



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Drogy a duševní onemocnění

Bakalářská práce

Studijní program: B7508 – Sociální práce
Studijní obor: 7502R024 – Sociální práce a penitenciární péče
Autor práce: **Renata Kotůčková**
Vedoucí práce: Mgr. Andrea Brožová Doubková



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Renata Kotúčková**
Osobní číslo: **P13000939**
Studijní program: **B7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce a penitenciární péče**
Název tématu: **Drogy a duševní onemocnění**

Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Zjistit informovanost veřejnosti o souvislosti mezi užíváním drog a pro-puknutím duševního onemocnění.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava výzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazování.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

BOUČEK, J. Speciální psychiatrie. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1354-X.

ČEŠKOVÁ, E. a PŘIKRYL R. Praktická psychiatrie. Praha: Jessenius, 2013. ISBN 978-80-7345-316-9.

LÁTALOVÁ, K. Agresivita v psychiatrii. 1. vyd. Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4

NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. Portál, 2000. ISBN 80-7178-831

PRAŠKO, J. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-002-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Andrea Brožová Doubková

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2016**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2015

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 29. 6. 2016

Podpis: Kottelová, Zuzana

Poděkování

Děkuji Mgr. Andree Brožové Doubkové a Prof. RNDr. Janu Hanouskovi, CSc. za podporu, pomoc a konstruktivní připomínky, které mi pomohly vytvořit tuto bakalářskou práci. Vážím si jejich znalostí a trpělivosti, se kterou mě po celou dobu tvorby této práci vedli.

Děkuji všem anonymním respondentům, kteří vyplnili můj dotazník, přestože některé otázky zasahovaly hluboko do jejich soukromí.

Děkuji Kateřině Záhorové, která se mnou strávila mnoho času při rozhovorech a svými připomínkami mi ukazovala cestu mou bakalářskou prací.

Největší poděkování patří mému manželovi, který mě trpělivě doprovázel celým svým studiem a byl mi po celé tři roky velkou oporou.

ANOTACE

Název bakalářské práce: Drogy a duševní onemocnění

Jméno a příjmení autora: Renata Kotúčková

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2015/2016

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Andrea Brožová Doubková

Resumé: Bakalářská práce se zabývala problematikou spojitosti drog a duševního onemocnění. Jejím cílem bylo prokázat spojitost mezi užíváním drog a propuknutím duševního onemocnění. Pro zmapování tohoto problému bylo důležité postupovat od obecných otázek ke konkrétním. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o teoretickou část, která pomocí zpracování a prezentace odborných zdrojů popisovala jednotlivé drogy, období ve kterém se začaly užívat či vyrábět. Jejich účinky a dopad na uživatele po somatické i duševní stránce. Seznámení s lékařským oborem specializovaným na problematiku duševního onemocnění – psychiatrií. Praktická část zjišťovala pomocí dotazníku vlastní konstrukce procentuální zastoupení uživatelů drog a jiných návykových látek ve vzorku 143 respondentů, kteří onemocněli duševním onemocněním. Dále pro lepší pochopení problému byly vyhotoveny dvě kazuistiky. Za největší přínos práce bylo možné považovat zjištění, že tato problematika není v míře ojedinělých případů, ale v alarmujících procentech. Proto by bylo vhodné v rámci prevence na tuto problematiku upozornit.

Klíčová slova: návykové látky, drogy, diagnóza, duševní onemocnění, psychiatrie, psychopatologie.

ABSTRAKT

Title of Bachelor Thesis: Drugs and mental illness

Author: Renata Kotúčková

Academic Year: 2015/2016

Supervisor:

Keywords: addictive substances, drugs, diagnosis, mental illness, psychiatry, psychopathology.

Summary: The bachelor thesis was about the problems of drugs and their connection with mental derangements. Its aim was to confirm the connection between drug addiction and sudden beginning of mental derangements after that. In order to chart the issue correctly, it was needed to proceed from the basics up to exact questions. The thesis was split into two fundamental parts. The first one was the theoretical one dealing with the concrete description of individual drug, including the period of when the drugs were developed or started to use. Drugs impact on person in case of somatic and mental aspect. Also it was about the introduction of medical department specialized in problems of mental derangements – psychiatry. The practical part was searching the percentage of drugs and other addictive substances. The customized questionnaire was used to find these information from a hundred of those sick respondents. The aim was to confirm the existence of this population. Also, for better understanding there were created two casuistries as well as the record of an interview with psychiatrist Katerina Tausova. The biggest benefit of this research was finding that this is not a problem of single cases but an alarming part of population. In case of a prevention it would be good to call attention to this matter.

Obsah

1. Úvod.....	9
2. Drogy a jiné návykové látky.....	10
3. Historie drog.....	11
4. Dělení drog.....	14
4.1. Legální drogy a jiné návykové látky.....	14
4.2. Měkké a tvrdé drogy.....	15
4.3. Drogy s mírným a vysokým rizikem.....	16
4.4. Syntetické drogy.....	16
4.5. Drogy dle skupiny účinných látek.....	17
4.5.1 Tlumivé látky.....	17
4.5.2 Stimulační drogy.....	20
4.5.3 Halucinogenní drogy.....	22
4.6. Alkohol a tabák.....	24
5. Psychiatrie a psychopatologie.....	25
5.1. Psychiatrie.....	25
5.2. Psychologie.....	27
5.3. Psychopatologie.....	27
6. Duševní poruchy.....	29
6.1. Příčiny duševních poruch.....	30
6.2. Vnímání a jeho poruchy.....	32
6.2.1. Iluze a halucinace.....	32
6.2.2. Porucha osobnosti a chování.....	33
6.2.3. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.....	33
6.2.4. Akutní intoxikace.....	34
6.2.5 Škodlivé užívání.....	34
6.2.6. Syndrom závislosti.....	34
6.2.7. Odvykací stav.....	35
6.2.8. Psychotická porucha.....	36
6.2.9. Emotivita a její poruchy.....	37
7. Praktická část.....	38
7.1. Použité metody.....	38
7.2. Tvorba dotazníku.....	39
7.3. Předpoklady výzkumu.....	40
7.4. Charakteristika účastníků dotazníkového šetření.....	40
8. Výsledky dotazníkového šetření.....	41
9. Kazuistika – Šárka.....	47
10. Kazuistika – Miroslav a Šárka.....	49
11. Závěr.....	53
11.1. Návrh opatření.....	54

1. Úvod

Tématem bakalářské práce jsou Drogy a psychická onemocnění. Uživatelé návykových látek jsou upozorňováni na somatická onemocnění, která užíváním vznikají, ale často netuší, co mohou návykové látky způsobit v oblasti psychiky, od obyčejných psychických problémů až po chronická psychická onemocnění. Řeší se propad uživatelů na sociální dno a s tím spojené problémy, bezdomovectví, trestné činy, zdravotní problémy vzniklé nakažením infekčními nemocemi. Významným problémem je také finanční zátěž pro stát. Pokud mají tyto osoby zájem abstinovat, využívají určitou dobu sociální služby v různých specializovaných organizacích. Osoby, které onemocněly chorobou ze spektra psychických nemocí, zůstávají celý život závislé na finanční pomoci od státu. Laická veřejnost není o této problematice příliš informována. Hlavním cílem této práce je objasnit v komplexní formě, jaká je souvislost mezi užíváním návykových látek a možným vznikem psychických poruch.

Struktura bakalářské práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou. Teoretická část bakalářské práce se věnuje drogám, je zde shrnuta historie užívání drog do současnosti, představení jednotlivých skupin drog a návykových látek, jejich složení a účinek na uživatele a důvody užívání návykových látek. Dále se autorka věnuje psychiatrii, jejímu obecnému představení jako medicínského oboru. Stručně uvádí klasifikace jednotlivých diagnóz dle MKN, popisu a dělení psychických poruch a onemocnění. Popisuje příčiny, symptomy a syndromy, vliv užívání drog a jiných návykových látek na kognitivní a behaviorální funkce uživatele, příčinné souvislosti mezi psychickými poruchami a užíváním drog či jiných návykových látek.

Předmětem zkoumání bakalářské práce bylo dotazníkové šetření v běžné populaci v rozsahu minimálně 100 respondentů. Dotazník měl za cíl zjistit, kolik oslovených respondentů je uživatelem drog a jiných návykových látek, majících alespoň jednu zkušenost s drogou, kolik užívajících respondentů mělo alespoň jednu psychotickou příhodu či vnímá určité změny v kognitivních funkcích, kolik respondentů onemocnělo duševní chorobou. Dotazník byl umístěn na internetu, kde k němu měla přístup veřejnost. Součástí praktické části jsou také dvě kazuistiky.

Cílem dotazníkového šetření je poukázat na prokazatelný vznik psychických poruch v důsledku užívání návykových látek.

2. Drogy a jiné návykové látky

Droga je každá látka, ať již přírodní, nebo syntetická, která splňuje dva základní požadavky.

a) má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše vnitřní naladění – působí na psychiku

b) může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“. Ten je u různých drog různě vyjádřen, může být větší nebo menší, ale přítomen je vždy (Presl,1994,str. 15)

Droga je jakákoliv látka přírodní nebo syntetické povahy, která po pravidelném užívání vyvolává závislost organismu, tedy drogovou závislost, toxikomanií.

Problematika drogové závislosti je velmi tíživá a to z hlediska zdravotního, sociálního a dalších. Drogová závislost je nejužívanější označení pro stav uváděný také jako toxikomanie. Drogou jsou zde míněny návykové látky, tedy psychotropně aktivní látky, které jsou schopny navodit stav náruživosti – bažení, což je velmi těžce zvladatelná potřeba nutkavého užívání těchto látek, pro jejich účinky na nervový systém uživatele (Nešpor,2011,str. 29).

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

Syndrom závislosti: je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.

Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje

Závislost definujeme až tehdy, jestliže dojde v průběhu jednoho roku minimálně ke třem z těchto jevů.

- nezvladatelná touha po dané látce, na které je jedinec závislý – craving

- uživatel má potíže se sebeovládáním a to, v kterékoliv fázi
- uživatel „bere“ látku, aby zmírnil příznaky tělesného odvykacího stavu
- u uživatele se projevuje stav, kdy ke stejnému účinku je potřeba větší množství látky
- změna tolerance k dané látce
- uživatel potlačuje aktivity, kterým se věnoval před užíváním a věnuje veškerý čas drogám
- uživatel pokračuje v „braní“ i přes jasné vedlejší účinky drog

Syndrom závislosti může vzniknout na základě užívání jedné látky, ale i kombinaci více druhů látek (Nešpor,2011, str.132 - 145).

Důvodů, proč lidé začnou brát drogy, je několik. Jako příklady lze uvést:

- vyplnění prázdného místa v životě
- útěk před skutečností
- zvědavost, zkušenost
- nuda, odstrčenost
- tlak okolí
- problémy v rodině
- předvádění se, lepší pocit (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 25).

3. Historie drog

Historie užívání drog je stará jako lidstvo samo. Znalosti o vlastnostech makové šťávy byly známy již tisíce let před naším letopočtem, na území starodávné Mezopotámie např. již v době neolitu (8000 - 5000 let př.n.l.).

Ve starém Egyptě (14. století př.n.l.) se mák pěstoval na větších plochách a byl z něj vyráběn božský lék proti bolesti - opium. Obličeje sošek „bohyní máku a makovic“ ze starověké Kréty (13. století př.n.l.), mají však zvláštní výraz extáze v opiovém opojení a jsou jedním z dokladů toho, že od pradávna byly známy nejen léčebné, ale i opojné vlastnosti opia (Marek, 1999).

Jednou z nejstarších kulturních rostlin lidstva je i konopí. Pochází pravděpodobně z centrální Asie, kde byla marihuana poprvé využívána a odkud se její užívání rozšířilo do Afriky a do Číny. V Asii bylo konopí poprvé pěstováno pro jiné než průmyslové účely. Před asi 5000 lety je konopí v Knize léčiv čínského lékaře Sheng-Nunga popisováno jako droga proti zácpě, revmatismu, malárii a dalším potížím (Sananim,2009).

I v indické literatuře (kolem roku 800 př.n.l.) je konopí uváděno jako lék proti mnoha nemocem a zároveň je popisováno jeho užití i v duchovní sféře, např. při uctívání boha Višnu (Sananim,2009).

Marihuana měla své nezastupitelné místo v lékárnách starých Číňanů a Řeků. Ceremoniální, rekreační a terapeutické užívání marihuany pokračovalo v Asii, Africe, Arábii, Jižní a Střední Americe bez přerušení až do dnes. V současné době se v ČR opět začíná používat konopí – marihuana jako léčebný prostředek. Vyrábí se masti, olejíčky, přidává se do kosmetiky. Kouření marihuany či její užívání má prokazatelný účinek na mnoho závažných onemocnění. U rakoviny jde o léčebný účinek přímo na nádor či metastázy v paliativní léčbě tohoto onemocnění. Dále se to týká Parkinsonovy choroby, roztroušené sklerózy a dalších závažných onemocnění. Také je to jedna z nejoblíbenějších drog mládeže, tzv. „hulení marihuany“ je modním trendem, traduje se, že nemá škodlivé účinky a je cenově dostupné (Sananim,2009).

Účinky listů keře koky (*Eruthroxylon coca* - obsahující kokain) znají v Jižní Americe pravděpodobně už 5000 let. Podle starých indiánských legend (14.stol.) byl „božský list“, který zarmoucené rozveselí, vyčerpané posílí a hladové nasytí, přinesen synem Slunce vyvolenému národu Inků. Užívání koky pro její posilovací účinky se udrželo do dnes pro usnadnění pohybu ve vysokých horách. Stimulačních účinků keře Kath (*Catha edulis*), který dodnes roste vysoko v horách východní Afriky a jižní Arabie, využívali běžci-poslové ve staré Habeši. Povzbuzující účinek těchto látek funguje tak, že člověk nevnímá impulzy svého organismu a je schopen „pracovat“ až na hranici totálního vyčerpání, kdy může dojít až ke smrti (Drogová poradna,2009).

Je velmi pravděpodobné, že andští Indiáni žvýkali listy koky už před 6 000 lety. V říši Inků bylo žvýkání koky výsadou vládnoucí třídy, ale později se rozšířilo mezi

všechny společenské vrstvy. Do Evropy koku přivezli španělští kolonizátoři. Kokové lístky však vysušením a transportem ztráceli na účinnosti a nezískali si příliš velkou oblibu. Asi 2000 let je starý další povzbuzující zvyk - žvýkání „betele“, rozšířený a udržovaný od Indie po řadu tichomořských ostrovů. Je to kousek ořechu z arekové palmy (*Areca catechu* - obsahuje arecolin) s trochou vápna, vše zabaleno do betelového listu (Piper betle) (Drogová poradna,2009).

Drogy dokáží velmi rychle, „poměrně levně“ a hlavně „téměř bezpracně“ člověku zprostředkovat stav změněného vědomí.

Tento stav přináší uživateli rozkoš a slast. Tyto dva stavy, tedy jejich prožitek, patří k základním lidským potřebám a míra jejich uspokojování se u každého jednotlivce liší. Je pravda, že podle některých pramenů právě schopnost drog přinášet člověku „zakázanou pozemskou rozkoš“ vedla ve středověku představitele postupně se šířících monoteistických náboženství (křesťanství a islámu) k zákazu užívání látek měnících vědomí, jež předchozí přírodní náboženství a kultury povolovaly (Marek,1999).

Soubory symbolů či náboženství loveckých společenství jsou ve svém základě šamanské. Ve středu šamanské víry stojí osobnost šamana s exatickou zkušeností, která je výhradně jeho vlastní, v jeho ústřední roli věštce, kouzelníka, básníka, pěvce, umělce proroka lovu a počasí, udržovatele tradic a léčitele tělesných i duševních poruch. V mnoha případech byly a jsou při šamanském exatickém snu užívány posvátné halucinogenní rostliny (Historie drog,2015).

Tyto rostliny jsou podle víry přírodních lidí nadány nadpřirozenými silami proměny, vládnoucími životní síle či „duchovní“ podstatě. Šamanismus jako takový je velmi starý a přetrvává do dnes (Historie drog,2015).

Již odpradávná užívání drog napomáhalo náboženským praktikám. Drogami navozované stavy pomáhaly překonávat pocity odloučenosti a také uživatelé dosahovali prožitků jednoty s přírodou, bohy a nadpřirozenem. Z tohoto důvodu jsou drogy užívány dodnes. Uživatel se „chce“ dostat mimo realitu světa, pryč od problémů. Tento stav je přechodný a po odeznění drogy je situace opět o trošku horší. V celkovém pohledu se uživatel postupně potýká se stále většími problémy. Silnější halucinogeny, které dodnes šamani využívají, jsou například ayahuasca. Ayahuasca neboli liána duše, přezdívaná také liána smrti nebo mrtvých je v současné době velmi populární šamanská

halucinogenní „droga“, která se užívá za účelem osobnostního růstu anebo léčby drogových závislostí či duševních traumat a bolestí. Tato rostlina se nedá do ČR dovézt (Historie drog,2015).

Lysohlávky patří mezi přírodní halucinogeny, jejichž historie je velmi bohatá. První zmínky jsou již v období středověku a to nejvíce ve střední a jižní Americe. Středověcí objevitelé píšou o svých zkušenostech s indiánskými obřady. Na těchto obřadech se používaly černé „houbičky“ - nanacatl, jejichž užíváním se navozoval stav halucinací a opilosti. Důkazy o jejich existenci, ale pocházejí již z dob starších a to kolem let 1 000 až 500 př.n.l (Historie drog,2015)

Další drogou s dlouhou historií je sušená kůra kmeny keře iboga. Jedná se o posvátnou africkou bylinu, kterou používá indiánský kmen Bwiti při léčení a vstupu do dospělosti a přivítání stáří. Je to jedna z nejsilnějších detoxikačních rostlin na planetě, která aktivuje přirozené léčebné procesy těla, ducha a mysli (Vitalia,2015).

4. Dělení drog

Drogy můžeme dělit z několika hledisek. Záleží na tom, jak na problematiku užívání drog a jiných návykových látek hledíme. Podle postoje společnosti k drogám jsou děleny na drogy legální a nelegální. Jedná se o ten nejjednodušší pohled (Historie drog,2015).

4.1. Legální drogy a jiné návykové látky

Legální drogy

Jsou ty látky, se kterými se každodenně běžně setkáváme a ani si kolikrát neuvědomujeme, že jde o drogy. Jde o látky, které jsou společností přijaté za součást života. Do této skupiny patří *alkohol, nikotin, léky (benzodiazepiny, hypnotika), kofein, organická rozpouštědla*. Léky na bázi benzodiazepinů a hypnotika jsou v současné době celkem bez problémů dostupné (Sananim, 2009).

Problémy se spaním a nervy má většina populace a i když v současnosti bývá od

lékaře varována, že jde o látky návykové, tuto problematiku nebere vážně. Alkohol a nikotin, ale hlavně nikotin, je součástí každého dne života. S kuřáky se setkáváme v podstatě „na každém kroku“. Čichání rozpouštědel nevnímáme, o tomto užívání drogy není veřejnost příliš informována.

V totalitních dobách se dalo rozpouštědlo s názvem „Toluen“ zakoupit pouze na základě předložení občanského průkazu a již po první koupi byla tato osoba vedena u specialisty – psychiatra jako potenciální uživatel. Tuto dříve velmi oblíbenou drogu „vytlačily“ po roce 1989 jiné drogy, které se po změně režimu staly tzv. dostupné i když v počátcích pouze pro někoho (Sananim, 2009).

Nelegální drogy

Drogy "mimo zákon" - jsou drogy společností netolerované, jejich přechováváním a prodejem nebo předáním se dostáváme do střetu se zákonem. Do této skupiny patří *marihuana, hašiš, pervitin, heroin, extáze*. Těmto látkám bude věnováno více prostoru v další části této práce (Sananim, 2009).

4.2. Měkké a tvrdé drogy

Drogy "mimo zákon", jsou drogy společností netolerované, jejich přechováváním a prodejem nebo předáním se dostáváme do střetu se zákonem. Do této skupiny patří *marihuana, hašiš, pervitin, heroin, extáze*. Těmto látkám bude věnováno více prostoru v další části této práce.(Sananim, 2009)

Měkké drogy

Jde o látky, které jsou obecně považovány za ty bezpečnější. Nehrozí u nich tak velké riziko závislosti a proto se jejich uživatelé nemusí delší dobu dostat do problémů. Do této skupiny patří *tabák, konopné látky, extáze* (Substituční léčba, 2009).

Tvrdé drogy

Tvrdé (těžké) jsou vnímány jako nebezpečnější, na tyto drogy může vznikat poměrně rychle závislost, často se také aplikují nitrožilně, např.: heroin, pervitin, kokain (Substituční léčba, 2009).

4.3. Drogy s mírným a vysokým rizikem

Drogy s mírným rizikem

U drog této skupiny je riziko pro společnost i pro uživatele relativně nízké a proto tyto drogy společnost spíše toleruje. Do této skupiny patří *kofein, marihuana*. Závislost na kofeinu je naprosto běžná věc. Na kofeinu jsme mi dospělí závislí skoro všichni. Do určité míry je kofein pro naše tělo prospěšný. Omezování či úplné vysazení kofeinu bývá až na základě onemocnění – např. kardiovaskulární choroby (Substituční léčba, 2009).

Drogy s vysokým rizikem

U těchto drog je riziko vzniku závislosti i riziko komplikací v poměru s tím, co uživatel od drogy "získá", velmi vysoké. Do této skupiny patří *heroin, pervitin, organická rozpouštědla*. Jde o látky, které ohrožují uživatele samotného, ale v nemalé míře mohou ohrožovat i společnost jako takovou (Substituční léčba, 2009).

4.4. Syntetické drogy

Ustavičné snahy výrobců o obejití seznamu zákonem zakázaných substancí vede k neustálé výrobě nových syntetických drog mimo tento seznam. V nedávné době došlo k explozi tzv. „amsterdam shopů“ či „smart shopů“ nabízejících nové legální drogy jako „upomínkové předměty“, „soli do koupele“ apod. V podstatě jde o napodobeniny na bázi umělých konopných či stimulačních drog. Zkušenosti uživatelů s těmito látkami jsou vesměs negativní – nepříjemné dojezdy, neodhadnutelné účinky, negativa převyšující pozitiva (extc,2016). Současný trend přivádí opět tyto látky na drogovou scénu a to z důvodu snahy ilegálních výrobců obejít stávající legislativu a vyrobit psychoaktivní látku, která dosud nefiguruje na seznamu ilegálních substancí. Dalším a bezpochyby neméně důležitým faktorem rostoucí popularity NSD, je ochota mladých lidí vyhledávat a zažívat stále nové zážitky, popř. psychedelické zkušenosti. Nebezpečnost uvedených látek je různá, některé z nich mohou způsobit i úmrtí. V současné době je ve většině případů velmi málo dostupných odborných prací, které by se zabývaly jejich akutními a dlouhodobými účinky, jejich farmakologií nebo toxikologií. Většina informací o účincích těchto látek je dostupná pouze ze sdělení

experimentátorů, kteří své zkušenosti prezentují např. prostřednictvím internetu, nebo ze vzácných případů, kdy byl intoxikovaný jedinec hospitalizován v souvislosti s užitím některé z těchto látek. Mezi nové syntetické drogy se řadí zejména látky odvozené od fenyletylaminu a tryptaminu. Řada z nich je distribuována v tabletové formě a vydávána za drogu extázi nebo za „něco, co má podobné účinky“. V některých případech se jedná o halucinogenní látky, které jsou vydávány za LSD (prev.centrum,2016).

4.5. Drogy dle skupiny účinných látek

Drogy s převážně sedativním účinkem:

Způsobují uvolnění, zklidnění, zpomalení reakcí, pasivitu, ospalost až spánek. Mechanismus účinku je dán vazbou látky na opioidní receptory, které se vyskytují v CNS. Poměrně rychle na ně vzniká těžká fyzická závislost. Pokud není droga podána, rozvíjí se abstinenční syndrom. Jedná se například o heroin, morfin; alkohol, některé léky (Kasalová,2012,str.12).

Drogy s převážně povzbuzujícím účinkem:

Jde o látky se silným budivým efektem na CNS a celý organismus. Mizí únava, potřeba jíst a spát, zvyšuje se výkon i aktivita, dostavuje se pocit fyzické i duševní síly až euforie. Na stimulační drogy vzniká výrazná psychická závislost. Jedná se například o kokain, pervitin; kofein, nikotin (Kasalová,2012,str.13).

Drogy s převážně s halucinogenním účinkem:

Výrazně mění kvalitu vědomí, psychiku, intenzitu a hloubku prožívání, vyvolávají sluchové a zrakové halucinace, zvyšují intenzitu vnímání prostoru a barev. Nebezpečím je nepředvídatelnost jejich působení. Jedná se například o LSD, lysohlávky, konopné drogy (Kasalová,2012,str.14).

4.5.1 Tlumivé látky

Způsobují uvolnění, zklidnění, zpomalení reakcí, pasivitu, ospalost až spánek. Poměrně rychle na ně vzniká těžká fyzická závislost. Pokud není droga podána, rozvíjí

se abstinenční syndrom. Tyto látky jsou stále hojně užívané v psychiatrii. Dlouhodobým podáváním se stávají osoby s duševním onemocněním těžce závislé a v jejich případě většinou závislost přetrvává celý život (Substituční léčba, 2009).

Skupina návykových látek uvedených v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod označením F- 13 (ÚZIS,2014) se týká sedativ, hypnotik a dalších léků, které mohou způsobit závislost. Jedná se o analgetika, anxiolytika a některé látky se stimulačním účinkem, které by se jinak nedaly zařadit. Zneužívání léků a závislost na nich je známá u mladých a mladistvých pacientů, ale nejvíce postižených je ve středním věku. Pacientům se závislostí na lécích je možná věnována menší, nedostatečná pozornost právě proto, že se jedná o pacienty středního a vyššího věku. Hlavním společným účinkem analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik je útlum centrální nervové soustavy (CNS)(Hampl,2008)

Takzvaně „stará“ generace psychiatrů, kterých je bohužel stále velké množství, s oblibou používá *Diazepam*. Velmi nebezpečné jsou medikamenty typu „ prášek na blbou náladu“. Pokud člověk přichází s depresí nebo úzkostí, musí lékař především zjistit o jaký stav se jedná. Zejména deprese je laicky velmi často používaný pojem i v případech, kdy se o depresi vůbec nejedná. Netrvá-li daný stav více než dva tři týdny a příznaky se nezhoršují a jde-li o reakci na nějakou konkrétní psychologicky srozumitelnou událost, tak ještě nemluvíme o depresi jako nemoci. Je přirozené, že normálně emočně vybavený člověk bude reagovat smutkem na úmrtí blízké osoby, nějakou tragédií apod (Nechanská a spol,2012).

V této kategorii léků existuje ještě jedna skupina silně návykových léků a to hypnotika, např. *heroin, morfin, alkohol* (Drogy,2015).

Látek, které člověk vyhledává pro otupení, uklidnění a utišení různých bolestí, je velmi dlouhá řada. Člověk prostě bolest nerad a aby zmizela, udělá pro to cokoliv. Je nesmysl si myslet, že po tlumivých drogách sahá jen „feták“. Heroin, „král drog“, patří do této kategorie, stejně jako v posledních letech jej vytlačující „subáč“, tedy syntetický opioid buprenorfin. Na druhou stranu mezi účinné, ale velmi návykové a devastující tlumiče patří celá řada širokou veřejností zneužívaných medikamentů. (Návykové látky,2005) Jsou to „prášky na spaní“ čili sedativa, nebo „šťastné pilulky“ proti úzkosti,

tedy preparáty z řad benzodiazepinových anxiolytik, jako je např. Neurol, Diazepam, Lexaurin či Rivotril. Tlumivé látky vyvolávají silnou jak duševní, tak i tělesnou závislost. Dlouhodobý uživatel se cítí bez nich ještě hůř než dřív, než po nich sáhl a tak se musí k užívání den co den vracet a zvyšovat postupně dávky. Zneužívání léků z řady benzodiazepinových anxiolytik a sedativ je v současnosti poměrně zásadní problém. Léky jsou poměrně dostupné a to hlavně u obvodních lékařů. Do péče psychiatra se mnoho „nemocných“ nedostane, vzhledem k tomu, že psychiatři jsou přetížení. Jde o problematiku celorepublikovou (Návykové látky,2005).

Z tohoto důvodu zůstávají klienti v léčbě praktických lékařů a vznik závislosti je o to jednodušší. Na internetu je možné zakoupit v podstatě jakékoliv léky (Nechanská a spol.,2012).

Benzodiazepinů - patří k lékům, které můžeme najít ve dvou velkých lékových skupinách a to mezi léky proti úzkosti - anxiolytiky a mezi léky na spaní - hypnotiky. Benzodiazepiny nejsou antidepresiva, se kterými jsou často zaměňována (Benzodiazepinová poradna, 2010).

Benzodiazepiny patří v současnosti k nejvíce zneužívaným lékům v ČR. V devadesátých letech minulého století byl nejvíce zneužívaným lék Rohypnol, v současnosti se jedná o lék Rivotril. Tento lék je nejčastěji užíván v medikaci u onemocnění F 20 - schizofrenie a jiné psychotické příhody (Nechanská a spol.,2012).

Tyto léky jsou nejčastěji předepisovanými psychofarmaky. Jejich výhodou je specifická účinnost, tj. na určitou poruchu je vhodný konkrétní benzodiazepin a rychlost, s níž se účinky dostavují. Nevýhodou benzodiazepinů je, že se nadužívají a poměrně snadno na ně vzniká závislost. Proto nejsou určeny k dlouhodobému podávání a jejich užívání by mělo být jasně časově ohraničeno (Benzodiazepinová poradna, 2010).

K základním účinkům benzodiazepinů patří: anxiolytický efekt, tj. odstraňující úzkost, strach, snižující psychické napětí (tenzi), hypnotický efekt, tj. centrálně tlumivý, navozující útlum, ospalost sedativní efekt, tj. celkově zklidňující, myorelaxační efekt, tj. uvolňující svaly a svalové napětí a antikonvulzivní efekt, tj. uvolnění svalových křečí. Benzodiazepiny zesilují účinek všech látek (nejen léků), které mají tlumivý vliv na

centrální nervový systém a to včetně alkoholu či opiátů, což je poměrně častý způsob závislosti (Nechanská a spol.,2012).

Hypnotika jsou léky, které se užívají při léčbě poruch spánku. Tyto léky působí tlumivě na nervové buňky mozku. Po jejich užití dochází k odstranění úzkosti a k celkovému útlumu organismu. Ve většině případů se jedná o přípravky uměle vyrobené, tj. syntetické. Podle chemické struktury pak lze tyto léky dělit do několika skupin. Hypnotika dělíme na tři generace (Nechanská a spol.,2012).

Opioidní analgetika se užívají k léčbě chronické bolesti, ale byl u nich prokázán potenciál vzniku závislosti. Článek amerických autorů uveřejněný v časopisu Pain Medicine se zabývá možnostmi predikce zneužívání opioidů u takto léčených pacientů a rizikovými faktory, jež se s daným typem závislosti pojí.

Jde o otupení základních životních funkcí – dechu a srdečního rytmu. V akutním stavu může dojít až k fatální zástavě srdce. V lepším případě dochází k otupení „pouze“ metabolismu, psychického stavu a podobných procesů. Těmito projevy jsou např. blažená nečinnost, pocit splynutí s universem, konejšivá lhostejnost, útlum tělesné bolesti. To jsou důvody užívání opiátů. Ve chvíli, kdy droga v těle dojde („dojezd“), projeví se abstinenční syndrom v podobě průjmu, neklidu, nervových tiků, horečky, nespavosti a bolesti svalů a kloubů (proLékaře,2016). Někteří uživatelé se propracují do fáze, kdy dávku stále stupňují, ale již ne proto, aby jim bylo dobře, ale proto, aby jim nebylo zle (Návykové látky,2005).

Nejsilnějším opiátem je Buprenorfin, který obsadí receptory, ale pustí do nich jen část efektu. Uživatel je na preparátu tak závislý, že snížit jej, je velmi obtížný a vleklý stav, který většina uživatelů nezvládne bez pomoci ústavního detoxu (Návykové látky,2005).

4.5.2. Stimulační drogy

Stimulační látky povzbuzují CNS. Následkem jejich užití mizí únava, potřeba jíst a spát, zvyšuje se výkon i aktivita, dostavuje se pocit fyzické i duševní síly až euforie. Na stimulační drogy vzniká výrazná psychická závislost (Drogy,2015). Kofein je alkaloid, který příznivě stimuluje centrální nervovou soustavu a srdeční činnost.

Kofein je pravděpodobně nejrozšířenější stimulant na světě, který se užíváním ve větším množství stává drogou. Do této kategorie ale spadají i látky, které jsou velmi nebezpečné (Nechanská a spol,2012).

Již na konci třicátých let minulého století na území dnešní ČR popisován „psychotonismus“ což je důsledek zneužívání a závislosti na benzedrinu. Jde o látku, která se používala pro léčbu chorobné spavosti. Další látkou byl fermetrazin. Od osmdesátých let minulého století se objevuje užívání metamfetaminu – pervitinu (Nechanská a spol,2012).

Pervitin – slangově perník, peří, piko, párnó, péčko, čeko, speed. Představuje českou specialitu s výrobní tradicí sahající hluboko do dob komunismu. Chemický amfetamin byl využíván už za druhé světové války pro zvýšení odvahy, rychlosti a zběsilosti vojáků. Ačkoli máme už dlouho mír, obliba pervitinu v Čechách neutuchá. Je snadno rozpustný ve vodě a tudíž aplikovatelný nitrožilně. Cenově je poměrně dobře dostupný, gram stojí kolem tisíce korun. V praxi se kupuje v různých dávkách a od dávky se odvíjí intenzita a délka prožitku. Dostupný je všude tam, kde se dá předpokládat jeho užívání - parties, technařské akce, diskotéky, ale bohužel i běžně na „na ulici“. Jak je pervitin rychlý svými účinky, tak i rychle mizí z těla. Člověk pod vlivem pervitinu nepocítuje únavu, hlad a potřebu spánku. U dlouhodobějších uživatelů se objevují téměř vždy velké psychické problémy (Návykové látky,2005). Myšlení se stává chorobně podezřívavým, uživatel se postupně stává paranoidním. Některé tyto stavy přivedou až za hranici šílenství – rozvíjí se u nich v lepším případě toxická, v horším klinická psychóza (*schizofrenie* apod.)

Amfetamin – slangově speed, polskej perník, vietnamskej perník. Ve světě velmi rozšířený stimulant, u nás kvůli monopolu pervitinu dosti vzácný, spíše importovaný (viz slang). Uživatelé jej v Čechách berou spíše v nouzi, když není „čeko“ a udávají hrubozrnější účinky a zejména „dojezdy“ (Návykové látky,2005).

Kokain – slangově koks, kokeš, kokos, koksík, sníh. Kokain, vyráběný synteticky z jihoamerické rostliny koka, má bohatou historii. Především v zámoří je velmi oblíbeným levným derivát zvaný crack, který si vybírá daň – předávkování, silná závislost, nezvladatelná agresivita, zhroucení duševního života ve zrychlené demoverzi.

Kokain svými účinky v lidském těle připomíná pervitin, jen ne v tak rozblázněné a nekontrolovatelné míře. Přesto jde o látku, jejíž užívání je považováno za velmi rizikové. Rizika spočívají převážně v oblasti psychiky. Dlouhodobé užívání kokainu způsobuje podezřívavé, paranoidní myšlení, dochází k otupení emocí, uživatelé se stávají „tvrdí“, necitliví, lhostejní k potřebám okolí (Návykové látky,2005).

Závislost je především psychická, uživatel začíná preferovat prostředí, kde je možno drogu užívat, postupně ji začíná potřebovat k většině svých činností, zdánlivá vnější nerozeznatelnost intoxikace od střízlivosti vede k tomu, že kokain je užíván v běžných situacích (například v zaměstnání, pro zvýšení koncentrace a výkonnosti) a to prohlubuje celkovou závislost na stavu, jež droga vyvolává.(Návykové látky,2005).

4.5.3. Halucinogenní drogy

Výrazně mění kvalitu vědomí, psychiku, intenzitu a hloubku prožívání, dělají sluchové a zrakové halucinace, zvyšují intenzitu vnímání prostoru a barev. Nebezpečím je nepředvídatelnost jejich působení. Často ovlivní rozhodnutí vyzkoušet si i tvrdší drogy. Do této skupiny patří *LSD*, *lysohlávky*, *konopné drogy* (Drogy,2015).

LSD – známé jako „acid“, papír, papírek, trip, Buddha, okýnko nebo kyselina a pod mnoha dalšími názvy, se na ulici prodává v podobě malých tablet („mikráčů“), kapslí nebo kousků želatiny. LSD je jednou z nejúčinnějších chemických látek měnících stav vědomí (Návykové látky,2005). Uživatelé nazývají zkušenost pod vlivem LSD „trip“, který obvykle trvá přibližně 12 hodin. Nepříjemné zkušenosti jsou nazývány jako „špatný trip“, což je vskutku příhodné synonymum pro zkušenost pekla na zemi. Účinky LSD jsou nepředvídatelné. Závisí na přijatém množství, náladě a osobnosti uživatele a na prostředí, v kterém byla droga užita. Jsou jako hod kostkou – mohou být intenzivním, deformovaným úletem nebo těžkým, paranoidním stavem (Návykové látky,2005). Za normálních okolností jsou první účinky LSD pociťované 30 až 90 minut po užití drogy. Často dochází k rozšíření zornic. Tělesná teplota se může zvýšit nebo snížit, stejně tak krevní tlak nebo srdeční frekvence. Častým příznakem je i pocení nebo naopak zimnice. Uživatelé LSD často pociťují nechuť k jídlu, potýkají se s nespavostí, suchem v ústech a třesem. Mezi velmi časté účinky patří změny ve zrakovém vnímání – pozornost uživatele může trvale zaujmout intenzita některých barev. Zažívány jsou

i extrémní změny nálady, sahající od stavů „vesmírné“ blaženosti po intenzivní hrůzu. Nejhorším příznakem je, že uživatel LSD není schopen rozpoznat, které pocity jsou vytvářeny působením drogy a které jsou součástí reality. Zhorší se schopnost rozumného úsudku a vnímání běžných nebezpečí. Člověk pod vlivem LSD může vykročit z okna, aby se lépe podíval na zem pod sebou. Může se zcela nechat unést západem slunce v blažené nevědomosti, zatímco stojí uprostřed rušné křižovatky. Mnozí uživatelé LSD zažívají flashbacky (návrat stavu jako po požití drogy s jejím účinkem) většinou bez předchozího varování a dlouho poté, co LSD užili (Návykové látky,2005).

Psilocybin – (lysohlávky, houbičky, magic mushrooms) – čerstvě nasbírané či sušené plodnice houby *Lysohlávka česká*, která roste v podzimních měsících spíše na travnatých lukách a pastvinách. Jí se, kouří se, pijí se výluhy. Efekt trvá 4-6 hodin, účinky jsou velmi podobné LSD (Návykové látky,2005).

Konopné látky - Ze samičích květenství konopí setého se může stát buď *marihuana*, nebo hašiš. Zatímco marihuana je usušenou kvetoucí „palicí“ rostliny, hašiš je pryskyřici, která toto květenství pokrývá. Obě látky jsou svou účinnou podstatou totožné, obsahují psychoaktivní látku THC a ještě další aktivní složky (CBN, CBD atd.) (Návykové látky,2005).

Marihuana je podle aktuálního průzkumu provedeného v evropských zemích bylo pod vlivem marihuany mezi 10 a 40 % dospívajících ve věku 15—16 let. Nejvíce jich bylo v České republice (44 %), následuje Irsko (39 %), Velká Británie (38 %) a Francie (38 %). (zdroj: www.drogy.cz) Je nejrozšířenější nelegální drogou v naší zemi. Česko jako takové patří dlouhodobě k zemím, kde se „hulí“ nejvíce v Evropě, zejména mezi mladými lidmi. Kouření trávy se stává v mladé generaci normou, jde o formu tzv. odpočinku. Před rokem 1989 ty bylo silné kuřáctví a popíjení piva, návštěvy hospod. Mnoho uživatelů konopí bez obtíží kombinuje s alkoholem.

Zastánci konopných drog tvrdí, že na rozdíl od opilosti, intoxikace „trávou“ nepřináší agresivní jednání, zle od žaludku, kocoviny. Tento názor je však velmi relativní. Naopak zdánlivá bezproblémovost vede kuřáky k tomu, aby „hulili“ i v práci,

ve škole, všude, takže se mnohdy nemůžeme divit, že takoví lidé působí tupě, apaticky (Návykové látky,2005).

4.6. Alkohol a tabák

Alkohol je návykovou látkou, která významně mění vědomí, prožívání a chování člověka. Pokud způsobí jeho užívání závislost, jedná se o opravdu velký problém.(Nešpor,2011, str. 64).

Odvykací stav je provázen deliriem tremens, („třesoucí šílenství“, „šílenství s třesem“) stav, který se vyznačuje hlubokou poruchou vědomí, psychotickými projevy včetně masivních halucinací, dezorientací místem, časem, sebou samým, prostředím (Praško,1990, str. 398).

Jedy obsažené v alkoholu poškozují nervovou soustavu, zejména centrální nervový systém, škodí oběhové soustavě - cévám a srdci, jsou nebezpečné pro trávicí ústrojí - játra, slinivku a žaludek, zpracování odpadů zatěžuje a poškozuje systém vylučovací včetně ledvin. U těžce závislých uživatelů hrozí extrémní forma syndromu z odnětí, abstáku (Nešpor,2011, str.65).

Delirium může skončit smrtí. Opakovaná deliria způsobují nevratné demence či rovnou smrt. Na rozdíl od opiátů, které mají potenciál závislosti nadpoloviční, i na rozdíl od pervitinu s mírně nižšími riziky vzniku závislosti, se z konzumentů alkoholických nápojů stane závislým na alkoholu asi každý desátý. Vzhledem k tomu, že je alkohol tzv. legální a všude dostupný, jedná se o problém zásadní.

V současné době stále přibývá žen, které jsou závislé na alkoholu a co je opravdu strašné, to jsou závislé matky na rodičovské dovolené. S tímto jevem se v podstatě v současné době setkáváme každý den a naměřená hladina alkoholu v krvi bývá vysoká (Praško,1990, str.401).

Závislost na tabáku můžeme rozdělit do dvou úrovní:

Závislost na tabáku byla Světovou lékařskou organizací (WHO) označena jako diagnóza F-17(ÚZIS,2014) a je tedy klasifikována jako onemocnění. Tato závislost je podmíněna chemickou látkou zvanou nikotin, která je návykovější než například heroin.

Asi nejzásadnějším problémem kuřáka je tzv. psychická závislost na cigaretách či tabáku obecně. Fyzická složka závislosti nutí uživatele dodržovat mezi jednotlivými užitími drogy určitý časový odstup, aby nedošlo k rozvoji odvykacího stavu (tzv. abstínence). Odvykací stav je sice nepříjemný, může ohrozit i život postiženého, ale odeznívá během několika dní. Jeho zvládnutí může být náročné medicínsky, ale je spíše otázkou dodržení doporučeného postupu (Bečková a spol.,1998).

Na předchozí část úzce navazuje další kapitola, která se zabývá medicínskými obory, které řeší následky užívání drog a jiných návykových látek. Je nutné podotknout, že tyto dvě části spojuje problematika agrese osob pod vlivem drog a jiných návykových látek. Tento problém ztěžuje práci se závislými osobami. Drogově závislí pod vlivem návykových látek mají změněné vědomí, v tomto stavu jsou schopny páchat i ty nejtěžší trestné činy (Látalová,2013, str. 154).

5. Psychiatrie a psychopatologie

Jde o medicínské obory, které spolu úzce souvisí. Slovo „psychiatrie pochází stejně jako slovo „psychologie“ z řeckého slova „psyché“ tj. „duše“. Dle stavby slova psychiatrie potom znamená „lечение duše“, psychologie pak „studium duše“(Praško,1990). Pokud je něco patologické je to „chorobné“. Z toho vyplývá, že se tedy u psychopatologie jedná o „studium nemocné duše“. Bohužel látky, které byly zmíněny výše, jsou ty, jejichž užívání dělá duši nemocnou. Současný styl života, prostředí ve kterém žijeme, to vše je velice náročné. Právě proto jsou ordinace psychiatrů a psychologů plné. Někteří z nás si dobrovolně volí za životní styl alkohol a drogy.

5.1. Psychiatrie

Psychiatrie je medicínský obor zahrnující množství specializací. Jde o psychiatrii dospělých, dětskou a dorostovou psychiatrii, gerontopsychiatrii, psychiatrickou adiktologii, psychiatrickou sexuologii a psychiatrickou rehabilitaci. Každá specializace má svá specifika, jiné obtíže mají děti, jiné drogově závislí. V některých případech se tyto specializace prolínají .Tento obor se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací a výzkumem duševních poruch. Souvislost mezi

drogami a duševním onemocněním je jednoznačná. Psychiatrie je úzce propojena s oborem klinické psychologie, společnou funkční specializací je psychoterapie (rpkk,2008).

Psychiatrie se zabývá diagnostikou, terapií a prevencí onemocnění, jejichž základními příznaky jsou odchylky psychické činnosti nebo těmi onemocněními, jež mají sice somatické příznaky, avšak vyvolané duševní cestou. Zabývá se odchýlnými strukturami osobností a mimořádnými reakcemi (Mečíř,1985).

Základem psychické činnosti jsou reflexy, které jsou podmíněné, probíhají v mozkové kůře. Tyto reflexy vznikají vytvořením dočasných spojení, jsou nestálé, individuální a nejsou vrozené. Podmíněné reflexní spoje se vytvářejí spojováním dvou nebo několika míst mozkové kůry, která byla opětovaně současně nebo postupně podrážděna (Mečíř,1985).

Systémy podmíněně reflexních spojů vytvářejí stereotypy v signální soustavě, tedy soubor dějů v CNS, je to vše co působí na organismus z prostředí. Signální soustava souvisí se vznikem řeči spojené s myšlením, tímto dochází k mezilidské sociální signalizaci.

Podrobně byly také zkoumány útlum podmíněný a nepodmíněný, iradiace a koncentrace, podráždění a útlum. Dalším cílem bylo hledání podstaty poruch vyšší nervové činnosti. Všechny tyto poruchy se vysvětlovaly chorobnými změnami základních nervových dějů. Patogenické mechanismy, přepětí děje podráždění nebo útlumu, přepětí dynamiky nervových pochodů. Byly zkoumány přechodné stavy mezi bděním a spánkem, z těchto teoretických pozic i výsledků experimentů byla vysvětlována podstata spánku, hypnózy, neuróz a psychóz. Byl například vyjádřen předpoklad patických aktivních ohnisek v mozkové kůře dynamických komplexů vyřazených z harmonické činnosti a dominantně rušivě zasahujících do ostatních činností (Mečíř,1985).

Pavlov předpokládal i působení vlivů metabolických, endokrinních, infekčních, toxických a předpokládal nakonec i biochemickou podstatu změn. (Mečíř,1985).

5.2. Psychologie

Slovo „psychologie“ je odvozeno od řeckých kořenů: „psyché“, to znamená „mysl“ nebo „duše“, a „logos“, jež znamená „učení o“. Psychologie tedy znamená „učení o duši“. Novější definice od Atkinsonové a kol. uvádí, že psychologie je „vědecké zkoumání chování a duševních procesů“ (Hill,2004).

Psychika se objevuje nejen u výše postavených druhů zvířat, jako jsou např. obratlovci, kteří jsou schopni řešit některé problémy, i u jednodušších organismů, jako je např. hmyz, které mají vyvinuty základní instinkty. U savců, jako jsou třeba některé druhy opic, jsou rozvinuty i složitější formy sociálního chování. Psychika zvířat má biologické kořeny, které jim umožňují žít v různých přírodních ekosystémech. Lidská psychika je nejvýše rozvinuta a jejím subjektem je člověk jako bytost přírodní a společenská současně, to znamená že má dvojí determinaci. Lidská psychika tedy vytváří z psychologie vědu přírodně společenskou .

Za základní psychologické vědy lze pokládat ty, které podávají souhrný pohled na psychiku z celkového zobecnění a děle z hledisek determinace, vývoje a srovnávání. Některé obory psychologie jsou hraniční, jsou to obory, které se zabývají psychologickými aspekty různých vědních oborů (neuropsychologie).

Zvláštní obory tvoří psychopatologie, která se zabývá patologickými duševními jevy, tj. poruchami v duševním životě (Nakonečný,1998, str. 42-44).

5.3. Psychopatologie

Psychopatologie seznamuje s nejdůležitějšími odchylkami lidské psychiky. Podle P. Londona a D. Rosenhama je normalita většinou z nás příležitostně užívána k popisu toho, jak přijatelné je naše chování k nám a jiným lidem a to buď v termínech jeho konformity s očekáváním jeho konzistence a morality. Za normální jsou obvykle pokládáni ti lidé, kteří se chovají jako většina (v psychologii se poukazuje na odchylku chování individua od ostatních, nebo od jeho navyklých vzorců) (London, Rosenhan, 1968)

Z hlediska sociální deziderability jsou některé abnormality pozitivní (velmi vysoká inteligence, geniální tvořivost), zatímco jiné jsou negativní (psychózy či mentální retardace). Negativní abnormality jsou označovány jako psychopatologické či jako duševní poruchy (London, Rosenhan, 1968).

Jak již bylo v práci dříve uvedeno užívání drog a jiných návykových látek v některých případech způsobuje propuknutí duševního onemocnění.

6. Duševní poruchy

Chování a smýšlení některých lidí se nám zdá být nápadné a nevíme přesně jak na něj reagovat. Je nestandardní a tím vybočuje z obvyklého rámce chování a smýšlení. Lidská psychika v některých případech může vykazovat poruchy, které mohou být viditelné. Těmito poruchami se zabývá vědní obor psychopatologie, který postupně přechází do vědního oboru psychiatrie. Psychopatologie se dělí na:

- obecnou, která vysvětluje patické symptomy a syndromy jednotlivých psychických funkcí. Jedná se např. o poruchy vědomí, paměti a dalších.

- speciální, která se zabývá již komplexnějšími formami psychických poruch (jako např. psychopatie a neurózy, poruchy chování a další) . Tímto plynule přechází do oblasti teoretické psychiatrie, jejíž základy tvoří určitý systém duševních poruch, vyjadřovaný donedávna především soustavou nosologických jednotek.

Poruchou může být jak okamžité vybočení z normy, či trvalejší chorobný stav. Vztah mezi pojmy porucha a nemoc se nedá jednoznačně rozlišit, ale dle výsledků zkoumání může říci, že všechny psychické poruchy jsou duševním onemocněním. Může jít o povahovou odchylku, která nepotřebuje regulovat. U psychických poruch je nejdůležitější vymezení pojmu *normalita duševního života*. Na normalitu se pohlíží z několika kritérií. Například duševní normalita z funkčního hlediska je chápána jako přiměřené vnímání reality, sebeovládání, schopnost vytvářet citové vztahy a chovat se adaptivně vůbec.

Za normální jsou obvykle pokládáni ti lidé, kteří se chovají jako většina (v psychologii se poukazuje na odchylku chování individua od ostatních, nebo od jeho navyklých vzorců). Z hlediska sociální deziderability jsou některé abnormality pozitivní (velmi vysoká inteligence, geniální tvořivost), zatímco jiné jsou negativní (psychózy či mentální retardace). Negativní abnormality jsou označovány jako psychopatologické či jako duševní poruchy (London, Rosenhan, 1968).

Podle F. Costina a J. G. Dragunnse je abnormalita podle statistického hlediska kvantitativní odchylka od průměru, který tvoří binominální distribuce jevů, rozložených podle Gaussovy křivky. To však nestačí, proto přidávají ještě hledisko psychosociální, které poukazuje na setrvávající nedostatky v reakcích na požadavky společnosti

a setrvávající neschopnost dosahovat žádoucí cíle (Costin, Dragunns, 1989).

E. Rahn a A. Rahnkopf nahrazují tradiční nosologické pojetí v psychiatrii systémem psychopatologických symptomů a syndromů. Duševní poruchy či nemoci jsou krizové situace, které plynou z interakce osobnostních predispozic a stresů, jde tedy o konstelaci jevů (příloha schéma 3. Interakce osobnostních predispozic a stresů). Osobnostní predispozice k psychickým poruchám označují termínem vulnerabilita (tj. zranitelnost).

Dále ještě připojují pojem krize, který v podstatě vyjadřuje životní situaci vyvolanou stresem, který zasahuje adaptační procesy v biologickém i sociálně-psychologickém systému regulace (E. Rahn, A. Hahnkopf, 2000).

Dle R. S. Feldmana jsou, kritéria abnormality definována následujícími způsoby: jde o odchylku z průměru: chování nezvyklé, vyskytuje se výjmečně, ale samo o sobě toto kritérium nestačí, protože i některé statisticky řídké způsoby chování nemohou být vždy klasifikovány jako abnormální (Feldman, 1996).

Odchylka od ideálu (respektive kulturního standardu), je také ale velmi problematická, neboť společnost má málo standardů, s nimiž by lidé souhlasili a platí také, že standardy se mění s časem (Nakonečný, 1998, str.45).

6.1. Příčiny duševních poruch

Duševní poruchy jsou dle E. Malé vyvolány vlivy, které je možno determinovat, ale také vlivy, které se prozatím nezdařilo prozkoumat. Existují tři základní skupiny duševních poruch:

- *Etiologický činitel je známý*
- *Etiologický činitel je neznámý*
- *Duševní poruchu vyvolává společně více činitelů*

Etiologický činitel je známý

Organicky podmíněná duševní onemocnění - duševní porucha se vyvine na základě

organického postižení mozku.

Etiologický činitel je neznámý

Jde o psychózy, neznáme žádnou specifickou příčinu, která je vyvolává.

Duševní poruchu vyvolává společně více činitelů. Na jejím vzniku se podílejí faktory hereditárně-konstituční, ale také vlivy prostředí.

Hereditárně-konstituční faktory.

Jedná se zděděné dispozice na základě kterých je jedinec méně odolný, je u něj zvýšené riziko ke vzniku určité poruchy. Jedná se o tak zvané predispozice k určitému onemocnění.

Faktory zevní.

Negativní a projektivní, negativní – rizikové. Mezi tyto faktory patří prenatální a perinatální poškozující vlivy, expozice infekcím, toxinům, vliv traumat, vliv farmak vyvolávajících závislost, a další. Vzhledem k tomu, že se jedná o vlivy vnější patří sem také negativní životní události, stresové - nepříznivé sociální situace (Malá,1989).

Jedná se o situace, kdy člověk není schopen vyvinout takové psychické mechanismy, aby se vyrovnal se zátěžovou situací a v tento moment se může vytvořit psychogenní porucha (rozvod, úmrtí v rodině a blízkém okolí, disharmonické manželství, týrání - zvláště psychické, a další). Dlouhodobě působící stresující situace, nevyrovnání se se stresujícím zážitkem (postraumatický syndrom) vedou ke zvýšené zranitelnosti neboli vulnerabilitě.

Pozitivní (projektivní, ochranné) faktory - vznikají v harmonické rodině, kde dítě získá pocit základní jistoty, pocit že je přijímáno a milováno.. Tato základní jistota napomáhá úspěšně zvládat nepříznivé události i v dospělosti (Malá,1989).

6.2. Vnímání a jeho poruchy

Vnímání je psychická činnost, pomocí které poznáváme zevní svět a sami sebe, změny jak v našem těle, tak v okolí. Ta působí jako komplex podnětů. Poruchy vnímání mají rozličně závažný význam. Poruchy vnímání dělíme na kvantitativní – zvýšená, kofein, guarana a další. Snížená z důvodu stresu, únavy a dalších (pro sestry,2015). Pro těžké duševní poruchy jsou významné kvalitativní poruchy vnímání: právě iluze a halucinace. Mezi tyto poruchy spadá onemocnění schizofrenie F.20(ÚZIS,2014). Její diagnostikování je užíváním psychotropních látek velmi stížené, vzhledem k tomu, že projevy drogové psychózy jsou shodné s projevy psychotického stavu u schizofrenie (Češková,2007).

6.2.1. Iluze a halucinace

Iluze je závažná porucha, která zkresluje vjem reálného předmětu nebo celého děje, kdy člověk vnímá reálné okolí, avšak zcela zkresleně. Jedná se například o zrakové a sluchové iluze apod. Reálně je zkreslené, dále jsou deformované vjemy skutečných podnětů. Je nemožné jedinci vysvětlit, že se jedná o iluzi, která se nezakládá na pravdě (prosestry,2015). Do této kategorie patří také pseudoiluze. Při pseudoiluzi se nám ujasní nesprávnost našeho vjemu a svůj smyslový klam korigujeme. Mezi psychosenzorické poruchy se řadí spíše změněné pocity, doprovázející vnímání. Jedná se např. o depersonalizace autopsychické a somatopsychické (Češková,2007).

Halucinace jsou smyslovým vjemem jakéhokoliv druhu, který se objevuje bez současného vnějšího podnětu. Jedinec má pocit, že je skutečné co vidí a vnímá (prosestry,2015). Kromě smyslu, v jehož oblasti se vyskytuje, mohou halucinace děleny podle intenzity, komplexnosti, jasnosti vjemu a subjektivního stupně projekce do vnějšího okolí. Mohou přicházet u normálních jedinců v polospánku (hypnagogické halucinace) nebo polobdění (hypnagogické halucinace) (Češková,2007).

Jako chorobné jevy mohou být symptomem mozkového onemocnění, funkčních psychóz a toxického působení drog, ve všech případech mají své charakteristické rysy (Češková,2007).

6.2.2. Porucha osobnosti a chování

Diagnóza F 60.3 je emočně nestabilní porucha osobnosti, F60.31 - hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti(ÚZIS,2014) - dříve nazývaná psychopatie , také anomální osobnost. Tato porucha je závažná. Je závažnější než jsou poruchy neurotické, vzhledem k tomu, že se jedná o trvalé povahové odchylky. Soubor těchto povahových odchylek vytváří nevyváženou a nenormální osobnost. U těchto osob jsou některé povahové složky příliš zdůrazněny a jiné potlačeny (RÖHR,2003.).

Tyto osoby mají závažné problémy se zařazením do společnosti, vytvářením mezilidských vztahů. Tato porucha se rozvíjí již od dospívání. Určité znaky lze pozorovat již v dětství. Rozvíjí se v dospívání a jde o poruchu celoživotní. Ve středním věku a věku stáří není tak markantní. Nejvíce patrné jsou jejich stereotypní, neměnné a zakořeněné Pro okolí bývají nejvíce patrné jejich zakořeněné, neměnné a stereotypní způsoby chování. Tyto osoby díky svému malému množství reakcí, mají zásadní problémy vyrovnat se s obtížnými, ale i běžnými situace. Jejich způsob řešení většinou ubližuje okolí, ale i jím samotným. Jsou citově ploché a jakékoliv vztahy využívají ve svůj prospěch. Pouze oni musí být středem pozornosti, bez ohledu na dopad jejich chování. Osoba trpící touto poruchou vnímá své chování jako bezproblémové, naopak vidí problém ve svém okolí, u ostatních osob. Jedná se o rozmanité trvalé stavy a vzorce chování klinického významu. Jsou výrazem individuálního životního stylu a vztahu k vlastní osobě i k druhým.

Do této skupiny patří návykové a impulzivní poruchy, poruchy pohlavní identity, poruchy sexuální preference, poruchy sexuálního vývoje a orientace, zpracování somatických symptomů z psychologických důvodů a záměrné vyvolávání nebo předstírání somatických nebo psychických symptomů, nebo tělesné či psychické neschopnosti (RÖHR,2003).

6.2.3. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Jedná se o diagnostickou kategorii značenou v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí. jako „Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek“ (kódy F10 až F19) (ÚZIS,2014).

Tato část obsahuje široké spektrum nemocí různé závažnosti a různých klinických forem, které však všechny sdílejí společný jmenovatel, kterým je užívání psychoaktivních substancí, které mohou, ale nemusí být předepsány lékařem (Nešpor,2002).

6.2.4. Akutní intoxikace

Jde o stav po aplikaci psychoaktivní látky nebo alkoholu vedoucí k poruchám úrovně vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, či dalších psychofyziologických funkcí a reakcí. Poruchy jsou vyvolány přímým akutním farmakologickým působením a časem mizí, s úplným návratem, pokud nedojde k poškození tkání, nebo se neobjeví jiné komplikace. Tato diagnóza by měla být hlavní diagnózou pouze tehdy, kdy se intoxikace vyskytuje bez současných vážnějších nebo trvalejších problémů, vyvolaných požíváním alkoholu nebo jiných drog. Tam, kde jsou takové problémy, měla by se dát přednost diagnóze škodlivého užívání, syndromu závislosti nebo psychotické poruše. Za komplikace počítáme: trauma, vdechnutí zvratků, delirium, kóma, křeče, eventuálně další zdravotní obtíže. Stavů tranzu a posedlosti při intoxikaci psychoaktivní látkou.

Původ komplikací je odvislý od substance a způsobu použití. Ve všech těchto případech může dojít k úmrtí (Nešpor,2002,str.96).

6.2.5 Škodlivé užívání

Jde o užívání psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické, jako například hepatitida při injekčním podávání. Nebo psychické, například epizody sekundární deprese, následkem dlouhodobého užívání alkoholu ve velkém množství - těžký alkoholismus.

6.2.6. Syndrom závislosti

Je to soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance (Nešpor,2002,str101). Kódy F10.2 – F19.2 (ÚZIS,2014).

Užívání jedné či více látek, které byly již dříve jmenovány má na daného jedince negativní vliv a jeho touha po užití drog je nejsilnějším aspektem v jeho životě. Dochází k poruše ovládnutí při jejím užívání přes přetrvávající škodlivé následky po užívání této drogy. Užívání drogy má prioritu před ostatními aktivitami a závazky. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí. Definitivně by měl být syndrom diagnostikován pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů. Viz. Dotazník (Nešpor,2002,str105-106).

Pro stanovení míry závislosti Nešpor a kol. vytvořil standardní „Dotazník závislosti“. Všechny otázky tohoto dotazníku se týkají období posledních 12 měsíců života dotazovaného. Je třeba vždy vybrat tu z následujících odpovědí, která se nejvíce blíží skutečnosti. „Droga“ znamená i alkohol nebo marihuanu nebo kombinaci různých návykových látek.

Cítil jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání užívat drogu?	Ne - Někdy - Často
Nedokázal jste se ve vztahu k droze ovládat? (Vzal jste si ji i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste si vzal víc, než jste původně chtěl?)	Často - Někdy - Ne
Měl jste tělesné odvykací potíže po vysazení drogy nebo jste bral nějakou drogu či lék proto, abyste odvykací potíže mírnil?	Často - Někdy - Ne
Zvyšoval jste dávku, abyste dosáhl účinku, původně vyvolaného nižší dávkou?	Často - Někdy - Ne
Zanedbával jste jiné zájmy kvůli droze nebo jste potřeboval víc času k získání a k užívání drogy nebo k zotavení se z jejího účinku?	Často - Někdy - Ne

Vyhodnocení dotazníku po součtu odpovědí „často“ a „někdy“:

- součet 0 - patrně se nejedná se o závislost.
- součet 1 - 2 - tento výsledek vyžaduje důkladnější vyšetření.
- součet 3 - 6 - patrně se jedná o syndrom závislosti (Nešpor, 1999, 2000).

6.2.7. Odvykací stav

Skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím

užívání. Nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být komplikován křečemi. Kód F.103. (ÚZIS,2014) (Nešpor,2011str.121).

Odvykací stav s delíriem je stav definovaný charakteristikou F- 103 , je komplikován delíriem, jak je definováno v F.104(ÚZIS,2014). Delirium tremens je alkoholická duševní porucha, která vzniká u osob závislých na alkoholu po přerušení dosavadního příjmu alkoholu. Bývá taktéž klasifikována jako odvykací stav s delíriem a jedná se o život ohrožující stav (Nešpor,2011,str.121).

6.2.8. Psychotická porucha

Soubor psychotických fenomenů, které se objevují během použití psychoaktivních látek nebo po něm, které však nelze vysvětlit pouze akutní intoxikací a nejsou součástí odvykacího stavu. Porucha je charakterizována halucinacemi (typicky sluchovými, ale často ve více než jen v jedné sensorické modalitě), percepčními zkomoleními, bludy (často paranoidní nebo persekční povahy), psychomotorickými poruchami (vzrušením nebo stuporem) a abnormálním afektem, který se může objevit v rozsahu od intenzivního strachu až k extázi. Vědomí je obvykle jasné, ale určitý stupeň jeho zastření může být přítomen, nikoliv však těžký stav zmatenosti. Alkoholická: halucinóza, žárlivost, paranoia, psychóza NS (Popov,2003).

Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem je taková porucha, u níž změny v poznávání, afektu, osobnosti nebo chování, vyvolané alkoholem nebo psychoaktivní substancí, přetrvávají za období, kdy přímý účinek ve vztahu k psychoaktivní látce může být předpokládán. Nástup poruchy by měl mít přímý vztah k užití psychoaktivní látky. Případy, kdy se úvodní nástup stavu objevuje později než epizoda (epizody) užití látky, by měl být kódován zde jen tehdy, je-li dosažitelný jasný a přesvědčivý doklad, že tento účinek můžeme přisoudit reziduálnímu účinku psychoaktivní látky. „Flashbacks” mohou být částečně odlišeny od psychotického stavu svou epizodickou povahou, běžně velmi krátkého trvání a svým opakováním dřívějších zkušeností ve vztahu k alkoholu nebo jiné psychoaktivní látce.

Psychotická porucha vyvolaná alkoholem nebo psychoaktivní látkou -

Kód F105 (ÚZIS,2014) Jde o soubor psychotických příznaků, které se vyskytnou během abúzu látky nebo, které se objeví po ukončení abúzu. Nejsou však vyvolány pouhou akutní intoxikací a nejsou součástí odvykacího stavu. Porucha je charakterizována halucinacemi (v typických případech sluchovými, ale často více smyslů), dále zkresleným vnímáním, bludy (často paranoidní nebo perzekuční povahy, psychomotorickými poruchami (vzrušením nebo stuporem) a abnormními afekty (od intenzivního strachu až po extázi) (symptomy,2009-2015).

Vědomí je obvykle jasné, byť určitý stupeň jeho zákalu může být patrný. Porucha zahrnuje alkoholickou halucinózou, alkoholickou žárlivost,alkoholickou paranoiu a trvalý psychotický stav navozený alkoholem nebo drogou. Za normální jsou obvykle pokládáni ti lidé, kteří se chovají jako většina (v psychologii se poukazuje na odchylku chování individua od ostatních, nebo od jeho navykklých vzorců) (symptomy,2009-2015).

6.2.9. Emotivita a její poruchy

Emoce jsou subjektivní prožitky, které doprovázejí naše duševní dění. Liší se ve své intenzitě projevu (Popov,2003).

Druhy emotivity:

- afekt- krátká silná emoce
- nálada- dlouhodobý emoční stav
- city- emoce provázející vztah k subjektům a objektům, dělí se na nižší city - strach, hněv..., vyšší city - emoční doprovode etického, estetického, sociálního zaměření na běžná jednání.

7. Praktická část

Ústředním tématem této bakalářské práce je téma drogy a duševní onemocnění. V teoretické části byla představena škála návykových látek a jejich účinky a duševní onemocnění, u kterých je společným jmenovatelem užívání návykových látek. Empirické zkoumání má zjistit procentuální zastoupení osob užívající drogy a jiné návykové látky s propuknutím duševního onemocnění v běžné populaci. Tato práce by měla být přínosem pro prevenci užívání drog a jiných návykových látek, například během preventivních přednášek na základních a středních školách. V současné době je osvěta vedena směrem problematiky finanční – dopad na dno společnosti mezi sociálně vyloučené osoby.

7.1. Použité metody

Pro získání požadovaných údajů byla použita metoda dotazování a metoda kazuistik, pro celkový pohled na problematiku. Vlastní dotazník využívá možnosti získat informace od většího množství respondentů s omezením vlivů osobnostních rozdílů tazatele a také působení jeho rozdílných přístupů a forem chování. Pro získání širokého spektra respondentů byla zvolena možnost vložit dotazník na internetové stránky.

Při vyplňování dotazníku má respondent více času na odpovědi a tím i delší dobu na rozmyšlení odpovědi. Do výsledků se může odrazit nepochopení a proto je potřeba věnovat sestavení dotazníku dostatečné množství času. Také jsou důležité konzultace s odborníky, kteří se problematikou zabývají.

Průzkum je doplněn dvěma kazuistikami, které seznamují s případy, kdy byla prokázána příčinná souvislost mezi užíváním drog a jiných návykových látek a duševním onemocněním.

7.2. Tvorba dotazníku

Dotazník byl sestaven se snahou maximálně objektivizovat průzkum. Tvorba byla provedena v několika krocích. První verze dotazníku byla konzultována s Prof. RNDr. Janem Hanousekem, CSc.¹, který autorku upozornil na nutnost jasné struktury dotazníku, aby nemohlo dojít k nepochopení vazby otázek, dále pomohl zvolit internetové stránky pro vložení dotazníku do veřejného fóra.

Druhá konzultace byla s ambulantní psychiatrickou MUDr. Kateřinou Taušovou², která s autorkou hovořila o svých zkušenostech s pacienty. Potvrdila souvislost mezi užíváním drog a jiných návykových látek a propuknutím duševního onemocnění. Ve své ambulantní praxi se s těmito pacienty setkává čím dál tím častěji.

Cílem konzultací bylo najít vhodný dotazníkový portál, správně strukturování dotazníku, potvrzení správnosti otázek a jsou-li odpovědi na položené otázky schopné přinést objektivní data. Obecným cílem dotazníkového šetření bylo empiricky ověřit vliv užívání návykových látek na vznik psychických poruch a onemocnění. Nešlo o hloubkové šetření, ale pouze o orientační údaje, kde se tento zkoumaný jev objeví a potvrdí.

Dotazník byl vložen na portál Vyplňto.cz, s předpokladem dosažení min. 100 respondentů. Konečný počet vyplněných dotazníků byl 143. Pro větší objektivitu autorka zařadila do zpracování všech 143 dotazníků.

Autorka dotazníku vytvořila 5 uzavřených otázek a jednu otevřenou. Otázky byly jednoduše formulovány, vzhledem k tomu, že předpokládala vyplnění otazníku od respondentů, kteří mohou být užíváním drog a jiných návykových látek ovlivněni. Dle vytvořené struktury otázek docházelo k postupné selekci respondentů až do fáze, kdy pátou otázkou měl být vyvrácen či potvrzen předpoklad přímé souvislosti mezi užíváním drog a duševním onemocněním.

1 Prof. RNDr. Jan Hanousek, CSc., Katedra pravděpodobnosti a matematické statistiky Karlovy university, doktorát Karlovy univerzity ve statistice, hostující profesor University of Michigan Business School, City University of New York a University of Pennsylvania

2 MUDr. Kateřina Taušová, Odborný lékař psychiatr s dlouholetou praxí

7.3. Předpoklady výzkumu

Předpoklad č. 1 - minimálně 40% respondentů užívá některou z návykových látek

Předpoklad č. 2 - minimálně 25% respondentů užívá drogy či léky.

Předpoklad č. 3 - minimálně 5% z respondentů požívajících drogy, léky (jedná se o léky s vysokou mírou závislosti) prožil psychotickou poruchu.

Předpoklad č. 4 - minimálně 5% z respondentů požívajících drogy, léky (jedná se o léky s vysokou mírou závislosti), či kombinaci, se rozvinulo duševní onemocnění.

Předpoklad č. 5 -u minimálně 2% z respondentů požívajících drogy, léky atd. se rozvinulo duševní onemocnění.

7.4. Charakteristika účastníků dotazníkového šetření

Dotazníkového šetření zúčastnilo 143 respondentů bez omezení věku a pohlaví. Autorka prostudovala také analýzy PČR týkající se osob, registrovaných v databázi uživatelů tvrdých drog a na jejím základě stanovila předpoklad č.1.

V roce 2016 je v této databázi registrováno 40.000 problémových uživatelů tvrdých drog. Na základě průběžných šetření je předpoklad, že těch neregistrovaných je 2,5x až 3x více. Co se týká užívání měkkých drog, alkoholu, zneužívání léků a kouření má minimálně jednu zkušenost skoro polovina populace ve věku od 18 do 99 let. Autorka věkové rozpětí ani pohlaví nezadávala, vzhledem k tomu, že ji zajímaly celkové výsledky.

První otázka rozdělila respondenty na dvě skupiny a to na skupinu, která nikdy drogy a jiné návykové látky neužila a na skupinu respondentů, která měla minimálně jednu zkušenost s těmito látkami.

Na druhou otázku odpovídala již pouze jedna skupina respondentů a to těch co mají minimálně jednu zkušenost, zejména uživatelé konopných drog, ale i uživatelé alkoholu, kokainu, LSD a léčiv.

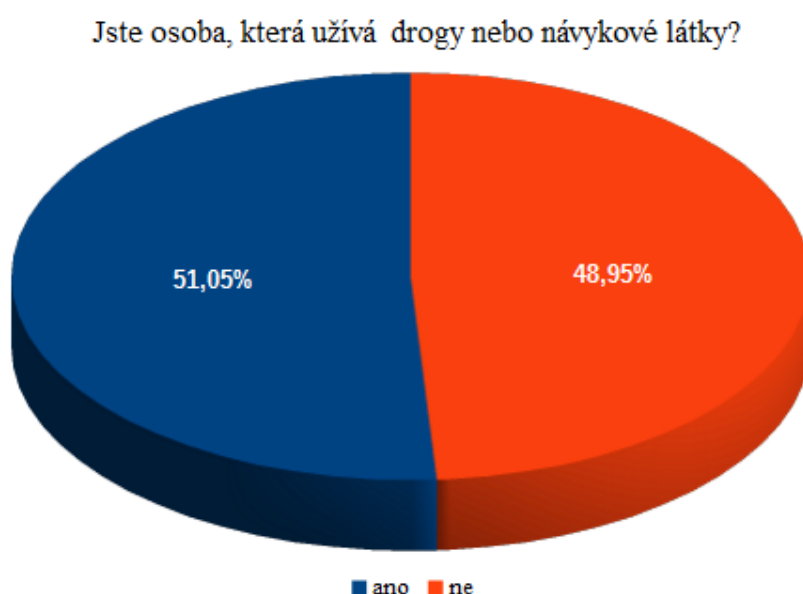
Další vyselektovanou skupinou jsou respondenti, kteří prožili psychotickou příhodu po užití drog či jiných návykových látek.

Poslední skupinou jsou respondenti u kterých propuklo duševní onemocnění následkem užívání drog a jiných návykových látek. Výsledkem je procentuální zastoupení uživatelů drog ve vzorku 100 korespondentů, u kterých se projevilo duševní onemocnění následkem jejich užívání.

8. Výsledky dotazníkového šetření

Předpoklad č.1 - prvním předpokladem dotazníkového šetření je, že minimálně 40 % respondentů užilo či užívá některou z drog a návykových látek.

Otázka č. 1 - *Jste osoba, která užila či užívá drogy a jiné návykové látky?*



Graf č. 1 - dělení respondentů na osoby užívající/neužívající drogy a jiné návykové látky

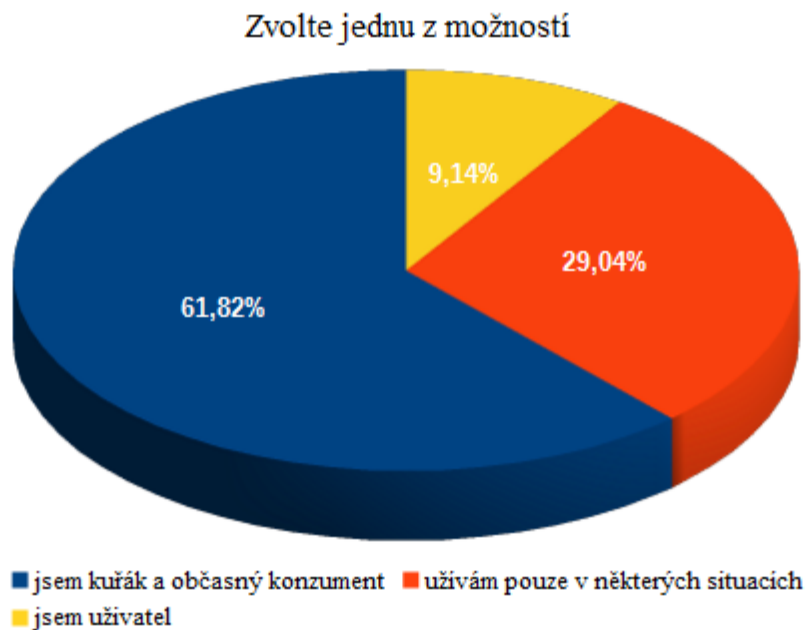
Tento předpoklad byl otázkou číslo 1 potvrzen. Rozdíl mezi počtem osob, které drogy a jiné návykové užívají a těmi co neužívají však není tak markantní.

Tabulka č.1 - dělení respondentů na osoby užívající/neužívající drogy a jiné návykové látky

Osoby užívající drogy a jiné návykové látky	Osoby neužívající drogy a jiné návykové látky
51,05% respondentů	48,95% respondentů

Otázka č. 2 - Prosím zaškrtněte jednu z možností

Předpoklad č.2 - druhým předpokladem je, že minimálně 25% respondentů užívá drogy a jiné návykové látky, léky s vysokou mírou závislosti či kombinaci těchto.



Graf č. 2 - dělení respondentů podle užívání jednotlivých látek a četnosti jejich užíváním

Tento předpoklad byl otázkou číslo 2 potvrzen. Dle zjištění 38,18% respondentů je uživatelem drog či drogy užívá příležitostně.

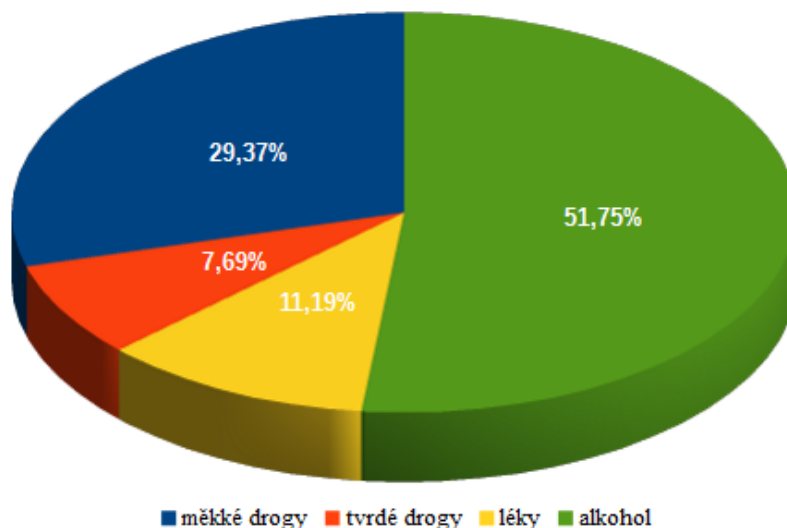
Tabulka číslo 2 - dělení respondentů podle užívání jednotlivých látek a četnosti jejich užíváním

Osoby - kuřáci a příležitostní uživatelé alkoholu	Osoby - užívající drogy příležitostně	Osoby - užívající drogy pravidelně
61,8 % respondentů	19,4% respondentů	9,14% respondentů

Otázka č. 3 - Jsem uživatelem (prosím zaškrtněte všechny správné odpovědi)

Předpoklad č. 3 - třetím předpokladem je, že minimálně 50% respondentů užívá alkohol.

Jsem uživatelem (prosím zaškrtněte všechny správné odpovědi)



Graf č. 3 – rozdělení respondentů podle drog a jiných návykových látek.

Tento předpoklad byl otázkou číslo 3 potvrzen. Dle zjištění 51,75% respondentů užívá alkohol.

Tabulka č. 3 rozdělení respondentů podle drog a jiných návykových látek.

Jsem uživatelem			
měkkých drog	tvrdých drog	léků	alkoholu
29,37% respondentů	7,69% respondentů	11,19% respondentů	51,75% respondentů

Otázka č. 4 - Jste uživatelem a prožil jste drogovou psychózu?

Předpoklad č. 4 - čtvrtým předpokladem je, že minimálně 5% z respondentů požívajících drogy, prožil drogovou psychózou.



Graf č. 4 – dělení respondentů na osoby, které prožili/neprožili drogovou psychózu

Tento předpoklad byl otázkou číslo 4 potvrzen. Výsledek byl, že 6,1% respondentů s užíváním jakékoliv látky (drogy, léky atd.), prožilo drogovou psychózu.

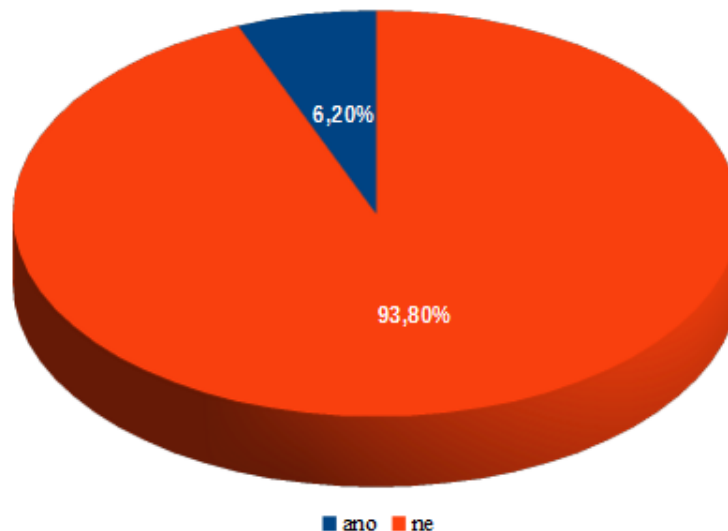
Tabulka č. 4 dělení respondentů na osoby, které prožili/neprožili drogovou psychózu

Jsem uživatelem drog a prožil jsem drogovou psychózu
Ano
6,10% respondentů

Předpoklad č. 5 - pátým předpokladem bylo, že u minimálně 2% z respondentů požívajících drogy, léky atd. se rozvinulo duševní onemocnění.

Otázka č .5 - *Rozvinulo se u Vás duševní onemocnění během užívání drog a jiných návykových látek, léků s vysokou mírou závislosti a alkoholu či kombinaci těchto ?*

Rozvinulo se u Vás duševní onemocnění během užívání drog, alkoholu, nebo drog i alkoholu?



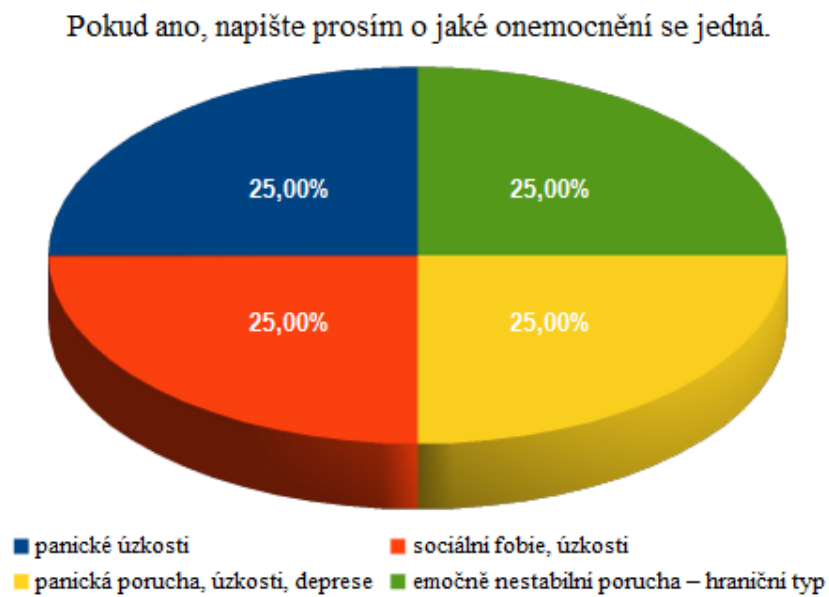
Graf č. 5 - dělení respondentů dle toho zda onemocněli/neonemocněli duševním onemocněním.

Tento předpoklad byl otázkou číslo 5 potvrzen. Výsledek byl 3x vyšší než předpoklad. Z odborného pohledu se jedná o číslo alarmující.

Tabulka č. 5 - dělení respondentů dle toho zda onemocněli/neonemocněli duševním onemocněním.

Respondent – uživatel, rozvinulo se u Vás duševní onemocnění ?
Ano
6,20% respondentů

Otázka č .6 - Pokud ano, napište prosím o jaké onemocnění se jedná.



Graf č. 6 – dělení respondentů podle diagnózy.

Tabulka č. 6

onemocnění	Počet respondentů, dle diagnóz v %
Panická úzkost	25%
Panická porucha, úzkosti, deprese	25%
Sociální fobie	25%
Emočně nestabilní porucha – hraniční typ	25%

9. Kazuistika – Šárka

Šárka se narodila v roce 1990 v Liberci jako první dítě svých rodičů, když byl Šárce jeden rok, otec s matkou se rozvedl. K rozvodu došlo z důvodu nepřiměřené a intenzivní kritiky matky otce. Ta si našla nového partnera a o rok později se jim narodila druhá dcera Kamila. Šárku nový partner vychovával jako vlastní, mezi dcerami nedělal žádné rozdíly. Ta ho má velmi ráda. S matkou se nikdy neoženil, ale žili spolu dvacet let.

Šárka byla od mala neposlušné dítě, byla hyperaktivní a z toho vyplývaly jak nemalé výchovné problémy, tak potíže s učením na základní škole. Mladší dcera byla bezproblémové dítě. Nebyly s ní nikdy žádné potíže, byla hodná, doma pomáhala, dobře prospívala. Celé její dětství se řešila jen nevlastní sestra Šárka.

Devátou třídu musela Šárka opakovat a po ukončení základní školní docházky se přihlásila na odborné učiliště v Kladrubech na obor chovatel koní. Koně byli Šárčinou láskou již od dětství. Škola byla v jiném kraji, proto přes týden pobývala na internátu. Již v prvním ročníku si našla přítele a trávila s ním veškerý volný čas. Škola ji velmi bavila, byla u svých milovaných koní. O víkendech se scházela s přítelem a partou, kde se popíjel alkohol, kouřilo a i „hulilo“. Rodiče byli s Šárčinými výsledky ve škole spokojeni a to, že Šárka začala užívat konopné látky nevěděli.

Závislost Šárky na marihuaně sílila a postupně začala šňupat pervitin. V 18 letech byla plně závislá a pervitin si aplikovala injekčně. Tím, že Šárka byla již plnoletá a stále na internátě, bylo těžké pro rodiče zjistit, jak na tom Šárka vlastně je. Vše se plně ukázalo, když Šárka ukončila školu, to se jí podařilo i přes svou silnou závislost na tvrdých drogách. Na drogy si Šárka vydělávala různými způsoby, na brigádách, ale i drobnými krádežemi. Vzhledem k tomu, že Šárka nereagovala na žádné prosby, rodina vyčerpala veškeré možnosti jak Šárce pomoci, vyhodili ji na ulici. To byla poslední možnost. Po celou dobu, kdy Šárka užívala a bydlela doma, rodiče docházeli do organizace, která pomáhá klientům s odvykáním, ale pomáhá i rodinám zvládnout celou situaci. Sestra Šárky nesla celou záležitost velmi těžce, Šárku měla velmi ráda, ale nevěděla jak se se vzniklou situací vyrovnat. Nemohla pochopit, že rodiče Šárku vyhodili na ulici a měla jim to za zlé.

Postupně si uvědomila, že již jiná možnost neexistuje. Ve chvíli, kdy již Šárka

nevěděla kudy kam, domluvila se s klukem, kterého v podstatě neznala, že s ním poletí do Anglie. Velký risk, protože za ním letěla až 14 dní potom, co se domluvili. Za všechny peníze koupila letenku a kamarád na ni opravdu čekal na letišti. Začala pracovat a i když nešlo o stálou práci, vydělala si na jídlo a bydlení. Poslední drogu užila před odletem. Šárky během dvou let, které strávila v Anglii, byla čistá. Kamarád si našel přítelkyni a Šárka se rozhodla vrátit domů, ke svým milovaným koním a rodině. Rodina Šárku vřele přivítala a těšila se na společný život s vyléčenou - čistou Šárkou. Během necelého půl roku začala Šárka opět užívat drogy, opět injekčně pervitin. Šárka opět skončila na ulici, bez jakékoliv pomoci. Na drogy si vydělávala prostitucí. Prožila 3 znásilnění. Partner, se kterým brala drogy a byla na ulici, se zabil v autě pod vlivem drog. Šárka opět zůstala na ulici sama. Její psychický a zdravotní stav se stále zhoršoval, ale k tomu, aby nastoupila na odvykací kůru, se neměla, drogy jí pomáhaly přenést se přes smrt přítele. Kamila svou sestru Šárku na ulici vídala, vyhledávala ji a prosila, ať se jde léčit a vrátí se k nim domů. Když to neudělá kvůli rodině, ať to udělá kvůli svým milovaným koním. Jednoho dne Šárka jela s neznámým mužem koupit drogy. Spolu se zfetovali a po pomnutí účinku drogy jí tento muž nabídl, že jí pomůže. Musí chtít se sebou něco dělat a pokud se Šárka rozhodne pro tuto variantu i on ukončí příležitostné užívání pervitinu. Šárka se rozhodla využít této příležitosti, byla na konci svých sil. Všechny kolem sebe prosila, aby jí odvezli do „blázince“. Okamžitě nastoupila do zaměstnání, do továrny. Stále byla pod dohledem svého přítele. Po 2 měsících abstinence Šárka kontaktovala rodinu. Rodina dala Šárce druhou šanci a ta si plně uvědomila, že je to poslední šance. Po 5 měsících Šárka se svým přítelem otěhotněla. Ze svého těhotenství měla velkou radost, ale i velký strach. Byla si vědoma, že doba, po kterou abstinovala, byla poměrně krátká. Během celého těhotenství docházela do organizace Advaita, popovídat si. Když Šárka rodině oznámila své těhotenství, byli šťastni. Největší radost měla snad sestra Kamila. Šárka jí velmi chyběla. Šárka se konečně vrátila ke svým koním. Šárce a jejímu příteli se narodil krásný zdravý chlapeček. Sama říká, že chvíle, než jí po všech testech syna lékař sdělil, že je zdravý, byly ty nejhorší v jejím životě. Slovo droga jí již nic neříká, věří, že nikdy nezklame. Uvědomuje si krásu života, mateřství a lásky.

Rodina je jí obrovskou podporou, stejně jako její přítel. Po narození syna si upravil směny v továrně. Pracuje přes noc, do 4 hodin do rána, aby mohl den trávit se Šárkou a synem.

Vyhodnocení kazuistiky Šárky – Šárka se z důvodu užívání drog ocitla „na ulici“, a díky tomu v jakém prostředí žila byla několikrát znásilněna a následkem tohoto činu se u ní rozvinul posttraumatický syndrom. Jeho následkem má do současnosti problémy v oblasti sexu. Několikrát prožila toxickou psychózu a projevíly se u ní silné deprese se suicidními myšlenkami. Depresivní stavy se objevují i v současnosti a s jejich zvládnutím Šárce pomáhá psychologička a v současné době není potřeba, aby docházela k psychiatrice, současný zdravotní stav nevyžaduje medikaci.

10. Kazuistika – Miroslav a Šárka

Kazuistika se týká pana Miroslava a v průběhu do ní vstupuje paní Šárka.

Pan Miroslav, muž ve věku 43 let. Diagnóza F.20 Schizofrenie.

Naše první setkání proběhlo během kontaktování v Psychiatrické nemocnici (dále jen PN) Kosmonosy. Po několika schůzkách v PN pan Miroslav nastoupil do podporovaného bydlení organizace Fokus Liberec. Pan Miroslav vyrůstal v rodině s mladší sestrou, se kterou má velmi úzký vztah. Po celou dobu jeho hospitalizace, která trvala 8 let a to pouze z důvodu ekonomického, se s ním sestra stýkala a snažila se mu pomoci. Tak jako mnoho klientů PN, propadl hospitalizmu a příliš se mu do změny a nového života nechtělo. Projevoval se negativisticky a bylo poměrně náročné ukázat mu cestu a pozitivně jej motivovat. Od mládí pil alkohol, ale v únosné míře. Situace se změnila, když se rozvedl, manželka ho vystěhovala z domu a bránila mu ve styku s nezletilými syny. Dům, ve kterém před rozvodem bydleli, patřil tchýni. Ze dne na den pan Miroslav skončil „pod mostem“ a to doslova. První obrana byl alkohol (závislost na alkoholu diagnóza F.102, alkohol se často užívá k potlačení úzkosti a na pomoc v sociálních situacích, ale jako důsledek může alkohol působit ještě větší úzkost, alkohol může v průběhu akutní epizody schizofrenie zhoršovat pozitivní příznaky, alkohol může prohlubovat depresi. nadměrné a dlouhodobé požívání alkoholu může vést ke zdravotním problémům.) a z tohoto důvodu pan Mirek zanedlouho ztratil zaměstnání. Po 5-ti měsíční podpoře v nezaměstnanosti zůstal zcela bez finančních prostředků, se statutem alkoholika. Velice rychle se dostal až na okraj společnosti, na sociální dno.

Cestu z tohoto problému viděl v sebevraždě. Pod vlivem alkoholu se rozhodl skočit z mostu. Jeho pokus zmařila Policie ČR spolu s psychiatrickou. Ta mu sebevraždu rozmluvila. Pana Miroslava znala vzhledem k tomu, že se na ní v minulost obrátil s depresemi. V době léčby užíval antidepresiva, léky na spaní v kombinaci s alkoholem. Léčbu svévolně ukončil a vše řešil velkými dávkami alkoholu.

Pan Miroslav byl převezen RZS na příjmové oddělení psychiatrie v KNL. Po dvou dnech byl na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře převezen do PN Kosmonosy, kde byl hospitalizován. Součástí léčby byla detoxikace a následné abstinování, což však nebylo rozhodnutí pana Miroslava. U pana Miroslava byly diagnostikovány alkoholismus, těžké deprese, porucha spánku a následně schizofrenie. Alkoholismus byl největší příčinou jeho špatného zdravotního stavu. Po ukončení léčby byl pan Miroslav přeložen na resocializační oddělení ve stejném zařízení. V jeho případě to byla forma sociálního lůžka. Možností propuštění z PN Kosmonosy bylo nastoupení do podporovaného bydlení organizace Fokus Liberec o.p.s. Tato organizace poskytuje služby a ubytování osobám s duševním onemocněním.

Pan Miroslav se svou diagnózou schizofrenie a těžké deprese byl cílovou skupinou, které se organizace věnuje. Pan Miroslav se velice rychle adaptoval na nové prostředí a neměl problémy se zařazením se do života v bydlení. S dalšími kroky, jak se zcela vrátit zpět do společnosti, pan Miroslav příliš nespíchal. Jeho povinností byla aktivní spolupráce s klíčovým pracovníkem. V dlouhodobém plánu, který sestavil společně se svou klíčovou pracovnící, uvedl, že by rád bydlel ve svém bytě a pracoval. Své síly však zaměřoval spíše na to, jak se všemu vyhnout. Ke spolupráci přistupoval aktivně, ale nic nebylo pro něj vhodné. Byl si vědom toho, že pokud by nespolečně pracoval, byla by s ním služba i pobyt ukončeny. Průběžně se svou klíčovou pracovnící hovořili o jeho synech a o tom, jak navázat intenzivnější kontakt s nimi. Pan Miroslav si ale spíše vymýšlel, proč je to problém. Do kolektivu bydlení „zapadl“ a nic mu nedělalo problém. Plně zvládal veškeré činnosti spojené s bydlením, a také je plnil. Po určité době vzniklo podezření, že se pan Miroslav vrátil k alkoholu. Během rozhovoru to potvrdil. Mnohokrát byl upozorňován na velké nebezpečí užívání léků a alkoholu i s těmi nejhoršími dopady. Byla jsem od něj ujišťována, že vše má pod kontrolou a jde pouze o jedno či dvě piva. Po pěti měsících od nástupu do bydlení

v Liberci začal pan Miroslav hovořit o přítelkyni, se kterou má již 5 let vztah. Byla to paní Šárka, která byla také dlouhodobě hospitalizována v PN Kosmonosy s diagnózou F 20 schizofrenie. Její pobyt v PN Kosmonosy byl již dlouhou dobu ze sociálních důvodů jako u pana Miroslava. Vzhledem k tomu, že paní Šárka byla se svou diagnózou také cílovou skupinou organizace, bylo možné, aby také nastoupila. Ubytování bylo přizpůsobeno tak, aby mohli sdílet společný pokoj.

Nástup paní Šárky proběhl během 6 týdnů. Vše probíhalo standardně, bez problémů. Měsíc po nástupu paní Šárky jsem byla společně se svou vedoucí v sobotu přivolána do bydlení z důvodu krizové situace.

Po našem příjezdu jsme zjistily, že na místě je přítomna Policie ČR, RZS a pohřební služba. Paní Šárka v průběhu noci zemřela. Pokoj pana Miroslava byl zapečetěn a on byl umístěn v CPZ. Od policie jsem se dále dozvěděly, že v pokoji byl silně cítit alkohol a nacházela se zde prázdná láhev od tvrdého alkoholu.

Pan Miroslav byl v době zadržení pod vlivem alkoholu a jeho výslech proběhl během dne. Pan Miroslav byl po výslechu propuštěn a dovezen zpět do bydlení. Všichni klienti byli v době jeho nepřítomnosti svoláni v jedné místnosti a postupně se dozvídaly, co se dělo. V bydlení se pilo pravidelně, v pátek a o víkendu ve velkém. Pan Miroslav byl různě nacházen spolubydlicími opilý po celém bydlení. Nešlo pouze o pivo, ale větším dílem o tvrdý alkohol. O tomto problému všichni mlčeli, protože i jiní alkohol užívali a ti, co abstinovali, se situacím, kdy se pilo, či byl někdo opilý, vyhýbali.

Vzhledem k tomu, že paní Šárka neměla žádné viditelné zranění, byla předběžně stanovena příčina smrti z důvodu užití psychiatrických léků v kombinaci s alkoholem. Přesný důvod úmrtí byl stanoven až na základě pitvy a rozborů krve. Po týdnu jsme byli srozuměni s tím, že paní Šárka zemřela na akutní selhání organismu v důsledku kombinace psychiatrických léků a alkoholu. Šest hodin po úmrtí jí byla naměřena hladina alkoholu v krvi 1,7% . Působení léků zesílil alkohol do té míry, že došlo k naprostému útlumu životních funkcí s následkem smrti. Pan Miroslav se psychicky zhroutil, ale vše zvládl bez hospitalizace, bohužel jeho pomocníkem v této situaci byl opět alkohol. Někdy se snažil situaci řešit, ale dosti svérázným způsobem.

Když jsem za ním přišla na pokoj, ležel na stole nůž, na můj dotaz proč ho tam

má, neodpověděl. Zeptala jsem se ho, zda si chce ublížit a on jen přikývl. Potom jsme si spolu dlouho povídali, nebo spíš on poslouchal mě. Bylo velice náročné sedět proti němu, koukat mu do očí, kde bylo prázdno nebo smutek. Většinou rozhovor skončil tím, že je vlastně vyřešeno – Mírek chce zemřít a je jedno jak. Toto se opakovalo 3x - nůž, léky a opět nůž. Na konci rozhovoru mě vždy požádal, abych si vzala věci do úschovy. Veškeré tyto aktivity byly voláním o pomoc. Pan Miroslav, ale vlastně pomoc nechtěl, ten den, co Šárka zemřela, se rozhodl upít k smrti. V noci nemohl spát, protože na výčitky a špatné svědomí léky nepomohou. Tak celé noci pil a ve dne spal. Bohužel ani tento případ nepomohl k tomu, aby klienti, ale hlavně pan Miroslav, přestali užívat alkohol. Panu Miroslavovi byla z důvodu pití alkoholu a následného rušení a omezování spolubydlících ukončena nájemní smlouva. Pan Miroslav odmítl nabídku na vyhledání jemu dostupného bytu a pokračování spolupráce s klíčovou pracovnící. Při odchodu nezanechal žádný kontakt na svou osobu. Dle zjištění bydlí v současné době na podřadné ubytovně a pokračuje v pití alkoholu.

Vyhodnocení kazuistiky pana Miroslava – následkem užívání alkoholu se propadl na sociální dno a z tohoto důvodu propadl těžkým depresím, jejichž následkem se pokusil o suicidium. Na základě odborných vyšetření v PN Kosmonosy mu bylo diagnostikováno onemocnění schizofrenie. Alkohol byl jednou z příčin propuknutí tohoto onemocnění.

11. Závěr

Předložená bakalářská práce se zabývala problematikou spojitosti mezi užíváním drog a jiných návykových látek a propuknutím duševního onemocnění. Cílem této bakalářské práce tedy bylo tuto souvislost prokázat.

V teoretické části byl na základě prostudování odborné literatury zpracován přehled drog a jiných návykových látek. U každé z popisovaných látek byl uveden i vliv na duševní stav uživatele. Dále byl vypracován přehled onemocnění a poruch, které vznikají užíváním drog a jiných návykových látek. Nelze obecně říci, že dočasné poruchy, ale i rozvinutí duševního onemocnění, je závislé na délce užívání dané látky. V současné době se psychiatrii stále více setkávají s případy, kdy spouštěčem onemocnění schizofrenie jsou právě drogy. Týká se to především marihuany, která je pro svou dobrou dostupnost velice oblíbenou drogou především u mladistvých.

Průzkum prokázal přímou souvislost mezi užíváním drog a jiných návykových látek s propuknutím duševního onemocnění. Ze vzorku 100% respondentů užívá drogy 51,05% respondentů a z této skupiny propuklo duševní onemocnění u 6,2% z nich. Toto číslo je velmi alarmující a proto je nutné se tomuto tématu intenzivně věnovat a navrhnout řešení, jak snížit zájem osob a hlavně mladistvých o drogy a jiné návykové látky. Pokud osoba závislosti již propadne, nabídnout jí různé formy pomoci při návratu do společnosti, pokud se propadl až na sociální dno. Dále také vypracovat programy, které pomáhají udržet osobu bez užívání drog a jiných návykových látek. Jedná se například o pokračování udržovací léčby po pobytu v některé z komunit či nemocnic. Dále je třeba zajistit možnost docházet ke specializovanému psychologovi a poté umožnit docházení na pravidelné schůzky skupin jako např. Anonymní alkoholici atd. Zdaleka nejdůležitější je ale samozřejmě prevence. Jednoduchou formou by měla probíhat již na prvním stupni základní školy a to z důvodu, že ke kouření marihuany se uchylují čím dál mladší osoby, tedy děti.

Tento průzkum tedy potvrdil můj předpoklad o přímé souvislosti mezi užíváním drog a jiných návykových látek s následným propuknutím duševního onemocnění a na základě tohoto výsledku jsem navrhla konkrétní opatření, která by měla napomoci v řešení této problematiky.

11.1.Návrh opatření

Na základě výsledků výše uvedeného průzkumu navrhuji tato opatření:

V oblasti prevence zintenzivnit preventivní činnost a to seznamováním s problematikou zábavnou formou pro žáky prvního stupně základních škol. Pravidelnými a opakovanými přednáškami v jednodušší formě na druhém stupni základních škol. Na středních a praktických školách i formou představování jednotlivých látek, jejich účinků a dopadu na zdravotní a sociální stránku života jedince. Vytvořit sociálně - zdravotní program pro mládež.

V rámci činností pedagogicko-psychologických poraden upozorňovat na tuto problematiku rodiče dětí, které tyto poradny navštěvují - je prokázána souvislost mezi užíváním drog u dětí s nedagnostikovanou, či pozdě diagnostikovanou ADHD. V obecném měřítku posílit mimoškolní aktivity dětí. Finančně podpořit nízkoprahová zařízení kam dochází děti ze sociálně slabých rodin. Umožnit větší rozvoj dobrovolnické činnosti v oblasti práce s dětmi, například bezplatným pronájmem vhodných prostor pro tuto činnost.

V oblasti pomoci osobám závislým - finančně podpořit neziskové organizace, které se této činnosti v Liberci věnují, tedy Neziskové organizaci Most k naději – Terénní programy a organizaci ADVAITA, z. ú. - Prevence a léčba závislosti.

V oblasti pomoci osobám, které již onemocněli - v rámci psychiatrických ordinací, psychiatrického oddělení KNL, spádové psychiatrické nemocnice v Kosmonosích podpořit aktivní spolupráci organizace Fokus Liberec o.p.s, s těmito zdravotnickými zařízeními a nabídnout pacientům možnost spolupráce s touto organizací.

Literatura a jiné zdroje.

BOUČEK, J.: *Speciální psychiatrie*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 244 s. ISBN 80-244-1354-X.

ČEŠKOVÁ, Eva a PŘIKRYL R.: *Praktická psychiatrie*. Praha: Jessenius 2013, 143 s. ISBN 978-80-7345-316-9.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie – diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Solen, 2007, 104 s. ISSN 1213-0508

FALDYNA, Zdeněk. *Hraniční porucha osobnosti: diagnostika, komorbidita a možnosti terapeutického ovlivnění při psychiatrické hospitalizaci*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-56-5.

GELDER, M., GATH, D., MAYOU, R., **COWAN, P.** [Delirium, dementia, and other cognitive disorders. Oxford Textbook of Psychiatry. 3rd ed, Oxford University Press, 1996, p. 308–341.](#)

HILL, Grahame. *Moderní psychologie: hlavní oblasti současného studia lidské psychiky*. Praha: Portál, 2004. 283s. ISBN 80-7178-641-1.

http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/psychiatrie/poruchy_vnimani

LÁTALOVÁ, K.: *Agresivita v psychiatrii*. 1. vyd. Grada, 2013, 240 str. ISBN-13: 978-80-247-4454-4

MALÁ E.: *Vývojová psychopatologie*. Čs. Psychiat. 85, 1989

MAREK, Vlastimil. *Něco v síti: fejetony, které vycházely od roku 1997 na internetu na adrese <http://svet.namodro.cz>*. Praha: DharmaGaia, 1999. ISBN 80-85905-53-1.

MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, feťáci a gambleři*, 1. vydání, Praha: EMPATIE, 1995, 110 s. ISBN 80-901618-9-8

NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Praha: Academia, 1998. 590s. ISBN 8020006893.

NECHANSKÁ, Blanka, Viktor MRAVČÍK a Petr POPOV. *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice: identifikace a analýza zdrojů dat*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012, 152 s. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-073-5.

NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost*. Portál. 2000. ISBN 80-7178-831

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8

MUDr. Karel Nešpor, CSc.: *Závislost na návykových látkách a související poruchy*. Doporučené postupy. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3. Copyright © 2002, ČLS JEP.

PRAŠKO, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 528 str. ISBN 80-7333-002-4.

PRAŠKO, J. *Delirium tremens, některé poznatky z literatury*. Protialkoholický Obzor, 1990, 24, s. 11–21

PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1994. Medica, sv. 9. ISBN 8085800187.

RÖHR, Heinz-Peter. *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Překlad Antonín Konečný. Praha: Portál, 2003. Spektrum (Portál). ISBN 8071787248.

VIŠŇOVSKÝ, Peter a Ilona BEČKOVÁ. *Bludný kruh toxikomanií*. Hradec Králové: E.I.A.-Ekonomická a informační agentura, 1998. ISBN 8085490765.

Drogová poradna Společnosti Podané ruce. [Http://www.extc.cz/](http://www.extc.cz/) [online]. 2009 [cit. 2015-07-05]. Dostupné z: <http://www.extc.cz/kokain.html>

EXTC. [Http://www.extc.cz/](http://www.extc.cz/) [online]. 2009 [cit. 2015-07-05]. Dostupné z: <http://nove-drogy-a-rizika.html>

Navykovelatky.cz. *Návykové Látky.cz* [online]. 2015 [cit. 2015-10-07]. Dostupné [Http://navykovelatky.cz/halucinogenni-latky/](http://navykovelatky.cz/halucinogenni-latky/)

Prevcentrum [.http://www.prevcentrum.cz](http://www.prevcentrum.cz) [online] 2016 [cit. 2015-07-05] Dostupné z: [http /Nove-Synteticke-Drogy](http://Nove-Synteticke-Drogy)

rpkk. rpkk.cz [online]2006 [cit. 2015-07-05]. Dostupné z <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/005-koncepce-oboru-psychiatrie2008.pdf>

Sananim - Drogová poradna. *Http://www.drogovaporadna.cz/* [online]. 2009 [cit. 2015-07-06]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/halucinogeny/psilocybin.html>

Substituční-léčba.cz. *Substituční-léčba.cz* [online]. 2009, 2015 [cit. 2015-07-07]. Dostupné z: <Http://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog>

Symptomy.cz - databáze příznaků a indikací častých nemocí. *Symptomy.cz* [online]. 2009 – 2015 [cit. 2015-07-05]. Dostupné z <http://www.symptomy.cz/diagnoza/kod?id=F10>

Zpravodaj ÚZIS ČR. *Http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10* [online]. 2015 [cit. 2015-07-05]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Prevcentrum *.http://www.prevcentrum.cz* [online] 2016 [cit. 2015-07-05] Dostupné z: [http //Nove-Synteticke-Drogy](http://Nove-Synteticke-Drogy)

Seznam příloh praktické části.

1. Dotazník
2. Diagnózy uživatelů

Příloha č.1

Dotazník



**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A
PEDAGOGICKÁ
KATEDRA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ A SPECIÁLNÍ
PEDAGOGIKY**

VÝZKUM

Dobrý den, jmenuji se Renata Tereza Kotůčková a studuji na Technické universitě v Liberci obor sociální práce.

V současné době píší svou bakalářskou práci na téma Drogy a duševní onemocnění, její součástí je tento dotazník.

Všechny informace, které mi pro výzkum poskytnete, budou hromadně zpracovány na počítači společně s informacemi od ostatních respondentů, kteří se výzkumu účastní. Ráda bych Vás ubezpečila, že všechny Vámi sdělené údaje budou použity pouze v rámci souhrnných údajů a je vyloučeno jakékoliv zneužití osobních informací a spojení informací s Vaší osobou.

Prosím Vás, aby jste byli tak laskavi a vyplnili tento dotazník a zúčastnili se tak tohoto výzkumu. Napomůžete tím zmapování drogové problematiky a zjištění, jaké důsledky tato riziková činnost může mít na duševní stav uživatelů. Vyplnění dotazníku bude trvat asi 5 minut.

Na otázky neexistují nějaké obecně správné nebo nesprávné odpovědi. Prosím, odpovídejte tak, jak Vy se domníváte, že věci jsou, zajímá mě Váš názor, Vaše postoje a Vaše zkušenosti. Předem Vám děkuji za Vaši ochotu zúčastnit se mého výzkumu.

1. *Jste osoba, která užívá drogy nebo návykové látky?*

ano ne

2. *Prosím zaškrtněte jednu z možností*

Jsem pravidelným uživatelem

Užívám pouze v některých situacích (např. párty a podobně)

Jsem pouze kuřákem, a občasným konzumentem alkoholu

3. *Jsem uživatelem (prosím zaškrtněte všechny správné odpovědi)*

měkkých drog

tvrdých drog

léků

alkoholu ve velkém množství

4. *Jste uživatelem drog, léků (jedná se o léky s vysokou mírou závislosti) a zažil jste drogovou psychózu ?*

ano ne

5. *Rozvinulo se u Vás duševní onemocnění během užívání drog, alkoholu, nebo drog i alkoholu?*

ano ne

6. *Pokud ano napište prosím o jaké onemocnění se jedná*

Příloha č.2

Diagnózy uživatelů

Panická úzkost – jiné anxiózní poruchy – F- 41.0.(ÚZIS,2014) Panická úzkost je jednou z méně známých duševních nemocí. Pacient většinou neumí daný stav přesně popsat. Jedná se o strach, ale odkud strach přichází není schopen popsat. Pacient se dostává do stavu, kdy má pocit, že je ohrožen na životě. Strach je přirozený stav, ale pokud se jedná o strach ve formě nemoci, přechází strach do úzkosti. Úzkost je stav, kdy je osoba již předem přesvědčena o ohrožení. Projevují se u něj somatické projevy, jako například bušení srdce, nevolnost – často dochází ke zvracení, problémy s dýcháním a podobně. Panickou ataku je možno srovnat s akutním záchvatem úzkosti. Osoby takovýto stav, kdy se dostaví fyzické příznaky, vyhodnotí jako ohrožení infarktem. Mohou se také projevovat stavy, kdy má osoba pocit závratě, třes, slabost v nohách, rozostřené vidění a i pocit zmatku. Osoba, která takto onemocní, je obvykle vyřazen z každodenního, běžného života. Například není pacient schopen nastoupit do dopravního prostředku, dojet si nakoupit a mnohdy není schopen opustit domov. Léčba je velmi náročná vzhledem k tomu, že psychofarmaka nestačí a je nutná také vhodná psychoterapie.

Vhodná je také relaxace, pomáhá nácvik dané situace, například nastupování do dopravního prostředku, ujetí jedné stanice.

Deprese – periodická depresivní porucha F 33.0 - F 33.9.(ÚZIS,2014) Deprese je stav, kdy je pacient chorobně smutný. Tento stav trvá minimálně dva týdny a nezlepší se ani vnějšími událostmi. Pacient se dostává do stavu vyčerpání, např. spánek nepřináší energii. Vyčerpání - tzv. exhausce, nedostatek vůle – tzv. hypobulie. Pacient není schopen zvládat běžné úkony (např. domácnost). Později není ani schopen vstát z postele. Bývá narušené soustředění – tzv. hypoprosexie. Pacient se není schopen soustředit, protože je na to potřeba hodně energie a ta pacientovi chybí. Například není schopen číst, dívat se na televizi a podobně. Má problémy se stravou, trpí nechutenstvím tzv. hypoorexie. Jsou, ale i příklady kdy hmotnost stoupá. Zájmy jsou omezené, má sníženou chuť na sex. Nemá zájem o společnost, dochází k sociálnímu stažení. Později

se dostávají výčitky tzv. autoakuze, většinou jsou, ale výčitky nelogické. Na první pohled je vidět, že je pacient v depresi, je zhroucený do sebe a to ne pouze psychicky, ale i fyzicky. Je shrbený, má velký smutek v očích, pohled je do země. Postupně dochází k somatizaci – objevují se bolesti zad, zažívací potíže – zvracení, průjem, problémy s dýcháním. Pacient ztrácí „chut' do života“, přijde si obtížný pro okolí až do fáze, kdy začne mít pacient suicidní myšlenky.

Při těžkých poruchách nálady, může dotyčný ztrácet kontakt s realitou. To se projevuje tzv. psychotickými příznaky. Ty jsou typické pro psychotické poruchy, například schizofrenii nebo při **užívání psychoaktivních návykových látek**.

Sociální fobie – F 40.1 (ÚZIS,2014) (též sociální strach). Lidé, kteří trpí sociální fobií cítí ve společnosti jiných lidí nervozitu a napětí. Sociální fobie probíhá ve dvou rovinách, v rovině psychologické a v rovině fyzické. V sociální rovině jsou zahrnuty situace např. Setkání se s autoritou, seznámení s druhou osobou, vstup do kolektivu, telefonování, jedení ve společnosti. V podstatě každodenní činnosti, které člověk musí vykonávat a jsou mimo prostor bezpečí daného jedince.

Rovina fyzická se projevuje třesem rukou, nepřírozeným zčervenáním a v těžších případech dochází v důsledku panické ataky ke zhroucení.

Nejčastěji jde o strach z odmítnutí, kritiky, hodnocení a to ho limituje ve všech rovinách života. Hlavním znakem sociální fobie je sociální úzkost, v případě, že jde o malou úzkost, nazýváme ji sociálním strachem, studem. Jedná – li se o úzkost většího rozsahu jde o sociální fobii. Sociální úzkostí trpí až 40% populace, projevuje se trémou nebo nervozitou.

Sociální úzkost se nevyskytuje pouze u osob se sociální fobií, ale i mnoha dalších poruch či nemocí. Jedná se například o elektivní mutismus, generalizovanou úzkostnou poruchu, separační úzkostnou poruchu v dětství. Je dokázána souvislost mezi závislostí na alkoholu a užíváním drog a sociální fobií. Z prvního pohledu se stává osoba se sociální fobií závislá na těchto látkách. V druhém případě následkem užívání drog vzniká. Osoba se dostává do bludného kruhu a její vyhýbavé chování může vést ke stresu, depresím a může končit sebevraždou. (Praško a kol,2005)

Poruchy osobnosti - F- 60.3 emočně nestabilní porucha osobnosti, F60.31 hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti (ÚZIS,2014) - dříve nazývaná psychopatie , také anomální osobnost. Tato porucha je závažná. Je závažnější, než jsou poruchy neurotické, vzhledem k tomu, že se jedná o trvalé povahové odchylky. Soubor těchto povahových odchylek vytváří nevyváženou a nenormální osobnost. U těchto osob jsou některé povahové složky příliš zdůrazněny a jiné potlačeny. Mají závažné problémy se zařazením do společnosti, vytvářením mezilidských vztahů. Tato porucha se rozvíjí již od dospívání. Určité znaky lze pozorovat již v dětství. Rozvíjí se v dospívání a jde o poruchu celoživotní. Ve středním věku a věku stáří není tak markantní. Nejvíce patrné jsou jejich stereotypní, neměnné a zakořeněné Pro okolí bývají nejvíce patrné jejich zakořeněné, neměnné a stereotypní způsoby chování. Tyto osoby díky svému malému množství reakcí, mají zásadní problémy vyrovnat se s obtížnými, ale i běžnými situace. Jejich způsob řešení většinou ubližuje okolí, ale i jím samotným. Tyto osoby jsou citově ploché a jakékoliv vztahy využívají ve svůj prospěch. Pouze oni musí být středem pozornosti, bez ohledu na dopad jejich chování.(RÖHR,2003)

Osoba trpící touto poruchou vnímá své chování jako bezproblémové, naopak vidí problém ve svém okolí, u ostatních osob.

Komorbidity:

- úzkostné poruchy
- deprese - její zvláštní forma tzv. hysteroidní dysforie
- bipolární porucha
- zneužívání návykových látek
- poruchy příjmu potravy (v této a předchozí se projevuje sebedestruktivita pac. s HPO; suicidium spáchá 8% z nich; parasuicidia mohou být formou komunikace s okolím ve snaze toto okolí ovládat)
- schizofrenie (zřídka)
- posttraumatická stresová porucha
- sexuální deviace (Faldyna,2000)

Zneužívání návykových látek může být spouštěčem k plnému rozvinutí poruchy.