

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Mgr. Vanda Strejčková

**Vybrané aspekty a vzorce užívání lysohlávek a LSD
u psychiatrických pacientů v PN v Dobřanech**

Selected aspects and patterns of magic mushrooms and
LSD use at patients at the psychiatric hospital in Dobřany

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí závěrečné práce:
Mgr. Jaroslav Šejvl

PRAHA, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 15. 4. 2016

.....
Vanda STREJČKOVÁ

Poděkování:

Děkuji svému vedoucímu diplomové práce panu Mgr. Jaroslavu Šejvlovi za odborné vedení, ochotu, trpělivost, podporu a laskavý přístup.

Poděkování patří též všem pacientům v PN v Dobřanech, kteří se se mnou podělili o své zkušenosti a zážitky.

Identifikační záznam:

STREJČKOVÁ, Vanda. Vybrané aspekty a vzorce užívání lysohlávek a LSD u psychiatrických pacientů v PN v Dobřanech. [*Selected aspects and patterns of magic mushrooms and LSD use at patients at the psychiatric hospital in Dobřany*]. Praha, 2016. 93 s., 3 přílohy. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK. Vedoucí práce Jaroslav Šejvl.

Abstrakt (teze):

Východiska: Bývalé Československo bylo známo svými výzkumy halucinogenů a jejich používáním při léčbě v psychiatrické praxi. V posledních několika letech LSD a jiné halucinogeny opět zažívají renesanci. V současné době se vědci znovu vrací k výsledkům tehdejších výzkumů a snaží se na ně navázat. V České republice došlo podle studií mezi roky 2002, 2004 a 2008 k nárůstu celoživotní prevalence u všech drog v obecné populaci. U LSD byl více než 2,5 násobný růst mezi rokem 2002 a 2008 (z 2,2 % na 5,6 %). Stejně vysoký nárůst byl zaznamenán i u halucinogenních hub, které byly sledovány jen v roce 2004 a 2008.

Cíle: Cílem výzkumu bylo zmapovat vybrané aspekty a vzorce užívání lysohlávek a LSD u psychiatrických pacientů v PN v Dobřanech, zjistit, jací pacienti mají s těmito psychedelickými látkami zkušenost, jaké vzorce a důvody užívání lysohlávek a LSD je možno sledovat u těchto pacientů, jaké fyzické a psychické problémy mohou u uživatelů lysohlávek a LSD nastat a jak se s nimi vyrovnávají a pokusit se z tohoto výzkumu vyvodit nějaká doporučení, která by mohla být využitelná z hlediska preventivní práce s léčenými pacienty, popřípadě jinými klienty hlavně z řad dospívající mládeže.

Metody a soubor: Byl proveden průzkum formou polostrukturovaného interview na souboru 37 pacientů PN v Dobřanech (34 mužů a 3 ženy), kteří měli alespoň jednu zkušenost s lysohlávkami a/nebo LSD a souhlasily s vedením tohoto interview. Respondenti byli získáváni pomocí metody sněhové koule a na základě doporučení ošetřujícího personálu zejména psychologů a ošetřujících lékařů. První část interview byla zaměřena na sociodemografické údaje (pohlaví, věk, místo narození, způsob obživy poslední rok před léčbou, atd.), další část se týkala se vzorců a specifik při užívání lysohlávek a LSD.

Výsledky: Pacienti, kteří někdy užili lysohlávky a/nebo LSD, měli zkušenost i s jinými psychotropními látkami. Jako nejčastější důvod prvního užití obou halucinogenů byla uvedena náhoda, experiment nebo touha po zkušenosti. Většina pacientů užívala tyto látky s kamarády nebo v partě a v přírodě. Jako optimální dávka u lysohlávek bylo 15 až 20 kusů plodnic, které byly nejčastěji konzumovány syrové. Zážitky se různily, objevovaly se právě i nepravé halucinace. Pacienti oba halucinogeny často kombinovali i s jinými látkami (alkohol, marihuana, pervitin). Z výzkumu vyplynula rizika spojená s užíváním halucinogenních látek smrtelné úrazy, skoky z okna, oběšení nebo autonehoda v důsledku užití LSD.

Závěry: Průzkum přinesl podrobnější pohled na vzorce a některé aspekty užívání lysohlávek a LSD u pacientů PN v Dobřanech. Výzkum některá rizika spojená s užíváním těchto halucinogenů. Tato práce by se mohla využít v rámci prevence pro ostatní pacienty, případně pro dospívající mládež, rovněž by mohla být zajímavá pro ošetřující personál, který s těmito pacienty pracuje.

Klíčová slova: pacienti, lysohlávky, LSD, halucinogeny, užívání, zkušenost

Abstract:

Backgrounds: Former Czechoslovakia was known for the studies of halucinogens and their use in cure in psychiatric care. In the last couple of years LSD and other halucinogens have been coming to renaissance again. Nowadays researchers are returning to these theories and they are trying to follow these studies. In the Czech Republic according to studies conducted in 2002, 2004 and 2008, there was an increase in the use of all drugs in general population. For example there was an increase of 2.5 times more of use between 2002 and 2008 (from 2.2% to 5.6%). The same increase showed the use of halucinogen mushrooms that were monitored only in 2004 and 2008.

Objectives: The main point of the whole research was to map aspects and patterns of the use of magic mushrooms and LSD and monitor the outcome on these patients, also monitor their physical and psychiatric problems. The study monitors how each person deals with their use and solutions that can be used in prevention with patients especially among growing population are tried to be found.

Methods and research group: The research was conducted in polystructured form of an interview with 34 patients in hospital in Dobruška (34 men and 3 women) who had had at least one piece of experience with the use of magic mushrooms or LSD and were willing for the interview. All these were selected based on a „snowball“ effect and were recommended by their psychologists and doctors. The first part of the interview was based on sociodemographics (gender, age, place of birth, last employment one year prior to the treatment), and the other part was based on patterns and particularities of the use of magic mushrooms and LSD.

Results: Patients who had ever used magic mushrooms and/or LSD had also experience with the use of other psychotic substance. The most frequent reason of the first try of both halucinogens was reported to be an experiment or a curiosity to try. Most patients were using these with friends and mostly outdoors. The most common dosage was 15 to 20 pieces of magic mushrooms consumed usually raw. Experiences were different from case to case from positive to negative halucinations. The combination of both halucinogens with another substance (alcohol, marijuana, pervitin etc.) was also reported. What came out of this research is the risk of the use of halucinogens such as fatal incidents including jumping out of a window, self hanging or fatal car accidents under the influence of LSD.

Conclusions: The whole study shows a detailed view of patterns and aspects of usage of magic mushrooms and LSD among patients of hospital in Dobruška. It also points out risks of the use of these halucinogens. It is also important to emphasize that these patients report the use of halucinogens lightly. This study can be widely used in prevention for other patients and could be very helpful for staff of all hospitals working with these patients.

Key words: magic mushrooms, LSD, halucinogens, usage, experiences

OBSAH

ÚVOD.....	1
1. Halucinogeny	3
2. Historie halucinogenů	6
2.1. Psilocin a Psilocybin	6
2.2. Lysohlávky	7
2.3. LSD	8
2.4. Výzkumy halucinogenů v psychiatrii v Československu	11
2.5. Výzkum halucinogenů v současnosti	13
2.6. Experimenty s LSD v armádě	13
2.7. Prevalence užívání LSD a halucinogenních hub v ČR.....	14
3. Poruchy vyvolané užíváním halucinogenů	17
3.1. Symptomatika	17
3.2. Vnímání a jeho poruchy	19
4. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech	24
5. Východiska.....	29
6. Cíl výzkumu	30
6.1. Výzkumné otázky.....	30
6.2. Popis výběrové procedury	30
6.3. Metody sběru dat:.....	31
6.4. Etika	33
7. Výzkum	34
7.1. Analýza a zpracování dat	35
7.2. Popis výzkumného souboru:	36
8. Výsledky.....	47
8.1. Lysohlávky.....	47
8.2. LSD	58
9. Diskuse.....	71
ZÁVĚR.....	74
Literatura	75
Seznam zkratk.....	79
Příloha 1 - Základní informace o účastnících výzkumu	80
Příloha 2 - Formulář polostrukturovaného interview	81
Příloha 3 - Doporučení a vzkaz pacientů PN v Dobřanech	85

ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá vybranými aspekty a vzorci užívání halucinogenů, lysohlávek a LDS¹, u psychiatrických pacientů PN v Dobřanech². Hlavní motivací k výběru tohoto tématu bylo moje dlouholeté působení v této nemocnici a letitá práce se závislými na alkoholu a jiných návykových látkách a také s pacienty s různými diagnózami, příběhy i osudy. Bývalé Československo bylo známo svými výzkumy halucinogenů a jejich používáním při léčbě v psychiatrické praxi³. Zajímalo mě, jak naopak psychiatričtí pacienti přistupují k těmto halucinogenům a jak a proč je užívají.

Již přes 10 let pracuji v PN v Dobřanech jako arteterapeut, za tuto dobu jsem byla svědkem mnoha rozhovorů nebo vyprávění pacientů, kteří se zde léčili se závislostí na nelegálních návykových látkách, o halucinogenech a jejich účincích. Zaujalo mě, že k této skupině látek mají trochu jiný přístup než k ostatním návykovým látkám. Někdy se vzpomínky na halucinogenní látky také odrážejí v jejich výtvarném projevu. Fascinaci halucinogenními látkami znám i z vyprávění okruhu pacientů, kteří byli hospitalizováni pro jiné psychické problémy a hledali spíše nějaké spirituální zážitky. Velkou inspirací pro mne byli zejména tři pacienti, kteří dlouhodobě navštěvovali náš ateliér a tři různé pohledy na halucinogenní látky. Prvním byl problémový uživatel pervitinu a heroinu, který měl bohaté a letité zkušenosti s užíváním mnoha dalších psychotropních látek. Ten hodnotil halucinogeny těmito slovy: „*Všichni chtějí zkusit halucinogeny, protože si myslí, že uvidí trpaslíky, ale vylezou jen ti trpaslíci, co jsou v nich*“. *Feťáci se halucinogenů bojí, protože se ukáže všechno špatné, co v nich je...*“. Další z této trojice byl mladý muž, který v léčbě strávil dva roky a bral pouze halucinogeny a kouřil marihuanu. Ten své zážitky zprostředkoval pomocí krásných pestrých obrazů, které dodnes zdobí ateliér. Hledal v halucinogenech poznání, přál si být šamanem. Poslední z nich, muž s diagnózou hebefrenní schizofrenie, se do léčby pravidelně vrací a nachází se v ní i nyní, kdy píše tuto práci, nebyl však schopen vzhledem ke svému špatnému psychickému stavu se výzkumu účastnit.

Tento muž sice přímo o svých zkušenostech nemluví, ale LSD se pravidelně objevuje v jeho tvorbě, ve formě nápisů LSD, v podobě barev, různých deformací a někdy asi i bad tripů. Někdy pronese pár vět, že to byl tenkrát dobrý výlet. Právě zkušenosti a dlouholetí uživatelé vždy jeho stav hodnotí, že si dal v mládí trip a už se z výletu nevrátil.

V této práci bych se chtěla pokusit srovnat důvody, způsoby a vzorce užívání lysohlávek a LSD pacientů PN v Dobřanech, kteří s těmito látkami mají zkušenosti a byli ochotni se o ně podělit, s dostupnými informacemi v literatuře zabývající se touto problematikou a vybrat důležité informace a aspekty, které by mohly přispět uživatelům současným i potencionálním při užívání těchto halucinogenních látek, minimalizovat škody na fyzickém i psychickém zdraví nebo je od užití zcela odradit.

¹ LSD – kyselina lysergová

² PN v Dobřanech – Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

³ V letech 1953 až 1974 v bývalém Československu existovala speciální psychoterapeutická skupina, která využívala halucinogeny, pod vedením doktorů Hausnera, Grofa a Vojtěchovského (Pospíšil, 2005).

První část práce je teoretická. Objasňuje některé základní pojmy související s halucinogeny, lysohlávkami a LSD, historie jejich užívání a problematiku související s jejich užíváním. Obsahuje též přehled vývoje užívání lysohlávek a LSD v posledních letech a pohled na výzkum halucinogenů v tehdejší Československu. Podrobněji je zde popsána Psychiatrická nemocnice v Dobřanech.

Druhá část je pak věnována vyhodnocení výzkumu prováděného za pomoci polostrukturovaného interview a podrobnější analýze získaných výsledků. Výsledky diskutují ve světle údajů z literatury, výzkumných studií a statistiky.

1. Halucinogeny

Halucinogeny představují z hlediska chemické struktury velmi různorodou skupinu látek. Některé halucinogeny se vyrábějí v laboratořích a jiné je možno nalézt jako přírodní produkty. Tyto látky vyvolávají přechodné psychotické stavy. Jednotlivé zkušenosti se liší, mezi běžné halucinogenní účinky vyvolané touto skupinou drog patří vizuální a sluchové představy, vnoření se do vlastních myšlenek, změny emocionality, od euforie až k depresi. Některé halucinogeny mají silný psychostimulační účinek. Největší sortiment halucinogenních látek se pravděpodobně vyskytuje na území Spojených států (houby, kořeny, semena a jiná halucinogenní vegetace (Tyler, 2000).

Rozmanitost možných typů reakcí halucinogenních látek vedla k množství označení těchto látek, která se svým obsahem liší: fantastika, entheogeny, psychedelika, eidetika, iluziogeny, psychohytika, psychotomimetika, psychodisleptika, psychoestetika atd. Lewinovo⁴ první označení těchto látek „fantastika“, výstižně vystihuje spíše fantastické zážitky podobné snům s euforickým nebo disforickým nádechem. Tyto substance při prvních pokusech a nízkých dávkách způsobují většinou pohádkovou transformaci okolí, zvýraznění barev, kterou uživatel prožívá (Gartz, 1999).

Miovský charakterizuje halucinogenní drogy jako jednu z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Velkou pozornost vědců i laiků podle něj přitahují jejich velmi neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka, ale především jistá nevyzpytatelnost, tajemnost, možná až mystičnost spojená s těmito účinky (Kalina et al, 2003).

„Halucinogenní látky, i když jejich rostlinný původ je různý, mají v chemické struktuře společné indolové jádro a právě jemu se připisuje halucinogenní účinek. Výjimkou je meskalin, který se chemickou strukturou blíží adrenalinu“. (Janík & Dušek, 1990)

Halucinogeny se vyznačují svým nepředvídatelným efektem. Všechny halucinogenní látky působí na nervovou soustavu. Po užití vznikají většinou subjektivně prožívané nepříjemné psychické pocity, dochází k bušení srdce, rozšiřují se zorničky, zvyšuje krevní tlak a počet tepů, pocení, nevolnost, někdy i zvracení. Časté je také sucho v ústech. Z psychických poruch, které vyvolávají, jsou nejnápadnější poruchy vnímání. Zjevují se pestré scény v podobě vizí, nepravé i pravé halucinace. Ty bývají poměrně zajímavé. Často jsou to barevné, strukturální vize, bizarní tvary, snové krajiny. Zostřuje se smyslové vnímání a nabízí pestrou směs tvarů, chutí a zvuků. Intoxikovaný má pocit, že pochopil, co předměty skrývají, z čeho jsou složeny, slyší barvy atd. Dochází k poruchám vnímání časoprostoru, čas ubíhá pomaleji nebo naopak rychleji, špatný může být odhad vzdáleností, změněné vnímání tvarů. Myšlení i představy získávají nové vlastnosti. Intoxikované osoby uvádějí pocity odcizení sobě samému. Popisují, že mají dojem, jako by jim nepatřilo jejich vlastní tělo, jako by to nebyli oni. Realita bývá špatně interpretována, je snížena kritičnost, soudnost a často dochází k přeceňování vlastních schopností. Zkreslené vnímání reality může vyvolat nebezpečné chování např. pokusy o létání. Halucinogeny vyvolávají problémy v koordinaci

⁴ Louis Lewin (nar. 11850, zemřel 1929) německý farmakolog a odborník v oboru toxikologie. Napsal knihu „Phantastica“ v roce 1924 (Wikipedia, 2016)

pohybů (Nožina, 1997). Dotčeny jsou i citové projevy. Někdy se dostavuje nadměrná veselost a dobrá nálada, jindy spíš úzkost, smutek až panika. Nálada se může změnit i v průběhu intoxikace. Určuje ji nejen velikost dávky halucinogenů, ale i povahové vlastnosti a psychický stav jedince, který látku požil. Po odeznění účinků látky někdy přetrvávají nebo se znovu objeví i týdny po požití zmatenost, pocity odcizení, depersonalizace a halucinace. U uživatele se může dostavit pocit, že se svět změnil a nikdy už nebude jako před tím. Intoxikaci lze ve většině případů přerušit aplikací antipsychotik. (Janík & Dušek, 1990)

Halucinogenní látky jsou schopny vyvolat toleranční reakci organismu. Může vzniknout i tzv. crosstolerance, kdy jedinec, který má např. toleranci na LSD, získá zároveň toleranci na meskalin nebo psilocybin. Je to pravděpodobně způsobeno tím, že tyto látky mají podobný mechanismus účinku (Nožina, 1997).

Halucinogenní látky mají silné psychoaktivní účinky, deformují vnímání objektivní reality. Navozují stav excitace CNS, projevují se změny nálady od euforické až k těžce depresivní. Porušeno je vnímání směru, vzdálenosti, času, uživatel může slyšet barvy a vidět zvuky. Dostatečně velké množství halucinogenní látky navozuje falešné představy a zrakové halucinace.

V lékařském výzkumu se halucinogeny využívaly zejména při experimentálním studiu psychóz (hlavně schizofrenie) (Nožina, 1997).

Halucinogeny vyvolávají psychózy, změny vnímání skutečnosti, mohou vyvolat halucinace zrakové i sluchové. Příznaky se mohou podobat schizofrenii, vznikají stavy odcizení nebo empatie, stavy hysterie, deliria. Rizika při zneužívání halucinogenů jsou především nečekané a nekontrolovatelné jednání, ohrožování vlastního zdraví i ostatních osob. Chronický abúzus může vést k psychické závislosti, může se vyvinout tolerance a trvalejší psychické poruchy (stíhy, flashbacky) (Balíková, 2004).

Halucinogenní látky jsou obsaženy i v řadě rostlin volně rozšířených ve středoevropské oblasti. Halucinogeny jsou však i látky připravované synteticky:

- LSD, diethylamid kyseliny lysergové – polysyntetická látka připravovaná z námelu
- Fencyklidin, rajský prach – syntetická látka, abúzus hlavně USA
- Ketamin – syntetické anestetikum, pouliční droga
- MDMA a jiné deriváty fenylalkylaminů (psychedelické aminy)

Rostlinný původ mají:

- Δ^9 -tetrahydrocannabinol – např. Cannabis sativa, Cannabis indica
- Psilocybin – různé druhy lysohlávek, např. Psilocybe mexicana
- Ibogain – Tabernanthe iboga
- Dimethyltryptamin (DMT) – rákos obecný, některé akácie
- Skopolamin a atropin – Atropa belladonna, Hyoscyamus niger, Datura stramonium, atd.
- Mescalín – mexické kaktusy známé jako peyotl (Balíková, 2004).

Některé halucinogeny byly a někde dokonce stále jsou součástí čarodějných praktik nebo starých kultovních obřadů v Asii, Africe, Jižní Americe, např.:

- Kultovní abúzus sušené muchomůrky červené nebo vývarů z ní je tradován u domorodců v oblastech severovýchodní Asie. Muchomůrka obsahuje muskarin a kyselinu ibotenovou, která se teplem rozkládá na muscimol.
- Indiáni připravovali ayahuascu pro kultovní účely.
- Šamané používali semena cebílu v Jižní Americe, mezi indiány bylo rozšířené šňupání prášku ze semen cebílu (obsahují bufotenin).
- Rituální pojídání kořenů ibogy je součástí kultovních obřadů v některých afrických oblastech (setkání s předky) (Balíková, 2004).

2. Historie halucinogenů

Je obtížné zjistit, od kdy lidé užívali různé psychotropní látky. Historie zneužívání psychotropních látek je zřejmě stará jako lidstvo samo. Příslušníci různých náboženství věřili, že látky způsobující povznesenou náladu, zapomnění, navozují různé extatické stavy, jsou darem bohů. Např. v indických mytologických pověstech je uvedeno, že indické konopí pochází z vlasů boha Višnu, Deméter dala podle jiné báje Řekům mák, který přinášel spánek a Archanděl Gabriel dal Mohamedovi kávové boby (Žukov et al., 2008).

Dnes hrají významnou úlohu drogy syntetické, ale některé kultury po celém světě užívají k různým účelům stále rostlinné drogy, některé z nich si našly své konzumenty i v civilizovaném světě (Žukov et al., 2008)

2.1. Psilocin a Psilocybin

Jedním z nejčastěji užívaných halucinogenů je psilocybin. Jedná se o hlavní psychoaktivní látku, která je obsažena v mnoha druzích halucinogenních hub (tyto látky jsou obsaženy např. v houbách rodu *Conocybe*, *Psilocybe*, *Inocybe*, *Panaeolus* a *Stropharia*). Kromě psilocybinu je v těchto houbách obsažen i jeho aktivní metabolit psilocin (jedná se o defosforylovaný psilocybin). Psilocybin se v průběhu absorpce za pomoci střevních enzymů přeměňuje na aktivní metabolit psilocin, který je méně stabilní (Tylš, 2014). Psilocin působí téměř identicky s psilocybinem. Psilocybin a psilocin jsou derivátem triptaminu a řadí se mezi indolová psychodelika – halucinogeny (jako i LSD 25 a 49, ibogain, DMT nebo harmalin), jsou to antiserotoniny, v CNS ovlivňují serotonergní neurotransmitery vazbou na 5 – HT₂ receptory (stejně jako většina indolových psychedelik). Psilocybin je skoro dvakrát účinnější než psilocin a také snadněji prostupuje hematoencefalickou bariérou. Po užití houby se psilocybin defosforyluje na psilocin. Psilocybin je stálý, psilocin se při příliš vysokých teplotách rozkládá. Účinnost snižuje vápník a mléko, také sušení hub může snižovat účinek. Při užívání psilocybinu více jak jednou za týden dochází k rozvoji tolerance. Jde o toleranci zkříženou s halucinogeny indolového typu (např. LSD), nikoliv s mezkalinem nebo THC.

- Intoxikace psilocybinem je podobná intoxikacím vzniklým jinými serotonergními halucinogeny, kdy uživatel není schopen rozlišovat mezi jednotlivými látkami, je ovšem odlišná od intoxikací disociativními anestetiky (ketamin) nebo entaktogeny (MDMA). Hlavním projevem intoxikace psilocybinem je změněný stav vědomí. Tento stav je charakterizován jako hluboká alternace vnímání a to percepce vnějších podnětů i vnímání vlastního já, vnímání i emotivity, kdy dochází k intenzivnějšímu emočnímu prožívání. Zvyšuje se pocit jednoty, spirituální zkušenost, blažený stav, vhléd, oddělení od těla, elementární i komplexní představivost, audiovizuální syntéze a změna významů podnětů (Halberstadt, 2015).
- V kombinaci s jinými drogami je známé kombinování s MDMA (tzv. MX raketa), alkohol prožitky z intoxikace tlumí, marihuana může halucinogenost zvyšovat a ostatní poruchy vnímání zvýrazňovat. Krystaly syntetického psilocybinu jsou

rozpustné ve vodě, možno vypít, jen zřídka se aplikuje intravenózně (Žukov et al., 2008).

2.2. Lysohlávky

Houbičky jsou součástí lidské kultury již od dob, kdy se začala historie zaznamenávat. V severním Alžírsku v jeskyních na náhorní plošině Tasili byly nalezeny kresby lidských postav ozdobených houbičkami, které pocházejí asi z doby pátého tisíciletí př.n.l. (Strassman et al., 2010). Rozsáhlejší dochované nálezy v podobě houbových kamenů pocházejí od domorodých kultur Střední Ameriky z doby kolem 1000 př. n. l. (Tylš, 2015). Také mykénská kultura začala objevovat houby. Houby byly přidávány do Diovy ambrosie. Antický básník z doby císaře Konstantina (4. st.) Porfyrios byl přesvědčen, že houby jsou děti bohů. Aztékové v Mexiku nazývali malé houby teonanacatl – maso bohů. Tyto posvátné houby používali obřadně k navázání kontaktu s bohy (Gartz, 1999). Zpráva o užívání psilocybinových hub se dochovala od Tezozomoca, který se účastnil korunovačních oslav aztéckého panovníka Montezumy II v roce 1502. Uvádí, že halucinace byly považovány za božská znamení, zjevení budoucnosti a předpověď věcí, které se stanou (De Korne, 1997).

Koncem padesátých let identifikoval Albert Hofmann jako účinnou látku hub psilocybin (Žukov et al., 2008).

Rituální užívání halucinogenních hub při ceremoniích je dodnes běžnou praxí domorodých kultur Latinské Ameriky. Hlavním cílem užívání těchto hub je poznání, duchovní rozvoj a léčení nemocí (Tylš, 2015).

Druhy lysohlávek

Rozšíření lysohlávek je běžné v tropickém a subtropickém pásmu. U nás je možno se setkat s kropenatcem (*Panaeolus*), límcovkou (*Stropharia*) a s lysohlávkami (*Psilocybe*) (Žukov et al., 2008). Lysohlávky patří do čeledi límcovitých. Lysohlávky se zpracovávají sušením (suší se obvykle pouze plodnice), dají se konzumovat syrové, vyluhují se a pijí se jako čaj, mohou se též upravit jako polévka či omáčka, nakládají se např. do medu, po usušení se mohou i kouřit (Žukov et al., 2008).

Sběr lysohlávek v Čechách se rozšířil teprve v posledních desetiletích. Tato houba se vyskytuje na mnoha místech naší republiky. Na našem území však roste i mnoho druhů tvarově podobných, ale bez obsahu psilocybinu (Nožina, 1997).

Lysohlávka kopinatá, *Psilocybe semilanceata* (klobouček svobody) se vyskytuje v Evropě, Severní a Jižní Americe, jižní Africe, Austrálii i Novém Zélandu.

Klobouk ve tvaru špičatého kužele (trpasličí čepička) o rozměrech přibližně 1,5-2 x 0,5-1,5 cm se zřetelným knoflíkovým až špičatým hrbolkem, na obvodu lehce se svažující, za vlhka slizký, bledě žlutohnědý až lehce olivově hnědý nebo šedý. Za sucha je kožově žlutavý až bílý, hladký a lysý, za mokra slizký až lepkavý. Třeň je velmi dlouhý, tuhý a pevný, 2-3 mm silný, křivolaký, bledý nebo nahnědlý s hedvábným leskem, typické je téměř cibulovité rozšíření na bázi. Ta bývá modrozelená, s modrozeleným podhoubím. Lupeny jsou ke třeni

široce přirostlé, bývají olivově šedé až hnědavé s šedým nádechem, později červenohnědé až černohnědé. Nikdy nejsou výrazně světlé nebo bílé. Dužnina za syrova nemá zvláštní vůni ani chuť. Po spaření horkou vodou voní po máku. Výtrusný prach je tmavě hnědý. Velikost plodnic je proměnlivá a je výrazně ovlivněná kvalitou substrátu.

Houby rostou obvykle ve skupinách v trsech metlice trsnaté. Tato tráva je typická pro mokřadní stanoviště, tvoří výrazně vystouplé, tmavě zelené trsy, listy jsou velmi tvrdé, úzké, pokud je sečena, konce listů (asi 2-3 mm) zasychají, květenství je velmi jemná rozložitá lata. Metlice trsnatá se vyskytuje na loukách a pastvinách, nejlépe kolem rybníků nebo podél lesních cest. Lysohlávka kopinatá vytváří pravděpodobně s kořeny metlice trsnaté mykorrhizu, proto ji lze v jiných travách nalézt jen zřídka. Roste od srpna do října v závislosti na počasí.

Tento druh lysohlávky obsahuje zhruba předpověditelné množství psilocybinu (některé druhy ztrácí svůj účinek v okamžiku, kdy jsou sebrány). Je nejsnáze dosažitelná a její plodnice jsou nejoblíbenější vzhledem k výraznému a měřitelnému účinku, který vyvolává. Smrtelná dávka je kolem 4 kg čerstvých hub. Obsah drogy obsažený v této houbě se dá relativně snadno odhadnout, přesto se může v jednotlivých plodnicích lišit, protože houby jsou různě velké. Při určení vhodné dávky se musí přihlídnout také k faktorům jako tělesná hmotnost příjemce a obsah žaludku. Užije-li se houba nalačno, zvýší se její účinek. Účinek se též umocní v kombinaci s alkoholem. Účinná dávka se obvykle pohybuje v rozmezí 10 – 30 plodnic. (Oborník, 1997, Tyler, 2000).

Lysohlávka kubánská známá také pod názvy nanacatl, teonanacatl, Hongo de San Isidoro, Di-shi-tjo-le-rra-ja, hongos kentesh. Je to houba halucinogenní, mírně jedovatá.

Díky chovu dobytka je rozšířená téměř po celém světě. Vyskytuje se na dobytčím, koňském nebo sloním trusu. Období výskytu je od počátku jara až do podzimu. Obvykle je 4-8cm vysoká, vzácně i 15cm. Tvar klobouku je kónicko zvonovitý, nejprve špičatý, později vyklenutý nebo plochý, barva čokoládově hnědá, mírně žlutohnědá, k okraji bělavá. Ke stáru nebo při poškození se klobouk zbarví tmavomodře. Třeň je dutý, bílý, podélně rýhovaný, u báze bývá většinou zesílený, časem se zbarvuje žlutě nebo špinavě červeně. Barva lupenů je variabilní od bělavé přes tmavošedofialovou až po nachovohnědou. Výtrusy mohou být temně nachové až fialovo – hnědé. Obsahuje látky: alkaloidy psilocybin (15-63%), psilocin (11-50%), dále baeocystin. Celkový obsah alkaloidů v sušené houbě je 0,2-1%. (Alberts, Mullen, 2002)

2.3. LSD

LSD – lysergamid je halucinogenní droga s poměrně krátkou, ale bohatou historií (Nožina, 1997).

Charakteristika LSD

Kyselina lysergová je součástí struktury všech alkaloidů obsažených v námelu. Sama o sobě je farmakologicky neúčinná. Diethylamid kyseliny lysergové, mimořádně silný halucinogen, se připravuje z námelu polysynteticky (Nožina, 1997).

Z halucinogenů působících na CNS byl nejvíce prozkoumán účinek LSD. Tato droga vyvolává v CNS několik různých efektů. Nejdůležitější z nich je spojen s působením neuronových receptorů neurotransmiteru zvaného serotonin. LSD se váže na serotoninové receptory, které jsou umístěné na postsynaptických membránách neuronů. Obsazuje oblasti, na které serotonin působí při přenosu nervových impulsů. LSD navíc brání uvolňování této látky z presynaptických zakončení. Předpokládá se, že působení serotoninu na receptory je akčním mechanismem na centrální nervový systém (společně LSD, meskalin, psilocybin) (Nožina, 1997).

LSD je inhibitor periferního serotoninového neuronálního systému, který reguluje emoce. Na určité subtypy serotoninových receptorů působí jako parciální agonista (Balíková, 2004).

LSD patří mezi psychoaktivní látky se silným účinkem. Velmi malá dávka (40 – 70 mikrogramů) je schopná vyvolat halucinogenní efekt přetrvávající až 8 hodin (Nožina, 1997).

LSD je laboratorně syntetizováno ve formě prášku. Může se užívat orálně ve formě tablet a tenkých čtverečků želatiny (window panes – okenní tabulka), nebo zředěná forma, která je absorbována do absorpčních papírků (blotter acid – kyselina pijáková). Papírky tzv. tripy bývají označeny obrázky a různými názvy např. „Sluneční Bůh“, „Anarchie“, „Barbar Conan“, „Bart Simpson“ atd. (Nožina, 1997).

Farmakologické pokusy v padesátých letech dospěly k tomu, že při nízkých dávkách vykazuje psilocybin podobnost s LSD (s výjimkou kratší doby účinnosti). V literatuře je uvedeno srovnání 10 mg psilocybinu a 100 µg LSD jako ekvivalentní dávka (Gartz, 1999).

LSD byla léta používána jako experimentální droga v psychiatrii. Dnes je již zakázáno (Balíková, 2004). Jistou dobu byl rozšířen názor, že možnost vyvolat modelovou psychózu (podobnou schizofrenii) může přispět k odhalení příčin tohoto onemocnění. Experimenty s LSD byl proslulý i Stanislav Grof, psychiatr českého původu. Lysergamid se po určité době vyráběl průmyslově i u nás (SPOFA), experimentovalo se s jeho terapeutickým využitím. Nepředvídatelnost účinků a také možné riziko vzniku tzv. latentní psychózy (teorie o možné existenci skrytého psychického onemocnění, jehož spouštěčem může být právě intoxikace LSD a propukne pak onemocnění, které by jinak nenastalo). Drogové experimenty s podvědomím člověka pak přispěly k objevům jiných terapeutických postupů např. holotropní dýchání (Nožina, 1997).

Objev LSD

První námelový alkaloid v čisté chemické formě izoloval v roce 1918 chemik dr. Artur Stolle (Tyler, 2000). V roce 1938 syntetizoval švýcarský chemik Albert Hofmann v laboratořích firmy Sandoz v Bruselu z námelu diethylamid kyseliny lysergové. Protože se jednalo o 25. sloučeninu, která byla syntetizována v pokusné řadě s kyselinou lysergovou,

dostala název LSD – 25 (Furst, 1996). V roce 1943 byly Albertem Hofmannem náhodně objeveny psychoaktivní účinky LSD (Nožina, 1997). Během práce s námellovými deriváty Hoffman náhle pocítil neklid a nevolnost, proto byl poslán domů. Později si zaznamenal do deníčku, že když pak ležel v částečném bezvědomí a lehkém delíriu, zažil náhle fantastické vize výjimečné opravdovosti s intenzivní kaleidoskopickou hrou barev. Tento stav trval asi dvě hodiny a byl doprovázený změnou vnímání sama sebe a ponětí času (Furst, 1996). Tři dni po této zkušenosti požil A. Hofmann znovu 250 mikrogramů LSD, toto množství považoval za zanedbatelné. Když jel se svým asistentem na kole domů, pochopil, že příznaky jsou mnohem silnější než před tím. Vzpomínal, že mu dalo velkou práci, aby promluvil souvisle. Uvedl: „...*Mé zorné pole se přede mnou vzdouvalo a věci vypadaly pokroucené jako obrazy v křivém zrcadle. Měl jsem pocit, že se nemohu pohnout z místa, ačkoli mi můj asistent později vyprávěl, že jsme šlapali slušným tempem...*“. Po příjezdu domů konzultoval Hofmann svůj stav s lékařem, ten si však nevěděl rady. Hofmann prožíval to, čemu se později začalo říkat bad trip. Svůj stav popisuje takto: „...*Chvílemi jsem cítil, jako bych byl mimo své tělo...Myslel jsem, že jsem zemřel. Mé ego se vznášelo kdesi v prostoru a své tělo jsem viděl ležet mrtvé na pohovce...*“ (Lee, Shlain, 1996).

Paličkovice nachová (*Claviceps purpurea*) – námel

S LSD úzce souvisí paličkovice nachová, známá též jako námel.

Námel je vývojové stádium nižší houby parazitující na žitu a v menší míře také na jiných druzích obilí a divokých travách. Zrna, která jsou infikovaná touto houbou, vyrůstají do světla až fialově hnědých zakřivených háčků (sklerotia), která se tlačí na místa zdravých zrn (Hofmann, 1997).

Paličkovice nachová je rozšířena v Evropě, Asii, Severní Americe. Jsou pro ni charakteristické dvě zřetelně oddělené periody (aktivní a klidová) a mnohá stádia. Barva je černo-fialová, dosahuje délky 1- 6 cm, je paličkovitě zaoblená. Sklerocium cizopasně vřeckaté houby je známé jako námel.

Vyskytuje se květen až červen na obilí a travinách, hlavně na žitu, ječmeni a pšenici. Obsahuje alkaloidy, které jsou z kyseliny lysergové. Rozlišují se alkaloidy amidické (skupina ergometrinu) a peptidické (skupina ergotaminu a ergotoxinu). Historie užívání některých čajových směsí nebo výtažků z paličkovice nachové sloužily zřejmě k přípravě halucinogenních nápojů označovaných kykeon již v antickém Řecku, kde hrály základní roli v eleuzínských mystériích. V minulosti se stávala také příčinou velkých epidemií, když se použilo kontaminované obilí k výrobě chleba, který byl pak zkonsumován. Některé námellové alkaloidy způsobují psychomimetickou aktivitu, vyvolávají potraty. Otravy námelem (známé jako ergotismus, „Antonínův oheň“) byly provázeny halucinacemi, křečemi, gangrénou s následnou ztrátou končetin, pomateností někdy i smrtí. Námel je prudce (smrtelně) jedovatý.

Paličkovice nachová napadá žito a jiné obilniny. Tato houba vytváří námellové alkaloidy, které kontaminují žitný chléb. Některé z těchto alkaloidů vyvolávají neurologické poruchy, které mohou být v některých případech závažné, že mohou vést ke křečím nebo epileptickým záchvatům. Další alkaloidy jsou charakterizovány jako vazokonstriktivní (vyvolávají zúžení

cév) a v okrajových částech těla mohou způsobovat gangrény. Klinické příznaky ergotismu (otravy námelem) jsou známy již dlouhou dobu. Již roku 600 př. n. l. se zmiňují Asyřané o zhoubném vředu obilného klasu“. Prvním doloženým záznamem o ergotismu je zápis o epidemii v roce 994 v Akvitánii a Limousimu ve Francii. Tato epidemie prý zahubila 40 000 lidí. Dochoval se barvitý popis příznaků ze 17. století: „Člověka se zmocnily obrovské záškuby a ruce i nohy znečitlivěly...Toto zlo doprovázely hrozné bolesti a nemocní kvíleli bolestí...někteří měli epileptické záchvaty, po nichž leželi šest až osm hodin jako bez života.“(Mann, 1996).

První zmínka o využití námelu pro medicínské účely jako přípravku pro urychlení porodu byla nalezena v herbáři frankfurtského městského lékaře Adama Lonitzera z roku 1582. Ten také konstatoval, že námel používaly od dávných dob porodní báby. Po roce 1808, kdy byl americkým lékařem Johnem Stearnsem označen za prostředek k urychlení porodu, se začalo námelu užívat ve větší míře. Lékaři se brzy však začali této látce obávat, byla nebezpečná pro dítě, měla nejisté dávkování a při vysoké dávce způsobovala děložní křeč. Námel se pak používal pouze pro zastavení krvácení po porodu (Hofmann, 1997).

2.4. Výzkumy halucinogenů v psychiatrii v Československu

Halucinogeny známé tisíce let jako látky kultovní umožnily moderní psychiatrii experimentovat s chemicky navozenou psychopatií na lidském modelu. Vznikly pojmy jako modelová psychóza, modelová psychofarmakoterapie a psychoterapie. Psychopatie byla zkoumána na pěti modelech: neurofyziologickém, intrapsychickém (fantazie, uměle vytvořený sen, psycholýza), interpersonálním (změněné interpersonální percepce a komunikace intoxikovaných osob), hodnotovém (změněný hodnotový systém, „rozšířené vědomí“, psychedelie) a psychosomatickém. Halucinogenní látky přispěly ke zkoumání nevědomí (Hausner, 1984).

V Evropě a Americe na této problematice interdisciplinárně pracovaly skupiny psychiatrů, psychologů, religionistů, neurofyziologů, farmakologů, etnofarmakologů, botaniků, etnobotaniků, mykologů, etnomykologů, zoologů, etnozoolů a řada dalších odborníků. V Evropě se lékaři, kteří pracovali s halucinogeny, sdružovali do Evropské lékařské společnosti pro psycholytickou terapii pod vedením profesora Dr. Med. HC. Leunera z Göttingenu (Hausner, 1984). Současně s výzkumně léčebným užitím halucinogenů se rozběhl ve světě negativní směr vývoje užívání těchto látek. Narostla vlna zneužívání mládeží na západě, která byla potencována „misí“ Dr. Timothy Learyho a jeho spolupracovníky z Harvardu. Založily IFIF (International Federation of Freedom), která propagovala právo jedince na drogy (Hausner, 1984).

V letech 1953 až 1974 v Československu existovala speciální psychoterapeutická skupina, která využívala halucinogeny. Byla vedena doktorem Hausnerem, Grofem a Vojtěchovským. V Jeseníku probíhala setkání v rámci psychofarmakologických konferencí. Seminářů proběhlo celkem devět, na nich se sešlo okolo 30 – 50 psychiatrů, psychologů i jiných profesí, lidé, kteří měli o problematiku zájem a kteří s halucinogeny pracovali. Semináře byly povinné pro všechny, kteří dostávali v rámci státní distribuce LSD a psilocybin. Hlavním pokladníkem byl dr. Hausher ze Sadské a vedl záznamy o všech, kteří

s těmito látkami pracovali. V roce 1974 byly halucinogeny ministerstvem zdravotnictví zakázány. Byla provedena likvidace za účasti komise.

Psychoterapie s LSD probíhala v období 1958 až 1974. Byla dvě hlavní centra: Výzkumný ústav psychiatrický, kde působili dr. Dytrych, dr. Sobotkiewiczová a dr. Dostál a Sadská, které vedl primář Hausher a spolupracovali s ním psychologové Vymětal, Růžička, psychiatr Melichar a další. Centrum dr. Hausnera bylo z hlediska masového využití pracovištěm číslo jedna, bylo v Evropě považováno za výzkumné centrum špičkového typu. Jezdili tam specialisté z celé Evropy. Dr. Hausner se stal místopředsedou společnosti pro Psycholytickou terapii, která byla vedena prof. Leunerem v Göttingenu.

Docent Roubíček, dr. Samec, dr. Martinčíková a později i dr. Drvota prováděli didaktické psychózy s LSD u psychologů, psychiatrů a umělců. Terapeutický efekt byl však jen v pozadí. LSD v terapii začali využívat až na základě osobní zkušenosti dr. Grof a dr. Dytrych. Ti rovněž absolvovali LSD psychózu na klinice u doktora Roubíčka. Skupina kolem Hausnera a Grofa byla psychoanalyticky zaměřena, domnívali se, že je to vynikající přístup k psychoanalytickým metodám (považovali to za zkrácenou psychoanalýzu). Psychoanalytická společnost v tehdejší Československu prosadila absolvování experimentální LSD psychózy do povinného výcviku všech svých frekventantů.

Indikace pro použití LSD byly těžké neurotické stavy, poruchy osobnosti, charakterové poruchy, které byly pro běžnou psychiatrii nepřístupné. U těchto osob se pak zkoušela psychedelická jednorázová dávka LSD nebo psycholytická terapie pomocí série deseti až patnácti sezení za použití LSD nebo psylocibinu. V 60 – 80 % bylo zaznamenáno markantní zlepšení. Nastaly i komplikace. K sebevraždám nedošlo, ale vyskytly se pokusy o ně. Pokud nebyl pacient hlídán, někdy vyskočil z okna. Došlo k několika zlomeninám, ale bylo to v ojedinělých případech.

Hausner uvedl, že měl 300 pacientů a čtyři tisíce sezení s LSD. Grof udává 120 pacientů a tisíc sto sezení. Dr. Šibová se pokoušela léčit také transexuály a homosexuály, dr. Řezníček alkoholiky v Červeném dvoře. Zásadním nedostatkem vyhodnocení účinnosti bylo zpracování výsledků po deseti až patnácti letech – tzv. katamnézy. Dr. Hausner měl připravený soubor asi 50 pacientů, které chtěl retrospektivně posoudit po dvaceti letech. Zemřel však v roce 1991, aniž by se k tomu dostal.

V roce 1953 dostal docent Roubíček od firmy Sandoz sto ampulí LSD. Doc. Roubíček a Srnec intoxikovali asi 120 psychiatrů, psychologů a umělců, kteří se dobrovolně přihlásili. Švýcarská Stollova skupina praktikovala LSD již pět let předtím. Firma Sandoz byla jedinou západní farmaceutickou firmou, která měla v Československu kancelář. Díky dobrým vztahům poskytovala pro výzkumné účely výše jmenovaným psychiatrům a doktorům LSD i psylocibin. Výzkumný ústav pro farmacii a biochemii syntetizoval LSD v roce 1961, jako vedlejší produkt jiných léčiv vyráběných z námelu. LSD se pak vyrábělo v Galeně v Opavě (Pospíšil, 2005).

2.5. Výzkum halucinogenů v současnosti

V posledních několika letech LSD a jiné halucinogeny opět zažívají renesanci. Vědci v nejvyspělejších státech farmaceutického průmyslu, ve Švýcarsku, Německu, USA a v České republice, se znovu vrací k výsledkům tehdejších výzkumů a snaží se na ně navázat. Provádějí některé z nich znovu tak, aby splňovaly současné přísné podmínky klinických výzkumů. Jejich cílem je jednak pomoci vysvětlit, jak funguje mozek, nebo alespoň jeho části, a také zjistit, kde by bylo možné LSD a jiné halucinogeny využít v medicíně (Paulík Lichková, 2015). K objasnění neurobiologie psychedelického stavu jsou používány moderní technologie, např. funkční magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie, kvantitativní EEG a magnetoencefalografie (Nichols, 2004).

Podobnost mezi intoxikací halucinogeny a akutní psychózou vedla k rozvoji farmakologických modelů psychotických onemocnění. Např. psilocybin je v současné době používán jako jeden z hlavních modelů schizofrenie v animálních i humánních experimentech. Psilocybin je potenciálně využitelný v následujících klinických oblastech: úzkost/deprese, závislost, obsedantně kompulzivní porucha (Tylš, 2015).

Profesor Jiří Horáček z 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Národního ústavu duševního zdraví se zabývá neurobiologií schizofrenie a deprese, mechanismem účinku antipsychotik a psychedelik, modelováním aktivity nervové tkáně a behaviorálním efektem psychoaktivních látek. K výzkumům s LSD říká, že když pochopíme, jak mozek funguje, budeme schopni lépe léčit duševní onemocnění. LSD má některé vlastnosti, které brání tomu, aby na něj u člověka vznikl návyk. Třeba proto, že receptory, na které v mozku nasedá, se po intoxikaci zatahnou a další následná intoxikace už není tak intenzivní. Konkrétně tuto vlastnost LSD vědci zkoumají proto, že by mohla pomoci při léčbě deprese, stávající antidepressiva působí v mozku podobně, ale účinek přichází až po několika týdnech, zatímco u LSD prakticky okamžitě (Paulík Lichková, 2015, TZ, 2016).

2.6. Experimenty s LSD v armádě

Československá armáda také experimentovala s využitím drog jako bojových látek. V archivu je uložen dokument z roku 1969 nazvaný Pokus. Tento film zachycuje situaci, kdy byla před zahájením simulované válečné operace členům dvou armádních štábů podána sklenice s nápojem. Jeden štáb dostal vodu, druhému bylo do nápoje přimícháno LSD. Oběma týmům pak byly zadávány stejné úkoly a byl sledován vliv intoxikace na jejich plnění. První štáb fungoval bezchybně, řídicí aktivity druhého byly paralyzovány. Členové tohoto štábu se však dobře bavili (Nožina, 1997).

Herzán uvádí, že k experimentům s LSD docházelo i v USA. Prezident Světové psychiatrické asociace, Dr. Ewen Cameron, byl v 60. letech vládní CIA požádán, aby spolupracoval na vládním projektu s drogou LSD pro rozložení vzorce chování člověka a jeho přeprogramování nebo vymytí mozku. Sám v Allainu v Montrealu testoval z dotací CIA tyto pokusy. Prováděl tzv. spánkovou terapii, při které uváděl pacienty na celé měsíce

do bezvědomí, aby jim pak prováděl silné elektrošoky a dával do nich drogu LSD. Poté byli udržováni při vědomí pod silnými sedativy a do uší jim byly pouštěny v rámci přeprogramování myslí stále dokola stejné informace. Někteří slyšeli ty samá slova čtvrt milionkrát. Jednalo se o vymývání mozku.

Další studie ukazuje, že například LSD bylo jen mezi lety 1949-1959 testováno asi na 40.000 pacientech (a to jen v USA). Odtajněný dokument vládní CIA z 16. listopadu 1953 dokazuje, že vedení CIA objednalo ve Švýcarsku drogu LSD v množství 100 milionů dávek. CIA drogy nejen kupovala, ale i sama v tajných továrnách vyráběla. Bývalý agent CIA prohlásil, že CIA zbudovala několik laboratoří na výrobu LSD v oblasti sanfranciského zálivu.

Americká armáda založila vlastní vojenské jednotky, které nesly krycí název EA-1729 a šlo o vojáky, kterým byl pravidelně s požehnáním Kongresu vymýván mozek drogou LSD. Byla to armáda zombií. Do poloviny 60. let to bylo 1500 vojáků. Některá z těchto cvičení byla armádou USA dokonce filmována a poté oficiálně představena členům Kongresu. Americký Kongres o tom celou dobu nejen věděl a nic proti tomu neudělal, ale naopak tyto výzkumy podporoval. Droga LSD se krátce poté stala nástrojem, kterého policie, CIA i armáda používala při výsleších, ale i k hromadné manipulaci.

Herzán uvádí, že k pokusům docházelo i v jiných státech, např. dne 16. srpna 1951 doslova zešilelo celé město Pont-Saint-Esprit ve Francii. Všichni občané byli náhle jako smyslů zbavení. Stovky jich běhaly po ulicích a křičeli, že je pronásledují šelmy. Jiní se svíjeli jako při epileptických záchvatech. Mnoho lidí vysákalo ten večer z oken svých domů. 5 občanů tehdy zemřelo a ti, kteří přežili, trpěli celé týdny psychickými poruchami. O této události informovaly před lety i britské Timesy, které psaly o tom, že ve francouzské vesnici lidé křičeli, že jim z těl vyrůstají rudé květy, že se jim hlavy mění v roztavené olovo, jeden muž se pokusil utopit, protože nemohl vydržet bolest, kterou mu způsobovali hadi, kteří požírali jeho vnitřnosti, další v domnění, že je letadlo, vyskočil z okna druhého patra, jiný člověk zase viděl své srdce, jak mu probíhá pod nohama. Tento incident se do historie zapsal jako mystérium prokletého chleba, kdy se dlouhé roky myslelo, že místní pekař použil omylem mouku, která obsahovala námel (Leš, 2010). Až téměř po šedesáti letech přinesla dne 24. srpna 2010 televize BBC důkazy, že šlo o projekt CIA. Testovala na nic netušících civilistech účinky LSD, kterou se snažili vyvíjet do podoby zbraně (Herzán, 2014).

2.7. Prevalence užívání LSD a halucinogenních hub v ČR

Užívání halucinogenů LSD a halucinogenních hub v naší republice podrobněji mapuje studie, která byla vydána v roce 2012 jako Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v ČR v r. 2008 (dále jen CS 2008) a která proběhla pod záštitou Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti a ve spolupráci s tehdejšími Centrem adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze (nyní Klinika adiktologie 1. LF UK) a Lékařským informačním centrem. Sběr dat byl proveden agenturou INRES-SONES. Studie zahrnovala reprezentativní vzorek 4500 respondentů, složený z obyvatel ČR ve věku 15-64 let. Cílem studie bylo zmapovat situaci v oblasti užívání legálních a nelegálních drog

v ČR. V rámci studie byly sledovány nejen ukazatele týkající se aktuální prevalence zkušenosti s užitím nelegálních i legálních drog, ale také problematika vnímání rizikovitosti užívání návykových látek a vnímání jejich dostupnosti. Dotazník výběrového šetření vycházel z tzv. Evropského modelového dotazníku EMCDA.

Mezi roky 2004 a 2008 došlo v České republice podle výsledků srovnatelných studií k nárůstu prevalence užívání nelegálních drog ve všech kategoriích. Nejvýrazněji tomu bylo u LSD, pervitinu a halucinogenních hub (Běláčková, 2012).

Vývoj v čase

Mezi roky 2002, 2004 a 2008 došlo k nárůstu celoživotní prevalence u všech drog v obecné populaci. U LSD byl více než 2,5 násobný růst mezi rokem 2002 a 2008 (z 2,2 % na 5,6 %) a to i přes to, že mezi rokem 2002 a 2004 došlo k poklesu celoživotní prevalence (z 2,2 % na 1,4 %). Stejně vysoký nárůst byl zaznamenán i u halucinogenních hub, které byly sledovány jen v roce 2004 a 2008 (Běláčková, 2012).

Dlouhodobě byla druhou nejčastěji užitou nelegální drogou v ČR extáze, v roce 2012 se však podle realizovaných studií dostaly na druhé místo halucinogenní houby. Na dalších místech byly zkušenosti s užitím pervitinu nebo amfetaminů, kokainu a LSD s poměrně konzistentně nízkou mírou celoživotní prevalence (2,3–2,8 %).

Nejčastěji užitou nelegální drogou v obecné populaci byly podle Národního výzkumu 2012 v tomto roce konopné látky, zkušenost s nimi uvedlo 27,9 % respondentů (34,9 % mužů a 21,2 % žen) ve věku 15–64 let. Druhou nejčastěji užitou drogou byly halucinogenní houby (lysohlávky), které užilo 5,3 % dotázaných (7,7 % mužů a 2,9 % žen), následovala extáze, kterou uvedlo 3,6 % (5,0 % mužů a 2,2 % žen). Poměrně vyrovnané jsou zkušenosti s užitím pervitinu nebo amfetaminů, kokainu a LSD (2,3 – 2,8 %) (Mravčík, 2013).

Kombinace drog

Často dochází k různým kombinacím při užívání nelegálních drog. Nejvyšší korelace byla zjištěna mezi užitím LSD a pervitinu a užitím LSD a halucinogenních hub. Také byla potvrzena kombinace marihuany a halucinogenních hub (Běláčková, 2012).

Mezinárodní srovnání

Podle studie CS 2008 LSD bylo drogou, jejíž prevalence užití v České republice nejvýše převyšovaly evropský průměr. Užívání LSD v obecné populaci se dostalo na druhou příčku za Velkou Británií. Další země pak měly relativně velký odstup, za ČR následovalo Irsko, které mělo celoživotní prevalenci užití LSD poloviční (3 % oproti skoro 6 % v ČR). Celoživotní prevalence užití LSD v evropském měřítku byla srovnatelná s Velkou Británií, indikátory současného užívání byly podle CS 2008 až desetinásobně vyšší než u Velké Británie a pětkrát vyšší než byl průměr EU (Běláčková, 2012).

Tabulka 1 Srovnání míry prevalence užívání drog v jednotlivých časových horizontech v r. 2008 a 2012, v %

Drogy a míra prevalence	Celopopulační studie 2008			Národní výzkum užívání návykových látek 2012		
	Celoživotní prevalence	Prevalence v posledních 12 měsících	Prevalence v posledních 30 dnech	Celoživotní prevalence	Prevalence v posledních 12 měsících	Prevalence v posledních 30 dnech
LSD	5,6	2,1	0,7	2,8	0,2	0,1
Halucinogenní houby	8,7	3,2	1,1	5,3	0,7	0,2

Tabulka vytvořena podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012.

3. Poruchy vyvolané užíváním halucinogenů

Primárním účinkem halucinogenů je vyvolání poruch vnímání, které se projevují jako přechodný psychotický stav (Raboch, Pavlovský, 2008). Pro mechanismus účinku má klíčovou roli ovlivňování (atomismus i antagonismus) serotoninergního neurotransmiterového systému. Látky působí i na další neuronální systémy (např. dopaminergní, noradrenergní, histaminergní, choloneršní). Některé látky mají významné sympatomimetické účinky. Mechanismus účinku však ještě nebyl uspokojivě vysvětlen (Minařík, Kmoch, 2015). Halucinogeny mají ve většině případů podobnou molekulární strukturu jako některé neurotransmitery. LSD má podobné indolové jádro jako serotonin. Mechanismem účinků halucinogenů je hlavně stimulace (agonismus) serotoninových receptorů nebo alterace serotoninové aktivity. LSD a psylocybin stimulují 5-HT₂ receptory (Praško et al., 2011).

3.1. Symptomatika

Akutní intoxikace se mohou u jednotlivých halucinogenů velmi lišit. Halucinogeny jsou vyhledávány právě pro mírné a střední intoxikace. Jako nežádoucí jsou pak vnímány až těžší stupně intoxikací nebo některé klinické obrazy jako např. panické ataky. Akutní intoxikace halucinogeny je charakterizována kombinací maladaptivního chování, poruch vnímání různé úrovně (iluze, halucinace). Na rozdíl od schizofrenního obrazu dominují spíše poruchy vizuální percepce (Praško et al., 2011). Charakteristické jsou halucinace: sluchové, zrakové nebo taktilní při zachovaném vědomí a plné bdělosti. Dále může dojít k úzkostem, strachu, pocitům depersonalizace a derealizace, paranoidním představám, afektivní labilitě, hyperaktivitě nebo naopak stažení se, impulzivnímu jednání, často agresivnímu nebo autoagresivnímu, zhoršení pozornosti, neschopnosti koncentrace na běžnou činnost. Dále se vyskytují minimálně dva z následujících znaků: tachykardie, palpitace, pocení a zimomřivost, třes, poruchy vidění (neostré vidění), dilatace zornic, poruchy nervosvalové koordinace. Intoxikovaná osoba může mít intenzivní pocit, že jsou její prožitky reálné, že stav nikdy neskončí, že je vážně někým nebo něčím ohrožena nebo že se zblázní. Na tyto prožitky může reagovat panickým jednáním, snaží se uniknout halucinacím, někdy jakýmkoliv způsobem, může to skončit i skokem z okna. U predisponovaných jedinců může pokračovat intoxikační symptomatika v podobě akutní nebo přechodné psychotické poruchy. (Raboch, Pavlovský, 2008). Při vyšších dávkách halucinogenů se mohou vyskytovat pestré polymorfní akutní psychotické syndromy jako delirantní stav s agitovaností, halucinace, dezorientovanost a někdy i bludy. Odlišení intoxikace halucinogeny od intoxikace některými amfetaminy, PCP nebo od odvykacího stavu po odnětí alkoholu či benzodiazepinů (zejména s obrazem deliria) může být složité (Praško et al., 2011).

Škodlivé užívání se může projevit, častěji při dlouhodobém opakovaném užívání, poruchami osobnosti, případně i psychotickými poruchami s obrazem podobným schizofrenním psychózám (Raboch, Pavlovský, 2008).

Toxická psychóza

Psychotické poruchy způsobené psychotropními látkami se nazývají toxickou psychózou (vznikají v přímé souvislosti s intoxikací). Mezi látky vyvolávající psychotickou poruchu patří stimulační drogy (pervitin, kokain, extáze) nebo látky s halucinogenním účinkem (LSD, lysohlávky – psilocybin, marihuana, hašiš). Postižený toxickou psychózou zůstává dlouho v kontaktu s realitou a je možno mu vysvětlit, že jeho obtíže způsobila droga. Toxická psychóza po vysazení drogy vcelku rychle odeznívá (během několika dnů), většinou zůstává bez následků. Stopy na postiženém zanechává, pokud se toxické psychózy opakují nebo jsou dlouhodobé. Droga také může vyvolat psychotickou poruchu, má-li k ní uživatel dispozice. Toto onemocnění se pak vyvíjí jako kterákoliv jiná psychóza (Minařík, 2005).

Syndrom závislosti se v klasické podobě nevyskytuje. Halucinogeny nevyvolávají tělesný odvykací stav. Při opakovaném užívání vzniká částečná tolerance na psychické účinky látky (Raboch, Pavlovský, 2008).

Psychotická porucha je často se vyskytující komplikací v průběhu užívání halucinogenů a často přetrvává jako následek jejich abúzu. Typické pro užívání halucinogenních látek (zejména pak opakovaně) jsou psychotické reminiscence (flashback). Ty se mohou projevit i po velmi dlouhé době od posledního užití halucinogenů. U LSD jsou popsány reminiscence i s roční latencí (Raboch, Zvolský, 2001).

Diferenciální diagnóza

Psychotickou poruchu vyvolanou halucinogeny je možno diagnostikovat tehdy, jestliže k jejímu začátku došlo v průběhu užívání nebo nejpozději do dvou týdnů po ukončení užívání látky. Psychotické příznaky musí trvat déle než 48 hodin a celkové trvání poruchy nesmí být delší než 6 měsíců. Pokud nejsou splněna tato kritéria, jedná se patrně o psychotickou poruchu jiného původu (Raboch, Pavlovský, 2008).

Způsoby aplikace

Nejčastější aplikace per os, sublingválně, kouření, výjimečně injekčně nebo jiným způsobem. Rychlost nástupu účinku látky závisí na způsobu aplikace a dané látce. Obvykle se jedná o desítky minut, intoxikace dosahuje vrcholu po hodinách. Hlavní účinky ve většině případů pak odezní do několika hodin (Minařík, Kmoch, 2015).

Účinky

Účinky halucinogenů jsou variabilní. Závisí na užití látce a dávce, na duševním rozpoložení uživatele a také na okolí (set a setting).

Stavu intoxikace dominují změny vnímání. Při menších dávkách je to zostření vnímání, při vyšších vizuální a sluchové iluze, synestezie (vidění hudby, slyšení barev, atd.), při zavření očí se objevují barevné vzory. Dochází k deformaci vnímání času a prostoru, často se zachováním náhledu (pseudohalucinace). Myšlení bývá iracionální, tok myšlenek obvykle urychlen, intoxikovaný jedinec asociuje bez logických souvislostí a dochází často k mylným, neopodstatněně významným závěrům. Stav provází euforie (Minařík, Kmoch, 2015).

Minařík a Kmoch dělí účinky halucinogenů na:

- Krátkodobé
- Bad trip – dochází k nepříznivému průběhu intoxikace s prožitky úzkosti, paniky, paranoie, někdy i halucinacemi. Intoxikovaný není schopen zastavit průběh intoxikace.
- Stav derealizace a depersonalizace
- Sympatomimetické účinky – tachykardie, hypertenze, mydriáza, pocení, bolesti hlavy, aj.
- Nevolnost, zvracení
- Dlouhodobé
- Přetrvávající depresivní a psychotické stavy
- Změny osobnosti, tendence k magickému výkladu dění, podivnost hraničící až s psychotickým stavem
- Organické poškození u látek s orgánovou toxicitou (muškátový oříšek, durman, muchomůrka červená).
- Flashback – návrat stavu při intoxikaci bez užití drogy (Minařík, Kmoch, 2015).

Terapie

Ve většině případů stačí observace, uklidňující a podpůrný kontakt. Léčbu akutní intoxikace vyvolané halucinogeny je dobré zajistit stálým dohledem v klidném a bezpečném prostředí, v případě nutnosti na uzavřeném psychiatrickém oddělení. Při velkých úzkostech je možné podat benzodiazepiny, v případě těžšího psychotického obrazu incizivní neuroleptika (např. tiaprid nebo v případě závažnějšího stavu haloperidol). Uvedená neuroleptika lze použít i v případě psychotických poruch a reminiscencí. Základní příznaky většinou odezní do jednoho dne (Praško et al., 2011, Raboch, Pavlovský, 2008). Při akutní intoxikaci může dojít k dehydrataci, ale i k hyponatremii. Nadměrný přísun vody, který je někdy doporučován, by tuto poruchu ještě zhoršil. K hyponatremii jsou náchylné hlavně mladé ženy (Raboch et al., 2010).

3.2. Vnímání a jeho poruchy

Při užívání halucinogenních látek často dochází k poruchám vnímání. Dušek a Večeřová-Procházková (2010) charakterizují vnímání jako základní psychickou funkci, která umožňuje poznávat vnější svět a změny ve vlastním těle prostřednictvím smyslových orgánů. Vnímání je základní složkou poznávací schopnosti člověka. Můžeme ho charakterizovat jako základní předpoklad orientace v situaci. Tento proces orientace v situaci v sobě zahrnuje jednak psychický pochod (jedinec si uvědomuje podněty svého prostředí aktivitami svých

senzorických systémů), jednak emoční a intelektové interpretace vnímaného ve spojení s minulými zkušenostmi a okolnostmi běžného života (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, Raboch, Zvolský, 2001).

Zvláštní projevy vnímání

Eidetismus představuje schopnost navodit si s velkou živostí představu toho, co právě jedinec viděl nebo slyšel. Bývá rozvinuta u dětí, s přibývajícím věkem se však ztrácí, a u umělců.

Pareidolie je schopnost vytvářet z nepřesně ohraničených počitků jasné vjemy (obrazy při dívání se do mraků). Vědomí je při tom aktivní a zapojuje se i fantazie. Subjektivně není těmto vjemům přisuzován charakter skutečnosti. Na této schopnosti je založen Rorschachův test.

Synestézie (spoluvjemy) jsou představy, které doprovázejí jiné vjemy, vybavení vjemu v jednom smyslovém orgánu při podráždění jiného smyslového orgánu. Nejčastější jsou syntézie zrakové a sluchové (barevné slyšení).

Paobrazy vznikají udržováním dříve vnímaného obrazu po delší dobu, i když už podnět nepůsobí (např. po celodenním sbírání hub se jejich obrazy objevují při zavřených očích). Mívají ráz negativu, černá barva je bílá a naopak, ostatní barvy jsou v barvě komplementární.

Živé představy nedosahují přesnosti obrazu při eidetismu. Jde o představy se značnou senzorialitou. Při silném emočním doprovodu nad nimi může jedinec dočasně ztratit vládu.

Pseudoiluze je blízká smyslovým klamům. V důsledku nedokonalosti lidských smyslových orgánů je za určitých okolností objekt vnímán zkresleně, až při podrobnějším prozkoumání je zjištěna jeho pravá podstata. Při úzkostném ladění je za šera možno vnímat kámen jako příkrčenou postavu, při přiblížení je tento vjem korigován.

Depersonalizace je porucha prožívání vlastního těla, vlastních fyzických a psychických pochodů (depersonalizace autopsychická) nebo okolí (derealizace, depersonalizace alopsychická), vše dosud důvěrně známé se jeví jako cizí, neskutečné. Tato porucha se může týkat i pocitů, že známou situaci jedinec zažívá poprvé (*illusion du jamais vu*) nebo naopak, že situace zcela nová připadá osobě jako by ji v minulosti někdy prožil (*illusion du deja vu*). Jde o pocity vnímané subjektivně nepříjemně, mohou i značně zneklidnit.

Smyslové klamy (smyslové iluze) jsou nejčastěji zrakové. Vycházejí z nesprávných hodnocení prostoru (např. černý čtverec v bílém poli se zdá menší než bílý v černém poli) (Raboch, Zvolský, 2001, Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Poruchy vnímání

Poruchy vnímání se dělí na poruchy kvantitativní, které vznikly výpadem funkce smyslového orgánu a na poruchy kvalitativní (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Kvantitativní poruchy vnímání

Zvýšená vnímavost je kvantitativně změněné vnímání, kdy je jedinec schopen percipovat v širším rozsahu než obvykle. Zvyšuje se kapacita vnímání. S těmito stavy je

možné se setkat při některých intoxikacích (hlavně u psychostimulancií), u euforie, manických stavů. Kvantitativní zvýšení vnímavosti se děje většinou na úkor přesnosti.

Snížená vnímavost je opakem předešlého stavu. Percepční kapacita jedince je snížena. Vzniká při stavech, kdy psychická činnost je snížena nebo utlumena (např. při únavě, depresi, somnolenci, intoxikací některými psychofarmaky s tlumivým účinkem) (Dušek, Věčeřová-Procházková, 2010).

Kvalitativní poruchy vnímání

Halucinace

Jsou vjemy, které vznikají bez současného vnějšího podnětu a přitom mají pro jedince charakter skutečnosti. Jedná se o vnímání zdánlivé skutečnosti (Dušek, Věčeřová-Procházková, 2010).

Halucinace se dělí na:

Elementární (jednoduché) – pokud jde o vizuální, mohou to být vize, fotomy (halucinace ohně, světel, záblesků, stínů). Sluchové halucinace jsou nazývány akoasmata, jedná se o jednoduché vjemy různých zvuků (pískání, střelení, zvonění, různé tóny), někdy slyší postižený celá slova, případně hlásky (fonémy).

Složité (komplexní), kdy postižená osoba slyší celé věty, rozhovor, vidí postavy, zvířata atd.

Kombinované se týkají současně dvou nebo více smyslů (např. halucinace postavy, která mluví a hladí postiženého).

Asociované, kdy po halucinaci první, následuje další (např. postižený slyší hlas, že bude otráven a pak cítí pachut' něčeho otráveného v ústech) (Dušek, Věčeřová-Procházková, 2010).

Dělení podle jednotlivých smyslů:

Sluchové halucinace (akustické, auditivní) většinou bývají verbální, komplexní (schizofrenici je nazývají hlasy), postižený slyší celé věty nebo rozhovor. Podle charakteru se dělí na imperativní (rozkazovací), které postiženému něco přikazují. Tyto příkazy mohou být v rozporu s přesvědčením dané osoby a mohou být i realizovány. Vzácné nejsou ani výzvy k sebevraždě nebo k vražednému jednání. Teologické osobě něco radí, antagonistické, kdy dva různé hlasy nebo dvě různé skupiny hlasů mezi sebou vedou spor (některé z těchto hlasů s postiženým sympatizují, jiné o něm hovoří nepříznivě). Antagonistické halucinace jsou typické pro alkoholovou halucinózu. Složité halucinace se vyskytují častěji než jednoduché. Pro schizofrenii jsou typické intrapsychické halucinace. Postižená osoba má pocit, že jeho myšlenky mu jsou brány a cizí dávány do hlavy, jeho myšlenky jsou zveřejňovány, ozvučovány nebo komentovány (Raboch, Zvolský, 2001, Dušek, Věčeřová-Procházková, 2010).

Zrakové halucinace (vizuální, optické) jejich obsahem zpravidla bývají nepřátelsky zaměřené osoby, které postiženému vnikají do bytu zavřenými dveřmi, přehrabují se v jeho

věcech, většinou mu nahánějí hrůzu. Vyskytují se u paranoidně halucinatorních poruch organického původu (vaskulární demence), u paranoidní schizofrenie nebo u intoxikací (halucinogeny – LSD, psilocybin).

Zrakové halucinace se dále člení na:

- Jednoduché (elementární), kam patří fotomy či vize. Jsou to halucinace ohně (erytropsie), které se vyskytují hlavně u epilepsie, záblesků, jisker, barevných skvrn.
- Složité, kdy postižení vidí postavy, jejich části, zvířata (zoopsie), předměty, celé výjevy, krajiny, nadpřirozené bytosti. Bývají pestré, hlavně u některých intoxikací. Osoby jsou vnímány různě: známé, neznámé, živé, mrtvé, malé, obrovité, různě postižené (bez hlavy atd.)
- Mikrozoopsie jsou halucinace malých zvířat (časté při delirium tremens, bývají černobílé). Zvířata mohou být děsivá. S barevnými halucinacemi je možné se setkat při intoxikaci některými psychotropními látkami. Halucinace malých lidí (liliputánů) vyvolává kokain. Halucinace velkých objektů je nazývána makropsie, opak je mikropsie. Halucinace mnohotné představují závaly pískem, vodou, mačkání v davech lidí. Halucinace jsou příjemné jen vzácně (někdy u reziduální schizofrenie).
- Hemianoptické se vyskytují při poruchách okcipitálního laloku, jsou ve slepých částech zorného pole.
- Pickovy vize vznikají při lézích v oblasti pontu (pontinní halucinace). Postižená osoba má dojem, že lidé prostupují stěnami, zavřenými dveřmi, vidí pokřivené stěny, stěny se bortí, posunují.
- Lhermitteovy pedunkulární halucinace vznikají při lézích v pedunculi cerebri. Postižený vidí živé a barvitě, často příjemně emočně zbarvené, bohaté ornamentální exotické motivy, květiny, ptáky aj.
- Extrakampinní halucinace jsou umístěny do situací nedostupných danému smyslovému orgánu (vidění postav mimo zorné pole, za zády, nad hlavou).

Autoskopické halucinace, kdy postižený halucinuje vlastní osobu (vidí sama sebe). Mohou být pozitivní, kdy vidí sebe, nebo negativní, kdy se např. dívá na sebe do zrcadla a nevidí se. Bývají při únavě, vyčerpání, při rozvoji horečnatých onemocnění (jsou blízké depersonalizacím) (Raboch, Zvolský, 2001, Dušek, Věčeřová-Procházková, 2010).

Čichové halucinace (olfaktorické) jednoduché se nazývají olfakce, odorace, bývají častější než složité halucinace. Jde o nepříjemné pachy plynu, kouře, pálené gummy, bývají silně páchnoucí, sirné. Složité halucinace se od jednoduchých liší jen kvantitativně. Většinou se jedná o halucinace nepříjemných pachů. Nevyskytují se samostatně, ale současně s jinými halucinacemi. Často jsou příznakem organického postižení mozku (Dušek, Věčeřová-Procházková, 2010).

Chut'ové halucinace (gustarotické) jednoduché se nazývají gustace. Rozdíl oproti složitým je kvantitativní. Jedná se o nezvyklé a nepříjemné chutě. Složené halucinace mívají nepříjemný charakter (např. postižený má pocit, že jí otrávené jídlo), vyvolávají pocit něčeho nepříjemného, závadného. Bývají většinou spojeny s čichovými halucinacemi (Dušek, Věčeřová-Procházková, 2010).

Tělové halucinace (tělocitné) jednoduché a složité se dále dělí na:

- Taktilní halucinace (baltické), kdy postižený pociťuje na povrchu těla různé dotyky, píchání, elektrizování, pálení, svědění, má pocit, že ho napadl drobný hmyz, dráždění na genitáliích nebo má pocit, že je sexuálně obtěžován.
- Genestetické halucinace (viscerální, orgánové, útrobové), kdy postižený pociťuje různé změny vnitřních orgánů (např. chybí mu některý orgán, nebo že je zkažený, porušený, shnilý, zkamenělý). Některé takové halucinace lze těžko odlišit od bludů. Často se týkají pohlavních orgánů a sexuální tematiky.
- Pohybové halucinace (motorické, kinestetické), ke kterým většinou dochází, když je postižený v klidu. Má pocit, že pohybuje jednotlivými údy nebo celým tělem, někam padá či se vznáší. Podobné tomu jsou i halucinace posedlosti, kdy má postižený že v jeho těle sídlí nějaká další osoba nebo nadpřirozená bytost, která pohybuje jeho tělem a údy bez jeho vůle. Toto je již bludné spojení s halucinací (Dušek, Věčeřová-Procházková, 2010).

Další typy halucinací

- Verbálně motorické halucinace Séglasovy – postižený má pocit, že někdo jiný mluví jeho ústy (pravé – postižený jedinec má pocit, že někdo hýbe jeho ústy, nepravé – při nich i mluví).
- Graficko-motorické halucinace – postižený má pocit, že někdo jiný řídí jeho ruku při psaní. Když tato osoba skutečně sama mluví nebo píše, pak nejde o skutečnou halucinaci, ale o psychickou depersonalizaci.
- Halucinace inadekvátní – postižený vnímá v jiných částech těla, než odpovídajícím smyslovým orgánem (např. slyší hlasy nosem, zuby).
- Halucinace reflexní – dotyčný má pocit působení předmětů nebo jevů, které ve skutečnosti vnímá (např. při pohledu na jehlu pociťuje píchnutí)
- Halucinace negativní nebývají zařazeny mezi pravé halucinace. Postižený vnímá jakoby zrcadlový obraz a nevnímá skutečné zevní podněty, které na něho působí. Jiným typem je pak popírání skutečnosti, kterou postižený subjektivně nevnímá.
- Hypnagogní halucinace, které vznikají při usínání na přechodu mezi bděním a spánkem.
- Intrapsychické (psychické) halucinace, kdy postižený má pocit, že jsou mu někým jiným do hlavy nebo mozku vkládány myšlenky nebo že jsou mu myšlenky kradeny (amputace a amputace myšlenek) (Dušek, Věčeřová-Procházková, 2010).

Pseudohalucinace (nepravé halucinace)

Tímto názvem se označují jednak poruchy vnímání, kdy si postižený (na rozdíl od pravých halucinací) uvědomuje neskutečnost halucinovaného, není nezvratně přesvědčen o jejich objektivní skutečnosti. (Dušek, Věčeřová-Procházková, 2010).

Halucinace „jakoby“ tvoří zvláštní skupinu. Jde o doznívání pravých halucinací. Postižený si uvědomuje, že tyto projevy jsou chorobné. Také se s nimi můžeme setkat na počátku onemocnění, kdy ještě nejsou plně rozvinuty a postižený si je uvědomuje jako něco chorobného (Dušek, Věčeřová-Procházková, 2010).

4. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech je státní příspěvkovou organizací řízenou Ministerstvem zdravotnictví, je samostatným právním subjektem. Je to odborné lůžkové zdravotnické zařízení, které zabezpečuje především dlouhodobou léčbu a léčebnou rehabilitaci psychicky nemocných pacientů všech věkových kategorií v návaznosti na akutní psychiatrickou léčbu. Diferencovaná péče je zajištěna na specializovaných oddělení (pedopsychiatrie, gerontopsychiatrie, odd. pro léčbu závislostí, odd. somatické pro psychicky léčené pacienty - neurologické, plicní, interní).

K dalším činnostem organizace patří:

- výkon ochranných léčeb a hospitalizace osob v rámci soudně znaleckého pozorování
- zajištění závodní preventivní péče pro zaměstnance
- zajištění ambulantní péče
- výkon ekonomické, provozní, technické, investiční, administrativní a další obdobné činnosti v rozsahu potřebném pro naplnění účelu svého zřízení

Historie nemocnice započala již 15. října 1874, kdy pro vyřešení naléhavé potřeby psychiatrických lůžek v západních Čechách se usnesl Český zemský sněm zřídit nový ústav pro duševně nemocné a to původně pro 500 nemocných, později byl návrh zvýšen na 600 nemocných. Pro tento nový ústav byly jako nejprůhodnější zvoleny pozemky na okraji města Dobřan u Plzně. K vypracování stavebního programu byla zřízena odborná komise. Stavba ústavu dle schválených plánů byla prováděna v letech 1876 – 1883. Provizorně byl ústav otevřen dne 13. dubna 1880 tím, že sem bylo převezeno 50 nemocných mužů z přeplněného pražského ústavu. Přímý příjem nemocných z terénu byl pak zahájen 5. března 1881.

K 31. 12. 2015 v tomto zařízení pracovalo celkem 1175 zaměstnanců, z toho 74 lékařů, 1 farmaceut, 382 zdravotních sester, 34 zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí, 23 zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, 310 zdravotnických pracovníků s odborným dohledem, 9 jiných odborných pracovníků, 75 technicko hospodářských pracovníků, 250 dělníků.

PN v Dobřanech disponuje celkem 1225 lůžky. Organizačně je nemocnice rozdělena podle primariátů:

Primariát II, odd. 8,9

Oddělení 8 je mužské otevřené oddělení pro léčbu chronických psychotických onemocnění vyžadujících dlouhodobější hospitalizaci, kapacita 34 lůžek. Od roku 2012 byl v prostorách oddělení zahájen provoz pobytových lůžek sociální péče s kapacitou 6 lůžek.

Oddělení 9 je mužské otevřené oddělení pro doléčování psychotických poruch s kapacitou 52 lůžek.

Primariát III, odd. 30

Oddělení 30 se zaměřuje na diagnostiku, léčbu a psychiatrickou rehabilitaci pacientů s psychotickými poruchami, afektivními poruchami, problematikou spektra neurotických a osobnostních poruch. Oddělení s 46 lůžky je rozděleno na otevřenou část A, kde probíhá doléčování a psychiatrická rehabilitace a na uzavřenou část B, která je určená především k diagnostice a zahájení terapie.

Primariát IV, odd. 2, 15, 18

Diagnostická a léčebná oddělení se zaměřením především na léčbu a doléčování psychotických onemocnění u žen a mužů (onemocnění z oblasti schizofrenie, bipolárních afektivních poruch, event. se zaměřením na režimovou léčbu v rámci ochranných ústavních léčení).

Oddělení 2 je přijímací oddělení pro muže, doléčování akutních psychotických fází. Kapacita 42 lůžek.

Oddělení č. 15 je uzavřené oddělení pro ženy s psychotickým onemocněním, zejména ve stádiu pokročilého onemocnění. Kapacita 32 lůžek.

Oddělení č. 18 je uzavřené mužské oddělení zaměřené na následné doléčování především psychotických onemocnění, včetně režimových soudně nařízených ústavních léčení s kapacitou 31 lůžek.

Primariát V, odd. 1, 24, 25

Oddělení 1, přijímací, mužské oddělení. Nejčastější problematikou hospitalizovaných pacientů je porucha osobnosti se závažnými poruchami chování a poruchami přizpůsobení. Také závislost na alkoholu či psychoaktivních látkách a z nich vyplývající další psychické poruchy jako jsou odvykací stavy, psychózy, demence, sebevražedné pokusy a tělesné zdravotní komplikace. Jsou zde hospitalizováni také pacienti se soudně nařízenou ochrannou ústavní léčbou. Kapacita oddělení je 40 lůžek.

Oddělení 24, režimové oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu a patologického hráčství je zaměřeno zejména na léčbu alkoholismu a patologického hráčství. Jedná se o mužské otevřené oddělení s celkovou kapacitou 33 lůžek. Průměrná doba hospitalizace se závislosti na alkoholu pohybuje kolem 3 měsíců, u patologického hráčství je to zhruba týdnů.

Oddělení 25 je určeno pro dlouhodobou rehabilitaci těžkých poruch osobnosti, včetně demencí alkoholových a osob deprivovaných při dlouhodobé závislosti. Kapacita je 49 lůžek.

Primariát VI, odd. 20, 22

Primariát zahrnuje dvě otevřená doléčovací oddělení. Jsou zde umístěni především pacienti s dlouhodobým průběhem duševní nemoci, u kterých se očekává střednědobá nebo delší doléčovací fáze v délce několika týdnů až měsíců. Pacienti jsou na tato oddělení překládáni z přijímacích oddělení nemocnice. Tato oddělení jsou primárně určena

pro nemocné trpící poruchou z okruhu schizofrenních psychóz. Oddělení 23 je t. č. v rekonstrukci.

Primariát VII, odd. 3, 4, 5

Primariát VII má celkem 124 lůžek (odd. 3 - 40 lůžek, odd. 4 - 40 lůžek, odd. 5 - 44 lůžek), jedná se o uzavřená koedukovaná oddělení pro psychické choroby vyššího věku, s problémy v oblasti vnímání, paměti, orientace, myšlení, emocí, chování.

Primariát VIII - odd. 16, 17

Oddělení 16 interní, uzavřené koedukované oddělení s 38 lůžky pro diagnostiku a léčbu pacientů s interní a současně psychiatrickou problematikou, která zneumožňuje hospitalizaci na běžném interním oddělení. Jedná se o nemocné, kteří jsou pro primární nebo symptomatickou duševní poruchu neúnosní pro pobyt na standardním interním oddělení nemocnice a ze somatického hlediska jejich stav nevyžaduje intenzivní péči na JIP.

Oddělení 17 je uzavřené koedukované oddělení s kapacitou 28 lůžek pro dlouhodobější péči o pacienty s interně-psychiatrickou problematikou. Na oddělení je současně 12 pobytových lůžek zdravotně sociální péče. Je určena pro klienty po ukončení hospitalizace, u kterých sociální a ošetrovatelská problematika neumožňuje jejich propuštění.

Primariát IX, odd. 12, 13, 19, 26

Oddělení 12 - ženské uzavřené oddělení, rozdělené na dvě části, s kapacitou A 12 a B s kapacitou 28 lůžek. Na stanici B jsou přijímány ženy v akutní fázi duševního onemocnění, které vyžadují permanentní či zvýšený dohled a intenzivní psychiatrickou péči. Stanice B je zařízena a vybavena pro příjem nemocných s těžkými formami psychóz, intoxikací psychoaktivními látkami, organickými poruchami či poruchami osobnosti. Na stanici A jsou překládány ženy s chronicky probíhajícím duševním onemocněním, jejichž stav je činí nadále nebezpečnými sobě či svému okolí a také ženy s ochranným léčením psychiatrickým, nařízeným soudem.

Oddělení 13 - léčby akutních neklidů mužů a doléčování odezdnělých akutních psychotických stavů. Kapacita je 43 lůžek.

Oddělení 19 - mužské uzavřené, režimově zaměřené, oddělení, s kapacitou 28 lůžek, určené pro pacienty s nařízeným ochranným léčením sexuologickým, psychiatrickým, protialkoholním, protitoxikomanickým či kombinovaným. volná lůžka jsou nabízena i zájemcům žádajícím o dobrovolné léčení sexuologické či protitoxikomanické.

Oddělení 26 je režimové otevřené oddělení pro léčbu žen závislých na alkoholu s kapacitou 16 lůžek. Základ léčby spočívá v režimové terapii s důrazem na skupinové aktivity - psychoterapeutické skupiny, arteterapeutické skupiny, v rámci léčebného programu probíhají ergoterapie, přednášky s protialkoholní tematikou, relaxační cvičení a další. Délka pobytu je 4 měsíce, vstup převážně dobrovolný.

Primariát X, odd. 21

Oddělení 21 – dětské oddělení, zaměřuje se na léčbu předškolních dětí (21A), dětí mladšího školního věku (21B) a dětí staršího školního věku a dorostu (21C). Celková kapacita dětského oddělení je 55 lůžek, děti zde navštěvují školu (1. - 9. ročník ZŠ nebo ZŠPr), celkem šest tříd o kapacitě max. 7 dětí na třídu.

Primariát XI, odd. 11

Oddělení 11 - plicní koedukované oddělení s 50 lůžky zajišťuje péči o pacienty s plicními onemocněními jako je plicní TBC, CHOPN, chronická i akutní bronchitis, pneumonie, plicní nádory, astma bronchiale. Na oddělení jsou 2 izolace určené pro léčbu pacientů s bakteriologicky ověřenou TBC.

Primariát XII, odd. 6

Oddělení 6 je příjmové gerontopsychiatrické oddělení určené pro diagnostiku a léčbu duševních onemocnění vyššího věku, jako problematika poruch chování u pacientů s různými typy demencí, vč. Alzheimerovy choroby, dále depresivní a úzkostné poruchy, psychózy, stavy, které vyžadují hospitalizaci nebo kde byla neúspěšná léčba ambulantní. Oddělení má 42 lůžek pro ženy i muže.

Primariát XIII, odd. 7, 10, 31

Jedná se gerontopsychiatrický primariát, překladového typu s celkovým počtem 80 lůžek, který je určený k doléčování psychických poruch žen vyššího věku, vyšetřených na příjmovém gerontopsychiatrickém oddělení. Všechna oddělení má uzavřený charakter. Odd. 10 je největší, má kapacitu 50 lůžek. Je určeno pro minimálně pohyblivé a somaticky nemocné pacientky s preferencí interních onemocnění.

Primariát XIV, odd. 27, 29

Oddělení 27 - oddělení s rozšířeným psychoterapeutickým programem, koedukované. Je určeno pro klienty s poruchami ze spektra afektivních, neurotických, psychotických poruch (bez akutního neklidu) a osobnostních poruch. Na oddělení probíhá diagnostika, psychofarmakoterapie a psychoterapeutické vedení. Je vhodné pro motivované klienty schopné a ochotné dodržovat režim oddělení. Oddělení je rozděleno na dvě části po 22 lůžkách, obě koedukovaná, oddělení A je příjmové uzavřené, oddělení B je doléčovací otevřené. Pacienti jsou na oddělení překládáni po zaléčení na příjmových odděleních nemocnice, nebo přijímáni po předchozí telefonické domluvě přímo z ambulantní péče.

Oddělení 29 - Oddělení příjmové, ženské je určeno pro příjmy klientek s diagnózami převážně psychotických a afektivních poruch v akutní fázi onemocnění (bez známek agrese a psychomotorického neklidu). Cílem je diagnostika a včasné zahájení a nastavení optimální farmakoterapie. Po zvládnutí akutního stavu zůstávají klientky k doléčení na tomto oddělení, kdy mohou využít individuální i skupinovou (především edukační) psychoterapii, ergoterapii, nebo jsou překládány na oddělení s rozšířeným psychoterapeutickým programem. Oddělení je

rozděleno do dvou částí po 24 lůžkách, oddělení 29A slouží k přijímání klientek, oddělení B k jejich doléčení.

Primariát XV, odd. 14

Oddělení 14 je uzavřené lůžkové oddělení pro léčbu chronických psychotických pacientů vyžadujících dlouhodobou hospitalizaci. Oddělení je koedukované, 32 lůžky pro ženy a 52 pro muže. Využívá různých forem léčby - jak psychofarmakologické, tak psychiatrické rehabilitace či terapie zaměřené na tělesnou aktivizaci nemocných. (PN v Dobřanech, 2016, Strejčková, Wiejová, 2010).

5. Východiska

Bývalé Československo bylo známo svými výzkumy halucinogenů a jejich používáním při léčbě v psychiatrické praxi (Pospíšil, 2005). V posledních několika letech LSD a jiné halucinogeny opět zažívají renesanci. V současné době se vědci znovu vrací k výsledkům tehdejších výzkumů a snaží se na ně navázat (Paulík Lichková, 2015).

V České republice došlo podle studií mezi roky 2002, 2004 a 2008 k nárůstu celoživotní prevalence u všech drog v obecné populaci. U LSD byl více než 2,5 násobný růst mezi rokem 2002 a 2008 (z 2,2 % na 5,6 %). Stejně vysoký nárůst byl zaznamenán i u halucinogenních hub, které byly sledovány jen v roce 2004 a 2008 (Běláčková, 2012). Dlouhodobě byla druhou nejčastěji užitou nelegální drogou v ČR extáze, v roce 2012 se podle realizovaných studií dostaly na druhé místo halucinogenní houby. Na dalších místech byly zkušenosti s užitím pervitinu nebo amfetaminů, kokainu a LSD s poměrně konzistentně nízkou mírou celoživotní prevalence (2,3–2,8 %) (Mravčík, 2013). V prosinci 2013 realizovalo Národní monitorovací středisko výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR; celkem bylo ve výzkumu osloveno 1005 osob starších 15 let, z toho 868 osob ve věku 15–64 let. Výsledky ukazují, že jakoukoliv nelegální drogu užilo v životě celkem 25,7 % dotázaných ve věkové kategorii 15–64 let (32,2 % mužů a 18,9 % žen). Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (22,8 %), následované extází (5,1 %), halucinogenními houbami (2,4 %) a pervitinem (1,1 %), rozsah zkušeností s ostatními nelegálními drogami je na nízké úrovni (Mravčík & kol., 2014).

V r. 2013 bylo v České republice spotřebováno 21,4 t konopných drog, 6,0 t pervitinu, 0,8 tuny heroinu, 0,8 t kokainu, přibližně 1 milion kusů tablet extáze a asi 100 tisíc dávek LSD (Mravčík & kol., 2014).

6. Cíl výzkumu

Cílem této práce je zkoumání kontextu užívání lysohlávek a LSD, v jakém věku byla učiněna první zkušenost s těmito halucinogeny, průběh dalšího užívání, důvody, vzorce užívání, prožitky a s tím související problematika předávkování, fyzické i psychické zdravotní problémy a jejich zvládnání uživateli. Diplomová práce se zaměřuje na skupiny uživatelů halucinogenních látek, konkrétně lysohlávek a LSD, z řad pacientů hospitalizovaných v PN v Dobřanech, její výsledky mají sice lokální a kontextuální omezení, ale mohou být využitelné z hlediska preventivní práce s léčenými pacienty a popřípadě jinými klienty hlavně z řad dospívající mládeže.

6.1. Výzkumné otázky

1. Jaké vzorce a důvody užívání lysohlávek a LSD je možno sledovat u pacientů PN v Dobřanech, kteří mají zkušenosti s těmito psychotropními látkami?
2. Jaké fyzické a psychické problémy mohou u uživatelů lysohlávek a LSD nastat a jak se s nimi vyrovnávají?
3. Je možné z tohoto výzkumu vyvodit nějaká doporučení, která by mohla být využitelná z hlediska preventivní práce s léčenými pacienty, popřípadě jinými klienty hlavně z řad dospívající mládeže? Jaká?

6.2. Popis výběrové procedury

Jelikož se jedná o citlivé téma užívání nelegálních psychotropních látek, byla použita metoda sněhové koule. Metoda sněhové koule je založena na kombinaci účelového výběru a prostého náhodného výběru. Základním východiskem pro užití této metody je získání kontaktu s první vlnou („generací“) účastníků výzkumu. Kontakt se může uskutečnit díky osobnímu kontaktu výzkumníka nebo prostřednictvím využití výběru přes instituce. Toto označujeme jako nultou fázi. Prostřednictvím prvního kontaktu je získána skupina prvních kandidátů pro první fázi. Tato skupina je složena z kandidátů, které nominuje účastník první fáze (první generace) a ti pak tvoří soubor potenciálních účastníků výzkumu. Zde je možné použít kombinaci i s jinými metodami. Pro první fázi výběru je ze souboru kandidátů možno vybírat např. prostým náhodným výběrem, stratifikovaným výběrem (sledujeme profesní či věkovou linii), prostý záměrný výběr (vybíráme podle zajímavých projevů např. chování). Můžeme si sestavit i pořadí kandidátů, neboť první oslovený kandidát nemusí s účastí ve výzkumu souhlasit. Definitivní podobu sněhové koule vytváříme a měníme v průběhu studie v závislosti na potřebě saturace dat. Jestliže kandidáti nominovaní v první vlně souhlasí s účastí ve výzkumu, začíná druhá fáze. Při ní kromě dat získáme také další nominace kandidátů pro druhou fázi. Celý proces se opakuje až do získání dostatečného počtu dat (Miovský, 2006).

Podle WHO je metoda sněhové koule (též nazývaná vzorky sítě či řetězové doporučení) používána tehdy, nemá-li výzkumník přístup k adekvátnímu rámci výběru vzorků. Vhodné je to zejména při výzkumu v marginálních populacích.

Postup zahrnuje:

- Výzkumník kontaktuje osobu spojenou se zájmovou populací.
- Tato osoba představí další členy populace výzkumníkovi. Tyto subjekty jsou poté normálně dotazovány. Ale mohly by být stejně pozorovány a zvány, aby navštívily skupinu s určitým zaměřením.
- Na oplátku tyto subjekty představí výzkumníka dalším členům populace.
- Toto pokračuje, dokud už nemohou být žádní další členové kontaktováni nebo je dosaženo bodu saturace.

Tento postup může být užitečný, když neexistuje adekvátní rámec výběru vzorků. Zprostředkovatelé, kteří představují výzkumníka informátorům, jsou důležití v takových komunitách, jejichž členové mohou být ohroženi nebo vysoce stigmatizováni. Za normálních okolností není snadné pro výzkumníky tyto členy oslovit a / nebo nejsou ochotni k rozhovoru.

Nevýhodou je, že u těchto vzorků není známa reprezentativnost. Může být také obtížné najít vhodné zprostředkovatele pro určité populace. Nabízí se možnost využití mladých ex-uživatelů návykových látek nebo bývalých dětí ulice, kteří mohou zprostředkovat uvedení výzkumníka zavedené drogové populaci, spíše než novějším, více izolovaným případům (WHO, 1998).

6.3. Metody sběru dat:

Sběr dat vycházel z metod Rapid Assessment and Response (RAR). Z tohoto modelu byly využity zejména metody: analýza existujících dokumentů, pozorování a narativní vyprávění. Různé metody byly navrženy tak, aby bylo možno sbírat různé druhy informací. Výběr zvláštních metod závisel na typu výzkumných otázek, které měly být řešeny a typu dat, která byla požadována. Jednou z obecných zásad rychlého přístupu k posuzování je skutečnost, že platnost a kvalita posouzení je zvýšena použitím více metod v kombinaci s více zdroji dat. Jedním z nejdůležitějších principů rychlých metod hodnocení je "triangulace". To je termín pro získávání dat z různých zdrojů ve stejnou dobu, takže je možné zkontrolovat platnost a reprezentativnosti shromážděných informací. Umožňuje to kontrolu případných rozporů, konfliktů a konsensu mezi datovými zdroji. Zároveň to napomáhá ke zvýšení platnosti, stejně jako důvěryhodnosti při rozhodnutí učiněných během rychlého posouzení. V každé z klíčových oblastí hodnocení je nutné použít více metod v kombinaci s více zdroji dat s cílem zvýšit platnost a důvěryhodnost rychlého posouzení (WHO, 1998). Získaná data byla ověřena v dokumentaci pacienta a rozhovorem s psychologem nebo ošetřujícím lékařem.

Rapid Assessment and Response (RAR)

Metody rychlého hodnocení mají potenciál generovat důležité informace o veřejném zdraví, které mohou být použity k rozvoji intervenčních programů. Čerpá se jak z kvalitativních tak kvantitativních výzkumných technik, taková hodnocení jsou prováděna v situacích, kde je potřeba data získat rychle.

Je využíváno zdrojů jako recenze publikované a nepublikované literatury o rychlém vyhodnocení užívání drog; průzkumy, studie vyhodnocení užívání drog; menší počet rozhovorů vedených do hloubky (přímo s respondentem z očí do očí, telefonem, mailem) s hlavními řešiteli, kteří prováděli rychlé vyhodnocování.

Definice Rychlého vyhodnocení a odpovědi

Rychlé vyhodnocení a odpovědi znamenají identifikovat rozsah a povahu zdravotních rizik a asociovaných zdravotních následků, aby mohly být identifikovány existující zdroje a příležitosti pro intervenci a aby bylo možno iniciovat vhodné a včasné intervence.

Definice rychlého vyhodnocení

Rychlé vyhodnocení je aplikace principů rychlého vyhodnocení a odpovědí na specifické zdravotní problémy na specifických místech (Fitch, Stimson, 2003).

Specifické metody studie:

Polostrukturované interview je méně průzkumné než nestrukturované rozhovory. Jeho hlavní předností je, že může poskytnout srovnatelné údaje při odpovědích na klíčové otázky. Je obvykle prováděno za účasti "průvodce". Rozhovor se skládá ze seznamu otázek, které jsou obvykle přesně formulovány a slouží jako vodítko. Doporučuje se, aby výběr a formulace otázek v strukturovaném rozhovoru byl založen na klíčových informacích (WHO, 1998). Polostrukturované interview je podle Miovského nejrozšířenější podobou interview. Je vytvořeno určité schéma, které je pro tazatele závazné, specifikuje okruhy otázek, které budou respondentům pokládány. Je možno zaměňovat pořadí a pro různé části můžeme použít i různé strategie. Některé okruhy mohou být ponechány více na tazateli, jiné mohou mít plně strukturovanou formu. Při polostrukturovaném interview je vhodné upřesnění a vysvětlení odpovědí dotazovaných (např. nechat si vysvětlit, jak danou věc myslel). Ověřit si, že je vše správně pochopeno a interpretováno. Jsou kladeny doplňující otázky, pomocí kterých je téma zpracováváno do hloubky. U polostrukturovaného interview je definované jádro interview – minimum témat a otázek, které je třeba rozebrat (Miovský, 2006).

Existující informace – dovolují výzkumníkovi sestavit profily faktorů, které mohou zablokovat nebo usnadnit aktivity a chování, používat místní informace k získání rychlého obrazu toho, co se v místě děje. Mohou zahrnovat rutinně sbíraná data nebo dokumentární zdroje. Klíčové silné stránky této metody jsou levné a snadno získatelné, mohou poskytnout reprezentativní popisy chování, mohou být použity ke srovnání nálezů.

Informace mohou být získány ze zdrojů jako: běžně shromážděné údaje z vládních organizací, léčeben a výzkumů univerzit, dokumentární zdroje, jako jsou televizní zpravodajské programy, výroční zprávy nevládních organizací, informace od místních organizací atd.

Použití stávajících informací je důležité, protože v časných stádiích rychlého zhodnocení zahrnuje soubor základních údajů o místní oblasti, okolních regionech a národní situaci. To je užitečné pro porozumění kontextu, ve kterém se studie uskutečňuje. V časných a středních stádiích mohou být zjištěny mezery v současných znalostech a praxi, která by mohla být dále zkoumána. Na druhé straně může být lákavé sbírat jen informace, které jsou snadno dostupné a nevyvíjet žádné zvláštní úsilí, aby se dohledaly i další informace. Nicméně informace by měly být aktivně vyhledávány, systematické řízení by mělo umožnit pozdější snadnou dostupnost a distribuci materiálů. Mělo by být přihlédnuto k tomu, že existující informace jen zřídka poskytují bezproblémový popis situace, dokumentární zdroje se značně liší, pokud jde

o jejich přesnost. Statistiky musí být vždy pečlivě interpretovány výzkumníkem, protože mohou být zkreslené nebo nepřesné (WHO, 1998).

Existující informace neboli termín *analýza dokumentů* rozeznáváme v užším a širším pojetí. V širším pojetí to znamená analýza jakéhokoli materiálu, který je zdrojem informací, které jsou relevantní cílům studie. Jedná se o materiál jakékoliv povahy, který fixuje data (text, přepis rozhovoru, videozáznam, výkres, malba atd.) použitelný pro jakýkoliv druh kvalitativní analýzy. Termín analýza dokumentů v užším pojetí je založen na analýze již existujícího materiálu, ale i materiálu vzniklého při interakci mezi výzkumníkem a účastníky výzkumu. Výzkumník již nevytváří nové zdrojové materiály pro analýzu, ale naopak pracuje s materiálem již existujícím, případně hledá a objevuje jiné existující materiály, které byly ztraceny, zapomenuty, ukryty nebo k nim byl komplikovaný přístup (Mioviský, 2006).

Otevřené zúčastněné pozorování je standardní aplikací metody pozorování. Je to takové pozorování, při kterém jsme přímými účastníky situací a jevů, které pozorujeme, a současně účastníci výzkumu vědí, že provádíme výzkum a za tímto účelem provádíme svá pozorování. Je nutné se předem pečlivě připravit, mít jasno, jak budeme jednotlivce motivovat a informovat o výzkumu. Výhodou tohoto výzkumu je etická korektnost, naše pozice ve výzkumu je jasně ohraničená. Výhodou je, že když účastníci vědí o výzkumu, snaží se o přesnější popis, vycházejí vstříc a mohou výzkumníka upozornit na souvislosti a detaily nebo skutečnosti, ke kterým by se výzkumník nedostal, nebo by ho nenapadlo se ptát. Nevýhodou může být fakt, že účastníci výzkumu mohou být ovlivněni skutečností, že jsou pozorováni. Také pozorovatel se může do interakce zapojit nevhodným způsobem a negativně ovlivnit průběh událostí, které má pozorovat (Mioviský, 2006).

6.4. Etika

Dotazníky byly administrovány v souladu se zachováním anonymity odpovědí respondentů a pacientů a v souladu s etickými principy zařízení PN v Dobřanech. Povolení k výzkumu bylo schváleno ředitelkou PN v Dobřanech. Před oslovením pacienta na uzavřeném oddělení byl předem informován primář oddělení a uděleno jeho svolení. Dále byla vhodnost vedení rozhovoru konzultována s psychologem či ošetřujícím lékařem. Každému pacientovi bylo podrobně vysvětleno, o jaký výzkum se jedná, kdo ho provádí, za jakým účelem a jak bude s daty dále nakládáno. Pacienti byli ujištěni, že výsledky budou zcela anonymní a také všechny další údaje nebude možno spojit s jejich jménem. Byli také informováni, že účast ve výzkumu je zcela dobrovolná.

U každého respondenta byly dodrženy hlavní etické normy:

- Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu
- Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu
- Ochrana před újmou či poškozením účastníků výzkumu

7. Výzkum

Výzkum a sběr dat probíhal v období od září 2015 až do února 2016 mezi pacienty PN v Dobřanech, kteří měli zkušenosti s lysohlávkami a/nebo LSD. Jelikož se jedná o citlivé téma užívání nelegálních drog, kdy bylo zapotřebí získat respondenty, kteří mají zkušenost s těmito halucinogeny, byla použita metoda snowball – sněhová koule. Účastníci první vlny se o výzkumu dozvěděli v ateliéru arteterapie, kam docházeli pravidelně již delší dobu a ti pak oslovili další pacienty na jednotlivých odděleních, o kterých věděli, že někdy lysohlávky a/nebo LSD užívali. Po získání kontaktu jsem vždy oslovila ošetřujícího lékaře či psychologa pacienta daného oddělení a zkonzultovala s nimi, zda je možné a vhodné provést výzkum. Ve všech případech jsem souhlas získala. Dále jsem oslovila personál na jednotlivých odděleních, zejména lékaře, psychology, staniční sestry a terapeutky a požádala je, zda na jejich oddělení jsou pacienti se zkušenostmi s těmito látkami. Zdravotnický personál tyto informace může získat z pacientovy dokumentace, ze vstupních pohovorů (pacienti však ne vždy užívání halucinogenů uvádí ve své drogové anamnéze, zvláště jedná-li se jen o jednu nebo pár zkušeností, nepovažují tuto informaci za důležitou) a pak při terapeutické činnosti, kdy pacienti bývají více sdílní. Získala jsem velké množství kontaktů na uživatele návykových látek a sama jsem se jich pak ptala, zda mají zkušenost s halucinogeny. Většina z nich však užívala hlavně pervitin a s halucinogeny zkušenost neměla. Jedinou podmínkou účasti na výzkumu byla alespoň jedna zkušenost s lysohlávkami a/nebo LSD a dále ochota a způsobilost vést polostrukturované interview a odpovídat na otázky.

Polostrukturované interview s respondentem:

Interview probíhalo po vzájemné domluvě s respondentem v klidném prostředí (většinou v návštěvních či terapeutických místnostech daného oddělení) nebo v ateliéru arteterapie s časovou dotací maximálně 60 minut. Většina rozhovorů byla vedena na oddělení, kde jsem pacienta osobně navštívila. Do předem připraveného záznamového archu byla zaznamenána data: pohlaví, věk, vzdělání, místo narození, místo, kde osoba současně žije, původní povolání, co respondent dělal poslední rok před léčbou, číslo pobytu, oddělení, diagnóza (byla zjištěna z dokumentace), oddělení, na kterém probíhala hospitalizace a návykové látky, se kterými má daná osoba zkušenosti (kromě alkoholu a tabáku). Dalším údajem byla časová osa, kde respondent zaznamenal, kdy užil lysohlávky, LSD poprvé a jaký byl další časový průběh užívání těchto látek. Údaje jsem zaznamenávala sama do předem vytištěného archu, rovněž i narativní vyprávění.

Jádrem rozhovoru byly následující otázky:

Lysohlávky

1. Jaké důvody, očekávání vás vedly k prvnímu vyzkoušení lysohlávek? Proč jste lysohlávky vyzkoušel/a? Jaká byla vaše motivace?
2. Jaký byl váš první zážitek? Odradilo vás to, nebo povzbudilo?
3. První zkušenosti s lysohlávkami jste učinil sám/a nebo jste měl/a průvodce (guru)?
4. Jaká jsou vaše specifika při užívání lysohlávek, rituály, kde a s kým jste je užíval/a, co jste prožil/a?
5. Jaké množství plodnic jste užil/a při první zkušenosti, jaké množství jste obvykle užíval/a a jakým způsobem jste je před konzumací upravoval/a?

6. Měl/a jste při užívání lysohlávek nějaké fyzické či psychické problémy? Jak jste tyto stavy překonával/a?
7. Z jakých zdrojů jste si lysohlávky opatřoval/a? Lysohlávky jste si sbíral/a, dostal/la, koupil/a,...?

LSD

1. Jaké důvody, očekávání vás vedly k prvnímu vyzkoušení LSD? Proč jste LSD vyzkoušel/a? Jaká byla vaše motivace?
2. Jaký byl váš první zážitek? Odradilo vás to, nebo povzbudilo?
3. První zkušenosti s LSD jste učinil sám/a nebo jste měl/a průvodce (guru)?
4. Jaká jsou vaše specifika při užívání LSD, rituály, kde a s kým jste je užíval/a, co jste prožil/a?
5. Jaké množství LSD jste obvykle užíval/a a jakým způsobem?
6. Měl/a jste při užívání LSD nějaké fyzické či psychické problémy? Jak jste tyto stavy překonával/a? Zažil/a jste bad trip, flashback?
7. Z jakých zdrojů jste si LSD opatřoval/a? LSD jste si dostal/la, koupil/a,...?

Rozhovory byly prováděny s každým respondentem osobně a důležitou součástí bylo i vlastní pozorování (mimika, rychlost řeči, zaujetí). Každému pacientovi byl dán prostor a čas pro narativní vyprávění související s tématem užívání lysohlávek a LSD popřípadě pro jiná zajímavá sdělení k tématu. Nevěděl-li, jak začít nebo co má říkat, byl naveden pomocí otázek. Jestliže v průběhu svého vyprávění neuvedl všechny potřebné údaje, byl pak ještě dotazován.

7.1. Analýza a zpracování dat

Při tomto výzkumu vzniklo velké množství dat, která bylo nutno roztřídit a zpracovat. Bylo pracováno již s existujícími informacemi a daty, která vznikla při vlastním výzkumu provedeným mezi pacienty PN v Dobřanech.

Informace a odpovědi, které bylo možno kvantifikovat, byly vyhodnoceny pomocí programu MS Excel, kam byla zanesena data ze záznamových archů (pohlaví, místo narození, místo posledního pobytu, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, zaměstnání poslední rok před léčbou, pobyt č., oddělení, diagnóza v kolika letech byly prvně užity lysohlávky a LSD, jak dlouho lysohlávky a LSD byly užívány, kolik plodnic bylo užito poprvé, jaké je množství běžně užívané atd.) a ve kterém byla data také vyhodnocena. Podle Ferjenčíka jsou v kvalitativním přístupu data nenumerická, v kvantitativním nabývají numerickou podobu. Část odpovědí odpovídá kvantitativnímu výzkumu, ten upřednostňuje výběr a analýzu pořadových, intervalových a poměrových proměnných (Ferjenčík, 2000).

Pro kvalitativní výzkum je typické používání nominálních proměnných (Ferjenčík, 2000). Podle Miovského obnáší zpracování kvalitativních dat několik po sobě jdoucích kroků, na kterých závisí výsledek. Data je potřeba technicky zpracovat pro následnou analýzu a provést úpravy a členění do menších částí, aby se s nimi mohlo dále efektivně pracovat a zároveň nebyly ztraceny důležité informace. Práce s daty kvalitativní povahy je charakterizována cyklickým opakováním jednotlivých fází. Nepostupuje se pouze lineárně,

ale na základě již získaných výstupů je nutné se vracet zpět a s daty dále pracovat (Miovský, 2006).

Narativní analýza - autobiografická vyprávění jsou v určité míře výrazem způsobu, jakým zkoumané osoby dávají význam své zkušenosti a svému životu. Současně je však třeba si uvědomovat, že každé vyprávění je také výrazem situace a kontextu, v němž je produkováno. Jde vždy o dílčí konstrukci, o jednu z mnoha možných verzí ztvárnění života. Narativní konstrukcí člověk odpovídá na výzvy situací. Proto je potřeba brát v úvahu, jaké specifické výzvy představuje pro vyprávějíci kontext dané výzkumné situace. Narativní perspektiva se zaměřuje na prožívanou biografickou zkušenost a její význam. Tato perspektiva umožňuje vidět, že souvislost, směřování a celkový tvar prožívaného života jsou tvořeny figurami a zápletkami příběhu, které žijeme nebo které vyprávíme (Chrzą, Čermák, 2011).

Při procesu analýzy narativně orientovaných textů jsem vycházela z prací Čermáka, Chrzą a dalších autorů. Začínala jsem opakovaným čtením analyzovaného textu, nejprve bez specifického zaměření na konkrétní aspekty příběhu – cílem bylo vytvoření prvotní celkové představy o analyzovaném příběhu. Dle rady Čermáka se osvědčilo analyzovaný text upravit tak, aby na každé straně bylo dostatek místa pro poznámky a komentáře, které bylo možné zapisovat vedle textu, dělat si stručné značky přímo do textu, obecnější postřehy pak zaznamenávat zvlášť. Při analýze textu a v průběhu několika fází „čtení“ jsem se zaměřovala na odlišné aspekty příběhu (celkové téma, dílčí témata, struktura příběhu nebo dílčí jazykové prostředky). Čermák uvádí, že použití různých interpretačních perspektiv v rámci jedné analýzy přispívá ke zvýšení míry porozumění textu a je také jedním z prostředků validizace (Čermák, 2013).

Samotný proces analýzy je pak opakovaným postupem od příběhu (textu) k analýze a od analýzy zpět k textu, kdy postupně dochází k prohlubování porozumění a zpřesňování analýzy. Jako významné se jeví neustrnout na určitém způsobu porozumění textu, ale zachovat si otevřený přístup k různorodým významům analyzovaného textu, všimnout si a zaznamenávat i překvapivé momenty a nápady, které zdánlivě nekorespondují či nezapadají do postupně se vynořující analytické struktury (Čermák, 2013).

V prezentaci výsledků je důležité se věnovat obsahu a struktuře nebo způsobu vyprávění. Důraz na obsah či témata v prvním plánu umožňuje významy identifikovat, důraz na strukturu (syžet) je pomůže zpřesnit a lépe kontextualizovat. Výzkumné zprávy mají podobu případových studií nebo vícenásobných případových studií. Muže jít o studie, které jsou přínosem k porozumění zkoumaného jevu jako takového. Detailní analýza případu rozšiřuje naše vědění o daném jevu (Čermák, 2013).

7.2. Popis výzkumného souboru:

Základní soubor je tvořen pacienty, kteří byli hospitalizováni v PN v Dobřanech na některém z 31 oddělení a měli zkušenost s užíváním halucinogenních drog: lysohlávký a/nebo LSD. Výzkum a sběr dat probíhal v období od září 2015 až do února 2016. Jelikož se jedná o citlivé téma užívání nelegálních psychotropních látek, jako základ jsem využila metodu sněhové koule, dále byli pacienti vybráni na doporučení psychologů či ošetřujících

lékařů, kteří měli informace, že pacient má s danými látkami zkušenost nebo by zkušenost mít mohl, protože užívá i jiné psychotropní látky.

Pro sběr dat jsem oslovila asi stovku pacientů, z tohoto počtu mělo 40 pacientů zkušenost s lysohlávkami a/nebo LSD. Tři pacienti sice zkušenost měli, nebyli však schopni vést rozhovor a odpovídat na otázky. Polostrukturované interview vedlo celkem 37 pacientů, 34 mužů (91,9 %) a 3 ženy (8,1 %). Největší počet respondentů tvořili pacienti z mužského oddělení pro léčbu závislostí č. 24 – celkem 17 osob (45,9 %). Většina těchto mužů přišla na odd. 24 z přijímacího mužského oddělení č. 1. Na mužském přijímacím oddělení č. 1 rozhovory byly vedeny s 5 muži. Jeden muž zde právě prodělal svoji 13. hospitalizaci a další dokonce 24. hospitalizaci. Nejčtenější diagnóza byla F 10.2 Poruchy vyvolané požíváním alkoholu, syndrom závislosti – 18 mužů (48,6 %) a jedna žena (2,7 %) a dále diagnózy z okruhu F 20 – F 29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy – 7 osob (18,9 %). Nejvíce respondentů mělo ukončenou pouze základní školu (12 mužů a jedna žena, což činí 35,1 % z celkového počtu). Středoškolského vzdělání bez maturity dosáhlo 9 mužů a jedna žena (celkem 27 %), středoškolské vzdělání s maturitou pak 9 mužů (24,3 %). Vyučení byli 4 muži a jedna žena.

Tabulka 2 Složení výzkumného vzorku

Pohlaví	počet	%
Muži	34	91,9
Ženy	3	8,1
celkem	37	100

Z celkového počtu 37 participantů bylo 34 mužů (91,1%) a 3 ženy (8,1%). Tato vysoká nevyváženost souboru podle pohlaví byla způsobena jednak tím, že v PN v Dobřanech neexistuje ženské oddělení specializované na léčbu závislostí na jiných návykových látkách než alkoholu. Ženské oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu má kapacitu 16 lůžek, což je zhruba o polovinu méně než mužské oddělení. Léčba žen trvá 4 měsíce (léčba mužů 3 měsíce). Většina žen léčbu dokončí, a tudíž není na tomto oddělení takový pohyb pacientek, ženy se do léčby dostávají většinou ve vyšším věku a zkušenosti mají kromě alkoholu hlavně s léky. Na jiných odděleních byly sice uživatelky návykových látek hospitalizovány, ale většinou pro jinou duševní poruchu. Kontakty jsem obdržela na 20 takových pacientek, kde byla v anamnéze drogová kariéra, všechny však udaly zkušenosti hlavně s pervitinem, z halucinogenů měly strach a nikdy je neušly.

Diferenciace z hlediska národnosti je v souboru minimální. 36 participantů bylo české národnosti, jeden slovenské.

Věkové složení participantů v souboru

Nejpočetněji byly zastoupeny věkové kategorie 31 – 35 let (11 mužů a jedna žena, celkem 32,4 %) a 36 – 40 let v počtu 11 mužů (29,7 %). Nejméně zastoupena byla věková skupina nad 45 let, pouze jeden respondent (2,7 %). Nejmladšímu respondentovi bylo 20 let, nejstaršímu 54 let.

Tabulka 3 Věkové složení souboru

Věk	muži		ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
20-25	6	16,2	0	0	6	16,2
26-30	5	13,5	2	5,4	7	18,9
31-35	11	29,7	1	2,7	12	32,4
36-40	11	29,7	0	0	11	29,7
45 a více	1	2,7	0	0	1	2,7
celkem	34	91,9	3	8,1	37	100

Oddělení, na kterém byli pacienti v době výzkumu hospitalizováni

Základní soubor je tvořen 37 pacienty hospitalizovanými v době výzkumu na některém z 31 oddělení v PN v Dobřanech. Největší počet respondentů tvořili pacienti z oddělení pro léčbu závislostí č. 24. (17 pacientů). Někteří z nich přišli na toto oddělení po zlepšení celkového stavu z přijímacího oddělení č. 1. Na oddělení č. 1 byl dotazník vyplněn a strukturované interview vedeno s 5 pacienty, na terapeutickém koedukovaném odd. č. 27 to bylo 5 osob, z toho jedna žena, na odd. č. 20 se jednalo o 4 osoby, na odd. č. 19 dotazník vyplnily 2 osoby a na odd. č. 9, 22, 25 a 29 po jedné osobě. Nejvíce pacientů bylo v léčbě poprvé - 15 mužů (40,5 %) a podruhé – 6 mužů (16,2 %) a jedna žena (2,7 %).

Charakteristika jednotlivých oddělení

Pro dokreslení celkového obrazu je uvedena podrobnější charakteristika oddělení, na kterých se respondenti, kteří se zúčastnili výzkumu, nacházeli v době své hospitalizace v PN v Dobřanech.

Přijímací oddělení 1 - mužském oddělení. Nejčastějším důvodem hospitalizace pacientů je porucha osobnosti se závažnými poruchami chování a přizpůsobení, závislost na alkoholu či psychoaktivních látkách a z nich vyplývajících dalších psychických poruch jako jsou odvykací stavy, psychózy, demence, sebevražedné pokusy a tělesné zdravotní komplikace a pacienti se soudně nařízenou ochrannou ústavní léčbou. V PN v Dobřanech se nenachází specializované oddělení pro léčbu závislostí, je na odd. 1 poskytována krizová intervence, léčba nekomplikovaných odvykacích stavů, základní edukace o problematice závislosti, prevence relapsu, motivace. Pacienti v ochranné léčbě jsou zařazeni do režimové terapie. U prvně hospitalizovaných je využívána psychologická intervence a psychologické vyšetření. Pacienti, u kterých to zdravotní stav umožňuje a lékař indikuje, se mohou účastnit arteterapie, ergoterapie, či rehabilitace. Po stabilizaci zdravotního stavu jsou pacienti překládáni na jiná specializovaná pracoviště nemocnice: psychiatricko-rehabilitační či režimová oddělení; nebo jsou propouštěni do ambulantní psychiatrické péče. Kapacita oddělení je 40 lůžek.

Oddělení 9 - mužské otevřené oddělení pro doléčování psychotických poruch s kapacitou 52 lůžek. Kromě farmakoterapie jsou užívány všechny dostupné formy psychiatrické rehabilitace (ergoterapie, arteterapie, komunity, skupinová psychoterapie).

Oddělení 19 - uzavřené, režimově zaměřené, mužské oddělení, s kapacitou 28 lůžek, určené pro pacienty s nařízeným ochranným léčením sexuologickým, psychiatrickým, protialkoholním, protitoxikomanickým či kombinovaným. Oddělení funguje samosprávným systémem s plným zapojením pacientů do jeho chodu. Pacienti jsou vedeni k osobní zodpovědnosti za své chování a průběh terapie. Pacienti mají povinnost zúčastňovat se vizit, komunit, skupin, odborných přednášek, terapeutických pracovních aktivit, či individuálním psaním deníků. Jejich postup do vyšších terapeutických úrovní, s konečným cílem podání návrhu na ukončení léčení či přeměnu na ambulantní formu, je vícestupňově schvalován komunitou, skupinou a terapeutickým týmem, který má rozhodující slovo. Pokud probíhá léčení bez komplikací a chování pacientů tomu odpovídá, získávají postupně v jednotlivých úrovních výhody spočívající jak v samostatných vycházkách po areálu nemocnice, tak nárok na resocializační volno do místa bydliště.

Oddělení 20 - mužské otevřené doléčovací oddělení. Jsou zde umístěni především pacienti s dlouhodobým průběhem duševní nemoci, u kterých se očekává střednědobá nebo delší doléčovací fáze v délce několika týdnů až měsíců. Toto oddělení je primárně určeno pro nemocné trpící poruchou z okruhu schizofrenních psychóz.

Oddělení 24 - režimové oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu a patologického hráčství. V poslední době jsou přijímáni i pacienti s anamnézou užívání návykových látek v kombinaci s alkoholem. Jedná se o mužské otevřené oddělení s celkovou kapacitou 33 lůžek. Přijímáni jsou pacienti od 18 let věku. Léčba závislosti je náročná, dlouhodobá, má své zákonitosti a pravidla, která je třeba dodržet. Základními principy léčby jsou psychoterapie a režim. Pacienti se účastní skupinové terapie, vedou si deníky, docházejí na pracovní terapii, arteterapii, svalovou relaxaci, jógu. Každý den má svůj pevný řád a strukturu. Toto pracoviště funguje na komunitním principu a pacienti se spolupodílejí na chodu oddělení.

Oddělení 25 - určeno pro dlouhodobou rehabilitaci těžkých poruch osobnosti, včetně alkoholových demencí a osob deprivovaných při dlouhodobé závislosti. Kapacita je 49 lůžek.

Oddělení 27 - oddělení s rozšířeným psychoterapeutickým programem, koedukované. Je určeno pro klienty s poruchami ze spektra afektivních, neurotických, psychotických poruch (bez akutního neklidu) a osobnostních poruch. Na oddělení probíhá diagnostika, psychofarmakoterapie a psychoterapeutické vedení. Je vhodné pro motivované klienty schopné a ochotné dodržovat režim oddělení. Oddělení je rozděleno na dvě části po 22 lůžkách, obě koedukovaná, oddělení A je příjmové uzavřené, oddělení B je doléčovací otevřené. Pacienti jsou na oddělení překládáni po zaléčení na příjmových odděleních nemocnice, nebo přijímáni po předchozí telefonické domluvě přímo z ambulantní péče.

Oddělení 29 - Oddělení příjmové, ženské je určeno pro příjmy klientek s diagnózami převážně psychotických a afektivních poruch v akutní fázi onemocnění (bez známek agrese a psychomotorického neklidu). Cílem je diagnostika a včasné zahájení a nastavení optimální farmakoterapie. Po zvládnutí akutního stavu zůstávají klientky k doléčení na tomto oddělení, kdy mohou využít individuální i skupinovou (především edukační) psychoterapii, ergoterapii, nebo jsou překládány na oddělení s rozšířeným psychoterapeutickým programem. Oddělení je

rozděleno do dvou částí po 24 lůžkách, oddělení 29A slouží k přijímání klientek, oddělení B k jejich doléčení (Strejčková, Wiejová, 2010).

Tabulka 4 Oddělení, na kterém byli pacienti v době výzkumu hospitalizováni

Číslo oddělení	muži		ženy		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
1	5	13,5	0	0	5	13,5
9	1	2,7	0	0	1	2,7
19	2	5,4	0	0	2	5,4
20	4	10,8	0	0	4	10,8
22	0	0	1	2,7	1	2,7
24	17	45,9	0	0	17	45,9
25	1	2,7	0	0	1	2,7
27	4	10,8	1	2,7	5	13,5
29	0	0	1	2,7	1	2,7
celkem	34	91,9	3	8,1	37	100

Počet hospitalizací

Nejvíce pacientů právě absolvovalo svoji první léčbu, 15 mužů, což činí 40,5 % z celkového souboru, 7 pacientů bylo již v druhé léčbě. Jeden pacient byl v léčbě po třinácté a jeden dokonce po 34.

Tabulka 5 Počet hospitalizací

Počet hospitalizací	muži		ženy		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
1	15	40,5	0	0	15	40,5
2	6	16,2	1	2,7	7	18,9
3	4	10,8	1	2,7	5	13,5
4	4	10,8	0	0	4	10,8
5	1	2,7	1	2,7	2	5,4
6	2	5,4	0	0	2	5,4
13	1	2,7	0	0	1	2,7
24	1	2,7	0	0	1	2,7
celkem	34	91,9	3	8,1	37	100

Diagnózy pacientů

Nejvíce pacientů mělo diagnózu z okruhu duševních poruch a poruch chování vyvolaných účinkem psychoaktivních látek. Více než polovina pacientů se léčila pro závislost na alkoholu, celkem 27 osob, což činí 51,3 %. Z tohoto počtu byla 19 pacientům diagnostikována porucha vyvolaná požíváním alkoholu, syndrom závislosti. Do diagnostického okruhu schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy spadalo

7 pacientů. Jeden pacient se léčil pro patologické hráčství, jedna žena měla lehkou mentální retardaci a jeden muž bipolární afektivní poruchu.

Charakteristika diagnóz

Diagnózy F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Do této diagnostické skupiny patří rozmanité poruchy, jejichž závažnost sahá od nekomplikované intoxikace a škodlivého užívání až k psychotickým poruchám a demenci, společně všem je užívání jedné nebo více psychoaktivních látek. Látka je označena druhým a třetím místem v kódu (první dvě číslice po písmenu F). Čtvrté a páté místo v kódu specifikuje klinické stavy. Všechny psychoaktivní látky jsou uvedeny v seznamu jako první, pak následují čtvrtá místa v kódu.

Užívaná psychoaktivní látka se určuje na základě sdělených dat samotným pacientem, objektivní analýzou vzorku moče, krve, nebo na základě jiného průkazu (např. zprávy informovaných osob atd.). Někteří jedinci užívají více druhů látek. Diagnóza by se však měla stanovit podle nejdůležitější nebo jediné užívané látky (nebo třídy látek). Jen v případech zahrnujících denní nebo proměnlivé užívání látek, nebo kde nelze určit podíl různých látek, by se měl pro diagnózu použít kód F19 (poruchy vyplývající z kombinovaného užívání návykových látek).

F1x.1 Škodlivé užívání

Je to způsob užívání, který poškozuje zdraví. Poškození může být somatické (např. případy hepatitidy při intravenózní aplikaci látky) nebo duševní (např. epizody depresivní poruchy, které se sekundárně objevují při těžkém pití). Škodlivé užívání by se nemělo diagnostikovat v případě přítomnosti syndromu závislosti.

F1x.2 Syndrom závislosti

K syndromu závislosti dochází po opakovaném užívání návykové látky. Užívání látky nebo látek má větší přednost než jiné jednání, kterého si postižený dříve více cenil. Hlavní popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (silná, někdy přemáhající) užívat psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než u osob, u kterých se závislost nevyskytuje. Syndrom závislosti je diagnostikován, jestliže během posledního roku došlo ke třem a více z následujících jevů:

- silná touha nebo puzení užívat látku
- potíže při kontrole užívané látky (začátek a ukončení nebo množství látky)
- somatický odvykací stav, jestliže je látka užívaná se záměrem zmenšit jeho příznaky
- průkaz tolerance k dané látce, zvyšování dávek látky, aby byl dosažen účinek vyvolaný původně nižšími dávkami (např. jedinci závislí na alkoholu nebo opiátech mohou brát denně takové množství látky, které by uživatele bez tolerance zneschopnilo nebo usmrtilo)

- postupné zanedbávání jiných zájmů a potěšení ve prospěch užívané psychoaktivní látky, zvýšené množství času k získávání nebo užívání této látky nebo k zotavení se z jejího účinku
- pokračování v užívání i přes zřejmý důkaz zjevně škodlivých následků

F10.2 Poruchy vyvolané požíváním alkoholu, syndrom závislosti

F15.2 Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulačních látek (včetně kofeinu)

F19.1 Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek, Škodlivé užívání

F19.2 Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek, syndrom závislosti

F19.5 Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek, Psychotická porucha (Raboch, Zvolský, 2001, WHO, 2000).

Diagnózy F20-F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

Nejčastější a nejdůležitějším onemocněním této skupiny je schizofrenie. Schizofrenní poruchy jsou charakterizovány významnými poruchami myšlení a vnímání. Afektivita je nepřiměřená nebo oploštělá. Jasné vědomí a intelektové schopnosti bývají většinou zachovány, během času se však mohou vyvinout jisté kognitivní deficity. Osobnost je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu člověku pocit individuality, jednotnosti a autonomie. Postižený má často pocit, že jeho nejintimnější myšlenky, pocity a činy jsou známy nebo sdíleny jinými lidmi. Mohou vzniknout bludné interpretace, že přírodní nebo nadpřirozené síly ovlivňují pacientovo myšlení a jednání. Běžné jsou hlavně sluchové halucinace, kdy hlasy mohou komentovat chování nebo myšlení pacienta. Nepodstatné věci se mohou zdát důležitější než celý předmět nebo situace. Nepochopení situace může vést k přesvědčení, že běžné události mají pro postiženého zvláštní, většinou zlověstný význam. K typickým schizofrenním poruchám myšlení patří stavění okrajových a nepodstatných rysů celku do popředí. Myšlení se stává nepřesné nespojitě a těžko proniknutelné, jeho slovní vyjádření je často nepochopitelné. Časté mohou být zárazy a interpolace v myšlenkovém toku a postiženému se může zdát, že mu nějaká vnější síla odnímá myšlenky. Nálada bývá oploštělá, vrtošivá nebo nepřiměřená. Ambivalence a volní poruchy se pak mohou jevit jako lenost, negativismus nebo stupor.

Někdy může být přítomna i katatonie. Začátek může být akutní s vážně narušeným chováním, nebo plíživý s postupným rozvojem divných myšlenek a chování. Průběh se může měnit. V části případů (může se lišit v různých kulturách a populacích) dojde k úplnému nebo téměř úplnému uzdravení. Obě pohlaví jsou postižena přibližně stejně, u žen bývá pozdní začátek (WHO, 2000).

F20.0 Paranoidní schizofrenie

Je nejobvyklejší typ schizofrenie ve většině částí světa. V klinickém obraze převládají relativně stálé bludy, které jsou často paranoidní a jsou doprovázeny obvykle halucinacemi (hlavně sluchovými) a jinými poruchami vnímání. Nejběžnějšími paranoidními příznaky jsou:

- bludy perzekuční, vztahovačnost, originální, mesiášské poslání, transformace vlastního těla
- halucinatorní hlasy, které postiženému hrozí nebo mu dávají rozkazy, elementární sluchové halucinace (pískání, bzučení, smích)
- čichové nebo chuťové halucinace, sexuální nebo jiné tělové pocity, mohou se objevit i zrakové halucinace, které zřídka přetrvávají.

Při akutních stavech se mohou projevovat poruchy myšlení, pacient však jasně může popisovat bludy nebo halucinace. Afektivita bývá obvykle méně oploštělá než u jiných forem schizofrenie, běžný je menší stupeň nepřiměřenosti, stejně jako poruchy nálady. Často přítomné jsou negativní příznaky jako otupělá efektivita a volní porucha, v klinickém obrazu však nepřevládají.

Paranoidní schizofrenie může probíhat v atakách, s částečnými nebo úplnými remisemi, nebo chronicky (po léta přetrvávají floridní příznaky a je obtížné rozlišit jednotlivé ataky). Začátek tohoto typu schizofrenie bývá pozdější než u hebefrenní nebo katatonní formy (WHO, 2000).

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

U této formy schizofrenie jsou významné změny afektivity, bludy a halucinace bývají prchavého nebo fragmentárního rázu, chování je nezodpovědné a nepředvídatelné. Nálada bývá povrchní a nepřiměřená situaci, často je provázena chichotáním nebo samolibým úsměvem, nadneseně chování, grimasování, manýrování, nezbedností, hypochondrickými stížnostmi nebo dokola opakovanými frázemi. Myšlení je dezorganizované a řeč nespojitá. Projevují se tendence k samotářství, chování se jeví bez smyslu a bez citu. Tato forma schizofrenie obvykle začíná ve věku 15-25 let. Mívá špatnou prognózu vzhledem k rychlému rozvoji negativních příznaků (oploštění afektivity, ztráty vůle). Obvykle bývá i porucha myšlení. Halucinace a bludy mohou být přítomné, ale nebývají významné. Dochází ke ztrátě průbojnosti a rozhodnosti, opouštění cílů, chování se pak stává bezcílné a bezúčelné. Postižený se povrchně a manýrovaně zabývá náboženskými, filozofickými a dalšími abstraktními tématy, což znesnadňuje sledování toku jeho myšlenek (WHO, 2000).

F22.0 Porucha s bludy

Pro tuto poruchu je charakteristický rozvoj jediného bludu nebo soubor příbuzných bludů, které obvykle trvají dlouho, někdy i celý život. Obsah bludů je různý, často jsou to bludy perzekuční, hypochondrické nebo velikášské, mohou být též kverulantské, žárlivecké nebo je pacient přesvědčen, že jeho tělo je znetvořené, že si ostatní myslí, že zapáchá nebo je homosexuál. Jiná psychopatologie není typicky přítomna, občas se mohou objevit depresivní příznaky, v některých případech čichové nebo taktilní halucinace. Obsah bludu a doba jeho počátku mohou být spojeny s životní situací postiženého (WHO, 2000).

F25.2 Schizoafektivní porucha, smíšený typ

Schizoafektivní poruchy jsou přechodné, jsou u nich význačné afektivní i schizofrenní příznaky, objevují se většinou zároveň během jedné ataky onemocnění nebo alespoň během několika dní. Pacienti, kteří trpí periodickými schizoafektivními atakami (hlavně ti, kde jsou

příznaky spíše manického než depresivního typu) se většinou plně uzdraví a pouze v ojedinělých případech se rozvine defektní stav. U schizoafektivní poruchy smíšeného typu se objevují schizofrenní příznaky společně se smíšenou bipolární afektivní poruchou (WHO, 2000).

F31 Bipolární afektivní porucha

Tato porucha je charakterizována opakovanými epizodami, kdy je hluboce narušena nálada a úroveň činnosti postiženého. Někdy se projevuje zvýšená energie a aktivita (mánie nebo hypománie), jindy zase skleslá nálada, málo energie a aktivity (deprese). Remise mezi fázemi je většinou úplná. Prevalence je u obou pohlaví přibližně stejná. Manické fáze začínají obvykle náhle a trvají 2 týdny až 4-5 měsíců. Deprese trvají obvykle déle (zřídka přesahují rok, s výjimkou starších osob). Oba typy epizod často propukají po stresové životní události nebo jiném duševním traumatu, ale přítomnost nebo nepřítomnost stresu není podstatná. První fáze se může vyskytnout v jakémkoliv věku od dětství až do stáří. Frekvence fází a model remisí je variabilní, remise mají s postupem času tendence ke kratšímu trvání a deprese bývají častější a trvají po dosažení středního věku déle.

F31.3 Bipolární afektivní porucha, současná fáze středně těžké nebo mírné deprese

Tato diagnóza je stanovena tehdy, jestliže současná ataka splňuje kritéria pro depresivní fázi (mírnou nebo středně těžkou) a v minulosti proběhla alespoň jedna manická, hypomanická nebo smíšená fáze (WHO, 2000).

F63.0 Patologické hráčství

Tato porucha se projevuje častými opakovanými epizodami hráčství, které dominují v životě jedince na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Lidé, kteří trpí touto poruchou, mohou riskovat své zaměstnání, zadlužit se, lhát, porušovat zákon za účelem získání peněz nebo úniku od placení dluhů. Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost provázejí. Toto zaujetí a puzení se často vyskytuje v době, kdy se v jejich životě vyskytuje stres. Podstatnými rysy jsou trvale se opakující hráčství, které pokračuje i přes nepříznivé sociální důsledky (zchudnutí, narušené rodinné vztahy, rozpad osobního života) (WHO, 2000).

F70 Lehká mentální retardace

Mentální retardace je zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, kdy jsou narušeny dovednosti přiměřené pro dané vývojové období, které přispívají k celkové úrovni inteligence (poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností).

U lehké mentální retardace se hodnota IQ pohybuje v rozmezí 50 – 69. Jedinci s lehkou mentální retardací si řeč osvojují opožděně, většinou však dokáží v běžném životě konverzovat. Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči, hygieně a v praktických a domácích dovednostech (jsou však pomalejší). Potíže se většinou objevují při teoretické práci ve škole (specifické problémy se čtením a psaním). Většina takto postižených osob je

schopna vykonávat jednoduchá, převážně manuální zaměstnání. Důsledky retardace se projeví, když je postižený také emočně a sociálně nezralý, např. není schopen vyrovnat se s požadavky manželství, výchovy dětí, obtížně zvládá kulturní tradice a očekávání (Raboch, Zvolský, 2001, WHO, 2000).

F70.1 Lehká mentální retardace, výrazné postižení chování, vyžadující pozornost nebo léčbu.

Tabulka 6 Hlavní diagnóza pacienta

Hlavní diagnóza	muži		ženy		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
F 10.2	18	48,6	1	2,7	19	51,3
F 15.2	3	8,1	1	2,7	4	10,8
F 19.1 – 19.5	4	10,8	0	0	4	10,8
F 20.0 – 25.2	7	18,9	0	0	7	18,9
F 31.3	1	2,7	0	0	1	2,7
F 70.1	0	0	1	2,7	1	2,7
F 63.0	1	2,7	0	0	1	2,7
celkem	34	91,9	3	8,1	37	100

Vzdělání

Vzdělanostní hladina souboru participantů je obecně nízká. Největší počet dosáhl pouze základního vzdělání a to 13 pacientů (35,1 %). 5 respondentů se vyučilo (13,5 %), středoškolské vzdělání bez maturity uvedlo 10 pacientů (27 %) a 9 získalo středoškolské vzdělání s maturitou (24,3 %). Z celkového počtu 9 osob se středoškolským vzděláním s maturitou 3 muži uvedli, že započali vysokoškolské vzdělání, které však nedokončili.

Tabulka 7 Nejvyšší dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	muži		ženy		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Základní škola	12	32,4	1	2,7	13	35,1
Vyučený	4	10,8	1	2,7	5	13,5
Středoškolské bez maturity	9	24,3	1	2,7	10	27,0
Středoškolské s maturitou	9	24,3	0	0	9	24,3
celkem	34	91,9	3	8,1	37	100

Způsob obživy poslední rok před léčbou

Poslední rok před léčbou největší počet respondentů zastával dělnickou profesi a to buď jako hlavní pracovní poměr nebo formou brigády. Jinou profesi zastávalo 6 pacientů a to v pozici středního managementu, provozního, kreativce a fotografa. Pobírání invalidního důchodu udalo 6 pacientů a 6 pacientů nepracovalo, 2 uvedli jako důvod braní drog, jeden byl dealer, jeden měl těžký úraz a 2 nedělali nic.

Tabulka 8 Způsob obživy poslední rok před léčbou

Způsob obživy	muži		ženy		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Nepracoval/a	5	13,5	1	2,7	6	16,2
Dělnická profese	19	51,3	1	2,7	20	54
Invalid. důchodce	4	10,8	1	2,7	5	13,5
Jiná profese	6	16,2	0	0	6	16,2
celkem	34	91,9	3	8,1	37	100

8. Výsledky

Zkušenosti s užíváním návykových látek

Pacienti odpovídali na otázku „S jakými nelegálními návykovými látkami máte zkušenost?“ Alkohol a tabák nebyly zahrnuty. Tato otázka byla spíše informační, nebyla zjišťována frekvence užívání, míra závislosti, doba ani vzorce užívání atd.

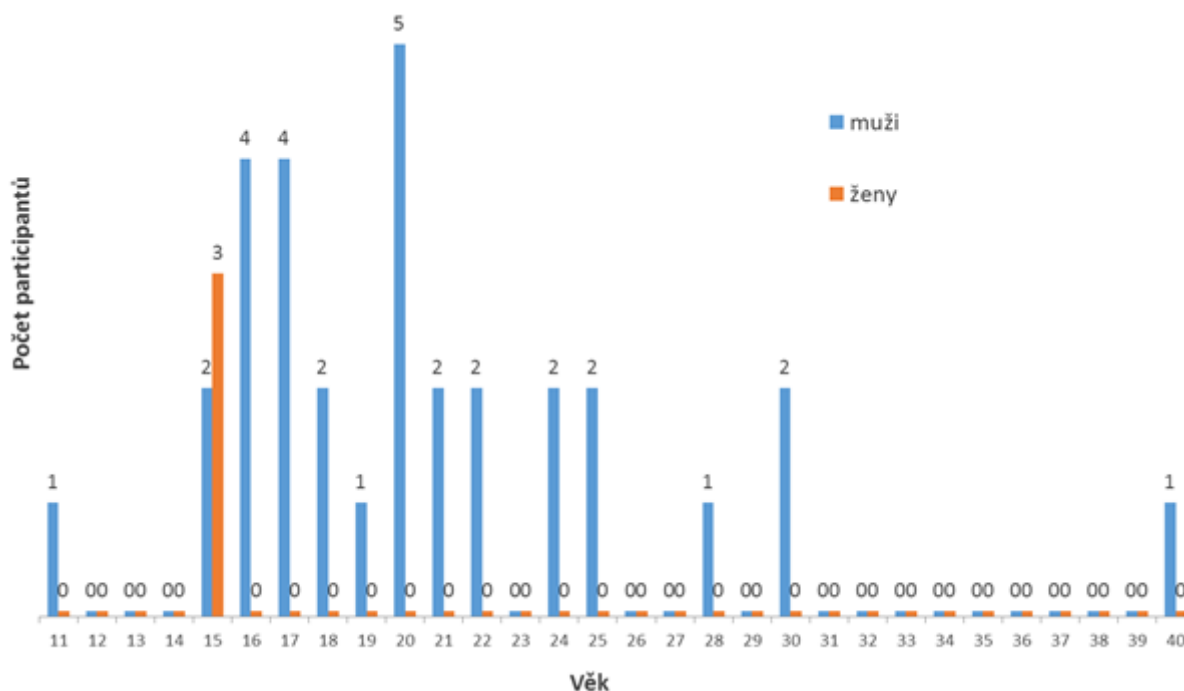
Z výzkumu vyplynulo, že všichni účastníci výzkumu měli zkušenost s nejméně třemi psychotropními látkami. Nejvíce užívanými nelegálními drogami byl pervitin a marihuana, 27 respondentů z celkového výzkumného souboru 37 osob mělo zkušenost s marihuanou i pervitinem, pouze 7 respondentů nikdy nezkusilo marihuanu a 3 pervitin. Nejnižší počet užitých látek byl 3 (6 osob), nejvyšší 12 (1 osoba). 10 participantů uvedlo zkušenost s 5 nelegálními látkami.

8.1. Lysohlávky

První užití lysohlávek

S lysohlávkami mělo celkem zkušenost 34 pacientů. Nejnižší věk prvního užití byl 11 let (2,9 %). Nejvíce pacientů prvně zkusilo lysohlávky ve věku 15 let, celkem 5 osob (14,7 %), v 16 a 17 letech shodně po čtyřech osobách (11,76%), v 18 letech 2 osoby (5,88%), v 19 letech 1 (2,9 %) pacient. Zkušenost ve 20 letech uvedlo 5 respondentů (14,7 %), v 21, 22, 24 a 25 letech shodně po dvou osobách (5,88 %). Jeden respondent učinil první zkušenost ve 28 letech (2,9 %) a 2 ve 30 letech (5,88 %). Nejvyšší věk prvního užití lysohlávek byl 40 let, jedna osoba (2,9 %).

Graf č. 1: Časová osa prvního užití lysohlávek



Další vývoj užívání lysohlávek

Respondenti byli dotazováni, jak se v čase vyvíjelo jejich další užívání lysohlávek. Pro větší přehlednost jsou získané údaje uvedeny v tabulce a jsou řazeny podle věku. Dále je uvedena diagnóza, v kolika letech užili lysohlávky poprvé a naposledy a stručný popis dalšího vývoje užívání. V tabulce nejsou uvedeni ti, kdo měli pouze jednorázovou zkušenost.

Tabulka 9 Další vývoj užívání lysohlávek

Participant	Věk	Diagnóza	lysohlávky poprvé/naposled	další užívání
P1	20	F195	16/19	nárazově, tak 3x do roka
P2	21	F630	21	během roku vícekrát
P3	23	F200	16/20	celkem asi 4x
P4	23	F102	15/22	pravidelně každý rok, asi 3x
P5	24	F102	11/v 15 se vrátil/ dosud	jednou za čas na podzim
P6	24	F201	17/17	párkrát, ne často
P8	27	F152	15/23	každou sezónu, dokud rostly
P11	29	F102	24/28	nárazově, když jsem dostal
P12	29	F152	15/18	když rostly
P14	31	F102	16/30 (bude pokračovat)	sezónní záležitost, pravidelně každý rok
P15	31	F191	20	2x během roku
P16	32	F200	18/21	5x
P17	32	F102	15/19	příležitostně
P18	32	F252	18/28	1x za rok, nepravidelně, jak se k tomu dostanu
P22	33	F102	17/23	sezónní záležitost, asi 10x
P24	35	F102	20/30	nárazově, za 10 let asi 10x
P27	36	F102	22	3-4x během jednoho roku
P28	36	F102	22/23	6-7x
P29	37	F102	17/28	nárazově, nebylo to plánované
P30	39	F102	25/32	2x (poprvé ve 25, pak ve 32)
P32	40	F102	19/32	19-25, asi 10x, pak ve 32 jsem je našel
P36	45	F313	30/32	2x

13 participantů z celkového počtu 37 mělo s lysohlávkami pouze jednorázovou zkušenost, 3 neměli zkušenost žádnou. Vývoj dalšího užívání lysohlávek respondentů, kteří měli během jednoho roku alespoň 2 zkušenosti a respondentů, kteří užívali delší časové období a měli více zkušeností, je uveden v tabulce.

Důvody a očekávání užití lysohlávek

Jako důvod prvního užití lysohlávek někteří pacienti uvedli náhodu.

(P5): „...Vzal jsem si je náhodou v 11 letech. Nevěděl jsem, co to je. Moje nevlastní sestra si je sušila. Byla to moje úplně první droga...“, (P25): „...Náhoda. Šel jsem koupit pervitin a dostal jsem jako bonus sáček s houbičkama (asi 30)...“, (P35): „...Náhoda. Někdo dostal nápad, že pojedeme na houbičky. Sám jsem si je nasbíral a usušil...“, (P13): „...Našli jsme je. Brala jsem všechno...“ Velmi častým důvodem prvního užití bylo, že lysohlávky někdo přinesl nebo je pacienti od někoho dostali, většinou od kamarádů nebo byli členy

nějaké skupiny, která je užívala. (P24): „...Někdo to přinesl...“, (P11): „...Nový spolubydlící řekl, že má houby. Rozdělil se se mnou...“

Odpovědi pacientů na otázku, jaká byla jejich motivace, jsou shrnuty do několika kategorií podle klíčových slov, která byla užitá. Některé odpovědi by se daly zařadit do více kategorií. Často použitým slovem, bylo slovo experiment: (P2): „...Rád experimentuji. Co je zakázané, to mi chutná. Nelíbí se mi tato realita, hledám něco lepšího...“, (P12): „...Rád jsem experimentoval s různými látkami. Nudil jsem se. Potřeboval jsem se odlišovat od ostatních...“, (P28): „...Experimentování s drogama, na střední jsem bral pervitin, chtěl jsem vyzkoušet něco jiného. Nic jsem v tom nehledal...“, (P24): „...Experimentování. Chtěl jsem to zkusit. Lidé o tom vyprávěli. Lidská zvědavost...“ Dalším klíčovým slovem byla zkušenost: (P8): „...Chtěl jsem to vyzkoušet. Znal jsem to z vyprávění kamarádů, očekával jsem to samé...“, (P15): „...Měl jsem starší kamarády, měli s tím zkušenost...“, (P16): „...Četl jsem o tom v knihách, kamarádi vyprávěli své zkušenosti. Zpívá se o tom i v písničkách...“, (P31): „...Chtěl jsem zjistit, o co jde. Kamarád mi je ukázal v knize...“, (P3): „...Chtěl jsem psychadelickou zkušenost. Měl jsem informace od kamarádů...“ Často se také objevovalo klíčové slovo zvědavost: (P6): „...Říkali, že jsou z toho halucinace, byl jsem zvědavý...“, (P11): „...Byl jsem zvědavý, ale měl jsem trochu obavy. Řekl mi, že halucinogeny jsou jako jed, člověk se jakoby otráví...“ Poměrně časté bylo i nějaké očekávání nebo účel: (P10): „...Očekával jsem, že se budu cítit dobře...“, (P17): „...Říkali, že jsou na tom dobré halucinace...“, (P7): „...Pro zlepšení nálady...“, (P14): „...Kamarádi říkali – hele poj, zasmějeme se...“, (P27): „...Je to halucinogen...čekal jsem halucinace...skřítky...“, (P33): „...Četl jsem knížky např. Castaned „Učení dona Juana“. Měl jsem špatný stav z marihuany. Marihuanu jsem kouřil pro zlepšení nálady. Měl jsem pocit, že je nějaká síla, která je stejně silná jako já. Zbořilo mě to na půl roku. Učil jsem se znovu psát. Dva měsíce jsem měl pocit, že se mi zhroutil svět. Chtěl jsem to houbičkami napravit, uvést se do původního stavu. Napravit ten zážitek z marihuany...“, (P4): „...Duchovno, sebepoznání, vztah člověka k realitě. Co činí realitu reálnou? Určitě to nebylo z nudy. Lákalo mě to dlouho. Četl jsem o změněných stavech vědomí. Lákalo mě poznání. Všude psali, že se to nedá popsat. Vyhledával jsem změněné stavy vědomí...“ Jeden respondent naopak uvedl, že žádná očekávání neměl: (P28): „...Nic jsem v tom nehledal...“

Výzkum ukázal, že pacienti zkoušeli v době prvního užití lysohlávek i další látky. (P21): „...Chtěl jsem to vyzkoušet, když o tom někdo mluví, abych věděl, co to dělá. Chtěl jsem zkusit všechno...“, (P27): „...Zajímali mě všechny drogy – jaký mají účinek. Všechno se má vyzkoušet. Kdyby bylo sto druhů drog, tak je vyzkouším. Zajímají mě stavy...“, (P32): „...Po revoluci to bylo aktuální. Začalo se o tom mluvit. Byli jsme kreativní, pořádali jsme technoparty, drogy k tomu patřili. Někdo z party přišel s tím, že o houbičkách četl a že je to bezvadné...“, (P13): „...Našli jsme je. Brala jsem všechno...“

Tři respondenti, kteří lysohlávky neužili, uvedli následující vysvětlení: (P20): „...Neměl jsem příležitost, nevěděl jsem, kde rostou, nevím, jak vypadají...“, (P26): „...Neměl jsem příležitost vyzkoušet houbičky, kam jsme jezdili, to bylo chemické...“, (P37): „...Do lysohlávek bych nešel, bojím se...“

První zážitek s lysohlávkami

Při popisování prvních zážitků při užití lysohlávek se výpovědi jednotlivých respondentů lišily, někdo uvedl jen stručně pocity, vjemy nebo dění a jiní popisovali celý prožitek podrobně. Zážitky se lišily také v závislosti na množství užitých hub a do jisté míry i na diagnóze pacienta. Pacienti s diagnózami ze schizofrenního okruhu a s lehkou mentální retardací se vyjadřovali stručněji a také své pocity hlouběji nerozváděli: (P3): „...*Houbičky parádní vjemy, halucinace...hodně pocity...připadal jsem si jako malé dítě...*“, (P16): „...*Byl jsem aktivní. Připadal jsem si v takovém zvláštním napětí...kontrolované napětí...*“, (P18): „...*Pobavil jsem se, řehtal jsem se, dlouho to nefunguje...*“, (P31): „...*Zlo i dobro...víc dobra...objevilo se ve mně jiné světlo, co se týče výtvarného umění...Totálně jsem začal chápat barvy...*“, (P7): „...*Slyšela jsem písničku pořád dokola...*“ Důležitý byl i věk prvního užití, např. respondent, který měl první zkušenost v 11 letech, se o svých pozdějších zážitcích rozhovořil podrobněji: (P5): „...*Vlnily se věci, jako dítě jsem pocity nevnímal...*“ Mnoho respondentů první zkušenost mělo ve věku 15 nebo 16 let a od tohoto zážitku měla již značný časový odstup. Někteří si první zkušenost s lysohlávkami nepamatovali: (P12): „...*Na první zážitek si nepamatuju...*“ Několik respondentů označilo svůj první zážitek jako negativní. Jeden ho nazval bad trip: (P2): „...*Vzal jsem si 50 houbiček najednou, byl to bad trip. Šli jsme někam, šel jsem pěšky domů, nic se nedělo. Doma jsem si lehl do vany, rozklepaly se mi kolena, vše se vlnilo...nevím, jak jsem se dostal do postele...myslel jsem, že umřu...slyšel jsem jasně zvuky. Když jsem procitl, byla krásně čistá hlava...*“, (P17): „...*Prala jsem se s micky mausem. Honily mě houby po lese...*“, (P13): „...*Stavy jako ve filmu „Houbičky“. Nevěděla jsem, co je realita a co se mi zdá...*“ Další prožitky byly hodnoceny jako pozitivní: (P1): „...*Byl jsem rozteklý, ale byl to dobrý pocit...*“, (P8): „...*Bylo to hrozně euforické...Halucinace...Cítil jsem se rozatéj...Viděl jsem pestré barvy, jako když koukáte na plazmovou televizi...jako v pohádce...Někdy jsou ty barvy až přehnaný, ale je to pěkný...*“ Další popis zážitku je příkladem toho, že když dva dělají totéž, není to totéž: (P11): „...*Výborný. Dali jsme si s kamarádem doma a šli jsme ven. Všechno bylo barevné, krásné. Lehli jsme si ke stromu s pivem a alkoholem. ...Pocit štěstí. Nechápal jsem, proč se lidi nenávidí...příjemné stavy. Překvapilo mě, že kamarád dostal průjem a zvracel...*“ Jeden pacient hodnotil svůj první zážitek jako málo intenzivní: (P28): „...*Nebylo to zvlášť intenzivní...halucinace...spojování do tvarů...*“ Následující dva zážitky popisují zapojení rozumové složky a možnost vlivu na působení účinku lysohlávek: (P25): „...*Ležel jsem ve vaně, stěny se začaly vlnit...přítelkyně volala o pomoc (točila se jí hlava)...přepnul jsem mozek a stav skončil...*“ (při užití 15 ks plodnic), (P27): „...*Nedalo mi to, co jsem od toho očekával...V hlavě jsem si navodil, že to tolik nedává jako papír...vzal jsem si víc...všeho si беру víc...kluci měli větší zážitky...*“ (při užití 50 ks plodnic). Následující výpovědi jsou ukázkou pohodových zážitků: (P30): „...*V pěti lidech jsme je nasbírali...Humpolec je krásné město...večer jsme si užili ve městě...každý jsme jich měli asi 20...Město se změnilo...jako namalované od Lady. Seděl jsem na náměstí na lavičce, vše se vlnilo jako na moři. Rozešli jsme se. Šel jsem s kamarádem a hledali jsme zbylé tři. O půlnoci jsme si dali trávu...prodlouží účinek látky...*“, (P36): „...*V lese jsem došel k obrovskému smrku...byla zima...obří strom mi řekl, abych si šel k němu sednout...vlezl jsem k němu pod větve...tam jsem seděl pár hodin...strom mi zpíval a já jsem zpíval s ním...Bylo to úžasné...*“

V následujícím textu pacient popsal svůj zážitek z hlediska časového vývoje i z hlediska dalších aspektů: (P32): „...Snědli jsme jich napřed 5, po půl hodině se nic nedělo, pak někdo řekl, že se něco vlní...po hodině to začalo fungovat na plné pecky...před tím jsem měl trip...měl jsem s čím srovnávat...nebylo to tak silné...Obraz byl ostřejší, sytější barvy, realita se různě deformovala, kroutila. Všechno zůstává reálné. Stav trval asi 1 a půl hodiny...intenzivní...odeznívalo další 3 hodiny...“

Odradil vás 1. zážitek nebo povzbudil

Většina respondentů, která s lysohlávkami měla více než jednu zkušenost, odpověděla, že je první zážitek povzbudil (P4): „...Povzbudilo mě to. Splnilo to mé očekávání. Zažil jsem to, co jsem nikdy do té doby nezažil. To, co je v hloubi duše a není hmatatelné, jsem prožil. Přehodnotil jsem celý svůj život. Zamýšlel jsem se nad otázkami, které jsem si do té doby nekladl...“ Někteří si na svůj první zážitek nepamatovali (P12): „...Na první zážitek si nepamatuji, ale asi dobrý, když jsem v tom pokračoval...“, (P24): „...První zážitek si nepamatuji, ale pokračoval jsem...“ Několik pacientů vyjádřilo své zklamání (P6): „...Byl jsem zklamáný...“, (P9): „...Nic mi to neřeklo...“, (P23): „...Nic se nedělo...“ Jeden pacient se nenechal odradit nesplněnými očekáváními (P20): „...První zážitek nesplnil mé očekávání, neodradilo mě to, neměl jsem správnou dávku. Podpořilo mě to zkusit znovu...“

S kým byla učiněna první zkušenost s lysohlávkami

Z celkového počtu 34 participantů, kteří užili lysohlávky alespoň 1x, pouze 5 udalo, že je poprvé užili sami. Ostatní je užili ve společnosti kamaráda/ů, přátel nebo v partě. Dva uvedli, že měli přímo průvodce, který je prvním zážitkem provedl. Ostatní účastníci si dali s lidmi, kteří také lysohlávky současně s nimi užili a kteří již většinou zkušenosti měli. (P4): „...Poprvé jsem si dal se dvěma dobrými přáteli. Průvodce jsem neměl, ale o problematiku jsem se zajímal. Věděl jsem na co si dát pozor, nasměrovat zkušenost. Člověk musí mít respekt a není dobré do toho jít se strachem...“, (P20): „...Jeli jsme na hromadný sběr...“, (P21): „...Byla banda, jela na houby, rostli naproti nádraží na Špičáku...“, (P12): „...Měl jsem s sebou staršího známého...byl se mnou, když stav odezníval...“, (P25): „...Rozdělil jsem se se svojí přítelkyní...“, (P27): „...Vždycky jsem bral s někým...“, (P28): „...Jezdili jsme s partou...“, (P29): „...Vždycky s partou...“, (P32): „...Průvodce byl ten člověk, co s tím přišel, říkal, co by to mělo dělat...“

Specifika při užívání lysohlávek

Specifika při užívání lysohlávek uvedlo jen několik respondentů: (P4): „...Týden jsem se připravoval psychicky. Týden se člověk musí pozorovat, prohlídka nitra. Prostředí je hodně důležité – příroda, luka, krajiny, kde jsem nikdy nebyl. Ta místa pak měla jiný nádech navždy. Prostředí je důležité. Dával jsem s lidma, kteří se o to také zajímali a byli otevření. Nikdy bych si nedal s lidmi, kteří si dali z nudy. Nejdříve jsem si je oťukal. Záleží na přístupu. Očekávání je důležité. Stabilita je důležitá. Párkrát jsem si dal s lidmi, kteří byli labilní, pak jsem je z toho těžko dostával. Později jsem byl guru. Změnilo mě užití ayahuscy...“, (P5): „...Nechci být mezi lidma, mám rád intimnější vztahy. Když jsem zfetovanej, chodím nahý, dělám zvuky, chci tam mít člověka, kterej mě zná. Chci být daleko od civilizace, rozhodí mě

i cyklista...“, (P20): „...*Houby jsem nejčastěji užíval sám, abych pak vydržel s ostatními hospodskou zábavu...“*, (P24): „...*Byl jsem filtr na drogy, potřeboval jsem toho hodně...musím mít velké množství, aby to mělo účinek...“*, (P27): „...*Stavy jsou ovlivnitelné, když jsem si říkal, že mi to nic nedá...nedalo...“*, (P32): „...*Zpravidla se rozdělal oheň, je sám o sobě magický. Pořád jsem bral s těmi samými lidmi...z gymplu...Udělal jsem si to příjemné...v přírodě...patří to k tomu...“*

Rituály

Také k rituálům při užívání lysohlávek se vyjádřilo jen několik participantů: (P5): „...*Když dostanu chuť, jdu na louku a nasbírám si je. Je to občasný rituál jednou za rok jít na houbičky... Je to vždy rituál, neberu to jako drogy pro zábavu...“* (P20): „...*Rituál byl uvaření čaje. Namíchal jsem s 2 lžičkami medu. 150 hub jsem naložil do skleničky od přesnídávky s medem...“*, (P32): „...*Zavolali jsme si a naplánovali, vzali jsme si bágly, prošli jsme území, končilo loukou...tam se nasbíraly houbičky...“* Tento pacient sice sám uvedl, že žádné rituály nedělal, ale jeho popis naznačuje, že se ho účastnil a pocity, že je šaman tomu odpovídají: (P33): „...*Na Silvestra se uvařily houbičky do kotle a pil se odvar...byla zima...sníh kolem ohně netál...připadal jsem si jako šaman...“*

Místo užívání

Jako místo užívání lysohlávek téměř všichni respondenti uvedli přírodu nebo venku. Část z nich pak měla kombinaci příroda a doma, v hospodě, diskotéce, ve městě. Pouze 4 pacienti uvedli, že užívali doma (z toho jeden na intru): (P4): „...*Preferoval jsem přírodu. Jednou jsme šli do hospody. Byl rozdíl mezi námi a opilými. Jedné holce se udělalo špatně – psychicky. Šli jsme do přírody, uklidnila se...“*, (P14): „...*V lese je to nejkrásnější...“*, (P12): „...*Byli jsme většinou v přírodě...nikdy ne moc mezi lidmi...“*, (P24): „...*Když jsem je dostal, snědl jsem je v parku...“*, (P27) „...*Houbičky jsme brali v přírodě...u vody... i v hospodě...na diskotékách...“*, (P28): „...*Dali jsme si, až jsme dojeli domů...Párkrát jsem si dali v přírodě...“*, (P20): „...*Ti, kteří měli zkušenosti jedli na místě, ti, kdo ne si vzali domů, měli jsme respekt. Doma jsem si to dal sám...“*

S kým užívali

Převážná část respondentů uvedla, že užívala s někým, kamarády, partou, přítelkyní (P22): „...*Bral jsem s lidmi, co kouřili trávu...“*, (P24): „...*Brali jsme dva...nikdy jsem nebral sám...“* Pouze 4 respondenti udali, že užívali sami, mezi nimi byli 3 osoby, které měli jen jednu zkušenost, z toho 2 s diagnózou schizofrenie a 1 s lehkou mentální retardací. Jeden pacient si lysohlávky dal sice sám, ale pak šel s ostatními do hospody (P20): „...*Houby jsem nejraději užíval sám, abych pak vydržel s ostatními hospodskou zábavu...“* Další pacient užíval někdy sám a někdy s někým (P5): „...*Sám, nebo s někým, kdo mě dobře zná...“*

Prožitky

Každý pacient svůj prožitek popsal ze svého úhlu pohledu, pro každého bylo důležité něco jiného. Někteří popisovali celý průběh zážitku, jiní své pocity či vjemy. Jiní srovnávali účinky lysohlávek s účinky jiných návykových látek (P4): „...*Každý trip je jiný, nikdy nevíte*

dopředu, co zažijete. Můžete si připravit, co chcete získat, ale nikdy nezažijete stejnou halucinaci, nikdy se to neopakuje. To mě nutilo to zkoušet znovu. Něco mi to dává, posunuje mě to. Naproti tomu když piju alkohol, je to pořád stejné... “. Účinky se různily i podle druhu a množství užitých hub: (P32): „...Mexické houbičky jsou větší...snědl jsem jeden klobouček ...pak se děly věci...Byl jsem doma sám...nebylo to dobré...když to bylo v nejlepším, někdo zazvonil a přišli opravovat topení...Nemohl jsem mluvit, jen jsem gestikuloval...Je to něco jiného, blíží se to účinkům LSD. Měl jsem naštěstí zkušenost...Nedokážu si představit, že by to bylo poprvé... “. (P4): „...Zážitek z požití čaje ze 400 houbiček. První nájezd normálně za 20 minut. U toho silného nápoje byl nájezd hned, přichází ve vlnách, okamžitě. Došlo k převtělení, měl jsem primitivní pocity, převtělil jsem se do zvířete – vlka. Jako vlk jsem si připadal půl hodiny, ale bylo to asi 10 minut. Pak jsem si lehl na záda a cestoval vesmírem...“ (P12): „...Uvolňující, skvělá, euforická nálada...příjemné bylo si jich dát 10 k pivu v hospodě, optimální je 20 – 25 houbiček, pak nabíhají stíhy...poznal jsem to na sobě, když jsem se díval na záclonu a ta se vlnila... “. (P20): „...Než jsem šel do hospody s klukama na pivo, dal jsem si houbičky v medu...Abych vydržel hospodskou zábavu...Pak jsem pozoroval dění v hospodě...vlékal jsem do dlaždiček...vpíjel jsem se do zdi. Hledal jsem někoho, s kým bych byl naladěný na stejnou vlnu. Trvalo to asi hodinu. Pak jsem si došel pro malé pivo a stál u zdi dál...“.

Pacient, který si při prvním zážitku stěžoval, že nebyla naplněna jeho očekávání, dosáhl svého, až při dalším užití lysohlávek (P27): „...Kamarád přivezl houbičky z Moravy, mluvil o tom, že jsou silné, dal jsem si jich 20. Byl jsem psychicky připraven, dalo mi to, co bych očekával...“ Rovněž další pacient, který uváděl, že potřebuje všeho více popsal 2 své zážitky, při druhém z nich mu stačilo jen 7 plodnic (P24): „...Připadalo mi, že jsme byli na tropickém ostrově...Ve třiceti letech jsem jich snědl 7...šel jsem domů...usnul jsem...za čtyři hodiny jsem se probudil...byl ze mne obláček, měl jsem jen ruce a nohy...plul jsem doma...povznesl jsem se...bylo to příjemné, smál jsem se... “. Někteří pacienti svůj stav hodnotili (P14): „...Všechno je barevnější, přirozené barvy, záchvaty smíchu, halucinace...“, (P15): „...Libilo se mi to, šel bych do houbiček znovu, byl jsem vesele opilý a smál jsem se...“, (P12): „...Když stav končil, bylo mi to vždy velmi líto, že „happy“ stav končí...“, (P22): „...Bavila mě dlouhodobost té látky...“, (P22): „...Když je člověk psychicky nemocný nebo to sní v blbém stavu, pak ho to kopne někam. Člověka může zarazit ta intenzita...“ Někteří pacienti také popisovali činnost, kterou po užití lysohlávek vykonávali (P8): „...Na houbičkách se dívám do mraků...třeba 7 hodin...a hledám tam věci. Nebo vezmu tužku a papír a kreslím...“

Některá hodnocení byla negativní (P11): „...Podruhé jsem měl nepříjemné pocity. Viděl jsem hady na zemi. Řekl jsem si, že není možné, aby tam byli, pak zmizeli...“, (P16): „...Na houbičkách jsme se pohádali. Každý měl svoji hlavu, svůj stav. Je těžké se shodnout. Rozumět si navzájem je nemožné...“, (P29): „...Zážitky, které by přinesly něco do života, jsem neměl...“ Jeden pacient popsal, jak je na lysohlávkách možné objevit nové světy (P32): „...Když sní člověk první várku, kouká kolem sebe, směje se, dějou se věci. Člověk se pak rozhodne, že si nasbírá další, na 1 metru čtverečním se dějí neuvěřitelné věci...mikrosvět...“. Pacienti také popisovali různé poruchy vnímání (P15): „...Když jsem otočil hlavou, tak mi dobíhal obraz, hlava už stála, ale obraz pořád frčel, jako když hlava nestojí. Přišlo mi, že mi někdo tahá za pusu. Nemohl jsem přestat se smát. Měl jsem pusu ve tvaru smíchu...“.

(P22): „...V partě jsme měli vizuální věci... vycházel měsíc, byl do trojúhelníku...“.

Množství plodnic poprvé

Přibližně polovina respondentů nevěděla, kolik plodnic lysohlávek poprvé užila. Částečně to bylo způsobeno již velkým časovým odstupem od prvního užití a také formou užití, někteří se napili čaje, který byl již uvařen, nebo někdo jiný rozdobil lysohlávky do marihuany. Někteří udali, že si vzali na poprvé raději menší množství. 8 respondentů udalo množství od 15 do 20 plodnic. Jedna žena také upřesnila (P17): „...Poprvé jich bylo 20, nacpala jsem je do rohlíku, bylo to hnusné...“, (P12): „...Poprvé jsem měl 15...“, (P20): „...Poprvé 10 hub. Čekáte. Myšlenka, že bych přidal dalších pět. Pak přidáte 10...Mezitím najíždí těch prvních 10...“. Několik respondentů udalo počet kolem třiceti (P4): „...Lysohlávka česká...ašská...Modré byly nejsilnější...Poprvé jsem měl 30, jedl jsem je syrové...“, (P24): „...Poprvé 30...“, (P31): „...Na místě jsem našel 29, tak jsem je snědl hned na tom místě...“ Největší množství při prvním užití bylo 50 plodnic, uvedli 4 pacienti a jeden dokonce 60 kusů.

Množství plodnic další užívání

Z výpovědí pacientů, kteří užili lysohlávky více než jednou (21 osob) vyplynulo, že 5 osob užívalo dále v rozmezí 15 až 20 kusů plodnic, další specifikoval své užívání následujícími výpověďmi (P4): „...Časem jsem začal dávat víc houbiček 60 – 80. Přejít do dalšího levlu. To byl optimální výlet, který jsem dělal standardně. Stav pak trval 6 – 8 hodin. 30 - 40 houbiček to byl rozdíl, trvalo to asi 3 hodiny a hodinu byl dojezd, bylo to znát. Tři výlety jsem udělal na 120 kusech. Jednou jsem měl i 150. Nejvíc jsem uvařil 400 malých hub pro dva lidi...“, (P8): „...Poprvé 50, potom jsem navyšoval 100, 200. Nejvíc jsem měl 400...“, (P9): „Navyšoval jsem...100...200...nejvíc jsem měl 400...“, (P14): „...Ze začátku stačilo 10 v čaji, pak jsme jich jedli 70 až 100 ...Jedli jsme každý den, pak jsme zjistili, že to nemá cenu...tolerance. Tak zase za rok...“ (P12): „...25 – 30 bylo akorát...10 u piva pro lepší náladu...40 – 50 už bylo moc...“ (P24): „...Na podruhé, napotřetí jsem měl 70 hub ...kdybych dostal 100, tak jich sním 100...Nejlepší je jíst syrové...pil jsem i čaj...“, (P28): „...Pořád stejný počet...15-20...“. Někteří pacienti nevěděli nebo houby nepočítali (P29): „...Nepočítal jsem je...odhadem...jak které...některých se muselo vzít hodně, některé stačily 2...“, (P17): „...Pak jsme měli i 50, dávali jsme je do koláčů...sladký koláč...“, (P27): „...Všeho si беру víc...“.

Úprava plodnic před konzumací

Podle výsledků výzkumu mnoho pacientů konzumovalo houby v syrovém stavu. Někteří udávali, že zkusili všechny možné úpravy během užívání: syrové, sušené, čaj, naložené v medu a přidané do marihuany. Někteří prozradili i svoje recepty (P4): „...Houby jsem moc nejedl, dělal jsem čaje. Občas jsem to jedl, když to nešlo jinak. Nasbíral jsem kolem 500 – 600 hub. Jinak 20 minut vařit čaj, 30 - 40 kusů, kolik vody je jedno. Připravoval jsem to sám. Dávkování je důležité, záleží, pro koho to děláte...“, (P14): „...S kamarády. Měli jsme houbičky za barákem, nebyl problém nasbírat 200 až 300. Něco se snědlo, zbytek se nechal uschnout. To se pak rozdrobilo a nasypalo do medu. Musí se to obracet, protože to sedá

ke dnu (asi 200 houbiček do medu)...2 lžičky do čaje a stačí...“ , (P14): „...Koncem listopadu nasbírat a naložit...“ , (P12): „...Jedl jsem je většinou syrové...na zimu jsme je sušili...hledali jsme je až do prvního sněhu...“ , (P27): „...Jedli jsme syrové, sušené i čaje...Dávali jsme si je do čaje, vypili jsme je i s tím...Drobili jsme si je do marihuany...nevím, zda to dávalo...“ , (P29): „...Syrové nebo v medu...“ .

Fyzické problémy a jejich překonávání

Pacienti většinou uváděli problémy související se zažívacím traktem, někteří popsali, jak tyto problémy překonávali (P4): „...Nechutnaly mi, špatně se mi trávil...špatné trávení, bolí játra, ledviny. Podobně jako po chlastu... Pil jsem hodně, měl jsem problémy s trávením...“ , (P9): „...Měl jsem je nalačno ráno, cítil jsem žaludek...Dal jsem si něco sladkého...“ , (P29): „...Jako bych si hodil šutr do břicha...“ , (P22): „...Když mě to fyzicky nesedlo, tak jsem se pozvracel...“ , (P20): „...Pociťoval jsem pálení v břiše. Při pití čaje jsem se zahřál. Hořely mi uši ...jako čaj se zázvorem...Záleží na tom, jak je člověk najedený...“ . Dva pacienti udali bušení srdce a jiné potíže (P5): „...Strašně rychle bije srdce, zívám, únava, těžko se dýchá, chce se mi na velkou...“ , (P28): „...Bušení srdce...“ . Další dva popisovali brnění (P14): „...Když mě začalo brnět za krkem, věděl jsem, že to nastupuje. Houby jsem vyzvracel. Jed už ale koluje v těle...“ , (P21): „...Slabé brnění hlavy...“ . Někteří pacienti přirovnávali své stavy k otravě (P3): „...Fyzicky mě bylo blbě ...jako by otrava...měl jsem zimnici (35 lysohlávek)...“ . Jeden popsal špatný fyzický i psychický stav (P10): „...Ne, neudělalo mi to dobře. Pocity nezvyklé...bylo mi psychicky i fyzicky špatně...Počkal jsem, až to přejde...“ . Další respondent popsal pocení a vylučování kůží (P11): „...Naposledy jsem byl mastný, potil jsem se...jako by na mne někdo hodil pavučinu. Z kůže jsem vylučoval hnusy...byl jsem divný...bylo to nepříjemné...“ .

Jeden pacient popsal předávkování lysohlávkami (P8): „...Nejvíce jsem měl 400...to mi pak pumpovali žaludek. Nepamatuji se. Víím, že jsem ztratil hlavu...Hledal jsem jí v parku. Našel jsem jí pod lavičkou, dal jsem si jí pod paždí, viděl jsem vše z toho úhlu pohledu. Pak jsem se od kamarádů dozvěděl, že jsem měl na hlavě nasazený batoh, proto jsem neviděl. Skončil jsem v nemocnici, tam mi oznámili, že mi pumpovali žaludek a že se za celou dobu s něčím podobným nesetkali...“ .

Psychické problémy a jejich překonávání

Psychické problémy se u jednotlivých pacientů lišily v závislosti na osobnosti pacienta a také na množství užitých lysohlávek. Pacient, který uvedl, že měl psychické problémy již dříve, popsal své stavy na lysohlávkách i LSD takto (P28): „...Úzkost, vyděšení, panika, strach...uvolní se v podvědomí zasuté věci...oddělenost od lidí...nebyl jsem si jistý mezi lidmi...pokud jsem se nevystrašil v počátku, bylo to celkem příjemné...Strach...mám kdesi v sobě uloženou úzkost a strach a věci si vsugerovat...měl jsem to i bez drog...vydělení od kamarádů... Začal jsem se bát, co přijde, ale nemohl jsem odolat kráse...mám tendence k panikám...Měl jsem v sobě psychotické dekompenzace a houbička a LSD nechaly vše propustit...“ . I další respondent analyzoval velmi podrobně své psychické stavy v souvislosti se svojí osobností: (P4): „...Špatné zkušenosti bych popsal asi tak, že jsem si připadal jako v psychóze, jako schizofrenik, chtěl jsem z toho stavu pryč. Ovládá vás to, cítíte se napospas,

vše je titěrné, osobní, odráží se v tom podvědomí s tím, co nemáte rád, jste s tím v kontaktu. Rozložíte se na kousíčky, myslíte, že už se nikdy nevrátíte. Člověk nebyl schopen ovládat svalstvo. Černá psychika, depresivní černé myšlenky. Pocit, že se zblázním, že se z toho nedostanu. Asi z dvaceti tripů jsem měl tři špatné. V některých byly záchvěvy, ale dokázal jsem se z toho vypastit. Korigoval jsem okruh myšlenek...“ (respondent používá slovo trip také v souvislosti s užíváním lysohlávek). Další pacient také popisuje, že je důležitý momentální psychický stav při užívání halucinogenů (P22): „...Když člověk od toho něco očekává, tak se uklidní. Když je vyklepanej, tak se stav jenom zhorší...“. Jeden pacient uvedl, že nemohl usnout (P21): „...Pak jsem nemohl usnout, viděl jsem spirálu a v ní poskládaného zajíčka...“. Další respondent uvedl, že stav se nedal přebít ani vodkou a že mu připomínal stav na pervitinu (P1): „...Pili jsme vodku, stav z houbiček se nedal přebít, připomínalo mi to stav na perníku...“. Naopak další špatné stavy vodkou přepil (P18): „...Špatné psychické stavy jsem přechlastal vodkou...“. Na závěr jeden pacient, který sám sebe označil za odolného a psychické problémy mu užívání nezpůsobovalo (P14): „...Jsem odolný. Psychické problémy jsem neměl...“.

Jeden pacient popsal právě halucinace, kdy byl přesvědčen, že opravdu k němu přišli trpaslíci (P8): „...Na houbičkách jsem krmil trpaslíky v hospodě. Přišel jsem už zhulenej, objednal jsem si guláš s knedlíkem. ...Přišel jeden trpaslík...otevřel pusu a ukazoval, že chce jíst. Pak přišel další, byli asi 4, otravovali mě, tak jsem jim dával knedlíky, aby dali pokoj. Knedlíky padaly na zem. Přišel hostinský, propleskl mě a vyhodil, že dělám bordel...“.

Způsob obstarávání lysohlávek

Nejčastějším způsobem obstarávání lysohlávek byl samosběr, ten uvedlo 15 osob, někteří si někdy nasbírali a jindy je dostali, 7 respondentů uvedlo, že lysohlávky jen dostali, někteří k nim přišli náhodou, když se třeba vařil hromadně čaj v kotli. Pouze jeden pacient uvedl, že si lysohlávky někdy koupil, ostatní kupovali jen lysohlávky mexické.

Někteří pacienti uvedli i místa, kde se lysohlávkám dobře daří (P12): „...Vyráželi jsme je hledat...jezdili jsme na louku na kolech...asi 7 km od vesnice...hledali jsme je na uzavřených lukách...o louky se nikdo nestaral...blízko řeky, kde je hodně vlhkosti...Na horách jsou houbičky silnější...“, (P28): „...Jezdili jsme sbírat do Krušných hor...“, (P29): „...Samosběr...okolo Varů...nejvíce dávaly modrající...jsou vzácné...našel jsem 2...“.

Kombinace samosběr a nákup (P20): „...Samosběr, mexické lysohlávky jsou dostupné na trhu, ty stačí 3...“. Někteří pacienti je dostali (P24): „...Sám jsem nesháněl, vždy někdo donesl...“. Jeden pacient dokonce uvedl i cenu (P1): „...Za 100 Kč 20 houbiček...“.

Kombinace lysohlávek a jiných psychotropních látek

Výzkum ukázal, že častým jevem je také kombinace lysohlávek s jinými látkami, alkoholem a marihuanou: (P22): „...Kombinovali jsme s alkoholem...obrovská energie zpočátku...stav se nedá prodlužovat...i když se přidá dávka, nedá se dostat na počáteční úroveň...“, (P12): „...Často jsme to umocňovali alkoholem nebo marihuanou...“, (P24): „...Kombinace houby a dali jsme džonta...“, (P30): „...Jsme si dali trávu...prodlouží to účinek látky...“, (P4): „...I když to byl nepříjemný stav, tak jsem se z toho dostal, štválo mě,

že to skončí. Přechod do reality s alkoholem byl snazší. Dělal to víc lidí. Spolupracovali jsme...“.

Harm reduction

Dva pacienti zmínili důležitost pití nealkoholických nápojů při užívání lysohlávek: (P14): „...*Člověk na to musí hodně pít, čaj, nealko, ledviny dostávají zabrat...“.* Jeden respondent upozornil na možnost záměny lysohlávek a houby zvané hnojník⁵: (P22): „...*Hnojník – připomíná lysohlávky, když jsou malé. Je nebezpečný v tom, že když se zkombinuje s alkoholem a vezme se množství jako by lysohlávek, odstaví to ledviny...“.*

Jiná rizika spojená s užíváním lysohlávek

Celkem tři pacienti uvedli jiná rizika spojená s lysohlávkami. Dva slyšeli, že existuje v trsu lysohlávek vždy jedna, která má několikanásobně vyšší obsah účinné látky než ty ostatní (P21): „...*Je nebezpečné najít tu hlavní – matku. Ta dává za sto...“.* (P23): „...*Pan učitel ve škole říkal, že jedna houbička v trsu může obsahovat víc účinné látky...Nechtěl bych narazit na zlatou houbičku“.* Jeden pacient varoval před záměnou lysohlávek a hnojníku (P22): „...*Hnojník připomíná lysohlávky, když je malý...Nebezpečí je v tom, když se zkombinuje s alkoholem...Když se vezme množství jako lysohlávek, odstaví to ledviny...Měli jsme starší zkušené sběrače, kteří to kontrolovali...“.*

Doporučení

Pacienti uvedli několik doporučení (P14): „...*Člověk nesmí myslet na nic jiného. Když má člověk osobní problémy, prohloubí se. Musí být čistá hlava...“.* (P14): „...*Musí být čistá hlava, jinak se tomu člověk poddá...“.* (P32): „...*Sdílet s někým je lepší, sám si to člověk neužije. Realita je vzdálená, člověk má strach z toho, co by se stalo, kdyby to šlo ještě dál...důležitý je pocit bezpečí s ostatními. Zázitek je pokaždé jiný, pokaždé nějaké překvapení...“.* Další pacient doporučil festival psychedelické kultury (P14): „...*V Kožlanech se pořádá Bioles, tam se dalo koupit vše možné...“.*

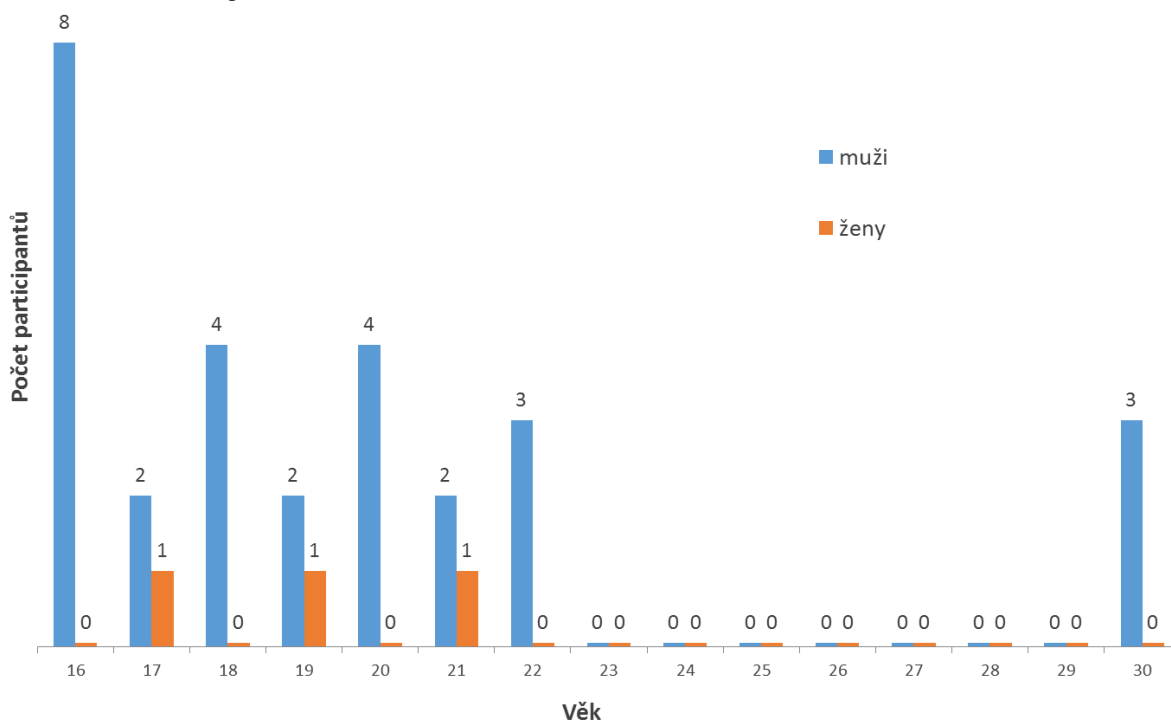
⁵ Houba hnojník obsahuje chemickou látku nazývanou koprin. Ten se v lidském těle rozštěpením peptidové vazby rozkládá na 1-aminocyklopropanol, který inaktivuje enzym acetaldehyddehydrogenázu, odpovědný za druhý stupeň primární cesty odbourávání alkoholu. V těle se tak hromadí toxický acetaldehyd, který způsobuje vlastní otravu. Efekt je u člověka shodný s účinkem léčiva disulfiramu (antabus), který se používá při léčbě závislosti na alkoholu, vznikne antabusový efekt. Během jídla, jindy krátce po něm (nejpozději do 30 minut) se objeví nápadná červeň obličeje, která se šíří dolů na trup i horní končetiny; dále se dostaví bušení srdce, dušnost, zvracení, průjemy a strach z úmrtí. Tyto příznaky se nemusí vždy objevit v plné šíři, odpovídají množství požití houby a množství alkoholu i jeho kvalitě, pro postiženého bývají velmi nepříjemné. Obvykle mizí do dvou hodin po výskytu, úmrtí nejsou známa. Po opětovném užití alkoholu se stav může se slábnoucí intenzitou opakovat až do čtvrtého dne i bez dalšího požití houby. Otrava zpravidla nevyžaduje lékařské ošetření (Dvořák, 2011).

8.2. LSD

První užití LSD

S LSD mělo celkem zkušenost 31 pacientů. Nejvíce jich první zkušenost učinilo ve věku 16 let, celkem 8 osob (25,8 %). V 17 letech poprvé zkusili LSD 3 osoby (9,68 %), v 18 letech 4 osoby (12,9 %), v 19 letech 3 osoby (9,68 %), ve 20 letech 4 osoby (12,9 %), ve 21 letech 3 osoby (9,68 %) a ve 22 letech 3 osoby (9,68 %). Nejvyšší věk první zkušenosti s LSD byl 30 let, v tomto věku to zkusili 3 pacienti (9,68 %).

Graf č. 2: Časová osa prvního užití LSD



Další vývoj užívání LSD

Další vývoj užívání naznačuje tabulka. Pro doplnění je přiloženo několik podrobnějších výpovědí: (P5)... „ V 16 jsem měl nejtěžší psychadelické období...Bral jsem LSD každý druhý týden...psychadelické látky jsem měl 50 – 60x ...“ (P13)... „ Říkali nám papíroví draci, furt jsme lítali...“ (P18)... „Začal jsem v 16...když byly k máni, tak jsme papíry jedli...když se to užívá často, musí se zvyšovat dávky z 1 na 2, 3 až 4...dáme si každý Silvestr...“ (P26)... „Poprvé jsem měl ve 22 letech...v období prvního půl roku jsem bral ob týden...pak nárazově 1x za měsíc...“ (P28)... „Poprvé v 19 letech...bral jsem nepravidelně ...bylo období, kdy 2 měsíce každý pátek...měl jsem asi 20x...“ (P32)... „Začal jsem v 18, mezi 18 až 20 jsem bral častěji...1 – 2x do měsíce. Ve dvaceti jsem měl tripové léto...užívali jsme intenzivně... Od 20 do 23 jsem si dal občas...Ve 33 letech jsem měl horor trip a ukončil jsem to...“.

Tabulka 10 Další vývoj užívání LSD

Participant	Věk	Diagnóza	LSD poprvé/naposled	Další užívání
P1	20	F195	16/18	20-30x
P2	21	F630	18/21	tak 3x do roka
P4	23	F102	18/20	5 papírů
P5	24	F102	16/dosud	3/4roku často, pak méně, teď pár krát do roka, ale dosud
P7	27	F701	20	3x na diskotéce
P8	27	F152	17/21	víkendově, při akcích
P9	27	F201	18	pár krát
P12	29	F152	16/17	nějakou dobu jsem to vyhledával, pak jsem poznal pervitin
P13	29	F152	17/20	frčeli jsme furt
P14	31	F102	16/30	jednou do roka jsem si dal
P15	31	F191	20	měl jsem víckrát než houbičky, 3x do roka
P16	32	F200	16/24	5x
P17	32	F102	19	příležitostně
P18	32	F252	16/32	každý Silvestr, když byly k mání, tak se jedly
P19	32	F200	21/22	4x
P20	32	F152	21/28	někdy 6x do roka, někdy 1x
P22	33	F102	17	během roku vícekrát
P23	33	F102	20/27	nárazově, když se objevilo
P26	36	F102	22/24	vícekrát
P27	36	F102	21/26	i 10x za rok
P28	36	F102	19/21	nepravidelně, období 2měsíce, kdy každý pátek, celkem asi 20x
P29	37	F102	16/25	maximálně 6x do roka
P30	39	F102	22/27	2-3x do roka, pak třeba 2roky nic
P32	40	F102	18/33	18-20 častěji, 1-2x do měsíce, 20-23občas
P37	54	F102	30/35	15x

Důvody a očekávání užití LSD

Důvody a očekávání byly podobné jako při užívání lysohlávek, respondenti LSD od někoho dostali (P21)... „Přišel týpek, přivezl je a dal nám v hospodě ochutnat...“. Často se objevovalo klíčové slovo zvědavost: (P5)... „Zvědavost. Starší kamarád, se kterým jsem kouřil trávu, říkal zážitky, pak mi to přinesl ...“, (P20)... „Zvědavost, tradice z krabice – před 15 lety si někdo dal, kdo měl dobrý zážitek. Každý chce taky. Je to spojeno s tím, že lidi mají pocit nenaplnění, za něčím běží...“, (P27)... „Zvědavost...touha po změně stavu...“, (P32) „Zvědavost...bylo to in...“. Jako u houbiček bylo rovněž časté slovo experiment: (P28)... „Experiment s něčím neznámým...jiným...“. Více respondentů však uvedlo, že o LSD četli nebo viděli film: (P14)... „Četl jsem o tom a viděl vojáky ve filmu, zvědavost...“, (P22)... „Studovali jsme knihy...Zajímaly nás druhy...“, (P29)... „Měl jsem načteno...šel z toho respekt, co se člověk dočetl nebo doslechl. Literatury nebylo moc...LSD a jiné halucinogeny...“, (P30)... „Něco jsem si o tom přečetl, brala to spousta muzikantů a spisovatelů...zdroj inspirace...film Vlasy od Formana...“. Motivací k vyzkoušení byla také touha po tom získat zkušenost: (P36)... „Zkusit to...dostat se jinam...“. Motivací byla

i předchozí zkušenost s lysohlávkami: (P12)... „*Doslechl jsem se, že je to podobné jako houbičky...*“. Motivací jednoho pacienta bylo to, že nesehnal svoji drogu: (P26)... „*Nikdy jsem to vyzkoušet nechtěl. Jednou na párty nebyl k sehnání pervitin (užíval jsem už 4 roky). Něco jsem chtěl, frajer mi nabídl LSD...*“.

Jako důvod k nevyzkoušení LSD zazněl vícekrát respekt a strach: (P25): „*...Nezkoušel jsem, mám respekt z halucinogenů...*“.

První zážitek s LSD

Rovněž při popisu prvního zážitku s LSD se výpovědi pacientů různily. Někteří uváděli, že je to velice složité popsat slovy, někdo vylíčil své pocity, jiní barevné vjemy a někdo popisoval celý průběh i následky tripu. Hned první zážitek s LSD byl pro některé negativní a mnozí ho nazvali bad tripem: (P1): „*... První trip byl bad trip. Byli jsme s kámošema v hospodě...měl jsem 5 tripů pro kluky ...nikdo si nechtěl, tak jsem si dal sám... Měl jsem stíhu, že si něco říkají o mně...*“, (P7): „*...Bylo mi po něm špatně, měla jsem psychické problémy, chtělo se mi brečet, byla jsem po něm zlá...*“. Jeden pacient popsal, jak si myslel, že je orel. Tato první zkušenost však mohla skončit tragicky: (P8): „*...Vzal jsem si dva papíry. Bojím se slepic a ptáků, co mají zobáky, bojím se výšek. Stál jsem na zábradlí na balkóně v 7. patře. Měl jsem zobák, myslel jsem, že jsem orel a chtěl jsem lovit lidi dole, o kterých jsem si myslel, že jsou myši. Kámoš mě strhl. Vzdálenost je jiná...*“. Někteří pacienti naopak hodnotili své první zážitky kladně: (P4): „*...Libilo se mi to...Barvy slyšíte, zvuky vidíte, přerušuje všechny fyzické zákonitosti, energie v celém těle...*“, (P37): „*...Připadal jsem si jako student architektury, představoval jsem si barvy, ale byla okna, jak kdybych navrhoval okna, baráky s různými okna...černo zelené obrysy...jako film Alois Nebel...ale černo světla zelené...teplo mi bylo...normálně jsem zimomřivý...neměl jsem moc barevné...jako bych byl obalený vlnou...plaval v ní...pozitivní zážitek...příjemné stavy...*“, (P16): „*...LSD zesílené prožitky svých pocitů. Byli jsme na Domažlické, bylo nás 7, chovali jsme se jako pankáči, zkoumali jsme okolní svět. Nezkoumali jsme sami sebe. Prožitky jsme si užívali...*“, (P29): „*...Hrozně moc jsme se nasmáli...seděli jsme s klukama u krbu, pili jsme pivo, mluvil jsem jako opile, ale vnímal jsem se s čistou hlavou. Pamatoval jsem si vše...Pocity strašně intenzivní...*“. Další respondenti zmiňovali společné propojení uživatelů a společnou komunikaci: (P27): „*...První zážitek na májku...bylo to krásné...parta asi 10 lidí...všichni prvně...říkali jsme si, co se děje...lidi se propojí myšlenkově...naladí se na stejnou vlnu...*“, (P28): „*...První zážitek byl docela dobrý...průlet vším možným...Mysleli jsme spolu...komunikovali jsme...telepatie...zanoření do snů...Nevěděli jsme, co je realita...Bylo to divoké...halucinace...obrazce...*“. Naopak jiní chtěli být sami: (P17): „*...LSD nevíšmejte si mě, já si jedu svoje. Vnímáte všechno jinak...*“, (P30): „*...Člověk přemýšlel, oprostil se od problémů, zaobíral se sám sebou...halucinace nebyly...kamarád se škrábnul...vypadalo to pod vlivem hrozivě...ráno malý škrábanec...neměl jsem z toho špatný pocit...*“. Někteří si všimli vztahu mezi užitým množstvím a očekávaným efektem, nebo měli pocit, že se zpočátku nic neděje: (P5): „*...Doma jsem si dal málo...nebyl to ještě pravý psychadelický stav...smál jsem se...*“, (P24): „*...Dal jsem si a vůbec nic se nedělo...za 2 hodiny jsem šel domů nasranej, že to nic nedělá. Lehl jsem si do postele a koukal jsem se do stropu...lustr začal pochodovat...smál jsem se, začal jsem vidět malovaně...jak ze Simpsnů ...to jsem si*

užíval do rána...neuvěřitelné, co to dělá...“, (P34): *„...Vzal jsem si jeden papírek venku...řikal jsem si, že to nic nedělá. Šel jsem domů, v předsíni máme zrcadlo, viděl jsem se z pohledu malého kluka a říkal jsem si, tak to jseš ty...“*. Pro jednoho pacienta bylo první užití LSD spojeno s obavami a strachy: (P32): *„...Na technoparty...na stěně běžela projekce. Nevěděl jsem, co se bude dít. 20 min. se nedělo nic, pak začaly brnět ruce, tělo, pak bylo vše deformované. Byli jsme tam ve více lidech...někoho jsem hledal, abych se přesvědčil, že jsem pořád tam, kde si myslím, že jsem. Člověk má strach, že už se nikdy nevrátí, chce se soustředit na něco, uchopit to, ale ono to nejde...“*. Jeden pacient popsal svůj první a zároveň poslední zážitek s LSD. Domníval se, že právě užití této látky bylo spouštěčem jeho dalších psychických problémů: (P36): *„...Bylo nás pět, ostatní si také vzali, každý byl sám za sebe. Odešel jsem k řece...pocítil jsem prázdnotu. Nevím, zda byla moje, ale vyděsilo mě to. Ležel jsem, až mě našli a odvedli domů. Byla to hrůza prázdnoty ve mně ...okolí jsem si uvědomoval...Říkal jsem si, že to musí skončit. Další den bylo probuzení do nového. Prázdnota zmizela...Za měsíc jsem navštívil centrum krizové intervence v Praze. Neviděl jsem smysl v ničem. Týden jsem si tam odpočinul...“*.

Odradilo vás to nebo povzbudilo

Někteří pacienti brali zkušenost s LSD jako jednorázový zážitek. Ti, co měli více zkušeností, pak uvedli, že je to povzbudilo, líbilo se jim to nebo je to neodradilo. Některé dokonce neodradil ani bad trip, který měli hned jako první zážitek: (P6): *„...Jako první jsem měl bad trip, ale neodradilo mě to...“*, (P21): *„...Dobrý, povzbudilo mě to k dalšímu vyzkoušení...“*, (P27): *„...Bylo jasné, že to není naposled...“*.

S kým jste učinil první zkušenost s LSD

Až na několik výjimek první zkušenost s LSD učinili pacienti s někým, většinou s kamarády nebo v partě: (P5): *„...Sám doma...“*, (P14): *„...S kamarádem, se kterým jsem sbíral houbičky...“*, (P19): *„...S někým, ale pak jsem s tím člověkem při zážitku nebyl...“*, (P28): *„...S partou...3 kluci...“*, (P37): *„...Bylo nás pět...“*, (P38): *„...Ze začátku v partě...“*.

Specifika při užívání LSD

Svá specifika při užívání LSD uvedlo jen několik pacientů: (P5): *„...Když beru LSD sedím, ležím, skáču, dělám kotrmelce...chovám se jako blázen...“*, (P23): *„...Špatné stavy jsem neměl. Spíš jsem se snažil, aby se někomu nic nestalo. Byl jsem zodpovědnější při užívání LSD. Někomu může houknout. Hlídal jsem je...“*, (P24): *„...Byl jsem opatrný...někteří kamarádi 3 – 4 tripy, já max 2, kombinace s pervitinem na párty...když jsme vyráželi do přírody pokecat s kytara, tak jen LSD...“*, (P29): *„...Hlavně výlet...jít do hospody a vzít si papír je nesmyslné...otevře se nevědomí a začne člověka zahrnovat...člověk ani nevěděl, že nevědomí má...V hospodě by člověk nejraději vyrostl ze svého těla...Na jazyk mi šly slova, která ani nevím, co znamenají a nikdy jsem je neslyšel...“*.

Rituály

Rituál v souvislosti s užíváním LSD uvedl jen jeden pacient. LSD si dává pravidelně každý Silvestr a chce v tom pokračovat i nadále: (P18): „...*Tripa si dávám pravidelně každého Silvestra...je to takový rituál...to se zkrátka musí...*“.

Místo užívání

Většina pacientů uvedla, že si LSD dávala venku, v přírodě nebo na nějakých akcích. Ti, kteří měli zkušeností více, uváděli i jiná místa: (P4): „...*Příroda, kolem lidí, ke kterým mám blízko...Byli jsme ve zkušebně. Bylo tam teplo, hudba, došlo ke stmelení...*“, (P5): „...*Jdu nejraději do přírody...nějaké hezké prostředí, aby to bylo kryté...v lese, u rybníka, aby nepřišli lidé. Snesu jen nejbližší přátelé...*“, (P12): „...*Dávali jsme si to v autě při odjezdu od dealera...*“, (P14): „...*Na čektechu jsem si dal 2 papíry, zdálo se mi, že jsem u nás v hospodě, ale probudil jsem se pod nějakou károu, měl jsem pak hroznou žízeň...*“, (P21): „...*Snědli jsme to v hospodě, pak jsme šli dělat bordel do města a pak ke kámošovi do bytu...*“, (P23): „...*Já jsem LSD bral raději v přírodě, je to droga na ven. V místnosti musí být každému šoufl a musí ho to vyhnat ven. Venku je to lepší...*“, (P19): „...*LSD Bral jsem to ve městě přes noc...*“, (P20): „...*Dobře se bere na openairu...*“, (P26): „...*Na párty...vyráželi jsme do přírody...*“, (P28): „...*Půl na půl...půl v bytě...soukromí...někdy jsme šli ven...*“, (P27): „...*Většinou venku...jednou i v hospodě...*“, (P32): „...*Společně jsme chodili do přírody...do společnosti se to moc nehodí, člověk se směje věcem, které k smíchu nejsou...*“.

S kým užívali

Až na několik výjimek uvedli pacienti, že užívali s někým, s kamarády nebo v partě: (P4): „...*S přáteli, se kterými jsem houboval...*“, (P5): „...*LSD je o komunikaci s blízkými lidmi. Nejlepší to bylo s mojí holkou...je o osm let starší než já. Brali jsme spolu, pak jsme si šli každý po svém. Pak jsme se sešli, já hrál na kytaru a ona mě držela. Cítil jsem se skvěle...*“, (P12): „...*S tím samým, se kterým jsem sbíral houbičky...*“, (P14): „...*S kamarády. Jezdili jsme hodně na techno, zkusili jsme na tripu ...není to ono, chce to přírodu...*“, (P20): „...*Max jsem užíval se dvěma až 5 lidmi, je důležité si vymezit perimetr...*“, (P27): „...*Nikdy ne sám...*“, (P28): „...*S partou...3 kluci...*“, (P29): „...*Člověk potřebuje někoho, kdo ho vede...Jeden čas jsem dělal průvodce...Kdyby měl někdo depresi, vyvedu ho...I já jsem někdy potřeboval...já měl štěstí, že vedle mě byla holka, co mě hodila na pohodovou vlnu...*“, (P37): „...*Ze začátku v partě, pak ve dvojici...*“.

Prožitky

Pacienti vyjadřovali své prožitky, které měli při užívání LSD, někdo se zaměřil na vyjádření svých stavů nebo pocitů nebo na to, co se s ním dělo: (P13): „...*Když to najede, tak následují 3 až 4 hodiny smíchu. Nejde to zastavit. Koukly jsme se na kytku. Smích. Bolí vás všechno. Pak potřebujete fungovat, ale nejde to. Šílené, strašné...vůbec nic nepomáhá...*“, (P14): „...*Stav se člověku líbí, člověk se směje, je to k nezastavení, až brečíte smíchy...*“, (P18): „...*Umělecky tvorné, lepší nápady, zvláštní...*“, (P19): „...*Uvolnilo mě to psychicky. Změnilo mě to na celý život, prospělo mi to...*“, (P24): „...*Špatné stavy jsem neměl, líbilo se*

mi to, chtěl jsem, aby to nikdy neskončilo...“. Někdo popsal i činnosti, které na LSD dělal: (P14): „...Člověk si vyřezává lodičky atd. Každý to má jinak, my to měli takhle... Každý to spolknul u ohně...tanec, zpěv, zábava, žížeň...měli jsme pivo, tvrdý. Maká to 8 hodin...“, (P23): „...Seděl jsem na záchodě, roztékaly se dveře. Když jsem byl ve vodě, měl jsem pocit, že jsem ve rtuti. Vše jsem zkoumal, jsem zkoumavý typ...“. Další sdíleli své optické vjemy: (P14): „...Před rokem na narozeninách jsem si dal půl papíru. Viděl jsem svého starého golfa úplně jiného, co si člověk přeje, to vidí...“, (P19): „...LSD Bral jsem to ve městě přes noc...večer v šest do šesti do rána...z toho jsem usoudil, že je to silný trip. Po městě jsem nechodil, spíš jsem se schovával. Halucinace jsem skoro neměl. Spíš iluze...semafony...ostrá světla...“. Jeden respondent popsal, jak se může stav změnit během jednoho tripu...“, (P26): „...S klukama jsme šli do města...zdravily nás auta...otevřely kapotu...V přírodě jsme se bavili s kytkami...říkaly, co jsme chtěly...pak začaly nepříjemné stavy, začal jsem se bát...pořád to bylo kreslené...vyčítavé...do té doby jsem se s kytkami bavil vesele...pak jsem šel po náměti, začala na mě padat radnice, začal jsem uhýbat...Nepřál bych to nikomu...stihy jako na pervitinu...“. Další pacient popsal svůj trip a všiml si, jak dlouho to trvalo: (P21): „...Dostali jsme hlad, šli jsme koupit koblihy. Cestou jsme viděli billboardy, každý byl jako velká televize. Hýbaly se. Paní si mazala máslo na chleba. Tohle bylo dlouhé, houbičky krátké, trvalo to 17 hodin...“. Dva respondenti přiblížili situaci, kdy se stal nějaký úraz: (P32): „...Jeden kluk vylezl na strom...spadl...zlomil si ruku...smáli jsme se tomu...“, (P30): „...Kamarád se škrábnul, vypadalo to pod vlivem hrozivě. Ráno to byl malý škrábanec...“. Někteří pacienti popisovali také špatné zážitky: (P13): „...Byla jsem s kamarádkama ve skautské místnosti, zamkly mě tam...byly tam pavouci...měla jsem panickou hrůzu, že na mě skočí...Holky se smály a nemohly odemknout...“, (P29): „...Jednou jsem měl hodně silný papír...půlka na mě působila ještě tři dni...Začal jsem se topit ve vlastních myšlenkách...návaly informací...nemělo to hlavu ani patu ... do vteřiny 15 myšlenek...zmatek...člověk nevěděl co a proč...nešlo to zastavit...“, (P32): „...Poslední trip „rajčata“ ...Jeli jsme na Kozel...na parkovišti byli gangsteři...bavili se o penězích, měli pistole...zavřel jsem se do auta a čekal, až to přejde...“, (P37): „...Nelíbilo se mi...většinou jsem měl okna, stavby...moře rohů...pořád jsem chodil dokola...hrozně málo jsem viděl lidi...měnily se jim obličeje, to nebylo příjemné...zalezl jsem do kouta...byl jsem mimo...nešlo říct tak teď dost, teď se probudím. Sen je jiný, připadalo mi to snové...Někdy mi to úplně nesedlo, nelíbilo se mi to. Připadalo mi, že někam pluju, připadalo mi, že nemám nohy, nevěděl jsem o nich...plynulý pohyb...“.

Halucinace

Pacienti popisovali velmi živé a reálně vypadající halucinace, převážně zrakového charakteru. Často viděli v pohybu objekty, které byly v danou chvíli nehybné: (P13): „...Hýbala se podlaha, vlnily se stromy...“, (P23): „...Seděl jsem na záchodě, roztékaly se dveře...“, (P26): „...Zdravily nás auta...otevřely kapotu...“, (P21): „...Cestou jsme viděli billboardy, každý byl jako velká televize. Hýbaly se. Paní si mazala máslo na chleba...“, (P24): „...Koukal jsem se do stropu...lustr začal pochodovat...“. Časté byly halucinace nepravé, kdy se někteří respondenti snažili reálně uvažovat a své vidiny korigovat: (P20): „...Doma jsem nemohl spát, šel jsem na zahradu. Viděl jsem na zahradě oheň, lezl tam hmyz. Napadlo mě, dej tam ruku...nepálilo to...tak jsem si řekl...aha, halucinace...“, (P32):

„...Na parkovišti byli gangsteři...bavili se o penězích, měli pistole...zavřel jsem se do auta a čekal, až to přejde...“, (P14): „...Před rokem na narozeninách jsem si dal půl papíru. Viděl jsem svého starého golfa úplně jiného, co si člověk přeje, to vidí...“. Někteří uvedli, že měli i halucinace pravé, byli přesvědčeni, že to, co prožívají, je skutečnost: (P20): „...Dali jsme si flašku vodky + 9 papírků + 15 piv...pak jsme chtěli jít na nádraží, šli jsme ten kousek dvě hodiny...šli jsme přes oraniště...měl jsem pocit, že nás napadli, házel jsem pomeranče a banány...“. (P26): „...Pak jsem šel po náměti, začala na mě padat radnice, začal jsem uhýbat...“. (P8): „...Bojím se slepic a ptáků, co mají zobáky, bojím se výšek. Stál jsem na zábradlí na balkóně v 7. patře. Měl jsem zobák, myslel jsem, že jsem orel a chtěl jsem lovit lidi dole, o kterých jsem si myslel, že jsou myši. Kámoš mě strhl. Vzdálenost je jiná...“, (P13): „...Myslala jsem, že jsem pštros...“. Jeden pacient uvedl sluchové halucinace: (P26): „...V přírodě jsme se bavili s kytkami...řikaly, co jsme chtěly...pak začaly nepříjemné stavy, začal jsem se bát...do té doby jsem se s kytkami bavil vesele...“. Jeden respondent uvedl kvantitativní poruchy vnímání, kdy je jedinec schopen percipovat v širším rozsahu než obvykle: (P29): „...Do vteřiny 15 myšlenek...zmatek...člověk nevěděl co a proč...nešlo to zastavit...“. Jeden pacient popsal i tělové halucinace: (P37): „...Připadalo mi, že někam pluju, připadalo mi, že nemám nohy, nevěděl jsem o nich...plynulý pohyb...“.

Množství LSD, způsob užívání

Z výzkumu vyplynulo, že pacienti nejčastěji LSD užívali ve formě malých papírků – tripů, které si většinou dávali na jazyk nebo pod něj. Obvyklé množství bylo půl papírku nebo jeden: (P5): „...Beru jen polovinu papírku...kamarádi jí obvykle 1 až 1 a půl...jsou na tom lépe po psychické stránce. Když si vezmu víc, jsem pak strašně zasekanej, nedochází mi, co dělám a říkám...“, (P23): „...Aby si člověk užil, stačí jeden papír. Znáám lidi, co zblajznou 2-3. asi by mi hráblo...“, (P24): „...Nárazově...někdo s tím přišel a přinesl malý čtvereček...divil jsem se, jak se 4 lidé mohou sjet z tak malého papíru...“, (P28): „...Většinou celý papírek...některé jsme dělili...jednou jsem měl dva...“. Někteří pacienti si dávali papírky pod oční víčka, aby se látka lépe vstřebávala: (P12): „...Někdo mi řekl, že tripy se lépe vstřebávají pod očním víčkem...fungovalo to...dával jsem si půl papíru pod každé víčko...“, (P14): „...Stačí půl papíru. Čtvrťka do každého oka pod víčka...“. (P26): „...Dal mi to do oka, pod spodní víčko...kouká jen spodní růžek...oko je necitlivý...párkrát na jazyk...nemělo to takový efekt...“. Několik respondentů také zmínilo název tripu: (P29): „...Většinou půlku, čtvrtku...některé měly názvy: čaroděj, cyklista, toulavý, guláš...“, (P32): „...Papírky, krystaly...papír rozkousat v puse...je to nahořklé...Když byly papíry malé a nešly rozdělat, hodily se do vody a každý se napil. Pokaždé byly jiné...delfini...pokaždé jinak silné...“. Několik respondentů mělo zkušenost i s LSD v podobě krystalu, mikrotečky. Uváděli, že tato forma má silnější účinky než papírky: (P16): „...Krystal...lezl jsem po stromech jako veverka, zrovna jsme byli na dříví. Byl jsem na LSD jako zvíře. Bylo mi jedno, jak se chovám. Když jsem se pro něco rozhodnul, byl jsem aktivní...“. Pět respondentů někdy užili LSD ve formě želatiny: (P20): „...Přijeli jsme na večírek s přítelkyní, koupil jsem dva gely...tripy...nakonec jsem je snědl oba...“.

Fyzické problémy a jejich překonávání

Většina pacientů uvedla, že užívání LSD nebylo provázeno nějakými fyzickými obtížemi. Ti, kteří nějaké měli, je popsali následovně: (P5): „...LSD...jako by se kyselina vypařovala krkem ...sucho v puse. Pil jsem, když to odeznívalo...tupost...Když LSD najíždí, zívám, někdy mám stav, že omdlím...“, (P9): „...Problémy fyzické - úzkost...bylo mi divně...moment třesku, pak mě bolela hlava...rozklepal jsem se...“, (P12): „...Jednou jsem zapomněl papírky pod očními víčky...ráno mě něco tlačilo v oku...vyndal jsem to...“, (P32): „... Pak začaly brnět ruce, tělo...“.

Psychické problémy a jejich překonávání

Z výpovědí pacientů vyplynulo, že LSD může vyvolat velmi špatné psychické stavy. Tyto stavy se pak většinou snažili zastavit jinou návykovou látkou, hlavně alkoholem. Výpověď následujícího pacienta dokresluje, co se může stát, když člověk užije LSD v době, kdy je oslabený třeba chřipkou: (P5): „...Jednou jsem se předávkoval LSD...byl to totální rozpad...byl jsem nemocný...měl jsem chřipku...bylo to, jak když se zdá sen ...úseky, obrazy, nevěděl jsem, co má skončit...chodil jsem po silnici mezi auty...mohly mě přejet...cítíl jsem se jako ve snu...Půl roku jsem se dával dohromady, po papírku...po papírku LSD...Měl jsem v hlavě bordel...Jste mimo, droga vás ovládá...Záchrana je alkohol...i když jsou těžké stavy...je mi to jedno, přebiju to...neřeším to, co je v hlavě...jsem mimo, je mi to jedno...“.

Další pacient měl pouze jedinou zkušenost s LSD (v 19 letech) a ještě nedobrovolnou. Z následků se vzpamatovával půl roku. Tento pacient trpí paranoidní schizofrenií: (P31): „...Dali mi to do sklenice piva, aniž bych o tom věděl. Známy mi potom řekl, kdo mi to tam dal...Bylo mi zle...špatný...lezl jsem po čtyřech...plazil jsem se po zemi jako had...zdálo se mi o hadech...proměnil jsem se v hada...půl roku jsem se z toho zážitku vzpamatovával...“.

Další pacienti uváděli psychické problémy spojené s užíváním LSD paranoiu, depresivní ladění, úzkosti, napětí, stíhy: (P14): „...Když jsou v místnosti lidi, které neznám...paranoia, ten se na mne blbě kouká...“, (P22): „...Na dojezdech se lidem měnily obličejje. Šednou, mění se rysy. Člověk byl podezřelý pro druhé, že na někoho kouká...“, (P28): „...Šílená úzkost, panika, šílenství, že to neskončí, neschopnost komunikovat...pořád se musíte uklidňovat...není se čeho chytout...U LSD se vnitřní strachy zhmotnily natolik, že jsem se dokázal vystíhovat...“, (P29): „...Vnitřní napětí, že moje tělo je malé...člověk se nevejde do svého těla...“. Jako pomoc při špatných stavech, pak mnozí volili užití jiné psychoaktivní látky: (P18): „...LSD na bad trip se používá vodka. Zastaví to, člověk z toho vypadne. Jinak je to k nevydržení. Přepadnou vás deprese. Je to divný. Někdo vám něco řekne, vy si to přeberete jinak. Nic vás nebaví. Chcete z toho ven...“, (P14): „...Kvalitní jsou mikrotečky ...černé jako zrnko máku. Když člověk přežene LSD, dá si čáru pervitinu, aby to dostal z těla ven. Když se vám stav nelíbí. Vynuluje LSD z těla, jste sjetý...“.

Bad trip

Někteří pacienti uvedli, že zažili bad trip (někteří jich prožili i více) a také o něm hovořili: (P1): „...Další bad trip jsem měl...to jsem vyskočil z okna...naštěstí to bylo první patro. Probudil jsem se polonahý, bez bot za značkou Spálené Poříčí...Byl jsem u kámošek na

bytě, měl jsem stíhu, že jsou tam policajti kvůli mně...“, (P5): „...*byl to totální rozpad...byl jsem nemocný...měl jsem chřipku...bylo to, jak když se zdá sen ...úseky, obrazy, nevěděl jsem, co má skončit...chodil jsem po silnici mezi auty...mohly mě přejet...“*, (P8): „...*Zažil jsem trip horor...byl to horor...všude mrtvolky, krev, všude pohozené části těla. Byl to fakt horor, trvalo to 6 hodin. Myslel jsem, že se zblázním...“*. Některé bad tripy byly spojeny s užitím LSD ve formě krystalu: „...*Jednou jsem měla tečku...krystal...to byla síla. Vím i datum...Ale od té doby nechci halucinogeny ani vidět. Myslela jsem, že jsem pštros. Nedívím se, že lidé na LSD skáčou z okna. Už ten stav nechcete, ale trvá to, nejde to zajíst jako tráva. Je to šílené...“*. Někteří ani nevěděli, že to, co zažili, byl bad trip: (P31): „...*Bylo mi zle...špatný...lezl jsem po čtyřech...plazil jsem se po zemi jako had...zdálo se mi o hadech...proměnil jsem se v hada...půl roku jsem se z toho zážitku vzpamatovával...“*. Další respondent popsal, jak se jeho trip v průběhu měnil, až ho nakonec označil za bad trip: (P20): „...*Přijeli jsme na večírek s přítelkyní, koupil jsem dva gely...tripy...nakonec jsem je snědl oba. Když to začalo najíždět, přítelkyně chtěla domů...přetrhlo se to...nechala mě v tom stavu samotného. Doma jsem nemohl spát, šel jsem na zahradu. Viděl jsem na zahradě oheň, lezl tam hmyz. Napadlo mě, dej tam ruku...nepálilo to...tak jsem si řekl...aha, halucinace...“*.

Flashback

Téměř třetina pacientů, kteří LSD někdy užili, uvedla, že zažila flashback: (P1): „...*Flaschback...občas se mi to děje, ale nevím, zda si to nevsugeruju...“*, (P5): „...*Po kouření trávy se vracely flashbacks z LSD...spíše náznak...“*, (P9): „...*LSD jsem poprvé zkusil v klubu...Po roce jsem šel znovu do toho klubu. Zjevila se mi žena a rozsypala se, všude byly světylka. Zmizela. Co se stalo té paní, co jsem komu udělal? Divil jsem se...“*, (P21): „...*Flaschback ano, když jsem si zahulil...“*. Další hovořili i o prožitku deja vu: (P18): „...*Měl jsem deja vu...na jedné akci se mi to promítlo asi 7x za chvíli...“*. (P22): „...*Deja vu, to jsem fakt zažil. Zdálo se mi to i ve snu...“*, (P32): „...*Měl jsem deja vu...fyzické i psychické...krátké...potkal jsem někoho...přišel jsem do Lampy, seděl tam ten samý chlápek...chvíli jsem byl sjetý...obraz rozsekaný...brněly mě ruce, tělo...trvalo to krátce...byl jsem hodně překvapenější...“*.

Způsob obstarávání LSD

Nejběžnější způsob obstarávání byl nákup od někoho známého nebo přes dealera. Ti, co užili pouze jednou nebo párkrát většinou LSD dostali od kamarádů: (P21): „...*Přišel týpek, přivezl je a dal nám v hospodě ochutnat. Nevěděl jsem, co to bude dělat. Říkal jsem si, že takový malý čtvereček nemůže nic dělat...“*, (P20): „...*Dříve bylo LSD dostupné na každé diskotéce...šmejd, namáčeli to v matričáku, co zbyde z pervitinu...“*, (P24): „...*Někdo s tím přišel...“*, (P26): „...*Na párty si uděláte kontakty, pak si vezmete číslo a objednávejte si...“*, (P27): „...*Kupoval jsem...měl jsem zdroj...“*, (P28): „...*Byli jsme vydělený na vesnici, tam to byl problém sehnat...Pak jsme to sehnali přes známého z Chomutova...“*, (P32): „...*Potkali jsme chlapíka, který měl kontakty...širší okolí...byli to známí...měli jsme své zdroje...“*. Jeden pacient uvedl, že také nějaký čas působil jako dealer. (P20): „...*Když se pohybujete na taneční scéně, máte přístup, nakupoval jsem ve velkém a prodával jsem dál...“*.

Harm reduction

Někteří pacienti uvedli i některá preventivní opatření: (P5): „...Beru si s sebou jídlo, vodu, alkohol. Piju, když to odeznívá...“, (P21): „...Vzpomněl jsem si, že bráchovo kamarád na tripu vyskočil z okna. Preventivně jsme ho s kamarádem Karlem zavřeli. Napadlo ho ve stejný moment totéž...“. Další doporučení se týkaly hlavně psychického stavu a osobnosti uživatele: (P26): „...Nebrat, když nejste v pohodě...“, (P28): „...LSD není pro každého, vyžaduje to pevnější osobnost. Když je osobnost nestabilně poskládaná, je to horší...“. Někteří také upozorňovali na důležitost přítomnosti někoho dalšího a také na výběru prostředí: (P32): „...Jít s lidmi, které má člověk rád a kterým důvěřuje. Je lepší jít do přírody, k někomu domů nebo do známé hospody...“, (P14): „...Člověk by si to nikdy neměl dávat sám...“, (P20): „...LSD je lepší si dát v klidu a v přírodě s jedním člověkem...“. Někteří pacienti nabádali k odpovědnosti za druhé: (P20): „...S kým na večírek přijdete, s tím máte odcházet, jedno o jakou látku se jedná. Když to druhému nesejde, nenechat ho ve štychu...“.

Důvod ukončení užívání halucinogenů

Z vyprávění některých respondentů vyplynul i důvod ukončení užívání halucinogenů. Lysohlávky i LSD byly spoje dohromady, protože hodnocení některých pacientů se vztahovalo k oběma látkám: (P4): „...Považuji to za ukončenou kapitolu. Šlo mi o proces poznávání, už mi to víc nenabídne. Přestal jsem v momentě, kdy to ztratilo kouzlo...“, (P21): „...Užil jsem si to, ale vícekrát bych to nechtěl. Člověk si má všechno zkusit, ale nemusí na tom zůstat...“. Několik pacientů uvedlo jako důvod ukončení užívání LSD zkušenost s mikrotečkou (krystalem): (P13): „...Jednou jsem měla tečku...krystal...to byla síla. Víím i datum, 9. 2., rok si nepamatuju. Ale od té doby nechci halucinogeny. Myslela jsem, že jsem pštros...“, (P27): „...Poslední trip...měl jsem krystálek a koupil jsem i papíry...tečka plus papír...3 dny jsem běhal po Doubravce, schovával jsem se, měl jsem pocit, že jsem si dal sám...vyzubený...vykroucený...chtěl jsem si koupit cigarety...paní v trafice se bála a zavřela se ve stánku...Já jsem se bál, že stav nepřestane...chytl jsem stíhu...z té paní...Už jsem si nikdy nedal...měl jsem strach...bylo mi tenkrát 26 let...Nakonec to přešlo...“, (P32): „...Ve 33 letech jsem měl horor trip a ukončil jsem to...“. Dva pacienti udali, že LSD je buď přestalo bavit, nebo jim to nic neříkalo: (P26): „...LSD vás baví, dokud zažíváte něco nového, pak vás to bavit přestane...“, (P9): „...Vybuchl jsem...hledáním něčeho člověk ztrácí čas...nemyslím si, že by to bylo vážné. Člověk to zkusí, nebere to ve větším množství pravidelně, nic mi to neříkalo...“. Jeden respondent popsal, že na houbičkách to bylo příjemné, ale již je to ukončená záležitost, dál bral jen pervitin: (P27): „...Příjemný, ale ukončený. Pak už jsem houbičky nevyhledával, nezkoušel...bral jsem dál perník...“. Jeden respondent hovořil o důležitosti uvědomovat si realitu, kam se chce člověk vrátit a důvodem ukončení užívání LSD byl životní zlom, v tomto případě narození dcery: (P20): „...Uvědomoval jsem si, že existuje realita, kam se chci vrátit. Jdu do LSD a věřím, že to dám, že se vrátím. Pak dojde ke zlomu v životě a už si to nelajznete, končíte lítání po hradě, zavřete místnosti s bílou paní a jdete od toho...“.

Postřehy, doporučení

Mnozí pacienti během svého vyprávění uvedli nějaký postřeh či doporučení týkající se lysohlávek, LSD nebo halucinogenů: (P4): „...Celou dobu o tom mluvím a nevyvolává to bažení, mám hezké vzpomínky...“, (P5): „...Na LSD se nesmí řešit žádné věci. Cokoliv řešit je nebezpečné...jen nezávazná konverzace...nejhorší je výčitka...LSD... jakékoliv množství je velké...“, (P13): „...Nedivím se, že lidé na halucinogenech skáčou z okna. Už ten stav nechcete, ale trvá to, nejde to zastavit. Je to šílené...“, (P14): „...Kamarád si dal LSD sám a oběsil se. Člověk by si to nikdy neměl dávat sám...“, (P20): „...Příběh musí mít začátek, sled a závěr. Když se nepovede, jen hledáte...Zážitek na LSD je psychicky i fyzicky náročný. Je to pak třeba vstřebat, proto je dobré to vzít 2 až 3 krát do roka...“, (P22): „...Dřív kluci věděli, že nás mají připravit, na to, co máme od drogy očekávat. Dávkovali nám to. Dnes jsou drogy instantní, berou je i děti...“, (P23): „...Je to zajímavé. Měl by to každý zkusit...“, (P24): „...Na LSD se nesmí koukat na ruce...“, (P24): „...Houby chutnaly jako ředkvičky...“, (P26): „...Nebrat, když nejste v pohodě...“, (P26): „...Zajímavé je sdílení...někdo něco řekne a ostatní to vidí taky...“, (P27): „...Trip se nemá brát často...“, (P28): „...LSD není pro každého, vyžaduje to pevnější osobnost. Když je osobnost nestabilně poskládaná, je to horší...Když se člověk dostane ke zdroji, nerozumí tomu...Je to potenciál k případné léčbě...Musel by být u toho průvodce...Člověk nemá své obrany...může se dozvědět něco, co nemusí vůbec unést...Přichází to ve snových obrazech a je to provázané s emocemi...Je odvážné se do toho pouštět...Člověk má pocit, že něco pochopil, ale rychle to zapomene...zase se vrací obrazy...“, (P29): „...Není to droga pro blbce, musí to být pro člověka, co se hned nezhroutí...nešel bych do toho s každým...Člověk se začne plácát ve svém bahně...“, (P32): „...Jít s lidmi, které má člověk rád a kterým důvěřuje. Je lepší jít do přírody, k někomu domů nebo do známé hospody. Když jde člověk někam, má pocit, že na něj všichni koukají a že vidí 360 stupňů kolem dokola...“.

Změny očí a obličejů

Někteří respondenti uváděli změny očí a obličejů: (P22): „...Na dojezdech se lidem měnily obličeje. Šednou, mění se rysy...“, (P37): „...hrozně málo jsem viděl lidi...měnily se jim obličeje, to nebylo příjemné...“. Tři pacienti si všímali změny očí: (P5): „...Na houbičkách i LSD jsou divný oči...placky...z jinýho světa...“, (P13): „...Měla jsem hrozné oči. Nebyla jsem schopna zaostřit. Zelený obličej. Matka říkala, že mám fakt strašné oči...“, (P27): „...Na LSD jsou hrozné oči...vykulené...vyděšený pohled...jak masový vrah...“.

Kombinace LSD a jiných psychotropních látek

Někteří pacienti kombinovali LSD s jinými psychoaktivními látkami, nejčastěji s alkoholem a marihuanou. Jak již bylo uvedeno výše v části Psychické problémy a jejich překonávání, někteří překonávali alkoholem nepříjemné stavy a jiní alkohol naopak užívali k prodloužení stavu: (P30): „...Když jsme chtěli jít spát a cítili jsme, že by sme pořád někam chodili, tak jsme popili a zahulili...“, (P20): „...V prvních letech jsem LSD nekombinoval s jinými drogami, pak s alkoholem ...dělalo to ze mě zvíře...Dával jsem si i 9 papírků do lahve vodky, pil jsem s kamarádem...“, (P22): „...Čím více člověk pije, tím více LSD funguje. Čím

víc člověk pije, tím LSD předvádí větší parády. Problém je v tom, že pak nekontrolujete množství alkoholu...“. Další kombinace a jejich účinky popsali někteří respondenti takto: (P5): „...Někdy jsme na to kouřili trávu. Cigarety jsme balili i několik hodin. Jednou jsem zkombinoval všechno, LSD, pervitin, ketamin, trávu...byl jsem na festivalu...lidé, co mě viděli, pak říkali, že jsem byl úplně mimo...“, (P27): „...Jednou jsem si dal LSD a toluen...když najelo LSD, dýchl jsem si toluen z pytlíku...viděl jsem, jak se na mě sype zlatá zář...objevil jsem se v klášteře mezi mnichy...byl jsem opravdu šťastný...kamarád říkal, že to bylo asi půl minuty...“.

Nechtěný trip

Dva respondenti zažili, že jim někdo dal LSD, aniž by o tom věděli: (P31): „...Dali mi to do sklenice piva, aniž bych o tom věděl. Známy mi potom řekl, kdo mi to tam dal...Bylo mi zle...špatný...lezl jsem po čtyřech...plazil jsem se po zemi jako had...zdálo se mi o hadech...proměnil jsem se v hada...půl roku jsem se z toho zážitku vzpamatovával...“, (P14): „...Jednou mi to dali kamarádi ve spánku...usnul jsem v hospodě...dali mi to do pusy. Nebylo to příjemné. Byl jsem na tom, že jsem jenom pil. Když jsem se probral, všechno bylo barevnější...“. Další participant se děsil jen pomyšlení, že by se mu to mohlo stát: (P5): „...Není to sranda. Nechtěl bych dostat LSD, aniž bych o tom věděl, myslel bych si, že jsem se zbláznil...“.

LSD - úrazy, skoky z okna, smrt

Jeden pacient zmínil, jak si při společném užívání v parku jeden z přítomných přivodil úraz: (P32): „...Jeden kluk vylezl na strom...spadl...zlomil si ruku...“. Další pacient popsal, jak jednou při užití LSD z okna vyskočil a podruhé z něj vypadl (při současném užití více psychoaktivních látek): (P1): „...Další bad trip jsem měl...to jsem vyskočil z okna...naštěstí to bylo první patro...“, (P1): „...Naposled jsem si zlomil nohu. Měli jsme igelitku s trávou...hulili jsme, pili vodku, pivo a pak tripa. Běhali jsme všude, šel jsem se vysprchovat na ubytovnu, pak už si pamatuju jen záblesky, že jsem kouřil z okna, pak jsem se probudil na JIP. Měl jsem otevřenou zlomeninu nohy...doted' tam mám šrouby...“. Další pacienti, ať už byli přímými pozorovateli nebo znali z doslechu z okruhu svých známých, uváděli zážitky jiných osob, které užili LSD a vyskočili z okna: (P26): „...Zažil jsem, že jeden kluk na párty skočil pod vlivem LSD z balkónu...přežil...“, (P21): „...Vzpomněl jsem si, že bráchovo kamarád na tripu vyskočil z okna. Preventivně jsme ho s kamarádem Karlem zavřeli. Napadlo ho ve stejný moment totéž...“. Další pacienti uvedli i jiná rizika spojená s užitím LSD: (P27): „...Z LSD jsem měl respekt, znám lidi, kterým přeskočilo...“, (P14): „...Kamarád si dal LSD sám a oběsil se...“. Jeden pacient měl pocity viny, že je nepřímo zodpovědný za smrt přátel: (P20): „...Uvědomil jsem si nepřímo, že jsem zodpovědný za smrt dvou přátel Dal jsem jim něco před nehodou...“. Další respondent vyprávěl o svém kamarádovi, který zemřel také v souvislosti s LSD: (P8): „...Kámoš vezl přes hranice celej piják, to jako arch papírů. Celníci se na něj divně dívali. Dostal strach. Piják si celej strčil za triko. No a jak se potil, tak se to vstřebalo do kůže. Za chvíli dostal šílený stavy a nakonec umřel. Vyprávěl to kluk, co s ním jel...“.

Hodnocení lysohlávek a LSD

Někteří pacienti hodnotili halucinogeny, lysohlávky a LSD, tyto dvě drogy srovnávali nebo porovnávali s jinými látkami: (P1): „...*Houbičky jsou rozhodně lepší než jakékoliv drogy, je to čistá příroda, vnímání je na tom lepší...*“, (P1): „...*Líbil se mi stav na LSD. Halucinogeny vás odlehčí. Houbičky jsou lepší než trip. Většinou to bylo stejné...stejně stavy, stejné stíhy. Ted' mám z toho respekt, vyrostl jsem z toho...*“, (P4): „...*LSD Stav byl podobný jako na houbách, ale vratký. Nebyly náznaky propadu, byl pěkný furt, trval déle...*“, (P4): „...*Přistupoval jsem k tomu stejně jako k houbám. Je to podobná účinná látka jako u hub. Halucinogeny se zdají být neuchopitelné, chaotické...*“, (P5): „...*Jsem citlivý na psychedelika, před houbičkami mám větší respekt než před LSD...*“, (P12): „...*Větší halucinace byly na houbičkách. Halucinogeny jsou drogy na krátkou dobu...hodně to zpestří...*“, (P15): „...*LSD má tvrdší nástup, sedíte, koukáte. Houbičky jsou pozvolnější. LSD přijde moc rychle...*“, (P20): „...*LSD je více uchopitelné, dá se dávkovat. Čím jsou tripy silnější, tím to rychleji uteče...*“, (P22): „...*Houbičky, to není droga, která je nadlouho, je to na jedno odpoledne...*“, (P23): „...*LSD je různější než houbičky...*“, (P26): „...*LSD byla záležitost zážitku...byla to pro mne béčková droga...Bál jsem se toho, do jiných drog jdu naplno...*“, (P27): „...*Před houbičkami jsem měl LSD...houbičky byla jen náhražka...co je přírodní, nemá pro mne účinek...*“, (P31): „...*Podle mého jsou lysohlávky léčivé, někoho mohou léčit, mě to vyléčilo, objevilo to ve mně barevný svět...*“. Někteří srovnávali halucinogeny a pervitin: (P1): „...*Je to přírodní, není to tak nebezpečný jako pervitin...*“, (P22): „...*Halucinogeny jsou dětské drogy...je to vzít si a jít si zablblnout. Odpočinkové drogy, pak mě to nebavilo a začal jsem s pervitinem. Tyto drogy jsou tak se zasmát, ale nejsou komunikační. To je pervitin...*“.

Jeden pacient měl s halucinogeny bohaté zkušenosti a hodně o této tematice věděl a přemýšlel. Ve svém narativním vyprávění vlastně vystihl vše podstatné, co bychom měli o těchto látkách vědět: (P20): „...*Když si dáte perník, je jedno, v jakém jste prostředí. U halucinogenů podnikáte výlety do jiného světa. Můžete se ponořit do vlastního světa nebo strhnout okolí. Strážliví s vámi nevydrží, nebo se naladí. Když vám to nesejde, vpíjíte se třeba do zdi a když není pevný záchytný bod nebo průvodce, abyste se mohli vrátit, je to špatné. Trip přijde a odejde, ale záleží na tom, jaký to ve vás zanechá pocit. Můžete se třeba 4 hodiny smát nebo si kousat nehty a rozškrábat si obličej. Záleží na prostředí. Je to o tom, kam to pustíte a jak si to nastavíte. Nejde jen o povrchnost, že se věci zvětšují nebo zmenšují. Cítíte se propojený se sebou a okolím. Kapičkou LSD si otevřete bludiště, každý nemá dobrou paměť, aby se znovu vrátil. Jako by někdo přestříhl šňůrku...*“.

9. Diskuse

Výzkum mezi pacienty PN v Dobřanech, kteří někdy užili lysohlávky a/nebo LSD ukázal, že vzorce užívání jsou srovnatelné s výsledky jiných výzkumů provedených v České republice či v zahraničí. Z americké studie zabývající se uživateli halucinogenních drog vyplývá několik teorií, které se v mnohém shodují se závěry tohoto výzkumu. Uživatelé halucinogenů většinou užívají i jiné drogy, tato skupina uživatelů se nedá přesně vymezit (Vito, 2015). Pacienti PN v Dobřanech, kteří halucinogeny někdy užili, měli také zkušenosti s jinými drogami. Všichni pacienti měli zkušenost se třemi a více psychoaktivními látkami, někteří pouze experimentovali, jiní byli pravidelnými uživateli až do nástupu do léčby. Výjimku tvořil jeden muž (39, let, diagnóza paranoidní schizofrenie), který měl jednorázovou zkušenost s lysohlávkami a marihuanou, LSD mu bylo hozeno do pití bez jeho vědomí. Vito (2015) v studii také uvádí, že pokud je užíváno více drog, tak by se halucinogeny daly označit za vstupní (iniciační) drogu. Dále je zde poukazováno na užívání halucinogenů v závislosti na okruhu kamarádů a okolí jako katalyzátoru k užívání drog (Vito, 2015). Tato tvrzení byla v zásadě platná i pro pacienty PN v Dobřanech. Převážná část pacientů užila halucinogeny se svými kamarády nebo v partě. Z výzkumu provedeného mezi pacienty také vyplynulo, že první užití halucinogenní látky bylo učiněno ve věku 15 let (5 osob prvně užilo lysohlávky) a ve věku 16 let (8 osob užilo prvně LSD). Z dokumentace těchto pacientů bylo zjištěno, že se jednalo hlavně o děti z neúplných, sociálně slabých rodin nebo rodin, kde byla pozitivní psychiatrická, alkoholová nebo drogová rodinná anamnéza. V jednom případě se jednalo o traumatický zážitek ze ztráty matky, která spáchala sebevraždu (pacientovi bylo tehdy 14 let). Selhávání rodiny v jejích funkcích, vystavuje děti situacím přesahujícím jejich adaptační možnosti. Osobnostní anomálie rodiče bývá často spojena se sociálním selháváním dítěte. Děti z těchto rodin také často vypadnou ze standardní vzdělávací dráhy, což pak následně vede k nezaměstnanosti nebo problémům s adaptací na zaměstnání (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010). Matoušek a Matoušková (2011) poukazují na důležitost vrstevnické skupiny pro mládež z disfunkčních rodin. Nároky na konformitu ve vrstevnické skupině zahrnují různé způsoby chování a postoje (včetně těch k drogám a alkoholu).

Prevalenci užívání halucinogenů LSD a halucinogenních hub v naší republice podrobněji mapuje studie, která byla vydána v roce 2012 jako Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v ČR v r. 2008. Studie zahrnovala reprezentativní vzorek 4500 respondentů, složený z obyvatel ČR ve věku 15-64 let. Prevalence užívání v roce 2012 v obecné populaci podle Národního výzkumu 2012 činila u halucinogenních hub (lysohlávky), 5,3 % dotázaných a LSD (2,3 – 2,8 %) (Mravčík, 2013). Pro srovnání by celoživotní prevalence u pacientů v PN v Dobřanech (z celkového počtu 1225 hospitalizovaných pacientů, kde vzorek přesně neodpovídá složení vzorku u celopopulačních studií) byla 4,2 % u lysohlávek a 3,7 % u LSD. Tato čísla se tedy pohybují zhruba na rozmezí mezi již zmíněnými dvěma výzkumy. Potvrdila se i větší zkušenost účastníků s užíváním lysohlávek.

Rozdělení uživatelů halucinogenů z řad pacientů PN v Dobřanech koresponduje s dělením do tří základních skupin podle Miovského. Do první skupiny můžeme zařadit uživatele, kteří jsou klasičtí experimentátoři v kontextu klasifikace uživatelů nelegálních látek. Tito uživatelé si halucinogeny jednou vyzkouší a víckrát se k ní nevrací. Druhou skupinu tvoří „rekreační uživatelé“, ti se pak dále dají rozdělit na ty, kteří užívají jinou látku (např. marihuanu) a halucinogenní látky užívají pro „zpestření“, změnu nebo v kombinaci. V rámci této skupiny se profiluje i podskupina uživatelů, pro kterou se staly halucinogenní látky životním stylem. Třetí skupina je tvořena uživateli návykových látek, kteří jsou závislí na jiné návykové látce nebo s jejím užíváním mají problémy a halucinogenní látky užívají doplňkově (Miovský, Miovská, 2005).

Prakticky všechny tradiční kultury, které využívají vizionářské rostliny, je používají v rámci rituálů. Všechny tradice mají společné to, že rituály slouží k zaměření pozornosti účastníků na posvátný charakter příslušné činnosti. Rituál dodává činnosti formu a uvede mysl účastníků do správného rozpoložení, tím je vytvořena i bezpečná struktura, která pomáhá poznávat a předvídat, co se stane a co bude následovat. Rituály pomáhají prožívat a ukončit zážitek (Ball, 2009). Mezi pacienty se našlo i několik jedinců, kteří k lysohlávkám přistupovali v podobném duchu. Někteří považovali za rituál už samotný sběr nebo nakládání hub do medu či přípravu čaje. Užití lysohlávek nepovažovali za zábavu, ale hledali sami sebe, očekávali nějaký posun. Na zážitek se také připravovali.

Zábranský (2003) udává, že užívání halucinogenních látek není spojeno s rizikem předávkování s následkem smrti. Z pokusů na zvířatech prováděných v padesátých letech vyplynulo, že alkaloidy psilocybin i psilocin jsou jen málo akutně toxické. J. Ott předpokládal, že by dospělý člověk musel sníst stejné množství čerstvých hub jako je jeho tělesná hmotnost, aby dosáhl hranice smrtelné toxicity (Gartz, 1999). Přesto však jeden respondent uvedl, že po požití 400 kusů plodnic lysohlávek skončil v nemocnici ne JIP, kde mu byl proveden výplach žaludku. Bylo to patrně způsobeno i současným užitím alkoholu. Pacienti jako optimální uváděli užití 15 až 20 plodnic, kdy většinou stavy hodnotili jako příjemné. Nejvyšší počet zkonsumovaných plodnic byl pak 400, jednou v syrové stavu a jednou v podobě čaje. Pacienti většinou sbírali lysohlávky sami v místech svého bydliště nebo je od někoho dostali. Dále si všímali rozdílu v účincích jednotlivých druhů těchto hub a někteří zmiňovali i vliv nadmořské výšky na množství účinné látky. Rovněž u LSD si pacienti všímali dávkování a účinků. Špatné zkušenosti měli hlavně s krystaly – mikrotečkami, jak je nazývali. Někteří pacienti popisovali i několik dní přetrvávající špatné psychické stavy, které je pak odradily nadobro od dalšího užívání LSD. Z výzkumu však vyplynula jiná rizika spojená s užíváním halucinogenních látek a to především smrtelné úrazy, o kterých někteří pacienti hovořili a které zaznamenali ve svém blízkém okolí (skoky z okna, oběšení nebo autonehoda v důsledku užití LSD).

Prožitky popsané pacienty, kteří užili lysohlávky a LSD se různily a potvrdily se zjištění, která uvádí např. Gartz (1999). Již Hofmann při pokusech s psilocibinem sám na sobě zjistil, že u něho vyvolává hlubší a chmurněji laděný změněný stav vědomí než LSD. Někteří další výzkumníci naopak označovali psilocybin za příjemnější, udávali, že nevyvolává traumata z podvědomí tak drsně jako LSD. Při tak rozdílném hodnocení velkou roli hrají různé velké dávky, nedostatečné množství pokusů, variabilita osob i prostředí (Gartz, 1999). Pacienti

popisovali halucinace pravé i nepravé, sluchové halucinace uvedli jen dva respondenti. Časté byly vidiny hadů, hmyzu nebo se sám respondent jako nějaké zvíře cítil nebo se do něj dokonce transformoval (u lysohlávek i LSD). Bylo také zjištěno, že prožitky se různily v souvislosti s diagnózou pacienta. Pacienti, kterým byla diagnostikována schizofrenie, měli prožívání většinou chudší než ostatní a také o svých stavech nehovořili tak barvitě jako např. pacienti hospitalizovaní pro některou diagnózu z okruhu závislostí. Někteří pacienti uvedli, že zažili flashbac a deja vu.

Výsledky výzkumu také potvrdily názor Miovského (2005), který uvádí, že kromě klasických rizik spojených s halucinogenních látek se jeví být klinicky nejrozšířenější skupinou osoby, které tyto látky užívají jako automedikaci, vědomě či nevědomě. Jedná se o jedince, kteří svoji již existující duševní poruchu či problém řeší užíváním halucinogenů. Čísla o psychiatrické komorbiditě se nejeví jako zvláště významná, ze srovnání se zahraničními zdroji však vyplývá, že je tento stav způsoben nedůslednou někdy až chybnou klinickou diagnózou. Mnoho případů tak není rozpoznáno nebo skryto pod chybně stanovenou diagnózou.

Z lékařské dokumentace pacientů nebylo možno zjistit, zda mělo užívání halucinogenů vliv na jeho psychické onemocnění. Jeden muž (45 let, diagnóza bipolární afektivní porucha) dával do souvislosti počátek svého onemocnění a první užití LSD. Také u dalšího muže s diagnostikovanou schizofrenií, který v 19 letech nevědomě požil LSD v nápoji a udává, že se s psychickými problémy potýkal půl roku, se nedá zjistit vliv této události na vznik a vývoj jeho onemocnění. Odborná literatura však nedává do souvislosti užívání halucinogenů a propuknutí schizofrenie. Např. Tomáš Páleníček říká, že psychedelika jednoznačně patří mezi látky, po kterých mohou být psychotické prožitky častější. Psychedelika však nejsou přímou příčinou schizofrenie, tuto nemoc mohou spustit u predisponovaných jedinců nebo mohou zhoršit průběh u osoby, která jí již trpí (Hrouzková, 2012).

Výzkum také ukázal na užívání lysohlávek a LSD v kombinaci s jinými psychotropními látkami a to zejména alkoholem, pervitinem a marihuanou. Někteří pacienti tyto látky užívali k prodloužení účinku halucinogenů, jiní jako pomoc při překonávání nepříjemných stavů vzniklých právě užitím těchto halucinogenů.

Někteří pacienti se při svém narativním vyprávění upozorňovali na možná rizika spojená s užíváním lysohlávek a to záměnu lysohlávek za houbu hnojník, kde hrozí riziko při současném požití alkoholu a dvakrát bylo zmíněno, že trs lysohlávek obsahuje jednu zlatou houbičku (matku), která obsahuje mnohonásobně více účinné látky než ostatní. Tuto informaci se však v literatuře ověřit nepodařilo.

Pacienti se také často zabývali různými doporučeními a důležitými postřehy. Nejčastěji se týkaly místa užívání, kdy jednoznačně doporučovali pro obě látky přírodu a osob, se kterými jsou látky užívány. Doporučovali užívání v přítomnosti další osoby, nejlépe někoho blízkého. Zdůrazňovali, že by člověk neměl užívat sám. Mnoho postřehů se také týkalo osobnosti uživatele, kdy nedoporučovali brát nestabilním osobnostem nebo lidem, kteří řeší nějaké problémy. V několika případech také zazněla doporučení v rámci harm reduction, jako vzít si s sebou pití, najíst se dopředu, předem zajistit okna v místnosti.

ZÁVĚR

Výzkum pomohl k zmapování některých aspektů a vzorců užívání lysohlávek a LSD u pacientů v PN v Dobřanech. Výsledky ukázaly, že vzorce užívání u těchto pacientů jsou srovnatelné s těmi, které uvádí literatura a zážitky jsou porovnatelné s těmi, které popisuje sám objevitel LSD Hofman a ostatní autoři. Avšak výzkum ještě ukázal jinou stránku věci a to, že pacienti při uvedení své drogové anamnézy užívání halucinogenů zmiňují jen málokdy, ti, co měli jednu nebo pár zkušeností pak vůbec ne, protože to nepovažují za důležité. Někteří kolegové, kteří měli v péči pacienty účastníci se výzkumu, byli mnohdy velmi překvapeni, že dotyčný pacient má s těmito látkami zkušenost (hlavně u pacientů s diagnózou schizofrenie).

Polostrukturované interview s každým pacientem, mi ho pomohlo lépe pochopit jako člověka a udělat si obrázek o jeho způsobu života. Protože značná část respondentů užívala halucinogeny v mládí, bylo v některých případech možné rozpoznat začínající obtíže a špatné vzorce chování, které pak později dovedli dotyčnou osobu až do léčby. Mnozí pacienti při vedení interview získali náhled na určité aspekty svého života a někteří z nich pak vyhledali psychologa, aby s ním toto téma probrali.

V České republice má zkoumání halucinogenů v psychiatrii svojí tradici a je potěšující, že v současné době na tuto tradici navázaly i nově prováděné výzkumy, které za pomoci moderních zobrazovacích metod umožňují pochopit vztah mezi subjektivním vědomím a funkcí mozku. Výzkumníci hledají možné využití psychedelik v rámci léčby některých psychiatrických diagnóz jako schizofrenie, závislost na alkoholu, obsedantně kompulzivní porucha, deprese a úzkosti. Možná, že se i pacienti PN v Dobřanech jednou dočkají, že některá psychická onemocnění budou léčena pomocí psychedelik.

Česká republika se v souvislosti s užíváním halucinogenních hub a LSD řadí také na první místa, co se užívání těchto látek týká.

Tato práce je jen dalším střípkem v mozaice výzkumů, textů, literatury a dalších informací o lysohlávkách a LSD. Jiná je však v tom, že respondenti nebyli jen anonymní vzorek populace, který má zkušenost s halucinogenními houbami a/nebo LSD, ale konkrétní lidé, kteří i přes svůj psychický problém, byli ochotni se podělit o své zkušenosti a prožitky. Každý pacient vnesl do výzkumu svojí osobitou zkušenost a důležitý poznatek, ze kterých vzniklo doporučení a vzkaz pacientů v PN v Dobřanech (viz níže). Tento text by se mohl využít v rámci prevence pro ostatní pacienty, případně i pro dospívající mládež. Tato práce by také mohla sloužit ošetřujícímu personálu, protože chce – li se dozvědět více o svých pacientech, může se jich zeptat na zkušenosti s psychedeliky.

Literatura

Alberts, A., & Mullen, P. (2002). *Psychoaktivní rostliny, houby a živočichové*. Praha: Svojtka & Co

Balíková, M. (2004). *Forenzní a klinická toxikologie, Laboratorní toxikologická vyšetření*. Praha: Galén

Ball, M. W. (2009). *Moudrost hub. Šamanský rozvoj duchovního vědomí*. Praha: Dybbuk

Běláčková, V., Nechanická, B., Chomynová, P., Horáková, M. (2012). *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008, Výzkumná zpráva*. Praha: Úřad vlády ČR

Čermák, I. & kol. (2013). *Narativní analýza*. In Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita

Davenport-Hines, R. (2004). *Honba za zapomenutím, světové dějiny narkotik 1500-2000*. Praha: BB/art

De Korne, J. (1997). *Psychotropní šamanismus. Psychotropní rostliny v čarodějnictví*. Praha: Volvox Globator

Dušek, K., Věčeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada

Dvořák, R. (2011). *Coprinopsis atramentaria - hnojník inkoustový*. [online]. Přístup dne 2. 4. 2016, z <http://www.myko.cz/clanek346/>

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál

Fitch, Ch., & Stimson, G. V. (2003). *RAR-Review an international review of rapid assessments conducted on drug us*. Geneva: WHO

Furst, P. T. (1996). *Halucinogeny a kultura*. Praha: Maťa: Dharma Gaia

Gartz, J. (1999). *Veselé Houby. Psychotropní houby v Evropě*. Praha: Volvox Globator

Hausner, M. (1984). *Medicínské využití halucinogenů – historie, současný stav, perspektivy. Protialkoholický obzor*. 1984, (4): 217 – 218

Halberstadt, A. L. (2015). *Recent advances in the neuropsychopharmacology of serotonergic hallucinogens*. [online]. Přístup dne 2. 4. 2016, z http://ac.els-cdn.com/S0166432814004562/1-s2.0-S0166432814004562-main.pdf?_tid=884602c2-ff03-11e5-a5fe-00000aacb35e&acdnat=1460282814_da78840e84b3548b5b392b53f4c68e2f

Herzán, M. (2014). *Totalitní světovláda: Drogy a tajné vládní programy na jejich šíření, díl 8*. [online]. Přístup dne 2. 4. 2016, z <http://czechfreepress.cz/totalitni-svetovlada-rozsirene-a-aktualizovane-vydani/totalitni-svetovlada-drogy-a-tajne-vladni-programy-na-jejich-sireni-dil-8.html>

Hofmann, A. (1997). *LSD – mé nezvedené dítě*. Praha: Profess

- Horowitz, M., Palmerová, C. (1999). Mókša. Klasické spisy Aldouse Huxleyho o psychedelii a vizionářském zážitku. Praha: Volvox Globator
- Hrouzková, A. (2012). Halucinogeny v medicíně a terapii. Ketamin léčí depresi, psilocybin úzkostné poruchy, LSD pomáhá umírajícím, prozrazuje bohnický lékař. [online]. Přístup dne 2. 04. 2016, z <https://psychologie.cz/halucinogeny-v-medicine-v-terapii/>
- Chrz, V., J. Čermák, I. Interpretace v narativním přístupu. *Teorie vědy*. 2011, (3): 426-429.
- Janík, A., & Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha: Naše vojsko
- Kalina, K., & kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky
- Kolektiv autorů (1996). *Kouzelné houby v Čechách*. Praha: Dvěře/Kosmas
- Leary, T. (2003). *Velekněz*. Praha: Maťa: Dharma Gaia
- Lee, M. A. & Shlain, B. (1996). *Sny vědomí. CIA, LSD a revolta 60. let*. Praha: Volvox Globator
- Letcher, A. (2008). *Magické houbičky. Kultovní historie kouzelných hub*. Praha: Volvox Globator
- Leš, (2010). CIA podstrčila Francouzům chléb s LSD, aby poznala účinek drogy. [online]. Přístup dne 2. 04. 2016, z http://zpravy.idnes.cz/cia-podstrcila-francouzum-chleb-s-lsd-aby-poznala-ucinek-drogy-pbn/zahranicni.aspx?c=A100311_153523_zahranicni_btw
- Mann, J. (1996). *Jedy, drogy, léky*. Praha: Academia
- Matoušek, O., Matoušková, A. (2011). *Mládež a delikvence. Možné příčiny, struktura, programy prevence a kriminality mládeže*. Praha: Portál
- Matoušek, O., Kolářková, J., Kodymová, P. (2010). *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál
- Masters, R., Houstonová, J. (2004). *Druhy psychadelické zkušenosti. Klasický průvodce účinky LSD*. Praha: Maťa: Dharma Gaia
- Minařík, J. (2005). *Drogy, psychóza toxická a psychóza „normální“*. *Esprit, časopis pro duševní zdraví*. 2005, (4): 3-4
- Minařík, J., Kmoch, V. (2015). *Přehled psychotropních látek a jejich účinků*. In Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing
- Miovský, M., Miovská, L. (2005). *Epidemiologie užívání halucinogenních drog v České republice*. *Adiktologie*. 2005,
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- Miovský, M. (1996). *LSD a jiné halucinogeny*. Boskovice: Albert
- Miovský, M. *Výukový text, Praktické ukázky aplikace kvalitativních metod v adiktologickém výzkumu: Metody rychlého posuzování (Rapid Assessment and Response)*. Praha: Centrum adiktologie

- Mravčík, V. et al. (2013). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012. Praha: Úřad vlády České republiky
- Mravčík, V. & kol. (2014). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nichols, D. E. (2004). Hallucinogens. [online]. Přístup dne 2. 04. 2016, z http://www.maps.org/research-archive/w3pb/2004/2004_Nichols_22684_1.pdf
- Nožina, M. (1997). Svět drog v Čechách. Praha: KLP
- Oborník, M. (1997). Tajemné houby. České Budějovice: Velarium
- Paulík Lichková, A., (2015). Jiří Horáček v Diagnóze F: Renaissance LSD. [online]. Přístup dne 2. 4. 2016, z http://www.rozhlas.cz/radiowave/diagnozaf/_zprava/jiri-horacek-v-diagnoze-f-renaissance-bsd--1513244
- Pospíšil, F. Epocha halucinogenů skončila. Rozhovor s doc. MUDr. Milošem Vojtěchovským, CSc. Esprit, časopis pro duševní zdraví. 2005, (4): 5-7
- PN v Dobřanech (2016). Psychiatrická nemocnice v Dobřanech. [online]. Přístup dne 2. 4. 2016, z <http://www.pldobrany.cz/>
- Praško, J., Látalová, K., Ticháčková, A., Stárková, L. (2011). Klinická psychiatrie. Praha: Trigis
- Raboch, J., Pavlovský, P. (2008). Klinická psychiatrie v denní praxi. Praha: Galén
- Raboch, J., Zvolský, P. (2001). Psychiatrie. Praha: Galén
- Raboch, J., Anders, M., Kellerová, P., Uhlíková, P. (2010). Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III.. Brno: Tribun EU
- Strassman, R., Wojtowicz, S., Luna, L. E., Freska, E. (2010). Vnitřní cesty do vnějšího vesmíru. Cesty do jiných světů prostřednictvím psychedelík a dalších spirituálních technik. Praha: Dybbuk
- Strejčková, V., & Wiejová, M. (2010). 130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech. Dobřany: PL v Dobřanech
- Tyler, A., (2000). Drogy v ulicích mýty-fakta-rady. Praha: Ivo Železný
- Tylš, F. (2015). Neurobiologie psylocibinu ve vztahu k jeho potencionálnímu terapeutickému využití. Psychiatrie. 2015, (2): 104 - 112
- TZ (2016). Jiří Horáček: Dekonstrukce vědomí jako podklad psychedelické zkušenosti. Cesta tam a zase zpátky. [online]. Přístup dne 2. 4. 2016, z <http://www.protisedi.cz/article/jiri-horacek-dekonstrukce-vedomi-jako-podklad-psychedelicke-zkusenosti-cesta-tam-zase-zpatky>
- Vito, A. G., Schafer, B. P., Higgins, G. E., Marcum, C. D., Ricketts, M. L. (2014). Juvenile Hallucinogen Use: What do Multiple Theories Say about It?. Am J Crim Just. 2014, (40): 116 - 128

WHO (2000). MKN -10. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum Praha

WHO/HSC/SAB, (1998). The Rapid Assessment and Response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people. Geneva: WHO/SAB

Wikipedia (2016). Louis Lewin [online]. Přístup dne 2. 4. 2016, z https://de.wikipedia.org/wiki/Louis_Lewin

Zábranský, T., (2003). Drogová epidemiologie. Olomouc: Lékařská fakulta Univerzity Palackého

Žukov, I., Kozelek, P., Borzová, C. & Domluvilová, D. (2008). Některé tradiční přírodní halucinogeny, jejich historie, použití a současný forenzní pohled na problematiku. Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor). 43 (1), 11-28

Seznam zkratek

PN – Psychiatrická nemocnice

LSD – diethylamid kyseliny lysergové

JIP – jednotka intenzivní péče

MDMA – extáze

CNS – centrální nervová soustava

PCP – andělský prach

DMT - Dimethyltryptamin

THC – marihuana

USA – Spojené státy americké

CIA – Ústřední zpravodajská služba

WHO – Světová zdravotnická organizace

IFIF - International Federation of Freedom

Příloha 1 - Základní informace o účastnících výzkumu

Participant	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Oddělení	Pobyt	Místo bydliště	Vzdělání	Lysohlávky/LSD
P1	muž	20	F195	1	2	Nepomuk	ZŠ	ano/ano
P2	muž	21	F 630	24	5	Vimperk	SŠ bez maturity	ano/ne
P3	muž	23	F 200	27	3	Mariánské lázně	SŠ bez maturity	ano/ano
P4	muž	23	F 102	24	4	Aš	ZŠ	ano/ano
P5	muž	24	F102	24	1	Tachov	SŠ bez maturity	ano/ano
P6	muž	24	F201	20	6	Chrančovice	ZŠ	ano/ne
P7	žena	27	F701	22	3	Chomutov	vyučena	ano/ano
P8	muž	27	F152	1	1	Sokolov	ZŠ	ano/ano
P9	muž	27	F201	27	1	Koněprusy	vyučen	ano/ano
P10	muž	28	F192	1	4	Hořovice	ZŠ	ano/ne
P11	muž	29	F102	24	1	Plzeň	SŠ s maturitou	ano/ne
P12	muž	29	F152	19	1	Praha	SŠ bez maturity	ano/ano
P13	žena	29	F152	27	2	Dobřany	SŠ bez maturity	ano/ano
P14	muž	31	F102	24	1	Kralovice	SŠ bez maturity	ano/ano
P15	muž	31	F191	25	2	Kdyně	ZŠ	ano/ano
P16	muž	32	F200	20	6	Plzeň	SŠ bez maturity	ano/ano
P17	žena	32	F102	29	5	Beroun	ZŠ	ano/ano
P18	muž	32	F252	1	24	Líně	SŠ s maturitou	ano/ano
P19	muž	32	F200	20	13	Cheb	ZŠ	ne/ano
P20	muž	32	F152,F432	9	1	Stříbro	SŠ s maturitou	ano/ano
P21	muž	33	F102	24	1	Plzeň	SŠ bez maturity	ano/ano
P22	muž	33	F102	24	1	Spálené Poříčí	ZŠ	ano/ano
P23	muž	33	F102	24	1	Plzeň	SŠ bez maturity	ano/ano
P24	muž	35	F102	24	1	Holýšov	vyučen	ano/ano
P25	muž	35	F192	19	1	Kraslice	ZŠ	ano/ne
P26	muž	36	F102	24	1	Rakovník	SŠ s maturitou	ne/ano
P27	muž	36	F102	24	3	Plzeňský kraj	ZŠ	ano/ano
P28	muž	36	F102	24	3	Praha	SŠ s maturitou	ano/ano
P29	muž	37	F102	24	1	Karlovy Vary	SŠ s maturitou	ano/ano
P30	muž	39	F102	24	1	Praha	SŠ bez maturity	ano/ano
P31	muž	39	F200	20	3	Český Krumlov	ZŠ	ano/ano
P32	muž	40	F102	1	4	Vstíř	SŠ s maturitou	ano/ano
P33	muž	40	F102	24	2	Plzeň	SŠ s maturitou	ano/ano
P34	muž	44	F220	27	2	Plzeň	vyučen	ano/ano
P35	muž	44	F102	24	2	Domažlice	ZŠ	ano/ne
P36	muž	45	F313	27	2	Klatovy	SŠ s maturitou	ano/ano
P37	muž	54	F102	24	4	Karlovy Vary	vyučen	ne/ano

Příloha 2 - Formulář polostrukturovaného interview

Pohlaví: Muž	Žena	Věk:
Místo narození:	Místo posledního pobytu:	
Vzdělání: ZŠ Vyučen/a SŠ (bez maturity) SŠ (s maturitou) VŠ Bc. VŠ Mgr., Ing. Další vzdělání (jaké)	Původní povolání: Co jste dělal/a poslední rok před léčbou?:	
Pobyt č.:	Diagnóza:	
Oddělení č.:		
Návykové látky:		
Časová osa: (kdy užil/a lysohlávky poprvé, další vývoj)		
1. a) Jaké důvody, očekávání vás vedly k prvnímu vyzkoušení lysohlávek? b) Proč jste lysohlávky vyzkoušel/a? c) Jaká byla vaše motivace?		
2. Jaký byl váš první zážitek? Odradilo vás to nebo povzbudilo?		

<p>3. První zkušenosti s lysohlávkami jste učinil/a sám/a nebo jste měl/a průvodce (guru)?</p>	
<p>4. Jaká jsou vaše specifika při užívání lysohlávek, rituály, kde a s kým jste užíval/a, co jste prožil/a?</p>	
<p>5. Jaké množství plodnic jste užil/a při první zkušenosti, jaké množství jste obvykle užíval/a a jakým způsobem jste je před konzumací upravoval/a?</p>	
<p>6. Měl/a jste při užívání lysohlávek nějaké fyzické či psychické problémy? Jak jste tyto stavy překonával/a?</p>	
<p>7. a) Z jakých zdrojů jste si lysohlásky opatřoval/a? b) lysohlávky jste sbíral/a, dostal/a, koupil/a,....?</p>	

LSD

<p>Časová osa: (kdy užil/a LSD poprvé, další vývoj)?</p>	<p>I</p>
<p>1.a) Jaké důvody, očekávání vás vedly k prvnímu vyzkoušení LSD?</p> <p>b) Proč jste LSD vyzkoušel/a?</p> <p>c) Jaká byla vaše motivace?</p>	
<p>2. Jaký byl váš první zážitek? Odradilo vás to nebo povzbudilo?</p>	
<p>3. První zkušenosti s LSD jste učinil/a sám/a nebo jste měl/a průvodce (guru)?</p>	
<p>4. Jaká jsou vaše specifika při užívání LSD, rituály, kde a s kým jste užíval/a, co jste prožil/a?</p>	

5. Jaké množství LSD jste obvykle užíval/a a jakým způsobem?	
6. Měl/a jste při užívání LSD nějaké fyzické či psychické problémy? Jak jste tyto stavy překonával/a? Zažil/a jste bad trip, flashback?	
7. a) Z jakých zdrojů jste si LSD opatřoval/a? b) LSD jste dostal/a, koupil/a,....?	

Narativní vyprávění



Příloha 3 - Doporučení a vzkaz pacientů PN v Dobřanech

Před halucinogeny je třeba mít respekt, rozhodně to nejsou drogy pro zábavu.

Než si lysohlávky nebo LSD vezmete, položte si tyto otázky:

Cítím se v nepohodě?

Řeším nějaký problém?

Jsem labilní osobnost?

Jestliže jste odpověděli alespoň jednou ano, tak halucinogeny vůbec nezkoušejte!

Víte, proč chcete halucinogeny vyzkoušet? Chcete vidět trpaslíky? Možná budete mít štěstí a opravdu je uvidíte, ale pozor, můžou vylézt trpaslíci, co jsou ve vás a vidět můžete úplně jiné věci, třeba hady, mrtvoly a jiné hnusy. Pořád máte chuť do toho jít?

Když se rozhodnete pro užití halucinogenů, tak si následující řádky dobře přečtěte a řiďte se podle toho:

- Pozor na to, co sbíráte, když nejste zkušený houbař, můžete sebrat třeba hnojník, který jako mladý připomíná lysohlávky. Sám o sobě není nebezpečný, ale v kombinaci s alkoholem vyvolá opravdu nepříjemné stavy.

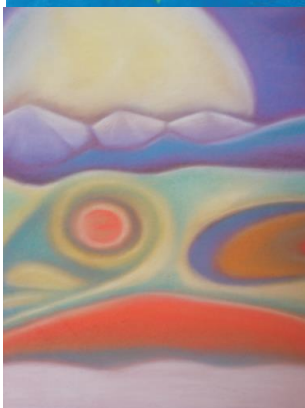
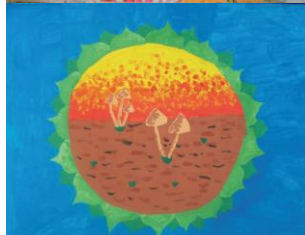
- Z toho také vyplývá, že by se psychotropní látky neměly kombinovat!

- Když houby od někoho dostanete, zajímejte se o druh. Některé mohou být opravdu silné (hlavně lysohlávka mexická). Než do toho půjdete. Raději si něco o tom přečtěte.

- Houby nejezte sami, je dobrá zkušenost, že ten, kdo vám houby dal, by měl s vámi zůstat.

- To samé platí i pro LSD. Každý papír je jinak silný a nepředvídatelný. Rozhodně se vyvarujte krystalům – mikrotečkám. To se pak dějí věci. Bohužel, často hodně nepříjemné a trvají hodně dlouho. Oba halucinogeny je dobré užívat v přírodě. Uzavřené prostory nejsou vhodné - mohou vzniknout stavy stísněnosti a snaha z toho uniknout. Spousta lidí pak volí únik oknem. Přesvědčte se, v jakém patře se nacházíte a okna raději předem zajistěte. Rovněž užívání v hospodě a jiných zařízeních, kde je spousta lidí, není vhodné. Můžete se „vystíhovat“, že na vás všichni koukají, pak asi opět budete volit únik.

Město je však také plné nástrah, jezdí tam auta a můžete mít i halucinace, to pak na vás mohou třeba i padat budovy. Shrnuto a podtrženo, vždy vyhledejte bezpečné místo a užívejte pouze s lidmi, které znáte a kterým věříte. Zajistěte si někoho, kdo vás



bude hlídat. Nikdy odpředu nevíte, co se bude dít, zkušená osoba vás pak zážitkem provede.

Může se stát, že jste na některou z otázek odpověděli ano, a přesto jste do toho šli nebo že vám to zkrátka nesedlo a máte divné stavy, kterým nerozumíte, myslíte, že jste se zbláznili a trvá to již delší dobu (více dní), tak vyhledejte raději odbornou pomoc.

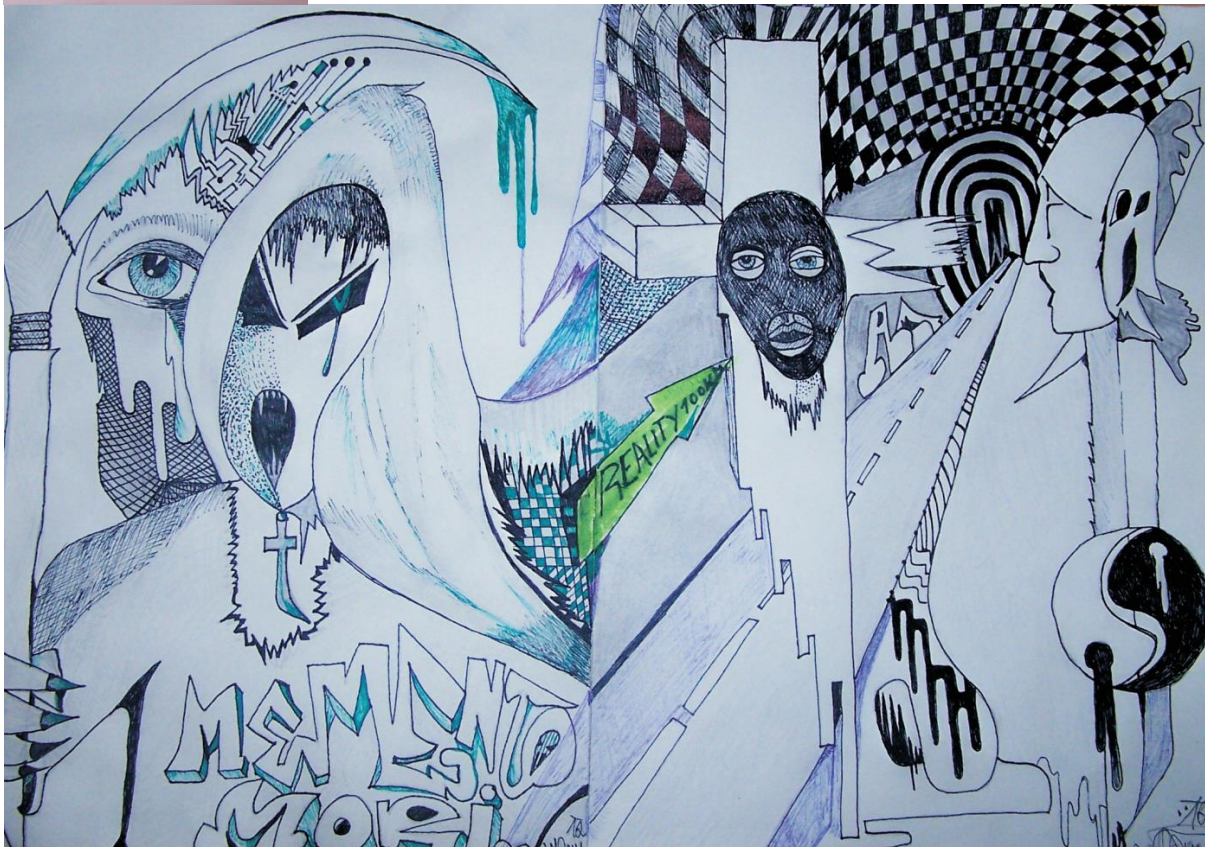
A ještě něco:

- Nezapomínejte na pití nealkoholických nápojů, mějte něco při ruce, stavy trvají několik hodin a pak přijde žízeň.

- Nehulte při tom trávu a hlavně nekombinujte s perníkem, to dělají hodně ostřílení a nezodpovědní týpci, kteří už pár tripů za sebou mají.

- Neházejte někomu papír LSD do pití, když o tom neví, není to fér a dotyčná osoba může zažít opravdu pekelné chvíle, může mít i pocit, že se zbláznil a neví proč.

- A později se může dostavit flashback, tak jen abyste se pak nedivili, co se děje, někdy se to zkrátka stává.



EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 15. 4. 2016

Podpis autora závěrečné práce

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

Jméno	Ústav / pracoviště	Datum	Podpis