

Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta  
Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky

# Psychózy jako komplikace při užívání návykových látek



**Bakalářská práce**

Autor: Hana Hejná

Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Datum obhajoby: 11.9.2008

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Psychózy jako komplikace při užívání návykových látek zpracovala samostatně a všechny použité prameny jsem citovala a uvedla.

V Praze 7. srpna 2008

.....

## **Poděkování**

Mé poděkování patří Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. za odborné vedení a rady při zpracování bakalářské práce.

1. Úvod .....	2
2. Psychózy .....	3
2.1. Zařazení pojmu psychóza a historický vývoj slova psychóza .....	3
2.2. Definice pojmu psychóza .....	4
2.3. Rozdělení psychóz .....	5
2.4. Vysvětlení pojmů souvisejících s psychózami .....	5
2.5. Rizika spojená s psychózou a příčiny vzniku psychóz .....	7
2.6. Vyšetření pacienta s psychózou .....	8
3. Alkohol .....	8
3.1. Zařazení alkoholu .....	8
3.2. Definice alkoholu .....	9
3.3. Historie alkoholu .....	10
3.4. Působení alkoholu na organismus .....	10
3.5. Vztah Čechů k alkoholu .....	11
3.6. Účinky alkoholu na psychiku člověka .....	12
3.7. Terapie při závislosti na alkoholu .....	13
3.8. Odvykací stav .....	14
3.9. Alkoholové psychózy .....	15
3.10. Kasuistická práce .....	17
4. LSD .....	23
4.1. Zařazení LSD .....	23
4.2. Definice LSD .....	23
4.3. Historie LSD .....	24
4.4. Působení LSD na organismus .....	25
4.5. Účinky LSD na psychiku člověka .....	25
4.6. Terapie při závislosti na LSD .....	28
4.7. Psychózy způsobené LSD .....	28
4.8. Kasuistická práce .....	29
5. Pervitin .....	34
5.1. Zařazení pervitinu .....	34
5.2. Definice pervitinu .....	35
5.3. Historie pervitinu .....	36
5.4. Působení pervitinu na organismus .....	36
5.5. Účinky pervitinu na psychiku člověka .....	37
5.6. Terapie při závislosti na pervitinu .....	37
5.7. Pervitinové psychózy .....	38
5.8. Kasuistická práce .....	38
6. Výsledky .....	42
7. Diskuze a závěry .....	45
8. Odborná literatura .....	49

## **Souhrn**

Tato bakalářská práce pojednává o toxických psychózách, které se vyskytují u uživatelů LSD, alkoholu a pervitinu. Bakalářská práce obsahuje dvě části, z nichž první je zaměřená na teorii o výše zmíněných látkách a obsahuje několik informací o tom, do jaké skupiny dané látky patří, je zde zmíněno několik slov o historii a nebo o účincích na organismus. Také se v této části píše o psychózách, které jsou zde zmíněny jak obecně- co to vůbec psychóza je a kam ji zařadit, tak přímo část zaměřená na toxické psychózy, v kterých se uvádí, co jednotlivé návykové látky umí v organismu způsobit. Druhá část se týká mnou vypracovaných případových studií u klientů, kteří se setkali s psychózami. Cílem je zhodnotit jednotlivé příznaky u těchto klientů a pokusit se o porovnání, které by mělo být uvedeno na závěr mé práce.

Klíčová slova- toxická psychóza- LSD- alkohol- pervitin- závislost

## **Summary**

This thesis focuses on toxic psychosis which occurs under the influence of LSD, alcohol and pervitine. This abstract is divided into two parts. The first part discusses about the substances and information about how these substances are obtained, about their historical use and how they affect an organism. This part considers psychosis in general (what it is, how they can be categorized) and in particular about toxic psychosis, substance addiction and its effects on an organism. The second part contains case studies with clients who experienced this psychosis. The aim of this thesis is to assess the clients' symptoms and make conclusions from these case studies.

Key words: toxic psychosis- LSD- alcohol- pervitine- addiction

## **1.Úvod**

Téma „Psychózy jako komplikace při užívání návykových látek“ jsem si zvolila právě proto, že mě vždy zajímalo, co mohou pociťovat lidé ostatní- odlišní než jsme my. Myslím si, že v průběhu psaní svojí práce jsem se setkala s několika zajímavými lidmi, kteří mi dovolili trochu nahlédnout do svého soukromého života a

tím i rozpoznat některá tajemství, mě zatím neprozkoumaných tajů lidského organismu. Zvolila jsem si právě kasuistickou práci, ve které jsem měla možnost s jednotlivými lidmi hovořit a setkávat se s příběhy, které je dovedly k jejich „jinému světu“ i s jejich pocity bezradnosti a někdy zoufalství. Toto téma mě přivedlo k tomu, že je potřeba těmto lidem hodně se věnovat a přivést je zpět z „jejich světa“ do světa „našeho“.

Zaměřila jsem se na tři druhy látek, které způsobují toxické psychózy. Jedná se o alkohol, který jako legální návyková látka obklopuje naše obchodní domy, trafiky, ale i lednice našich domovů. Tuto látku bych zde chtěla uvést jako látku našemu tělu velmi nebezpečnou a představit ji v jiném světle, než ji mnozí z nás znají. Druhým adeptem je halucinogen jménem LSD, velice oblíbený u mladých lidí jako rekreační droga užívaná především o víkendech. A poslední, neméně oblíbenou látkou je stimulant nazývaný pervitin. Tato látka, se jeví jako nejčastěji vyvolávající psychózy a to především stavy, při kterých člověk nemůže být ani chvíli v klidu, jelikož ho celý svět pronásleduje.

Vybrala jsem si tyto tři látky a to z několika důvodů- alkohol, jako legální látka, která je prodávána všude a prakticky dostupná každému v jakémkoli věku. LSD jako látka, při které se zažívají krásné barevné i zvukové efekty až do doby, než narazíte na „bad-trip“. A pervitin? Asi jako látku, o které se v dnešní době stále mluví. Je to prostě „módní trend“. Další z důvodů bych uvedla také ten, že jsem se chtěla zaměřit na různé kategorie návykových látek, a proto jsem nechtěla zvolit například halucinogeny jako takové. Zajímalo mě, jestli se psychózy u různých skupin návykových látek projevují jinak v působení na organismus, či nikoli. Nicméně to vše zjistíme až v závěru této práce.

## **2. Psychózy**

### **2.1. Zařazení pojmu psychóza a historický vývoj slova psychóza**

Horáček (2003) ve své publikaci hovoří o tom, že termín „toxická psychóza“ se v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí nevyskytuje, ale je hojně používán

v klinické praxi. Důvodem je setrvačnost v používání tohoto termínu z předchozí verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-9, kód 292 „Toxické psychózy“). Recentní mezinárodní klasifikace (MKN-10) používá pro tyto poruchy vyvolané návykovými látkami termíny „psychotická porucha“ (kód F1<sub>x</sub>.5) a „reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem“ (kód F1<sub>x</sub>.7).

Psychotická porucha je charakterizována vznikem psychózy bezprostředně po požití psychoaktivní substance, v případě klinické jednotky reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem se jedná o psychotickou komplikaci užívání drog, která sice vznikne v souvislosti s užíváním drogy, ale rozvine se většinou v době, kdy droga v organismu již není. (Horáček in Horáček, 2003)

Termín psychóza prošel historickým vývojem. Poprvé ho použil v roce 1847 E. von Feuchtersleben a to k odlišení onemocnění „psychizmu“ od neurózy, které vnímal jako onemocnění „nervů“. Označoval tedy ta onemocnění, kterým se dříve říkalo šílenství. Shoda je v tom, že se jedná o těžké duševní poruchy, které vážně narušují duševní existenci postiženého jedince, a to jak ve vztahu k sobě samému, tak i k vnějšímu světu. Dochází k desintegraci struktur osobnosti a ke zřetelné ztrátě kontaktu s realitou. (Horáček in Horáček, 2003)

## **2.2. Definice pojmu psychóza**

*„Psychóza je složené slovo řeckého původu: „psyché“ překládáme jako „duše“, koncovka „óza“ se v medicíně používá ve významu „nemoc“.*

*Psychóza zásadně mění způsob, jak člověk prožívá sám sebe, druhé lidi a společný svět - ten ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií, ve kterém je člověk uzavřen, začleňuje se do něj svými city, myšlením a jednáním*

*a odtrhává se od druhých lidí a jejich reality, která se mu stává cizí.“ (Kalina, 1987, str.14)*

V Horáčkově publikaci je osoba s psychózou vnímána jako jedinec žijící svůj vlastní vnitřní svět, který neodpovídá pohledu druhých. Tento svět je dán odlišným vnímáním a odlišným myšlením. Může být také provázen změnami dalších modalit psychiky. Typicky dochází k poruše vnímání ve smyslu falešných vjemů různého stupně složitosti. (Horáček in Horáček, 2003)

V časopise Medicína pro praxi uvádí Fridrich (2006) názor, že jednotná



a všeobecně přijímaná definice neexistuje. Autor však říká, že se jedná o závažné narušení kontaktu pacienta s realitou, pro které jsou typické tyto příznaky.

- poruchy vnímání: nejčastější z nich jsou halucinace (zrakové, sluchové, chuťové, čichové, taktilní a útrobní)
- poruchy myšlení: rozlišujeme poruchy obsahu myšlení (bludy) a poruchy struktury myšlení; mezi poruchy struktury myšlení patří např. zárazy myšlení, myšlení nesouvislé nebo nelogické.

### **2.3. Rozdělení psychóz**

Horáček (2003) používá ve své publikaci několik druhů dělení psychóz. Jedním z nich je podle předpokládané etiologie na funkční a organické. Za funkční byly označovány ty, u kterých se nepředpokládala příčina ve smyslu organického nálezu detekovatelného morfologickými nebo jinými metodami. K funkčním psychózám se řadila schizofrenie, schizoafektivní porucha, paranoia a afektní psychózy.

U organických psychóz byly detekovány morfologické abnormality (zánět, nádor, atrofie apod.) nebo byla jasná souvislost s užíváním psychoaktivních látek (toxické psychózy) případně vznikly v důsledku poruchy funkce organismu jako celku (symptomatické psychózy, např. hypertyreóza, hepatální selhávání, systémové infekce apod.).

Dnes toto členění však nestačí, jak říká Horáček (2003). Proto vznikl kompromis a psychózy se dělí na primární a sekundární. Pro první bychom předpokládali primární selhání neurobiologických mechanismů psychiky, u psychóz sekundárních by rozvoj porušené percepce a myšlení vznikl v důsledku dysfunkce jiné části organismu. Avšak ani toto členění není úplné.

Nejasnosti v děleních psychóz lze překonat pojetím psychózy jako reakce neuropsychologického systému na různé typy poškození. Psychóza potom není konkrétní nemocí, nosologickou jednotkou, ale je pojímána jako psychotický syndrom. Může se vyskytnout ve kterémkoli věku a v důsledku různých příčin. (Horáček in Horáček, 2003)

### **2.4. Vysvětlení pojmů souvisejících s psychózami**

V Horáčkově publikaci (2003) se dovíme stručnou definici slov, které se vyskytují v souvislosti s psychózami. Jsou zde popsány patologické vjemy, které se bez reálného podkladu označují jako halucinace. Mají-li reálný podklad, který je však výrazně odlišně zobrazován v mysli, hovoří se o iluzích. Dále u psychózy dochází k poruše schopnosti vysvětlit, interpretovat realitu, tedy k poruše myšlení. Myšlení může být porušené ve své formě, která za normálních okolností myšlení řídí. V tomto případě se hovoří o formálních poruchách myšlení. Za naprosto typické pro psychózu je nutné považovat poruchy obsahu myšlení, kdy si osoba s psychózou vytváří vlastní patologické interpretace světa. V tomto případě se jedná o bludy. Blud je mylné, nepravdivé, soukromé přesvědčení o světě a může mít charakter příběhu. Psychózu lze definovat jako patologický stav, při kterém dochází ke hrubé poruše kontaktu s realitou. Realita je chybně vnímána (halucinace, iluze ) a nebo jsou jednotlivé myšlenky nesrozumitelné (bludy a formální poruchy).

V případě některých specifických poruch vědomí, tedy především jasnosti, lze rovněž hovořit o psychóze. Vědomí je prostředí, které umožňuje správnou funkci složek psychiky a které současně poskytuje schopnost vnitřní reflexe - co se ve mně samotném děje, systém vědomí musí navíc správně fungovat. Pokud však nefunguje správně, dochází k poruše jasnosti vědomí. Starší, v celku komplikovaná popisná psychopatologie rozlišovala celou řadu příznaků v oblasti poruchy lucidity. Pod vlivem pragmatické anglosaské terminologie se dnes hovoří v klinických podmínkách o deliriu.

Dále se Horáček (2003) zmiňuje o deliriu, což je stav, kdy porušená jasnost vědomí vede ke hrubé dysfunkci většiny ostatních modalit psychiky, typicky se objevují halucinace, formální poruchy myšlení a málo formované bludy. Ačkoliv různá deliria nejsou primárními poruchami vnímání a myšlení (halucinace a bludy), jsou s těmito příznaky často spojena. Proto se delirantní stavy zahrnují do širšího okruhu psychotických stavů.

Emotivita je schopnost vnímat svět v jeho pocitové polaritě (příjemné - nepříjemné, veselý - smutný apod.) a sekundárně také souvisí s psychotickými poruchami. Jednak je u psychóz emotivita velmi často narušena (emoční zploštělost), jednak se mohou také vyskytovat časté úzkostné a depresivní reakce nebo také exaticky nadnesená nálada u krátkých přechodných psychotických poruch. Na druhé straně primární poruchy nálady (deprese a mánie) dosahující

určité hloubky vedou k rozvoji pravých psychotických příznaků, halucinací a bludů. V těchto případech hovoříme o depresi, respektive mánii s psychotickými příznaky nebo také o psychotické depresi a psychotické mánii. Všechny tyto složky mohou být vážně narušeny a výsledkem je porucha sociálního fungování a kvality života. (Horáček in Horáček, 2003)

K poruše kontaktu s realitou mohou vést různé příčiny, které se protínají na několika úrovních. Na těchto úrovních lze rovněž studovat tzv. vulnerabilitu, tedy dispozici k rozvoji psychózy, kam by se daly zařadit vlivy prostředí, zkušenosti, zážitky a zátěž, která je spojena s danou životní situací jedince a s jeho osobní historií. Vlastní propuknutí psychózy potom závisí na interakci dispozice a stresu. (Horáček in Horáček, 2003)

## **2.5. Rizika spojená s psychózou a příčiny vzniku psychóz**

V časopise Medicína pro praxi uvádí Fridrich (2006, str. 87) tento názor: *„Pacienti s akutní psychózou patří v praxi mezi nejobávanější. Důvodem je to, že kvůli chorobné desinterpretaci dějů probíhajících v jejich okolí a z toho vyplývajícího napětí a stresu mohou jednat zcela nepředvídatelným a nelogickým způsobem. Bohužel mezi poruchy jednání spojené s psychotickým stavem patří agrese vůči sobě a okolí.“*

Dále Fridrich (2006) uvádí v časopise Medicína pro praxi, že u psychóz v důsledku užívání návykových látek se může jednat o intoxikaci s psychotickými příznaky, která vzniká například po požití halucinogenů. Psychotické symptomy rychle ustupují s tím, jak je látka z těla vylučuje. V případě halucinogenů však může po delším čase dojít k tzv. psychotickým reminiscencím („flash backs“), kdy se psychotické prožitky vrací již bez předchozího použití látky.

Na přítomnost intoxikace může upozornit přítomnost somatických příznaků, jako jsou pocení, změny krevního tlaku či pulzu nebo změny velikosti zornic.

V případě toxické psychózy dochází k rozvoji psychotických příznaků v rámci dlouhodobějšího užívání návykové látky. Toxická psychóza se liší od intoxikace s psychotickými příznaky tím, že přetrvává i po vyloučení vyvolávající látky z těla a typicky trvá několik dnů až týdnů. Na drogovou etiologii psychózy může ukázat anamnéza, fyzikální vyšetření (stopy po vpiších, malnutrice), skriningové toxikologické vyšetření moči. Negativní nález při toxikologickém skriningu

nevyklučuje přítomnost toxické psychózy, protože vyšetření je často možné provést až tehdy, když je vyvolávající látka z těla vyloučena.

Fridrich (2006) říká v časopise *Medicína pro praxi*, že v ČR jsou nejčastější paranoidní psychózy uživatelů pervitinu. Dlouhodobé užívání alkoholu se může projevat alkoholovou halucinózou, která se vyznačuje především přítomností zrakových halucinací. Psychózy vznikají i vlivem kanabinoidů. Naopak výlučné užívání opiátů typu heroinu, ač celkově velmi nebezpečné, k rozvoji psychóz nevede.

## **2.6. Vyšetření pacienta s psychózou**

V časopise *Medicína pro praxi* se Fridrich (2006) zmiňuje o tom, že každý pacient s psychózou by měl být od praktického lékaře poslán k psychiatrovi. Pokud pacient spolupracuje, stačí doporučení k urgentnímu vyšetření ambulantním psychiatrem, a pokud se jedná o akutní psychotický stav se zjevným rizikem agrese vůči sobě či okolí, je nutno pacienta transportovat ihned na psychiatrické oddělení a zjistit trvalý dohled během transportu.

Druhou skupinou, daleko komplikovanější, jsou pacienti, kteří vyšetření nechtějí podstoupit. Zde je možné iniciovat hospitalizaci bez souhlasu pacienta, nikoli ovšem na základě přítomnosti psychózy, ale z důvodu ohrožení sebe či okolí pod vlivem duševní poruchy. Právní zakotvení nedobrovolné hospitalizace v ČR je však problematické, protože role zúčastněných profesionálů, kterými jsou praktický lékař, psychiatr, záchranná služba nebo policie, nejsou jednoznačně definovány.

## **3. Alkohol**

### **3.1. Zařazení alkoholu**

*„Poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu jsou v MKN -10 uvedeny v oddílu F10. Z psychiatrického hlediska můžeme tyto poruchy rozdělit do dvou základních skupin:*

*1) poruchy které jsou způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový*

system, a to jak bezprostředně (intoxikace alkoholem), či jako následek chronického abusu alkoholu (odvykací stav, psychotická porucha, amnestický syndrom)

2) poruchy, které se projevují návykovým chováním, souvisejícím s abusem alkoholu (narušená kontrola užívání) a které mohou vyústit závislost (ztráta kontroly užívání alkoholu, syndrom závislosti na alkoholu)“ (Popov in Kalina, 2003, str. 151)

### **3.2. Definice alkoholu**

O nadměrné konzumaci alkoholických nápojů pojednává Popov (in Kalina, 2003) jako o „alkoholismu“. Tento termín je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který jej poprvé použil v roce 1849. Teprve o sto let později (WHO, 1951) začal být alkoholismus považován za medicínský pojem oficiálně. Další desetiletí poté byl však chápán velice úzce, a to pouze jako zdravotnický problém. Až v roce 1974 byl WHO zaveden termín „problémy související s alkoholem“. Jde o souhrnný název, který zahrnuje celou škálu negativních zdravotních a sociálních důsledků. První koncept pijáctví jako nemoci, pochází již z roku 1784. Autorem byl americký lékař Benjamin Rush, považovaný za otce americké psychiatrie.

Chemický vzorec alkoholu je  $C_2H_5OH$ . To znamená, že se k řetězci dvou atomů uhlíku pojí pět atomů vodíku a hydroxylová skupina (kyslík - vodík). Výsledkem je jednoduchá struktura nesoucí relativně málo informací, což alkoholu vyneslo u biochemiků pohrdavé označení „hloupá molekula“. (Edwards, 2004)

*„Při pokojové teplotě je alkohol bezbarvá tekutina, která má ve své čisté formě stahující účinky a v ústech je velmi odporná. Naředěním se nepříjemná chuť poněkud zmírní. Alkohol se snadno míchá s vodou. Lihoviny obsahují asi 40 procent čistého alkoholu, portské, sherry a další silnější vína 15 až 20 procent, normální víno asi 12 procent. Běžné pivo má asi 4 objemová procenta alkoholu, silnější piva mohou mít ovšem až 10 procent.“* (Edwards, 2004, str.9).

Alkohol vzniká kvašením ze sacharidů - buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (plody vinné révy), nebo polysacharidů (obilná zrna, brambory). Vyšší koncentrace se dosahuje destilací.

Alkoholy tvoří celou skupinu látek, z nichž etylalkohol, druhý nejjednodušší, převzal jako nejznámější jméno celé skupiny. Při nedokonalých chemických procesech, kterými jsou např. domácí výroba destilátů, vzniká směs etylalkoholu,

s nejnižším alkoholem, metylalkoholem, který je silným nervovým jedem. (Popov in Kalina, 2003)

### **3.3. Historie alkoholu**

Termín alkohol pochází z arabského slova „al- kahal“. Toto spojení označuje zvláštní jemnou látku, která je bezbarvou tekutinou s charakteristickým zápachem a palčivou chutí.

Kvalitu vína zlepšili hlavně Římané, kteří je v rámci obchodu vyváželi do okolních zemí. Zato Sumerové žijící na území jižní Mezopotámie ve 4. – 3. tisíciletí před Kristem se považují za objevitele piva. Pivo vyráběli ze zkvašeného obilí nebo z datlí. Tehdejší medicína ho považovala za lék. Ředěné vodou se podávalo při bolestech ledvin nebo žlučníku. (Záškodná, 2004)

Ethylalkohol byl ve formě alkoholických nápojů vyráběn a používán v dobách historických civilizací, a to jak látka zvláštního významu při náboženských obřadech, tak později stále častěji jako nápoj. (Popov in Kalina, 2003)

První zmínky o destilaci pochází již z doby před 2000 lety. Řekové tento postup znali už v 1. století po Kristu. Ve 3. století n.l. Alexandr z Afrodizie popsal, destilaci mořské vody na vodu pitnou, ale zmínil se i o možnosti destilovat víno.

Ale ne pouze v historii byl alkohol rozporupně vnímán. I v současnosti je několik názorů na tuto látku. Světová zdravotnická organizace ho označila za jednu z příčin vyvolávající rakovinu, pro katolickou církev se stala prostřednictvím mešního vína krví Kristovou a v západní civilizaci je oblíbenou rekreační drogou. (Edwards, 2004)

### **3.4. Působení alkoholu na organismus**

Záškodná (2004) píše, že jednoduchá struktura alkoholu umožňuje jeho rychlý a snadný průnik do tkání. Po průniku sliznicí trávicího ústrojí se dostává krevním oběhem na vzdálenější místa. Difúze do dobře prokrvených tkání je rychlá, a proto hladina alkoholu v mozku, plicích, játrech a ledvinách se rychle vyrovnává s hladinou etanolu v krvi. Nižší koncentrace dosahuje v játrech, protože je zde dělena na další metabolické produkty. Distribuce alkoholu v celém organismu končí zhruba za 45 až 90 minut po posledním požití.

Požítí alkoholu může vyvolat opilost. Tu určuje hladina alkoholu v krvi, ale také tolerance organismu vůči alkoholu, rychlost odbourávání alkoholu. Alkoholemie je proto jen orientační ukazatel.

- Od 0,5 do 1,0 promile jde obvykle jen o podnapilost.
- Do 1,5 až 2,0 promile o lehkou opilost.
- Od 2,5 až 3,0 promile o střední opilost.
- Nad 3 promile se jedná o těžký stupeň opilosti.
- Nad 3,5 promile většinou ohrožuje život bezvědomí až smrtí. (Záškodná, 2004)

Dále Záškodná (2004) popisuje, že můžeme dobu, kdy je člověk pod vlivem alkoholu, dělit na fáze opilosti:

- Brzy po napití vzniká stav, kdy je člověk spokojený, veselý, výřečný, má zvýšené sebevědomí, pocit schopnosti řešit životní problémy, a především lehce uzavírá přátelství. Právě tento příjemný stav první fáze opilosti často vede k opakovanému pití.
- Ve druhé fázi opilosti ztrácí člověk sebekritičnost, začíná křičet, zpívat, je netaktní, hrubý, obtěžuje okolí, jeho pohyby jsou neuspořádané, vrávorá a rudne.
- Třetí fáze opilosti odpovídá akutní otravě alkoholem, dostavuje se únava, spavost, zvracení. Vysoké dávky alkoholu vyvolávají narkotický stav, tj. necitlivost a bezvědomí.

### **3.5. Vztah Čechů k alkoholu**

Podle očekávání účinku alkoholu se odlišují abstinenti, konzumenti, pijáci a závislí na alkoholu:

- Abstinents je člověk, který nepil alkoholický nápoj nejméně tři roky. Ve vztahu k alkoholu nemá žádná příznivá očekávání.
- Konzument pije příležitostně alkoholické nápoje pro zahánění žízně, případně pro chuťové vlastnosti, ne však pro účinky na nervový systém.
- Pijáci očekávají vedle tekutiny s určitou chutí i stavy euforie.
- Závislý na alkoholu je ten, který pije proto, že očekává euforii po napití. Od okamžiku, kdy člověk hledá v alkoholu zdroj příjemné nálady, obveselení, úlevu,

odstranění potíží a duševního napětí, začíná postupně přeměna pijáka v alkoholika. (Záškodná, 2004)

Skála (1987) popisuje v tabulce vztah české populace pití alkoholických nápojů

Skupina obyvatelstva	Charakteristika	% osob v populaci
<b>Abstinenti</b>	Zásadně nepijí alkohol	Asi 10%
<b>Konzumenti</b>	Nevypijí více než půl litru piva po práci, po jídle, hladina alkoholu v krvi nepřesáhne 0,3 promile	Asi 40%
<b>Příležitostní pijáci</b>	Hladina alkoholu v krvi nepřesáhne častěji než čtyřikrát ročně 1 promile	Asi 27%
<b>Pravidelní pijáci-abuzéři</b>	Alkohol v krvi přesáhne 1 promile častěji než 4 krát ročně	Asi 20 %
<b>Závislí na alkoholu</b>	Zchátralí v tělesné i duševní oblasti	Asi 3 %

V časopise Psychiatrie pro praxi Popov (2003) uvádí, že Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s největší spotřebou alkoholu. V přepočtu na stoprocentní alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu téměř 10 litrů na jednoho obyvatele na rok. V konzumaci piva jsme se spotřebou téměř 160 litrů na jednoho obyvatele za rok na prvním místě celosvětových tabulek. Také spotřeba destilátů dosáhla v ČR vysokých hodnot, a to 8,3 litru na osobu v roce 2000.

Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů (abúzus) se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen. Zahraniční studie poukazují na skutečnost, že při pravidelné konzumaci vyšších dávek (20 gramů u žen a 40 gramů u mužů) dochází k řadě vážných zdravotních potíží.

### **3.6. Účinky alkoholu na psychiku člověka**

Vliv alkoholu na psychiku člověka zahrnuje širokou škálu účinků - antifobický účinek, který snižuje hladinu úzkosti a strachu, trankvilizační, jež odstraňuje špatnou náladu a navozuje dobrou, analgetický a anestetický účinek, kdy alkohol tlumí vnímání bolesti, a hypnotický účinek, který uspává. (Záškodná, 2004)

*„Neurobiologický substrát vlivu alkoholu na psychické funkce je dán změnami,*



ke kterým dochází v metabolismu neurotransmiterů (zejména dopaminu a adrenalinu) v CNS. Při alkoholismu dochází k útlumu dopaminergní, serotoninergní a taurinergní aktivity. Dochází rovněž k potlačení inhibičního účinku kyseliny GABA. Naopak zvýrazněná je aktivita glutamátu, zvyšuje se aktivita kalciových kanálů v neuronech a počet NMDA receptorů, dochází k hyperstimulaci cholinergního, noradrengního a opioidového systému. Podkladem somatického poškození organismu při alkoholismu je zejména tkáňová aktivita acetaldehydu, vznikajícího při biodegradaci etylalkoholu.“ (Popov in Kalina, 2003, str.152)

Edward (2004) ve své knize popisuje, že ačkoli změna nálady je prvním patrným a požadovaným účinkem alkoholu, ve stejné chvíli se projeví i fyziologické efekty, kterými jsou zrychlený puls, zvýšený tlak a zvýšená tvorba moči. Tyto důsledky však konzumenta většinou moc nezajímají.

Alkohol může potenciálně působit jako jed několika různými způsoby. Nejbanálnějším důsledkem přiotrávení alkoholem je kocovina, což je stav, který se může projevit mírnou přecitlivělostí, ale také děsivou bolestí hlavy, nevolností, pocitem, že se všechno točí, smrtelnou bledostí a krátkozrakým předsevzetím, že už se pití nikdy nedotkneme.

Svou roli také hraje dehydratace, způsobená diuretickým účinkem alkoholu. Alkohol také poškozuje tkáně a ničí některé orgány. Neexistuje tkáň, kterou by dlouhodobé nadměrné požívání alkoholu nepoškodilo - mozek, nervy, svaly, játra, srdce, ale nese s sebou také riziko vzniku některých typů rakoviny. Dále zhoršuje koordinaci a úsudek, což může způsobit nejrůznější nehody, ale časem může vést také k násilnickému chování nebo zvýšit riziko sebevraždy. (Edwards,2004)

### **3.7. Terapie při závislosti na alkoholu**

Popov (in Kalina, 2003) píše, že závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které postihuje jak oblast zdravotní, tak další oblasti života. Pokud není závislý pacient adekvátně léčen, jeví jeho onemocnění sklon k progresi, v terminálním stadiu může dojít k deprivaci s nutností trvalého umístění v psychiatrickém zařízení. Naopak při úspěšné léčbě dochází k uzdravení, avšak úplná abstinence je základní podmínkou léčby závislosti na alkoholu.

Klíčovou roli v terapii na alkoholu hraje psychoterapie. Většinou je používána skupinová, dynamicky orientovaná psychoterapie.

V případě škodlivého užívání může být vysoce efektivní aplikace strategie, označovaná jako krátká intervence. Jejím smyslem je pacienta upozornit na zdravotní rizika škodlivého užívání v situaci, kdy má dotyčný ještě schopnost přerušit nebo omezit pití alkoholu.

*„Senzitizace, nebo-li empiricky podložená farmakoterapie spočívající v podávání preparátů, zvyšujících vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu. Pokud však dojde k požití alkoholu po aplikaci senzitivujícího farmaky, následuje výrazná vegetativní reakce organismu, projevující se zvýšením, resp. kolísáním TK, tachykardií, zrudnutím v obličeji, bolestmi hlavy, nauzeou, případně zvracením nebo obtížným dýcháním. Výjimkou nejsou kolapsové stavy a bezvědomí. Podle nejčastěji používaného preparátu, kterým je Antabus, bývá popsána reakce označovaná jako „antabusová reakce“. (Popov in Kalina, 2003, str. 155)*

### **3.8. Odvykací stav**

Odvykací stav odeznívá obvykle během čtyř až pěti dnů, avšak některé příznaky jako nespavost, vegetativní obtíže, nebo úzkost mohou přetrvávat ještě několik měsíců. Odvykací stav může být komplikován křečemi, epileptiformními záchvaty, může také progredovat do alkoholového odvykacího stavu s deliriem. (Popov in Kalina, 2003)

V časopise Psychiatrie pro praxi Popov (2003) hovoří o deliriu tremens jako o závažném, někdy život ohrožujícím stavu s relativně vysokou mortalitou. Projevuje se poruchami vědomí, kognitivních funkcí, vizuálními, taktilními, čichovými nebo sluchovými halucinacemi, bludy (často paranoidními), dezorientací, výrazným psychomotorickým neklidem, vegetativními poruchami, hrubým třesem, záchvaty křečí. Maximum potíží nastává v noci, typická je inverze spánku. Stav je komplikován hypoglykemií, progredujícími poruchami rovnováhy elektrolytů s rizikem metabolického rozvratu, proto je nezbytné, aby se sledovalo vnitřní prostředí, monitorovali vitální funkce a aby byla včas zahájena intenzivní léčba. Léčba deliria tremens je symptomatická a profylaktická, používá se při ní široká škála medikamentů: betablokátory, adrenergní agonisté (slomidin, lofexinin), neuroleptika (tiaprid, haloperidol), antikonvulziva (benzodiazepiny).

### **3.9. Alkoholové psychózy**

V časopise Psychiatrie pro praxi také Popov (2003) uvádí, že psychotické poruchy vyvolané alkoholem (alkoholické psychózy) vznikají jako následek dlouhodobého chronického abúzu. Řadí se sem alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická demence (dříve byli mezi alkoholické psychózy zařazovány také patická ebrieta, delirium tremens, Korsakovova psychóza, alkoholická epilepsie a Wernickeova encefalopatie).

#### **a) Alkoholová halucinóza**

V časopise Psychiatrie pro praxi v článku Popova (2003) se můžeme dočíst, že alkoholová halucinóza je diagnostikována na základě trvalé přítomnosti halucinací, většinou sluchových a vizuálních, objevující se po snížení množství konzumovaného alkoholu u osoby závislé 10 a více let. Postihuje 4 krát častěji muže než ženy, vzácně přechází do chronické formy, připomínající schizofrenii.

Popov (in Horáček, 2003) v publikaci uvádí, že po nespecifických prodromech (úzkost, poruchy spánku - nespavost, dysforie, bolesti hlavy) se objevují sluchové iluze a halucinace. Pacient začíná vnímat různé, zcela indiferentní zvuky jako slova. Posléze se objevují hlasy více lidí, většinou pacientových známých, kteří se mezi sebou dohadují. Často je to právě pacient, o kterého se vede pře, přičemž jedna skupina se pacienta zastává a druhá jej osočuje, vyčítá, klade mu za vinu různé špatné skutky. Některé mají skutečný podklad.

Halucinace mohou být i zrakové, rovněž nepříjemné, někdy strašidelné. Pacienti tyto halucinace považují za realitu, často se u nich objevuje rovněž bludná interpretace. Obsahem bludné produkce bývají pocity ohrožení, ovlivňování, persekuce, megalomanské myšlenky.

Stav přetrvává týdny až měsíce, avšak orientace o místě a času je neporušena. Protože pacient vše vnímá, jako realitu, hrozí riziko agrese, respektive autoagrese, proto je potřebný neustálý dohled.

Při léčbě se uplatňují nejčastěji incizivní neuroleptika (např. haloperidol) (Popov in Horáček, 2003)

#### ***b) Alkoholová žárlivost, alkoholová paranoidní psychóza***

Popov (in Horáček, 2003) uvádí, že pro alkoholovou žárlivost jsou typické

bludy, halucinace se většinou neobjevují. Výskyt je častější ve středním a vyšším věku. Stav může přetrvávat i přesto, že pacient již dlouhou dobu abstínuje. Diagnostiku může navíc komplikovat skutečnost, že nevěra partnera je relativně častá. Konfrontace s touto realitou však pro pacienta často znamená pouze zvýraznění paranoidity (obava, že bude zlikvidován manželčíným milencem). Vlivem bludné produkce stoupá tenze a úzkost pacienta, často následovaná agresivním chováním.

Léčba spočívá v aplikaci incizivních neuroleptik (haloperidol, cisordinol).

### c) *Delirium tremenes*

Delirium tremenes je typickým příkladem nezřetelnosti přechodů mezi poruchami s různou etiologií. Porucha v minulosti zařazovaná mezi klasické alkoholové psychózy je dnes řazena do kategorie odvykacích stavů (odvykací stav s deliriem F1x4)

Delirium tremens se rozvíjí po prodromálních příznacích, kterými jsou nejčastěji neklid, nervozita, úzkost, poruchy spánku (nespavost). Posléze nastupují typické příznaky trias, která zahrnuje:

- zastřené vědomí a zmatenost;
- smyslově živá halucinace a iluze, postihující kterýkoli ze smyslů;
- výrazný třes většinou celého těla.

Obvyklá je přítomnost bludů, masivní úzkost, výrazný psychomotorický neklid, porucha rovnováhy a koordinace pohybů, poruchy orientace, spánková inverze a zvýšená autonomní činnost. Charakteristické jsou zrakové halucinace, avšak často uváděné bílé myšky jsou vzácností. Častý je naopak drobný lezoucí či skákající hmyz. Febrilie, tachykardie, profusní pocení a současně odmítání tekutin mohou vést rychle k výrazné dehydratace s deplicíí iontů a podporují vznik křečových stavů. Dalšími nepříznivými faktory z prognostického hlediska jsou vyšší věk pacienta, vícečetné smyslové halucinace, rozsáhlá desorientace a motorické automatismy.

Je využívána široká škála medikamentů- beta- blokátory, lithium, neuroleptik (haloperidol, tiaprid) (Popov in Horáček, 2003)

Další druhy, které se dříve řadily do alkoholových psychóz uvádí Vladimír (2004) v časopise Alkoholismus a drogové závislosti:

*d) Alkoholický amnestický syndrom (Korsakovova psychóza)*

S.S. Korsakov pojmenoval jako „cerebropathia psychica toxaemica“ psychózu se svérázným organickým psychosyndromem. Z nenápadných prodromů (parestázie končetin, generalizované bolesti různých částí těla, nespavost, vyčerpanost) stav propuká do psychotické epizody.

*e) Wernickeho encefalopatie*

Je jednoznačně malnutriční. Klinický obraz je zmatenost, abnormity oční motoriky.

*f) Residuální a psychotická porucha (alkoholická demence)*

Pacienti s alkoholickou demencí mají horší výsledky v motorické kontrole. Je popsán zvýšený krevní tlak.

*g) Marchiafavova- Bignamova choroba*

Je to málo časté onemocnění, většinou pozorované u těžkých alkoholiků. Bylo zjištěno několik případů u pacientů, kteří nebyli závislí na alkoholu, což znamená, že jen sám alkohol není zodpovědný za onemocnění.

### **3.10. Kasuistická práce**

Milan, 48 let

#### Osobní anamnéza

Narodil se v Praze, kde žil spolu se svými rodiči v bytě. Poté se oženil a odešel do jiného bytu, který se nacházel v témže městě, ale po rozvodu se vrací opět k rodičům, kde žije až dodnes.

V šesti letech je odvezen do Svitav ke strýci a tetě, kteří se o něj starali po

prodělání těžké nemoci, jelikož rodiče na něj neměli čas. Každý víkend za ním ale dojížděli. Milanovi se tam moc líbilo. Teta nemohla mít děti, a tak se o něj starali jako o vlastního.

V sedmi letech nastupuje na sportovní základní školu při Slavii, kde začíná rozvíjet svůj sportovní talent, ale jeho prospěch je průměrný až podprůměrný, a proto nastupuje na učiliště, kde získává výuční list automechanika. Zde se jeho prospěch výrazně lepší a chce si dodělat maturitu, ale to se nakonec neuskuteční, protože se mu narodila dcera. Jeho oblíbenými předměty byly zeměpis a dějepis, ale nerad vzpomíná na optiku a ruštinu, které ho nikdy nebavily.

Po vyučení se žíví dva roky jako automechanik, jelikož když se někdo vyučil, musel potom nastoupit na nějakou dobu na praxi k někomu do dílny. Poté odchází a získává nové zaměstnání, kde rozváží telegramy trabantem. Tím se žíví 4 roky a jako další zaměstnání si nachází díky svému otci. Pracuje ve výzkumném ústavu, kde se stará o kotelný, výměníky, má pod sebou několik lidí, které má na starosti. Tato práce se mu líbila, ale kvůli konfliktům ve firmě odchází. Nyní se žíví již deset let jako živnostník, kdy začal pokládat podlahy.

Jeho koníčkem je veškerý sport, a to jak aktivní, tak pasivní. Dříve hrával hokej za republiku, nyní už hraje pouze tenis. Ovšem pasivní sport má rád veškerý.

Miluje zvířata, a to především kočky, o které se stará už 20 let. Vždy, když k němu nějaká přijde, ujme se jí.

Říká, že není věřící, ale zajímal se o různá náboženství jako buddhismus, židovství...

### Rodinná anamnéza

Matka - Klientova matka měla základní vzdělání. Živila se jako prodavačka a dále pracovala jako barmanka nebo jako úřednice. S Milanem měla dobrý vztah, v době, kdy žila, klient téměř nepil. Občas zašel do hospody a to se jí nelíbilo, protože zůstávala sama doma. Zemřela roku 1996.

Otec - Klientův otec vystudoval vysokou školu ekonomickou a pracoval jako náměstek ve výzkumném centru. Zde byl asi 17 let a poté odchází do kanceláře prezidenta Havla. Otec zašel po práci vždy na tři piva a až potom chodil domů, ale klient říká, že problémy s alkoholem nikdy neměl. Ani doma žádné láhve neměli.

K Milanovi měl také dobrý vztah, v době jeho života klient ještě vůbec nepil.

Nevlastní sestra - Otec ji má ze svého prvního manželství a je o devět let starší než klient. Setkávají se velice málo, ale ne proto, že by měli špatný vztah. Olina má středoškolské vzdělání, nedodělala medicínu kvůli svému příteli. Dříve pracovala ve Francii a Německu jako zdravotní sestra, pak se živila jako ekonomka.

Manželka - Vzali se v roce 1981 a jejich manželství trvalo čtyři roky. Poté se rozvádí kvůli tchýni, u které bydleli, a odchází zpět k rodičům. S manželkou se však stále navštěvují ještě šest let po rozvodu. Spolu mají jednu dceru.

Dcera - 27 let, v dnešní době je již matkou. S Milanem se stýká.

V 26 letech odchází Milan na vojnu do Tábora na dva roky. Po návratu umírá otec a Milan si nachází několik ročních známostí. Nechtěl mít stálou partnerku, chce si užívat života a peněz.

Přítelkyně - v roce 1996 si nachází svou nynější známost, se kterou má čtyřletého syna.

### Zdravotní anamnéza

V pěti letech těžce nemocný, nejedl. Devět měsíců pobýval v Krčské nemocnici. Začal jíst až banány. Rodiče rozprodali majetek, aby mohli zaplatit letuškám za dovoz ovoce ze zahraničí.

V 16 letech si na hokeji utrhал stehenní vazy a pobýval opět v nemocnici. Tentokrát ve vojenské. Rok a půl mu nohu léčili. Tři týdny měl dlahu a týden rehabilitovali a tak to šlo celou dobu. Noha se mu zahojila ale k hokeji se již nevrátil.

Psychické problémy se vyskytovaly u celé rodiny z matčiny strany. Klientova matka pocházela z devíti dětí a všichni z nich spáchali sebevraždu. Nyní se tento jev vyskytuje i u jejich děti. Matka se několikrát léčila s těžkými depresemi, stejně jako její sourozenci, ale nepomohlo to.

Milan neměl žádnou dopravní nehodu, netrpí alergiemi a neměl žádný pokus o sebevraždu, ale v poslední době na ni myslel, tak zavolał dceři a ta ho odvezla na jeho žádost do psychiatrické léčebny.

V současné době užívá léky na spaní a na deprese.

## Kriminální kariéra

V 18 letech, kdy měli školní oslavu, skákali spolu s kamarády přes střechy aut. Chytili je policisté a do rána je nechali ve vazbě.

Nikdy nebyl ve vězení, ani nekonal veřejně prospěšné práce. U soudu byl pouze rozvodového a když se soudil o byt.

## Drogová kariéra

- Cigarety zkoušel asi v 16 letech, ale hodně začal kouřit až na vojně. Dnes vykouří asi 20 cigaret denně.
- Alkohol - odmala dostával k nedělnímu obědu skleničku piva, na střední škole vypil o víkendech asi litr vína. Pravidelně začal pít od smrti matky. Ačkoli vypil třeba dva a půl litru vodky, nemotal se, sám tvrdí, že může vypít cokoli. V poslední době vydržel již menší dávky. Říkal, že si dával i před spaním, aby mohl usnout.

Nynější přítelkyni jeho pití nevadilo, protože vždy byl schopný udělat to, co slíbil. Říká, že začal pít kvůli starostem a proto, aby se zklidnil. Trpěl velkými depresemi. Jeho ho v léčbě podporuje. Do léčení šel dobrovolně, aniž by o tom věděla, protože netušila, jaké má stavy.

- Marihuana - zkusil ji asi před 15 lety, ale účinek nebyl dobrý. Nemohl se pohnout a zvracel.
- Pervitin - není si jistý, jednou jeho kamarád něco přivezl a říkal, ať to zkusí, že je to pervitin. Účinek to mělo takový, že Milan třikrát přerovnal knihovnu.

## Psychózy

Klient vypráví o hlasech, které přichází odkudsi zvenčí. Říkají mu, jak je špatný, jak si celý život „zvorál“ a že z toho není cesta ven. Proto měl myšlenky na sebevraždu, ale nakonec se rozhodl, že jim přece nepodlehne a nebude jako všichni ti „slaboši“, kteří to tak řešili.

Také si stěžuje na to, že když někdo řekne nějakou „blbost“, slyší to, jako by to říkal on sám a všichni lidé se na něj dívají pohrdavě, proč to tak říká a nebo proč nezasáhne, když slyší, že se něco takového děje.

Dále vypráví o tom, že po týdnu stráveném na detoxu se nakazil blechami a



vešmi. Chodil za ostatními, aby jim je ukázal, ale nikdo je neviděl a každý se mu smál. On je však viděl po celém těle a padaly mu i z obočí, proto začal shánět nějaký postřík, ale lékaři mu nasadili léky a vysvětlili mu, že jsou to jen halucinace. Říká, že už si nepamatuje, kdy to odeznělo, ale nyní je prý už nevidí.

### Léčba

Dne 2.6.2008 je odvezen do psychiatrické léčebny, kde strávil týden na detoxu. Trochu to z něho všechno spadlo, také proto, že teď za jeho starosti odpovídá někdo jiný.

Líbí se mu zde, ale nevyhovují mu večerky a také kluci, kteří se tu léčí jen proto, že to mají nařízené. Mluví prý o tom, kam si půjdou „dát“, až vyjdou ven. Jeho cílem do budoucna je koupení si vlastního bytu, udržení abstinence a především chce vést svého syna ke sportu.

### Můj závěr

Milan je na první pohled velice sympatický a ochotný pán ve středních letech. Bohužel však musím konstatovat, že se s ním nepracuje příliš dobře, jelikož jsem zjistila, že v několika věcech lhal. To jsem se dozvěděla poté, co jsme spolu domluvili, kdy jsem nahlédla do jeho dokumentace (např. není pravda, že alkohol jeho přítelkyni nevadí, protože od něj chce odejít...).

Nevím tedy, jestli je pravdivé vše, co mi řekl o svých psychotických stavech. Když to srovnám s teoretickou částí, která je popsána výše, zařadila bych ho asi do skupiny prožívající delirium tremens. Podle jeho slov chyběl spánek a prožíval i masivní úzkosti. Zrakové halucinace se nacházely v podobě skákajícího hmyzu (vší a blech), ovšem hlasy, které byly slyšeny, by mohly spadat do alkoholické halucinózy.



## 4.LSD

### 4.1. Zařazení LSD

Miovský (in Kalina, 2003) rozděluje halucinogeny na tři základní skupiny:

- přírodní halucinogeny rostlinného původu a houby (např. mezkalin, durman, psilocibin atd.)
- přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. bufetenin)
- semisyntetické a syntetické (např. LSD a PCP- „andělský prach“)

Historie označení halucinogenních drog je velice dlouhá. Název zavedli v roce 1954 Osmond, Symythies a Hoff. Dříve byly pojmenovávány např. delirogeny, psychotomimetika, psychodysleptika, fantastika, psychedelika atd.

S halucinogenními látkami se také experimentovalo v rámci psychoterapie k usnadnění a urychlení terapeutického procesu u těžkých neuróz, poruch osobnosti, závislostí i u psychóz a rovněž v psychoterapii umírajících. (Miovský in Kalina, 2003)

### 4.2. Definice LSD

Účinnou látkou je diethylamid kyseliny lysergové- LSD-25. V dnešní době se u nás LSD vyskytuje ve formě krystalů, nebo tripů. (Miovský in Kalina, 2003)

Trip je malý papírek o rozměrech zhruba 5 krát 5 milimetrů napuštěný roztokem. Dávka LSD na jednom tripu je 30-100 mikrogramů<sup>1</sup>. Další formy distribuce LSD, užívané zejména v 60. letech, byly tablety, želatina, roztoky a krystaly. ([www.lsd.cz](http://www.lsd.cz))

U nelegálně vyráběných tripů se mohou vyskytovat výrazné výkyvy v obsahu aktivních látek a značný podíl různých dalších příměsí a nečistot. Jedná se o příměsí, které tam výrobci dávají většinou záměrně. Obvykle se jedná o stimulancia a to především o extázi. Proto většinou nelze hovořit o „čistém“ účinku LSD, ale o kombinovaném účinku více psychoaktivních látek. V důsledku toho lze těžko předvídat účinky, a tím se i zvyšují rizika výskytu nepříjemných reakcí u méně zkušených uživatelů. (Miovský in Kalina, 2003)

*„Různé tripy (bart, panoramatix, stopař, slunce, cyklista, komunista, bez*

obrázku) se liší pouze obsahem psychoaktivního LSD a případnými nečistotami, které způsobují nežádoucí vedlejší efekty (bolesti hlavy). Rozdíly v množství účinné látky (ačkoli mohou být třeba trojnásobné) by neměly mít v případě požití jenom jednoho tripu vliv - jsou příliš malé, aby jejich vliv byl větší než vliv prostředí, ve kterém si trip dáte. Požitek teda nezávisí na druhu tripu, ale na situaci, psychice, prostředí, společnosti.“ (www.lsd.cz)

LSD začíná obvykle účinkovat 30 minut až hodinu po orálním požití a potom působí 8 až 10 hodin, přičemž se účinky ke konci sezení postupně snižují. (Houstonová, Masters, 2004)

LSD u člověka nevyvolávají závislost takovou, jaká je známá u jiných skupin drog. Zatím nikdy nebyla popsána skutečnost, že by se někdo LSD předávkoval a zemřel. (Miovský in Kalina, 2003)

1) V publikaci Kalina a kol. 2003 se uvádí, že účinné látky se na tripech v dnešní době nachází řádově 50-80 mikrogramů.

### **4.3. Historie LSD**

LSD poprvé syntetizoval A. Hoffmann ve výzkumných laboratořích společnosti Sandoz ve švýcarské Bazileji v roce 1938. Halucinogenní nebo psychedelické vlastnosti LSD však Hoffmann objevuje až v roce 1943. Při syntéze LSD-25 prožil zvláštní neklid, který byl spojen s náporem závratě, proto musel přestat pracovat a vrátil se domů, kde prožil něco jako stav opilosti, ale s velkou dávkou fantazií. Po přibližně dvou hodinách obraz mizí. To Hoffmanna ohromě zaujalo. Když se vrátil zpět do své laboratoře, požil přibližně 250 mikrogramů. Dávku, kterou v té době považoval za zcela nepatrnou. Brzy ale zjistil, že objevil nejmocnější psychoaktivní substanci, kterou lidstvo zná. (Masters, Houstonová, 2004)

*„Minulý pátek, 16.4.1943 jsem byl donucen přerušit své laboratorní práce zhruba v polovině odpoledne a odejít domů, protože jsem pociťoval neobvyklý neklid, provázený mírnou závratí. Doma jsem si lehl a upadl do nepříjemného stavu podobnému intoxikaci, projevujícím se extrémně podnětnou představivostí. Když jsem zavřel oči (denní světlo bylo velmi nepříjemně ostré a jasné), ocitl jsem se ve stavu podobnému snění, projevujícím se nepřetržitým tokem představ fantastických výjevů, zobrazujících se s neobyčejnou intenzitou a projevujících se kaleidoskopickou hrou barev. Po dvou hodinách tento stav zmizel. Celkem vzato se jednalo o pozoruhodný zážitek s rychlým počátkem a velmi neočekávaným*

*průběhem. Zdá se, že byl způsoben nějakými vnějšími toxickými vlivy a dávám je ve spojení s látkou, se kterou jsem pracoval ...diemichilamid kyseliny lisergové. Ale naskýtá se jiná otázka, jak se mi podařilo tuto látku absorbovat? Protože je mi známá toxicita sloučenin námele, vždy puntičkářsky dodržuji bezpečnostní pravidla práce. Mohu bezpečně konstatovat, že jsem se roztoku LSD v průběhu krystalizace dotkl konečkem prstu, a tak mohl být zlomek substance absorbován kůží.“*  
(Hoffmann)

#### **4.4. Působení LSD na organismus**

Neurobiologické mechanismy účinku halucinogenních látek v mozku souvisejí s jejich vlivem na specifické serotonergní receptory. Ve vazbě na tyto receptory působí jako antagonisté serotoninu a dopaminu.

Typicky se projevují výraznějším sklonem k ornamentalizaci, zvýšené citlivosti vnímání prostoru a barev. To se projevuje barevnými kaleidoskopickými obrazci. Ve většině případů se při intoxikaci objevují pocity mírné euforie, dobrá nálada, někdy přecházející v nabuzený extatický stav. Někdy se však objevuje nepohoda, úzkost, nebo deprese. (Miovský in Kalina, 2003)

Během intoxikace se často vyskytují pocity přílišného chladu nebo tepla, nadměrné slinění nebo sucho v ústech a závrať - ty je možné přičíst narušení autonomních funkcí. Dále se objevují stížnosti na obtížné dýchání, strnutí šíje, bolesti hlavy nebo bolesti v srdeční oblasti. (Houstonová, Masters, 2003)

*„Často se objevuje pocit, že povrch těla je mírně znecitlivělý a jakoby celý „zgumověl“, jak mnozí popsali. Skutečnost, že se takové příznaky působení LSD v případě zkušených osob nevyskytují, nebo jsou u nich méně podstatné, podporuje tvrzení, že tyto symptomy jsou do velké míry psychogenické.“*  
(Houstonová, Masters, 2003, str. 90)

#### **4.5. Účinky LSD na psychiku člověka**

*„LSD je mocná psychoaktivní látka, která mění a rozšiřuje lidské vědomí. Dokonce i ta nejstručnější shrnutí psychologických účinků těchto látek musí zahrnout následující jevy: změny obrazového, sluchového, hmatového, čichového, chuťového a kinestetického vnímání. Změny prožívání času a prostoru, změny*

*počtu a obsahu myšlenek, změny tělesného vzhledu, halucinace, živé obrazy - eidetické obrazy, které člověk spatřuje za zavřenými víčky. Podstatně zvýšenou barevnou citlivost, náhlé a četné změny nálad, zvýšenou ovlivnitelnost, zesílené vzpomínky a paměť, odosobnění a rozplynutí ega, dvojnásobné, mnohonásobné, nebo útržkovité vědomí, zdánlivé podvědomí vnitřních orgánů a tělesných procesů, náhlý vzestup nevědomých obsahů, rozšíření vnímání jemných jazykových rozdílů. Dále zvýšenou citlivost vůči mimoslovním podnětům, pocit schopnosti mnohem lepší komunikace pomocí mimoslovních prostředků, které mnohdy také zahrnují prostředky telepatické, pocity soucítění návratu zpět a „primitivizace“, očividně zvýšenou schopnost soustředění, zesílení povahových rysů a psychodynamických procesů.“ (Masters, Houstonová, 2004. str. 13)*

Dále Houstonová a Masters (2004) uvádí, že vyšší dávky mohou navodit halucinatorní stav, který není ovlivnitelný vůlí a tomohou osoby s potřebou sebekontroly vnímat velice negativně. V tomto případě se může vyskytnout tzv. bad trip. Může též vzniknout při „špatném naladění“, například při déletrvající depresi, z rozchodu s partnerem, nebo při intoxikaci na nepříjemném místě nepříjemnými a neznámými lidmi. Může také dojít k rozvoji paranoidního stavu, kdy má dotyčný pocit, že je ostatními sledován a hodnocen.

Vysoké dávky mohou také způsobit poruchy myšlení, zvýšenou vztahovačnost až paranoiditu, doprovázenou poruchami paměti, úsudku a pozornosti. Mohou se ale také vyskytnout jevy depersonalizace a derealizace. (Miovský in Kalina, 2003)

*„Depersonalizace může být prožívána tělesně jako pocit ztráty citlivosti v části či celém těle ( v extrémním případě ve spojení s halucinacemi může dojít k pocitu chybění končetiny), dále duševně např. pocitem ztráty schopnosti empatie, vřelých pocitů, lásky, nenávisti apod. Derealizační pocity pak mohou navodit stav úplného odcizení vlastního těla a prožívání vést postupně k situaci, kdy intoxikovaný sám sebe vnímá jako „diváka“- pozorující postavu v kině a má dojem naprosté neúčasti na tom, co se děje okolo něj.“ (Miovský in Kalina, 2003, str.171)*

Miovský (in Kalina) dále upozorňuje na jev, že celkový průběh intoxikace se nedá dopředu předpovědět, protože záleží jak na samotné látce, tak na nastavení jedince – na jeho očekávání, únavě. Také je zde zapotřebí počítat s vlivem tzv. settingu“, tedy místa, prostředí kde je droga užívána (s kým, kde, jak, proč, hudba, znalost prostředí, a jeho příjemnost atd.)

Lidé pod vlivem psychedelik vnímají ostatní osoby jiným způsobem než v době bez návykové látky. Dochází ke změně zrakových vjemů, tedy způsobu, jak vidíme druhou osobu, což může přímo souviset s citovým stavem subjektu a jeho ideací. (Masters, Houstonová, 2004)

Tabulka porovnání efektů na čistém LSD a acidech na tripu.

(Hodnoty byly získány průzkumem subjektivního hodnocení prožitku u 2000 lidí)

	Čisté LSD	Acid na tripech
Nerozeznatelnost halucinací	8	2-5
Detailnost halucinací	9	0-6
Vnímání pohybu jako řady jednotlivých obrazů	7	1-7
Jasnější barvy a změny barev	6	0-5
Zmatení smyslů (vidíte hudbu)	9	1-5
Schopnost asociovat myšlenky	8	1-5
Euforie, pocit větších schopností	8	1-5
Změna ve vnímání času	8	2-6
Zveličování povahových rysů, karikatura	9	1-6
Emoční obsah (emoční vliv) halucinací	5	1-4
Stimulace, imaginace, fantazie	9	1-5
Přístup do podvědomí	9	0-3
Rozpad ega	9	2-8
Zážitky mimo vlastní tělo	7	2-8
Netečnost, otupělost po skončení tripu	0	3
Bolesti hlavy po skončení tripu	0	0-6

Čistého LSD se jedná o dávku 0,3 mikrogramů a 0,03-2 mikrogramů acidu na tripech. Čísla jsou relativními hodnotami, sloužící k srovnání intenzity mezi danými látkami. (čím vyšší hodnota je, tím intenzivnější byl efekt u dané látky). (www.lsd.cz)

#### **4.6. Terapie při závislosti na LSD**

Miovský (in Kalina, 2003) popisuje tři skupiny klientů. První skupinou klientů je ta, na kterou je vytvářen vysoký nátlak vyhledat odbornou pomoc od školy a nebo od rodiny. Většinou dostačují intervence poradenského typu, nebo krátkodobá psychoterapie zaměřená na problémy, které mohly vést k užívání látky. Ústavní léčba v zařízeních pro drogově závislé obvykle není vhodná ani nutná.

Do druhé skupiny by se nechali zařadit nezkušení experimentátoři, u nichž droga během intoxikace vyvolá nečekaný a nepříjemný stav. Tito klienti jsou většinou vystrašení z toho, jestli se během intoxikace nemohlo něco stát a jestli to nebude mít nějaké následky. V těchto případech se používá jako léčebná metoda citlivá poradenská intervence, na kterou může případně navázat krátkodobá psychoterapie zaměřená na práci s důvody, které vedly klienta k experimentům.

Naproti dvou předchozím, celkem neproblémovým, skupinám je zde třetí, nejzávažnější skupina klientů. U nich se objevují výrazné psychické komplikace. Tyto klienty je nutno léčit v psychiatrických léčebnách. V jejich případě nelze experimentovat s dalšími halucinogenními látkami, díky vysokému riziku komplikací.

#### **4.7. Psychózy způsobené LSD**

Popov (in Horáček, 2003) říká, že halucinogeny jsou nejvyhledávanějšími drogami experimentátorů a rekreačních uživatelů hlavně pro svůj „psychotomimetický“ účinek. To znamená, že mají schopnost vyvolat krátký či delší intenzivní prožitek podobný psychotickým stavům. Díky tomu se LSD, které proslulo v 60. letech, stalo opět vyhledávanou drogou. Nejčastěji je užíváno na pátečních či víkendových tanečních „rave parties“. Bývají doplněné vizuální složkou, při které se promítají speciální, symbolické, ostře barevné obrazce či filmy, umocňující psychedelický zážitek.

Intoxikace malým množstvím halucinogenů trvají krátce a rychle odeznívají. Podle MKN-10 je schématicky řadíme mezi „akutní intoxikace“ (F1x.0).

Trvá-li stav déle než dva dny, lze přemýšlet o toxické psychóze, při které jsou psychotické projevy dominantní. V tomto případě se na lékaře obracují nejen sami



postižení, ale také jejich blízcí, jelikož klient nacházející se v psychóze, se styku s cizí osobou obává. Velmi často se dotyčný neobejde bez hospitalizace, jelikož je mu nutno zajistit klidné, neohrožující, předvídatelné, bezpečné prostředí, neboť pacient je přesvědčen o realitě halucinatorních prožitků, často s velmi nepříjemným, či děsivým obsahem. Pacient nesmí být ponechán bez dozoru, ke zklidnění je vhodné použití benzodiazepinů. (Popov in Horáček, 2003)

#### **4.8. Kasuistická práce**

Jan, 26 let

##### Osobní anamnéza

Bydlel s oběma rodiči a sestrou v bytě v Blatné. Poté se odstěhoval a bydlel u kamaráda, s kterým podnikal v oboru zbraně a střelivo, ale po roce se vrací zpět k rodičům, neboť kamarád začíná obchodovat s drogami. Zde je až do 27 let a pak odchází ke své přítelkyni do Nových Hradů. Po roce se však rozcházejí a krátce na to se stěhuje do Kaplic.

Na základní školu chodil Jan do Blatné. Jeho prospěch je v lepším průměru. Mezi jeho oblíbené předměty patřil zeměpis a výtvarná výchova, zato měl problémy s matematikou a cizími jazyky. Jeho cesta dále pokračuje na střední odborné učiliště výroby nábytku, kde získal výuční list. Poté si dělá ještě jedno učiliště, tentokrát dálkově zbrojíře. Zde však po dvou letech končí kvůli financím. Poté si ještě dělá rekvalifikační kurz architektury počítačů, ale ten nedokončuje, protože to není zaměřeno podle jeho představ.

Klient vystřídal několik zaměstnání. Nejprve měsíc pracoval v Temelíně, ale odsud odchází, jelikož se mu nelíbilo, že měl kontrolovat a „buzerovat“ lidi, jak říká. Poté pracuje půl roku jako pomocník tiskaře, a to než odchází na vojnu. Po návratu deset měsíců vyráběl zbraně, ale to zkrachovalo a on pouze pracoval s vrtačkou (vrtal na vrtačce). Měl málo peněz (malé peníze), a proto znovu toto zaměstnání opouští. Poté dostává nabídku od svého kamaráda a osm měsíců opravuje a prodává zbraně. Ale i zde je málo peněz a hlavně kamarád začal „divně podnikat“, a tak Jan odchází do výroby kondenzátorů. Zde však setrvává jen pár týdnů a poté pracuje asi rok jako skladník. Odsud odchází do velkoobchodu s nápoji, kde rovněž

pracuje jako skladník. Vydrží dva roky a pak se stěhuje do Nových Hradů. Zde pracuje s vysokozdvihným vozíkem. Zůstává opět rok a poté se seznamuje se svou nynější přítelkyní a odchází do nového zaměstnání, kde vyrábí okna a portály z hliníku. Zde je čtyři měsíce a poté odchází na svoje nynější pracovní místo, kde brousí nástroje. Tato práce ho prý baví.

Jako svoje koníčky uvádí přírodu, dokonce chodil osm let do skauta. Dále ho baví cestování a „nepohrdne“ ani počítači.

Zvířata nemá, nikdy neměl a asi ani nikdy mít nebude. Říká, že k nim nemá vůbec žádný vztah.

Na otázku, jestli je věřící, odpovídá, že věří v nějakou vyšší sílu, která je v mysli každého z nás. Ale říká, že v době, kdy měl psychózu, nepochyboval o tom, že je ďábel. Říká, že Ježíš by mu pomoci nemohl a církev už vůbec ne, ale nad náboženstvím raději přemýšlet nechce, jelikož se mu vracejí ošklivé myšlenky.

### Rodinná anamnéza

Matka - 52 let, má středoškolské vzdělání. Pracuje jako konzultantka ve firmě vyrábějící programy pro účetnictví. Když se dozvěděla, že její syn užívá LSD, což bylo až v době psychózy, byla překvapená a nechápala to.

Otec - 55 let, je vyučený pokrývačem, ale pracuje v kamenolomu. Hodně pije a kouří. Nikdy mu neřekl, co se s ním děje, protože k němu nemá důvěru, nemá ho rád za to, jak se chová k mámě, když se napije. Trpí chorobnou žárlivostí.

Sestra - 28 let, má středoškolské vzdělání, pracuje v kanceláři. S bratrem má dobrý vztah. Ona nikdy žádnou drogu nezkusila.

### Zdravotní anamnéza

Klient má silnou alergii na prach, seno, peří a pily. Jinak nikdy nebyl na operaci, ani neměl žádnou vážnější nemoc. Nikdy se nepokusil o sebevraždu, ale vážně o ní uvažovat rok, protože nevěřil, že psychóza ustoupí. Nechtěl ale ublížit svým blízkým, a proto se pro ni nerozhodl.

Klient užíval šest let antidepresiva, které mu byly předepsány po prodělání psychózy. V současné době žádné léky neužívá.

V jeho rodině je závislý otec na alkoholu, jinak strýc z máminy strany spáchal

sebevraždu a jeho manželka se o ni poté také pokusila.

### Partnerské vztahy

První vztah měl ve 14 letech. Trval několik měsíců, ale poté se rozešli, protože Jan měl jiné zájmy a vztah ho omezoval. Další vztah měl až ve 23 letech s dívkou, se kterou se seznámil v léčebně. K té se odstěhoval, ale po roce se rozešli a našel si svou nynější přítelkyni, s kterou se má oženit v červenci 2008.

### Kriminální kariéra

Nikdy nebyl ve vězení, ve vazbě ani nevykonával veřejně-prospěšné práce.

### Drogová kariéra

- Alkohol - 14 let - pouze občas, bylo mu po něm špatně.
- Marihuana - 16 let.
- Houby - 18 let - asi dvakrát.
- LSD - 18 let.

Návykové látky začal užívat, jak říká, jen tak. Neslyšel o tom nic nebezpečného. Nejčastěji užíval LSD, aby se odreagoval. Bral si ho asi desetkrát za půl roku. Psychóza přišla v době, kdy si vzal 1,5 papírku. LSD někdy kombinoval s marihuanou a někdy s alkoholem, protože když měl v sobě LSD mohl prý vypít cokoli a nebylo mu špatně.

Všechny tyto látky si obstarával u kamarádů.

### Psychóza

„Každá intoxikace LSD je psychóza, ale za opravdovou považuji tu negativní, kdy nic není pozitivního.“ (klient Jan)

Nejprve klient mluví o stavech, které normálně po intoxikaci zažívá, stejně jako ostatní. Vypráví o neustále se měnícím organickém kaleidoskopu, který mění barvy podle toho, nad čím přemýšlí. V nejintenzivnější fázi jde o obraz, který je složen z milionů bodů, které jsou propojeny, a jak stav odeznívá, tak se přibližují. Ví, jak je

to přesně propojeno, a je si jistý, že až procitne, bude to schopen namalovat, ale nejde to. V době, kdy procitá, není schopen ani malovat a ani si sám sobě vysvětlit, jak je to možné a co se to vlastně dělo.

První svou negativní psychózu, jak o ní klient mluví, prožil ve svých 20 letech, kdy spolu se svým kamarádem požili LSD. Tenkrát se zastavili v myšlenkách, jelikož říkal, že nemá cenu mluvit o nějakém tématu, ale přitom o něm mluvil. Usoudil proto, že všechna témata na zemi jsou zbytečná a také, že celý svět je zbytečný. V tu dobu Jan mluví o jakési smyčce, z které nebylo úniku. To trvalo tři dny, ale klienta to od dalšího užití neodradilo. Řekl si, že se podobných situací dá vyvarovat, a proto LSD užívá i nadále.

Druhá, ale o to horší psychóza přichází ve 23 letech. Říká, že tento stav byl nejhorší z jeho života. Vykládá, jak seděl u televize a byl tam člověk, který byl podobný jemu samému. Když se však podíval pozorněji, byl to on sám. Říká, že ho viděl i při zavření očí, že z toho šla hrůza, a co bylo úplně nejhorší, že se mu smál - smál se sám sobě. Od té doby viděl svůj obraz všude. Šel parkem a díval se na listnaté stromy a i zde viděl něco děsivého. Později si uvědomil, že opět viděl sebe. Další problémy měl při poslouchání rádia, kdy tam někdo mluvil a on slyšel, že mluví přímo na něj osobně. Nebo při poslouchání písniček - „To samé písničky v rádiu a jejich idiotské texty, schválně dvousmyslné, aby interpreti byli zajímaví, mně hodně ubližovaly.“ Říká, že velká úzkost přicházela též v okamžiku reklam , např. na kávu, v které se objevovalo „je to jenom začátek“.

Říká, že po této psychóze měl asi půl roku návaly absolutní hrůzy, které se opakovaly i několikrát za minutu. Přimo po odeznění účinku (asi 12 hodin po požití tripu) se mu podařilo usnout. Měl hrozné noční můry a vše se mu to promítalo znovu. Ráno na vše zapomněl. To nemělo ale dlouhého trvání, jelikož vše se znovu vrací asi po třech týdnech. Přitom si nic „nedal“ (ani alkohol).

Říká, že na žádné fyzické příznaky si nevzpomíná, ale že ví zcela jistě, že už nechce nikdy žádnou návykovou látku vyzkoušet.

### Můj závěr

S Janem se mi pracovalo velice dobře. Byl trpělivý a snažil se mi podat co největší množství informací, o tom, co všechno prožil. Bylo vidět, že na některé věci se mu hůře vzpomíná, ale přesto mi vylíčil úplně vše.

Na Janovi si můžeme všimnout klasické ukázky prožití „bad tripu“. Jeho stavy hrůzy, které nechtěly odeznít, bych zařadila do nejobtížněji léčitelných pacientů - do třetí skupiny, o které jsem se zmiňovala v bodě 7, tedy do skupiny nutné léčit v psychiatrických léčebnách.

Po léčbě musel dlouhou dobu užívat léky. Poté, co je vysadil se mu stavy úzkosti vrátily, a proto musel znova jít na léčení. Nyní je však již úspěšně několik měsíců neužívá a stav se nehorší.

Je možné, že tyto stavy zažil, jelikož říká, že ještě před požitím prožíval někdy stavy deprese a navíc že si ve svém životě připadal dost často méněcenný. Také v dobu, kdy po „bad tripu“ zažil „negativní psychózu“, měl nějaké osobní problémy, které se také mohly odrazit ve stavu, který později prožíval.

### Léčba

Do léčby nastoupil dobrovolně. Po čtyřech dnech utrpení zjistil, že to sám nezvládne. Došel si k obvodnímu lékaři, který ho poslal k psychiatrovi a ten následně do psychiatrické léčebny, kde strávil sedm měsíců. Poté se vrátil domů, ale do léčebny se vrací znovu poté, co vysadil léky a stavy úzkosti a deprese se mu vracejí.

Na otázku, co se mu v léčebně dařilo, odpovídá, že získal schopnost navazovat nové vztahy a komunikovat s lidmi.

Jeho cílem je úplné vyléčení, i když říká, že je přesvědčený, že si za žádnou cenu návykovou látku nevezme. Dále by chtěl mít rodinu spolu se svoji budoucí manželkou a přál by si, aby tento stav nikdo z jeho blízkých nikdy v životě nezažil.

## 5.Pervitin

### 5.1. Zařazení pervitinu

Minařík (in Kalina, 2003) píše, že pervitin patří do skupiny psychostimulancia (jinak nazývaných psychoanaleptika, psychomimetika). Jsou to látky s nefyziologickým budivým efektem na CNS. K psychostimulanciím patří kromě pervitinu také, amfetamin nebo kokain. Občas se sem přiřazuje ještě extáze.

Stimulancia představují zátěž pro celý organismus, ale hlavně pro kardiovaskulární systém, kdy stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Organismus je po dobu účinky připraven k vrcholovým výkonům, což spolu s nechutí k jídlu vede k rychlému hubnutí. (Minařík in Kalina, 2003)

Dlouhodobé, ale i jednorázové užívání psychostimulancií může vést podle Minaříka (in Kalina, 2003) k toxickým psychózám. Tento stav se většinou objevuje pod obrazem paranoidního či paranoidně halucinatorního syndromu, jinak nazývaného „stíha“.

Hlavní rysy rozvinuté toxické psychózy vypadají takto:

- paranoidní myšlenky, že klientovi chce někdo ublížit
- zřetelné postižení nálady
- zrakové, sluchové a taktilní halucinace

*„Neurobiologický mechanismus působí na synapsích spočívá ve vzestupu koncentrace monoaminů (dopamin, noradrenalin, serotonin) v synoptické štěrbině. Dochází k jejich zvýšenému vylučování (ovlivnění presynaptických receptorů), dále pak ke snížení zpětného vychytávání monoaminů (reuptake). Blokují také jejich biotransformaci (inhibice MAO) a podílí se na vytváření p- hydroxinorefedrinu, který funguje jako falešný mediátor (přímá stimulace postsynaptického receptoru).“*  
(Minařík in Kalina, 2003, str. 164)

Od Minaříka (in Kalina, 2003) se také dovídáme, že psychostimulancia povšechně zvyšují psychomotorické tempo a bdělost a to především urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností poměti. Dále také zkracují dobu spánku a zahánějí únavu. Často vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit síly a energie.

Psychostimulancia také způsobují anxiogenní chování, což znamená, že vyvolávají úzkost a mohou umocňovat trému. Člověk, který je užil, může být agresivní a často se stává, že přeceňuje svoje hranice psychosomatických možností. Dále způsobuje vzestup tlaku krve, tepové frekvence, bronchdilataci atd. Když látka z těla vyprchá, dostavuje se tzv. dojezd, což je stav podobný „kocovině“, který se projevuje celkovým vyčerpáním, únavou, bolestí kloubů, ale není vynímečný několikadenní spánek, který je přerušovaný konzumací velkého množství potravy, jak již bylo výše zmíněno. (Minařík in Kalina, 2003)

## **5.2. Definice pervitinu**

Pervitin, nebo-li metamfetamin, který je v chemickém názvosloví označován jako pravotočivý fenylmethylaminopropan je účinnější než amfetamin. V čisté formě je to mikrostalický bílý prášek bez zápachu s hořkou chutí. Na černém trhu se však často objevuje zabarven dožluta či do fialova, jelikož jsou v něm přítomny zbytky látek, které jsou používány při domácí výrobě. Základními látkami pro výrobu pervitinu jsou efedrin, louh a červený fosfor. (Minařík in Kalina, 2003)

Pervitin se aplikuje

- Ústně- polykání tablet o hmotnosti 5mg, které začnou působit během 15-30 minut a účinek trvá asi 6hodin
- Šňupáním- krystaly se rozdrtí na prášek, kdy vznikne „lajna“ o délce asi 5-7cm a ta se do nosu dopravuje buď stočenou bankovkou, trubičkou, nebo přímo do nosu
- Injekčně- jedná se o rozpuštěný prášek ve vodě, který se přefiltrovává kvůli oddělení nečistot, začíná působit okamžitě
- Kouřením ([www.drog.web3.cz](http://www.drog.web3.cz))

*„Hlavní příznaky intoxikace zmizí za 8 až 24 hodin. Z těla se vylučuje močí, z velké části nezměněn po řadu dní. Biologický poločas je 12-34 hodin. Jeho průkaz laboratorními metodami moči je možný po 2.-14. dnech.“* (Minařík in Kalina, 2003, str. 166)

Na pervitinu je možný vznik psychické závislosti, nikoli závislosti somatické. To se vyznačuje především cravingem. (Minařík in Kalina, 2003)

Mezi účinky pervitinu patří především pocit zvýšení výkonnosti a to jak fyzické, tak psychické, hovornost, potlačení pocitu únavy a chuti k jídlu, nebo zvýšená

bdělost. Při vyšších dávkách se objevuje potřeba stále něco dělat, neklid, či nespavost. Po odeznění účinků nastává „dojezd“, který se projevuje skleslostí, depresemi, strachem a vyčerpáním. ([www.wikipedia.cz](http://www.wikipedia.cz))

*„Takzvané jízdy jsou opakované injekční aplikace pervitinu, kdy přetrvává pocit rozjařenosti- člověk je v podstatě pořád pod vlivem drogy. To trvá i několik dní (do vypočtení zásob), kdy narkoman neje a nespí. Potom následuje 48-hodinový spánek a po probuzení vyčerpání, deprese, dehydratace a hlad.“* ([www.drog.web3.cz](http://www.drog.web3.cz))

### **5.3. Historie pervitinu**

Minařík (in Kalina, 2003) říká, že stimulancia byla objevena poměrně pozdě. Amfetamin, byl jako první syntetizován až v roce 1887, ale jeho účinky byly prozkoumány až počátkem 20. století a ještě v roce 1939 byl považován za nenávykový. Za necelý rok však již popsali zneužívání amfetaminu v USA. (Minařík in Kalina, 2003)

Tato droga byla vynalezena v Číně pro vojenské účely. Číňané si přáli vyrobit látku, kterou by vojáci dostávali před útokem a tím by došlo k vybuzení jejich sil a potlačení pudu sebezáchovy. ([www.angfire.cz](http://www.angfire.cz))

### **5.4. Působení pervitinu na organismus**

*„V CNS pervitin zvyšuje koncentraci mediátorů- monoaminů (dopaminu, noradrenalinu, serotoninu) i v interneuronálních synapsích. Po odeznění efektu dochází k depleci (nedostatku) neuromediátorů, to je příčinou nepříjemného stavu, tzv. „dojezdu“. Pervitin je psychomotorické stimulant- zřetelně ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce, užití vede k euforii, snižuje únavu, navozuje stereotypní chování, působí nechutenství (anorexii). Uvolňuje v těle zásoby energie, zvyšuje výkonnost celého organismu. Urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid- typická je tzv. „vykrouženost“. Dále zvyšuje krevní tlak a tep, stoupá dechová frekvence. Zorničky jsou rozšířené (mydriáza). Zvyšuje pohotovost ke křečím. Ustupuje pocit únavy, organismus pracuje s vypětím sil až do vyčerpání. Pervitin urychluje tok myšlenek, často na úkor kvality (hlavně při opakovaném užití). Zvyšuje pozornost a soustředěnost. Zlepšuje schopnost empatie, odstraňuje*



*zábrany. Nastupuje euforie, pocit sebejistoty a rozhodnost. Intoxikovaný nemá potřebu spánku. Působí anxiogenně (může navodit strach a úzkost). Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s hlubokými pocity vyčerpání a celkovou skleslostí (dojezd).“ (Minařík in Kalina, 2003, str. 166-167)*

Dále Minařík (in Kalina, 2003) upozorňuje, že při prvním požití pervitinu není výjimkou dostavení se bolesti v těle a úzkosti. Akutní intoxikace se projevuje silným drážděním sympatiku, dále neklidem, hyperaktivitou, bolestmi hlavy, mydriázou, tachykardií s arytmiemi, hyperreflexie. U příliš velké dávky předávkovaný pociťuje těžkou bolest na hrudi a může upadnout do bezvědomí na 1-2 hodiny.

Jako následek chronického užívání mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí, kdy se závislý stává neklidným, pociťuje úzkost a předrážděnost. Má také problémy se spánkem, panikařením, nevolnostmi, zvracením nebo suchem v ústech. Při dlouhodobém užívání se dostavuje celková sešlost z podvýživy. Dalšími komplikacemi jsou třes, bolesti u srdce a bolesti kloubů, zvýšení šlachových a okosticových reflexů, široké nereagující zorničky, hemorrhagie (krvácení) v plicích, játrech, ve slezině. (Minařík in Kalina, 2003)

### **5.5. Účinky pervitinu na psychiku člověka**

Hlavními komplikacemi při užívání pervitinu jsou halucinace, strach, neklid, vztahovačnost, deprese, sebevražedné tendence, podezíravost, chorobná žárlivost, nebo stavy zmatenosti. Dále se mohou objevovat poruchy paměti a neschopnost koncentrace. Při chronické intoxikaci nebo při užití velmi vysoké dávky se rozvíjí toxická psychóza pod obrazem paranoidně- halucinatorního syndromu tzv. „stíha“. (Minařík in Kalina, 2003)

### **5.6. Terapie při závislosti na pervitinu**

Léčebné intervence u závislých na pervitinu zahrnují širokou škálu poradenských přístupů. Jedná se jak o ambulantní a intenzivní ambulantní léčby, léčby ústavní, i rezidenční léčby v terapeutických komunitách.

Vždy jde o léčbu vedoucí k abstinenci, protože možnost substituční léčby pervitnem prakticky neexistuje. Sice už jsou pokusy se substitucí stimulanty či buprenorfinem, ale ty nemají zatím žádné výrazné výsledky (Minařík in Kalina,

2003)

### **5.7. Pervitinové psychózy**

Popov (in Horáček, 2003) říká, že se jedná o poruchu častou. Prakticky každý pravidelný uživatel pervitinu tento stav osobně prožije. Dominuje úzkost, vztahovačnost, přecházející v masivní paranoiditu, s pocity pronásledování, ohrožení života a spotřebou aktivních obranných opatření, doprovázených často agresivitou vůči okolí, při které dochází k sociální izolaci jedince. Následuje fáze hyperaktivity vůči stimulům z okolí a vytváří se bludný systém s obsahem stálého, nepřetržitého pronásledování.

Při stavu akutní úzkosti lze aplikovat benzodiazepiny (diazepam ). Nutné je však posoudit, zda se jedná skutečně o toxickou psychózu nebo o psychotické projevy, tvořící součást obrazu akutní intoxikace.

V takovém případě je nutná komplexní terapie, zahrnující léčbu všech závažných projevů intoxikace jakými jsou ztráta kontaktu s realitou, paranoidita, spojená často s agresivním chováním, hyperventilace, hypertermie, hypertenze, oběhové selhávání, srdeční arytmie, nebo infarkt myokardu. Při intenzivní léčbě toxické psychózy za současného pobytu v chráněném prostředí se většinou stav rychle upraví, ale mohou se objevit depresivní stavy, vyžadující někdy antidepressivní léčbu.

### **5.8. Kasuistická práce**

Matyáš, 23 let

#### Osobní anamnéza

Narodil se v Praze, kde bydlel rok na Vinohradech s oběma rodiči v bytě. Poté, co se rozvedli odchází s matkou do bytu v Nových Butovicích. Odtud se stěhují v klientových šesti letech do squotu Zlatá loď. Zde bydlí společně s dalšími 40 lidmi a zde se poprvé Matyáš setkává s marihuanou, ale ještě ji nezkouší.. Za rok se stěhují do bytu na Smíchově, kde bydlí až dodnes.

Na základní školu chodil Matyáš do Jinonic. Jeho prospěch byl průměrný. K

oblíbeným předmětům u něj patřily dílny, naopak ho nebavila matematika a český jazyk. Učil se rovněž angličtinu a němčinu a to již od druhé třídy. Říká, že se mu jazyky navzájem pletly. Dále jeho cesta pokračovala na střední soukromé učiliště na obor umělecká truhlářina, kde v prvním ročníku propadal. V té době již hodně kouřil marihuanu. Nakonec se však vyučil, i když se špatným průměrem.

Po škole začal chodit ke svému mistrovi na brigády, poté dělal také hlídače objektů. Odsud se přemístil na letiště, kde pracoval měsíc na rampě.

Mezi jeho koníčky patří skateboarding, snowboarding, ale i basketbal nebo fotbal. Dále se zajímá o hudbu hip-hop, kterou sám tvoří na počítači.

Mezi jeho oblíbená zvířata patří kočky a pes, kterého má u babičky. Matyáš věří v různá náboženství. Věřící v Ježíše, ale nyní jeho matka začala pracovat pro Inda, takže se zajímá o čínské náboženství. Jeho matka je buddhistka.

### Rodinná anamnéza

Matka- 40 let- má středoškolské vzdělání a to gymnázium. Nejprve pracovala na různých místech na černo, nyní, jak již bylo zmíněno, pracuje u indické společnosti. Když se dozvěděla, že Matyáš užívá návykové látky, bylo jí to úplně jedno. Dokonce, když ho přistihla při balení pointa, řekla pouze, ať si to jde vykourit na balkón. Ona sama užívá marihuanu a každý rok navštěvuje Tsech- teck. Je to technařka. V současné době k sobě nemají dobrý vztah, jelikož ho matka nechce vzít domů. Bydleli spolu v bytě a pak se tam nastěhoval klientův kamarád. S tím se však zanedlouho popral a on mu rozřízl nohu. Nyní se nastěhoval do Matyášova pokoje, a proto už tam nemůže bydlet. Matka ho ani zpět nechce.

Otec- 40 let- vystudoval střední školu optickou, ale pracuje jako rozvozce knih. Když se dozvěděl, že syn užívá návykové látky, byl méně tolerantní než matka, ale neřešil to. Nyní má novou přítelkyni a bude se ženit, ale nepozval Matyáše na svatbu. Prý ho tam nechce. Klienta to mrzí.

Prarodiče byli naštvaní, když se to dozvěděli, klient jim začal brát peníze.

### Zdravotní anamnéza

Úrazy měl klient spíše drobnější, kdy se pořezal o koště, nebo o pilku. V 9.

třídě měl úraz hlavy, při kterém omdlel.

Nikdy neměl vážnou nemoc, nebyl operovaný, netrpí na alergie, ani neměl žádnou dopravní nehodu. Nikdy se nepokusil o sebevraždu.

Nikdo z rodiny neměl psychické problémy a tvrdí, že ani nikdo nebyl na ničem závislý. Marihuanu u matky nepovažuje za nic divného.

### Kriminální kariéra

V lednu 2008 ho zadrželi policisté, dali ho do vazby, poté ho převezli do Bohnic na pavilón 1. To samé se opakovalo na jaře 2008 kdy ho odvezli na pavilón 31.

Ve vězení ani u soudu nikdy nebyl.

### Drogová kariéra

- Cigarety- od dvanácti let vykouří asi 10 cigaret denně
- Alkohol- od třinácti let , pije pouze příležitostně. Nikdy s ním neměl problémy.
- Pervitin- od šestnácti let- nikdy injekčně
- LSD- od šestnácti let
- Heroin- od patnácti let- kouřením
- Marihuana- od třinácti let

Důvodem, proč začal pervitin užívat, byla prý zvědavost a ovlivnili ho kamarádi. Dávku si koupil asi jenom třikrát, jinak vše dostával od kamarádů.

### Psychózy

Po prvé zaznamenal pocity strachu a úzkosti při první návštěvě Bohnic, kdy mu babička přivezla do léčebny koláč. On si byl jistý tím, že mu do něj dala kyanid a chce ho otrávit. Poté, co se vrátil domů na ní začal útočit, ať ten koláč sní sama, že je otrávený a že si musí kousnout před ním.

Znovu se tyto stavy vrátili po návratu z léčby na jaře. V tu dobu přišel do bytu matky, nalil na podlahu olej, ocet, vyházel všechny věci a chtěl to zapálit, protože si myslel, že se tam někdo schovává.

Dále slyšel hlasy, slyšel hlas svůj, ale i cizí. Říkali mu, jak má reagovat

v určitých situacích, poukazovali na chování ostatních lidí, jak jsou neschopní. Dále mu zakazovali se s určitými lidmi bavit atd. Hlasy mu nevadily, ani z nich neměl strach.

Nyní už je neslyší, tvrdí, že se ztratily v dobu, kdy mu byly nasazeny léky.

### Vlastní názor

S Matyášem jsem se setkala v psychiatrické léčebně v době, kdy ležel s horečkami v posteli, ale přesto byl tak ochotný, že mi dovolil, abychom spolu chvíli strávili a během ní mi vypověděl postupně část svého života. Matyáš je klient velice nedůvěřivý, ale přesto se snaží vypovídat, jak nejlépe může, pokud se ho člověk na danou věc zeptá. Sám od sebe nemluví o ničem navíc.

U Matyáše můžeme vidět klasickou pervitinovou psychózu, při které nikomu nevěří, myslí si, že mu chce každý ublížit a stále ho někdo pronásleduje. Dokonce i v bytě jeho matky.

### Léčba

Do Bohnic se dostal celkem třikrát. Jak již bylo řečeno, nejprve v zimě 2008, kdy ho přivezla policie. Po měsíci však podepsal revers a odchází, protože se léčit nechce. To samé se opakovalo i na jaře 2008, kdy ho opět přivezla policie a on znovu odchází na revers domů. Tentokrát kvůli tomu, že má sehnané zaměstnání.

Znovu nastupuje do léčby v létě 2008. Také do Bohnic. Tentokrát je to však jiné v tom, že přichází dobrovolně. Dali ho na uzavřený detox, odkud však chce odejít, a tak rozbil okno, protože si přečetl, že jakmile zničí nějaký majetek, tak ho propustí. To se ovšem nestalo. Naopak mu byla soudně nařízená léčba na detoxu. Poté může odejít, ale on nechtěl. V léčbě nadále pokračuje.

Vadí mu zde málo práce, protože o sobě tvrdí, že je hyperaktivní, také zákaz chození na zahradu, pokud tam nikdo není nebo mříže v oknech.

Vede se mu zde psát texty písní, které jsou o nějakém tématu.

Do budoucna má několik cílů- pořídit si nahrávací studio a začít podnikat, najít si bydlení, nastoupit do komunity White Light.

## 6. Výsledky

Zde připojuji tabulku, kterou jsem vypracovala na základě rozhovoru s klienty:

	<b>Alkohol</b>	<b>LSD</b>	<b>Pervitin</b>
<b>Věk 1. užití problémové látky</b>	36 let	18 let	16 let
<b>Pohlaví klienta</b>	Muž	muž	muž
<b>Výpověď klienta</b>	špatná (lež)	výborná	chybí otevřenost
<b>Původní rodina</b>	úplná	úplná	neúplná
<b>Závislost v primární rodině</b>	ne	ne	ano
<b>Zrakové halucinace</b>	ano	ano	ne
<b>Sluchové halucinace</b>	ano	ne	ano
<b>Prožívání strachu při psychóze</b>	ano	ano	ano
<b>Myšlenky na sebevraždu</b>	ano	ano	ne
<b>Důvod nastoupení léčby</b>	sebevražedné myšlenky	strach	chce přestat
<b>Odeznění psychózy</b>	léky	léky	časem

Do tabulky byly zařazeny některé jevy, které se zdají být zajímavé, ať jde o samotný průběh závislosti a nebo o psychózu. Z této tabulky se může zdát zřejmé, že každý jedinec má své individuální hodnoty. Bohužel z takto malého vzorku není možné zodpovědně vyvozovat objektivní závěry, proto ze zjištěných údajů budeme závěry interpretovat pouze hypoteticky.

Už první bod v tabulce se může zdát jako velmi zajímavý. Ukazuje se, že jsou zde klienti (tedy všichni muži) v různém věku, v době, kdy si vzali drogu, která jim způsobila psychózu. Milan - závislý na alkoholu, byl dospělý muž, Jan - závislý na LSD je muž, který v době užití vstoupil za hranici dospělosti. Třetím klientem je Matyáš - závislý na pervitinu, který v tu dobu spadá ještě do kategorie dětí. Z toho nám vyplývá, že v každém věku si člověk musí dát pozor na návykové látky, jinak si může hodně ublížit.

Dále je třeba podotknout, že spolupráce s klienty se také hodně lišila. Zde to

nejspíše závisí na jednotlivých případech, ale bylo zjištěno, že nejstarší klient se snažil několik věcí zapřít. Také jsem na něm viděla něco jako „nedůvěru“, proč on se má bavit s někým, kdo mu nepomůže. Zdá se, že měl také problémy věřit někomu o tolik mladšímu. Naopak klient Jan, přibližně v mém věku, nad očekávání dobře odpovídal na dotazy, poslouchal a snažil se zodpovědět otázky a doplnit i věci, které byly opomenuty. Třetí, nejmladší, byl poněkud ostýchavý. Možná, že „mluvnost“ mu chyběla také proto, že byl nemocný, ale z jeho strany byl cítit respekt.

Další body, o kterých by bylo dobré se zmínit pojednávají o rodinách, ze kterých klienti pocházejí. Dva z nich jsou z úplné rodiny a ještě ke všemu z rodiny, kde nikdo nebyl závislý na návykových látkách. Pokud se ale podíváme na Matyáše, je zde přímá shoda - ta, která se bere jako velká pravděpodobnost pro vznik závislosti- neúplná rodina, závislost u rodičů a z toho vyplývající závislost u syna.

Dalšími body jsou prožívání sluchových a zrakových halucinací. Tyto body by bylo lepší raději neporovnávat, jelikož například u pervitinové psychózy není jisté, že by se často objevovaly sluchové halucinace, a proto to může být způsobeno i kombinacemi s dalšími návykovými látkami. Dalším důvodem je ten fakt, že u klienta s alkoholovou psychózou není zaručena správnost údajů, můžeme ovšem říct, jak vyplývá z následujícího bodu, že každý z klientů prožívající psychózu má strach. Ať z důvodu, že to nikdy neskončí, nebo z pronásledování a nebo z hmyzu, každopádně se v žádném případě nejedná o příjemné stavy.

Další bod se týká myšlenek na sebevraždu. Ale i toto může být dosti subjektivní, záležící na jedinci, který daný stav prožívá. Zde vyšel výsledek dva ku jednomu. Nicméně toto nelze zobecnit z již zmíněných důvodů, tedy z velmi malého vzorku takovýchto klientů. Nemůžeme tak říct, jestli je to reálný objektivní stav, či nikoli.

A posledním bodem - odeznění psychóz. Zde je třeba konstatovat, že velice účinnou terapií v tomto případě byly léky. To se potvrdilo dvakrát ze tří případů, ale není jisté, jestli klient závislý na pervitinu opravdu nějaké léky neužíval.

Nyní bych se chtěla vrátit k předchozí tabulce, kterou jsem prezentovala před okamžikem. Zde bych chtěla shrnout, co mi v předchozí části vyšlo.

- Na věku, u možnosti vzniku závislosti na návykových látkách, nezáleží.

Každý- ať mladý či starý si musí dát na tyto látky pozor

➤ Záleží na věkovém rozdílu mezi klientem a „terapeutem“ – k tomuto závěru jsem se dostala díky porovnání věku klientů a jejich chování během času, který jsme strávily při společném sezení

➤ Rodina je důležitá, ale není schopná všeho, tzn., že jsou i jiné faktory, které působí na jedince a proto nezáleží jenom na ní – toto se potvrdilo díky tomu, že dva klienti pochází z úplné rodiny a závislost se v primární rodině nevyskytuje

➤ Psychotický stav není stavem příjemným, dochází zde k velké nejistotě, úzkosti a strach z toho, jak vše dopadne

Léky jsou na psychotické stavy velice účinné



## 7. Diskuze a závěry

Nejprve bych chtěla napsat několik vět, jak jsem se s „mými“ klienty setkala. Volala jsem do několika zařízení, ve kterých byla možnost, abych se s klienty sešla. Nakonec se podařilo, že jsem měla možnost s klienty mluvit v psychiatrické léčebně. Zde mi vždy bylo doporučeno několik klientů, kteří měli problémy s psychózami. Vždy jsem si jednoho z nich zvolila a po jeho souhlasu s tím, že si spolu pohovoříme, si zapisovala věty, které mě zaujaly pro vypracování mých případových studií. Problémem však bylo, že velká část doporučených klientů vůbec psychotický stav neprožila a proto jsem byla nucena vše několikrát opakovat.

Nejtěžším úkolem bylo sehnat případovou studii klienta, který prožil alkoholovou psychózu. Před tím, než jsem mluvila s Milanem, vedla jsem rozhovor s dalšími čtyřmi klienty, kteří sice na alkoholu závislí byli, ale nestalo se, že by měly zážitky spojené s psychózou. Jednoho dne, když jsem do zařízení přišla jsem se doslechla, že konečně přišel klient s alkoholovou psychózou, ale k mé smůle nebyl v natolik dobrém stavu, abychom se spolu mohli bavit. Každopádně mohu říci, že personál se ke mně choval velice dobře a že byl ochotný mi v čemkoli vyhovět.

Dvě kasuistiky jsem již měla, ale další komplikace nastaly s klientem, který by prožil psychózy díky vlivu LSD. Nikoho takového totiž právě v léčebně neměli, a proto jsem zkusila hledat na internetu, kde se mi podařilo s daným klientem se spojit. On byl rád, protože říkal, že chce pomáhat lidem s podobnými problémy, do kterých se dostal sám, a proto nechal odkaz na svoje stránky i svůj email veřejně na internetu. Díky tomu jsem našla klienta prožívajícího psychózu na LSD. Nicméně bych měla konstatovat, že jakmile jsme se domluvili, že se sejdeme, nastaly z jeho strany značné problémy a schůzky odmítal. Nicméně později jsem dostala šanci se s klientem setkat a pohovořit o našem tématu.

Nyní bych se chtěla vrátit k předchozí tabulce, kterou jsem prezentovala před okamžikem. Zde bych chtěla shrnout, co mi v předchozí části vyšlo.

- Na věku, u možnosti vzniku závislosti na návykových látkách, nezáleží. Každý- ať mladý či starý si musí dát na tyto látky pozor
- Záleží na věkovém rozdílu mezi klientem a „terapeutem“ – k tomuto závěru jsem se dostala díky porovnání věku klientů a jejich chování během času,

který jsme strávily při společném sezení

- Rodina je důležitá, ale není schopná všeho, tzn., že jsou i jiné faktory, které působí na jedince a proto nezáleží jenom na ní – toto se potvrdilo díky tomu, že dva klienti pochází z úplné rodiny a závislost se v primární rodině nevyskytuje
- Psychotický stav není stavem příjemným, dochází zde k velké nejistotě, úzkosti a strach z toho, jak vše dopadne
- Léky jsou na psychotické stavy velice účinné

Dále bych se chtěla pokusit shrnout některé body z kasuistik. Můžeme se např. podívat na problematiku traumat z dětství, která mohou ovlivňovat lidské chování a provázet člověka po celý jeho život.

Kalina (2008) popisuje ve své publikaci tuto skutečnost: *„Trauma, které vzniká v dětství, působí deformace v pojetí sebe i druhých, vážně narušuje primární emoční vývoj může vyústit v poruchu osobnosti vyznačující se křehkým a zranitelným Já, jako je hraniční (borderline), narcistická či disociativní porucha osobnosti. Tyto osobnosti mohou samozřejmě vykazovat disociální chování, může ale jít o sekundární rysy, související s drogovou závislostí a disociálními charakteristikami životního stylu závislých.“* (Kalina, 2008, str.354).

Na zmíněná traumata se můžeme podívat v případě klienta Matyáše. U Matyáše vznikla podle mého názoru závislost i díky rodinným podmínkám, v kterých vyrůstal. Myslím si, že ne jenom rozvod a časté stěhování mohlo přispět k traumatu v klientově dětství, ale mohl ho zasáhnout také roční pobyt ve squotu Zlatá loď.

Zvláštní také na Matyášovi je fakt, že když jsem se ho zeptala na problematiku závislosti v jejich rodině, odpověděl mi, že nikdo na ničem závislí není, avšak několik minut před tím mi řekl, že jeho matka i otec užívají marihuanu. Také se zmínil o tom, že od doby, co nastoupil do léčby, rodiče přestali částečně marihuanu kouřit, protože viděli na synovi, jak dopadl. Proto z těchto všech bodů usuzuji, že klient vůbec nemá představu o tom, jak člověk „nezavislí“ vypadá.

U klienta Milana si nemyslím, že by záleželo na traumatech z dětství. Myslím si, že u něj mohlo být hlavní příčinou vzniku závislosti jednak rozvod s manželkou, s kterou se v tu dobu měli stále rádi. Další příčinou by mohl být čas, jak klient popisuje kdy se vrátil z vojny a chtěl si užívat života – tento stav byl podle mě stav, kdy si užíval jak alkoholu, návštěv restaurací nebo žen. A posledním velice

důležitým bodem ke vzniku jeho závislosti byla asi smrt jeho matky, která spáchala sebevraždu, jako všichni ostatní sourozenci. Myslím si, že ho mohla ovlivnit genetická dispozice z matčiny strany a mohlo se stát, že jakmile nastal nějaký problém, nebyl Milan dost silný na to, aby uměl vyřešit problémy jiným způsobem. Nicméně jeho život mu bude nejspíše komplikovat stav vzniklého deliria tremens. Tento stav se také bude okolí jevit jako velmi zvláštní. Pravděpodobně od klienta lidé budou odstupovat, pokud se mu stav dostaví na veřejnosti, budou se ho pravděpodobně i bát. To klientovi v jeho životní situaci moc pomáhat nebude.

Posledním „mým“ klientem je Jan, tedy klient prodávající psychózu na LSD. Ani zde si nemyslím, že by mohlo jít o jakékoli trauma z dětství. Zde nepřipisuji vinu ani depresím, ani jiným problémům. Myslím si, že tento klient je klasickou ukázkou toho, jak je možné si „zničit“ život v důsledku nudy. Nicméně, podle mě, nebyl dostatečně informovaný o tom, co jednotlivé látky mohly způsobit. Proto si myslím, že je zde zásadním problémem špatná primární prevence na základních školách. Myslím si, že tento případ nám krásně ukazuje to, jak je nezbytná informovanost. Mám dojem, že tento klient může mít během svého života několik problémů a to hlavně v důsledku toho, že může docházet k tomu, že nezíská na situaci náhled a snadno pak zaměňuje realitu s psychotickým stavem, což pro něj jistě realita je. To můžeme vidět v době, kdy k němu promlouvaly písně, hlas z rádia, sám se viděl v televizi apod. Mohlo by pak dojít i ke zkreslování kontaktů s jinými lidmi a pojmání vztahu celkově jako jiného, než se ve skutečnosti zdá být. To by jistě interakci s lidmi mohlo velmi komplikovat.

Z tohoto bych chtěla vyvodit jeden závěr- komplikace, které v souvislosti s psychózami někdy vznikají, mohou velmi ztěžovat běžný každodenní život jedince. Jedinec se může svému okolí jevit jako nesrozumitelná a nepředvídatelná osoba, od které je lepší co nejvíce se vzdálit. Může být výrazná nelogičnost chování těchto lidí vyvolaná např. u psychóz se vyskytující paranoiou, která může na okolí působit určitým podivínstvím. Nezřídka se můžeme setkat také s agresí a to namířenou jak na své okolí, tak na sebe. Člověk tedy může být sám sobě i svému okolí nebezpečný, aniž by tomu ve „zdravém stavu“ chtěl. Bezpochyby tyto stavy vyžadují léčbu, která ovšem nebude jednoduchá a je v ní třeba přihlídnout k mnoha faktorům

Nyní bych se chtěla zmínit několika slovy o problematice léčby těchto psychóz a závislosti na návykových látkách, nebo jejich pravidelným užíváním. Je-li totiž

navíc psychóza spojená s užíváním návykových látek, bude třeba léčit obojí, protože je velmi pravděpodobné, že jedno bude souviset s druhým. Terapie ale nemusí být jen souběžná, tzn. v jednom léčebném zařízení léčit jak psychózu, a v jiném ve stejném čase problém s návykovou látkou. Může jít též o léčbu následnou, kdy se bude nejprve léčit jedno a poté druhé. V poslední řadě můžeme použít formu integrovanou, kdy budeme terapeuticky působit v jednom zařízení jak na psychózu, tak na problém s drogou. (Kalina, 2008)

Ve svém závěru bych chtěla zhodnotit očekávání, jaká byly před tím, než jsem bakalářskou práci začala psát a v této době, kdy ji ukončuji.

Mohu říci, že představa o tom, jak měla být bakalářská práce strukturovaná se docela vyplnila. Horší je to však s praktickou částí. Jak jsem již uváděla ve „výsledcích“, neuvědomila jsem si, že ze tří případových studií (a každé na jiné téma) nepůjdou udělat závěry, tak jak jsem si je představovala. Myslím si ale, že stejně nikdy nejde udělat úplné vyhodnocení kasuistik, neboť jsou to právě příběhy klientů, o které se jedná a každý z nich je individuálním jedincem, na každého v tu dobu působí jiná, rodina, kamarádi, prostředí, kolegové, zkrátka jiné vlivy, a proto nelze dát různé klienty do jednoho pytle. Nikdy nenajdeme ani dva klienty stejné, ale stejné příznaky se najít dají. Samozřejmě čím více je případů, tím více je možné udělat objektivní pohled a to jsem si díky této práci také uvědomila.

Na svůj úplný závěr práce bych chtěla uvést, že se mi práce s klienty velice líbila, poznala jsem zase trochu „jiné“ lidi, se kterými jsem vždy měla chuť se setkat, ale neměla jsem příležitost. Proto jsem ráda, že mi toto téma bakalářské práce umožnilo nahlédnout do „světa jiného“ a tím mi i splnilo jedno z mých malých přání.

## 8.Odborná literatura

### Odborné zdroje:

- Edwards G.: Záhadná molekula- mýty a skutečnosti o alkoholu. Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 2004
- Hoffmann A.: LSD- mé problémové dítě, přednáška v San Franciscu, 1987
- Horáček J. a kol.: Psychotické stavy v klinické praxi. Nakladatelství Academia Medica Pragensia, Praha, 2003
- Houstonová J., Masters R.: Druhy psychedelické zkušenosti. DharnaGaia a Maťa, Praha, 2004
- Kalina K.: Jak žít s psychózou?. Avicentrum, zdravotnické nakladatelství, Praha, 1987
- Kalina K.: Terapeutická komunita- obecný model a uplatnění v léčbě závislostí. Grada Publishing, 2008
- Kalina K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1- mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky, Praha 2003
- Fridrich P.: Akutní psychotický stav v ordinaci praktického lékaře, Medicína pro praxi, č.2, str. 87-89, 2006
- Popov P., Závislost na alkoholu , Psychiatrie pro praxi, roč. 4., č. 1., str. 29-32
- Skála J. a kolektiv: Závislost na alkoholu a jiných drogách. Avicentrum, Prah, 1987
- Vladimír A.: Problematika etiopatogenézy alkoholických psychóz, Alkoholizmus a drogové závislosti, roč. 39., č. 2., str. 81-94
- Zášková H.: Závislost na drogách. Ostravská univerzita- Filozofická fakulta, Ostrava, 2006

### Internetové zdroje:

- [www.anglfire.cz](http://www.anglfire.cz)
- [www.drog.web3.cz](http://www.drog.web3.cz)
- [www.lsd.cz](http://www.lsd.cz)
- [www.wikipedia.cz](http://www.wikipedia.cz)