80-7262-820-9
- RAHN E. a MAHNKOPF A., T. *Psychiatrie – učebnice pro studium a praxi*. 1 vyd. Praha: Grada, 2000. 466 s. ISBN 80-7169-964-0
- ŘÍČAN, P. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 286 s. ISBN 80-7178-923-2
- SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1996. 503 s. ISBN 80-85800-33-0
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4
- ÜHLINGER, C a TSCHUI, M. *Když někdo blízký pije*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 144 s. ISBN 978-80-7367-610-0



## Seznam použitých internetových zdrojů

- Definice a rozdělení drog* [online]. © 2009 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: [http://www.zachranny-kruh.cz/rizikove\\_chovani/definice\\_a\\_rozdeleni\\_drog.html](http://www.zachranny-kruh.cz/rizikove_chovani/definice_a_rozdeleni_drog.html)
- KRMENČÍK, P. *Encyklopedie psychotropních rostlin* [online]. © 2007 [cit. 2012-11-21]. Dostupné z: <http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3rcae.html>
- Psilocybinové houby(lysohlávky)* [online]. © 2002 [cit. 2002-06-14]. Dostupné z: [http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s\\_id=2330&s\\_ts=41142,1025694444](http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=2330&s_ts=41142,1025694444)
- Rostlinné omamné drogy: kata jedlá* [online]. © 2002 [cit. 2012-11-14]. Dostupné z: [http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s\\_id=2323&s\\_rub=0&s\\_sv=1&s\\_ts=40102,026875](http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=2323&s_rub=0&s_sv=1&s_ts=40102,026875)
- ÚZIS ČR. *Co (ne) víme o duševním zdraví?* [online]. © 2009 [cit. 2013-001-02]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku=&artclID=164](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=164)

## 5. SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

### Seznam obrázků

OBRÁZEK 1: SKLADIŠTĚ OPIOVÉ TOVÁRNÍ VÝCHODOINDICKÉ SPOLEČNOSTI, ANGLEAST INDIA COMPANY, V PATNĚ (1850).....	13
OBRÁZEK 2: PĚSTITELÉ KONOPÍ ZOBRAZENÍ NA DESETI DOLAROVÉ BANKOVCE Z ROKU 1914.....	16
OBRÁZEK 3: MUŽ NESE SVAZEK KATY JEDLÉ NA TRŽIŠTI V JEMENSKÉM HARARE.....	21
OBRÁZEK 4: ARCHEOLOGICKÉ NÁLEZY Z OBDOBÍ CCA 1000 LET PŘ. N. L. DOKAZUJÍCÍ, JAKOU MĚLY HOUBY RITUÁLNÍ A NÁBOŽENSKOU SYMBOLIKU.....	22
OBRÁZEK 5: LYSOHLÁVKA KOPINATÁ (PSILOCYBE SEMILANCEATA).....	31
OBRÁZEK 6: VÝVOJ ILUZE NAKRESLENÉ POD VLIVEM INTOXIKACE LSD.....	32
OBRÁZEK 7: OBRÁZEK, NA KTERÉM MĚL NAKRESLIT SÁM SEBE POKUSNÝ SUBJEKT POD VLIVEM LSD, SILNÉ SYNTETICKÉ HALUCINOGENNÍ PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKY.....	56
OBRÁZEK 8: ZAŘÍZENÍ PRO VSÁDKOVOU DESTILACI.....	60
OBRÁZEK 9: KRESBA LIDSKÉ POSTAVY A STROMU PADESÁTILETÉHO ALKOHOLIKA TRPÍCÍHO ALKOHOLOVOU DEMENCÍ A NEUROLOGICKÝM POSTIŽENÍM STEJNÉ ETIOLOGIE.....	77
OBRÁZEK 10: RUBEŠOVO SCHÉMA KURABILITY.....	81

### Seznam tabulek

TABULKA 1: MÍRA RIZIKA V ZÁVISLOSTI NA TVRDOSTI DROGY.....	27
TABULKA 2: SCHÉMA VZTAHU MEZI BAŽENÍM A SEBEOVLÁDÁNÍM.....	44
TABULKA 3: NEBEZPEČNOST ODVYKACÍCH STAVŮ U RŮZNÝCH LÁTEK.....	46
TABULKA 4: RIZIKO VZNIKU ZÁVISLOSTI A VZESTUP TOLERANCE.....	47
TABULKA 5: VÝSKYT OPILOSTI U DOSPÍVAJÍCÍCH.....	64
TABULKA 6: STÁDIA AKUTNÍ INTOXIKACE ALKOHOLEM.....	71

### Seznam grafů

GRAF 1: STRUKTURA HOSPITALIZOVANÝCH V PSYCHIATRICKÝCH LÉČEBNÁCH PODLE SKUPIN DIAGNÓZ, 2003.....	38
GRAF 2: STRUKTURA PACIENTŮ LÉČENÝCH V PSYCHIATRICKÝCH AMBULANCÍCH PODLE SKUPIN DIAGNÓZ, 2003.....	80

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Dušan Strakula**

**Obor: 7202R026 - Sociální a mediální komunikace (Bc. SMK)**

**Forma studia: kombinovaná**

**Název práce: Závislosti na psychoaktivních látkách, závislost na alkoholu a psychické změny jako důsledek abúzu alkoholu.**

**Rok: 2013**

**Počet stran textu bez příloh: 87**

**Celkový počet stran příloh: 0**

**Počet titulů české literatury a pramenů: 16**

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 5**

**Vedoucí práce: JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D.**