

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA ČESKÉ BUDĚJOVICE**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA - KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE**

**Učitelství pro 1. stupeň ZŠ – certifikační program výtvarná výchova**

# **Příčiny závislostí, jejich prevence a léčba**

**diplomová práce**

**Zpracovala: Jitka Kopuleťá**

**Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Procházka**

**České Budějovice 2006**

Knihovna JU - PF



3 1 1 5 1 7 2 2 0 2

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma „Příčiny závislostí, jejich prevence a léčba“ jsem vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Koněšově..... dne 28.4.2006

Jitka Kopulešová  
vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji vedoucímu mé diplomové práce, Mgr. Miroslavu Procházkovi za odborné vedení, upřesnění a připomínky při zpracování této práce.

Rovněž děkuji PhDr. Ivanu Doudovi, pracovníkům Circle of life o.s. Koněšín a všem klientům za poskytnutí cenných rad a důležitých materiálů pro mou práci.

Jitka Kopuleťá

## **Anotace**

**Téma: Příčiny závislostí, jejich prevence a léčba**

Teoretická část pojednává o drogách zneužívaných v současnosti, dále popisuje prevenci a léčbu, která se uplatňuje v České republice.

Praktická část je zaměřena na zjišťování příčin vzniku závislostí u jednotlivých klientů vybraného zařízení, a jak pokračuje kariéra bývalých klientů.

**Klíčová slova:** droga, drogová závislost, prevence, léčba, terapie

## **Annotation**

**Topic: Reasons for drug addiction, their prevention and cure**

The theoretical part deals with drugs taken nowadays, then it describes prevention and cure which is applied in the Czech Republic.

The practical part is aimed at discovering the causes of drug addiction with particular clients of chosen institutions and how the ex-clients' carrier continues.

**Keywords:** drug, drug addiction, prevention, cure, therapy



## Obsah

|      |                                                      |    |
|------|------------------------------------------------------|----|
| I.   | ÚVOD                                                 | 7  |
| II.  | TEORETICKÁ ČÁST                                      | 8  |
| 1.   | Základní pojmy z oblasti drogové problematiky        | 8  |
| 2.   | Historie zneužívání drog a současnost EU             | 15 |
| 2.1  | Výtažky z lilkovitých rostlin                        | 15 |
| 2.2  | Produkty indického konopí                            | 15 |
| 2.3  | Mák a alkaloidy opia                                 | 16 |
| 2.4  | Barbituráty                                          | 17 |
| 2.5  | Neuroleptika                                         | 18 |
| 2.6  | Koka                                                 | 18 |
| 2.7  | Kofein                                               | 19 |
| 2.8  | Tabák                                                | 19 |
| 2.9  | Alkohol                                              | 20 |
| 2.10 | Halucinogenní látky                                  | 20 |
| 2.11 | Amfetaminy                                           | 21 |
| 2.12 | Produkce a dovoz drog do ČR jako státu Evropské unie | 22 |
| 3.   | Drogy zneužívané v současnosti                       | 24 |
| 3.1  | Alkohol                                              | 25 |
| 3.2  | Heroin a jiné opiáty                                 | 34 |
| 3.3  | Konopí                                               | 42 |
| 3.4  | Trankvilizéry a barbituráty                          | 46 |
| 3.5  | Kokain                                               | 51 |
| 3.6  | Amfetaminy, pervitin, kofein                         | 54 |
| 3.7  | Halucinogeny                                         | 60 |
| 3.8  | Tabák                                                | 64 |
| 3.9  | Těkavé látky a rozpouštědla                          | 68 |
| 4.   | Toxikomanie a osobnost                               | 71 |
| 4.1  | Svět toxikomanie                                     | 71 |
| 4.2  | Osobnost                                             | 74 |
| 4.3. | Sociální prostředí                                   | 75 |
| 4.4. | Návykové problémy u jednotlivých kategorií           | 77 |

|      |                                                               |     |
|------|---------------------------------------------------------------|-----|
| 4.5  | Psychické a sociální důsledky závislosti                      | 80  |
| 5.   | Prevence, léčba, terapie                                      | 85  |
| 5.1  | Prevence                                                      | 85  |
| 5.2  | Léčba a terapie                                               | 86  |
| III. | EMPIRICKÁ ČÁST                                                | 98  |
| 1.   | Hlavní cíle                                                   | 98  |
| 2.   | Circle of life o. s. Koněšín – Kruh života                    | 99  |
| 2.1  | Charakteristika zařízení                                      | 99  |
| 2.2  | Program                                                       | 99  |
| 2.3  | Principy doléčovacího zařízení                                | 100 |
| 2.4  | Účinné faktory doléčovacího zařízení                          | 100 |
| 2.5  | Cíle a poslání péče                                           | 101 |
| 2.6  | Poskytování služeb                                            | 102 |
| 2.7  | Charakteristika klienta vhodného pro pobyt                    | 103 |
| 2.8  | Přijímání a propouštění klientů                               | 103 |
| 2.9  | Organizace A.N.O.                                             | 105 |
| 3.   | Výpovědi toxikomanů                                           | 107 |
| 3.1  | Výpovědi klientů v léčebném procesu                           | 107 |
| 3.2  | Výpovědi klientů již vyléčených                               | 112 |
| 3.3  | Zobecnění zjištěných informací                                | 116 |
| 4.   | Bývalí klienti o. s. Circle of life a jejich současná činnost | 119 |
| 4.1  | Současná činnost náhodně vybraných klientů                    | 119 |
| 4.2  | Zhodnocení získaných informací                                | 121 |
| IV.  | ZÁVĚR                                                         | 124 |
| V.   | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY                                     | 125 |
| VI.  | SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK                                      | 126 |
| VII. | PŘÍLOHY                                                       | 127 |

## I. ÚVOD

Problém drogové závislosti je jedním z nejdiskutabilnějších témat lidské populace. Ať už se soustředíme na mládež nebo na starší věkovou kategorii všude o ní uslyšíme. Názory však budou rozdílné.

Každý z nás si myslí, že ho tento problém nemůže zasáhnout, ale když se hlouběji zamyslíme, je právě více lidí, kteří mu již podlehl. Snad každý z nás už někdy okusil nápoj postupně měnící naše vědomí nebo podlehl kuřácké vášni. Ovšem nad závažností těchto běžných závislostí nikdo neuvažuje. Proč si člověk po dobrém obědě zapálí cigaretu nebo objedná skleničku? Má k tomu nějaký vážný důvod?

Nikdo z nás nemůže vědět do jaké situace se dostane a nebude znát jiné východisko než je droga. Už proto bychom se měli zamyslet nad touto problematikou a lidi do ní vtažené alespoň z části pochopit. Nesnažme se zjistit příčinu jejich jednání, ale pokusme se pohlédnout na každého takového člověka jako na sobě rovného. Pak možná pochopíme i důvod, a snad i oceníme jejich rozhodnutí vydat se novou cestou a začít žít plnohodnotný život.

Já osobně jsem v pár případech těmito lidem také nerozuměla, ale nikdy jsem je neodsoudila. Právě naopak jsem se snažila projevit u těchto lidí empatii, a co nejvíce jim porozumět. Mnohokrát jsem si říkala, jak to mohli v některých těžkých situacích dotáhnout až téměř do konce. Škoda, že snahu těchto odvážlivců neocení větší část populace, a to nejen náklonností, ale i finanční či materiální podporou.

Prostřednictvím této práce bych ráda seznámila širokou veřejnost s drogovou problematikou, ať už s obecnými znalostmi nebo podrobnými zkušenostmi.

Cílem práce je zjistit především příčiny drogových závislostí ve vybraném zařízení. Dále mě zajímá, jaké mají představy o budoucnosti klienti samotní. A v neposlední řadě se pokusím zjistit, jak pokračuje kariéra bývalých klientů. Pro výzkum jsem si zvolila metody pozorování a rozhovoru. Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. První část pojednává o drogách zneužívaných v současnosti, dále popisuje prevenci a léčbu v ČR. Druhá část potom pokračuje v duchu cíle práce.



## II. TEORETICKÁ ČÁST

### 1. Základní pojmy z oblasti drogové problematiky

Diplomová práce sleduje problematiku drogové závislosti. Je to téma velmi frekventované a v literatuře i ve veřejném mínění velmi často diskutované. K tomu abychom se mohli orientovat v této oblasti, je třeba upřesnit si některé důležité pojmy. Vzhledem k tomu, že práci zaměřujeme na problematiku drog a toto slovo zde pravděpodobně padne nejčastěji, bylo by na místě tímto pojmem začít.

#### Pojem droga

Ottův slovník naučný říká, že **drogy** jsou suroviny z říše živočišstva, rostlin i nerostů, které slouží na léky, nebo z nichž léčivé preparáty se vyrábějí. Jiná odborná literatura nám zase říká, že je to jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí.

Droga je také základním faktorem, který vyvolává návyk. Aby se droga mohla stát předmětem zneužívání, musí splňovat určité předpoklady – musí mít takové vlastnosti, které jsou schopny uspokojit požadavky toxikomana.

Návykovou látkou, drogou, se rozumí taková chemická látka, která, je-li vpravena do živého organismu, dokáže pozměnit jednu nebo více funkcí. Může jí být jen dostatečně farmakologicky účinná látka, kterou lze užívat opakovaně. (Zášková, 2004, s.11)

Ve farmakologii droga představuje látku živočišného nebo rostlinného původu s farmakologickým účinkem. Podle E. Urbana je to látka, která je používána a zneužívána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení somatopsychických funkcí; ovlivňuje biochemické pochody v mozku, případně v centrální periferní i nervové soustavě, při opakovaném užívání nastává možnost závislosti. (Hartl – Hartlová, 2000, s.122)

Mezi další klíčové pojmy neodmyslitelně patří **závislost, prevence a léčba.**

#### Pojem závislost

Silně závislost definuje Hartl a Hartlová jako stav: chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické drogy, která poškozuje postiženého i společnost; dnes většinou používáme termín *závislost drogová* nebo přirozeněji *závislost látková*. (Hartl – Hartlová, 2000, s.699)

Pojem závislost může však být také vymezován i jako psychický a někdy také somatický stav, vyplývající z interakce organismu a dané látky a charakterizovaný nutkavým chováním požívat danou látku. (Záškodná, 2004, str. 10)

V odborné literatuře se také můžeme setkat s popisem tzv. syndromu závislosti. Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž některé látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisovou 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 nebo období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke tře nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha po pocitu puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců



- závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
  - f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení. (Nešpor, 2000, s. 14)

Definice závislosti podle americké psychiatrické asociace se opírá o symptomy, pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období dvanácti měsíců:

1. růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování);
2. odvykací příznaky po vysazení látky;
3. přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;
4. dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;
5. trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků;
6. zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jiných omezení;
7. pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou způsobeny nebo zhoršovány užíváním látky. (Nešpor, 2000, s. 26)

Při popisu problému závislosti se také setkáváme s rozlišováním formy, podoby závislosti.

#### Závislost psychická

Právě změna psychiky u lidí závislých na drogách představuje největší léčebný problém. Psychická závislost mívá na rozdíl od tělesné dlouhodobý charakter. Většina diagnostických znaků závislosti se týká právě psychické závislosti.

### Závislost fyzická

Projevuje se tělesnými postiženími při odvykacím syndromu. Některé drogy, a to i velmi nebezpečné, jako je kokain, tělesnou závislost nevyvolávají.

Prevence (Hartl – Hartlová, 2000, s. 450)

Předcházení nežádoucím jevům, nehodám, úrazům, nemocem aj. Rozdělujeme ji na primární, sekundární, terciální

Léčba (Hartl – Hartlová, 2000, s. 290)

Lékařská činnost zaměřená na překonání nemoci nebo chorobného stavu. Kauzální se zaměřuje na příčiny nemoci, symptomatická na její příznaky, projevy. Podle užitých léčebných prostředků se rozlišuje léčba na farmakologickou, fyzikální, chirurgickou a na psychoterapii.

### Tolerance

Jedná se o míru snášenlivosti organismu ke konkrétní droze; u většiny drog s dobou jejího užívání stoupá, k vyvolání téhož účinku je třeba větší množství drogy, pouze výjimečně klesá (stádia vývoje alkoholismu).

Příklad - u opiátů závislý člověk přijímá často dávku, která přesahuje smrtelnou dávku u člověka bez závislosti. Tolerance roste i na většinu tlumivých léků nebo alkohol.

Tolerance je komplexní biologická funkce, v níž podstatnou úlohu sehrává schopnost odbourávat toxické účinky drogy, ale i zralost centrální nervové soustavy. Jde o přizpůsobení se organismu na opakované užití drogy, která narušuje fyziologickou rovnováhu organismu. Droga po čase nevyvolává tak silný účinek a pokud chce člověk žádoucí účinek dosáhnout, musí požit zvýšené množství látky. Tolerance může mít také podobu sníženého účinku při užívání stejných dávek. (Zášková, 2004, s. 11)

### Toxikománie

Výraz používaný pro závislost na drogách. Psychická po případě fyzická závislost na určité droze.



## Toxické psychózy

Vznikají během nebo bezprostředně po užití návykové látky. Projevují se například sluchovými halucinacemi i halucinacemi jiných smyslů, pocity pronásledování, neklidem nebo naopak strnulostí, a abnormálními emocemi. Toxické psychózy mohou trvat různě dlouhou dobu. V případě toxické psychózy je třeba volat lékaře, postižený by měl být pod odborným dohledem, aby neublížil sobě nebo druhým lidem. Toxické psychózy působí poměrně často pervitin, halucinogeny, ale i marihuana nebo alkohol.

## Toxikologické vyšetření

Alkohol se dá poměrně snadno prokázat z dechu, nejspolehlivější je vyšetření z krve. U většiny ostatních drog je nejspolehlivější vyšetření z moči. Vzorek je třeba odebírat pod dohledem, jinak je možná pacientova záměrná záměna za cizí moč. Skriningové toxikologické vyšetření je orientační vyšetření (např. pomocí papírků) je velmi rychlé, relativně levné, avšak méně spolehlivé.

## Intoxikace (Nešpor, Provazníková, 1999, s. 15)

Jde o ovlivnění látkou nebo o otravu. Pojem „akutní intoxikace“ návykovou látkou definuje mezinárodní klasifikace nemocí jako přechodný stav po alkoholu nebo jiné psychoaktivní látce vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Tato diagnóza by měla být hlavní diagnózou pouze v případech, kdy se intoxikace vyskytuje bez současných vážnějších nebo trvalejších problémů vyvolaných požíváním alkoholu nebo jiných drog. Tam kde jsou takové problémy, by se měla dát přednost diagnóze škodlivého užívání, syndromu závislosti apod.

## Odvykací syndrom

Nastává po úplném nebo relativním vysazení některých léků nebo drog, zejména alkoholu, opiátů a tlumivých léků. Odvykací syndrom vyvolává obvykle až delší brání poměrně vysokých dávek. Odvykací příznaky mohou být tělesné (např. křeče) nebo duševní (např. deprese).

## Terapeutická komunita

Pracuje se na následujících principech: aktivní podíl členů na léčení, vytvoření dobré komunikace na všech úrovních, podíl členů na rozhodování, kolektivnost, sociální učení, při kterém dostává člen komunity rychlou zpětnou vazbu o tom, jak jeho chování působí na druhé. Terapeutické komunity pro léčbu závislostí mají navíc specifika. K nim patří vnitřní diferenciacie komunity (členové komunity, kteří jsou v ní déle a osvědčili se, získávají ve srovnání s nováčky řadu výhod, jež se týkají propustek, návštěv nebo míry soukromí. Na druhé straně se od nich zároveň očekává větší zodpovědnost a aktivnější podíl na léčbě ostatních). Většina terapeutických komunit pro závislé má jasná, všeobecně známá a prosazovaná pravidla. Terapeutické komunity pro léčbu závislostí bývají „drug free“, tedy není povoleno do komunity přinášet alkohol nebo drogy. Závažné porušení pravidel znamená ukončení léčby, méně závažné dočasný pokles v hierarchii komunity na nižší stupeň s menší mírou výhod nebo jiné znevýhodnění. Léčba v terapeutické komunitě může trvat podle zařízení řádově několik týdnů, ale i déle než rok.

## Úzus

Požívání alkoholu nebo jiné látky při různých společenských událostech nebo jako doplněk jídla. Při požívání v tomto stádiu se nevytváří závislost. Příkladem může být pití kávy pro její dobrou chuť, k osvěžení, pití alkoholických nápojů k uvolnění v rámci společenské zábavy, vykouření cigarety ke zlepšení nálady, užití léků proti bolesti hlavy nebo při nespavosti.

Úzus návykových látek znamená občasné, příležitostné, společensky akceptované požívání různých látek, které nepoškozují zdraví člověka a nemají nepříznivé dopady na mezilidské vztahy. (Zášková, 2004, s. 10)

## Abúzus (Nešpor, Provazníková, 1999, s. 8)

Je dalším stupněm, který je charakterizován jako zneužívání či nadměrné užívání nebo užívání v nevhodnou dobu a v nevhodném množství.

Podle mezinárodní klasifikace nemocí je to „vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Poškození může být tělesné nebo duševní. Tato diagnóza vyžaduje, aby užívání mělo za



následek aktuální poškození duševního nebo somatického zdraví uživatele.“ Škodlivé užívání se nediagnostikuje tam, kde se již jedná o závislost.

Abúzus návykových látek se vyznačuje narušením výkonu v běžných sociálních nebo profesních funkcích např. ztrátou schopnosti udržovat závazky vůči rodině, pracovišti, impulsivním chováním, agresivitou. Porucha trvá minimálně jeden měsíc, příznaky mohou být přítomny i průběžně.

#### Misúzus

Pochází z anglického slova misuse, což znamená nenáležité a nepřiměřené užívání. Tento termín se spíše používá v souvislosti s jinými drogami než s alkoholem.

#### Drogová scéna (Janík, Dušek, 1990, s.133)

Drogová scéna zahrnuje, které drogy v daném období a v dané oblasti převažují, také formy, kterých se při zneužívání látek používá, dále výrobu, pašování a obchodování s drogami, ale také samotné skupiny nebo jedince, kteří drogy užívají.

#### Abstinenční syndrom

Soubor příznaků vyvolaných náhlým přerušением užívání návykové látky, popř. návykového chování; nastává nejčastěji po vysazení drog, jako je alkohol, opiáty a tlumivé léky. Projevy abstinenciho příznaku jsou závislé na druhu drogy a délce abúzu; odvykací příznaky mohou být:

- A) tělesné, např. svalové křeče, motorický neklid, pocení, bolesti svalů a kloubů, průjem, nutkání na zvracení, slzení, žaludeční křeče...
- B) psychické, např. neklid, podrážděnost, úzkost, zmatenost, agresivita, depresivní ladění...

Abstinenční syndrom (syndrom odnětí drogy) je soubor negativních reakcí lidského organismu, který se již na drogu adaptoval a přijal ji do metabolismu jako svou součást. Abstinenční syndrom se projeví při přerušení podávání návykové látky nebo v souvislosti s omezením jejího množství. (Zášková, 2004, s. 11)



## 2. Historie zneužívání drog a současnost EU

Určitě je dosti těžké zjistit, od kdy lidstvo zneužívalo rozličné drogy. Historie zneužívání drog je zřejmě stará jak lidstvo samo. Příslušníci různých náboženství věřili, že látky, které způsobují povznesenou náladu a zapomnění nebo navozují všelijaké extatické stavy, jsou darem bohů. S tímto názorem se setkáváme v bájích mnoha národů.

Taktéž lidé věřili, že se dají připravit různé látky, které přinášejí zapomnění nebo naopak způsobují nesmrtelnost, umožňují stýkat se s nadpřirozenými bytostmi, vracejí mládí, navozují lásku, případně zase zbavují člověka vlastní vůle a podrobují ho vůli druhého.

Drogy měly velký význam i v čarodějnictví. Magie je prastará věda a s jejími projevy se setkáváme už v nejstarších bájích a pověstech. Ve středověké Evropě se používaly čarodějnické masti, které obsahovaly výtažky z lilkovitých rostlin, a právě s jejich pomocí se čarodějnice mohly účastnit sabatu. Masti obsahovaly také afrodiziaka a hypnotika. Popisy, které se dochovaly z čarodějnických procesů svědčí o tom, že složení mastí bylo obdobné po celé Evropě.

### 2.1 Výtažky z lilkovitých rostlin

Výtažky z lilkovitých rostlin (mandragora, blín, durman) obsahují především atropin a skopolamin. Tyto látky vyvolávají deliriózní stavy. Kombinací s afrodiziaky se dosahovalo především erotické náplně halucinatorních prožitků.

Jindy byly tyto látky používány k navození duševní poruchy. Věřilo se, že některé látky mohou navodit trvalý stav šílenství. Podle pověsti Olympia, matka Alexandra Velikého, vyvolala trvalé zhloupnutí jeho nevlastního bratra Arrhidea. Američtí Indiáni znali delirogenní látky, o nichž věřili, že mají trvalý účinek.

### 2.2 Produkty indického konopí

Jednou z nejstarších známých drog jsou produkty indického konopí (*Cannabis sativa*), která je známá víc než pět tisíciletí, důkazy o tom nacházíme v mnoha historických dokumentech. Hérodotos před dvěma a půl tisíci lety popisuje používání

konopných semen Skyty k vyvolání extatických stavů. Konopí bylo nazýváno „pramenem štěstí“, „budičem smíchu“. Je to droga známá po celé jižní Asii. Odtud se rozšířila i do celého světa, kde získala zápornou pověst. Indické konopí má květy samčí a samičí rostoucí na různých rostlinách. Živičný výpotek samičí rostliny se hromadí a její vrcholek dává následující produkty:

**Bhang** je směs ke kouření získaná z dořezaných vršků nekultivovaných rostlin. Obsah živice je neobyčejně nízký. Tyto části rostliny se usuší a potom se kouří. Tuto směs znali především Indové, ale i obyvatelé zemí Přední Asie a severní Afriky. V Alžíru a Maroku ji nazývají kif, v Turecku habak.

**Marijuana** (marichuana) je mexicko – španělský název pro bhang. Konopí se asi v 16. století dostalo do Brazílie a odtud dále na sever Ameriky. V Mexiku pak dostala uvedený název a ve větší míře se v celé Severní Americe rozšířila začátkem minulého století. V Americe je známa pod názvem marihuana (u nás se používá pod názvem marjánka).

**Ganja** je obdoba bhangu, získává se ze speciálně pěstovaných samičích rostlin *Cannabis sativa*. Vrcholky rostlin se odřezávají a používají se na výrobu směsi ke kouření. Dávají se však i do nápojů, cukrovinek a pečiva. Mísí se s máslem, vaří se v mléce, případně se podávají do různých směsí.

**Charas** je čistá neředěná živice z vrcholků nejjemnějších samičích rostlin obvykle pěstovaných pro ganju. Je známá jako **hašiš**. Získává se různými způsoby – extrahuje se alkoholem a vyrábí se z ní hašišová kořalka nebo se ze získané pryskyřice dělají kuličky, destičky či jiné tvary.

### 2.3 Mák a alkaloidy opia

Jinou kulturní rostlinou, která se proslavila v drogové historii je mák. Mák obsahuje především opium, což je zaslá šťáva z nezralých makovic. Setý mák pochází rovněž z oblasti Malé Asie, takže jeho pěstování se velmi rozšířilo zvláště v oblasti Středozemního moře. Mák je znám asi čtyři tisíciletí, ale podrobnější údaje o zneužívání opia jsou až z druhé poloviny prvního tisíciletí před naším letopočtem. Jedni jeho účinek vychvalovali – a byl mezi nimi i Hippokrates – druzí naopak upozorňovali na jeho nebezpečí. Teprve mnohem později se pěstování máku, a tím i znalost opia rozšířila na Dálný Východ, do Indie a Číny.



Teprve mnohem později došlo ke vzniku *morfinismu*. Opium obsahuje celou řadu alkaloidů, které se podařilo izolovat. Mezi ně patří především morfin, který izoloval na počátku 19. století lékárník F. A. Serturner. Prášek izolovaný z opia nazval podle boha spánku „Morphin“ (nebo Morfium). Když se zjistilo, že je morfin nebezpečný pro své návykové vlastnosti, začala se hledat podobná látka, která měla přibližně stejné terapeutické vlastnosti, ale u které by nehrozilo nebezpečí návyku.

Roku 1875 byl objeven **heroin** (diacetylmorfin) a roku 1898 byl zaveden do praxe náhrada morfinu a kodeinu. Měl znamenité analgetické účinky, potlačoval kašel a po jeho užívání vymizely abstinenci příznaky u morfinistů. Za nedlouho se však prokázala jeho vysoká jedovatost i to, že postupné vymizení abstinenci příznaků u morfinistů nebylo způsobeno ničím jiným než jeho vysokou návykovostí.

V roce 1881 byl objeven **kodein** (metylmorfin) a postupně zaveden do terapie. Osvědčil se dobře na tlumení suchého a dráždivého kašle. Za nedlouho se však přišlo na nebezpečí vzniku závislosti i na tuto látku. U nás už v roce 1941 popsal Vondráček kodeinismus a upozorňoval na nebezpečí návyku. Teprve v současnosti, s rozvojem závislosti na „Alnagon“, jehož součástí je kodein, bylo možno ocenit význam Vondráčkovy práce. Kodein, jenž se pro současnou medicínu připravuje metylací morfinu, je sice méně jedovatý než morfin, ale protože při jeho intravenózní aplikaci dochází v játrech rychle demetyaci a tím přeměně na morfin jako meziprodukt rozkladu, je nebezpečí návyku obdobné jako u morfinu.

## 2.4 Barbituráty

Na přelomu minulého století byl objeven lék proti nespavosti. V roce 1903 syntetizoval chemik Emil Fischer **Veronal**, který klinicky vyzkoušel internista Mering. Tím byla zahájena éra barbiturátů a syntetizovány celé desítky derivátů kyseliny barbiturové. Ale i zde historie opakovala. Na jedné straně byl objeven účinný lék, který odstraňoval nespavost, pomáhal významně v léčbě epilepsie, ale na druhé straně docházelo po jeho užívání ke vzniku závislosti.



## 2.5 Neuroleptika

Tyto léky nebyly původně syntetizovány pro účely psychiatrie, ale proto, že chirurgové a anesteziologové potřebovali nějaký účinný prostředek, který by snižoval nadměrnou reakci organismu při složitějších operacích.

Začátkem padesátých let byl objeven **Chlorpromazin** – lék, který způsobil převrat v psychiatrické léčbě. O návyku na tuto skupinu léků se stále vedou diskuse, je však známo, že toxikomané některé z nich užívají jako náhradu za jiné nedostatkové přípravky.

Vedle léků, které působí sedativně a hypnoticky, obracela farmakologie spolu s chemií pozornost na léky tišící bolest. Pro tyto účely se rovněž používal morfin a jemu příbuzné látky, které jako náhrada morfinu byly později syntetizovány. Ukázalo se však, že přípravky příbuzné morfinu mají schopnost vyvolat stejnou závislost jako morfin. Když v roce 1884 objevil Knorr náhodně **Antipyrin**, byl získán nový účinný lék proti bolestem a horečkám. Jedním z takto objevených léků byl **pyramidon**. V současné době existuje řada léků proti bolestem a horečkám. Prakticky na všechny je z nich je také popisován návyk. Proto při jejich podávání je třeba si tuto skutečnost uvědomovat.

## 2.6 Koka

K nejvíce rozšířeným drogám v zemích Jižní Ameriky patří bezesporu kokain. Podle indiánských pověstí první Ink, který založil císařství Inků, přinesl lidem božskou rostlinu, aby rozveselil smutné, unavené a dodával jim síly. (Zášková, 2004, s. 12)

Zázračná rostlina koka zaujala pozornost Evropanů až v roce 1531. Když Španělé dobývali říši Inků, povšimli si, jak domorodci dobře snášejí velké tělesné vypětí a hladovění. Zpozorovali, že Indiáni žvýkají jakési listy. Indiáni sami považovali koku za dar boží, za božskou rostlinu, která nevracela sílu a zaháněla hlad. (Janík, Dušek, 1999)

Teprve v 19. století byly zprávy o kokových listech a jejich účincích konkrétnější. V roce 1860 byl objeven účinný alkaloid – **kokain**.

Zneužívání kokainu se začalo velmi rychle šířit od počátku minulého století – používalo se buď injekční formy nebo šňupání prášku. Zavedení syntetické výroby kokainu vedlo i ke zvýšení jeho zneužívání.

## 2.7 Kofein

Tato látka je obsažena především v kávě a čaji. Zvláště kávu si lidé oblíbili díky tomu, že je vhodným nápojem proti únavě.

Kofein byl objeven v roce 1882 a je přítomen v mnoha rostlinách, které se odedávna používaly k přípravě povzbuzujících nápojů. Káva se pije v zemích někdejší Arábie od nepaměti. Z této oblasti se také pochází, ale rozšířila se do Jižní Ameriky a dnes je Brazílie největším producentem kávy na světě. Čajovník pochází z oblasti jihovýchodní Asie, odkud se jeho pěstování rozšířilo do přilehlých oblastí. Také pití čaje je velmi rozšířené a známé od nepaměti. V podstatě jde o nejužívanější drogu spolu s alkoholem a nikotinem. Pro některé země je čaj národním nápojem, pije se několikrát denně (Čína, Japonsko, Anglie, Polsko). Zneužívání čistého kofeinu je vzácné, spíše se používá jako součást různých léčebných směsí.

## 2.8 Tabák

Jinou neméně známou rostlinou je tabák. Byl pro Evropany objeven až v roce 1492. Je svým původem rostlinou amerického kontinentu, kde kouření jeho listů bylo známo zřejmě celá tisíciletí. Indiáni tabák nejen kouřili, ale i žvýkali, šňupali a používali v kombinaci s jinými látkami. O jeho rozšíření v Evropě se zasloužil Jean Nicot, který sám tabák pěstoval. Jeho jméno dodnes nese alkaloid obsažený v tabáku – **nikotin**.

Postupně se rozšířilo pěstování tabáku do všech zemí světa. Kouření tabáku se stalo oblíbenou činností i módní záležitostí a je pochopitelné, že vedle přívrženců mělo i své odpůrce. Pěstování tabáku se stalo výhodným obchodním artiklem, a proto již počátkem 19. století Napoleon rozhodl, že pěstování tabáku se stane státním monopolem. Později tento systém přijaly i další země.

Kouření tabáku není u všech národů stejně rozšířeno a oblíbeno, ale tam, kde je v oblibě, propadají mu všechny věkové kategorie i obě pohlaví. S kouřením se začíná už v mladém věku, v romských rodinách je např. běžné dávat kouřit cigaretu nebo dýmku i dvouletým dětem.



## 2.9 Alkohol

Je znám lidstvu zřejmě od samého úsvitu dějin a ve starých bájích a pověstech se označuje za dar bohů. Ani následky požívání alkoholu a alkoholických nápojů nejsou neznámé. V bibli se například setkáváme s popisem Noemovy opilosti, které využily jeho dcery. Prakticky všechny národy světa znají dnes nějaký druh nápoje, který obsahuje etylalkohol. Proto se snad u všech národů setkáváme i s různými opatřeními, která pití alkoholu omezují nebo zakazují.

## 2.10 Halucinogenní látky

To jsou takové látky, která jsou schopny vyvolat halucinace (přeludy) různých smyslů, jsou lidstvu známy od pradávna. Používaly se především k různým kultovním obřadům, někdy však jejich použití bylo mnohem širší. Do čarodějnických mastí se používal výtažek z některých lilkovitých rostlin, které obsahují **atropin**. V Mexiku se ke kultovním, ale i toxikomanickým účelům používal peyotl z kaktusů *Anhalonium Lewinii*. Jeho účinnou látkou je **meskalin**. První údaje o jeho vlastnostech jsou líčeny jako tajemné a věštecké, uvádí se např., že je ho možno používat ke styku s ďáblem.

V severských oblastech Evropy se používala muchomůrka, která po požití vyvolávala extatické stavy s neklidem a agresivitou. Pozdější analýzou se zjistilo, že houby obsahují bufotenin, tzv. ropuší jed. Dalším rozbořením v posledních letech se zjistilo, že účinnou látkou teonanacatlu je **psilocybin**.

Zájem o studium halucinogenů vzbudil především preparát syntetizovaný v roce 1938 A. Hofmannem, který jeho účinek vyzkoušel na sobě v roce 1943. Touto látkou byl **lysergamid**. Po druhé světové válce začal být o tuto látku zvýšený zájem i z vojenskostrategických důvodů, protože se uvažovalo o jeho využití jako prostředek hromadného ničení. Lysergamid byl nazván „psychickým ekvivalentem vodíkové bomby“. Zanedlouho byl výzkumně používán na řadě pracovišť, ale došlo k tak značnému zneužívání a vytváření kultů vyznavačů psychodelismu, že výroba této látky byla postupně ve všech státech zakázána (LSD se vyráběl i u nás).



## 2.11 Amfetaminy

Přestože lidstvo mělo k dispozici řadu drog s povzbuzujícím účinkem, byl v roce 1887 syntetizován **amfetamin**. Jeho působení bylo prozkoumáno až později, počátkem 20. století.

Pak byl používán z terapeutických důvodů především v otorinolaryngologii. Ještě v roce 1939 Neumann považuje návyk na tento preparát za vyloučený, ale za necelý rok musel svůj názor změnit a sám popisuje jeho zneužívání v USA. U nás poprvé v roce 1941 popsal návyk na amfetamin Janota, a to u pacienta, kterého ošetřoval v roce 1940. Zprávy o zneužívání amfetaminu se stále množily, a proto musel být zařazen mezi látky, na které se vztahuje opiový zákon.

Lékem zavedeným v padesátých letech do terapie byl Fenmetrazin a Dexfenmetrazin, oba léky se používaly hlavně při léčení obezity, povzbuzování v období rekonvalescence, při léčení některých depresí. Staly se však rychle nejzneužívanějšími léky tohoto období. Zprávy o návyku se rychle rozšířily a počátkem šedesátých let dosáhlo zneužívání obou látek vrcholu.

Zneužívány jsou však i léky, u nichž stimulující účinek není v popředí, je však součástí ostatních terapeutických projevů. Proto došlo ke zneužívání některých **antidepresív**. Podobný osud potkal i některá antiparkinsonika (léky tlumící parkinsonský syndrom vznikající na základě poškození některých podkorových bolestí).

Dějiny moderní chirurgie jsou nerozlučně spjaty s dějinami anesteziologie, bez ní by se nemohla chirurgie rozvíjet. Hledaly se proto látky, které by požadavek účinné narkózy splňovaly. K takovým objevům přispěl rozvoj chemie koncem 18. a začátkem 19. století.

V té době byl dvacetiletým Humphry Davym objeven účinek oxidu dusného. Vyzkoušel ho na sobě a svých přátelích a zjistil, že se po jeho vdechování dostávali do stavu veselosti a bezstarostnosti. Nazval ho proto „rajský plyn“. Teprve počátkem 20. století se začala používat narkóza rajským plynem. S obdobnou historií se setkáváme i u éteru.

Éter byl dočasně vytlačen chloroformem, protože se předpokládalo, že nemá vedlejší účinky jako éter. Historie sice dokázala, že jde o omyl, ale to už byla objevena další látka vhodná pro použití při „chloroformových dýcháních“. Tak je vlastně historie „čičačů“ (snifferů) prchavých látek spjata s historií narkózy.

## 2.12 Produkce a dovoz drog do ČR jako státu Evropské unie

Vzhledem k tomu, že se Česká republika stala v nedávné době členskou zemí Evropské unie, je třeba zmínit některá fakta o nelegální výrobě a obchodu s drogami v rámci unie.

- ❖ Většina heroinu, až sedmdesát pět procent světové produkce, pochází z jihozápadní Asie, z tzv. „Zlatého trojúhelníku“ tvořeného Barmou, Laosem a Thajskem, odkud se přes Rusko nebo Balkánskou cestou přepravuje do České republiky, podobně jako do jiných zemí Evropské unie.
- ❖ Druhým nejvýznamnějším producentem jsou země „Zlatého půlměsíce“, tj. Afghanistan, Pákistán, Irán, Tadžikistán, Kazachstán, Kyrgistán, Turkmenistán. Kontrolu nad obchodem si udržují albánské a turecké kriminální pašerácké gangy.
- ❖ Kokain se do České republiky pašuje v menším měřítku. Do států Evropské unie je kriminální živly dostávají převážně lodní nákladní dopravou z jihoamerických států, hlavně z Kolumbie a z Peru.
- ❖ Kanabisové produkty se naopak pašují v ohromném množství (stotunové náklady) a to především z Pákistánu, Maroka (75 000 hektarů polí konopí), z Nigérie (významné pašerácké centrum), z Thajska. Rozsáhlé plantáže konopí jsou na Sinajském poloostrově a v Zimbabwe.
- ❖ Amfetaminy (zvláště pervitin) a jiné stimulační látky produkují nelegální laboratoře přímo v České republice a do některých zemí unie je vyvážejí (např. Německo). Do Evropské unie přicházejí amfetaminy ve větším měřítku ze Skandinávských zemí nebo z východní Evropy. (Zášková, 2004, str. 61)

## **Abúzus v Evropské unii**

S nejužívanější drogou – marihuanou – přišlo do styku osm procent celé populace a dvacet procent mladistvých Evropské unie. Druhé místo patří amfetaminům a jejich derivátům (čtyři procenta populace a deset procent mladistvých). Mládež také zneužívá těkavé látky, u dospělých se na předních místech udržují anxiolytika často v kombinaci s alkoholem.

Nejčastější přenosnou nemocí v unii je hepatitis, méně AIDS, počty úmrtí jsou již delší dobu stabilní.

Legislativa států EU k drogovým deliktům (Příloha č. 7)



### 3. Drogy zneužívané v současnosti

Žebříček návykových látek takto seřadili experti ze Světové zdravotnické organizace. Posléze můžeme zjistit, že závislost např. na práci, internetu, patologickém hráčství ani nestřídmém požívání projímadel není závislostí v pravém slova smyslu. Nelze však popřít, že uvedené druhy návykového chování mají se závislostí určité společné rysy.

*Žebříček látek vyvolávající závislosti:* (Nešpor, 2000, s. 15)

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech (např. heroin)

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách (tlumivých lécích)

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulacích, včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech (např. MDMA čili ecstasy)

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Na místo před desetinou tečku se doplňuje příslušná návyková látka, proto jsou jednotlivé druhy závislostí kódovány takto. Číslo dva vyjadřuje - syndrom závislosti.

Látky, které mohou vyvolávat závislost, jsou v Mezinárodní klasifikaci nemocí víc méně výslovně vyjmenovány. Když bude někdo škodlivě užívat jiné látky, které na psychiku přímo nepůsobí, v tom případě by se mělo ještě uvažovat o této diagnostické kategorii.

*Abúzus látek nevyvolávající závislosti:* (Nešpor, 2000, s. 33)

Antidepresiva

Laxantiva (projímadla)

Analgetika (léky proti bolestem, pokud se nejedná o tlumivé léky)

Antacida (léky proti překyselení žaludku)

Vitaminy

Steroidy nebo jiné hormony

Přírodní nebo lidové preparáty

Jiné látky nevyvolávající závislost (např. diuretika – močopudné léky)

Zdravotní nebezpečnost zneužívání různých látek se liší. Nebezpečnost používání steroidů je podstatně vyšší, než kdyby docházelo ke zneužívání meduňky lékařské. Látka, která by se nedala zneužívat, prakticky neexistuje. Doc. Vinař dokonce popsal závislost na placebo, tedy látce farmakologicky naprosto neúčinné. Teď už víme, že se nemohlo jednat o závislost, ale abúzus látky nevyvolávající závislost.

### 3.1 Alkohol

Alkohol je sloučenina získaná kvašením cukru. Chemická látka, kterou lidé pijí, je etylalkohol, složený z uhlíku, vodíku a kyslíku. Deprimovanější typy se uchylují k metylalkoholu, který se normálně používá jako rozpouštědlo na odstraňování starých nátěrů a jako nemrznoucí směs. Methan v metylalkoholu poškozuje zrak – někdy úplně a trvale.

Etylalkohol je tím intoxikujícím prvkem v pivu, ve vínu, v lihovinách, likérech, jež tak vydatně konzumujeme.

#### 3.1.1 Vstřebávání alkoholu

Stupeň opilosti jedince záleží na koncentraci alkoholu v krvi. Střízlivost se vrací, když se alkohol rozloží. Z toho plyne, že se lidé více opijí, když dosáhnou rychle vyšších koncentrací.

Vstřebávání alkoholu, které začíná v žaludku a ve střevech a pokračuje, když krev prochází z vnitřních orgánů přes játra do celého oběhového systému, nezačíná u každého stejně. Po vypití stejného množství alkoholu vykazují ženy vyšší koncentrace než stejně velcí muži. Je to tím, že mají menší množství tělesných tekutin ke zředění alkoholu. Také se dnes má za to, že ženy nejsou fyzicky vybaveny tak jako muži, u kterých se část alkoholu rozloží již v žaludku, než putuje dále.

Jsou ještě jiné faktory ovlivňující, jak moc se opijeme určitou dávkou. Vstřebávání alkoholu zpomaluje jídlo, hlavně sacharidy jako chléb a brambory. Ale zatímco opilost se může zpomalit nebo zrychlit, vystřízlivění postupuje stálým,



neměnným tempem. Jistou zásluhu na udržení střizlivosti má káva, ale nezlepší koordinaci nebo soudnost.

### *3.1.2 Zdravotní důsledky*

Není třeba zdůrazňovat, že většina lidí pití docela dobře zvládá a nijak zvlášť sobě ani druhým neubližuje. To ilustruje poměrně zralý přístup k droze. Ale když chybujeme, následky na zdraví mohou být ničivé.

#### *Kocovina*

Diskutuje se o vlivu vedlejších produktů kvašení na typické příznaky: bušení v hlavě, nevolnost, slabost. Problémy však způsobuje také dehydratace, protože alkohol je silné diuretikum. Chceme-li se zbavit kocoviny, nejlepší je nedráždit žaludek dalším pitím. Často pomůže i půllitr vody – teplé či studené – nebo čaj.

#### *Alkohol s ostatními drogami*

Doktoři varují před užíváním alkoholu s většinou dalších látek tlumící centrální nervový systém, jako jsou barbituráty, trankvilizéry a opiáty, protože účinek jedné drogy je zesílen druhou drogou. Zvláště nebezpečný může být alkohol užitý s heroinem. Alkohol nepříznivě reaguje také s drogami MAOI a s antihistaminiky. (Tyler, 2000, s. 34)

#### *Tělesná teplota*

Alkohol rozšiřuje povrchové cévy, což vede ke snížení tělesné teploty. Někomu, kdo opilý zůstane ležet venku za chladné noci, se to může stát osudné. Opilí bezdomovci jsou zvláště zranitelní. Starší lidé, kteří pijí, mají také větší sklony k podchlazení.

### *3.1.3 Dlouhodobé intenzivní pití*

Pokud jde o dlouhodobé účinky, alkohol se spojuje s četnými onemocněními, a to jako jejich skutečná příčina nebo komplikující faktor. Odhady počtu předčasných úmrtí



způsobených alkoholem se velmi liší. To zahrnuje úmrtí na demenci, předávkování, nemoci srdce a jater, rakoviny, sebevraždy a dopravní nehody.

- *Problémy výživy a trávení* mohou být první známkou onemocnění z dlouhodobého pití. I když alkoholické nápoje obsahují malé množství železa a magnesia, jejich zásadní vlastností jsou, podobně jako u cukrů, prázdné kalorie. Alkohol také může způsobit, že tělo přestane využívat vitaminy – zvláště tiamin a všechny vitaminy řady B a vitamin C. Konzumován k jídlu alkohol přispěje k pocitu únavy. Konzumován místo jídla, což je způsob mnoha opravdových pijanů, způsobuje podvýživu. Pak může následovat celková ztráta chuti, zánět žaludeční stěny (gastritis) nebo nedostatečné vstřebávání živin ze střev. Běžným varujícím znakem poškození zažívacího traktu je zvracení, nevolnost, nechutenství a průjem. Gastritida se vždy rychle vyléčí, když žaludek není vystaven dráždivým účinkům dalšího pití.
- *Vředy*. I když nelze s určitostí dokázat, že vředy stěn trávicího systému (duodenální a žaludeční) vznikají nemírným pitím, jasně s pitím souvisí. Vředy mohou prasknout nebo krváčet a vyžadují rychlou operaci, kterou problémový pijan ve špatném stavu těžce snáší. Jestliže pítí, stejně jako kouření, pokračuje, šance na vyhojení se silně snižuje.
- *Zánět slinivky*. Slinivka břišní je uložena v horní části břišní dutiny a je zdrojem enzymů nezbytných pro trávení. Také je spojena se vznikem buněk, které produkují inzulin, hormon, který kontroluje množství cukru v těle. Zánět slinivky mívá mnoho příčin (infekce a užívání některých léků, jako jsou steroidy a tiazidová diuretika), velká spotřeba alkoholu je jedna z nich. Hlavní příznaky jsou zvracení a bolesti v břiše, a pokud se nepřestane s pitím, člověk se nedožije mnoha let.
- *Nemoci jater*. Játra trápí dlouhodobým pitím nejvíc. Poškození jsou tři druhy: ztučnění jater, alkoholická hepatitida a cirhóza. První z nich znamená, že játra zbytní, protože alkohol je zbavil schopnosti zpracovávat tuky. Alkoholická hepatitida je vážnější. Játra se zvětší, jsou bolestivá na dotek a nemocný pociťuje řadu příznaků včetně nechutenství, teploty, únavy a bolestí v pravé části břicha. Cirhóza, nejznámější následek intenzivního dlouhodobého pití, se obvykle vyvíjí 10 až 15 let. Je to progresivní a víceméně smrtelná choroba, při které se v důsledku změny obsahu tuku v játrech ničí buňky. Alkohol není jedinou příčinou cirhózy

jater. Někteří vědci tvrdí, že ji může způsobit podvýživa, a poukazují na vysoký výskyt cirhózy mezi válečnými zajatci. Ženy mají s cirhózou větší problémy, protože jsou k ní náchylnější a jejich naděje na přežití je také menší.

- *Mozek.* Výzkum na žijících alkoholících a posmrtné zkoumání jejich mozkové tkáně naznačuje, že se tento orgán s léty neskromného pití zmenšuje. Výsledkem je snížení intelektu: selhávající paměť, zpomalené myšlení, stereotypní konverzace. Pokud se nezajde příliš daleko a pokud se přestane s pitím včas, proces se může sám od sebe zvrátit.
- *Rakovina.* I když se o problému v lékařských kruzích stále diskutuje, existují důkazy o tom, že vysoký příjem alkoholu mírně zvyšuje riziko některých druhů rakoviny. Nej náchylnější orgány jsou jazyk, ústa, hrdlo a hlasivky, játra, prsa.
- *Nemoci srdce.* Silné pití nedělá srdci dobře, ale střídme pití může být lepší než úplná abstinence. Pokud jde o intenzivní pití, oslabuje srdeční činnost a může způsobit i to, co je známé jako kongestivní srdeční selhání, charakteristické zkráceným dechem, otékáním kotníků a zmodralými prsty na rukou a nohou.
- *Zánět periferních nervů.* Toto je další důležitá tělesná porucha způsobená intenzivním pitím, stav, ve kterém alkoholici pletou nohama a padají na zem. Zánět postihuje hlavně prsty na nohou, chodidla, prsty na rukou a ruce. Začíná to pálením a přejde do znecitlivění. Léčí se odpočinkem a vitamínem B.
- *Náhlá úmrtí.* Stejně jako ostatní drogy, tisíce centrální nervovou soustavu, i extrémní množství rychle vypitého alkoholu může zabít. Neexistuje množství, na které byste mohli ukázat prstem a říci: toto je smrtelné množství. Záleží spíše na konstituci a na odolnosti vůči alkoholu. Nicméně jakékoliv množství větší než jedna láhev při jednom posezení může způsobit smrt.

#### 3.1.4 Alkoholismus

Alkohol má účinky stejné jako kterákoliv jiná droga ovlivňující psychiku. Uživatelé se k němu uchylují příliš často, takže si vypěstují toleranci na určitou dávku. Jestliže tato náchylnost není pod kontrolou, mají tendenci dávku zvyšovat, čímž se posiluje jejich závislost a oslabuje mysl a tělo. Dosáhnout bodu, kdy být bez drogy znamená utrpení. Tento stav můžeme nazvat závislostí nebo návykem, ale v případě



alkoholu se mu častěji říká alkoholismus. Od 60. let se o alkoholu často uvažuje jako o nemoci, která může být definována lékařskými termíny, a je jako nemoc léčen.

Představa nemoci byla reakcí na starší představu o silných pijácích jako o špatných lidech, ale tato nová představa už také vychází z módy. Dnes se tvrdí, že „nemoc“ je stabilní pojem, nepřátelský faktor stravující pasivní oběť. Alkoholismus ve skutečnosti dovoluje uživateli disponovat aktivními psychickými a tělesnými schopnostmi, které se u každého jednotlivce liší a které uživatel může ovládat. Spornější je už dnešní zdůrazňování, že úplná abstinence asi není pro některé chronické pijany realistický cíl a že by bylo lepší snížit a zpravidelnit dávku. To připomíná podobné úvahy týkající se ostatních drog.

### 3.1.5 Abstinenční syndrom

Jakmile se člověk stane na alkoholu fyzicky závislý, problémy způsobené náhlým odnětím drogy jsou stejně kruté jako u jiných drog. Jsou téměř stejné jako při náhlém odnětí barbiturátů, včetně svalových křečí, halucinací a deliria.

První příznaky se mohou vyskytnout pár hodin po posledním napitím – typický je **ranní třes**.

Napití tento stav zklidní. Jestliže není co pít, alkoholik se stává čím dál tím nervóznější, neschopný udržet hrnek nebo zavázat tkaničku. Asi čtvrtina pijáků zmítaných třesem trpí doprovodnými **halucinacemi**. Halucinace se většinou hodně mění a projevují se pokrivenými tvary, pohyblivými stíny, útržky hudby nebo výkřiky.

Ještě děsivější je stav zvaný **delirium tremens**. Lékaři říkají, že se jedná o jeden z nejdramatičtějších stavů v celé medicíně. Příznaky jsou úplně rozvinuté. Přichází velký neklid a vzrušení. V nemocničním pokoji musí pacienta, jinak slabého, krotit dva lidé nebo i více lidí, než ho dostanou do postele. Není nikdy klidný, bez ustání sebou hází a otáčí se, stále si pro sebe něco brblá, obrací se od jednoho k druhému, skáče od tématu k tématu a pořád vykřikuje pozdravy a varování na vzdálené kolemjdoucí. Jeho ruce se viditelně třesou a svírají povlečení. Neustále se snaží z něho setrást imaginární předměty, třpytivé stříbrné mince, hořící cigarety nebo štenice. Je obětí měnících se zrakových halucinací a chrání si obličej pře hrozivými nebo útočícími předměty, zvířaty nebo lidmi. Je úplně dezorientován. Nemusí vědět, kde je, kolik je hodin, jaké je datum.



Při volném průběhu obvykle trvají deliria tremens tři až čtyři dny, léky mohou utrpení zmírnit. Největší nebezpečí je, když se přidají jiné nemoci nebo křeče. Pokud nejsou ošetřeny, mohou se stát osudnými. Další často registrované příčiny smrti při deliriu tremens jsou kritické snížení hladiny cukru v krvi, neustupující horečka a šok. (Tyler, 2000, s. 38)

### 3.1.6 *Pomoc a svépomoc*

Špatné návyky v pití se odvíjí z nebezpečné spirály. Mohou mít kořeny ve společenském rituálu, který se vymkl z rukou, nebo v bolesti. Mohou vzejít z biologických predispozic nebo z příkladu kamarádů a rodičů. Dobré návyky se získávají porozuměním – porozuměním, co alkohol je a jaké dobro a zlo může způsobit. Dobré návyky také vyrůstají ze sebeuvědomění a z odhodlání utkat se s problémy a zdravě je řešit.

Odborná pomoc není zárukou úspěchu pro vypořádání se s problémem pití. Mnoho lidí se rozhodne pomoci si sám a velmi dobře se jim to daří. Tady je několik rad.

- Už jste možná několikrát zkoušeli přestat a nepodařilo se vám to. To neznamená, že se vám to nepodaří tentokrát. Okolnosti nezůstávají stejné, vy sami také ne.
- Rozhodněte se, zda chcete pití omezit, nebo s ním úplně přestat.
- Vyjasněte si důvod, proč chcete změnu (tj. zlepšit si zdraví, přátele a rodina budou šťastnější). Můžete si je napsat na papír a ve chvílích slabosti se na ně podívat
- Nepřibližuj se k oblíbeným místům, lidem a situacím, které se mohou stát příčinou recidivy, nebo si nacvičte, jak takové situace zvládnete.
- Možná budete potřebovat pomoc při abstinčních příznacích, zvláště když nemáte nikoho, kdo by se o vás dobře postaral, nebo když jste už předtím měli vážné abstinční příznaky, jako záchvaty, halucinace a křeče.
- Raději omezujte pití postupně než naráz. Nejhorší příznaky – neklid, třes, nespavost – přicházejí v prvních dvou dnech a většinou pominou po týdnu. Nevynechávejte jídla, pijte spoustu ovocných džusů a vody. Dávejte si teplé koupele, chodte na procházky, odpočívejte s hudbou, zaměstnávejte se domácími pracemi. Spánek bude

neklidný, ale upraví se do normálu asi za měsíc. Abstinence je jen začátek cesty k uzdravení.

### *3.1.7 Odborná pomoc*

Existuje řada stálých služeb, na které se lze obrátit, financovaných státními úřady. Také existuje důležitá oblast dobrovolníků, která se ale, stejně jako v nealkoholové drogové oblasti, stále potýká s nedostatkem peněz. Existují různá centra, která jsou obvykle zřízena při psychiatrických odděleních větších nemocnic – poskytují detoxikační programy. Některé též nabízejí podpůrné aktivity, poradenství a následnou terapii. Jiná své pacienty po detoxikaci propouští špatně vybavených čelit recidivě a bez představy, kde najít další pomoc. U nás jsou nejobvyklejší AT ordinace.

Sdružení anonymních alkoholiků je svépomocná skupina, finančně soběstačná, která organizuje malé místní skupiny, scházející se jednou týdně nebo častěji. Pracují na principu „12 kroků k vyléčení“. Používají množství meditací a neotřesitelnou víru, že alkoholismus je spíše „nemoc“ než pouhá slabost a že jediný lék je abstinence.

### *3.1.8 Chronické zneužívání alkoholu – rozdělení podle Jellinka*

*Kanadský alkohololog Jellinek zavedl rozdělení alkoholismu na čtyři fáze:*

**Počáteční fáze alkoholismu** se projevuje tím, že požívání alkoholu má společenský motiv. Pití přináší úlevu, euforii, schopnost společenských kontaktů. Jedinec požívá alkohol především pro chuť a přívod tekutin. Zpočátku je pití jen příležitostné, ale stále více je častější a pravidelnější. Obvykle se pije v menších dávkách, takže opilost je spíše vzácností, bývá jen opojenost, která zbavuje člověka nepříjemností, dává mu zapomenout na starosti. V tomto období se vytváří psychická závislost, zvyšuje se tolerance.

**Prodromální (varovná) fáze alkoholismu.** V tomto období se začíná stále výrazněji projevovat vazba na alkohol jako drogu. Vzniká pocit potřeby alkoholu bez ohledu na formu a druh alkoholického nápoje. Opilost se stává běžným průvodním jevem a někdy se již objevují „okénka“. Je zachována kritičnost a není dosud vytvořen



systém složitých zdůvodnění požívání alkoholu. Je plně rozvinutá psychická závislost a začíná se vytvářet závislost somatická. Nadále se zvyšuje tolerance

**Kruciální (rozhodující) fáze alkoholismu.** Dochází ke ztrátě kontroly, alkoholik své pití racionalizuje, hledá pro ně vysvětlení, ovšem mimo sebe. Vytváří se složitý systém alibismu, který mu dovoluje v pití pokračovat. Jeho pití mu způsobuje řadu společenských potíží. Je vytvořena jak psychická, tak somatická závislost. Tolerance se sice z počátku ještě zvyšuje, ale postupně dochází k jejímu snižování. Vzhledem k silně vytvořené somatické závislosti se po vynechání alkoholu dostavují abstinенční příznaky nebo abstinенční syndrom. V tomto období se alkohol pro závislého jedince stává stále větším problémem a může mu přinášet i nepříjemnosti a závažné společenské následky. Úplná abstinence je pro něho snazší než pití s mírou. Alkoholik již nestačí na zvládnutí své závislosti sám a potřebuje medicínskou pomoc, ať již ve formě ambulantní či ústavní léčby. Bez účinné pomoci se jedinec v tomto období dostává i k trestné činnosti. Často se opíjí, vynechává práci, v rodině má konflikty, peníze propíjí, neplatí výživné, půjčené peníze nevrací.

**Terminální (konečná) fáze alkoholismu** se vyznačuje soustavným požíváním alkoholických nápojů v kteroukoli denní dobu. Snižuje se výrazně kritičnost, alkoholik pije jakékoli alkoholické nápoje, jen aby uspokojil svou potřebu drogy. Tělesně i psychicky chátrá, objevují se různé psychické poruchy, někdy velmi závažné, mění se osobnost alkoholika, dochází k jeho deprivaci. Někdy se hovoří o alkoholické charakteroterapii. Tolerance na alkohol se výrazně snižuje, k pití postačí jen malé dávky alkoholu. Opilosti jsou dlouhodobé, alkoholik jen „přiživuje“ svou dlouhodobou podnapilost. V současnosti se třetí a čtvrté stadium shrnuje pod pojem závislost na alkoholu.

V terminální fázi se můžeme u některých alkoholiků setkat s různými psychickými poruchami. Mezi nejčastější patří narušení osobnosti alkoholika. Hovoří se o deprivaci osobnosti. Snižuje se kritičnost jak k požívání alkoholu, tak k veškeré činnosti, jsou poruchy v oblasti etických a morálních norem, snižují se zábrany k protispoločenskému jednání. Alkoholik je snadno vznětlivý, nedůtklivý, vztahovačný, časté jsou záchvaty žárlivosti. Zanedbává své povinnosti vůči rodině, zaměstnavateli a společnosti vůbec.

Jiným poměrně častým psychickým onemocněním u závislých alkoholiků je delirium tremens (viz výše). (Janík, Dušek, 1990)

*Jellinek rozdělil alkoholismus kromě čtyř fází také na jednotlivé typy, protože při studiu v různých etnických oblastech zjistil velké odlišnosti:*

**Alkoholismus gama** – anglosaský typ alkoholismu, který je charakterizován zvýšenou tolerancí a ztrátou kontroly, ale schopností abstinovat. Vyskytuje se z velké části u našich alkoholiků.

**Alkoholismus delta** – románský typ vyznačující se tím, že není ztráta kontroly, ale také není schopnost abstinovat. U tohoto typu je výrazně vytvořena somatická závislost, a proto při abstinování jsou často bouřlivé abstinenční příznaky. Tento typ alkoholika nebývá nadměrně opilý, ale také ne střizlivý. Vyskytuje se v zemích s velkou spotřebou vína (Francie, Itálie).

**Alkoholismus epsilon** – totožný s alkoholismem označovaným jako dipsomanie – kvartální pijáctví. K nadměrnému pití dochází pravidelně v určitých obdobích, obvykle ne jaře a na podzim nebo naopak v létě a v zimě. Většinou je spojen s jinou psychickou poruchou (maniodepresivita, progresivní paralýza).

**Alkoholismus alfa** – nedisciplinované pití, které může způsobit jedinci společenské potíže, ale nedochází ke vzniku závislosti. Jde o jednorázové nebo opakující se excesy v pití.

**Alkoholismus beta** – nevytváří se ani psychická, ani somatická závislost, ale dochází k některým somatickým komplikacím (záněty trávicího ústrojí, vředová choroba, záněty nervů, poškození jater).

(Janík, Dušek, 1990)

### 3.1.9 Příčiny požívání a zneužívání alkoholu

Alkoholické nápoje se pijí často jako doplněk jídla a v některých zemích jde o ustálený zvyk, např. v jihoevropských státech je běžné pít k jídlu víno, ve střední Evropě pivo, ve východní Evropě destiláty. Alkoholické nápoje doprovázejí různé společenské zvyklosti a setkání, jindy je alkohol vědomě vyhledáván jako droga.



Přechod od požívání alkoholu k jeho zneužívání je často pozvolný, nenápadný. Rozlišujeme sociální, společenské příčiny alkoholismu a příčiny individuální.

Ze společenských příčin můžeme jmenovat především nedostatečnou připravenost lidí i institucí na správné využívání volného času. Volný čas je tráven v hostincích a doprovázen konzumací alkoholu, což se stává zvlášť v posledních letech závažným problémem u mladých lidí. Jednou z příčin může být nejen hospodářská nejistota, ale i hojnost, kdy dochází ke „konzumaci“ života.

Mezi individuální příčiny patří důsledky nepříznivého rodinného života, nepříznivých zážitků jak aktuálních, tak zážitků z dětství, výskyt zneužívání alkoholu u nejbližších rodinných příslušníků. Častěji se setkáváme s pitím alkoholu u jedinců z rodin alkoholiků. Další příčinou může být individuální zkušenost, že některé nepříjemné psychické stavy se zlepší malou dávkou alkoholu – při úzkosti, nezdarech, napětí, mimořádných životních událostech, kdy alkohol je pokládán za jakousi oporu. Nezřídka se setkáváme ve filmech, televizi, že filmoví hrdinové řeší své problémy alkoholem, to je pochopitelně příkladem pro širokou veřejnost.

### 3.2 Heroin a jiné opiáty

Heroin je jedna ze skupiny drog, které jsou známy jako narkotická analgetika, přičemž slovo narkotikum pochází z řeckého slova *nercotikos*, což znamená znecitlivění, a slovo analgetikum z řeckého slova znamenající bezbolestný. Heroin patří do skupiny narkotických analgetik známých jako opiáty. Nazývají se tak proto, že se všechny vyrábějí z máku setého. Nejznámější výtažek z máku je **opium**, které vytéká z makovice jako šťáva mléčné barvy. Po několika dnech, když korunní plátky opadají, se makovice nařeže. Šťáva odkapává a následující den, kdy se změní v lepkavou hmotu hnědé barvy, je seškrabána a suší se na stinném místě, kde ztmavne a ztuhne. Jakmile ztuhne, je vytvarována do cihlíček a připravena pro konzumenty. Chceme-li z této surové hmoty získat opium pro kouření, je třeba ji opakovaně vařit a prosívat, dokud se nezbavíme všech příměsí a na dně nezůstane černá lepkavá hmota. Tato hmota se pak vysuší a kouří se. Opium k lékařským účelům se podává v tabletách nebo injekčně. (Tyler, 2000, s. 130)

## *Morfin*

Ve skupině opiátů je více než deset alkaloidů, ale jen několik z nich se dá využívat v lékařství a ještě méně z nich si oblíbili příležitostní narkomani. Základní látkou, která se využívá jak v lékařství, tak jako občasná droga, je morfin. Tato droga je desetkrát účinnější než opium.

Morfin je opiát utišující bolest, s kterým se srovnávají všechny ostatní látky na zmírnění bolesti, i když mezi jeho nežádoucí účinky patří, že vyvolává žaludeční nevolnost a zvracení. Ve farmacii se používá ve formě tablet, čípků, chlorovodíkového roztoku a ampulí pro nitrožilní podávání. Může mít také podobu tablet nebo prášku pašovaných z Indie, která dodává většinu zákonem povolených opiátů, po nichž je poptávka ze strany světových farmakologických společností. Dalším důležitým výrobcem máku pro zákonné využití je Tasmanie.

Koncem 19. Století byl chemicky získán mnohonásobně účinnější syntetický heroin, ale také s výraznější toxicitou. Brzy nato se vynořil nový medicínský problém – závislost, která patří vůbec k nejtěžším. Vzniká poměrně snadno, odhaduje se, že u člověka může už sedm dávek vyvolat závislost. (Záškodná, 2004, s. 13)

## *Kodein*

Dalším alkaloidem opia je kodein, který se využívá k tlumení kašle a mírnění bolestí. Vzhledem k tomu, že je zhruba šestkrát slabší než morfin a jeho cena je nízká, na ulici si ho narkomani kupují jako východisko z nouze. Můžeme se s ním setkat v bezpočtu směsí, které se normálně podávají, ve směsi s aspirinem, efedrinem a s jinými látkami. V čisté formě se objevuje jako tableta, sirup a ampule. Užívá-li se dlouhodobě, způsobuje zácpu.

## *Heroin*

Heroin je opium upravené laboratorně. Vyrábí se vařením stejných dílů morfinu a acetylanhydridu, bezbarvé těžké kapaliny, která se používá při výrobě umělých vláken a celuloidového filmu. Směs obou látek vytváří bázi. K tomu, aby se získal heroin, prochází tato báze několika úpravami, při nichž se mísí s kyselinou chlorovodíkovou, strychninem, kofeinem a je sušena, prosívána i jinak zpracovávána podle požadované výsledné kvality. Ve své nejčistší podobě je droga třikrát až čtyřikrát silnější než



morfin. Lékařský heroin se vyskytuje ve formě tablety, sirupu a v ampulích s roztokem prášku.

Na ulici je k dostání převážně často opěvovaný „braun“. Tento heroin z ulice lze kouřit, ale nikoli aplikovat injekčně. Na ulici existuje pro heroin řada přezdívek: skeg, braun, kůň, háčko, hošík a šmak, u nás se užívá H (ejč), hero, herák. „Šmak je zkomolenina výrazu „schmeck“ z jidiš, znamená šňupnout si. (Tyler, 2000, 132)

### *Jiné opiáty*

Mezi jiné opiátové alkaloidy, které se klinicky využívají, patří papaverin, noskapin a thebain.

Ty se také využívají v různých směsích na tišení bolestí a kašle, na léčení průjmů, impotence a koliky při svalových anomáliích. O „narkotických“ účincích těchto látek se mluví málokdy.

#### *3.2.1 Synteticky vyrobené látky*

Heroin a jiné výše uvedené drogy spadají do kategorie opiátů proto, že jsou úplně nebo z velké části deriváty máku. Jiné drogy mají podobné účinky, ale jsou vyrobeny z jiných látek. Látky, které jsou blízké příbuzné s opiáty, jsou opiové alkaloidy. Pod tímto názvem se skrývají desítky látek, ale pouze šest z nich si našlo cestu k narkomanům. Jsou to tyto:

**Pethidin** – druh analgetika s krátkodobějším účinkem, které se vyrábí bez pomoci máku a které se vyskytuje v podobě tablet nebo ampule pro injekční použití. Někteří jeho uživatelé potvrdili halucinogenní účinky. Předepisuje se jako prostředek na utišení bolesti při porodu a po operacích. U nás je známý pod názvem Dolsin.

**Dextromoramid** – podle názorů zkušenějších z ulice jsou účinky této látky krátkodobé, „umělé“ a často vyvolávají pocity úplného vyčerpání.

**Dipipanon** – je tableta růžové barvy, lék se nazývá Diconal. V tabletě je příměs látky, která tlumí nevolnost. Látka tlumící nevolnost spolu se silným účinkem, který droga vyvolává při injekční aplikaci, způsobila, že se droga jednou stala hitem mezi narkomany beroucími tvrdé drogy.

**Dihydrokodein** – vyskytuje se ve formě tablet, ampulí a tinktury. Látka způsobuje urputnou zácpu, a jak sdělil jeden narkoman, je prý strašné si jí píchnout. Celé tělo po ní zrudne a začne svědit od hlavy až k patě, a člověk pak cítí, jakoby ho píchalo tisíc špendlíků a jehel.

**Pentazocin** – jednu dobu velice rozšířený prostředek na utišení bolesti s podobným účinkem jako morfin, od jehož předepisování se v současnosti upouští, neboť vyvolává nežádoucí napětí v srdeční krajině a má tendenci vyvolávat halucinace a poruchy myšlení.

**Buprenorfin** – podobně jako pentazocin má účinek jako opiátová látka i protilátka, což znamená, že může jednak nahradit jiné drogy probírané v této kapitole, ale pokud si ji vezme někdo, kdo je závislý na opiátech, může u něj vyvolat abstinenci příznaky.

**Metadon** – oficiální státní lék na léčení drogové závislosti na heroinu, který vyvolává nekonečnou polemiku. Lékařské kliniky a protidrogová centra ho předepisují jako náhradu za heroin pak se postupně snaží snižovat dávku až na nulu, cílem přitom je úplné odvyknutí. Tam, kde nelze dosáhnout úplné abstinence, může být závislý narkoman udržován na stále minimální dávce. (Tyler, 2000, s. 133)

### 3.2.2 Způsoby aplikace

Lze snadno vysledovat způsob, jak se narkoman stane závislý na heroinu. Začíná se šňupáním nebo kouřením, pak si narkoman dává injekce pod kůži, potom si píchá nitrožilně, a když má rozpíchány všechny drobné žíly, vrací se opět k píchání pod kůži. Neznamená to, že každý, kdo začne šňupat nebo kouřit, se stane závislý, aniž že se nemůže stát na droze závislý, i když si drogu nepíchá. Každý způsob aplikace může k závislosti vést.

#### *Šňupání*

Heroin se šnupe stejně jako kokain – rozdrtí se čepelkou nože na tvrdém povrchu, rozprostře se do řádek a pak se postupně vdechuje jednou a pak druhou nosní dírou. Tato metoda není mezi narkomany příliš oblíbená, protože heroin má hořkou příchut' a jsou v něm obsaženy příměsi.



### *Kouření*

Dávka se umístí do proužku staniolu a nahřeje se nad plamenem. Jakmile se heroin zahřeje, zčerná a stočí se jako had z toho pochází rčení „chytání draka“. Stoupající dým se nasaje nosními dírkami pomocí trubičky.

### *Píchání pod kůži*

Při tomto způsobu aplikace se droga píchá do tukové tkáně hned pod kůži. Lékařský výraz pro tento způsob aplikace zní subkutánní injekce. Nejbezpečnější místa pro tento způsob aplikace jsou zpravidla předloktí, stehna, hýždě a břicho.

### *Nitrožilní aplikace*

Droga se obvykle píchá do velkých svalů, do horní části paže, doprostřed stehna a do hýždí. Droga se nemá píchat do prsou. Při aplikaci do žíly se droga píchne na vnitřní předloktí. Je to nejefektivnější metoda, jak využít heroin beze zbytku, která rychle účinkuje. Opakované vpichy mohou způsobit, že jsou žíly zjizvené anebo trombotické (žmolkovité a rozpadají se), a pak se musí hledat jiné žíly na krku, zápěstích, chodidlech, pod kolenem atd. Poslední možnost spočívá v opětovném píchání pod kůži. Při hledání hlouběji uložených žil existuje vždy nebezpečí, že se zasáhne tepna, zvláště v oblasti třísel nebo žaludku. Pak může dojít k vážnému poškození, které má za následek amputaci končetiny nebo dokonce smrt.

### *Orální aplikace*

Tento způsob se používá jen zřídka, neboť droga, která se v zažívacím traktu rychle přemění na morfin, musí nejdříve, než se dostane do dalších částí organismu, projít játry. Jelikož však játra velmi účinně morfin rozkládají, velký podíl se do ostatních částí organismu nedostane.

### *3.2.3 Závislost a tolerance*

U drog existuje velmi výrazný okamžik, který vede k závislosti. Narkoman, který s drogou začíná, netrpí pravděpodobně zpočátku specifickou bolestí. Co je na heroinu zvláštní, je to, že bolest přichází brzy. Bolest je pravděpodobně protilátkou heroinu, a

naopak. Tato bolest se může rozvinout v mírné podobě již za tři nebo čtyři týdny. Pokud se droga bere po delší dobu a ve větších dávkách, nepříjemný pocit, který se dostaví při abstinenci, se ještě zvýší. Začínající narkoman se dostane na dobu čtyř až pěti hodin do rauše a po podání drogy nepocítuje žádnou bolest.

Fyzická abstinence není tak strašná, i když se tak z pohledu narkomana může jevit, a není ani v nejmenším fyzicky nebezpečná. Často bývá srovnávána se silným záchvatem střevní chřipky a této indispozici se dá čelit, pokud je k dispozici příjemné prostředí s dostatkem dobré výživy a odpočinku. Mnoho narkomanů abstinenci čelilo, a to mnohokrát. Důvody, proč opětovně upadli do závislosti, jsou různé. (Tyler, 2000, s. 145)

Z hlediska psychologického existují u uživatelů vlastní vrozené „vady“ charakteru a jiné se u nich zase vytvořily během získávání závislosti. Jedinec pravděpodobně cítí slabost, obavu, vinu, marnost, vlastní indispozici anebo ho sužují nepřipustné pohnutky. Heroin od těchto pocitů pomůže, jako kdybyste je zakryli pláštěnkou. Budete-li se ale snažit tuto pláštěnku strhnout a nebudete-li se zabývat tím, co je pod ní, je to, jako kdybyste sami přivolávali recidivu.

Na fyziologické úrovni existuje vztah mezi bolestí, blažeností, sexuální touhou a vlastní strukturou organismu, ve kterém se pohybují různé chemické látky. Bez ohledu na to, jak to vlastně je, prožívají bývalí narkomani po dobu mnoha let nepříjemné pocity. Cítí silnou touhu znovu se ke droze vrátit i při letmém shledání se známým narkomanem, nebo když uvidí povědomou tvář. Proto mají narkomani, kteří začínají nový život na novém místě, nesrovnatelně lepší pocit než ti, kteří jsou vystaveni působení narkomanů ze staré party.

#### *3.2.4 Zdravotní důsledky*

- **Účinky na lidský organismus**

Existuje málo důkazů o tom, že by heroin sám o sobě způsoboval vážné fyzické újmy na zdraví, a to i v případě, že se bere po celý život. Problémy jsou způsobeny nepravidelným užíváním, nečistými příměsemi, infekčními jehlami, společnostmi, se kterou se narkoman stýká, a obecným zhoršením zdravotního stavu způsobeným nepravidelnou a nedostatečnou stravou a nedostatkem odpočinku, což představuje život na drogách. Ti, kdo drogu pravidelně berou, trpí dýchavičností, silnou zácpou a neustále



vykašlávají hlen. Často také ztrácejí chuť k jídlu a sexuální touhu, a protože u nich existuje zvýšené riziko dýchacích problémů, trpí plicními onemocněními. Narkomani dostanou často zápal plic bez ohledu na to, zda drogu aplikují injekčně nebo jiným způsobem. Okolí se na postiženém všimá značného úbytku tělesné váhy, šedivé nebo žluté pleti a chronické rýmy.

- Jehla

Existují zdravotní rizika, která jsou společná všem, kdo si drogy aplikují injekčně. Jsou to poškození cév a záněty a infekce na místě vpichu. Napíchnutí tepny místo žíly může vést ve svých důsledcích k amputaci končetiny nebo k horším následkům. Tepny rozvádějí pod velkým tlakem krev směrem od srdce do nejvzdálenějších částí těla. Žíly přivádějí krev zpátky k srdci.

- HIV – AIDS

Používá-li více lidí injekční materiál, může mezi těmito osobami dojít k přenosu celé řady bakteriálních a virových infekcí. Nejvíce pozornosti se věnovalo nejobávanějšímu z nich – viru způsobující selhání imunitního systému. Jiné způsoby přenosu viru HIV jsou prostřednictvím spermatu, krví při menstruaci, vaginálními sekrety a mateřským mlékem.

U mnoha lidí, u kterých byl test na HIV pozitivní, se během nějakých 10 nebo 20 let neprojeví žádné zdravotní obtíže, některým ani nebylo nikdy špatně. Ale většina z těch, kteří byli označeni jako HIV pozitivní, nakonec podlehl typickým nemocím a nádorovým onemocněním. Patří k nim protozoické infekce, tuberkulóza, cytomegalovirus, opar prostý, zánět lymfatických uzlin, neurologické onemocnění jako demence a zhoubná rakovina.

- Hepatitida

Hepatitida, virové onemocnění, které zasahuje játra, se v okruhu narkomanů, kteří si píchají drogy, vyskytovala dříve než AIDS. Také se mnohem snadněji přenáší než vir HIV. Existují tři hlavní typy hepatitidy.

**Hepatitida typu A** spojována s nedostatečnou hygienou bývá často přenášena potravinami a vodou. Další dva druhy, o které zpravidla jde v případě narkomanů, kteří

si drogu píchají, jsou **hepatitida typu B a C**. Ačkoliv se oba tyto typy nejsnáze přenášejí krví, typ B se také nalézá ve spermatu, moči a slinách. To otvírá další možnosti přenosu, pomocí předmětů běžně se vyskytujících v domácnosti, jako jsou holící čepelky, neumyté nádobí, zubní kartáčky, ručníky apod.

### 3.2.5 Předávkování

Termín předávkování jednoduše znamená podání takového množství drogy, s jakým se organismus nedokáže vypořádat. Jakmile dojde k předávkování, začíná tělo reagovat různými způsoby, z nichž některé končí smrtí. Předávkování, které končí smrtí, probíhá od jedné až do dvanácti hodin. Začíná pomalým ztíženým nebo nepravidelným dýcháním. Žítnice se zmenší na velikost špendlíkové hlavičky, pleť zmodrá, poklesne výrazně krevní tlak, pak následuje kóma. Čisté antagonistické látky mohou okamžitě tyto příznaky napravit, ale protože vyvolají potenciálně nebezpečné abstinenci příznaky, měly by být vždy podávány pod lékařským dohledem. Smrt, pokud nastane, je obvykle následkem selhání dýchacího systému a komplikací v srdeční krajině.

Běžnou příčinou předávkování je přílišná obliba drogy narkomanem, který si není jistý dávkami. Další nebezpečná situace může nastat tam, kde vzhledem k delšímu období abstinence klesla tolerance na účinky drogy narušující systém. Jakmile je podána obvyklá vysoká dávka, tělo se s ní nedokáže vypořádat. Tento osud může postihnout zejména narkomany, kteří se léčili v nemocnici nebo byli ve vězení a po určité době se k drogám vracejí. Další nebezpečná situace může vzniknout, je-li droga čistší, než narkoman na ulici předpokládal. Z bezpečnostních důvodů není vhodné aby bral narkoman drogu sám a také ne na místě, kde by ho v případě nouze nenašli.

### 3.2.6 Náhlá úmrtí

Ještě dramatičtější případ, kterému se také říká předávkování, nastane, když narkoman zemře tak náhle, že má ještě v paži zapíchnutou stříkačku. Proč dochází k takovým úmrtím, není známo. Těla obětí nevykazují vždy vysoký obsah drogy, ani to



není vždy chyba příměsí. Někteří lékaři to přičítají šoku, jiní „akutní alergické reakci“.  
(Tyler, 2000, s. 151)

#### Plícní edém

Plícní edém představuje zvlášť strašlivou smrt. Oběť se víceméně zahltí tělesnými tekutinami, které prudce proniknou do plic. Plícní edém začíná selháním srdce, což způsobí, že jsou plícní tepny přeplněny krví. Jak tlak narůstá a srdce nemůže odpumpovat krev, je tekutina vytlačena z vlásečnice přímo do plic.

#### Udušení

K udušení dojde při ucpaní dýchacích cest zvratky, které by za normálních okolností byly vyvráceny. K této smrtelné komplikaci jsou zvlášť náchylní ti, kdo před podáním velké dávky drogy hodně pili.

### 3.3 Konopí

Produkty pocházejí ze zeleného keře rostliny s pilovitými listy a štíhlými stvoly. Dorůstá výšky od necelého metru do šesti metrů. Samčí rostlina produkuje pevná vlákna, ze kterých se dělají konopné oděvy a lana, samičí rostliny produkují lepkavě aromatickou pryskyřici. Většina pryskyřice je na vrcholu kvetoucí rostliny, menší množství se vyskytuje v listech. Tradičně se předpokládá, že všechny hašišové rostliny patří do skupiny rodu *Cannabis sativa*. Není to pravda. Botanici uvádějí, že *sativa* je jeden druh celého rodu a že existují ještě další dva – *Cannabis indica* a *Canabis ruderalis*. (Tyler, 2000, s. 256)

#### 3.3.1 Hašiš a marihuana

Domácí bylinkový trh zaznamenal velký boom uprostřed 90. let. Konopné produkty se nejčastěji objevují ve formě slepené pryskyřice ze severoafrických rostlin, která přicházejí v kostkách, špalcích, lepkavých koulích nebo práškových vločkách a je nazývána **hašiš**.

Další doma konzumovaný produkt z konopí se vyrábí ze sušených a nakrájených listů rostliny. Pěstuje se podomácku nebo se importuje z tak vzdálených oblastí, jako je

Západní Indie, Afrika, Thajsko a Jižní Amerika. Má mnoho názvů: ganga, ghanja, **marihuana**, tahák, rána, plevel, tráva, dope, keř, puff. (Tyler, 2000, s. 257)

Kanabis je obsažen v pryskyřici jednoleté dvoudomé rostliny, indickém konopí (*Canabis sativa*). Indické konopí, zdroj hašiše (4istá pryskyřice nebo sušené samičí květy s vysokou koncentrací THC) a marihuany (šedo-hnědozelené listy), je známé v Indii a Číně již pět tisíc let. Pěstuje se hlavně pro konopné vlákno a olejnatá semena, psychoaktivní omamné látky se vyrábějí z pryskyřice. Kanabisový typ závislosti je častý v Indii, Pákistánu a v Severní Africe. (Zášková, 2004, s. 16)

Marihuanová cigareta obsahuje listy a vrcholky konopí setého nebo indického. Množství účinné látky (zkráceně THC) v marihuanových cigaretách kolísá od 10 mg do zhruba 100 mg. THC je asi 4000krát účinnější než alkohol. (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1995, s. 20)

Hašiš se do těla dostává všemožnými způsoby. Je možno ho jíst jako sladkou nebo kyselou látku nebo pít v čaji nebo dalších nápojích. Hašiš kouří ti, kdo chtějí dosáhnout co nejúčinnějšího působení.

Hašiš i marihuana se také kouří v dýmkách. Jílovité „chillums“ s příměsemi se kouří v úctyhodných vodních dýmkách, které ochlazují a zjemňují dým propouštěním přes sloupec vody. Kuličky hašiše lze také balancovat na špičce hořící cigarety a hádek kouře inhalovat ústy nebo trubičkou od kuličkové tužky. Kuličky lze také zahřívat na fólii a kouř sát nebo se mohou sevřít mezi dva nože, kouř chytat do láhve a sát ho pak po velkých doušcích.

Na rozdíl od cigaretového kouře, kouř hašiše se nerozfukuje bezstarostně po místnosti. Vdechuje se hluboko do plic a tam se několik vteřin zadržuje. Obvykle to nováčkům působí záchvat kašle. Plíce se ale postupně naučí, jak si s kouřem poradit, a kuřáci – veteráni jsou dokonce schopni mluvit nezřetelným, šeptavým hlasem, zatímco zadržují kouř hluboko v plicích.



### 3.3.2 Účinky při kouření a při jídle

Kouření několika zrněk středně kvalitního konopí smíšeného s tabákem působí slaběji na mozek než polykání stejného množství. Při inhalaci nebude žádný kuřák čekat déle než asi deset minut, jestli pryskyřice nebo tráva něco nabídne. Počáteční pocity závisí na kvalitě konopí. Hašiš je obvykle mnohem víc umrtvující než tráva. Ta je lehčí a rychlejší – ačkoli existují i určité trávy, která jsou schopné přišpendlit narkomana k podlaze již po několika šluknutích. Častěji přicházejí pocity osvobození od zábran, snění, ostřejší vnímání zvuků, barev a tvarů. Hudba pravděpodobně zní daleko lépe než obvykle. Odhalují se skryté vrstvy a přichází impuls pronášet hlubokomyslné řeči, chechtat se, jíst obrovské množství potravin. Mladší méně zkušené kuřáci dokážou zavřít oči a prožít například živou halucinaci kreslených filmů. Silné rostliny mohou vyvolat škodlivé účinky podobné LSD dokonce s otevřenýma očima. Mohou také vyvolat představu houpání podlahy a příležitostně nutí k zvracení. Komunikace mezi kroužkem kuřáků je často bez zábran. Vyměňují si intimity – sexuální i duševní. Vyšší dávky nebo těžší směsi posléze paralyzují představivost i tělo a vedou k nechuti pohnout jediným údem.

Zatímco kouření produkuje většinou okamžitý účinek, snědený hašiš nebo marihuana může znamenat změnu až za 90 minut. Výsledek se dostavuje pokradmu, někdy je hlubší, než bys si narkoman přál. Kuřáci hašiše mají velmi jednoduchou možnost přestat šlukovat. Jedlíci hašiše ale mohou sníst mnoho, aniž by věděli, jestli mají pokračovat, nebo ne. Dávka v koláči, pudinku nebo čemkoli jiném může tak být nepříjemně veliká. Účinek se často popisuje jako více „tělesná zkušenost“. Spíše se podobá halucinacím typu LSD, kde předměty nabývají na rozměru a uhýbají. (Tyler, 2000, s.262)

### 3.3.3 Zdravotní důsledky

V uplynulých letech bylo provedeno mnoho důkladných výzkumů konopí a jeho vlivu na lidské zdraví. (Tyler, 2000, s. 265)

## *Toxicita*

Přerušované užívání nepříliš silného materiálu všeobecně neprodukuje jasné příznaky toxicity. Denní nebo častější užívání zvláště silných preparátů může způsobit „chronickou“ intoxikaci. Pak trvá celé týdny, než se organismus vyčistí při naprosté abstinenci.

## *Dýchací systém*

Kouř z konopí je horší, škodí plicím víc než kouř z cigaret. Možné následky jsou bronchitida a „po dostačující expozici“ rakovina plic.

## *Srdce*

Toxické účinky na srdeční sval nejsou velké, ale narkomani s možným rizikem srdečních onemocnění zatěžují tento orgán větší měrou než ostatní lidé s podobným rizikem.

## *Zažívací trakt*

Může působit zvracení, průjem a „tísňivé pocity v břiše“. Chronické užívání může způsobit, že je zažívací trakt více citlivý na infekce.

## *Imunitní systém*

Přirozená obranná schopnost organismu hraje hlavní roli proti infekcím a při prevenci růstu a rozšiřování maligních buněk. Existuje sugestivní, ale ne nezvratný důkaz, že konzumace konopí nebo THC může vyvolat dysfunkci imunitního systému.

## **Další problémy vyvolané užíváním**

- Konopí často oslabuje schopnost řídit vůz - dokonce i v malých dávkách. Evidence dopravních nehod zaviněných požitím konopí neexistuje.
- Spousta studií dokazuje poškození intelektu během marihuanového opojení. Poškozena je paměť, smysl pro čas, schopnost reakce, motorická koordinace. Změny paměti údajně trvají jenom několik hodin. Pro někoho se mohou stát déletrvajícím problémem s ukládáním nových informací do dlouhodobé paměti.



Poškození rozpoznávacích schopností závisí na dávce. Provedení některých inteligenčních úkolů se může dokonce zlepšovat po použití menší dávky.

- Nejzávažnější psychóza je vyvolaná konopím. Její symptomy přetrvávají až čtyři týdny, včetně zmatenosti a impulzivního chování. Postihuje hlavně těžké narkomany, kteří už mají narušenou osobnost.
- Odolnost na většinu účinků THC (hlavní látky ovlivňující náladu) se vyvíjejí podle skoro stejného vzorce jako u opia, nikotinu a alkoholu. Někdy nastupuje tzv. zvrtná tolerance, droga účinkuje snadněji na zkušeného narkomana, není třeba zvyšovat dávku. Narkoman reaguje ne na látku, spíš na prostředí a rituál.
- Ačkoli specifické zkušenosti jsou rozdílné, podle současné evidence obě závislosti – psychická i fyzická – se v ní vyskytují na stejně mírném stupni.
- Některé zprávy zmiňují o reakcích podobných jako u opia, alkoholu a sedativ. Jedná se o pocení, zvracení a svalové křeče. Jiné studie přiznávají pouze „podrogovou vzrušivost“.
- Rychle rostoucí adolescenti a starší lidé, kteří metabolizují drogu pomaleji, mohou být citlivější na její účinek. Někdy mohou být drogou aktivovány některé vedlejší příznaky duševní nemoci, nemoci srdce a epilepsie.

### 3.4 Trankvilizéry a barbituráty

Trankvilizéry jsou chemické sloučeniny benzodiazepiny, které známe pod jejich obchodními názvy jako Librium, Valium a Ativan. Důvody jejich lékařské indikace jsou dvojí – odstranit úzkost a pomoci pacientům trpícím nespavostí, aby se uvolnili a mohli usnout. Benzodiazepiny nejsou jediným druhem uklidňujících prostředků, ale v průběhu své existence se staly ze všech látek ovlivňujících psychiku nejznámější a nejčastěji se předepisují. (Tyler, 2000, s. 378)

K této skupině farmak se vážou dva různé pojmy: **hypnotika** a **sedativa**. Výrobci věří, že být pod hypnotiky zní méně tísnivě než být pod sedativy. Musíme rozlišovat mezi mírnými a silnými hypnotiky. Benzodiazepiny jsou definovány jako mírná hypnotika hlavně proto, že působí proti nemocem, které nejsou pokládány za mimořádně závažné. Silná hypnotika se užívají při léčbě závažných forem duševních

chorob, jako schizofrenie a mánie. V této skupině je důležitou sloučeninou chlorpromaziumchlorid, prodáváný pod obchodním názvem Largactil. Tyto látky se užívají ke zklidnění násilnických a hyperaktivních pacientů, údajně bez uspávacího účinku.

Nyní jsme si objasnili skupinu farmak z chemického hlediska jejich působení jako mírné uklidňující prostředky. Pokud se užívají na noc, definují se dále jako hypnotika.

Na tomto místě je uveden seznam běžně předepisovaných benzodiazepinů. Za generickým názvem jsou v závorce uvedeny obchodní názvy léků, z nichž většina je oficiálně dostupná pouze na lékařský předpis. (Tyler, 2000, s. 380)

### **Česká nomenklatura**

| <b>Název</b>                              | <b>Účinek</b> |
|-------------------------------------------|---------------|
| alprozepam (Xanax, Neurol)                | dlouhodobý    |
| bromazepam (Lexotanil)                    | dlouhodobý    |
| chlordiazepoxid (Defobin, Librium)        | dlouhodobý    |
| klobazam (Clobazam, Frisium)              | dlouhodobý    |
| klorezepat didraselný (Tranxen)           | dlouhodobý    |
| diazepam (Diazepam, Tensium, Valium)      | dlouhodobý    |
| klonazepam (Rivotril)                     | dlouhodobý    |
| flunitrazepam (Rohypnol)                  | dlouhodobý    |
| flurazepam (Staurodorm)                   | dlouhodobý    |
| lorazepam (Ativan, Tauor, Loraus)         | krátkodobý    |
| medazepam (Rudotel, Ansilan, Medazepam)   | dlouhodobý    |
| nitrazepam (Nitrazepam)                   | dlouhodobý    |
| triazolam (Halcion)                       | dlouhodobý    |
| oxazepam (Oxazepam)                       | krátkodobý    |
| temazepam (Temazepam, Normison, Levanxol) | krátkodobý    |



### 3.4.1 Počítky

Při nízkých až středních dávkách poskytují benzodiazepiny pocity uklidnění. Zmírňují úzkostné stavy a uvolňují svalové napětí. Dodávají kuráž jako pod vlivem alkoholu a u pouličních uživatelů způsobují někdy i pocit bezstarostné nezranitelnosti. Neustále se objevují informace o lidech, kteří se pod vlivem těchto prostředků zcela nesmyslně pokoušeli v obchodě ukrást nějakou velkou věc v domnění, že nikdo nevidí. Při vyšších dávkách nastupuje ospalost až otupělost, zakalení intelektuálních schopností, varovná chůze a snížená schopnost vykonávat mechanické úkoly (řídít motorové vozidlo). Paradoxně mohou rovněž odstraňovat zábrany, takže lidé jsou hovornější a předráždění, mají sklon k divokým a excentrickým změnám nálady a záchvatům paranoy. Alkohol tento účinek ještě zesílí, takže nezřídka dochází k agresivitě, která možná pramení z přesvědčení, že okolí „schválně nerozumí a považuje mě za blázna“. Součástí tohoto syndromu je zapomnětlivost. Následující den si člověk vůbec nepamatuje na své zvláštní chování během předchozího večera.

Při vyšších dávkách je nejjednodušší spát. Když se budete bránit spánku, mozkové vjemy budou čím dál zmatenější až do té doby, než dojde ke stuporu (plné ztrátě tělesné i duševní aktivity). Mírná kocovina po probuzení závisí na druhu pozitivního farmaka. Benzodiazepiny s dlouhodobým účinkem přetrvávají v krevním organismu, což se projevuje ztěžklými končetinami a otupělým myšlením. (Tyler, 2000, s. 381)

### 3.4.2 Tolerance

Tolerance na účinky benzodiazepinů odstraňovat úzkost a navozovat spánek se vyvíjejí poměrně snadno (3 až 14 dnů). To znamená, že k dosažení požadovaného účinku musí člověk neustále zvyšovat dávku. Bez tohoto zvyšování by tablety či tobolky pozbyly svůj psychoaktivní účinek. Dokonce i když je dávka zvyšována, je posléze dosaženo stropu, nad nímž už žádná příznivá odezva není možná. Existuje vysoký stupeň křížové tolerance mezi benzodiazepiny a jinými látkami tlumícími centrální nervovou soustavu. To znamená, že k opětovnému získání původní citlivosti na tyto léky musí být z léčebného režimu vypuštěny všechny ostatní tlumící látky na dobu několika týdnů. Naopak užívání látek tlumících centrální nervový systém spolu s benzodiazepiny celý efekt zvyšuje, občas se strašlivými následky.

### 3.4.3 Závislost

Říci o někom, že je závislý na lécích, můžeme tehdy, když se vyvinula tolerance na daný lék a pokud mu léky dojdou, nastupuje u uživatele abstinenci syndrom. Stupeň závislosti se odvíjí od množství a četnosti užívání a rovněž od fyzického a psychického rozpoložení jednotlivce. Každý, kdo dlouhodobě užívá léky, se na nich nemusí stát závislý. Záleží na tom, jak svůj zvyk zvládne.

#### ***Bolest způsobená závislostí a ukončením užívání***

Pocity prodělané během abstinence většiny psychofarmak jsou pravým opakem toho, kvůli čemu uživatel léky bere. Takže zatímco amfetaminová abstinence způsobuje celkové vyčerpání a depresi a konec dlouhodobého užívání heroínu způsobuje bolest, nedostatek diazepinů vyvolává nervozitu a nespavost.

Tyto příznaky se objevují již během pravidelného užívání. Je to proto, že dlouhodobí uživatelé zřídka najdou dávku, při které by se mohli fyzicky i emocionálně stabilizovat. Když užívat přestanou, pocity stresu, vyčerpání a úzkosti zesílí a často k tomu přistupují i některé nové příznaky.

Typická cesta od uklidnění k závislosti a následné abstinenci je následující.

*Pocítujete úzkost a obavy, možná nemůžete spát, tak začnete brát prášky, které vás okamžitě dají do pořádku. Protože zabraly tak zázračně, vytváří se již pevné psychické pouto. Všechno jde báječně, ale postupně se úzkost vrací, z malých problémů se stávají velké, ze strachu hrůzy. Zazvoní telefon a vy nemůžete popadnout dech a zpanikaříte. Pokusíte se s prášky přestat. Na ulici vás přepadne záchvat paniky, takže se začnete bát chodit sami ven, aby se to neopakovalo, tentokrát s mnohem horšími následky. Vaše pocity jsou nevysvětlitelné, zejména rodině a přátelům. Cítíte se vinní tím, že ostatní zatěžujete, a jste zesláblí a agorafobičtí*

Dlouhodobé užívání paradoxně vede k utlumení smyslů. Na okolní svět pohlížíte přes jakousi mlhu. Běžný emoční kontakt s přáteli a rodinou je ochromen. Tato nezúčastněnost často vede k zpretrhání všech vztahů.

#### ***Velké abstinenci symptomy*** (Tyler, 2000, s. 387)

Každý má svou individuální zkušenost, ale existují určité obecné znaky, které dlouhodobě přetrvávají.



- *Úzkost.* Úzkost zahrnuje paniku a agorafobii. Odborníci se domnívají, že užívání těchto léků snižuje schopnost lidí vyrovnat se stresovou situací. Pokud člověk přestane léky brát, cítí se v podstatě bezradný. Musí se znovu naučit stresové situace zvládat.
- *Deprese.* Užíváním benzodiazepinu může být způsobena nebo zhoršena deprese, která se rovněž stává jedním z rysů abstinenčního syndromu. Může být tak vážná, že je diagnostikována jako vážná depresivní porucha, proti které lékaři často chtějí předepisovat další léky.
- *Hučení v uších (tinnitus).* Projevuje se jako zvonění, pískání a jiné zvuky v uších. Objevuje se a zase mizí již v průběhu užívání léků a rovněž po skončení jejich užívání. Odborníci se domnívají, že je výsledkem toho, že nervová zakončení jsou nyní přecitlivělá na jakýkoliv druh senzorické stimulace. Tyto příznaky obvykle samovolně vymizí během několika málo týdnů.
- *Jehličky a špendlíky.* Lékařský termín je parastezie. Tento jev se může rozvinout do trýznivých pocitů, postihujících prsty, chodidla a nohy.

#### 3.4.4 Barbituráty

Barbituráty tvoří známou skupinu hypnotik a sedativ, dříve velmi používanou v medicíně. Ke zneužívání těchto léků došlo záhy po jejich zavedení do terapie. Staly se oblíbenými a módními v terapii, ale i ve zneužívání. V současné době sice odstoupily novějším lékům, ale jejich obliba přetrvávala tři čtvrtě století. Rozdělují se podle účinku na krátkodobě působící barbituráty, se středně dlouhým účinkem a dlouhodobě působící.

Vedle akutní otravy, která vzniká po větším množství požitých léků a se kterou jsme se dříve setkávali často u sebevražedných aktivit, dochází i k otravě chronické. Vzniká po dlouhodobém užívání a podobá se chronickému alkoholismu. Také závislost na barbiturátech a alkoholu jeví určitou podobnost. Dlouhodobé užívání barbiturátů se projevuje celkovou utlumeností, poruchou řeči, rovnováhy, celkovým tělesným chátráním. Psychické výkony se zhoršují, často se vyskytují deprese a nejsou vzácností sebevraždy. Postižený celkově upadá a společensky degraduje. Toxikoman někdy těžko

odhadne dávky a dojde k akutní otravě. Mnoho tzv. sebevražedných pokusů nebylo nic jiného než předávkování toxikomana.

(Tyler, 2000, s. 80)

Všechny barbituráty dosahují hypnosedativní účinky útlumem centrální nervové soustavy. Ale na rozdíl od opiátů, které také snižují aktivitu centrální nervové soustavy, neúčinkují proti bolesti. Mohou narkomanovi navodit ospalost, ale nedokážou ochromit receptory bolesti, jako to dokáže morfin a heroin.

Předávkování se ohlašuje slabým zrychleným pulsem, pocením a buď velmi pomalým, nebo naopak zrychleným dýcháním a lapáním po dechu. Na rozdíl od otravy opiáty na předávkování barbituráty není žádná silná protilátka, ale při rychlém ošetření v nemocnici s dobrým vybavením má pacient dost šancí na přežití.

### 3.5 Kokain

Kokain, alkaloid z listů trvale zeleného stromu Koky pravé, patří k velmi rozšířeným narkotickým prostředkům v Jižní Americe, kde jej v minulosti Indiáni používali k náboženským obřadům. (Záškodná, 2004, s. 15)

Kokain působí jako stimulans krátkodobě na celou nervovou soustavu a jako lokální anestetikum. Účinek je slabší než u amfetaminu, ten působí šestkrát až osmkrát déle.

Zdroj koky je rostlina *Erythroxylum coca*, která roste ve vlhkých tropických lesích na východních svazích And v Bolívii, Peru a Ekvádoru. Na kokain bohatá je taky koka *Erythroxylum novogranatense*, která se pěstuje v suchých horských oblastech Kolumbie podél Karibiku a v některých vyprahlých oblastech Peru. (Tyler, 2000, s. 112)

Kokain se zneužívá především pro své stimulační účinky na centrální nervovou soustavu. Vzniká pocit zvýšené svalové síly, pocit bystrosti, povznesené nálady, přeceňování svých schopností, nekritičnost. Při dlouhodobém zneužívání se vyvíjí obraz chronické otravy – vzniká **kokainismus**.



Závislost na kokainu se u nás dříve vyskytoval sporadicky. Tradičně se považuje za drogu prostitutek. V posledních letech poklesl zájem o kokain v USA a jihoameričtí výrobci této drogy hledají nové trhy v Evropě.

### *3.5.1 Kokain v těle člověka*

- Mozek: počáteční euforii vystřídá deprese, přicházejí halucinace a nakonec se může rozvinout paranoidní psychóza.
- Oči: zornice se rozšiřují a čočky zplošťují, tím se přechodně zlepšuje vidění na dálku
- Nos: po dlouhodobém šňupání dochází k perforaci nosní přepážky.
- Zuby: Vtíráním kokainu do dásní je znecitlivuje a toxikomané si nevšimnou zubních kazů, protože jsou nebolestivé.
- Tepny: cévy se v místech vpichu, ale i při šňupání nebo užívání kokainu jinou formou stahují a omezují tak krevní oběh.
- Plíce: při inhalaci drogy se narušují buňky v dýchacích cestách, vznikají dechové potíže.
- Srdce: zrychluje se srdeční činnost, i malá množství drogy mohou vyvolat poruchy srdečního rytmu vedoucí až k srdeční zástavě.
- Játra: klesá produkce nejdůležitějších enzymů.

### *3.5.2 Tělesné a psychické potíže*

Kokainista má potíže jednak tělesné: je sešlý, hubený, tělesně celkově chátrá, má lesklé, horečnaté oči, objevují se trávící potíže. Nechutenství, nucení na zvracení, zvracení. Jsou poruchy spánku, někdy se mohou objevit i epileptické záchvaty. Při dlouhodobém užívání drogy si kokainista vypěstuje schopnost vytvářet iluze a halucinace, resp. pseudohalucinace, protože si uvědomuje, že jde o něco chorobného a nepokládá je za skutečnost.

Vedle toho však dochází k psychickým poruchám, jejichž vznik a rozvoj nemůže kokainista vůlí ovlivnit. Objevují se skutečné halucinace – časté jsou halucinace tělové, postižený má pocit, že je napaden drobnými živočichy. Proto se škrábe a hledá drobný hmyz, vši a jiné parazity.

Kokainisté jsou zvýšeně vztahovační, mají pocit, že jim chce někdo ublížit nebo je připravit o život, že je někdo pronásleduje. Někdy vznikají obdobné stavy jako při deliriu tremens.

Kokainisté jsou nedůvěřiví, nerozhodní, mají stařecký vzhled. U nás se s nimi nesetkáváme příliš často, protože kokain není širší veřejnosti běžně dostupný. Někteří toxikomané proto vykrádají lékárny, aby si tento prostředek opatřili. Závislost na kokainu je charakterizovaná především výraznou psychickou závislostí, a proto touha získat drogu je velmi silná. Snaží se drogu získat za každou cenu, proto dochází k častým trestným činnostem.

### *3.5.3 Zneužívání a důsledky*

Zneužívání kokainu bylo vždy rozšířeno především na americkém kontinentě. V některých obdobích byl sice kokain přechodně vytlačen heroinem, ale od počátku 80. let se stává opět drogou číslo jedna. V současnosti jen nazýván „zákeřným zabijákem“. Je proto označován za jednu z nejnebezpečnějších drog.

Způsoby užívání jsou velmi pestré: šňupání, polykání, vpichování nebo kouření. Při injekční aplikaci může docházet nejen k přenosu infekční žloutenky, ale v posledních letech velmi často i k přenosu viru HIV, který vyvolává AIDS. Již samo dlouhodobé zneužívání kokainu vede k celkovému oslabení organismu, snížení odolnosti (imunity). Dochází k poruchám srdeční činnosti a kokainisté jsou náchylní ke vzniku srdečního infarktu.

Při akutním užití kokainu jakýmkoli způsobem se nejprve dostavuje euforie, podobně jako po použití alkoholu, která postupně přechází do deprese. Někdy se objeví projevy připomínající deliria, halucinatorní stavy. Při opakovaném užívání se stále častěji objevují deprese, někdy se sebevražednými sklony, pocity úzkosti, postižení se nemohou soustředit na žádnou činnost, pozorují zhoršení paměti, jsou popisovány paranoidní psychózy.

### *3.5.4 Crack*

Situace ve zneužívání kokainu v posledních letech se změnila nástupem cracku. Crack je kokain v destilované formě smíchaný s jedlou sodou a vodou, používá se



taktéž amoniak a kypřicí prášek do pečiva. Obvykle se kouří. Působí velmi rychle a také závislost vzniká velmi rychle. To vede k tomu, že po jednom nebo dvou použitích se jedinec látky neustále domáhá a obchodníci mají zajištěné odběratele a zisky. Rychlý účinek cracku je způsoben extrémní čistotou kokainu. Drobné kuličky, nazývané „rocky“ se kouří skleněnou dýmkou, častěji z „dýmek“ vyrobených z plechovek od nealkoholických nápojů. Závislý jedinec potřebuje i 20 až 30 dávek denně. (Tyler, 2000, s. 217)

Po vynechání drogy nedochází sice k typickým abstinčním příznakům, ale přetrvává úporná a nezdolaná touha po droze. Překonání tohoto období bývá kritické. Kokainista ve snaze získat si drogu se může dopustit trestné činnosti. V léčení se někdy používá neuroleptik, která tlumí onu nepřekonatelnou touhu po droze. Také případné psychické poruchy vzniklé po dlouhodobém zneužívání se odstraňují neuroleptiky.

### 3.5.5 Tolerance

Výraz tolerance, odolnost, se užívá pro potřebu další dávky drogy, aby se dosáhlo stejného účinku. V posledních letech se tradovalo, že se u kokainu dosáhne stejná výška pokaždé stejnou dávkou drogy. V éře cracku se předpokládá, že tolerance se může vyvíjet. Zvlášť se to dotýká krátkodobé intenzivní zkušenosti, ukázalo se, že dlouhodobí narkomani pokračují ve zvyšování svých dávek. Zprávy od samotných narkomanů napovídají, že někteří to dělají, jiní ne. Může existovat potřeba zvyšovat dávky koky pro dosažení stejné výšky jako dřív, ale zároveň existuje zvrtný toleranční syndrom, kdy si tělo buduje citlivost na vlastnosti drogy, a nakonec méně může znamenat více.

### 3.6 Amfetaminy, pervitin, kofein

Amfetamin je povzbuzující látka, proto má na ulici název speed – rychlost nebo whizz – hvizd, svist, v Čechách nejčastěji užívaný PERVITIN, slangově perník, peříčko, péčko. Zvyšuje energii, sebedůvěru a koncentraci stimulováním centrální nervové soustavy. A přece stejně jako kterákoli jiná droga umožňuje jen maximální využití energetických zásob lidského těla. Žádná látka nemůže člověku přidat energii navíc. A tak nevyhnutelný následek „rychlého tripu“ je vyčerpání a deprese.

Jde vlastně o chemickou sloučeninu, která působí na centrální nervovou soustavu jako stimulans. Zvyšuje aktivitu celé nervové soustavy a vybuzuje k ostřejší vnímavosti okolního světa.

Existují tři izometry: levo-amfetamin (benzedrin), dexamfetamin (Dexedrin) a methylamfetamin (pervitin). Nejsilnější je pervitin. (Tyler, 2000, s. 52)

### *3.6.1 Počítky*

Standardní 5mg tablety amfetaminu působí během 15 až 30 minut, což je na ústně podávanou drogu rychlé. Rychlejší účinek se dosáhne šňupáním amfetaminového prášku. Oběma metodami přijatá droga obvykle působí přibližně šest hodin. Začíná lechtáním ve střevech a pocitem, jako by byla energie protlačována celým tělem – čistí mysl a posiluje ji. Začínají skřípat zuby. Zatínají se čelisti. Nastupuje pocit hrlosti, jistoty a přání sdělovat krásné nové pohledy na svět a vtip. Je potlačena chuť k jídlu. Může se vyskytovat časté močení. Při přerušení konzumace drogy může po odeznění účinků amfetaminu nastoupit nežádoucí nezvladatelná únava a vyčerpání. Pokušení na týden bez konce, tedy pro někoho šňupat či polykat další dávku, dřív než dojde k nežádoucím důsledkům, může být velmi silné. V tom je amfetamin velmi nebezpečný.

### *3.6.2 Způsoby užívání*

Existují různé způsoby užívání amfetaminu, mnoho z nich nepředstavuje žádné základní zdravotní riziko. Droga byla zvláště populární v nedávných letech na tancovačkách. Působení amfetaminu na potlačení chuti k jídlu je přitažlivé převážně pro mladé dívky, které chtěly zhubnout a na parketu chtěly vydržet celou noc. Nevyhnutelně si některé z nich rozhodily zažívání, když k tomu přidaly flámování, pití, dobrovolné hladovění a zvracení.

Amfetamin láká rychlou schopností vyvolat zdání síly a pocit sebedůvěry a tím pomáhá překlenout pocity vlastní nemohoucnosti nebo sociální nevhodnosti. Ale protože nedokáže přinášet dlouhotrvající euforii, narkoman kolísá mezi létáním do výše a pády. Být vtažen do tohoto kruhu vypadá přitažlivě. (Tyler, 2000, s. 59)



### *Šňupání*

Metoda šňupání spočívá v rozdrcení krystalků na prášek. Musí být dost jemný na to, aby při šňupání nepoškrábal nos. Droga se také může nakrájet na zrcadle nebo tvrdé desce žiletkou. Tenké proužky 5 až 7 cm dlouhé se do nosu dopravují buď stočenou bankovkou, trubičkou od propisovačky, nebo – pro ty, kdo si nepotrpí na žádnou ceremonii – bez jakýchkoli pomůcek.

### *Polykání*

Metoda byla populární v minulých letech. Dávka se zabalí do cigaretového papírku a spolkne se. Je možné to pak zapít pivem. Tyto kuličky se nazývají bombardér.

### *Kouření*

Supersilná verze normálního kokainu určená ke kouření je crack. Stejný ekvivalent u amfetaminu je „led“. Ale zatímco crack je kokain ve své základní chemické formě, „led“ je chemicky identický s metamfetaminem. Je jednoduše smíchaný z různých fyzikálních forem, které se během výroby nechají vykrytalizovat. Je koncentrovanější a má vzhled husté jiskřivé hmoty. Zahříváním krystalků „ledu“ většinou probíhá v kádince nebo ve skleněné dýmce. Výsledné páry se inhalují.

### *Jehla*

Surová krystalická droga po rozpuštění ve vodě a přefiltrování přes čistý cigaretový filtr se může aplikovat injekčně. Je to silnější a obtížněji získatelný metylamfetamin, který se cení mezi znalci. Dělá se to kvůli okamžitému účinku drogy při použití injekcí.

Když opomeneme nemoci, ti, kdo jsou závislí na injekční aplikaci, by si měli dát pozor na to, aby rozdrtili prášek co nejlépe. Špatně rozpuštěné částčky ucpávají cévky. Narkomani, kteří si píchají, trpí abscesy, záněty žilních stěn a infekcemi v místě nebo okolo místa vpichu. K těmto komplikacím může docházet i zředěním pouličních produktů, nešikovnou injekční technikou, použitím nesterilních jehel nebo opakovaným vpichováním do stejného místa.

Vážné somatické komplikaci zvláště při parentální aplikaci se týkají infekcí v kožních jizvách, přenosu nemocí z nesterilních jehel, hlavně hepatitis, AIDS. Dochází k vazivovatění a k postupné devastaci žilního systému v končetinách. Jinou somatickou komplikaci představuje zvýšení krevního tlaku, basálního metabolismu, třes, pocení.

(Záškodná, 2004, s. 17)

### 3.6.3 Amfetaminová psychóza

Někteří jedinci se mohou dostat do stavu, který odborníci nazývají právě takto. V mnoha případech připomínají svými symptomy schizofrenii. V obou případech existují živé sluchové halucinace stejně jako paranoidní přeludy. Psychóza získaná z drog může začít mlhavou a ne neradostnou zvláštností: přáním podívat se pod povrch věcí. Okolní lidé a jejich pohyby jsou podrobně zkoumáni. Narkoman ostře vnímá zvuky, barvy i všechny ostatní vjemy a to snadno vyprovokuje halucinace. Někteří narkomani se dostávají do stavu neovladatelné, jednotvárně se opakující činnosti – žehlí a drhnou celé noci nebo bezdůvodně rozebírají a zase dávají dohromady přístroje, např. rádia nebo části automobilového motoru. Hlavní rozdíl mezi klasickou psychózou a psychózou vyvolanou injekcí je v tom, že symptomy u narkomanů beze stopy zmizí, když se tělo pročistí od drogy – většinou během několika dní, zřídka víc než týdne. U amfetaminové psychózy vědomí a paměť zůstávají většinou čisté a zachovávají si aktuální pojem času, místa a vlastní totožnosti. (Tyler, 2000, s. 61)

### 3.6.4 Tolerance a závislost

#### **Tolerance**

Amfetamin je droga, proti jejímuž působení si tělo vybuduje velmi rychle obranyschopnost, toleranci, a nutí ho brát stále větší a větší dávky. Stejně jako u ostatních drog tato vlastnost mizí během abstinence. A tak se může stát, že někdo, kdo bral více než 1000 mg amfetaminu denně, nebude schopen si poradit s touto dávkou po pauze. Kuriózně hyperaktivní děti léčené amfetaminem na narkolepsii (chorobné mikrospanky), si nevytvořili vůči této droze obranyschopnost. Z toho vyplývá, že zvyšování dávek se u těchto jedinců nedoporučuje. Lidská psychika reaguje různě. Amfetaminoví uživatelé s nadváhou, kteří chtějí zhubnout a amfetamin jim má pomoci omezit chuť k jídlu, musí dávky zvyšovat, protože by to jinak nefungovalo.

#### **Závislost**

Lákavost heroinu i amfetaminu se trochu dramatizuje a přehání. U heroinu i u amfetaminu je pro narkomana přitažlivá kombinace působení na psychickou i fyzickou stránku jeho osoby. Za tyto počitky se platí závislostí na uměle vyvolaném uvolnění



energie a získání jistoty, zatímco při omezení dávek nebo abstinenci nastupují nepříjemné pocity a deprese se stejnou silou, která odpovídá předcházejícímu povzbuzení. Ale když se účinek snižuje a berou se další dávky, výsledek může být přesný opak toho, co droga nabízí: namísto euforie a potlačení pocitu hladu a únavy nastupuje vlčí hlad a zesílená únava. Heroin při útlumu účinku vyčerpává narkomanův organismus a stejně agresivní může být i amfetamin.

### *3.6.5 Výrazné znaky*

Obvykle můžeme poznat uživatele amfetaminu podle divných změn chování, které přetrvávají – vybuchování po dlouhá období a pak maraton období spánku, ze kterého se narkoman vzbouzí hladový a deprimovaný. V závislosti na množství, které bylo užito, se vyskytují nevypočitatelné výkyvy nálad: radost a spokojenost, rozzlobenost, úzkost a iracionální výbuchy temperamentu. Dlouhodobí těžcí narkomani nebo ti, kdo jsou přecitlivělí dokonce i na malé množství, vyjadřují strach z toho, že je někdo pronásleduje: Co znamená ten rámus? Proč ta osoba ne mě tak civí? Pak panika přejde a vy pravděpodobně budete svědky změny nálady.

### *3.6.6 Kofein*

Kofein je bílý krystalický prášek. V dostatečném množství v čisté podobě může mít zhoubný účinek. Takhle se ale vyskytuje zřídka. Tajemství jeho úspěchu tkví v tom, že je chemicky stálý a často není příliš viditelný v ostatních ingrediencích. Stejně jako ostatní xantiny je všude, a přitom ho stěží registrujeme. Dokonce si neuvědomujeme, že spotřeba xantinů patří mezi užívání drog. Náš xantiny prosycený svět trpí klinicky definovanými symptomy otravy xantiny – předráždění, úzkost, vzrušení, abnormálně zvýšená citlivost...

#### *Xantiny v přírodě*

Tady jsou zběžně uvedeny xantiny, jak se objevují v přírodě a na pultech supermarketů. (Tyler, 2000, s. 199)

| <b>Druh</b>                | <b>Aktivní látka</b> | <b>Použití</b>  |
|----------------------------|----------------------|-----------------|
| <i>Coffea arabica</i>      | kofein               | arabská káva    |
| <i>Coffea liberica</i>     | kofein               | liberijská káva |
| <i>Coffea robusta</i>      | kofein               | konžská káva    |
| <i>Camellia sinensis</i>   | kofein, theofylin    | čaj             |
| <i>Theobroma cacao</i>     | kofein, theobromin   | čokoláda        |
| <i>Cola acuminata</i>      | kofein, theobromin   | nealko. nápoje  |
| <i>Ilex paraguariensis</i> | kofein               | maté            |

Kofein je také obsažen v různých stimulantech, lécích proti bolesti a proti nachlazení. Některé z nich jsou volně prodejné, některé jen na předpis.

Jak se tělo stává vůči působení drogy odolné, žádá si stále zvyšující se dávky k dosažení žádaných psychoaktivních změn – dokud se nedosáhne stropu takového množství, za kterým droga nemá úspěch a působí jako jed. Vypadá to, jako by vůči povzbuzujícímu účinku kofeinu byla jen malá tolerance. Ve skutečnosti šálek kávy denně (obzvlášť po ránu) působí na mnoho lidí stejně třeba celé roky. Spíše to vypadá, že za mnoho počitků – i z minimální dávky – vděčí káva své vůni, pocitu uvolnění atd. Ale ať je to způsobeno čímkoli, tělo je schopné si zachovat vnímavost na působení stejného, neměnného množství kofeinu.

Kofeinový návyk není moc průkazný, protože pití kávy je všeobecně akceptovaný zvyk. Závislost na droze vypadá jinak, je spojena s pocitem fyzického a duševního utrpení. Návykové požívání k tomu vede. Kofein může vyvolat spoustu podobných pocitů. Každodenní pití přibližně šesti šálků čaje nebo kávy může vypadat jako závislost na droze. Příznaky nadměrného užívání jsou úzkost, náladovost, bolesti hlavy, třes svalů a chronicky narušený spánek. Všechno se většinou upraví, když se omezí přísun kofeinu.

Věková kategorie osob mezi 60 a 80 lety má spotřebu vyšší, protože jejich hlavní zdroj xantinů je čaj. Kuřáci pijí více nápojů s kofeinem než nekuřáci a muži více než ženy. Děti nevyhnutelně dostávají většinu svého kofeinu ze sycených nealkoholických



nápojů a čokolády. U populace celkově se konzumace čokolády po celém desetiletí neustálého růstu ustálila na přibližně čtyřech tabulkách týdně. (Tyler, 2000, s. 207)

### 3.7 Halucinogeny

Z hlediska chemické struktury představují halucinogeny, z nichž se některé vyrábějí v laboratořích a jiné se sbírají jako přírodní produkty, velmi různorodou skupinu látek. Tyto látky vyvolávají u člověka přechodné psychické stavy. I když se zkušenosti liší, mezi běžné halucinogenní účinky vyvolané touto skupinou drog patří vizuální a sluchové představy, vnoření se do vlastních myšlenek a citů, změny emocionality, od euforie až k depresi.

Některé halucinogeny mají silný psychostimulační účinek. Nejznámější ze 179 členů této skupiny je extáze. Tato látka je obvykle klasifikována jako halucinogenní amfetamin. Na konec tohoto širokého spektra se řadí LSD a kaktus *Lophophora xilliamisii* (pejotl), jejichž účinky jsou spíše psychické než somatické.

Látky této skupiny mohou být rostlinného nebo živočišného původu připraveny polosynteticky (LSD, jehož účinky byly objeveny 1943) nebo syntetické. (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1995, s. 24)

#### 3.7.1 LSD

LSD je běžné označení pro diethylamid kyseliny lysergové a patří mezi skupinu chemických látek, jež se strukturálně podobá transmitteru, jenž přenáší nervové vzruchy, který se nalézá v lidském mozku. Mezi látky, které jsou s LSD příbuzné, patří LSA (amid kyseliny lysergové, která se vyskytuje v celé řadě semen povijnice), psilocybin (obsažený v některých druzích halucinogenních hub) a DMT (dimethyltryptamin). (Tyler, 2000, s. 93)

S LSD je třeba zacházet opatrně, neboť může mít za následek nepříjemný, bouřlivý zážitek, známý jako „špatný výlet“. I když účinek závisí na podaném množství, mají jeho uživatelé velký problém, aby odhalili, jakou dávku obsahuje jedno psaníčko. Dávka se může pohybovat od 35 mikrogramů, které mají jen mírný účinek, až po 400 mikrogramů. LSD je jednou z nejúčinnějších halucinogenních látek, je čtyřtisíckrát

silnější než mezikalin a dávka o hmotnosti pouhých 100 mikrogramů dokáže vyvolat velice živé halucinogenní účinky, které trvají dvanáct hodin.

Zkušenější uživatelé si nejprve vytvoří pohodové prostředí bez rušivých vzruchů a nežádoucí dramatičnosti. Další klíčový faktor ovlivňující účinek drogy je psychický stav uživatele. Když je nálada a prostředí v pořádku, stále zde existuje nesmírně záhadný faktor, který určí, k čemu vlastně dojde. Stručně řečeno, účinky této drogy nelze ve všech případech udržet na uzdě. I přes tato rizika uživatelé této drogy tvrdí, že udržíte-li si vyrovnaný duševní stav v bezpečném prostředí a ve společnosti přátel, kteří tuto drogu znají, pomůže vám to vyhnout se „špatnému výletu“.

Účinky se obvykle dostaví asi za čtyřicet minut, ale mohou trvat až dvě hodiny. První vjem bude stav vzrušení, možná i neklidu, uvědomění si těla a jeho motorických funkcí. Vnější svět začne být cizí, začíná se měnit, křivit a překrucovat. Pokoj má zahnědlé stěny, ačkoli jsou ve skutečnosti bílé. Věci se začnou projevovat absurdně – pompézní židle a polykající a běhující televize se začínají protahovat, aby ukázaly, že jsou živé, a možná také živé jsou. Vize potřebuje bod, z kterého by mohla vzniknout, stačí pár čtverečních centimetrů koberce nebo suk ve dřevěném stole. Mohou se rozvinout téměř z čehokoli, na čem oči spočinou, a zmizí, jakmile se oči pohnou. Vlastní tělo může připadat podivné, jako by bylo z tmelu nebo z masa, ale ostatním bude připadat úplně normální. Také zvukové vjemy se začnou měnit a zkreslovat, zkreslené vyjádření beze slov a chvíle pronikavé průzračnosti.

V úvodním stádiu po aplikaci 100 mikrogramů drogy, v době prvních dvou anebo tří hodin, mohou události probíhat rychleji anebo téměř nepohybovat a vystavit uživatele úzkostnému strachu. LSD nemá za následek znehybnění, a proto je tak populární na diskotékách. Čím více úkonů se provede, tím menší je pravděpodobnost, že se dostaví účinek drogy na smysly. Nelze však bezpečně zvládat řízení auta a jiné mechanické činnosti, proto může být řízení vozidla či ovládání jiných strojů nebezpečné. (Tyler, 2000, s. 96)

Organismus se psychoaktivním účinkům LSD rychle přizpůsobuje, a tak pokud se normální dávka bere po tři nebo čtyři po sobě následující dny, psychoaktivní účinek se ztrácí, reakce na drogu nastane, jen pokud se její podávání na několik dnů přeruší. Přizpůsobivost organismu se týká všech členů skupiny LSD. Povaha této vzájemné



přizpůsobivosti organismu je taková, že bez ohledu na to, jaký druh ze skupiny LSD se střídavě užívá, jeho halucinogenní účinky se při každodenní aplikaci ztratí do šesti dnů.

K žádné skutečné fyzické závislosti, kdy by při abstinenci tělo trpělo, u této drogy nedochází. Ale podobně jako u každé jiné drogy, která způsobuje změnu nálady, může dojít k psychické závislosti. U drog skupiny LSD se to však stává relativně zřídka, protože účinek těchto drog na psychiku člověka je příliš bouřlivý na to, aby se staly drogou, která se užívá pravidelně.

### 3.7.2 Halucinogenní houby

Halucinogenní houby lze rozdělit do dvou skupin, jedna skupina hub obsahuje látku psilocybin a o 50 procent účinnější psilocybin a druhá mnohem menší skupina hub *Amanita* obsahuje halucinogenní látky – kyselinu ibotovou a její derivát muscimol.

***Psilocybe semilanceata*, lysohlávka kopinatá** (Tyler, 2000, s. 100)

(„klobouček svobody“)

Existuje deset přírodních druhů, které obsahují psilocybin a psilocin, ale množství drogy v nich obsažené se značně liší podle půdy, podnebí a stáří plodnice. Nejspolehlivější druh, který obsahuje zhruba předpověditelné množství, je lysohlávka kopinatá. Ta je známá pod názvem „klobouček svobody“ a je také nejsnáze dosažitelná. Její plodnice je nejoblíbenější vzhledem k výraznému a měřitelnému účinku, který vyvolává.

Smrtelná dávka houby je kolem čtyř kilogramů čerstvých hub, ale již značně menší množství může způsobit vážné poškození organismu. Obsah drogy obsažený v této houbě se dá relativně snadno odhadnout, přesto se však může lišit v jednotlivých plodnicích, přinejmenším proto, že houby jsou různě velké. Při určení vhodné dávky se musí přihlídnout nejen k tomuto faktoru, ale i k dalším faktorům, jako je tělesná váha příjemce a obsah žaludku. Pokud se houba užívá nalačno, bude její účinek větší. Účinek se také umocní při kombinaci s alkoholem.

Houby rostou obvykle v trsech, jsou malé, nevzhledné s žlutavě hnědými kónickým kloboukem, který často přechází do ostré špičky. Klobouk je posazen na čtyřcentimetrovém až osmicentimetrovém třeni světlejší barvy.

*Amanita muscaria*, **muchomůrka červená** (Tyler, 2000, s. 101)

**(„létající houba“)**

Rod *Amanita* je nejobávanějším druhem houby, protože do něj patří smrtelně jedovatá muchomůrka zelená a muchomůrka jízlivá. Na obě tyto smrtelně jedovaté houby je třeba dát pozor. Podobně jako u většiny muchomůrek je jejich třen obalen volnou pochvou ve tvaru rozevřené vaječné skořápky a v horní třetině třeně mají zplihle převislý prsten.

Hlavní druh houby, který si oblíbili vyznavači halucinogenních hub, je muchomůrka červená, která je obecně známá pod přezdívkou „létající houba“. Je to muchomůrka známá z gnómičských pohádek a výrazně se odlišuje od všech ostatních hub.

Je vysoká asi 10 až 12 centimetrů a je ozdobena jasně červeným kloboukem, který je poset bílými bradavičnatými strupy. V průběhu zrání se její klobouk rozšiřuje až na průměr 22 centimetrů, její barva se mění v jantarovou a bílé strupy začínají mizet. Na svrchní části třeně má prsten, ale její třen nevyrůstá z pochvy. Vyskytuje se zejména v březových porostech a lze ji spatřit, jak roste přímo pod stromy a to buď jednotlivě, nebo v rozptýlených skupinkách.

Muchomůrka červená by se neměla konzumovat v syrovém stavu, proto si ji také vyznavači pečou v troubě nebo suší. Maximální množství na jednu dávku představují tři houby, ačkoli je mnohem bezpečnější použít houbu jenom jednu.

Počitky z lysohlávky jsou podobné účinkům LSD, ale nejsou tak silné a chaotické. „Špatné výlety“ nejsou vyloučené, ale nedochází k nim tak často, protože v tomto případě není psychická dimenze účinku drogy tak drastická, jde spíše o kouzelnou a uklidňující euforii. Účinek se dostaví do půl hodiny a je nejsilnější v době asi tak tři až čtyři hodiny, pak se začne postupně vytrácet a následuje spánek. Po probuzení je hlava zase čistá. Mnoho uživatelů zřídka kdy požije tuto houbu vícekrát, protože často způsobuje žaludeční nevolnost, zvracení a jiné nepříjemné vedlejší účinky.

### 3.7.3 Extáze

Účinek se dostaví za dvacet až šedesát minut. Tělo se začne trást, přijde pocit sucha v ústech, také může dojít ke ztuhnutí údů a čelistí jako při užití amfetaminu.



Následný účinek je něčím mezi účinkem amfetaminu a jedné z méně účinných halucinogenních drog, jako je například mezkalin. Populární počítky se týkají její schopnosti během čtyřhodinového nebo pětihodinového účinku vyvolat u uživatelů radostnou a mystickou náladu, větší vnímavost hmatových a estetických dojmů z běžných povrchů, jako je kůže, vlasy, bavlna nebo stůl ze dřeva borovice, na druhé straně droga tlumí zábrany a nepřátelství. V klubech droga umožní tancovat s nezdolnou a vytrvalou energií a pocit sounáležitosti ducha i těla. I když způsobuje, že se lidé cítí empatictější a citovější, nezdá se, že by měla nějaké účinky podobné účinkům afrodiziak. Extáze může mít za následek paranoidní nebo úzkostné stavy a pomatení, což závisí na psychickém stavu uživatele a prostředí, kde k aplikaci došlo. (Tyler, 2000, s. 104)

Mezi méně závažné nežádoucí účinky extáze patří skřípání zubů, ztuhnutí dásní, zvýšené svalové napětí, rozmazané vidění a druhého dne se dostaví stav připomínající kocovinu, který může mít za následek nespavost, ztrátu rovnováhy a bolesti hlavy.

Závažnější je jev, který bývá nazýván „návaly do hlavy“. K nim obvykle dojde během vybuzeného stavu na parketě, kdy tanečník ztratí na dobu až tří minut sluchové i zrakové vjemy.

Vzhledem k tomu, že extáze potlačuje chuť k jídlu, vystavují se dlouhodobí uživatelé této drogy celé řadě problémů, které jsou spojené s podvýživou. Někteří dlouhodobí uživatelé také vykazují zvýšenou náchylnost k chřipkovým onemocněním, bolestem v krku apod., což svědčí o tom, že tato droga (nebo životní styl, který k ní patří) narušuje přirozenou imunitu organismu.

### 3.8 Tabák

Tabák pochází z ušlechtilých listů rostliny rodu *Nicotiana*, jehož nejpopulárnější a nejčastěji kultivovaný druh, *Nicotiana tabacum*, má svou původní vlast v Americe.

Již od přelomu století získaly dominantní postavení na světových trzích s tabákem průmyslově vyráběné cigarety. Při větším výběru chutí dnes běžná cigareta obsahuje pouze poloviční množství tabáku než ve 30. letech. To je výsledek obecného požadavku mít užší a delší cigarety se stále delšími filtry. Rovněž to vyplývá z požadavku na cigarety s nízkým obsahem dehtu. (Tyler, 2000, s. 343)

Pokud se hovoří o náruživém kuřáctví, myslí se jím kouření tabáku. Kouření různých jiných drog patří do odlišné oblasti společenských negativních jevů, i když velký rozdíl mezi nimi není. Snad by bylo vhodné hovořit o **tabakismu**, i když někteří požívají spíše termín **nikotinismus**. Při kouření tabáku však nejde jen o závislost na nikotinu, ale i některých dalších látkách, které jsou obsaženy a které mají rovněž svůj podíl na poškozování organismu.

### Kouř

Kouř, který kuřáci vdechují do plic a vypouštějí do vzduchu, obsahuje tisíc různých chemických sloučenin ve formě plynů nebo tuhých částic. Tuhé částice obsahují nikotin, benzen a látku známou jako dehet. Plynná fáze obsahuje oxid uhelnatý, hlavní jedovatou složkou výfukových plynů motorových vozidel, čpavek a formaldehyd. Doposud bylo 60 z těchto tisíců chemikálií rozpoznáno jako známé či předpokládané kancerogeny (látky schopné vyvolat některý druh rakoviny).

### Dehet

Asi nejdůležitější složkou kouře je dehet, tmavá melasovitá hmota, která se tvoří během chladnutí a kondenzace kouře. Tato rakovinotvorná látka je nositelkou chuti a vůně, a i když by mohla být eliminována pěstováním speciálních rostlinných odrůd a důslednou filtrací, výsledkem pro kuřáka by bylo vdechnutí horkého vzduchu bez chuti a vůně. Obsah dehtu v jedné cigaretě se během posledních dvou desetiletí postupně snižuje, tak jak se zákazníci postupně přiklání k méně škodlivému kouři přecházejícímu přes filtrační špičku. Po roce 1997 klesl obsah dehtu v cigaretách ještě více, což bylo výsledkem direktivy Evropské unie, která nepovoluje nic nad 12 mg.

### Nikotin

Čistý nikotin je jeden z nejtoxičtějších známých jedů. Pouhými několika kapkami na jazyku může usmrtit člověka během pár minut. V koncentracích, které se nacházejí v cigaretách, působí jako mírný stimulans, mírně zvyšující srdeční tep a krevní tlak. Ačkoliv desítky let trvající výzkumy v oblasti funkcí mozku a lidské psychiky neuspěly objasnit, jak a proč nikotin svým širokým spektrem účinků ovlivňuje chování lidí, je považován za hlavní důvod, proč kuřáci touží po tabáku. Nikotin se nachází pouze v tabákových rostlinách a do těla kuřáka se dostává ve formě drobných kapiček dehtu,



který je vdechován s kouřem. Běžná cigareta poskytuje přibližně 2 mg drogy, ale do krve – a tou pak do mozku – se dostává množství ještě nižší. Za smrtelnou dávku se považuje asi 60 mg nikotinu v čistém stavu.

#### Oxid uhelnatý

Oxid uhelnatý je nevyhnutelným důsledkem spalování, které probíhá během kouření. Jeho množství připadající na jednu cigaretu závisí na tom, jak pevně je cigareta zabalená, a na druhu použitého papíru. Těsnější cigarety bez „odvětrávacích“ filtrů a ty, které se kouří až úplně do konce, produkují tohoto „výfukového“ plynu více. Jedním z jeho účinků je snížení schopnosti krve přenášet kyslík, což má za následek až 15procentní deficit kyslíku.

Odhaduje se, že v České republice denně umírá na následky kouření tabáku 63 lidí. Tabákový kouř obsahuje množství škodlivin, najdou se v něm takové lahůdky jako dehet, kysličník uhelnatý, formaldehyd, dokonce i arsenid nebo kyanid. Z velkého množství chemikálií v tabákovém kouři je návykový pouze nikotin. (Nešpor, Scémy, 1995, s. 68)

#### 3.8.1 Další tabákové výrobky

##### *Dýmka a doutníky*

Dýmka a doutníky mají vyšší obsah dehtu než ostatní cigarety, ale protože zkušení kuřáci těchto výrobků kouř obvykle nevdechují (nešlukují), podstupují srovnatelně nižší zdravotní riziko. Netýká se to ale těch kuřáků, kteří přejdou od cigaret k jednomu z těchto výrobků a nepřestanou kouř vdechovat do plic.

##### *Šňupací tabák*

Šňupací tabák je ochucený tabák. Na jedno šňupnutí poskytuje stejné množství nikotinu jako běžná cigareta, ale protože se nic nespaluje, nevzniká dehet ani oxid uhelnatý.

##### *Beztabákové kuřivo*

Bylinkové a ostatní beztabákové cigarety jsou předmětem stejných spalovacích zákonitostí jako cigarety s tabákem, takže produkují oxid uhelnatý a dehet. Neobsahují ale nikotin. Totéž platí i o kouření hašiše, marihuany, cracku a heroinu.

### 3.8.2 Akutní otrava nikotinem

Projevuje se zblednutím, bolestmi hlavy, závratěmi, studeným potem, nucením na zvracení nebo zvracením. V těžších případech dochází i k psychickým poruchám spojeným s poruchami vědomí. Někdy se mohou vyskytnout stavy zmatenosti a obluzenosti (podobně jako při požití nadměrného množství alkoholu), byly popsány i zrakové a sluchové halucinace. Otrava obvykle nemá dlouhé trvání a potíže zanedlouho odezní. S výraznějšími potížemi se setkáváme u začínajících kuřáků, kteří ještě nedovedou odhadnout množství tabáku, které mohou vykouřit. Je známo, že nikotin zvyšuje účinek alkoholu. To se opět výrazněji projevuje u nekuřáků. Jsou různé názory na to, kolik cigaret může kuřák denně vykouřit aniž lze hovořit o vážném poškození organismu. Obvykle se udává jako největší možné množství 20 cigaret, záleží však na druhu a jakosti tabáku. Jsou ovšem i kuřáci, kteří denně kouří mnohem víc, a přesto se dožívají vysokého věku. Působení nikotinu na organismus je velmi individuální a záleží na mnoha dalších okolnostech. V posledních letech se ukazuje, že i malá spotřeba tabáku denně může mít velmi závažné následky. Je vhodnější se kouření vyvarovat vůbec než spoléhat, že organismus nebude poškozen. (Janík, Dušek, 1990)

### 3.8.3 Chronická otrava nikotinem

Vede k ní dlouhodobé kouření tabáku. Dochází při ní k poškození tělesnému i duševnímu. Škody na lidském organismu nepůsobí jen nikotin, ale i ostatní látky obsažené v tabáku. Nejvíce ohroženy jsou dýchací cesty. Protože v tabákovém kouří jsou obsaženy i rakovinotvorné látky, je nebezpečí vzniku rakoviny dýchacích cest. V současné době se při rakovině plic setkáváme s kouřením téměř ve 100 procentech případů. Časté jsou chronické záněty průdušek u kuřáků. Ty ve svých důsledcích vedou k rozedmě plic a poškození srdce, které je nadměrně zatěžováno a namáháno. Také různá jiná onemocnění probíhají u kuřáků obtížněji a jsou častější než u nekuřáků.

Rozdíl mezi vyšší a nižší úmrtností nekuřáků lze označit jako nadbytečná úmrtí. Většina nadbytečných úmrtí u kuřáků je zaviněna poškozením srdce a cévního systému. Předčasně umírá na arteriosklerózu dvakrát více kuřáků než nekuřáků. Tak bychom



mohli jmenovat celou řadu dalších onemocnění, jejichž příčinou působení nikotinu. (Janík, Dušek, 1990)

#### 3.8.4 Příčiny nikotinismu

S kouřením se běžně začíná obvykle již v mladém věku kolem deseti let. Ve školách se kouření stává závažným problémem věkových skupin jednak kolem 10 roků, jednak mezi 13. - 14. rokem. V tomto vyšším věku se o kouření pokoušejí hlavně děvčata. V době, kdy děti opouštějí základní školu, téměř čtvrtina jich nepravidelně kouří a každé druhé kouřit zkoušelo. Na vzniku kouření má velký vliv rodina. Děti z nekuřáckých rodin kouří méně často. Ukázalo se, že na kouření dětí má vliv kuřačka matka než kuřák otec.

Velký význam proti kuřáctví má především **prevence**. Jde jednak o veřejné informační programy, ve kterých se široká veřejnost seznamuje s nebezpečnými následky kouření. Jsou k tomu v širokém měřítku využívány sdělovací prostředky. Dále byly zavedeny speciální informační programy, které dávají návody vychovatelům, učitelům a zdravotnickým pracovníkům, jak postupovat v boji proti kouření. Jsou určeny rizikovým skupinám, na které se boj musí především zaměřit.

Vznikají i programy zabývající se zákazem kouření. Spočívají jednak v tom, že je zakázáno kouřit v některých místnostech při shromážděních, vyhlašují se dny nekuřáků atd. významný je především školní program zaměřující se na boj proti kouření u dětí a mladistvých ve školách.

#### 3.9 Těkavé látky a rozpouštědla

Tzv. poppers (křupky) nebo „rush“ jsou mezi narkomany známé látky, které se vdechují. Patří mezi skupinu chemických látek, které jsou známé jako amylnitrit, propylnitrit a butylnitrit. Jsou vysoce těkavé a hořlavé, mají žlutavou barvu, pokud jsou čerstvé, voní sladce a po ovoci, po delším skladování nepříjemně zapáchají. (Tyler, 2000, str. 367)

Všechny látky, které vydávají opojné výpary, mohou sloužit k vdechování bez ohledu na to, že výrobek může obsahovat další nevábné chemikálie a pevné částičky. Z obecného hlediska existují dva druhy chemikálií, které vyhovují kritériu čichání – rozpouštědla a plyny používané ve sprejích. Pro oba tyto druhy existuje společný termín *těkavé látky*, to znamená, že tyto látky se při pokojové teplotě volně odpařují a přitom vznikají výpary, které se dají vdechovat. To je třeba ještě upřesnit: výpary se ani tak nevdechují jako spíše inhalují ústy a nosem. Mluvíme tady o inhalování *těkavých látek*, které se vyskytují ve velkém sortimentu výrobků určených pro domácí i průmyslovou potřebu.

Výrobky, které se nejčastěji zneužívají: *kontaktní lepidla a jiné druhy lepidel, lak na nehty a odlakovač, čisticí prostředky (na koberce), benzin, barviva, náplň do plynových zapalovačů, aerosolové výrobky, náplň do hasících přístrojů.*

### 3.9.1 Počítky, tolerance, závislosti – *těkavých látek*

Účinky těchto drog se liší podle toho, kde byla droga aplikována a co se od ní očekávalo. Pokud si ji vezmete při tanci, můžete očekávat nápor vybuze­né energie, která trvá jen několik minut. Často se berou společně s extází, a dokonce s nosními spreji, aby se účinek *těkavých látek* více umocnil. Ve skutečnosti, i když mohou *těkavé látky* vybudit smysly, mohou snadno opustit funkci některých orgánů. Mezi vedlejší účinky patří návaly krve, bolesti hlavy, pocity slabosti, žaludeční nevolnost, kašel a studený pot.

Pokud se droga používá dva nebo tři týdny, dojde k vytvoření tolerance na psychoaktivní účinky drog – tj. přestanou vyvolávat vybuzení. Pokud by droga nebyla stejnou dobu aplikována, pravděpodobně by se její účinek obnovil.

Nitrity mohou vyvolávat psychickou závislost. Příznaky somatické závislosti, které jsou s traumatickými abstinenčními příznaky, nebyly dosud v širší míře dokázány. (Tyler, 2000, s. 368)

### 3.9.2 Počítky, tolerance, závislosti – *rozpouštědel*

Inhalované výpary proniknou plicemi do organismu a jsou rychle krví dopraveny do mozku. Ovlivňují funkci centrálního nervového systému, který někdy stimulují, ale



spíš ho ochromí, zvláště funkci té části mozku (mozkovou kůru), která ovlivňuje „primitivní“ instinkty. Nastane stav, kdy se běžné funkce organismu, jako je dýchání nebo srdeční tep, zpomalí a přijde pocit otupění, který trvá od několika minut až do půl hodiny. Někdy přijdou bolesti hlavy, nevolnost a pocit závratí, to se týká hlavně nováčků. Většina uživatelů přestane v této fázi výpary inhalovat. Další inhalování nebo intenzivnější inhalování způsobuje dezorientaci, netečnost, sníženou citlivost a někdy i bezvědomí.

Začátečník, který poprvé zkouší inhalovat výpary z lepidla, bude pravděpodobně uspokojen jedním pokusem, který ho obloudí asi na půl hodiny. Pokračuje-li v experimentování, bude se množství látky potřebné k vyvolání omámení lišit. Ti, kdo začnou inhalovat omamné látky pravidelně, budou zřejmě k vyvolání stejného účinku vyžadovat stále se zvyšující množství těkavé látky. Nakonec se může spotřeba těchto látek zvýšit až neuvěřitelným způsobem, a to tak, že budou potřebovat pět až šest lahviček s plynem nebo pětadvacet tubiček modelářského lepidla denně.

Při konzumaci všech psychoaktivních látek, včetně těkavých rozpouštědel, může vzniknout psychická závislost, a to zvláště tam, kde jejich konzumace slouží k zamaskování nějakého vnitřního problému. Může se také vyvinout závislost, ačkoliv srovnání s jinými látkami je tato závislost mírnější. Vážnější abstinenční příznaky se objeví asi u 50 až 60 procent uživatelů. Mezi typické abstinenční příznaky patří poruchy spánku, neklid, třes, nadměrné pocení, krátké obluzení a žaludeční nevolnost. Méně častými příznaky jsou žaludeční křeče, bolest v dolní části hrudníku a tiky v obličeji.

(Tyler, 2000, s. 303)

## 4. Toxikomanie a osobnost

### 4.1 Svět toxikomanie

Přístup snažící se zařadit toxikomany do zvláštního světa, radikálně odlišného od světa našeho, brát ho a vyloučit ho, nelze samozřejmě podpořit.

Ještě před několika lety byli klinicky popsaní toxikomani většinou omezeni na některé zvláštní sociální kruhy; šlo nejčastěji o zámožné lidi, o umělce nebo mladé povaleče, „synáčky z dobrých rodin“, nebo o deprimované intelektuály, hledající lék proti své úzkosti, považovaný za „luxusní“. Při válkách nebo koloniálních taženích to byli také vojáci, parašutisté nebo ranění, kteří po celou dobu měli volný přístup k opiátům, na nichž se rychle stali závislí. Také morfinisté nebyli z těchto důvodů vzácní mezi lékaři a pomocným lékařským personálem nebo mezi bývalými úředníky z kolonií. Průměrný věk těchto toxikomanů byl velice proměnlivý.

V nynější době jsou údaje o problému toxikomanie úplně jiné; vlna individuální i kolektivní depresivity, následující po úpadku hlavních filozofických a ideologických postojů, postihuje stále více subjektů, hlavně mladých, hledajících nenalezitelný mysticismus, ve skutečnosti však identifikační rodičovské obrazy, s nimiž se setkáváme stále obtížněji. (Bergeret, 1995, s. 20)

Postupně, s růstem zneužívání nejrůznějších látek, je nutno se zabývat otázkami příčin vzniku drogové závislosti. Je evidentní, že závislost na drogách má své kořeny nejen v droze samotné, nýbrž i v osobnosti člověka, který toxikomanii podlehně, i v dalších společenských činitelích, jako je např. užší sociální prostředí, jeho kulturní úroveň a dostupnost drogy. Bezvýznamné nejsou ani vyvolávající faktory, mezi které počítáme zátěžové situace tělesného i duševního původu. Jak je patrné, na vzniku závislosti na droze se podílí celá řada faktorů, jejichž význam však není stejný. U některého jedince dominuje jedna, u dalšího druhá složka v různé intenzitě. (Janík, Dušek, 1990, s. 119)



## Toxikomanské struktury

Často je kladena otázka, zda existuje po stránce základního uspořádání osobnost, specifická pro toxikomanský stav, tedy osobnost, jejíž typ hlubokých duševních funkcí by bylo možné definovat zvláštním a zvláště stabilním strukturálním ustrojením, nezávislým na ustrojení jiných typů afektivní struktury, např. neurotického, depresivního, perverzního nebo psychosomatického typu. (Bergeret, 1995, s. 22)

### Toxikomani s neurotickou strukturou

Lékaři uznávající psychologický přístup, obzvláště psychoanalytici se svým specifickým způsobem naslouchání, se raději zabývají toxikomany s neurotickým statutem, kteří ostatně lépe odpovídají způsobu přenosu, tak jak se praktikuje při psychoterapeutické léčbě psychoanalytického zaměření, nebo při typových psychoanalytických kúrách v případě, že jsou realizovatelné.

*Oidipovský typ.* Tento druh toxikomanů se vyznačuje duševním uspořádáním, soustředěným na pohlavní problematiku a na konfluktualizaci, točící se kolem triangulárních oidipovských představ. Fakt, že se lékaři orientovaní na psychoanalýzu setkávají s relativně velkým množstvím (v poměru k celkovému počtu závislých subjektů, kteří za nimi přijedou) toxikomanů s pohlavním statutem, není ale důkazem častého výskytu osobností neurotického typu mezi toxikomany.

*Terapie.* Z terapeutického hlediska nepřestávají toxikomani s neurotickou strukturou, ani v jejích nejtěžších variantách vnějších formách, pro psychoterapeuta vážnější teoretický problém. Když subjekt akceptuje pravidelné sledování, vzniklý přenos se nejprve jeví jako vztahově pohlavního charakteru; a je-li samozřejmě časté, že přechod k akci spojený s novým užíváním toxických látek (nebo alkoholu) nastane, jakmile je frustrace, nuceně vyvolána terapeutem, příliš silná pak nově vzniklý vztah bude moci v lepších případech nahradit závislé chování (do té doby bezvýchodné) využitím odezvy objektu k lepším vztahovým účelům; tato náhrada bude příznivá, protože je zde snadnější symbolizace. Toxický prostředek nikdy nedává „předmětnou“ odpověď, a druzí, udržovaní v náležité vzdálenosti, v ní setrvávají, protože nemohou výrazněji zasáhnout.

Jakmile různé výklady přenosu umožní formulovat návrhy, postačující k velmi progresivnímu vytváření představ, opouštíme hledisko vztahu, zaměřeného čistě na prostředek, a vstupuje do obtížné, ale inetelektualizované dialektiky oidipovského dialogu.

(Bergeret, 1995, s. 25)

### **Toxikomani s psychotickou strukturou**

Psychiatrii tuto kategorii strukturování dobře znají. Jestliže dříve dlouho léčili hojné množství psychóz u chování alkoholického typu, nyní jsou stále častěji žádáni o zásah v případech psychotiků toxikomanského typu. Postoje a chování této strukturální kategorie toxikomanů vypadají jako mnohem hůře integrované a mnohem anomálnější, než projevy chování neurotických toxikomanů. Existují dvě klinické formy toxikomanských osobností v chování s psychotickým statusem, obranné chování a ospravedlňující chování.

*Terapie.* Ve všech formách psychotické toxikomanie se závislé chování jeví jako naroubované a jakoby dodatečně přidané navrch, což je specifické především pro fungování psychotické struktury z hlediska vztahů, z hlediska obran a také z hlediska úzkosti. Terapie takových stavů se tedy redukuje hlavně na léčbu potíží v těchto třech oblastech; psychiatrii jsou na tento způsob intervence zvyklí. V okamžiku, kdy závislost na toxickém prostředku začíná ustupovat zřetelněji psychotickému vztahovému systému, ocitá se terapeut v kritické situaci, obzvláště jedná-li se o léčení formou hospitalizace; úskalí tohoto jsou dobře známá. Je nutno vyvarovat se chronické psychotice ve formě pasivního chování, z něhož mají lékaři hrůzu; tehdy je totiž závislost na toxické látce nahrazena závislostí na instituci.

(Bergeret, 1995, s. 27)

### **Depresivní toxikomani**

Zbývá už jen skupina méně typických toxikomanů, oproti skupinám s neurotickým nebo psychotickým statusem. V těchto dvou kategoriích jde o dost jasnou a dost pevnou strukturizaci, navzdory četnému selhání části mechanismů, vlastních každé z těchto struktur.



U toxikomanů s depresivním ustrojením se věci zdají být méně vyhrazené, méně pevné, méně definitivně zavedené. Stejně jako u všech depresivních jedinců jde především o velmi nevyzrálé subjekty, u nichž nebyla ekonomicky překonána krize dospívání.

*Terapie.* Zásadní depresivita takto uspořádaných osobností se zdá být úzce spjata s identifikačními obtížemi, které neumožňují uzavřít krizi dospívání.

Na této úrovni může zasáhnout přirozený terapeutický vliv skupiny (možné druhotnému spontánní identifikace), anebo, je-li to nutné, osobnější působení terapeuta, což je bezesporu indikace nejvhodnější pro tento druh uspořádání osobnosti. (Bergeret, 1995, s. 28)

#### 4.2 Osobnost

Jedním z činitelů při tvorbě závislosti je samotná osobnost toxikomana. Představuje individuální spojení duševních i tělesných vlastností člověka, které se vytvářejí v průběhu individuálního vývoje a projevují se ve společenských vztazích. Vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti, která je pro každého jednotlivce svérázná a má dynamický charakter. (Janík, Dušek, 1990, s. 123)

O osobnosti nelze hovořit krátce po narození člověka. Ta se vytváří až v průběhu jeho vývoje výchovou a učením. Vývoj osobnosti bez sociálních interakcí tedy není možný. V průběhu vývoje má člověk určité potřeby, které musí uspokojovat. Zpočátku jsou to pouze základní potřeby, postupně však potřeby stále narůstají, jsou náročnější a složitější. Osobnost také musí projít důležitým vývojovým obdobím. Zejména **puberta a klimakterium** mají význam z hlediska možnosti vzniku závislosti. U starších lidí se občas setkáváme se závislostí na sedativa, analgetika nebo hypnotika. (Janík, Dušek, 1990, s. 124)

V průběhu vývoje každého člověka vznikají různé situace, s kterými se osobnost musí vyrovnávat. Člověk se obvykle dovede s takovými situacemi vyrovnávat, jsou však jedinci, kteří selžou a stává se, že místo řešení sahají po droze nebo alkoholu. Sledujeme-li blíže některé osobnosti, můžeme si všimnout některých společenských znaků. Na jejich základě vznikla klasifikace lidí do skupin – typů. Různé typy lidí mají pochopitelně i různý vztah k droze a její účinek se u nich projeví též různě. Známý lékař antického Řecka Hippokrates rozdělil lidi podle temperamentu. Nejméně rizikovou

skupinou jsou flegmatici, u nich je vznik méně pravděpodobný než v ostatních skupinách.

Obecně řečeno, vztah k psychotropním látkám mají spíše lidé **psychicky narušení**. Nemusí přitom jít vždy o výrazné psychické poruchy, stačí i lehčí abnormality (psychopati). Psychopatické osobnosti rozdělujeme podle toho, která oblast psychiky je u nich nejvíce narušena. Předpokládá se, že závislost vzniká častěji u těch jedinců, u kterých převažuje narušení ve volní sféře. Podobně tomu bude i u složitějších forem psychopatií, kde je narušeno více složek (schizoidní, hysteričtí a polymorfní psychopati).

Jinou skupinu abnormálních jedinců jsou lidé **mentálně retardovaní**, u kterých můžeme také zaznamenat různé formy návyku. Z jiných psychických poruch se návyk často pozoruje u **neurotiků**. Závislost se pro ně stává často řešením konfliktů. Úzkost jako taková je velmi nepříjemná, proto každý, kdo tyto stavy prožívá, hledá prostředky, jak ji potlačit nebo i zcela odstranit. Takovým prostředkem se lehce může stát droga. (Janík, Dušek, 1990 s. 126)

I některé **krátkodobé situační reakce** nebo **psychogenní reakce** (např. reaktivní deprese) mohou být prvotní příčiny tvorby návyku. Člověk se ocitne v nepříjemných životních situacích, které ho traumatizují.

Uvedli jsme, že poruchy osobnosti ovlivňují vznik návyku. Ovšem i dlouhodobé zneužívání drog nebo jiných chemických látek může také významně působit na osobnost. Postupně se rozvíjí **toxikomanická osobnost** nebo tzv. **toxikomanická charakteropatie**. Takové narušení osobnosti označujeme deprivací, která se projevuje především v oblasti sociálních vztahů. Takový jedinec je egocentricky zaměřený, má sklon lhát a omlouvat své jednání na úkor vlastního okolí. Dalším důvodem zneužívání drog jsou **psychické poruchy**. A právě tyto poruchy můžeme označit za jeden z nejzávažnějších následků zneužívání omamných látek.

(Janík, Dušek, 1990, s. 128)

#### 4.3 Sociální prostředí

Člověk se narodí do určitého prostředí v němž vyrůstá. Běžně je to **rodinné prostředí**, v některých případech to bývají různá **sociální zařízení**. Langmeier a Metějček upozornili na to, že jedinci, kteří jsou od narození vychováni v kolektivních



zařízeních trpí výraznější citovou deprivací než lidé, kteří od raného dětství vyrůstali v rodině, a až po té delší dobu v dětských domovech. Do podobné situace se mohou dostat i jedinci, kteří trvale žijí v rodině, která je buď v rozkladu, nebo se nevěnuje dostatečná péče. Při vzniku návyku se může uplatnit i porucha rodinného života.

Dalším důležitým činitelem je **škola**. Dnes už se běžně setkáváme s případy vzniku látkové závislosti i mezi školou povinnými dětmi. Nemusí to znamenat, že příčinou je nesprávná výchova ve škole, škola však na tom mívá jistý podíl. Nejednou se stává, že dítě po příchodu ze školy, pokud rodiče ještě nejsou doma, zůstává zcela bez dozoru, toulá se, a lehce se pak může dostat do nevhodné společnosti. Vznikají tak party, které mohou svádět i k nezákonnému jednání.

Stejný význam má i **zaměstnání**. Konflikty na pracovišti a jejich nevhodná řešení, narušené vztahy mezi spolupracovníky – to vše záporně působí na zúčastněné. Často se staví do situace, která je pro ně neřešitelná. Rovněž vysoká náročnost práce a nesprávná životospráva mohou dohnat člověka k drogám.

Výzkumy prováděné u pražské mládeže tvrdí, že příčiny, které vedly jedince k droze, byly často velmi prosté: zvědavost, touha prožít něco neobvyklého, uniknout nepříjemným stavům a samotě, do které ženou jedince jeho problémy, protest proti autoritě a komfortnosti konzumního způsobu života. Další příčinou byla snaha dostat se do společnosti lidí s podobnými názory, jindy hledání dočasné úlevy ve stavu úzkosti apod. (Janík, Dušek, 1990, s. 129)

Při vzniku toxikomanie je nutno zdůraznit i některé zvláštnosti sociálního prostředí. Popisují se tzv. riziková povolání, kde rizika setkání se s drogou jsou značná. Patří sem především zdravotnictví, umělecká a vědecká povolání. I kriminalita je s toxikomanií často nerozlučně spjata, nejeden trestný čin byl spáchán pod vlivem alkoholu nebo drogy. Kriminologické studie uvádějí, že jde o trestné činy násilné povahy, které se někdy vyznačují zvlášť surovým provedením. Do popředí vstupuje agresivita, bezohlednost, bezcitnost, které nejednou končí vraždou. Trestnou činností se získávají prostředky k zakoupení drog.

#### 4.4 Návykové problémy u jednotlivých kategorií

Drogy může začít brát kdekdo, ať už z jakéhokoliv důvodu. Někdo to vyzkouší a přestane, jiný se stane závislým. Rozlišujeme tři rizikové skupiny, v nichž existují odlišnosti působení návykových látek. Zde jsou popsány v následujícím přehledu.

##### 4.4.1 *Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících*

- Závislost na návykových látkách se vytváří podstatně rychleji (to, k čemu potřebuje dospělý často roky nebo desítky let, stihne dospívající i řádově během měsíců).
- Existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování, který je v dospívání častý.
- Z podobných důvodů je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky.
- U dětí a dospívajících na návykových látkách nebo je masivně zneužívajících bývá patrné, zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, citového vyzrávání, sebekontroly, sociálních dovedností atd.)
- I „pouhé“ experimentování s návykovými látkami je u dětí a dospívajících spojeno s většími problémy v různých oblastech života (rodina, škola, trestná činnost atd.).
- Je zde také častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo více látek současně. To opět zvyšuje riziko otrav a dalších komplikací.
- Recidivy závislostí jsou u dětí a dospívajících časté, dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější, než jak by naznačoval často bouřlivý průběh. Důvodem je přirozený proces zrání, který je tichým spojencem léčebných snah. (Nešpor, 2000, s. 54)

Alkohol a drogy jsou nebezpečné všem dětem a dospívajícím, ale za určitých okolností toto nebezpečí ještě vzrůstá. Častým problémem je porucha pozornosti s hyperaktivitou. Sklon k násilnému jednání zvyšuje riziko nejrůznějších komplikací včetně horšího přizpůsobení ve společnosti, kriminality a problémů působených alkoholem a drogami. K tomuto problému také inklinují děti zanedbané a s nedostatečně uspokojenými citovými potřebami, děti trpící strachem a úzkostí. Ohroženy jsou i děti



se špatným prospěchem ve škole nebo ti, co školu či učení ukončí předčasně a nezaměstnanost představuje pro dospívajícího duševně náročnou situaci.

#### *4.4.2 Specifika působení návykových látek u žen*

- Ženy bývají z pravidla ve vztahu k návykovým látkám a jiným rizikům, jako je hazardní hra, zpravidla opatrnější a zdrženlivější. Tak lze vysvětlit jejich relativně menší počet v porovnání s muži.
- Ženy s návykovými problémy ale přibývá podstatně rychleji, než je tomu u mužů.
- Ženy mají menší játra a navíc se jejich játra ve větší míře metabolizují hormony. To vede spolu s nižší hmotností, vyšším obsahem tuku v těle a dalšími faktory k tomu, že návykové látky působí u žen silněji než u mužů.
- Zdravotní škody po návykových látkách nastávají u žen zpravidla dříve.
- Žena se mnohem rychleji dostane do návykových problémů kvůli partnerovi, který pije nebo bere drogy, než muž kvůli takto orientované ženě.
- Návykové látky, včetně alkoholu u žen odsuzuje okolí více než u mužů
- Ženy se v souvislosti s návykovým problémem dopouštějí méně trestných činů a násilného jednání.
- Závislé ženy trpí častěji depresemi a úzkostmi, ale méně časté u nich bývají poruchy osobnosti.
- Ženy mívají silnější pud sebezáchovy než muži.
- Ženám také více záleží na tom, jak vypadají a jak působí na své okolí. Tím lze vysvětlovat mnohem častější samotářské pití (kdežto mnohý muž se propíjí až do deliria v restauraci a naprosto veřejně).
- U žen se prokázala souvislost mezi menstruačním cyklem a konzumem alkoholu. Období před menstruací je v tomto směru rizikovější.
- Specificky ženským problémům patří riziko poškození plodu v těhotenství v důsledku požívání alkoholu, kouření tabáku nebo v důsledku působení jiných návykových látek.
- Závislá žena bývá také častěji týrána, fyzicky napadána a sexuálně zneužívána.
- Většina žen se dokáže relativně snáze odpoutat od nevhodné společnosti lidí, kteří jsou závislí na alkoholu a jiných návykových látkách.

- Rodiny a děti závislých žen trpí jejich problémem často ještě více, než je tomu u mužů.
- Ženy si snadněji vytvářejí životní styl.

(Nešpor, 2000 s. 56)

#### 4.4.3 Specifika působení návykových látek ve vyšším věku

- Odolnost vůči návykovým látkám ve vyšším věku často klesá. To je dáno více okolnostmi.
- Menší odolnost vůči alkoholu a návykovým látkám starých lidí může být do jisté míry výhodou, protože související nepříjemné pocity mohou zvyšovat motivaci ke změně.
- Pokles tolerance však zvyšuje riziko těžkých intoxikací.
- Lidé vyššího věku bývají častěji dlouhodobě léčeni léky (např. kvůli vysokému krevnímu tlaku, cukrovce, srdečním nemocem). Tyto léky mohou vstupovat do interakcí s alkoholem nebo jinými návykovými látkami a působit zdravotní komplikace.
- Ke zdravotním škodám dochází rychleji než ve středním věku, např. prostá opilost pronikavě zvyšuje krevní tlak a ve vyšším věku tím riziko cévních mozkových příhod.
- Lidé vyššího věku častěji trpí chronickými onemocněními, což u nich zvyšuje riziko vzniku závislosti na některých typech léků proti bolesti.
- Poruchy paměti v důsledku škodlivého užívání návykových látek (např. alkohol, diazepam) se ve vyšším věku často pojí s poruchami paměti jiného původu.
- Při léčbě starších pacientů se závislostí je třeba ještě ve větší míře pamatovat na léčení jejich tělesného stavu. Mnoho z nich trpí často nediodnostikovanými a neléčenými nemocemi.
- Častější bývá i nedostatek bílkovin a vitamínů, zejména skupiny B.
- Při léčbě pacientů s poruchami paměti vyššího věku jsou užitečné i léky zlepšující metabolismus mozku (neotropní léky) a trénink paměti.
- Psychoterapie je ve vyšším věku nejen možná, ale často dokonce velmi vhodná.



- Pro dlouhodobou stabilizaci stavu je důležité pomoci staršímu pacientovi vytvořit fungující síť sociálních vztahů. Mohou pomoci např. kontakty z dřívějšího zaměstnání, oživení vztahů v rodině, mezilidské vztahy, které člověk získá při pěstování nějaké záliby.
- Výsledky léčby závislostí ve vyšším věku mohou být příznivé, zejména pokud se daří vytvořit přiměřený životní styl.

(Nešpor, 2000, s. 57)

#### 4.5 Psychické a sociální důsledky závislosti

Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických a somatických závislostí, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky. Psychoaktivní látky mají různé účinky a vyvolávají různé typy závislosti. Dlouhodobé užívání těchto látek může podstatným způsobem změnit osobnost takového člověka a jeho chování, může vyvolat i závažnější duševní poruchy.

##### 4.5.1 Psychické důsledky závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách mění psychické reakce, procesy i vlastnosti a v souhrnu celou osobnost závislého jedince. Dlouhodobé užívání takových látek může vytvořit tzv. organický psychosyndrom, změny osobnosti vyvolané poškozením mozku.

- ❖ **Emoční prožívání je deformováno**, citové reakce nejsou vždy přiměřené vyvolávajícímu podnětu. Závislý člověk bývá labilnější, dráždivější, se sklonem k extrémním citovým prožitkům (ať už jde o změny emocí pod vlivem drogy nebo projev abstinčního syndromu).
- ❖ V **kognitivní oblasti** dlouhodobé užívání psychoaktivní látky zhoršuje schopnost koncentrace pozornosti, paměťové funkce a nakonec může vést k demenci. Zde je zřejmá souvislost se vznikem organického psychosyndromu a prohlubujícím se poškozením CNS. Nápadný a rychlý průběh má např. při inhalaci organických rozpouštědel.

- ❖ Užívání psychoaktivních látek mění **aktivační úroveň**. Pod vlivem drogy může být člověk buď extrémně aktivizován (např. po užití pervitinu), nebo je naopak neschopen jakékoliv aktivity. Útlum může nastat pod vlivem drogy (např. heroinu, toluenu apod.), nebo naopak závislý člověk drogu potřebuje, aby se vůbec aktivizoval.
- ❖ Závislý člověk má jinou **hierarchii hodnot**, která ovlivňuje i jeho autoregulaci. Nemá dostatek vůle k překonání potíží, s nimiž je užívání drogy spojeno. Nebývá schopen potřebného sebeovládání, i když by si přál dávku alespoň nezvyšovat. K úspěšné léčbě je ovšem důležitá motivace, bez ní nelze dosáhnout žádného efektu.
- ❖ Návyk na drogu mění **životní styl**. Výrazně jej ochuzuje, takže se nakonec stává značně redukováným stereotypem. Život závislého člověka je naplněn aktivitou zaměřenou na získání drogy, její užití a opakování těchto činností stále dokola. Paradoxní je, že počáteční motivací k užití drogy bývá často potřeba změnit všednost života a nějak jej obohatit. To se ovšem podaří jen velmi krátce. Závislost přinese jiný, pevnější a těžko zvládnutelný stereotyp. Svůj život posuzují různí drogově závislí lidé dost podobně.
- ❖ **Závislému člověku nakonec zbývá jen droga**, všechno ostatní ztratil, zmizelo, přestalo mít svůj význam. **Člověk závislý na droze nemá budoucnost**, neplánuje ji, neuvažuje o ní, nechce o ní nic vědět. Je soustředěn na přítomnost.
- ❖ **Osobnost závislého postupně upadá**. Dochází k mnoha závažným změnám, např. k psychopatizaci osobnosti, k úbytku schopností apod. někdy si člověk svůj úpadek uvědomuje, zhoršuje se jeho sebehodnocení. Ale ani v těchto případech nebývá schopen aktivní obrany, má pocit, že se už nedá nic dělat, přežívá ze dne na den, bez vyhlídky na budoucnost.
- ❖ **Poruchy psychotického charakteru** vznikají jako následek nadužívání psychoaktivní látky. Jejich typickými projevy jsou poruchy vnímání, halucinace,



bludy, narušení citového prožívání, objevují se neadekvátní emoce (např. silná úzkost) a poruchy psychomotoriky (např. ztuhnutí) (Mareček, 1996; Smolík, 1996)

- ❖ **Amnestická porucha**, která se projevuje zhoršením paměti, a **demence** (objevují se relativně brzy u čichačů organických rozpouštědel) (Smolík, 1996; Mareček, 1996)

Ani krátkodobá abstinence nemusí člověka zbavit potíží. Jednak je zde riziko recidivy, jednak některé psychické změny (např. v emotivním ladění) mohou přetrvávat ještě v době, kdy už jedinec drogu neužívá. V této souvislosti bývají často uváděny tzv. psychické reminiscence neboli „flešbaky“. Do této kategorie patří spontánní návraty halucinací, iluzí (obvykle zrakových, ale mohou se týkat jakéhokoli smyslového okruhu včetně vnímání času, prostoru a vlastní osoby). Vrací se intenzivní emoční prožitky a pocity (např. pronásledování), které jedinec prožíval dříve, v době, kdy užíval drogu. Takové pocity trvají krátce, ale mohou být relativně časté. Objevují se ještě dva roky po poslední dávce halucinogenů nebo marihuany.

(Vágnerová, 1999, s. 305)

#### 4.5.2 Sociální důsledky závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách má významné sociální důsledky, které často vyplývají z psychických změn a odlišného chování závislých lidí. Závislý jedinec přestává respektovat příslušné normy, neplní svoje povinnosti, přestává chodit do zaměstnání nebo do školy.

Mění se jeho vztahy s lidmi. Chování závislého člověka je pro jeho okolí většinou nepřijatelné. Pod vlivem změny své hodnotové orientace (kde získává nejvýznamnější postavení droga) přestávají mít ostatní hodnoty svůj význam.

Závislý člověk se stává nespolehlivým, sobeckým a necitlivým k potřebám ostatních lidí. Ačkoli demonstruje svou svobodu, je v základních věcech odkázán na okolí, není soběstačný. Parazituje na rodině, protože v pokročilejší fázi není schopen pracovat, a pokud něco vydělá, utratí to za drogu. Když nemá rodinné zázemí, parazituje na společnosti.

Hodnota drogy je pro závislého člověka tak silná, že je pro její získání ochoten krást, prostituovat apod. Je schopen podvádět a využívat i blízké lidi. Činí to tak dlouho, dokud se tyto vztahy závažným způsobem nenarouší.

Závislý člověk na droze se postupně stává pouhou potíží, rodina rezignuje, když vyčerpala všechny dostupné možnosti. Mnohdy závislý člověk z rodiny odchází, přebývá u podobně postižených nebo se stává bezdomovcem. Hlubší a kvalitnější citový vztah nevydrží, ani když užívají drogu oba partneři. Schopnost navázat a udržet citový vztah závislost na psychoaktivní látce ničí. Droga má větší subjektivní hodnotu než všechno ostatní.

(Vágnerová, 1999, s. 305 – 308)

### Rodina

Drogově závislý jedinec devastuje a mnohdy i rozbíjí svou rodinu. (Jde obvykle o primární, orientační rodinu, protože závislí lidé bývají mladí. Ještě nestačili uzavřít manželství a založit prokreační rodinu.) reakce rodičů na zjištění, že jejich dítě konzumuje drogy, bývá velmi často nepřiměřená a neúčelná (typickou reakcí jsou domluvy, vyhrožování, zákazy, výčitky, pláč, které nemají žádoucí efekt) někdy mohou mít rodiče začínajícího narkomana pocit viny, hledají příčinu, která k takovému chování vedla. Jindy se snaží svoje dítě chránit a popírají jeho vztah k drogám. Adekvátní reakcí je porada s odborníky v centrech pro závislé nebo v AT poradnách. Podle zjištění Netíka a kol. (1991) tak reaguje jen 26% rodičů.

### Zaměstnání

Závislý člověk postupně selhává v profesní roli, není schopen chodit pravidelně do školy nebo do zaměstnání. Pod vlivem drog bývá unaven, není schopen požadovaného výkonu, nemůže se soustředit, a na víc většinou ztrácí motivaci k takové činnosti. Nakonec je jeho chování natolik neúnosné, že je vyloučen ze školy, případně ukončen jeho pracovní poměr. Stává se nezaměstnaným a nemá ani motivaci hledat jiné uplatnění.



1. **Nezodpovědný a nestálý typ:** nedovede se vyrovnat se zátěžemi, řeší je neadekvátně a nezralá, nejčastěji nějakou formou úniku. Droga je jedním z možných způsobů úniku. Není schopen zvládnout základní sociální role a respektovat sociální normy. Nemá žádné stabilní osobní zaměstnání ani pevné vztahy k lidem. Nevydrží u ničeho ani v žádném vztahu. Žije jen přítomností a podléhá vlivu aktuálních podnětů. Nad důsledky svého jednání neuvažuje. Jeho hlavní motivací je dosahování příjemných prožitků, je nezdrženlivý.
2. **Egocentrický a bezohledný typ:** citově plochý, jeho vztahy k lidem jsou podřízeny aktuálním osobním potřebám. Lidé pro něj mají význam jen tehdy, když mu mohou být něčím užiteční. Hlubší vztahy si nevytváří. Není schopen brát ohled na potřeby a zájmy druhých lidí. Je bezohledný a necitlivý, silně egocentrický zaměřený pouze na sebe. Má porušené sebehodnocení, přeceňuje se, a navíc má potřebu vysokého ocenění od ostatních, kterou si leckdy vynucuje.

Jak je zřejmé, jsou charakteristiky uvedených skupin velice blízké dvěma typům osobnostních poruch: disociální a emočně nestabilní, dříve označovanými jako psychopatie. Je možné souhlasit s názory Karla Netíka a jeho spolupracovníku (1991), že tendence k abúzu drogy je v těchto případech jedním projevem anomálního rozvoje osobnosti. (Vágnerová, 1999, s. 308)

## 5. Prevence, léčba, terapie

### 5.1 Prevence

V prevenci se uplatňují jednak metody zdravotní a sociální výchovy, jednak různá právní opatření. U nás je stanoveno, že podle trestního zákona mohou být stíháni jedinci pro nedovolenou výrobu omamných látek, které jsou uvedeny v seznamu těchto látek. Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí v souladu se Světovou zdravotnickou organizací doplňuje a rozšiřuje seznam látek, na které byla zjištěna závislost. Vydalo také instrukci, jak postupovat při předepisování a výdeji léků se zvýšeným rizikem drogové závislosti. „Přípravky tohoto druhu nesmějí být předepisovány na jednom lékařském předpisu spolu s ostatními léčivy, jsou vydávány jen v okresech, kde byly předepsány. Lékárny faktorují lékařské předpisy s těmito léčivy odděleně. Preskripci těchto léčiv pravidelně sledují příslušné komise pro účelnou farmakoterapii“. (Janík, Dušek, 1990, str. 311)

#### Peer programy – východiska peer programů

Východiskem peer programů je aktivní zapojení předem připravených vrstevníků. Význam anglického slova „peer“ je ovšem širší nežli jen vrstevník. Je to někdo, s nímž se cílová populace může ztotožnit. Svoji roli tedy hraje nejen věk, ale i např. sociální situace nebo zaměstnání. Jestliže se cílová populace s nositeli preventivního programu ztotožní, poměrně snadno nabyté dovednosti a postoje uplatní v praxi. Účinné preventivní programy nemohou spolupracovat jen předáváním znalostí. To, že efektivní prevence problémů působených alkoholem a jinými návykovými látkami na školách je možná, dokazuje práce Toblerové (1986). Autorka shrnula výsledky 143 studií týkajících se prevence. Doslova uvádí: „Peer programy ukázaly jasně vyšší účinnost ve všech měřených výsledcích. U nejdůležitějších proměnných, tedy užívání návykových látek, byly výsledky signifikantně lepší nežli kombinované výsledky u všech ostatních intervencí. U peer programů trval pozitivní efekt u alkoholu, měkkých drog, tvrdých drog i cigaret.“ Vyšší účinnost peer programu potvrdila i pozdější studie Bengert-Drownse (1988).



Námitkou vůči peer programům je to, že byly vyvinuty v USA a že je lze údajně jen obtížně používat v jiných zemích. Tato námitka neobstála. Peery a spol (1989) ukázaly ve studii Světové zdravotnické organizace, že peer programy byly efektivní v rozdílných zemích jako Austrálie, Chile, Norsko a Svazijsko. O tom, že využití vlivu připravených vrstevníků znásobuje účinnost prevence, se hovořilo i na nedávném mezinárodním kongresu při příležitosti Evropského týdne drogové prevence. (Nešpor, Csémy, Kašparová, 1995, str. 36)

## 5.2 Léčba a terapie

Léčba rozvinutých závislostí je nejméně přínosným příspěvkem k řešení drog ve společnosti. Jde o medicínské řešení následků něčeho, co už existuje a co nepředstavuje patologický chorobný stav, jehož vzniku se nepodařilo zabránit. Proto se zdůrazňuje, že léčení návyků je třeba vždy spojovat s preventivními opatřeními, které by zabránily jejich vzniku.

Při léčbě jde o odstraňování následků, které ve vlastní terapeutické fázi řešení už neumožňuje odstranit příčiny tohoto stavu. Léčebné postupy se také liší podle druhu zneužívané drogy. Jinak se léčí heroinová závislost, jinak návyk na barbituráty a jinak alkoholismus. Pro léčení jednotlivých druhů závislosti se někdy budují i specializované ústavy.

Při léčení závislostí přece jen platí některé všeobecné zásady:

- léčení v ústavních zařízeních (ambulantní je málo účinné, využívá se až k doléčení)
- úplné odnětí drogy (podle druhu zneužívané drogy se provádí buď náhle, nebo postupně)
- kontrolovaná abstinence (musí trvat dostatečně dlouho, záleží na zneužívané látce, osobnosti a na sociálních faktorech)
- intenzivní psychoterapie (už v prvním období léčení, kdy se zároveň začíná s rehabilitací, vede k rozvinutí a obnově sociálních a pracovních návyků)
- dlouhá resocializace (postupně změnit stávající vzorce a návyky chování, které vedly ke vzniku závislosti a vytvořit nové, tzn. takové, které by léčeným umožnily opětovné zapojení do společnosti, jde o proces dlouhodobý)

Pochopitelně proces **léčby, rehabilitace a resocializace** není jen záležitost medicínská nebo dokonce jenom psychiatrická. V rámci ochrany společnosti do ní zasahují i nemedicínské faktory. Jde o právní opatření, sociální (řešení bytových či jiných otázek), ekonomické (pracovní zařazení, nemocenské dávky, invalidní důchod), pedagogické (výchova k osvojení si profesionálních i jiných stereotypů) aj. (Janík, Dušek, 1990, s. 308)

Upozorňuje se na to, že prvořadou úlohou při léčení toxikomana je rozpoznání příčin, které vedly k rozvoji závislosti. Vychází se nejen ze situace postiženého, z jeho ekonomických, sociálních a kulturních podmínek, ale i ze širších sociálních souvislostí. Bere se v úvahu i oblast, druh a formy rozšířené drogové závislosti, protože i to ovlivňuje přístupy v léčení postiženého a vhodný výběr rehabilitačních metod.

Z preventivního hlediska je nutno si stanovit postupné cíle, aby mohl být dosažen konečný cíl – rozvoj společnosti, která by nebyla závislá na drogách. Je třeba vypracovat takové léčebné, preventivní a výchovné zásady, které by změnily postoje společnosti vůči zneužívání drog.

(Janík, Dušek, 1990, s. 309)

Léčebná opatření v boji proti drogovým závislostem mají ve všech zemích určitou tradici, a proto byly získány i určité skutečnosti. U nás jsme se nejvíce setkávali se závislostí na alkoholu, proto i zkušenosti s léčením těchto závislostí jsou bohaté. V 60. letech se zvýšil počet drogově závislých, začaly se při jejich léčení používat stejné nebo obdobné metody jako při léčbě alkoholismu. V té době byla situace jiná než dnes i co se týče věkového složení drogově závislých. Největší počet byl zjištěn ve střední věkové kategorii. Postupně se věková hranice závislých lidí posunula do mladších věkových kategorií, což se projevilo i v použitých léčebných metodách. Ukázalo se, že nelze používat stejné léčebné metody jako dosud, že mladší jedinci vyžadují zcela odlišné přístupy.

U nás se léčení provádí dosud jen v psychiatrických zařízeních, v některých se vytvořila samostatná oddělení pro léčbu toxikomanů.



**První fázi** terapeutického postupu je detoxikace, která spočívá v léčení abstinenčních příznaků rozvíjejících se po vynechání drogy, když byla v silné míře vytvořena somatická závislost. Provodí se na stejném oddělení jako pro alkoholiky, protože v tomto období jsou léčebné postupy obdobné. I v zahraničí se tato fáze realizuje převážně v psychiatrických zařízeních. Délka léčby trvá asi jeden až dva týdny. Někdy se detoxikace provádí na interních odděleních, jestliže převažují v abstinenčním syndromu somatické projevy.

**Druhá fáze** se již provádí na zvláštních odděleních, která k tomu byla vyčleněna v některých psychiatrických léčebnách. Vedle kontrolované abstinence se realizuje komplexní léčebný program spočívající v resocializační a readaptační terapii. Spolupracuje se úzce s nezdravotnickými institucemi, aby návrat do sociálního prostředí probíhal co nejlépe. Nezbytná je úzká spolupráce s rodinou, prošetřuje se i situace na pracovišti a v okolí bydliště léčeného. To vše spolu s vlastní terapií, která spočívá v psychiatrické rehabilitaci a psychoterapii, dává léčenému reálné šance na návrat zpět do původního sociálního prostředí.

**Třetí fázi** je doléčování. Jde v podstatě o snahu udržet dosažené léčebné výsledky a zajistit abstinenci od drogy. Doléčování u nás probíhá v podmínkách ambulantní psychiatrické léčby. Stále více se začínají uplatňovat Kluby propuštěných nemocných. Ty vytvářejí zázemí pro doléčované toxikomany.

(Janík, Dušek, 1990, s. 310)

### *5.2.1 Substituční léčba*

Substituce („nahrazení“) je způsob léčby, kde je užívání původní drogy nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky (např. užívání heroinu je nahrazeno užíváním metadonu) nebo může jít o substituci škodlivého způsobu aplikace drogy za méně škodlivý, případně je to kombinace obou způsobů. Cílem substituce je eliminování užívání určité, především ilegální drogy, anebo eliminace škodlivé formy podávání drogy, která je provázena výraznými zdravotními riziky (injekční užívání). Doba jejího trvání může být velmi různá. (Kalina a kol., 2003, s.159)

Doba jejího trvání může být různá. Je to od několika týdnů, měsíců či let, kdy je léčba zaměřena na časově ohraničený přechod mezi užíváním drog a abstinencí u uživatelů drog, v průběhu substituční léčby dochází ke stabilizaci zdravotního stavu, sociální situace klienta a klient postupně snižuje dávky až k úplnému vysazení. Doba substituční léčby závisí na individuální situaci klienta a stanoví se na základě podmínek zařízení, ve kterém substituční léčba probíhá. Někdy, zvláště v případě uživatelů drog s velmi dlouhou dobou užívání drog, kdy se nepředpokládá taková změna životního stylu a motivace k abstinenci, může být substituce časově neomezená.

Substituční léčba má být provázena psychoterapií, sociálním poradenstvím, což napomáhá klientovi se postupně zapojit do běžného života, řeší své osobní problémy, sociální situaci. Substituční léčba pomáhá snížit náklady na léčbu zdravotních potíží, ke kterým by další užívání drog u klienta vedlo, k eliminaci kriminálních činů spojených se získáváním peněz na drogy, k eliminaci přenosu infekčních onemocnění prostřednictvím rizikového způsobu aplikace drog.

Stabilizovaný klient má možnost si najít zaměstnání v rámci svých možností a podmínek léčby normálně fungovat ve společnosti. Je nutné si uvědomit, že substituční léčba není v konečném důsledku nijak velká výhra, omezení dané každodenním docházením (či docházením několikrát týdně) si pro dávku substituční léčby. Nesvoboda, která z tohoto vyplývá, ovlivňuje pochopitelně klientův život a postupem času to pro klienta může přestat být původně vytoužené řešení jeho situace.

V ČR existují substituční metadonové programy. Základními podmínkami pro vstup do metadonového programu je plnoletost několik prokazatelných, neúspěšných pokusů o léčbu vedoucí k abstinenci a další podmínky stanovené konkrétními zařízeními. Substituční léčba neznamena v principu podporování užívání drog ve společnosti, je jednou z možností jak zjistit bezpečnější alternativu pro klienta i pro společnost. V ČR existuje sedm pracovišť metadonové substituční léčby v šesti městech. (Kalina a kol., 2003, s. 29)

### 5.2.2 Detoxikace, detoxifikace, „detox“

Smyslem detoxikace je zbavit organismus škodlivé látky. Zbavení se vyčištění se, od návykové látky se může dít buď bez použití léků nebo za farmakologické podpory zaměřené na překonání abstinčních příznaků.



Detoxikace má klienta připravit na další léčbu kam nastoupí po absolvování „detoxu“. Jiným důvodem detoxikace může být případ, kdy klient je pod vlivem drog nebezpečný svému okolí z důvodů psychotických stavů, nebo pokud je vážně nemocný a pro další léčbu onemocnění je nutná abstinence od návykové látky.

Detoxifikace je přímo léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drog u klienta a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Vhodné zařízení, ve kterém se tato procedura provádí, je obvykle nazýváno detoxifikační centrum nebo detoxifikační jednotka. Tradiční detoxifikace se prováděla a v současnosti stále provádí ve speciálním lékařském zařízení, v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně. Klient je přijatý na „detox“ ještě intoxikovaný nebo s počínajícími abstinenciími příznaky. Pokud se používá medikace předepisuje se obvykle látka, která má obvykle podobné účinky a je podobného charakteru jako droga, kterou dotyčný užívá. Při předchozím užívání heroinu se používá obvykle metadon či buprenorfin (Subutex), někdy jiné tlumivé látky (benzodiazepiny). Dávkování je určeno tak, aby byly ulehčeny odvykací příznaky, ale aby nedošlo k intoxikaci jako na droze a postupně se snižuje. (Kalina a kol., 2003, s. 306 – 307)

Pobyt na detoxifikační jednotce se ukončuje až několik dní po té, co odezněly abstinencií příznaky a léky jsou vysazené. Pokud je klient propuštěn dřív, detoxikace není dokončena, hrozí výrazné riziko relapsu (situaci, kdy si po nějaké době abstinence dotyčný opět vezme drogu) a je tu nebezpečí, že když si klient vezme dávku, na kterou byl před „detoxem“ nastaven může se předávkovat. V současnosti již není přímo pobyt na detoxifikační jednotce jedinou variantou „detoxu“, je možné volit i alternativu ambulantní, „domácí“ detoxifikace, která probíhá v domácím prostředí a klient dochází za lékařem ambulantně nebo lékařský personál dochází za ním.

Detoxifikace trvá zpravidla od několika dní do cca čtrnácti dnů, závisí to na typu užívané látky, zdravotním stavu klienta a dalších faktorech. Detoxifikace by měla být provázena psychoterapeutickou péčí, která je zaměřena na podporu a motivaci k další léčbě, pokud je pokračování v léčbě důvodem, proč byl klient na „detox“ přijatý. Je nutné si uvědomit, že zbavení se odvykacího syndromu není v žádném případě možné považovat za dokončení, výsledek léčby. (Kalina a kol., 2003, s. 192)

Detoxifikace je jen počátek léčebného procesu. Jako závažnější důsledek drogové závislosti se jeví nakonec psychická závislost, jejichž symptomy v určitých zátěžových



situacích mohou klienta provázet ještě řadu měsíců i let, na rozdíl od fyzické závislosti, jejíchž příznaků se definitivně zbaví po několika dnech či týdnech. Léčba je pak zaměřená především na to, aby klient samostatně obstál v podmínkách běžného života bez drogy a zvládl rizikové situace, které by ho mohli vést zpět k užívání drog.

### 5.2.3 Léčebné programy

V drogové problematice se pojem léčba užívá v širším významu pro odbornou strukturovanou práci s klientem. Vyjma substituční léčby, substitučních programů, je léčebný proces směřovaný k abstinenci klienta. Jako léčbu v tomto širším pojetí označujeme i léčebné programy mimo zdravotnictví. Léčení používá různých metod od farmakoterapie (např. v počátku léčby při detoxifikaci) přes poradenství, sociální práci až po psychoterapii i skupinovou či individuální. Podle typu se rozlišují léčby ambulantní a rezidenční. Podle délky může být léčba krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá. Na základní léčebný program by měla navazovat následná péče, doléčování, které pomůže klientovi obstát v životě po léčbě a využije efekt léčby.

#### Ambulantní léčba

Léčba, která probíhá bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Při ambulantní léčbě klienta dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, při čemž délka léčby a frekvence docházení se může v různých typech zařízení lišit, nicméně měla by být ve všech případech zakotvena v dohodě klienta se zařízením či terapeutem. Ambulantní léčba je vhodná pro lidi, kteří mají sociální, rodinné zázemí, které je pro ně podporou či při nejmenším není ohrožující. Jsou motivováni a jsou schopni větší sebekontroly v situaci, kdy jsou vlastně stále v kontaktu s okolím, prostředím, ve kterém drogy užívají. Z toho vyplývá, že u lidí, kteří braly drogy velmi dlouho třeba 10 let a jejich zázemí je mizerné, je vhodnější spíš uvažovat o jiném typu léčby než ambulantním. Za účinnou se považuje léčba až od délky tří měsíců s frekvencí kontaktu s léčebným zařízením minimálně dvakrát až třikrát týdně.

V ČR nabízí ambulantní péči *AT poradny*, což jsou ambulantní psychiatrická zařízení, která se zaměřují na alkoholové a drogové závislosti. Klient dochází po dohodě s lékařem zpravidla dvakrát až třikrát týdně na pohovor, v případě krizové situace může



být kontakt častější. Existují také ambulantní skupiny, které se scházejí jednou týdně nebo častěji a buďto fungují v rámci některého terapeutického zařízení nebo jako svépomocné. V současnosti i v ČR probíhají svépomocné skupiny Anonymní alkoholici a Anonymní narkomani. (Kalina a kol., 2003, s. 172 – 175)

Další možnou podobou ambulantní léčby je *denní stacionář*, kde klient dochází každý den (obvykle každý všední den) do léčebného programu, který je od ranních do odpoledních hodin. Klient tedy tráví v léčebném zařízení v podstatě celý den, když se účastní skupinové terapie individuálních pohovorů s terapeutem, využívá poradenství ohledně sociálních, právních záležitostí, které potřebuje řešit, účastní se volnočasových a pracovních aktivit. Večer odchází domů, na rozdíl od rezidenční, pobytové léčby, součástí léčby bývá také rodinná nebo partnerská terapie a případně podpůrné rodičovské skupiny pro rodinné příslušníky klientů, kde se dozvídají informace o procesu léčby a mají možnost si promluvit i o situaci, ve které se nachází. (Kalina a kol., 2003, s. 181)

### **Pobytová léčba (rezidenční léčba, ustavní léčba)**

Léčebné programy, při nichž klient žije v chráněném prostředí léčebného zařízení, Tento typ léčby se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog. Vytváří jasný režim a pravidla pobytu a využívá různých terapeutických metod, které mají pomoci klientovi ujasnit si své postoje vůči návykovým látkám, řeší nejružnější problémy, které se týkají jeho předchozího života ať už na drogách nebo bez nich, získat komunikační, sociální dovednosti. Využívá skupinové a individuální psychoterapie, pracovní terapie, klienti se účastní aktivit pro volný čas (sport, výtvarné aktivity apod.), mohou využít poradenství sociálně právních problémech. V rámci léčby se obvykle spolupracuje s rodinou a nebo partnerem klienta. (Kalina a kol., 2003, s. 197)

Léčení může být krátkodobé tj. léčba trvá do cca dvou měsíců, střednědobé tj. od 2-3 měsíců do cca 6 měsíců, dlouhodobé v délce od půl roku do jednoho roku, výjimečně až dvou let. Krátkodobá a střednědobá léčba probíhá obvykle v lékařských zařízeních, psychiatrických léčebnách (pro tento typ léčby se používá názvu ústavní léčba). Dlouhodobé léčby probíhají vesměs v terapeutických komunitách. Tradičně je délka dlouhodobé léčby v terapeutické komunitě kolem jednoho roku. I když

v současnosti nabízí i některé z terapeutických komunit střednědobé léčby v délce kolem 6-8 měsíců. Pro léčbu v terapeutické komunitě se obvykle používá pojem rezidenční.

Léčba v *psychiatrické léčebně* zaměřené na léčbu závislostí je pod lékařským dohledem. Využívá režimová opatření, strukturovaný denní program a další terapeutické aktivity. I vzhledem k tomu, že ustavní léčba bývá v délce kolem tří měsíců, je zaměřena hlavně na problém závislosti, ne příliš na ostatní problémy klienta a jeho resocializaci důležitou pro návrat do běžného života s tím, že si musí vybudovat zázemí, najít si zaměstnání apod. Proto je důležité po absolvování léčby navázat v doléčování, v rámci kterého může dotýčný tyto věci „dotáhnout“.

Tento typ léčby je vhodný pro klienty, kteří nejsou schopni abstinovat v původním prostředí a je pro ně nezbytné na nějakou dobu toto prostředí opustit a stabilizovat se, nicméně se po léčbě mají kam vrátit a s podporou jsou schopni zvládat běžný život bez drog. Vzhledem k tomu, že léčba probíhá v lékařském zařízení, je vhodná také pro klienty, kteří mají závažné sociální nebo psychické potíže. Z léčby v psychiatrické léčebně je možné navázat léčbu v terapeutické komunitě, ať už klient přestoupí po několika týdnech nebo léčbu v léčebně absolvuje a pak si zvolí nástup do terapeutické komunity. (Kalina a kol., 2003, s. 195)

Léčba v *terapeutické komunitě* je využívá kromě strukturovaného programu a jasného režimu hodně skupinovou terapii, na které je postavena. Zároveň samozřejmě další věci, jako je pracovní terapie, sociální poradenství a volnočasové a sportovní zátěžové aktivity. Klade se důraz nejen na problematiku závislosti, ale léčba se zaměřuje i na řešení dalších problémů klienta, se kterými se v průběhu léčby vyrovnává a řeší, zdůrazněna je odpovědnost a samostatnost klienta. Léčba je zpravidla dlouhodobější, rozfázovaná do několika etap, ve kterých se klient učí specifické dovednosti a má specifické úkoly. V poslední fázi již kupříkladu pracuje, má zaměstnání či brigádu v okolí komunity a v komunitě tráví mnohem méně času, je samostatnější a připravuje se na běžný život venku. (Kalina a kol., 2003, s. 201)

Léčba v terapeutické komunitě je vhodná především pro ty, kteří užívali drogy velmi dlouho, mají mnoho dalších problémů a mají nevyhovující zázemí. S klienty se



řeší jejich právní potíže, část z nich má za sebou kriminální minulost spojenou s drogami. Klient by měl po léčbě případně s podporou doléčování, schopen normálně fungovat a vybudovat si znovu svůj život a sociální zázemí. (Hartl, 1997, s. 67)

Léčba může být také zaměřena na určitý typ klientely, jsou ambulantní léčebná zařízení, která se zaměřují především na děti od 15 let užívající drogy nebo terapeutické komunity, které nabízí léčbu mladistvým klientům, či terapeutická komunita pro závislé matky, kde se mohou léčit a zároveň mít u sebe své děti.

### **Terapeutické komunity**

Terapeutické komunity pro závislé, které vznikaly po druhé světové válce v USA, vycházely patrně více ze zkušeností Anonymních alkoholiků než z britských terapeutických komunit pro duševně nemocné. I tak ale mají s klasickými terapeutickými komunitami některé společné rysy, jako je aktivní podíl pacientů na léčení, vytvoření dobré komunikace na všech úrovních, podíl na rozhodování, kolektivnost a využívání sociálního učení, při kterém dostává člen komunity bezprostřední zpětnou informaci o tom, jak působí jeho chování na druhé. Terapeutické komunity pro závislosti mají ovšem i specifika, k nimž patří vnitřní diferenciaci (ti, kdo jsou v komunitě déle a osvědčili se, získávají výhodný, ale zvyšují se i nároky na ně). V terapeutických komunitách pro závislé bývají také jasná a důrazně prosazovaná pravidla, jejichž porušení může vést k předčasnému ukončení léčby. (Nešpor, 2000, s. 102)

Některé typy terapeutických komunit

- Terapeutické komunity v zařízeních poskytující střednědobou léčbu (od několika týdnů do zhruba čtyř měsíců).
- Modifikované terapeutické komunity pracující ve specifických podmínkách (např. ve vězení) nebo se specifickými pacienty (např. s těmi, kdo se kromě závislosti léčí pro jinou duševní nemoc).
- Klasické terapeutické komunity pracují podle amerických vzorů, kde trvá léčba jeden rok i déle a dělí se typicky na úvodní stádium (do šedesáti dní), stádium

primární léčby (dva – dvanáct měsíců) a stádium návratu do společnosti „re-entry“, trvá 13 až 24 měsíců včetně ambulantního doléčování.

Pro koho se hodí dlouhodobý pobyt v terapeutické komunitě:

- Pro ty, u nichž závislost dosáhla určitého stupně závislosti.
- Pro ty, kdo jsou tělesně a zejména duševně schopni takový pobyt zvládnout.
- Pro ty, kteří nemají dostatečné zázemí a kvalitní přátele, takže by kratší léčba byla spojena s neúměrně vysokým rizikem recidivy.
- Pro ty, kteří jsou ochotni takovou léčbu přijmout a dostatečně dlouho v ní setrvat.

### **Socioterapeutické kluby**

Nejstarší socioterapeutický klub u nás a patrně i ve střední Evropě vznikl zásluhou doc. Skály v roce 1948 u Apolináře. Doc. Skála v té době již znal organizaci Anonymních alkoholiků. Nejpodstatnějším rozdílem oproti ní byla těsná integrace jeho klubu a mateřského léčebného zařízení i to, že byl už od počátku veden profesionálními terapeuty. Po apolinářském vzoru vznikly další podobné kluby opět většinou při léčebných zařízeních (ať už ambulantních nebo ústavních). Po listopadu 1989 se bohužel počet nových socioterapeutických klubů nezvýšil, ale naopak se spíše snížil. (Nešpor, 2000, s. 104)

Některé výhody socioterapeutických klubů:

- Dobře fungující socioterapeutický klub může dočasně nebo i dlouhodobě nahradit chybějící nebo nedostatečnou síť sociálních vztahů u lidí, kteří se v souvislosti s překonáním své závislosti museli rozejít s bývalými známými nebo kteří zůstaly osamělí.
- Socioterapeutický klub při ambulantním nebo lůžkovém zařízení poskytující léčeným pozitivní modely lidí, kteří závislosti překonávají. To zvyšuje motivaci pacientů k aktivní spolupráci v léčbě. Socioterapeutický klub zvyšuje i morálku a sebedůvěru pracovníků zařízení, kteří by jinak byli konfrontováni spíše s neúspěšnými pacienty, kteří v nesnázích vyhledávají jejich pomoc.



- Pro příznivý výsledek léčby bývá důležitá její délka a dlouhodobé udržování kontaktu. Právě tomu sociterapeutické kluby napomáhají.

#### 5.2.4 *Následná péče, doléčování*

Následná péče, doléčování, je péče poskytnutá klientovi po odchodu z léčebny, v širším pojetí se týká všech služeb, které klient po léčbě využije, od pracovního poradenství přes chráněné bydlení až po psychoterapeutické programy. V užším pojetí je to péče zaměřená na podporu a udržení abstinence po léčbě. Jde hlavně o zvládnutí obtížné situace po příchodu z léčebny, kdy klient konfrontuje poznatky a dovednosti z léčby s „normálním“ životem, mnoho věcí se učí a s mnoha se potýká, čeká na něj hledání práce, bydlení, dokončení školy atd. Klient v některé situaci může „uklouznout“, jednorázově si znovu vzít drogu, (mít relaps) a pokud je v kontaktu s odborníkem je možné situaci zvládnout tak, aby se klient z toho poučil, že podcenil rizika a vydal se na tenký led, aniž by muselo dojít k tomu, že začne opětovně intenzivně užívat drogy.

V době po léčbě také často vylézají na povrch psychické problémy, nedořešené věci z minulosti, potíže s partnerskými a rodinnými vztahy, které v době léčby zůstaly překryté vzhledem k tomu, že léčba se odehrává v jiném prostředí, je leckdy úzce zaměřena pouze na problém drog a otevření a řešení těchto potíží čeká na klienta až „venku“. (Kalina a kol., 2003, s. 209)

Doléčovací centra využívají obvykle strukturovaný program, zahrnující ambulantní individuální a skupinovou terapii, poradenství v sociální sféře, především ohledně získání zaměstnání po léčbě, vyřešení právních problémů z minulosti, dokončení nedodělaných škol apod. Případně zde probíhají další aktivity jako je arteterapie, volnočasové aktivity pro klienty, na jejichž přípravě se klienti podílejí (sport, divadlo, výtvarná činnost, výlety). Program je koncipován časově tak, aby do něj mohli odcházet klienti i po té, co si najdou po léčbě práci nebo pokračují ve studiích, probíhá většinou ve večerních hodinách. (Kalina a kol., 2003, s. 209)

Některá doléčovací centra poskytují pro klienty po absolvování léčby chráněné bydlení. Chráněné bydlení je možnost ubytování na určitou omezenou dobu (zpravidla 6 měsíců až jeden rok) pro lidi, kteří se po příchodu z léčby nemají kam vrátit nebo je jejich rodinné a sociální zázemí problematické a ohrožující. Za pobyt na chráněném

bydlení se platí nízký nájem a klient je vázán určitými povinnostmi a má možnost terapeutické podpory, dochází do doléčovacího programu. Za základní pravidla se považuje to, že klient nesmí přinést drogy nebo alkohol na chráněné bydlení a nesmí být v chráněných prostorách pod vlivem drog. Dobu strávenou na chráněném bydlení má klient využít k tomu, aby zvládl rizikové období po příchodu z léčby, osamostatnění se, našel si zaměstnání a zajistil si svoje bydlení, kam půjde po odchodu z chráněného bydlení.

Někdy jsou v rámci pobytu na chráněném bydlení zprostředkovávaná chráněná pracovní místa pro některé z klientů, kteří vzhledem k tomu, že nikdy nepracovali, mají za sebou kriminální minulost, nemají dokončené vzdělání a mají třeba i nějaká zdravotní omezení, nemohou ihned po léčbě sehnat zaměstnání. Chráněné pracovní místo je taktéž na určitou časově omezenou dobu a pomáhá klientovi zvyknout si na pracovní řád, naučit se nové pracovní dovednosti. Chráněná pracovní místa jsou placená a obvykle jsou domluvená na několik měsíců až rok. Klient si pak na základě této zkušenosti je schopen lépe zajistit své další zaměstnání.

Doléčování může probíhat i formou individuálních pohovorů kupříkladu AT poradně či v jiném podobném ambulantním zařízení nebo formou docházky na ambulantní doléčovací skupiny nebo svépomocné skupiny.

Některá léčebná pobytová zařízení využívají i tzv. opakovacích léčeb, kdy klient po léčbě přijede na několik dní na opětovný pobyt, kde si může promluvit o problémech, na které po léčbě narazil, využít na pár dní chráněného prostředí, které zná a zorientovat se v klidu ve své situaci.

(Kalina a kol., 2003, s. 210 – 212)



### III. EMPIRICKÁ ČÁST

#### 1. Hlavní cíle

Cílem této práce je rozbor individuálních příčin návykového chování u některých klientů ve vybraném zařízení. Svoji pozornost soustředím na nalezení konkrétních motivů jejich léčby a zároveň se pokusím zjistit, jaké mají představy o budoucnosti a jak ovlivnila jejich perspektivu prožitá závislost i následná léčba a terapie. V neposlední řadě bude můj výzkum směřovat ke klientům, kteří již zařízení opustili a pokusím se vypátrat, jak pokračuje jejich kariéra.

V první fázi empirické části bude proveden rozbor systému terapie v zařízení, v němž se pohybují respondenti průzkumu.

V druhé fázi se zaměříme na kvalitativní zpracování výpovědí vybraných klientů a na katamnestické údaje bývalých klientů.

V prezentaci jednotlivých výpovědí a ze zjištěných katamnestických údajů budeme sledovat ověření následujících předpokladů:

1. Lze předpokládat, že většina uživatelů drog pochází z narušeného rodinného prostředí.
2. Lze předpokládat, že start drogové kariéry byl ovlivněn neúspěchy ve studiu či zaměstnání.
3. Lze předpokládat, že klienti, kteří absolvují pracovní terapii v době rekvalifikace, mají později lepší uplatnění na trhu práce.

Metody průzkumu:

- analýza programu a postupu léčebného a terapeutického zařízení
- řízený rozhovor s vybranými klienty zařízení
- analýza získaných katamnestických údajů

## **2. Circle of life o. s. Koněšín – Kruh života**

### **2.1 Charakteristika zařízení**

Circle of life o. s. nabízí aktivitu v oblasti následné péče o dříve drogově závislé, můžeme hovořit o resocializačním zařízení a rekvalifikačním programu. Jde o atypickém zařízení, značně se odlišující od standardních svým režimem a pravidly regulovaných léčebných zařízení. Více se blíží běžnému životu ve společnosti a pracovnímu prostředí. Větší měrou zatěžuje klienta zodpovědností za vlastní vývoj i za jeho sociální chování, používá i netradiční způsob působení na klienty, volnějším režimem, možností běžných sociálních kontaktů včetně intimních s možností regulovaného a kontrolovaného přístupu k legálním drogám (cigarety, alkohol). Zařízení více individuálně přistupuje ke klientovi již od výběru a podmínek přijetí, kontaktů s rodinným či partnerským zázemím a poskytuje možnost spolupráce i po skončení základního pobytu programu (např. pracovní zapojení) Výsledky, ve smyslu zapojení do jeho životních, sociálních a pracovních vazeb jsou vysoce nadprůměrně pozitivní.

Jedná se o doléčovací zařízení, které je koncipováno jako otevřené zevnitř. To znamená, že nemůže zaručit klientovo setrvání. Zařízení by však mělo umět chránit klienta před vnějšími vlivy a umožnit mu bezpečný návrat do „normálního“ světa. Hlavními nástroji k dosažení právě tohoto cíle je především víra pracovníků i klientů ve změnu, terapeutický vztah, ergoterapie (pracovní terapie) a také osobnost jednotlivých pracovníků.

### **2.2 Program**

Základní ideou programu je vytváření předpokladů pro smysluplný život ve společnosti po absolvování doléčování – následné péče. Na základě terapeutického kontraktu je doléčovací program propojen s programem rekvalifikace v oboru keramik a případně, na základě pracovní smlouvy, následnou praxí v oboru, rovněž spojenou s terapeutickým kontaktem.

Klient má současně možnost využívat chráněné bydlení. Všechny tyto součásti programu vytvářejí předpoklady pro zpětné zapojení do běžného života. Nabízené



strukturované aktivity, závazné pro jednotlivé fáze programu, podporují změnu životního stylu klienta, žebříčku hodnot, převzetí odpovědnosti za své jednání a praktické, modelové sžívání s běžným životem.

Program vychází z dlouholetých zkušeností, je otevřený kvalitativním změnám ve svém průběhu a reaguje na aktuální potřeby. Jednoznačně kladné výsledky s prací této skupiny osob vedly k založení občanského sdružení CIRCLE OF LIFE v roce 1998. Spoluautorem projektu a jeho iniciátorem je **PhDr. Ivan Douda**, který je současně i garantem projektu. Obsahem sociálního programu je resocializace a sociální stabilizace klienta, prostor pro hledání pracovního místa, hledání bydlení, řešení rodinných nebo partnerských vztahů.

### 2.3 Principy doléčovacího zařízení

Doléčovací zařízení pracuje na několika základních principech:

- Klient přichází dobrovolně, s jasnou motivací a dobrovolně může zařízení opustit.
- Doléčovací zařízení se snaží vytvořit prostředí příznivé pro možnost klientovy změny.
- Terapie probíhá individuálně i ve skupinových formách.
- Doléčovací zařízení vytváří reálné prostředí pro návrat do běžného života mimo pracovní terapii.
- Terapeutický tým by měl být především poradcem a průvodcem pro klienty.

### 2.4 Účinné faktory doléčovacího zařízení

Účinné faktory DZ lze rozdělit na nespecifické a specifické:

#### a) Nespecifické faktory:

- vytržení z obvyklých vztahových vazeb a obvyklých odpovědností a zvyklostí
- mobilizace osobních rezerv vzhledem k novému prostředí
- zdravější životní styl, více fyzické námahy, pravidelné jídlo, pravidelný režim spánku a bdění, abstinence od drog

#### b) Specifické faktory:

- posílení sebevědomí

- poskytnutí potřebných informací klientům
- realističtější vnímání sebe sama díky pracovní terapii
- posílení sociálních dovedností a sociálního učení
- vzbuzení naděje a otevření nových možností
- spolupráce s rodinou a komunitními partnery
- zvýšení odpovědnosti
- postupné vyvázání z doléčovacího režimu

## 2.5 Cíle a poslání péče

Celý program následné péče řeší otázku resocializace osob v nedávné době drogově závislých. Tyto osoby často nejsou vyučeny, neukončily střední školu. Nebo nejsou připraveny pro vykonávání povolání.

Základním faktorem projektu následné péče je vytvoření podmínek k překlenutí období mezi ukončením léčby a zařazením do běžného života, sociální stabilizace, zvyšování sebevědomí a následné zapojení do smysluplné práce.

Rekvalifikační program slouží k získání pracovních návyků, smyslu pro povinnost, také komunikačních schopností a usnadnění do běžného života.

Tento projekt je potřebný hned z několika důvodů, kterými jsou například:

- finanční ztráta vznikající státu v případě recidivy těchto osob
- ztráta lidské důstojnosti, kdy nad sebou člověk vlivem drog přestává mít kontrolu
- finanční ztráty, které vznikají státu přispívajícímu více či méně na léčbu

Problémy s drogou mají stále mladší věkové kategorie, proto je projekt určen především k podchycení doléčování a rekvalifikaci osob ihned po dovršení 18 let. Ze zařízení odcházejí klienti po úspěšném absolvování léčby a navíc s dokončeným řemeslným vzděláním, to jim pak následně pomůže k uplatnění na trhu práce.



## 2.6 Poskytování služeb

Služby jsou veřejně dostupné pro klienty, kteří jsou zde přijímáni bez ohledu na bydliště, pohlaví, rasu, politické přesvědčení, náboženství, společenského postavení, též bez ohledu na typ návykové látky, způsob aplikace a historii užívání. Služby DZ jsou přístupné bez zbytečných odkladů. Klient by měl být ještě v průběhu léčby seznámen s podmínkami přijetí do doléčování, proto si žádá o přijetí ještě před ukončením léčby.

Je též nutné, aby před nástupem do DZ absolvoval víkendový diagnostický pobyt. Při jeho průběhu je klient seznámen s chodem zařízení a může se ještě rozhodnout, zda nastoupí následnou péči právě v tomto zařízení. Nejsou určeny termíny nástupu, tudíž může být klient zařazen do programu kdykoliv.

DZ poskytuje komplexní program služeb, kde jsou služby vzájemně provázány. V rámci tohoto programu mají klienti možnost absolvovat rekvalifikační kurz keramik – hrnčičů. Kurz trvá 6 měsíců a učební plán je rozvržen do dvaceti čtyř týdnů. Kurz se skládá z 560 hodin praktických, 91 hodin teoretických včetně závěrečné zkoušky a 120 hodin praxe dalších technologií, jako jsou například pálení, zpracování hlíny, sádrařství. Do programu je zařazeno i několik exkurzí.

Významným aspektem kurzu je skutečnost, že klienti jej neabsolvují v izolovaném komunitě, ale v průběhu trvání se setkávají s dalšími lidmi, ať už jsou to účastníci školních či letních kurzů, nebo občané Koněšína.

V průběhu rekvalifikačního kurzu nabízí DZ chráněné bydlení, doléčovací terapeutický program, který má tři fáze, a pokud má klient zájem, pak i zaměstnání v chráněné dílně.

DZ dále nabízí individuální terapie a konzultace, kam zařazujeme socioterapie, psychoterapie a jiné poradenství. Skupinové terapie a konzultace pak obsahují především prevenci relapsu, tematické skupiny, prožitkové skupiny a areterapii (Příloha č. 4).

Výhodou zařízení je také individuální přístup a pobyt v neizolovaném prostředí. Zařízení dále nabízí finanční příspěvek na rekvalifikaci a stravování s bydlením, důležitou pomocí je zajišťování příspěvku na rekvalifikaci od úřadu práce. V DZ je možnost víkendových pobytů rodinných příslušníků a přátel, zde záleží samozřejmě na domluvě s terapeutickým týmem.

## 2.7 Charakteristika klienta vhodného pro pobyt

Program o. s. Circle of life je určen lidem, kteří se rozhodli pro život bez drog. To je, dá se říci, cílová skupina doléčovacího programu.

Člověk, který se rozhodne pro život bez drog, by měl být dostatečně motivovaný a měl by ke svému rozhodnutí dospět zcela dobrovolně. U drogově závislých je řečená dobrovolnost částečně sporná. Člověk často takto jedná pouze pod tlakem společnosti a rodiny. Dobré je, když si klient uvědomí problémy, které mu přinášel dosavadní způsob života, pak je možné toto uvědomění brát jako dostatečnou motivaci, společně s očekáváním užitku.

Další podmínkou, kterou musí daný klient splňovat, je věk. Měl by být ve věku 18 – 27 let. Pokud je klient mladší než 18 let, lze jej do programu přijmout pouze s tím, že důležité smlouvy budou podepsány zákonným zástupcem.

Klient by měl mít zájem o pracovní terapii v podobě rekvalifikačního kurzu a měl by vykazovat manuální dovednosti.

Důležitým aspektem braným v potaz při přijímání klientů je též jejich předešlá léčba. Musí být přiměřená závislosti a po jejím úspěšném ukončení lze klienta přijmout do DZ.

Před zařazením do DZ je třeba zvážit osobní, rodinnou a drogovou anamnézu klienta a též jeho zdravotní a psychický stav. Pak může DZ částečně odhadnout, zda je pro něj dané zařízení vhodné. Konečné rozhodnutí mají členové týmu DZ a instituce, které spolupracovaly s klientem v minulosti.

## 2.8 Přijímání a propouštění klientů

Při přijímání klientů je nutné postupovat s náležitou pozorností. Aby byl výběr kvalitní, je důležité brát zřetel na informace ze zařízení, kde klient pobýval, a pokud je to možné, pak dát přednost osobnímu kontaktu. Budoucí klient by měl být předem informován o podmínkách přijetí, doléčovacím programu, možnostech programu a jeho cílech a v neposlední řadě také o rekvalifikačním kurzu.

K podmínkám přijetí patří splnění určitých kritérií, DZ od klienta požaduje:

- střednědobou ústavní, komunitní nebo ambulantní léčbu
- doporučení, pokud se jedná o výjimečný případ



- připravenost k aktivní spolupráci
- manuální zručnost a zájem o keramickou tvorbu
- absolvování diagnostického pobytu

Před nástupem do zařízení si musí klient sám zajistit:

- průkaz zdravotního pojištění
- občanská průkaz
- při nemoci léky a zdravotní zprávu o léčbě
- propouštěcí zprávu z vysílajícího zařízení
- registrace na ÚP, OSSZ
- dotaci ÚP na rekvalifikační kurz (ve spolupráci s DZ)

Po nástupu do DZ uzavírá o. s. Circle of life s klientem několik písemných kontaktů. Jedná se o žádost o ubytování v chráněném bydlení a životopis (Příloha č.6), smlouva o ubytování v chráněném bydlení, statut chráněného bydlení, terapeutický kontrakt (Příloha č. 3), anamnestické údaje, dále je doložen osobní spis klienta (Příloha č. 1). Všechny dokumenty řeší postupy při nedodržování dohodnutých podmínek a případné změny. Dohoda umožňuje klientu i poskytovateli ukončit využívání služby.

Délka pobytu klienta se pohybuje v rozsahu 6 – 18 měsíců. Podmínkou absolvování doléčování je ukončení rekvalifikačního kurzu, zajištění dalšího zaměstnání, studia či jiné varianty do budoucnosti. Je možná i další léčba.

Důležitou roli v doléčování hraje garant, s jeho pomocí již v průběhu pobytu konzultuje klient možnosti dalšího života mimo zařízení.

Po opuštění zařízení je na klienta kladen velký nárok ze strany rodičů, vrstevníků, autorit. Klient už nemá místo, kde by se před problémy ukryl. Může se stát, že klient rezignuje a selže v přesvědčení života bez drog. Abychom si byli jisti účinností programu, je nutné o klienta pečovat i po jeho odchodu ze zařízení a usilovat o jeho abstinenci. Toto sleduje garant, rodina a instituce, které jsou s klientem nadále v kontaktu. DZ se snaží sledovat další vývoj i po jeho odchodu ze zařízení, a pokud je to možné, vede si o něm katamnestické údaje. Klienti mají možnost se do zařízení vrátit, samozřejmě dle možností zařízení.

## 2.9 Organizace A.N.O.

O. s. Circle of life je členem organizace A.N.O. – asociace nestátních organizací. Tato organizace se zabývá prevencí a léčbou drogových závislostí. Dále lze organizaci charakterizovat jako dobrovolnou, profesní, nezávislou a nepolitickou asociaci.

Obecné cíle organizace lze shrnout do několika bodů, jsou jimi:

- přispívání ke zlepšení a zkvalitnění plánování a resocializace protidrogové politiky a strategie na národní i místní úrovni
- přispívání k dostupnosti informací týkajících se drog
- posilování národní sítě a aktivní podílení se na budování sítě mezinárodní
- obhajování a podpora společných zájmů NNO (nestátní neziskové organizace)

Program organizace je dělen mezi 4 sekce. Jsou to:

**1. Sekce primární prevence**

**2. Sekce harm reduction** – to jsou např. K – centra (tzv. Káčka)

**3. Sekce terapeutických komunit**

**4. Sekce intenzivní ambulantní a následné péče** – jejíž členem je právě o. s. Circle of life

Uvádím zde seznam organizací, které jsou společně s Circle of life členy Sekce intenzivní ambulantní a následné péče organizace A.N.O. Snad tento „adresář“ poslouží i jako zdroj informací pro osoby, které tato problematika oslovuje.

- ❑ CNP DROP IN PRAHA, Holešova 31, Praha 5, 150 00
- ❑ DC Děčín, Fügnerova 18, Děčín 1, 405 01
- ❑ DC ELYSIUM, Podané ruce Brno, Hapalova 22, Brno, 621 00
- ❑ DC JAMTATA, Podané roce Brno, Francouzská 36, Brno, 602 00
- ❑ DC SANAMIN Praha, Ovčí hájek 2549, Praha 5, 150 00
- ❑ CAS ADVAITA Liberec, Felberova 123, Liberec 5, 460 01
- ❑ KROK Kyjov, Komenského 2124, Kyjov, 679 01
- ❑ P – centrum Olomouc, Lefagettova 9, Olomouc, 772 00
- ❑ Resocializační středisko Český Těšín, Středová 39, Koňakov, 735 62



- ❑ Prev. Centrum Praha, Meziškolská 1120/2. Praha 6, 169 00
- ❑ DC Renakom Ostrava, Mariánskohorská 31/1328, Moravská Ostrava, 702 00
- ❑ TEEN CHALLENGE Plzeň, Sušická 75, Plzeň, 326 00
- ❑ Circle of life o. s., Koněšín 24, 675 02

#### Allegorie A

Allegorie A představuje dětskou hru, která se odehrává v prostředí, kde děti mohou být šťastné a spokojené. Děti jsou v kontaktu s přírodou a s lidmi, což jim umožňuje žít v harmonii a v bezpečí. Hra je založena na důvěře a spolupráci, což jsou klíčové prvky pro zdravý vývoj dítěte.

Allegorie B představuje hru, která se odehrává v prostředí, kde děti mohou být šťastné a spokojené. Děti jsou v kontaktu s přírodou a s lidmi, což jim umožňuje žít v harmonii a v bezpečí. Hra je založena na důvěře a spolupráci, což jsou klíčové prvky pro zdravý vývoj dítěte.

Allegorie C představuje hru, která se odehrává v prostředí, kde děti mohou být šťastné a spokojené. Děti jsou v kontaktu s přírodou a s lidmi, což jim umožňuje žít v harmonii a v bezpečí. Hra je založena na důvěře a spolupráci, což jsou klíčové prvky pro zdravý vývoj dítěte.

Allegorie D představuje hru, která se odehrává v prostředí, kde děti mohou být šťastné a spokojené. Děti jsou v kontaktu s přírodou a s lidmi, což jim umožňuje žít v harmonii a v bezpečí. Hra je založena na důvěře a spolupráci, což jsou klíčové prvky pro zdravý vývoj dítěte.

### 3. Výpovědi toxikomanů

Pro kapitolu výpověď klientů jsem si zvolila dva klienty z doléčovacího zařízení a dva klienty, kteří již z DZ odešli do „běžného života“. Jejich výpovědi jsem pojala částečně jako kazuistiky. Jednotlivé osoby jsem pro anonymitu označila velkými písmeny podle abecedy. Ve výzkumu jsem se zaměřila na rodinný život, práci, popřípadě studium, dále na příčiny jejich závislostí, motivaci a motivaci k léčbě. V neposlední řadě jsme neopomněli na představy o budoucím životě.

Před provedením výpovědí, jsem se nejprve seznámila se zařízením, s jeho programem, terapeutů a s klienty. Klienty jsem požádala o spolupráci a oni byli ochotni mi pomoci. Během výpovědí, jsem si pořídila záznam na diktafon a rovněž si dělala poznámky. Rozhovor trval cca 30 – 45 minut a byl pořizen v období od 6. do 9.3. 2006 s každým klientem. Citace klientů jsou dále v textu zvýrazněny kurzívou.

#### 3.1 Výpovědi klientů v léčebném procesu

##### Klientka A

Klientka A pochází z Benešova je jí 21 let a léčí se ze závislosti na pervitinu. V 18 letech se rodiče rozvedli. Žije tedy s vlastní matkou, nevlastním otcem, vlastním bratrem (19) a nevlastní sestrou (13). Nedávno se jim narodila malá sestřička.

U nich v rodině nikdy nikdo drogy nebral, pouze bratranec občas kouří marihuanu.

Po ukončení základní školy nastoupila na učiliště kuchař – číšník. Zde se také poprvé dostala do kontaktu s drogou, a to již v prvním ročníku. *„To jsem ale jenom šňupala! Perník byl můj každodenní přítel.“* Učiliště zdárně ukončila. Po vyučení pracovala půl roku v restauraci. Po této prožité etapě značně změnila svůj život. Odstěhovala se, a rok a půl bydlela na ulici, protože doma zjistili, že její závislost je vážná.

Potulovala se po ulicích a parcích. Pobývala ve skupině 6 později až 30 lidí. Když se jejich parta rozrostla přespávali různě po bytech. *„Nechtěla jsem být na nikom závislá, šla jsem sama na sebe.“*



Po čase dostala novou „šanci“, stala se dealerem pervitinu. „*Díky této práci jsem měla hodně přátel.*“ Z počátku bylo všechno v pohodě, po čase jí někdo nahlásil policii a tři roky byla sledována kriminálkou. Pro nedostatek důkazů ji nechali být.

Klientka A se odstěhovala z Benešova do Prahy, zde našla příležitost seznámit se s pětící chlapců, s nimiž žila v bytě. Zajistili ji také každodenní přísun drogy. Na otázku zdali měla opět strach z policie odpověděla: „*Nikdy, všechno bylo kryté.*“

Po určitém pobytu v Praze přišla na klientku A krize, odstěhovala se do Brna a zůstala opět na ulici. Byli tomu již dva roky, co neměla s rodiči žádný kontakt. Potřeba nestýkat se byla prý v té době oboustranná.

V Brně chtěla vše změnit, žila s přítelem na ubytovně. Do závislosti na pervitinu ho prý dostala ona. Jednou, když nebyl přítel doma pozvala si na ubytovnu pár známých, s nimiž se „zfetovala“. Konfrontovala se s nimi domácí, vyvolala konflikt a hádka s ní dodala impuls k léčbě. Nyní se s ní neustále stýká, protože pro ní byla v nejtěžších chvílích jakousi „náhradní matkou“. Tehdy s ní zašla k psychiatrovi v Brně Černovicích, kde se definitivně rozhodla pro léčbu. Za tři dny měla být přijatá na „detox“. Dva dny před zahájením léčby strávila na ubytovně, noc před nastoupením si naposledy užila. „*Na detox jsem nastoupila úplně vysmažená.*“

Na detoxifikaci podstoupila desetidenní léčbu, s níž byla absolutně spokojená. Prý se jí odtud ani nechtělo. Po té odešla na otevřené oddělení 23, kde měla nestandardní postup léčby. I tohle jí zařídila domácí. Když jsem se klientky zeptala, proč jí takto pomáhala, odpověděla, že ona sama byla na tomto oddělení, kde se léčila ze závislosti na lécích. Klientka A zde ale léčbu na rozdíl od své domácí nedokončila. Opět pokračovala ve své oblíbené činnosti – dealerství. Za tuto činnost ji samozřejmě ze zařízení ihned vyloučili.

I přesto jí domácí vzala opět k sobě a společně se domluvily na dalších alternativách její léčby. Na měsíc odcestovala do Blanska, kde si permanentně užívala, ale už zároveň domlouvala léčbu v Koněšíně. Dobu strávenou v Blansku nazvala „měsíční rozlučkou“.

Hned jak nastoupila do zařízení v Koněšíně ke své „měsíční rozlučce“ se přiznala. Prvních pár měsíců léčby jezdila do Brna, kde drogám neodolala, ale opět jí svědomí nedalo a sama se přiznala. V neposlední řadě se mi svěřila, že jedenáct dnů po příchodu do zařízení se seznámila s přítelem, s kterým má zatím pěkný vztah.

### *Příčiny*

Hlavní příčinou bylo upoutání pozornosti, a to především rodičů, ale i okolí. Podnětem byla i jistá žárlivost na mladšího bratra, jemuž se pravděpodobně rodiče více věnovali. A v neposlední řadě již zmíněné okolí, u něhož měla pocit, že jí přehlíží a ona je pro něj nezajímavá.

### *Motivace pro léčbu*

Motivací je hlavně přítel, se kterým se seznámila a také jeho nemoc, již v současné době čelí (hepatitida C). Velkým impulsem se stala rovněž smrt kamaráda, kterého ubili za dealerství. Motivace pro dokončení léčby se stala ještě na „detoxu“, kdy klientce zavolala maminka, že čeká dítě. Byl to prý první a nejhezčí kontakt po dlouhém shledání jaký mohla dostat.

### *Vztah k zařízení a zaměstnancům*

Pevně věří v nápravu, má zde také čas zamyslet se sama nad sebou. Vztah s pracovníky hodnotí jako velmi dobrý a ředitelku označila za náhradní mámu.

### *Představy o budoucnosti*

Jejím snem je pomáhat stejným lidem a zároveň chce napsat knížku o svém životě. Dále by si chtěla dodělat maturitu. Ve Vlašimi by chtěla dělat přednášky o drogách na ZŠ.

V současnosti má s rodiči výborný vztah a žije spokojený život. Svých činů nelituje a řídí se heslem: „*Chybami se člověk učí a všechno zlé je pro něco dobré.*“

## **Klientka B**

Druhou sledovanou klientkou je opět dívka, je jí 20 let a narodila se v Novém Městě pod Smrkem. Byla závislá na marihuaně a v současnosti se léčí ze závislosti na pervitinu.

Jak mi sama sdělila, měla komplikované dětství. Žije s nevlastním otcem, kterého považuje za vlastního, protože pravého nikdy nepoznala, dále s vlastní matkou a sedmnáctiletou sestrou.



V této rodině se na rozdíl od předchozí drogy vyskytly. Oba biologičtí rodiče prý vyzkoušeli toluen. Matka jen jednou, otec pravděpodobně vícekrát. Tuto skutečnost se dozvěděla teprve nedávno a dělalo jí velké problémy zatajenou věc rodičům odpustit. Další, u koho se droga vyskytla, jsou klientčini bratránci. Jeden kouří marihuanu a druhý prý vyzkoušel skoro všechno (heroin, pervitin, kokain,...).

Klientka B chodila do ZŠ, kde v sedmé třídě propadla. Již v tomto období se poprvé dostala do kontaktu s drogou – marihuanou. Po „devítce“ nastoupila na učiliště obor kuchař – číšník. Hned v prvním ročníku se jí dostal pod ruku pervitin. Kvůli drogám se rozjely její první problémy, vyhodili ji z internátu. Zde "dochodila" do třetího ročníku, ale nebyla připuštěna k závěrečným zkouškám, proto odešla, a už se na učiliště nevrátila, i když měla šanci dělat reparát.

Našla si práci v baru, v níž setrvala tři týdny. Její vedoucí byl drogově závislý, což vedlo k tomu, že klientka měla zajištěný přísun drog. Po uvedené době z baru odešla a na stejně dlouhou dobu si našla práci v hotelu. Poslední práce se velmi podobala té předchozí s tím rozdílem, že byla v penzionu a trvala asi čtyři měsíce. Po dobu těchto zaměstnání již nebydlela s rodiči. Po odchodu z penzionu dva měsíce nepracovala. Po dvouměsíční pauze sehnala místo servírky v lázních blízko bydliště.

Když se odstěhovala k rodičům, zjistili, že jejich dcera není zcela v pořádku, o pervitinu ještě nic netušili. Všechno, ale změnil výše uvedený „zkušený“ bratránek. Navrhl klientce B léčbu, ta o ní začala hodně přemýšlet. Nic netušící rodiče se vše dozvěděli od klientčiny tety. Začali si dcery více všimnout, dokonce jí prý i sledovali po náměstí. Dovedl je k tomu její bratránek, chtěl, aby podstoupila léčbu. Pak se se vším matce svěřila, v lázních ukončila pracovní poměr a v Liberci podstoupila léčbu.

Nejprve nastoupila na „detox“. *„Tady se mi líbilo, protože už týden před ním jsem nic nebrala.“* Dále si pochvalovala výborný přístup personálu, měla možnost sledovat televizi, přijímat dopisy a lékařka jí prý i zprostředkovala návštěvu. Zde si také vytvořila vztah k umění – hlína. Jediné, co jí vadilo bylo, že nesměla ven. Na „detoxu“ pobyla pouze dva týdny. Hned po té, ještě tentýž den, nastoupila na léčbu do Koněšína.

### *Příčiny*

Na základní škole, kdy se vůbec poprvé dostala do kontaktu s drogou, šlo prý o pouhou zvědavost. V prvním ročníku, výše zmiňovaného učiliště, se nechala zlákat

povídáním od kamarádek. Přitahovala ji hlavně zvědavost. „*Pervitin mi měl ulehčit a zrychlit seznámení.*“

#### *Motivace k léčbě*

Hlavním impulsem byl bratranec a matka. Pak si řekla, že by do 21 let chtěla „fetovat“ a potom si pořídit dítě. Náhle se jí v hlavě zrodila myšlenka, zda by jí nemohli drogy uškodit natolik, aby mohla vůbec někdy děti mít. „*Tahle myšlenka byla dalším podnětem.*“ V neposlední řadě nechtěla také přijít o rodinu.

#### *Vztah k zařízení a zaměstnancům*

Nejvíce na tomto zařízení oceňuje volnost. Líbí se jí, že si může sama dojít něco koupit do obchodu popřípadě zajít na procházku. Prozatím má k zaměstnancům i klientům kladný vztah. Podle výpovědi se klientce rovněž líbí kontakt s hlínou, s níž se nesetkává poprvé.

#### *Představy o budoucnosti*

„*Z budoucnosti mám opravdu strach.*“ Klientka si nedokáže představit „normálně“ žít. Neví jak si bude vyšlapávat nové cestičky do života venku.

Hlavním cílem je věnovat se rodině a sestře. Také by chtěla poznat dobrého přítele, najít si práci co jí bude bavit a z vlastnoručně vydělaných peněz jet na dovolenou.

Na otázku drogy a současnost odpověděla takto: „*Nikdy nechci pomoci kamarádů, kteří fetují, protože oni mi taky nepomohli když mi bylo nejhůř.*“

V současnosti má ještě stále potřebu brát, ale odolává tomu co se dá. Snaží se na drogy nemyslet, vyhledává stále nějakou zajímavou činnost. Podporu vidí také v zaměstnancích Circle fo life, v rodině a hlavně myslí na budoucnost. Nejvíce se bojí vrátit do běžného života.



### 3.2 Výpovědi klientů již vyléčených

#### Klientka C

Třetí v pořadí je klientka, která již z DZ odešla a snaží se zapojit do běžného života. Léčila se ze závislosti na pervitinu. Klientka pochází z Kolína a je jí 30 let.

Od narození až po současnost vyrůstala v úplné rodině společně se svým mladším bratrem (27). Ten v současnosti žije s přítelkyní, s níž má tříletou dceru. Nikdo v rodině nikdy tvrdé drogy nebral, pouze bratr kouří marihuanu. Klientka C se k drogám poprvé dostala v rozmezí mezi ukončením ZŠ a nástupem na SŠ elektrotechnickou. Zde šlo prý pouze o lehké drogy (marihuana, extáze) a hlavním impulsem byl experiment a zvědavost. Po roce studia byla z této školy vyhozena, avšak ne kvůli experimentům s drogami. Po nedokončené střední škole se rozhodla nastoupit na dvouletý Státní těsnopisný ústav, kde v závěru obdržela státní zkoušku. Po tomto kurzu, tedy v osmnácti letech, začala pracovat u notáře. Zde pobyla rok. Pak odešla na půl roku pracovat jako barmanka do rokového klubu, v roce 1995 dostala příležitost pracovat u soudu, kde vydržela 8 let. Podle výpovědi klientky bylo toto místo nejperspektivnější. Získala zde pracovní vzestup a propracovala se až na odbornou referentku. Po osmi letech ji přestala tato práce naplňovat, objevovaly se stále častější konflikty s kolegyní, které psychicky nezvládala.

Závislost na pervitinu by se dala datovat od doby, kdy nastoupila do rokového klubu. Přesně mi řekla: „*Byla to láska na první pohled*“. „Fetovala“ dva až tři roky, jednoznačnými příznaky byly změny v chování, agresivita. Dokonce se odstěhovala z domu a bydlela s partou dvanácti lidí ve starém domě. Doma nic netušili, protože pracovala v Praze. Jednoho dne se prý probudila a rozhodla se, že tímto způsobem žít nemůže, rozhodla se svěřit rodičům. Doma ji nabídli pomoc, ale pod podmínku, že přestane. Po celodenní procházce se rozhodla, vrátila se domů a čtyři roky se drog nedotkla. „*Přestala jsem ze dne na den!*“

V roce 2001 začala brát znovu, doma nic netušili, protože ještě stále pracovala u soudu v Praze. „*Nejprve to bylo jen tak lehce, další rok a půl už zase natvrdo.*“ Jednou prý v tom litala natolik, že bez omluvení nepřišla pět dní do práce, ale i to se vysvětlilo. Po roce a půl silného užívání už pomalu končila její práce u soudu. Ani zde, jak už jsme se dozvěděli v tom nehrály roli drogy.

Po této zkušenosti se vrátila zpět do Kolína, rozešla se s přítelem, s nímž měla pětiletý vztah. V létě 2003 se rodiče přesvědčili, že znovu „fetuje“. Na otázku co rodiče, reagovala takto: „*Máma brečela, táta mě zbil. Mě to ale bylo v tom okamžiku jedno.*“

Klientka C bydlela doma pouze krátce, opět přestala brát, rodiče to věděli. Začala pracovat v ústavu sociální péče jako ošetrovatelka. Asi po půl roce se rozhodla, že tímto stylem žít nemůže, a že se chce léčit. Šla k psychiatrovi, který jí předepsal antidepressiva. Sama začala obvolávat zařízení, kam by mohla nastoupit, ale potřebovala ihned. Ze všech zařízení jí v této nabídce vyhověli pouze v Jemnici u Třebíče. Když jsem se zeptala na „detox“, byla jsem překvapena. „*Detox nebyl, odbyla jsem si ho doma.*“ V léčebně si odbyla klasické anatomické rozbory a prodělala střednědobou léčbu, tuto dobu označila za dobře strávený čas. V Jemnici se léčila tři měsíce, po této zkušenosti nastoupila do doléčovacího zařízení v Koněšíně u Třebíče. V DZ absolvovala 14 měsíců, kde si také v rámci léčení udělala rekvalifikační kurz na keramiku. Odtud pak odešla asi na půl roku do Brna, kde pracovala v kanceláři, aby se odpoutala od zařízení, které ji maximálně pomohlo. Po té dostala nabídku od kamaráda, jež jí nabídl práci v Rakousku jako Au-pair. Klientka byla pevně rozhodnut, že práci přijme, ale do té doby potřebovala ještě nějakou práci. Ředitelka DZ jí nabídla práci v kanceláři, kde pracuje do teď.

Klientka již rok nebere žádné léky a kromě cigaret není závislá na žádné droze. V současné době má přítele a je velmi spokojená. Dokonalé by to bylo tehdy, kdyby se jí podařilo nastoupit na SŠ sociálně právní, kde se chystá dělat přijímací zkoušky. Rodina, ani nikdo z okolí jí nezavrhli a berou ji takovou jaká je.

### *Příčiny*

V patnácti letech to bylo pouze ze zvědavosti, protože nepila alkohol a ostatní s ním dost experimentovali. Klientka C měla pocit, že také potřebuje nějaké „povzbuzovadlo“, jímž se stala výše uvedená extáze a marihuana.

V devatenácti, jak už jsme se dozvěděli přešla na tvrdé drogy. Sdělila mi, že nebezpečí si neuvědomovala, protože drogy před tím neovlivňovaly její osobnost. Částečně v tom hráli roli i lidé, s kterými se klientka C stýkala. Jednalo se o partu dvanácti lidí přibližně stejné věkové kategorie. „*Nejprve to zkusilo pár lidí až se*



*postupně přiřadili všichni, já došla na řadu asi ve třetím nebo čtvrtém kole.*“ Do jisté míry byla příčinou i další skutečnost. Klientka mi sdělila, že měla spokojený, ale nudný život. Chtěla prý změnit neustálé vysedávání po hospodách a nějak naplnit volný čas. Také jí zajímalo, co s ní pervitin udělá, protože extáze jí přinášela jiné vnímání. Svěřila se mi, že nikdy neměla strach z infekce nebo jiných nemocí. Nikdy ničím neonemocněla.

#### *Motivace*

Motivací bylo odbourání stydlivosti a lepší komunikace s ostatními lidmi. Když se bavila pod vlivem omamné látky netrpěla stresem, ostychem a byla bez zábran.

Na otázku, co bylo motivací k léčbě reagovala ihned, a to následovně: *„Rozklad vlastní osobnosti.*“ Jak již víme, rozhodla se pro léčbu sama a hlavně v ní věřila. Také dodala, že hodně záleží na osobnosti.

#### *Představy o budoucnosti*

Klientka C na tuto otázku vymyslela vlastní motto, kterým by se chtěla řídit: *„Zvládnout bez problémů školu, nikdy se nevrátit k drogám, mít trvalého partnera a případně založit rodinu.*“

Poslední mojí otázkou byl názor na terapeuta, psychologa a mistrovou v keramické dílně. Možná je tento dotaz zbytečný, protože z výše uvedeného je zřejmé, že má k zařízení i pracujícím lidem blízký vztah, ale přesto jsem se zeptala. Odpověď byla následující: *„Nejvíce mi pomohl psycholog, protože na počátku léčby jsem trpěla hrůzostrašnými sny, které mi pomohl odbourat, popřípadě vyřešit, a to mi moc pomohlo.*“ Stejný názor má na všechny pracovníky s nimiž je neustále v kontaktu.

Moje otázka samozřejmě padla i na stranu opačnou a odpověď byla stejně kladná.

#### **Klient D**

Posledním člověkem, který mi poskytl rozhovor, se stal 29letý mladík z Hradce Králové, jež byl závislý na pervitinu a alkoholu.

Klient D pochází z neúplné rodiny (matka dvakrát rozvedená). S otcem se léta nestýká a matka žije v současné době s přítelem. Nemá žádné sourozence. Do osmnácti

let bydleli v rodinném domě, ale pak se přestěhovali do činžovního domu v Hradci Králové. Nikdo z rodičů drogy nebral.

Po dokončení ZŠ nastoupil na učiliště, kde se vyučil v oboru kuchař – číšník. Po vyučení pracoval různě v restauracích, po čase se mu naskytla práce skladníka, kterou přijal.

Jeho první kontakt s drogou byl již na učilišti, jednalo se o výše zmíněné drogy. Nejprve vyzkoušel pervitin, pak k němu čím dál častěji přidával alkohol a ten se mu ve finále zalíbil mnohem víc. V této době žil sám, s matkou se sice stýkal, ale ignoroval ji kvůli rozvodům. Díky drogám se dostal i do vězení. Této skutečnosti nelituje a bere ji jako dobrou zkušenost. Největším mínusem pro okolí bylo, že v době závislosti byl velmi agresivní a téměř vše si vybíjel na matce. „Fetoval“ sice v partě, ale matka se stávala nejčastějším terčem jeho ataků.

Jeho největším koníčkem se stal tanec a právě v době, kdy byl závislý na pervitinu, byl také na vrcholu. V té době absolvoval prý nejvíce soutěží. „*Měl jsem strach, že když přestanu brát nebude to už ono.*“

„*Postupně se k tomu všemu přidával čím dál častěji alkohol, přestal jsem pracovat a prožíval denně opice.*“ Takhle to bylo den co den, než se rozhodnul pro léčbu.

### *Příčina*

Lákala ho nejprve zkušenost, k tomu mu posloužila marihuana, na ní nebyl ale závislý. Po této zkušenosti ho lákala zvědavost a alkohol se stal pouze doplňkem, i když jak jsme se dozvěděli, získal místo prvotní.

### *Motivace k léčbě*

Hlavní impuls byl, když se matka přestěhovala do jiného bytu. Byl pod vlivem, a v bytě, do kterého se stěhovala. Klient D najednou uslyšel klíče, nechtěl, aby ho v tomto stavu někdo viděl, tak se schoval do krabice a v hlavě se mu začaly honit různé myšlenky. Napadlo ho, že už se nechce schovávat před realitou. Začal chodit k psychologce do K – centra, pak nastoupil do terapeutické komunity, kde byla přísná pravidla, ale moc se mu tam líbilo a velmi rád na toto zařízení vzpomíná. Z terapeutické



komunity přešel rovnou do DZ v Koněšíně. Měl totiž původně nastoupit do zaměstnání, ale zdravotní důvody mu to neumožnily, tak si našel DZ. V něm pobyl rok.

#### *Představy o budoucnosti*

Největším snem je cestování, které se mu již částečně vyplnilo, protože v současnosti je na pobytu v Anglii. Dále by se chtěl naučit jazyky. Největším snem však je natočit film.

Jak už jsme zmínili, v současnosti žije v Anglii, abstinuje již tři roky a nikdy se nechce k drogám ani k alkoholu vrátit. „*Nedám si ani rumovou pralinku.*“

Klient D mi sdělil, že hlavním důvodem cestování je především strach z návratu do místa bydliště. Dále ho pobyt v ČR nebaví a nudí a právě cestováním si chce nahradit promarněné roky.

Velikou změnou, které v Anglii dosáhl, je neschovávat se. Klient D nosil neustále za každých podmínek kšiltovku, pod kterou se schovával, od doby co je v Anglii ji odložil.

### **3.3 Zobecnění zjištěných informací**

Dle výše uvedených výpovědí můžeme tvrdit, že se předpoklady z větší části potvrdily.

- ✓ Jestliže jsme předpokládali, že většina klientů pochází z narušeného rodinného prostředí, dospěli jsme k závěru, že je tomu tak u tří ze čtyř klientů.

Klientka A – Předpoklady se potvrdily.

Klientka B – Předpoklady se potvrdily.

Klientka C – Předpoklady se nepotvrdily.

Klient D – Předpoklady se potvrdily.

- ✓ Podobně je tomu i u druhého předpokladu, kdy jsme se domnívali, že start drogové kariéry byl ovlivněn neúspěchy ve studiu či v zaměstnání.

Klientka A – Předpoklady se potvrdily.

Klientka B – Předpoklady se potvrdily.

Klientka C – Předpoklady se potvrdily.

Klient D – Předpoklady se nepotvrdily.

Z jednotlivých výpovědí klientů můžeme usoudit, že se většina shoduje na podobných příčinách. Jak už u výše popsaných klientů, tak u klientů ostatních, kteří v zařízení pobývají.

Nejčastěji uváděli následující příčiny:

- zvědavost
- zkušenost a experiment
- upoutání pozornosti (a to na kohokoliv)
- žárlivost

Po rozhovoru s odborným pracovníkem jsem zjistila, že uváděné příčiny nejsou vždy zcela úplné. Příčiny, která udávají klienti prý hrají také jistou roli, ale u více než 50% klientů hraje hlavní roli nedospělost, čili dětskost. Pojem závislý dokonce přiřadil ke slovu nedospělý (závislý = nedospělý).

Jde v podstatě o závislost na rodině, protože nevypěstý člověk má pocit, že se o něj nikdo nestará, proto hledají náhradu (drogu). Dalším výrazným znakem dětskosti je zahánění vzteku, i zde je úzká spojitost s rodinou vazbou. V neposlední řadě má velký význam náplň volného času. Lidé, kteří nedokáží vhodně vynaložit s volným časem inklinují k nudě. Tato skupina má neustále potřebu experimentovat a poznávat něco nového.

U čtyř zkoumaných klientů, které jsem si zvolila naprosto náhodně, můžeme odhalit společné znaky. Kromě toho, že tři ze čtyř klientů absolvovali stejný obor na učilišti, byli všichni závislí na pervitinu. Průběh jejich závislosti a léčby se ale odlišuje.



Jelikož zde mluvíme o čtyřech různých lidech budou zde i čtyři různé osobnosti. I když se v příčinách dosti shodovali, jejich představy o budoucnosti jsou poněkud odlišné. V odlišnosti hraje velkou roli věk.

Klientka A má jeden jediný cíl, a to pomáhat druhým. Sama stále bojuje s touhou po droze a její problém zůstává dosud nevyřešený. Klientka B má velké obavy z budoucnosti, bojí se návratu do „normálního“ života. Může to být způsobeno tím, že je zatím v zařízení krátce a teprve se učí správnému režimu. Klienti C a D se snaží jít za svým cílem, který si stanovili. Zatím se jim to alespoň z části daří.

Celkový pohled, ať už ze strany klientů, terapeutů nebo dle mého osobního názoru, na zařízení je velmi kladný. Hodnotím je jako kvalitní a propracovaný systém. Největším přínosem pro klienty jsou individuální terapie, o které na rozdíl od ostatních zařízení, zde není nouze. Úkolem klientů není pouze absolvování různých terapií a sezení, nýbrž také získání, režimem naučených běžných návyků, které uplatní v obyčejném životě.

## 4. Bývalí klienti o. s. Circle of life a jejich současná činnost

### 4.1 Současná činnost náhodně vybraných klientů

Během činnosti o. s. Circle of life se v zařízení vystřídalo mnoho klientů, kteří nyní žijí jiný život. Často pracují, studují či mají svou rodinu. Ovšem bylo by bláhové, domnívat se, že takto dopadnou všichni. Najdou se i takoví, kteří svůj návrat k „normálnímu“ životu nezvládnou a boj s drogou prohrají.

Díky vstřícnému přístupu klientů a zaměstnanců jsem získala cenné informace o současné činnosti zhruba třiceti klientů (náhodně vybraní), kteří prošli zařízením v letech 1998 – 2005. Každému z klientů jsem v rámci ochrany osobních údajů přidělila libovolné číslo, které nemá s klientem žádnou jinou spojitost. U některých klientů uvádím též dosažené vzdělání.

**Klient č. 1** – Po odchodu ze zařízení se tento klient věnoval keramice, později po smrti matky se bohužel navrátil k alkoholu = relaps.

**Klient č. 2** – Po odchodu ze zařízení pracuje v keramické dílně v Třebíči.

**Klient č. 3** – Klientka občas pracuje v keramické dílně, jinak je na mateřské dovolené, ovšem o dítě se stará její matka.

**Klient č. 4** – Společně s klientem č. 2 pracuje v keramické dílně v Třebíči, dosažené vzdělání ZŠ.

**Klient č. 5** – VŠ vzdělání dosažené již před nástupem do DZ, v současné době tento klient bydlí na různých místech Brna a navrátil se k alkoholu = relaps.

**Klient č. 6** – Klient pouze se základním vzděláním, v současné době na úřadu práce.

**Klient č. 7** – Po odchodu ze zařízení pracovala tato klientka jako číšnice a prodavačka. V současnosti je na mateřské dovolené.



**Klient č. 8** – Klientka (základní vzdělání) je v současnosti v zahraničí (Tunis), kde také uzavřela manželství.

**Klient č. 9** – Po odchodu z DZ pracovala jako instruktorka keramiky, v současnosti žije ve Švýcarsku – dosažené vzdělání pouze základní.

**Klient č. – 10** – Klient s dosaženým ZŠ vzděláním, v průběhu pobytu v DZ u něj byla diagnostikována schizofrenie. V současnosti je v invalidním důchodu.

**Klient č. 11** – Klientka absolvovala SOU sklářské, po rekvalifikaci studuje AVU v Praze a zůstává na metadonové léčbě.

**Klient č. 12** – Bydlí u rodičů a je registrován na úřadu práce.

**Klient č. 13** – Vzdělání – SOU – řezbář, občas pracuje v keramické dílně v Brvě a stále podstupuje ambulantní léčbu.

**Klient č. 14** – Klientka je v současnosti na mateřské dovolené.

**Klient č. 15** – Vyučen jako řezník – uzenář, v současnosti nemá stálé bydliště.

**Klient č. 16** – Po odchodu z DZ klientka studovala SOU tradičních řemesel – umělecký keramik. Onemocněla mentální anorexií a zemřela.

**Klient č. 17** – tento klient kvůli problémům opustil zařízení předčasně, v současnosti pracuje je zřízenec v nemocnici.

**Klient č. 18** – V současnosti pokračuje v doléčování ambulantní léčbou.

**Klient č. 19** – Klientka vystudovala SHŠ a po odchodu ze zařízení pracovala jako servírka, v současnosti je registrovaná na úřadu práce.

**Klient č. 20** – Studuje SŠ a žije s matkou. Podstupuje stále ambulantní metadonovou léčbu a vede kroužek keramiky s dětmi.

**Klient č. 21** – Klientka bydlí v Praze u rodičů a tamtéž studuje SŠ se zaměřením na keramiku.

**Klient č. 22** – Vyučil se v oboru kuchař – číšník a po odchodu z DZ pracoval jako kuchař. V současnosti žije v Anglii.

**Klient č. 23** – Bydlí v Brně u rodičů a je stále na ambulantní léčbě, Pracuje jako instruktor keramiky a keramické dílně a příští rok chce začít studovat VOŠ restaurátorství keramiky.

**Klient č. 24** – Klientka bydlí v Kolíně, nyní pracuje v DZ Koněšín a příští rok chce studovat SŠ sociálně právní.

**Klient č. 25** – Klient studuje v Hradci Králové SŠ s uměleckým zaměřením, bydlí zde na internátě, o víkendech v Praze u rodičů.

Od roku 1998 – 2005 prošlo zařízením celkem 48 klientů. Ukázka 25 klientů má usnadnit představu, jak asi končí osudy těchto lidí po léčbě. Do následného hodnocení jsou tedy zařazeni všichni, kteří zařízením prošli a léčbu zdárně dokončili.

#### 4.2 Zhodnocení získaných informací

Díky pracovní terapii v podobě kurzu keramik – hrnčír se dostává klientům velkou měrou lepší vztah k práci, a to nejen z mého pohledu. Zaměstnanci zařízení tvrdí, že klienti často před nástupem do DZ vůbec nepracovali, a nebo jen krátkodobě. Tím, že musí absolvovat rekvalifikaci a v podstatě 6 měsíců i více setrvat v pracovním procesu, získají mnoho zkušeností. Ovšem ne každého práce s keramikou zaujme a



mnohdy ani nemají chuť v ní dále pokračovat. Ovšem jsou i takoví, kteří si zařídí samostatnou dílnu nebo získají práci související s keramikou.

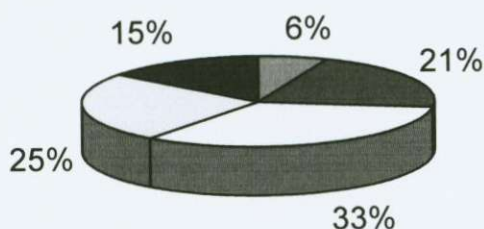
Pro zobecnění následujících informací, jsou bývalí klienti rozděleni do pěti oblastí, které vypovídají o jejich činnosti:

1. návrat k drogám = relaps
2. návrat ke studiu
3. práce s keramikou (vlastní dílna, kroužky, ...)
4. jiná činnost (jiné zaměstnání, mateřská dovolená, cestování, ...)
5. bez zpětného kontaktu

*Tabulka a graf znázorňují údaje o bývalých klientech.*

| Činnost klientů          | Počet | Vyjádřeno v % |
|--------------------------|-------|---------------|
| Návrat k drogám          | 3     | 6             |
| Návrat ke studiu         | 10    | 21            |
| Práce s keramikou        | 16    | 33            |
| Jiná činnost, zaměstnání | 12    | 25            |
| Bez zpětného kontaktu    | 7     | 15            |

### Současná činnost bývalých klientů



- Návrat k drogám      ■ Návrat ke studiu      □ Práce s keramikou
- Jiná činnost, zaměstnání      ■ Bez zpětného kontaktu

- ✓ Zhodnotíme-li poslední předpoklad, můžeme usoudit, že klienti, kteří absolvují pracovní terapii v podobě rekvalifikace, mají později lepší uplatnění na trhu práce. Tato skutečnost vyplývá i z výše uvedeného grafu.



#### IV. ZÁVĚR

Díky tomuto tématu, jsem měla možnost nahlédnout do drogové problematiky mnohem hlouběji, než kdybych se jí zabývala pouze okrajově. Toto téma mě zajímá již delší dobu. Když tu byla řeč hlavně o příčinách, příčinou mého zájmu bylo asi to, že zařízení, které mi bylo pro diplomovou práci podnětem, je právě ve vesnici, ve které jsem se narodila a dosud v ní žiji. Další příčinou je vztah k výtvarnému umění, o který v zařízení taktéž není nouze.

V teoretické části jsem získala takové poznatky, v nichž jsem dosud neměla zcela ucelené představy, dále jsem se seznámila s možnostmi a průběhem léčby, který v ČR funguje. Tyto poznatky pro mne byly velkým přínosem. Nejvíce si však cením poznatků ze zařízení Circle of life o. s., protože nebýt těchto lidí, kteří k mým dotazům vstřícně přistupovali, nikdy bych práci nemohla dokončit. A to jak ze strany klientů, tak terapeutů.

Práce s klienty probíhala bez komplikací, nesetkala jsem se s člověkem, který by se bál nebo styděl něco o sobě sdělit. Díky tomuto přístupu jsem měla usnadněnou práci. Jediné úskalí, které mě potkalo, bylo při výpovědi jedné klientky, která se do situace vžila natolik, že ji jedna moje otázka rozplakala. V této situaci jsem byla trochu v rozpacích.

Z obecných závěrů je nutné připomenout, že tito lidé potřebují vhodný přístup a odbornou pomoc. Nejvíce však záleží na nich samotných, jak se ke svému problému postaví.

Závěrem je dobré dodat, že vědomosti i zkušenosti, které vyplývají z této diplomové práce se dají uplatnit i v pedagogické praxi. Nebylo by špatné začít, třeba jen pro začátek, minimálním preventivním programem ve školách.

## V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Bergeret J.: Toxikomanie a osobnost. Victoria Publishing, Praha, 1995
- Hartl P.: Komunita občanská a komunita terapeutická. Sociologické nakladatelství, Praha, 1997
- Hartl P., Hartlová H.: Psychologický slovník. Portál, Praha, 2004
- Janík A., Dušek K.: Drogy a společnost. Avicenum – Zdravotní nakladatelství, Praha, 1990
- Kalina K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1. Úřad vlády České republiky, 2003
- Kalina K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2. Úřad vlády České republiky, 2003
- Nešpor K.: Návykové chování a závislosti. Portál, Praha, 2000
- Nešpor K., Csémy L.: Alkohol, drogy a vaše děti. Sportpropag, Praha, 1995
- Nešpor K., Csémy L., Pernicová H.: Prevence problémů působených návykovými látkami na školách. BESIP MV, Praha, 1994
- Nešpor K., Provazníková H.: Slovník prevence působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy. Státní zdravotnický ústav, Praha, 1999
- Tyler A.: Drogy v ulicích. IŽ, s.r.o., Praha, 2000
- Vágnerová M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha, 1999
- Zášková H.: Závislost na drogách. Ostravská univerzita FF, Katedra psychologie a sociální práce, Ostrava, 2004

<http://www.drogovaporadna.cz>

<http://www.circleoflife.cz>



## **VI. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

A.N.O. – asociace nestátních organizací

CNS – centrální nervová soustava

DZ – doléčovací zařízení

EU – Evropská unie

NNO – nestátní neziskové organizace

o.s. – občanské sdružení

OSSZ – odbor správy sociálního zabezpečení

ÚP – úřad práce

## VII. PŘÍLOHY

1. Osobní spis klienta
2. Vstupní hodnocení stavu klienta
3. Terapeutický kontrakt
4. Schematický týdenní plán
5. Propouštěcí zpráva z doléčovacího zařízení Circle of Life
6. Žádost o přijetí do doléčovacího programu
7. Legislativa států Evropské unie k drogovým deliktům
8. Fotografie



**Osobní spis klienta**

**Jméno:**

**Příjmení:**

**Rodné číslo:**

**Číslo o.p.:**

**Zdravotní pojišťovna:**

**datum a místo narození:**

**Národnost:**

**státní příslušnost:**

**Den nástupu:**

**den ukončení:**

**Skutečný den ukončení:**

**Rekvalifikace od:**

**do:**

**Odborná praxe od:**

**do:**

**Ukončené vzdělání:**

**Kontakty:**

**Trvalé bydliště:**

**Telefon:**

**Rodiče:**

**Bydliště:**

**Telefon:**

**Další významné osoby:**

**Bydliště:**

**Telefon:**

**Pracovní úřad – adresa:**

**Odborní lékaři:**

**Užívané léky:**

**Pracovní omezení:**

**Další kontakty s úřady:**

## VSTUPNÍ HODNOCENÍ STAVU KLIENTA

Jméno:

Dat. Narození:

Vzdělání:

Národnost:

Datum nástupu:

Přichází odkud (sám, doporučení):

Z propouštěcí zprávy:

- *indikace k léčbě*

- *zdravotní stav (somat., psych.)*

Předchozí léčba drogové problematiky:

Drogová kariéra (v letech):

Hlavní droga:

Poslední užití:

Postoj k abstinenci:

Zaměření spolupráce – *zaměstnavatel*:

- *škola:*

- *rodina:*

- *ÚP:*

- *Odb. soc. péče:*

- *PČR (finance, kriminalita)*

Zájmy (využití v DC):



Psychologické posouzení (*kontakt, intelekt, nálada, afektivita, PM tempo, osobnost, příp. patologie, suic. tendence, chování při přijetí*) :

#### Kontrakt

- *bydlení:*
- *rekvalifikace:*
- *terapie*                      - *pracovní*  
                                         - *skupinová*  
                                         - *individuální*

*Závěr (vhodnost, zaměření, problematické oblasti):*

## **T E R A P E U T I C K Ý   K O N T R A K T**

uzavřený mezi CIRCLE OF LIFE,o.s.Koněšín 24

zastoupeným Mgr. Marcelou Trumpešovou

a

klientem:

bytem:

R.č.:

### **Obě strany se dohodly na následující formě spolupráce:**

**1) Individuální konzultace a terapie :** doléčovací program je na dobu šesti měsíců. Bližší vymezení terapie je uvedeno následně v jednotlivých fázích doléčovacího programu.

### **2) Socioterapeutické aktivity, odpolední program, společné víkendy:**

bližší vymezení socioterapeutického programu je uvedeno následně v jednotlivých fázích doléčovacího programu.

**3) Chráněné bydlení:** Je vymezeno samostatnou smlouvou o poskytnutí chráněného bydlení a statutem chráněného bydlení.

**4) Rekvalifikace:** Je vymezeno samostatnou smlouvou

**5) Sociální servis :** dle potřeby kdykoliv v průběhu kontraktu

### **Výše zmíněná spolupráce bude probíhat za těchto podmínek:**

#### **I.Základní fáze doléčování rozdělena do fází I. - II.**

##### **1. fáze (první a druhý měsíc)**

- **V průběhu celého doléčovacího programu min. 6 konzultací s vedoucím programu.**
- **Jednou týdně individuální terapie**
- **Minimálně jednou za 14 dnů konzultace s garantem (Dle potřeby lze četnost kontaktů zvýšit)**



- Účast na tématické skupině -prevence relapsu a ostatních skupinách dle plánu terapií – nejméně 10 hodin strukturovaných aktivit týdně.
- Individuální konzultace pro rodiče – partnery

## **II.fáze ( třetí a šestý měsíc)**

- 1x za čtrnáct dnů konzultace s garantem ( Dle potřeby lze četnost kontaktů zvýšit)
- Individuální terapie jednou týdně
- Účast na tématické skupině -prevence relapsu a ostatních skupinách dle plánu terapií – nejméně 6 hodin strukturovaných aktivit týdně
- V průběhu celého dolečovacího programu min. 5 konzultací s vedoucím programu (přechází z první a druhé fáze)
- Pokud je to možné, účastní se rodiče - partneři společné skupiny (platí pouze v případě dostatečného počtu klientů), popřípadě individuální konzultace pro rodiče - partnery.

## **SOCIOTERAPEUTICKÉ AKTIVITY:**

- Dle měsíčního plánu programů. Podmínkou je vlastní aktivita ve spolupráci se terapeutem nebo individuálně - doporučeno.
- Společné víkendy: Klienti v I. fázi absolvují celý program.

Pro klienty ve II. fázi je program doporučen.

- V I. fázi programu klient neopouští samostatně místo realizace programu, pokud využívá chráněné bydlení.

Výjimku tvoří návštěvy lékaře a programově plánované aktivity.

### **V I. až II. základní fázi se užití drog zakazuje.**

### **Užití alkoholu se v I. základní fázi zakazuje a II. a III. základní fázi nedoporučuje.**

V případě užití v I. fázi nebo nadměrném užití je situace stejná jako u relapsu s problémovou drogou a klient je povinen oznámit tuto skutečnost nejpozději do 3. dnů vedoucímu programu a současně to oznámit na nejbližší skupině.

Není od klienta očekávána celoživotní abstinence, pokud to dovoluje jeho zdravotní stav. U klientů, kteří mají hepatitidu je požívání alkoholu zakázáno po celou dobu programu.

Užívání léků které předepíše lékař je klient povinen okamžitě ohlásit svému garantovi a vedoucímu programu. O způsobu uložení léků bude rozhodnuto podle druhu daného

léku. Užívání jakýchkoliv léků bez konzultace s lékařem a vedoucím programu je nepřípustné.

Výjimky ve všech fázích programu musí být konzultovány s vedoucím programu. Případnou neúčast na programu je klient povinen omluvit svému garantovi, popřípadě službě.

Klient může být z programu vyřazen, pokud závažně poruší pravidla a dohodnuté podmínky spolupráce.

Závažným porušením pravidel spolupráce: relaps případně nadměrné požití alkoholu, opakované porušování řádu zařízení a statutu chráněného bydlení.

Způsob vyřazení klienta: O vyřazení rozhoduje pracovní tým.

V Koněšíně

Klient :

Circle of Life o.s.



[illegible]

\* V době individuálního poradenství a terapií mají klienti mimo rozpis osobní volno , rozpis terapií je

stanoven měsíčním plánem

■ kluby jsou pro klienty I.a II. fáze závazné, pro klienty III. fáze je závazný profesní klub

■ psychoterapeutické a tématické skupiny jsou pro klienty I. fáze závazné, II.fáze minimálně **2** skupiny /měsíc, III. fáze minimálně **1** skupina / měsíc, otevřená skupina 1/ měsíc/ ambulantní kl.

■ sociální terapie – návyky , skupiny závazné pro klienty I. - III. fáze

■ komunitní setkání jsou závazné pro klienty I. – III. fáze

■ reflektivní hodnocení pracovní terapie závazné pro klienty I. – III. fáze

■ vzdělávání – teorie keramické výroby závazná pro klienty I. – II. fáze

■ pracovní terapie – rekvalifikace / praxe

■ samostatná práce pro dům – reflexe na domovní skupiny

Hlavní dle

Domovní klub

Postoj k vztahům

Terapie individuální

Terapie skupinová

Terapie pracovní

Chování

Zaměstnání

Zdraví fyzické

Představy a hodnoty

Zahradní práce

Styl života

Zdraví

Vzdělání

Styl života kriminální

Forma

Doba

Zapnutí



Občanské sdružení Circle of Life, Konečná 24, 675 02  
dále jen sdružení, zapsané v obchodním rejstříku, číslo 142/2006, u soudu  
v Brně, zapsané v obchodním rejstříku, číslo 142/2006, u soudu

Příloha č. 5

**Propouštěcí zpráva z doléčovacího zařízení Circle of Life**

Klient :                      Pohlaví :                      Rok nar. :                      Bydliště :

Nástup :                      Rekvalifikace :                      Ukončení :

Řádné :                      Předčasné (důvod) :

Předchozí léčba :

Hlavní droga :                      Drogová kariéra :

Postoj k abstinenci :

Terapie individuální :

Terapie skupinová :

Terapie pracovní :

Chování :

Zaměstnání :

Zájmy, koníčky :

Představy o budoucnosti :

Zdravotní stav:

Sex. orientace:

Zázemí :

Vzdělání :

Finance a kriminalita :

Pozn. :

Dne :

Zapsal/a :

Podpis:

**Občanské sdružení Circle of Life, Koněšín 24, 675 02**  
doléčovací zařízení pro problémové osoby a závislé na návykových látkách

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOLÉČOVACÍHO PROGRAMU  
DC CIRCLE OF LIFE, o. s.**

Jméno a příjmení: .....

Trvalé bydliště: .....

Rodné číslo: ....., Zdravotní pojišťovna: .....

Adresa, na které jsem nyní k zastižení (včetně telefonu): .....

Příjmení, jméno a adresa blízkých osob (rodiče, partner, blízcí příbuzní): .....

- ☐ Žádám o přijetí do **doléčovacího programu** DC CIRCLE OF LIFE, o. s.
- ☐ Žádám o **ubytování v chráněném bydlení**  
(Za ubytování v chráněném bydlení se platí měsíční nájemné.)

Před vlastním přijetím do doléčovacího programu, nebo v co nejkratší době po přijetí

- ☐ Dodal(a) lékařskou zprávu s výsledkem testu na infekční a přenosné nemoci – hepatitidy B a C, HIV.  
Dodám, nebo absolvuji v co nejkratší době .....
- ☐ Absolvuji ve vašem doléčovacím zařízení
- ☐ Dodal(a)
  - životopis
  - vyjádření terapeutického týmu
- ☐ Se zaregistroval(a) na úřadu práce v případě, že budu požadovat příspěvek na rekvalifikaci od úřadu práce

Datum předpokládaného ukončení léčby: .....

Datum předpokládaného nástupu do doléčovacího centra: .....

Datum: .....

Podpis: .....



## Vyjádření terapeutického týmu

Jde o **vyjádření terapeutického týmu** odborného zařízení, ve kterém se v současné době klient léčí.

Žádáme o stručné zhodnocení dosavadní léčby klienta, zda je **klient vhodný pro doléčovací program**. Po ukončení léčebného programu žádáme o zaslání **propouštěcí či závěrečné zprávy**.

Pokud byl klient vyšetřen psychologem či psychiatrem, připište, prosím, krátkou zprávu z tohoto vyšetření.

Jméno a příjmení klienta: .....

Datum: .....

Podpis: .....

## Životopis

Do tohoto životopisu zahrňte zejména informace o významných událostech Vašeho života, rodině, partnerských vztazích, pracovní praxi a psychickém stavu, právním postavení (soudy, dluhy, trestní stíhání), drogové minulosti.

Napište také o své předchozí léčbě, jaký přínos pro Vás měla, v čem konkrétně Vám pomohla.

**Rozsah životopisu je minimálně 4 strany A4.**



## Legislativa států Evropské unie k drogovým deliktům

|             | Primární postih užívání OPL                                                                                                                                                            | Nepřímý postih užívání (držení pro vlastní potřebu)                                                                                                                                                                                                      | Nedovolený obchod                                                                   | Soudní praxe a judikatura                                                                                                                                                                                                      |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Belgie      | Společné užívání OPL skupinou osob je stíháno a trestáno OS od 3 měsíců do 5 let.                                                                                                      | Držení pro vlastní potřebu není výslovně označeno jako trestné. Uplatňován trestní postih za držení OPL z titulu obchodování s OPL.                                                                                                                      | trest OS od 3 měsíců do 5 let, za přitěžujících okolností až na 20 let.             | V prvním případě podmíněné odsouzení nebo odložení trestu, jestliže pachatel souhlasí s léčbou. Je rozlišováno mezi příležitostnými uživateli, pravidelnými uživateli drogy a dealery.                                         |
| Dánsko      | Užívání OPL není výslovně označeno jako trestné                                                                                                                                        | Držení pro vlastní potřebu není výslovně označeno jako trestné Uplatňován trestní postih za držení OPL z titulu obchodování s OPL                                                                                                                        | trest 2 roky OS, za přitěžujících okolností až 6 let.                               | Držení cannabisového produktu pro vlastní potřebu má za následek výstrahu, pokutu nebo krátkodobý trest OS s podmíněným odkladem.                                                                                              |
| Finsko      | Užívání OPL je trestné a může být trestáno odnětím svobody až do 2 let. Výkon trestu může být odložen, pokud se pachatel zaváže, že nastoupí dobrovolně léčbu.                         | Držení pro vlastní potřebu není výslovně označeno jako trestné Uplatňován trestní postih za držení OPL z titulu obchodování s OPL.                                                                                                                       | Trest až 2 roky OS, u cannabisových produktů, až 10 let u ostatních OPL.            | Prokurátor může zastavit trestní stíhání, pokud pachatel souhlasí s léčbou.                                                                                                                                                    |
| Francie     | Užívání OPL je trestné a může být trestáno OS od 2 měsíců do 1 roku. Postih může být nahrazen terapeutickým opatřením (příkazanou léčbou).                                             | stejně jako předcházející                                                                                                                                                                                                                                | Trest až 20 let OS, za přitěžujících okolností až 30 let.                           | Doporučeno stavět držení malého množství cannabisu naroveň užívání. V roce 1987 doporučeno omezit postih nezávislých osob a dobře evidovaných na pouhou výstrahu bez ohledu na druh drogy.                                     |
| Irsko       | Užívání OPL není trestné s výjimkou užívání opia, které může být trestáno až 14 lety OS.                                                                                               | Držení drogy pro vlastní potřebu je trestné a může být v prvním a druhém případě pokutováno. Při dalším opakování trestáno až 3 lety OS u tzv. měkkých drog. Držení jiných drog může být trestáno již při prvním případě a to trestem až 7 let OS.       | Trest až 7 let OS u cannabisových produktů, u ostatních OPL až doživotním vězením.  | Při prvním a druhém případě může být upouštěno od potrestání, pokud pachatel souhlasí s léčbou. Lékařská péče může být uložena závislým osobám.                                                                                |
| Itálie      | Užívání OPL není trestné                                                                                                                                                               | Držení pro vlastní potřebu od r. 1993 není trestné. Prefekt však nařídí uživateli povinnost léčit se. V případě odmítnutí léčby následující administrativní sankce (dočasné odebrání řidičského průkazu, odnětí pasu, nařízení obecně prospěšných prací) | Trest od 2 do 6 let OS u cannabisových produktů, u ostatních OPL od 4 do 15 let OS. | V letech 1990–1993 bylo nutné ke zjištění přesného množství držení drogy a pro zjištění, zda uživatel je či není závislý vyžadovat dvojí expertízu. Pro velkou náročnost a složitost systému bylo zamítnuto.                   |
| Lucembursko | Užívání OPL je trestné a může být pokud se jej dopustí jednatel trestáno OS od 3 měsíců do 3 let. Pokud se jej dopustí skupina pachatelů nebo učiní tak zdravotník od 1 roku do 5 let. | Držení pro vlastní potřebu je trestné a může být trestáno OS od 3 měsíců do 3 let. Trest může být nahrazen obecně prospěšnými pracemi. Totéž platí pro nedovolené užívání.                                                                               | Trest od 1 roku do 5 let OS, za přitěžujících okolností až doživotí.                | Lze nařídit odběr krve nebo analýzu moči pro opatření důkazu. V případě odmítnutí následující sankce. Prokurátor může zastavit stíhání v případě dobrovolné léčby. Při prvním porušení zákona může být upuštěno od potrestání. |



|                |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Německo        | Užívání OPL není trestné.                                                                                                                                          | Držení OPL pro vlastní potřebu je trestné a může být trestáno OS od 3 měsíců do 5 let. Výkon trestu nepřesahující 2 roky lze odložit z důvodu podstoupení léčby.                                                                   | Trest od 1 roku do 5 let OS, za přitěžující okolnosti do 15 let.                                                               | V roce 1994 Ústavní soud v Karlsruhe doporučil nestíhat držení a dokonce ani dovoz malého množství cannabis pro vlastní potřebu, i když se jedná o trestný čin.                                                      |
| Nizozemsko     | Užívání OPL není označeno za trestné. Vůči uživateli však může být uplatněno administrativní opatření spočívající v jeho umístění v psychiatrické léčebně.         | Držení pro vlastní potřebu je trestné a výše trestu OS může dosáhnout až 3 měsíců u tzv. měkkých drog a 1 roku u tzv. tvrdých drog.                                                                                                | Trest až 4 roky OS u cannabisových produktů, až 12 let u ostatních OPL                                                         | v praxi je tolerován prodej konopných produktů v „coffee shops“, limitovaný množstvím 5g. Stejně je tomu u držení pro vlastní potřebu. Toleruje se držení jedné dávky tvrdé drogy.                                   |
| Portugalsko    | Užívání OPL je trestné a může být trestáno OS až do 3 měsíců nebo pokutou.                                                                                         | Držení pro vlastní potřebu je trestné a může být trestáno až 3 měsíci OS nebo pokutou při množství drogy nepřevyšující 3 denní dávky.                                                                                              | Trest od 4 do 15 let OS                                                                                                        | Zákon z r. 1993, který učinil trestným užívání, ukládá soudci důkladně zkoumat každý případ. Upuštění od potrestání v prvním případě, výstraha pro příležitostné uživatele, odklad trestu v případě žádosti o léčbu. |
| Rakousko       | Užívání OPL není označeno jako trestné                                                                                                                             | Držení pro vlastní potřebu je trestné a může být postiženo trestem až do 6 měsíců OS, pokud uživatel nepodstoupí léčbu ve lhůtě 2 let.                                                                                             | Trest až 5 let OS.                                                                                                             | Prokurátor může zastavit trestní stíhání, pokud pachatel souhlasí s léčbou.                                                                                                                                          |
| Recko          | Užívání OPL není označeno jako trestné                                                                                                                             | Držení pro vlastní potřebu je trestné a může být postiženo trestem OS na 10 dnů až 5 let pouze u uživatelů na drogách nezávislých. Toxikomani nejsou trestáni, ale jsou povinni podrobit se léčbě. Jsou považováni za nesvéprávné. | Trest od 5 do 20 let OS, za přitěžujících okolností až na doživotí.                                                            | Lékařský posudek určí, zda se jedná nebo nejedná o závislost. Při prvním porušení zákona může být u drogově nezávislého uživatele upuštěno od potrestání.                                                            |
| Španělsko      | Užívání na veřejnosti je důvodem k administrativní sankci (pokuta, dočasné odebrání řidičského oprávnění aj.) uložené starostou nebo prefektem ve velkých městech. | Držení pro vlastní potřebu je důvodem k administrativní sankci                                                                                                                                                                     | Trest od 10 do 17 let OS u cannabisových produktů, od 14 do 23 let u ostatních OPL.                                            | Zákon z roku 1992 se vztahuje na všechny drogy včetně cannabis. Při stanovení stupně přísnosti administrativní sankce se bere v úvahu druh užívané látky.                                                            |
| Švédsko        | Užívání OPL není přímo trestáno                                                                                                                                    | Držení pro vlastní potřebu je trestné a může být postiženo trestem OS až na 6 měsíců. Soud může stanovit, jak se má odsouzený chovat.                                                                                              | Trest OS až 3 roky, za přitěžujících okolností od 2 do 10 let.                                                                 | V praxi se držení malého množství cannabis nebo amfetaminů pro vlastní potřebu pokutuje. Držení heroinu nebo kokainu i ve velmi malém množství se trestá OS.                                                         |
| Velká Británie | Užívání OPL není trestáno s výjimkou užívání opia, které může být trestáno až 14 lety OS                                                                           | Držení pro vlastní potřebu je trestné a může být trestáno až 7 lety OS u heroinu, LSD, až 5 lety OS u cannabisových produktů a kodeinu, až 2 lety u amfetaminů a benzodiazepinů.                                                   | Trest OS až na doživotí u OPL typu heroin, LSD, až na 14 let u OPL typu cannabisových produktů, a až na 5 let u ostatních OPL. | Držení cannabisových produktů pro vlastní potřebu má za následek obvykle jen výstrahu, pokutu nebo krátkodobý trest OS s podmíněným odkladem. U ostatních drog jsou tresty přísnější.                                |





Venkovní prostory – Circle of life o. s. Koněšín



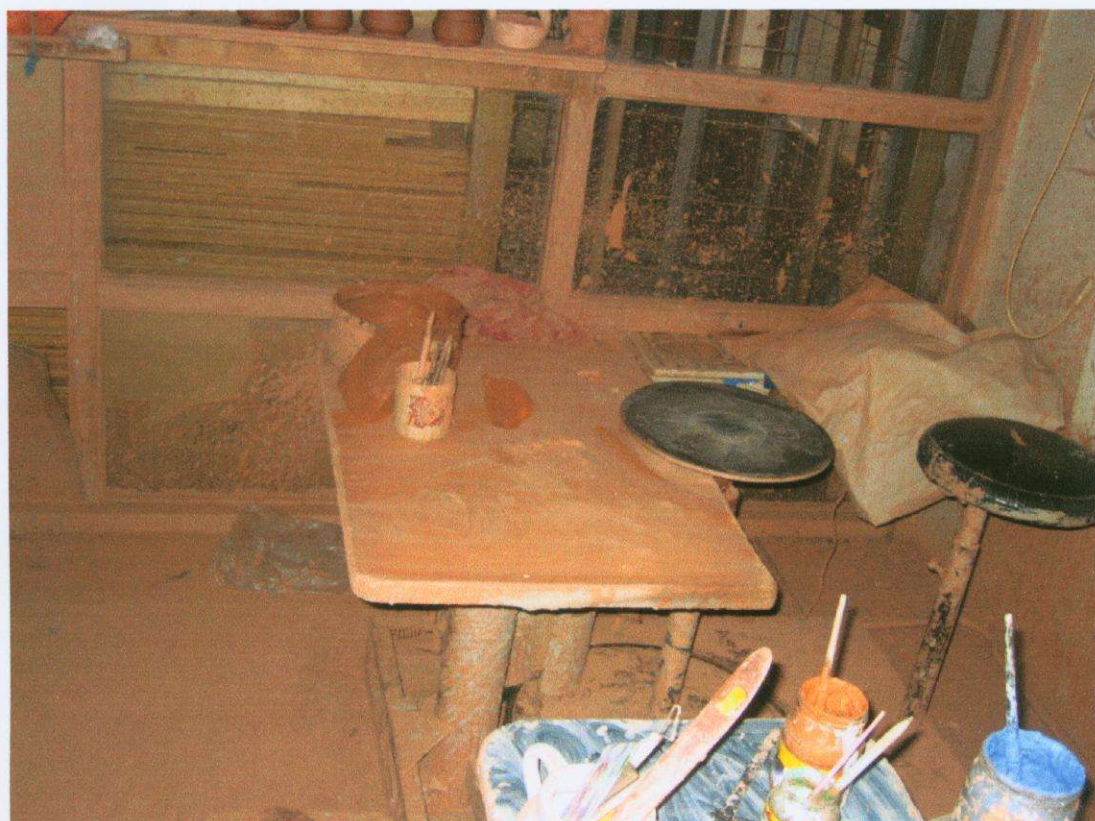




Výrobky klientů a zaměstnanců







Pracovní prostředí

