



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

INSTITUT MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Bakalářská práce

2013

Kateřina Loubková

Uplatnění poznatků psychologie při léčení závislostí

Kateřina Loubková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina LOUBKOVÁ**
Osobní číslo: **H118174**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Uplatnění poznatků psychologie při léčení závislosti**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS ?Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách? (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na závislosti všeobecně, rozdělení;
 - na konkrétní závislost - drogová, postupy při léčbě.
- Součástí práce bude návštěva drogového centra.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Frederick, R. Léčba drogových závislostí. Praha: GRADA Publishing, 1999.

Nešpor, K. Návykové chování a závislosti. Praha: Portál, 2000.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Geraldína Palovčíková, CSc.

Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce:

16. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2013

V Brně dne 16. března 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Kateřina Loubková
.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně
1. 3. 2013

.....
Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží ke výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Předmětem bakalářské práce „Uplatnění psychologických poznatků při léčbě závislosti“ je problematika léčby závislosti z psychologického hlediska. Práce obsahuje jak teoretickou část, která je zaměřena na přehled závislostí, jejich terapii a na možnosti prevence užívání drog.

V praktické části se zaměřím na osoby, které už drogu užívaly, nebo překonaly závislost.

Klíčová slova: závislost, rozdělení, prevence, léčba, závislí lidé

ABSTRACT

The subject of the thesis "Application of psychological knowledge in the treatment of addiction" is the issue of addiction treatment from a psychological point of view. The work includes both theoretical part that it is focused on addiction, its treatment and possible prevention of drug use.

In the practical part I will focus on people who have used drugs or overcome addiction.

Keywords: dependence, distribution, prevention, treatment, addicted people

Děkuji paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, Csc. za velkou pomoc, rady a trpělivost.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DROGOVÉ ZÁVISLOSTI	13
1.1 Vymezení základních pojmů.....	13
1.2 Dělení drog.....	14
1.3 Drogové závislosti.....	17
1.4 Teorie vzniku závislosti.....	25
1.5 Dílčí závěr.....	34
2 PREVENCE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI	35
2.1 Primární prevence.....	36
2.2 Sekundární prevence.....	40
2.3 Terciární prevence.....	41
2.4 Dílčí závěr.....	44
3 LÉČBA ZÁVISLOSTÍ	45
3.1 Léčba drogových závislostí.....	45
3.2 Dílčí závěr.....	51
4 PSYCHOTERAPIE A LÉČBA ZÁVISLOSTÍ	52
4.1 Vznik oboru.....	52
4.2 Metody psychoterapie.....	53
4.3 Doléčování jako součást léčby.....	56
4.4 Dílčí závěr.....	56
II PRAKTICKÁ ČÁST	57
5 PRAKTICKÁ ČÁST	58
5.1 Kvalitativní výzkum.....	58
5.2 Kazuistika 1.....	58

5.3 Kazuistika 2.....	59
5.4 Kazuistika 3.....	61
6 ZÁVĚR.....	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	67
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	68
SEZNAM TABULEK.....	69
SEZNAM PŘÍLOH.....	70

ÚVOD

Na úvod je vždycky položena otázka, proč jsem si vybrala tohle téma, moje odpověď by zněla, kdo v dnešní době není svým způsobem na něčem závislý? Nejedná se pouze o drogovou závislost nebo závislost na alkoholu, ale můžeme sem zařadit i závislost na určité osobě, věci, zvířeti a podobně.

Důležitým motivem pro mě byla moje kamarádka, která začala brát pervitin, kdy jsem mohla na vlastní oči vidět, jak se ničí, co s ní drogy udělaly a jak člověka naprosto změní. Skutečnost, že jsem s někým mohla jeho závislost prožívat jako blízká osoba a zároveň nedobrovolný pozorovatel, mne přesvědčila, že se jedná o aktuální problém, k němuž by neměl být nikdo lhostejný.

Svoji práci jsem rozdělila na dvě části. V teoretické části jsem se zaměřila na rozdělení drog a jejich účinky, dále na rozdělení látkové a nelátkové závislosti, kde jsem vybrala jen ty nejdůležitější. Zaměřila jsem se i na problematiku prevence a terapie, kterou jsem stručně popsala jak z hlediska zdravotnického tak psychologického.

Z oblasti psychologické léčby jsem uvedla psychoterapii, kde Vás seznámím s počátkem tohoto oboru, uvedu rozdělení metod psychoterapie a více rozvedu individuální, skupinovou a rodinnou terapii. Věnovala jsem pozornost nadále i tzv. „doléčování“.

V části praktické jsou zahrnuty příběhy závislých lidí, které jsem zpracovala na základě výsledků kvalitativního výzkumu, realizovaného technikou rozhovoru.

Navštívila jsem také centrum Podané ruce, které se snaží pomáhat těmto lidem, vyzkoušela jsem si skupinovou psychoterapii se svoji kamarádkou.

Téma bakalářské práce bylo zvoleno na základě společenského problému u dnešní populace. Cílem práce je informovat o škodlivosti drog, o prevenci a léčbě závislostí. Jako motivující příklad jsou uvedeny příběhy závislých lidí, kdy dva z nich se vyléčili a jeden bohužel ne.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

1.1 Vymezení základních pojmů

Na začátku své práce je potřeba si vysvětlit základní pojmy, které se týkají závislostí a budou v mé práci používány.

- **Závislost** je chronické recidivující onemocnění postihující nejen celou osobnost postiženého jedince po psychické a fyzické stránce, ale zasahuje i jeho blízké, zvláště rodinu. Právě závislostní chování látkové i nelátkové povahy patří mezi nejzávažnější patologické jevy a není jen problém medicínský, ale také psychologický a sociálně – pedagogický.
- **Droga** je jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí.
- **Drogová závislost** je abnormální až patologický stav vyvolaný nadměrným užíváním drog.
- **Toxikomanie** jeden z nejstarších a obvykle užívaných termínů k popisu i vysvětlení fenoménu dlouhodobého zneužívání drog. Je definován jako opakované užívání psychoaktivní látky nebo látek v míře, kdy je uživatel (toxikoman) periodicky nebo chronicky intoxikovaný, má nutkání k užití dané psychoaktivní látky, činí mu velké problémy úmyslně zastavit nebo změnit její užívání a má tendenci získat danou psychoaktivní látku téměř každým způsobem.
- **Abstinenční syndrom** je závažný chorobný stav po snížení dávek nebo úplném odejmutí látky, na které je jedinec závislý.
- **Abstinence** je zdrženlivost v přijímání nějaké látky nebo prožitku hlavně z důvodu zdravotních, etických apod.
- **Detoxikace** jsou fyziologické procesy odstraňující z těla nepotřebné a škodlivé látky.
- **Intoxikace** je v podstatě otrava psychoaktivní látkou.¹

¹ Drogy-info.cz (online) 2013. (citace 2013-10-07). Dostupné z http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/t/toxikomanie_toxikoman_addiction_addict

- *Abúzus návykových látek* je zneužívání látek jedincem z nelékařských důvodů. Zneužívány jsou látky se stimulačním i tlumivým působením na činnost centrálního nervového systému, které vyvolávají pocit euforie.²

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů“:

- Silná touha nebo pocit puzení
- Potíže v sebeovládání
- Tělesný odvykací stav
- Průkaz tolerance k účinku látky
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.³

1.2 Dělení drog

Drogy můžeme rozdělit podle několika hledisek. Mezi základní rozdělení můžeme zařadit jak drogy působí na organismus, podle rizika vzniku závislosti. Časté je dělení podle typu závislosti, které při jejich užívání vznikají. Při vzniku závislosti může vzniknout jak fyzická tak i psychická závislost. Nemusí to být u všech drog stejné, u určitých drog vzniká pouze jedna závislost.

Rozdělení dle kritérií:

Drogy působící na organismus:

- Halucinogeny
-

² TKÁČ, Juraj. *Adiktologie*. Vydal IMS Brno, 6 s, 2011.

³ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislosti: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4.aktualizace. Praha: Portál, 2011, 9-10 s., ISBN 978-80-7367-908-8.

- Stimulancia
- Narkotická analgetika (opiáty).⁴

Podle rizika vzniku závislosti:

- Měkké drogy – jsou látky, které mají jen mírně aktivizující a zároveň utišující účinek na duševní rozpoložení např. káva, tabák, marihuana.
- Tvrdé drogy – liší se tím, že působí prudce a rychle na duševní rozpoložení. Patří sem např. crack, heroin, pervitin.⁵

Klasifikace drogových závislostí:

- a) Alkoholo-barbiturátový typ (alkohol, hypnotika)
- b) Amfetaminový typ (psychoton, anorektika, antidepresiva, antitusika)
- c) Cannabisový typ (cannabis, hašiš, marihuana)
- d) Halucinogenový typ (LSD, meskalin, psilocobin)
- e) Kathový typ (látky obsažené v listech rostliny catha edulis)
- f) Opiátový-morfínový typ (papaverin, morfin, heroin, diolan)
- g) Solvencový typ (toluen, benzin, inhalační narkotika)
- h) Tabákový typ
- i) Kofeinový typ
- j) Antipyretiko-analgetikový typ
- k) Neuroleptikový typ
- l) Antidepresivový typ⁶
 - Opiáty

Název této skupiny je odvozen z názvu opium, což je látka obsažená v nezralých makovicích. Mezi hlavní opiáty patří opium, heroin, morfium, oxikodon, subutex, methadon. Syndrom závislosti může vzniknout při ilegálním užívání opiátů velmi rychle,

⁴ Blotox.cz (online). (citace 2013-10-07). Dostupné z <http://followers.thcnet.cz/CyberNet/Punk-Rock%20Rebels%20Library/7.%20Relaxation/XTRAS/BIOTOX/www.biotox.cz/enpsyro/pj3oroz.html>

⁵ POKORNÝ, Vratislav. TELCOVÁ, Jana. TOMKO, Anton. *Patologické závislosti*. 2. vydání. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r. s., 2002, ISBN 80-86568-02-04

⁶ WHO-Světová zdravotnická organizace

objevuje se craving. Nejrychleji dochází k závislosti při intravenózní aplikaci, nejrizikovější je heroin.

- Kanabinoidy

Patří mezi látky s halucinogenním účinkem a jsou obsaženy v rostlině Cannabis. Mezi kanabinoidy patří hašiš, což je pryskyřice získaná z konopí, dále marihuana – to je směs listů, větvíček, semen, květů a palic konopí. Syndrom závislosti má podobu psychické, resp. psychologické závislosti, při dlouhodobém užívání nedochází k zvyšování dávek.

- Kokain

Kokain je alkaloid jihoamerického keře Erythroxilon koka LAM. Časté jsou kombinace kokainu s jinými drogami. Závislost zde vzniká velice rychle, k aplikaci drogy dochází několikrát denně. Má většinou devastující průběh, rychle dochází k poškození zdraví.

- Stimulancia

Amfetaminy jsou stimulancia CNS a způsobují uvolňování noradrenalinu a dopaminu, mohou vyvolat halucinace a bludy. Do této skupiny patří řada různých látek v nejrůznějších indikacích. Jednou z nejrozšířenějších tolerovaných drog je kofein. Dále sem patří pervitin. Závislost vzniká poměrně rychle i během několika týdnů. S rozvojem závislosti dochází rychle k sociálním problémům, často se vyskytují psychické poruchy.

- Sedativa a hypnotika

Sedativa a hypnotika patří mezi nejčastěji předepisované psycho-aktivní látky v lékařské praxi, poruchy spojené s užíváním těchto látek jsou velmi časté. Syndrom závislosti hrozí při užívání při neadekvátním užívání sedativ nebo hypnotik, po 4-6 týdnech vysadit.⁷

- Halucinogeny

Halucinogeny mají velký vliv na vědomí člověka a způsobují psychické změny, která mohou vést až do stádia toxické psychózy. Patří sem velké množství drog, ale nejznámější

⁷ TKÁČ, Juraj. *Adiktologie*. Vydal IMS Brno, 2011

je LSD a extáze. Syndrom se v klasické podobě nevyskytuje, při opakovaném užívání vzniká částečná tolerance na psychické účinky.

- Organické rozpouštědla

Těkavé látky jsou zřejmě nejnebezpečnější skupina látek, dokonce nebezpečnější než kokain či pervitin. Mají silný tlumivý účinek, snadno dochází k předávkování a nastává smrt. Nejčastějším zástupcem je toluen. Syndrom má charakter psychické závislosti, odvykací stav probíhá bez somatických příznaků.⁸

1.3 Drogové závislosti

Vznik závislosti je postupný, kdy chroničnost je jedním ze základních rysů závislosti. Závislý člověk tak žije způsobem života, který nechce a nemůže změnit. Nejdůležitější kritérium závislosti je neschopnost kontrolovat chování. Závislostní chování je důsledkem problému. Je to výzva zabývat se tímto člověkem.

FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI

Závislost je multifaktoriální jev. Mezi základní faktory vzniku závislosti patří farmakologické, somatické a psychické faktory, prostředí a podnět.

Farmakologické faktory – droga.

Somatické a psychické faktory – osobnost – strukturu osobnosti tvoří vrozené a získané vlastnosti, projevuje se biologická podstata. V oblasti biopsychické je to snaha odstranit fyzické potíže, udržet kondici, stimulovat smysly, posílit sebevědomí, v oblasti sociální je to snaha uniknout z prostředí.

Prostředí – vliv na utváření osobnosti má prostředí, ve kterém jedinec žije. Osobnost dítěte je vytvářena především rodinou.

Podnět – nejčastěji se setkáváme s podněty, které lze rozdělit do dvou odlišných skupin, a to touha po euforických pocitech a snaha uniknout nepříjemným pocitům a složitým životním situacím.⁹

⁸ TKÁČ, Juraj. *Adiktologie*. Vydal IMS Brno, 2011

⁹ MÜHLPACHR, Pavel, VAVŘÍK, Michal. *Sociální patologie*. Vydal IMS Brno, 2010.

Z těchto čtyř faktorů by se dalo usoudit, že největší vliv na vznik závislosti bude mít prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá a žije, podle toho se bude také utvářet jeho osobnost. Pokud daná osoba vyrůstá v dobrém prostředí, ve kterém je nejdůležitější rodina a rodinné zázemí, neměl by mít důvod stát se závislý na nějaké látce – droze.

ZNAKY ZÁVISLOSTI

Silná touha nebo pocit pužení užívat látku

Craving hraje při vzniku závislosti klíčovou roli a je také jako ústřední charakteristika syndromu závislosti. Je potřeba odlišovat tělesné a psychické bažení. Nejsilnější je v situaci, kdy je lehká dostupnost drogy. Dostupnost návykové látky může vyvolávat bažení jako podmíněný podnět. Bažení je nejsilnější v počátcích abstinence. Tělesné bažení můžeme označit jako intoxikaci po odeznívání návykové látky. Psychické bažení nastává po delší abstinenci.

Zhoršené sebeovládání

„ S postupným zvyšováním dávek alkoholu jsem nad svým jednáním začínal ztrácet kontrolu“ (závislý na alkoholu, 21).¹⁰

Nejčastější důvod špatného vnímání bažení a sebeovládání bývá to, že k recidivě dochází rychle a automaticky v rizikovém prostředí.

I lidé, kteří si bažení neuvědomují, se mohou přestat ovládat k návykové látce. Bažení je příznakem spíše subjektivním, ale zhoršené sebeovládání se týká chování.

Tělesný odvykací stav

Pro odvykací stav musí být splněna některá kritéria např: nedávné vysazení látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání, příznaky jsou v souladu se známkami odvykacího syndromu, příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním a nejsou vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou.

¹⁰ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislosti: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4.aktualizace. 14 s, Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

Růst tolerance

Jak tolerance vzniká, není úplně jasné. Víme, že se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek nebo stejné dávky mají nižší účinek.

Zanedbávání jiných potěšení nebo svých zájmů

„Když jsem bral drogy, tak všechno ostatní šlo stranou, žil jsem jen pro drogu“

(závislý na heroinu, 22 let).¹¹

Je důležitá a často se vyskytující známka závislosti. Lidé začnou zanedbávat svoje přátele, zájmy, rodinu a veškerý čas jsou schopni věnovat shánění či užívání látky.

Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků

Aby byl tento příznak platný, musí být pacient o následcích informován.¹²

DRUHY ZÁVISLOSTI

Základní rozdělení závislostí rozdělujeme na látkové a nelátkové. Mezi látkové řadíme drogovou závislost, závislost na alkoholu, tabakismus. Mezi nelátkové závislosti patří patologické hráčství nebo-li gamblerství, závislost na internetu a počítačích, závislost na sexu, na práci, na televizi, na sektě patologické nakupování, mentální bulimie, anorexie. Ve své práci se zabývám především drogovými závislostmi, ale ve zkratce bych rozvedla i ostatní druhy.

Drogová závislost

Častým motivem k vytváření si drogové závislosti bývá většinou zvědavost. Dalším motivem je stres či životní problémy, které daný člověk není schopen řešit jinak, než útekem.

Fáze drogové závislosti:

- *Experimentální* – člověk je drogově nadšen, zážívá pocity, které dřív neměl.

¹¹ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislosti: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4.aktualizace. 20 s, Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

¹² NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislosti: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4.aktualizace. 21 s, Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

V této fázi ještě není těžké utajit to před okolím, že člověk začal brát drogu. Začínající „závislák“ je také přesvědčen o neškodlivosti dané látky, finančně to pro něj nebývá ještě tak náročné jako později.

- *Sociální užívání* - někdy také nazýváno jako „Víkendové braní“. V této fázi se začíná už zřetelně projevovat závislost a droga se musí brát ve větších dávkách. Velkým problémem se v této situaci stává škola či zaměstnání. Může mít problém s tím, že chodí pod vlivem drogy, hůře si pamatuje, špatně se mu učí, ostatním může připadat divný. Množí se konflikty s okolím, člověk vyhledává pomoc u osoby, které důvěřuje, ale většinou neřeší svoji závislost, ale jak přestat mít spory. Přicházejí také určité zdravotní problémy jako je nespavost, nechut' k jídlu, agresivita či stres.
- *Každodenní užívání* - daná osoba přestala mít nad svojí závislostí kontrolu. Celý život se točí jen kolem drogy, začíná mít finanční problémy, uchyluje se ke krádežím, loupežím. Člověk řeší všechno pomocí drogy, často je vyloučen ze své rodiny.
I v této fázi se lidé snaží přestat, ale sami to už nezvládají, protože si vytvořili fyzickou závislost, kdy je touha ke droze už velmi silná.
- *Užívání k dosažení normálu* - tohle období končí většinou předávkováním. Droga je úlevou od fyzické i psychické bolesti. Veškerý život se točí kolem užívání a lidé se nebrání udělat pro drogu cokoliv.¹³

Nikotinismus (tabakismus)

Nikotin je silně toxická, bezbarvá látka, rostlinný alkaloid obsažený v tabáku. Nikotin je poměrně toxický, smrtelná dávka se pohybuje kolem 80 mg. Nikotin, resp. tabák vyvolává velmi silnou – psychosociální – závislost, která souvisí se stylem užívání a zvyklostmi uživatelů. Při dlouhodobém užívání kromě psychické vzniká i fyzická závislost.

¹³ Monikaplocova.cz (online). (citace 2013-10-07). Dostupné z <http://www.monikaplocova.cz/drogy-drogova-zavislost>

Nejvážnější rizika jsou spojena s chronickým užíváním a poškozením organismu, poškození dýchacích cest plic. Kouření má negativní vliv na pokožku, pleť obličeje, u žen je ohrožena plodnost.¹⁴

Typologie kuřáků:

- *Příležitostný kuřák* – kouří občas na základě svých zvyklostí
- *Návykový kuřák* – kouří ze zvyku ve vleku kuřáckých zvyklostí
- *Kuřák s psychickou závislostí* – kouří z dobrého požitku
- *Kuřák s psychickou i fyzickou závislostí*

Závislost na alkoholu

Alkohol patří do skupiny látek, která se nazývá alkoholy. Alkohol je sloučenina získaná kvašením cukru. Riziko vzniku závislosti na alkoholu je vyšší u lidí, kteří jsou psychicky labilní, trpí různými duševními poruchami a poruchami chování, dále u lidí, v jejichž osobní anamnéze se objevuje poškození mozku při porodu, úrazy hlavy, prodělané dlouhodobé bolestivé onemocnění. Zvýšené riziko ale představují lidé, kteří vykonávají práci, která je psychicky náročná.

Riziko závislosti ale zvyšují i některé další faktory – neuspořádané rodinné poměry, zneužívání drog a alkoholu v rodině, chudoba, nezaměstnanost. Závislost má složku tělesnou i psychickou.¹⁵

Podle vztahů lidí k pití alkoholických nápojů se rozlišují čtyři skupiny osob:

- Abstinenti jsou lidé, kteří za žádných okolností nepožívají alkohol.
- Konzumenti jsou lidé, kteří pijí alkoholické nápoje proto, že jimi dostávají do těla potřebné množství tekutiny, jejíž chuť mají rádi a jsou na ni zvyklí.

¹⁴ Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 198 s. ISBN 978-80-7367-223-2

¹⁵ POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002, 194 s. ISBN 80-86568-02-4

- Pijáci jsou osoby, které pijí alkoholické nápoje zejména kvůli alkoholu v nich obsaženém, současně je však třeba doplnit, že alkoholické nápoje jsou pro ně zdrojem tekutiny s určitou chutí, kterou mají rádi.
- Alkoholici jsou lidé závislí na alkoholu.¹⁶

Stádia závislosti:

- Počáteční / prealkoholové stadium
- Varovné / prodromální stadium
- Rozhodné / kruciální stadium – kritické
- Vývojové / konečné, terminální stadium¹⁷

V krátkém shrnutí je nutno podotknout, že zde nejsou uvedeny zcela všechny látky či drogy, ale pouze ty nejznámější z každé skupiny. Uvedené látky jako opiáty, kokain se řadí mezi nelegální drogy. Co se týká sedativ či hypnotik, jak bylo zmíněno tyto látky jsou pouze na daný lékařský předpis. I když můžu zmínit, že není problém sehnat v ČR jakoukoliv nelegální drogu.

U nás v České republice jsou povoleny pouze alkohol a nikotin čili kouření. Pokud zmíníme marihuanu, ta je schválena pouze pro vlastní potřebu k léčení, ale jen v malém množství. Tyhle drogy můžeme označit jako za legální.

NELÁTKOVÉ ZÁVISLOSTI

Patologické hráčství

Patologické hráčství podle Světové zdravotnické organizace (MKN – 10)

- Během období jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství.
- Tyto epizody nejsou pro jedince výnosné, ale opakují se přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.
- Jedinec popisuje silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, a hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat.

¹⁶ POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002, 194 s. ISBN 80-86568-02-4

¹⁷ Monikaplocova.cz [online]. [citace 2013-10-7]. Dostupné z <http://www.monikaplocova.cz/stadia-zavislosti>

- Jedinec je zaujat myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí.¹⁸

Porucha se projevuje opakovanými epizodami hráčství, které dominují v životě postiženého jedince a vedou k poškození rodinných, sociálních, pracovních a materiálních hodnot k zadlužení.

Fáze:

- Fáze výher – osoba hraje pouze občas, výhry převažují nad prohrami. Dostavují se fantazie o velké výhře.
- Fáze prohřívání – postižený člověk myslí zejména na hraní, nedokáže přestat hrát, půjčuje si peníze, skrývá hru, chová se bezohledně vůči rodině, má absence v zaměstnání, odkládá splácení dluhů. Rodinný život je narušen.
- Fáze zoufalství – gambler více prohrává, obviňuje druhé, nastávají výčitky svědomí, panikaří, přicházejí myšlenky na sebevraždu.

Patologické přejídání

Bulimie podobně jako mentální anorexie, tj. onemocnění, která souvisejí s poruchou příjmu potravy. Znamená únik před realitou k jídlu a k jeho konzumaci.

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. Revize ji kóduje pod diagnostickým kódem „F50.2“Mentální bulimie“ a definuje ji následovně:

*„Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné váhy, které vedou pacienta k aplikaci krajních opatření, aby zmírnil tloušťku vyvolávající účinky požití potravy“.*¹⁹

Závislost na sexu

V zásadě se jedná o hypersexualitu, jejíž kořeny mohou mít různé příčiny:

- Nymfomanie a satyriasis představuje konstitučně danou hypersexualitu,
- zvýšená sexuální apetence může být důsledkem některých jiných skutečností,

¹⁸ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 27 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

¹⁹ POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002, 79 s. ISBN 80-86568-02-4.

- hypersexualita v některých případech zmírňuje depresivní stavy,
- může rovněž sloužit jako únik před nevyřešenými problémy v různých oblastech života,
- může představovat náhradní uspokojování jiných citových a dalších psychických potřeb.²⁰

Workoholismus – závislost na práci

Tyto osoby rozdělujeme do několika skupin:

- Urputný typ dřívce – lidé tohoto typu se věnují práci nadměrně vlastně neustále, ať už je to vhodné a potřebné, nebo není. To vede k chybným úkonům, k pracovním úrazům, zdravotní poruchy a nesprávné rozhodnutí v důsledku nadměrné únavy.
- Záchvatový typ – porucha u těchto osob se projevuje nárazově, mezi záchvaty nadměrné pracovitosti může docházet k apatii, nezájmu, útlumu nebo zhroucení.
- Záchvatovost není dána zevními okolnostmi, jako je termínovaná zakázka, ale spíše iracionálními vnitřními pohnutkami.
- Hyperaktivní typ s poruchami pozornosti – je zde neschopnost se soustředit a dokončit daný úkol, navíc tyto lidé kolem sebe šíří atmosféru rozruchu a zmatku.
- Pracovní labužník – do této skupiny patří pedanti a perfekcionalisté, kteří věnují pracovním úkolům nepřiměřeně mnoho času a energie a postrádají schopnost určitého nadhledu.
- Opečovávač – k typickým rysům patří to, že se často obětují pro blaho druhých, tím v nich vyvolávají pocity viny a často tak neprospívají ani sobě, ani jim.²¹

Závislost na televizi

Počátek závislostního chování lze vysledovat v následujících kritériích: u dětí

²⁰ POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002, 78 s. ISBN 80-86568-02-4.

²¹ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 39 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

a adolescentů dochází k tomu, že postupně ztrácejí blízké vztahy se svými vrstevníky, dospělí omezují mezilidské kontakty.

Vedle sociálního aspektu má závislost na televizi i svůj aspekt psychologický.

U člověka klesá schopnost empatie, po zhlédnutí některých filmových scén se mění jeho prožívání. Při sledování agresivních scén navozuje agresivní chování, po zhlédnutí erotického filmu se zvýší sexuální apetence.

Biologické aspekty se projevují i v jiných oblastech jako ochablost kosterního svalstva, vadné držení těla, trpí mícha a dostávají se bolesti hlavy.²²

Patologické nakupování

Chorobné nakupování je záležitostí jak mužů tak žen. U tohoto typu chování převažují ženy, přičemž tendence chorobně nakupovat roste ve stresových situacích. Chorobné nakupování dosahuje maximálních hodnot v zimním období.

Mechanismus účinku nedrogových závislostí je v řadě aspektů podobný, jako u závislostí drogových, a to i v případě, že zpravidla přímo nepoškozují tělo člověka v důsledku intoxikace. Zasahují totiž jak oblast lidské psychiky, tak i oblast sociálních vztahů člověka. A stejně jako drogové závislosti mají i ne-drogové závislosti v řadě případů na život člověka osudové dopady.²³

1.4 Teorie vzniku závislosti

Závislost člověka na návykových látkách je známa od nepaměti. Nejrozšířenější látkou byl odjakživa alkohol, který je běžně dostupný celé populaci. Existuje mnoho dalších návykových látek, jejichž požívání má daleko drastičtější důsledky, jak pro jedince látku užívajícího, tak pro společnost ve které daný jedinec žije.

Zneužívání návykových látek se často označuje jako *abúzus látek*. Vzniklý stav *látkové závislosti* se dnes především označuje jako *syndrom závislosti* na návykových látkách.

Tento syndrom je charakterizován skupinou fyziologických, behaviorálních

²² VAVŘÍK, Michal, MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Vydal IMS, 73 s, 2010

²³ POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002, 77, 78 s. ISBN 80-86568-02-4.

a kognitivních jevů, přičemž užívání nějaké látky dává daný jedinec mnohem větší přednost před jiným jednáním, kterého si dříve vážil.

Látková závislost je charakterizována třemi základními jevy:

- **Psychická závislost** je charakterizována chorobnou touhou po dalším přívodu látky, a to za cenu obstarání si látky jakoukoli, tedy i kriminální cestou.
- **Tolerance** (návyk) vede při dlouhodobém užívání návykové látky ke snižování jejího účinku, což nutně vede ke zvyšování dávek k dosažení původního efektu.
- **Fyzická závislost** se projevuje výskytem velmi výrazných projevů, které jsou způsobeny vymizením návykové látky z organismu nebo zrušením jeho účinku, tento tzv. odvykací stav, který může být spojen s deliriem, se dříve označoval jako "abstinenční syndrom".²⁴

Biologické teorie vzniku závislosti

Teorie patologického rozvoje závislosti jsou variabilní, podle typu faktorů, které zdůrazňují. Různorodost hypotéz odpovídá skutečnosti, že závislost je složitým interdisciplinárním problémem.

V odborné literatuře se nenachází jednoznačné přímé vysvětlení vzniku závislosti. V současné době jsou formulovány teorie vzniku závislosti a jsou tříděny podle hledisek, které dominují.

Mezi biologické teorie se řadí genetická teorie, enzymová teorie a dopamin-endorfinová teorie.

Genetická teorie vychází z předpokladu, že přímá dispozice spočívá přímo v dědičné informaci. Primární podporu teorii poskytly studie z počátku století, kdy mezi předky diagnostikovaného alkoholika byly objeveny osoby s alkoholickým vývojem, sociální či psychologickou patologií. Uvádí se, že po zhodnocení výzkumů prováděných na zvířatech i lidech nelze popřít zvýšené riziko genetického ovlivnění u dětí alkoholiků, ačkoliv v moderní genetické výzkumy jednoznačné výsledky nepodávají.

²⁴ scitube.com [online]. [citace 2013-17-10]. Dostupné z <http://www.scitube.com/limba/ceha-slovaca/Nvykov-ltky-a-lba-ltkov-zvislo121320410.php>

Enzymová teorie spojuje vznik a rozvoj závislosti se změnami v působení základních enzymů odbourávajících alkohol, v případě závislosti na alkoholu.

Dopamin-endorfinová teorie má platnost nejen pro závislost na alkoholu, ale i na závislosti na jiných drogách. Nejnovější výzkum endorfinů ukazuje na úzkou fyziologickou souvislost mezi drogovou závislostí a závislostmi, které nejsou vázané na nějakou látku. Endorfiny jsou vznikající látky v organismu podobné opiátům, které vzbuzují podobné účinky jako drogy. Organismus je produkuje, když se člověk ocitne v extrémní zátěžové situaci a při silných bolestech. Endorfiny zmírňují bolesti, mají dočasně omamující účinky a vyvolávají pocity euforie. V určitých situacích jsou v lidském mozku prokazatelně přítomné.²⁵

Sociologické teorie vzniku závislosti

Podobně jako biologické teorie hledají příčinu vzniku a rozvoje závislosti v somatické složce, tak sociologické teorie vycházejí z makrospolečenských vztahů a zákonitostí. Těžiště zájmu se přesouvá od jedince na societu jako celek. Problémy navazující na konzumaci alkoholu, drog, obecně patologické závislosti, mají povahu sociálních jevů.

Klasické studie se zaměřily na obecné vývojové charakteristiky měnící se společnosti, v níž narůstá komplexita. Migrace lidí do velkých měst, rozvoj masové komunikace a kultury, vzrůstající tlaky na bazální sociální konformnost zvyšující míru napětí a tlaků. Řehan (1994) připomíná tzv. druhou nigramotnost, kterou se míní faktické selhávání stále většího procenta populace tváří v tvář nejmodernější technice a uvádí Baconovu tezi, že komplexita vede k nárůstu potřeby integrativní funkce, která by mírnila tuto tenzi, nejistotu a pocity ohrožení, což může zajistit alkohol a droga.

Teorie distribuce spotřeby alkoholu metodicky využívá Ledermannovu křivku logonormálního rozložení spotřeby. Základní tezí je předpoklad vztahu mezi celkovým objemem konzumace a procentem alkoholických problémů. Ledermannova logonormální křivka distribuce spotřeby je jednovrcholová se značným jednostranným sešikmením. Její

²⁵ gabrielangel.estranky.cz [online]. [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://www.gabrielangel.estranky.cz/clanky/psychologie/muhlpachr--zavislosti.html>

pomocí lze stanovit, že zhruba 50% spotřeby alkoholických nápojů připadá jen asi na 10% populace a dalších 50% spotřeby na zbývajících 90% populace.

Teorie anomie, kdy Durkheimova (1893) teorie anomie vychází z předpokladu závažného vlivu rozpadu sociálních norem v důsledku revolucí, válek, dramatických sociálních změn na vzestup konzumace alkoholu, zneužívání drog a patologického chování. Rozpad je doprovázen absencí společenské solidarity a soudržnosti. Závislost funguje jako únikový obranný mechanismus.

Mertonovo (1938) pojetí operuje s typy přizpůsobení či odmítnutí kulturně definovaných cílů a prostředků k jejich dosažení. Toxikomanie je vysvětlována odmítáním jak cílů, tak prostředků.²⁶

Psychologické teorie vzniku závislosti

Při hledání příčin vzniku závislosti se uplatnil rovněž psychologický přístup.

Hlubinná psychologie tvoří rámec několika odlišných pohledů na problém látkové závislosti. Jak konstatuje Zášková (1997) ve své výzkumné práci, nejstarší hypotézy vychází z klasické analýzy, později se látkovou závislostí zabývá též neopsychoanalýza.

První pokusy vysvětlit patogenezi zneužívání návykových látek obsahovaly předpoklad specifické osobnostní struktury závislých, s rysy raných vývojových stádií, tj. se silnou potřebou péče, podpory, nízkou tolerancí vůči frustraci a bolesti. Vedle specifické osobnostní struktury byla předpokládána přítomnost infantilních nevědomých potřeb, které byly uspokojovány prostřednictvím drog.

Abúzus představuje emoční obranu, spojenou se snahou navodit rovnováhu organismu. Drogy jsou užívány k emočnímu zvládnutí interakce s okolním světem. Vědomé užívání drog není hledáním vzrušení, ale farmakologickou redukcí emočního utrpení, stresu.²⁷

Psychoanalytická teorie vychází z názoru, že závislost je součástí narušeného já s projevy omnipotence, sklonem k agresi, potřebou uspokojení. Narušené relační vztahy

²⁶ gabrielangel.estranky.cz [online]. [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://www.gabrielangel.estranky.cz/clanky/psychologie/muhlpachr--zavislosti.html>
Vavřík, Michal. MŮHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Vydal IMS, Brno 2010
²⁷ gabrielangel.estranky.cz [online]. [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://www.gabrielangel.estranky.cz/clanky/psychologie/muhlpachr--zavislosti.html>

a droga vytváří pak pseudovztahy. Jedná se také o narušenou frustrační toleranci, nutnost okamžitého uspokojení potřeby s narušenou sebekritičností a odhadem skutečnosti, následkem čehož vzniká potřeba samodestrukce.

Behaviorální teorie pracuje s pojmem „odměňování“, kdy odměna nebo trest mají větší vliv na chování a zvyšují možnost opakujícího se způsobu chování tím více, čím rychleji se dostaví účinek a žádaný efekt.

Okamžitý pocit uspokojení po požití drogy se nedá srovnat s pozdějšími negativními účinky, naopak tyto negativní účinky se dají překonat dalším požitím drogy.

Neobehaviorální psychologie v souladu s teorií učení odmítá neobehaviorální psychologie závislost jako nemoc a prezentuje ji jako naučené chování.²⁸

Kulturně antropologické teorie vzniku závislosti

Výběr a užívání konkrétního typu návykové látky jsou spolupodmíněny mnoha činiteli, osobnostními, věkovými, sociálními, ale i faktory historickými, kulturními, geografickými.

Kulturně antropologické pojetí závislosti čerpá z etnografických studií, které srovnávají kulturní, historické a jiné odlišnosti konzumu látek, jejich účinků na prožívání, chování, vazby na pohlaví apod. Sleduje také zvláštnosti ve významu a hodnocení látek, tradičně zakotvených v normách a postojích dané společnosti.

Etnografické výzkumy podložené biochemickými metodami prokázaly odlišnosti metabolismu alkoholu. Tyto zvláštnosti způsobují intenzivní reakci na požitý alkohol a jsou přirozenou biologickou ochranou proti abúzu.

Psychická deprivace jako příčina závislosti

Psychická deprivace bývá definována jako psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu. Takový stav vzniká ochuzením určitých žádoucích podnětů, postiženému jedinci není dána možnost, aby své základní psychické potřeby rozvinul a ve svém životním prostředí uplatnil.

²⁸ VAVŘÍK, Michal. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Vydal IMS, 43 s. Brno 2010

Prenatální psychologie přináší důkazy o tom, že dítě vstupuje do tvořivé součinnosti se svým sociálním okolím již v posledních měsících svého intrauterinního života a samozřejmě pak od prvních okamžiků po narození. U jeho prvotních vychovatelů - matek, ale ve velké míře i u otců jsou uváděny v pohotovost nebo spouštěny mnohé instinktivní mechanismy, které se v časné interakci s dítětem významně uplatňují, a jež jsou podkladem dalšího chování, rozvinutějšího, více uvědomělého, plánovaného, promyšleného a kulturně podmíněného.

Bowlby (1988) vychází z pozorování oddělování dítěte od matky a na základě těchto výzkumů vypracoval tzv. teorii vazby (*attachment*), která mu zajistila místo mezi třemi až čtyřmi nejvýznamnějšími psychiatry našeho století.

Teorie vazby říká, že porušení vazby mezi matkou a dítětem bývá z jednou příčin běžně se vyskytujících poruch chování. Porušená vazba vede ke vzniku různých duševních onemocnění, tedy i k závislostnímu chování.

- Citově významná vazba mezi matkou a dítětem měla a má základní význam pro přežití.
- Citové vazbě tohoto druhu nejlépe porozumíme, představíme-li si v mozku matky i dítěte funkční soustavu, která uchovává jejich vzájemnou blízkost a snadnou dosažitelnost.
- Citová vazba se vyvíjí celý život, smyslem vazby je ochrana a pomoc. V průběhu dospívání a dospělosti je vazba doplňována vazbami novými.
- Chování dětí se dá popsat jako zkoumání světa z bezpečné základny. V průběhu dospívání dochází k odloučení od sebe, nicméně bezpečná základna přetrvává.
- Pečování je další součástí vazby. Bez péče by potomstvo nepřežilo.²⁹

Teorie memů:

„*Mem je negenetický replikátor, jemuž se daří pouze v prostředí vytvořeném složitými mozky*“ (Dawkins, 1989).

²⁹ VAVŘÍK, Michal. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Vydal IMS, 45 s. Brno 2010

Popper a Eccles rozdělili svět do tří vzájemné souvisejících kategorií:

- Svět 1 je světem atomů, molekul, buněk, tkání, orgánů, včetně mozku.
- Svět 2 je světem psychického bytí.
- Svět 3 je světem objektivní informace.³⁰

„Ze světa 1 vyrůstá svět 2 a z něj v průběhu vývoje našeho druhu vyrostl a roste svět 3, který zpětně ovlivňuje svět 2 a jeho prostřednictvím svět 1“ (Mühlpachr, 2010).

Vztah mezi deprivanty a jejich způsoby užití memů má prvky pozitivní zpětné vazby. *„Deprivanti jsou lidé, kteří z biologických, psychologických nebo sociokulturních důvodů nedosáhli lidské normality či o ni přišli. Postižení je výraznější v citové a hodnotvé než intelektuální oblasti“* (Koukolík, Drtilová, 1996).

Psychoanalytické teorie vzniku závislosti

Užívání návykových látek je v rámci psychoanalytické koncepce obvykle považované za symptom, který je reakcí na vnitřní konflikt.

Je-li tedy užívání návykových látek symptomem vnitřní příčiny, dá se logicky předpokládat, že pro odstranění symptomu postačí odhalit příčinu. Ve skutečnosti to vždy neplatí.

Několik psychoanalytiků značně přispělo k výkladu užívání návykových látek, za zvláštní stojí čtyři významní současní autoři: *Leon Wurmser – Pudová teorie*, *Edward Khantazian – Teorie objektních vztahů*, *Henry Krystal – Self psychologie*, *Joyce McDougall – Teorie psychosomatických poruch*.

Pudová teorie

Zastává teorii, že osoby užívající návykové látky mají kruté a destruktivní super ego, které hrozí, že je zaplaví zuřivostí a strachem. Užívání návykových látek je pokusem uniknout těmto nebezpečným afektům. Tyto emoce jsou důsledkem tradičních konfliktů mezi psychickými instancemi a krutostí super ega.

³⁰ VAVŘÍK, Michal. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Vydal IMS, 45 s. Brno 2010

Wurmser se domnívá, že takový stav pramení ze skutečných zničujících traumat z raného dětství. Tyto události vedou k nepřátelství vůči autoritě, rebelanství a vzdorovité neposlušnosti.

Na základě tohoto pojetí se Wurmserova psychanalytická léčba soustředí hlavně na analýzu super ega. Je přesvědčen, že moralistický postoj k chování závislých je kontraproduktivní, protože *„problém není v tom, že by měli příliš málo super ega, ale naopak příliš mnoho“* (Tkáč 2011).

Self psychologie

Tato psychologie je založena na myšlence, že podstata problémů osob, které užívají návykové látky, tvoří deficity, nikoli konflikty. To znamená, že kořenem problému jsou spíše slabé stránky a nedostatky „ega“ nebo „self“ než konflikty mezi psychickými instancemi.

Khantzian a jeho kolegové vypracovali modifikovanou dynamickou skupinovou terapii (MDST), která se zaměřuje na osobnostní rysy ovlivňující užívání návykových látek. Čtyři hlavní body, kterým se skupiny věnují, jsou:

- tolerance afektu
- budování sebeúcty
- diskuse o interpersonálních vztazích a práce na jejich zlepšení
- vytvoření vhodných osobních strategií zaměřených na to, jak se chovat mezi dalšími závislými.³¹

Teorie objektních vztahů

Krystal nabízí dvě teorie zdůvodňující užívání návykových látek. Není jasné, zda a případně jak spolu tyto dvě teorie souvisejí, ale každá představuje bezpochyby důležitý přínos. Obě předpokládají vážné narušení v raném vývoji.

Jedna teorie je založena na tom, jak je chápána patologie v rámci teorie objektních vztahů. Závislá osoba prožívá k droze symbolický vztah jako k primárnímu mateřskému

³¹ TKÁČ, Juraj. *Adiktologie*. Vydal IMS, 18, 19, 20 s. Brno 2011

objektu. To znamená, že droga zastává funkce, které jsou obvykle připisovány postavě matky.

Druhá teorie se soustřeďuje na narušené afektivní funkce. Tento jev je znám jako „alexithymie“. Krystal se domnívá, že narkomani se liší od ostatních v tom, že nedokážou rozeznat kognitivní aspekty emočních stavů.

Krystal tedy předpokládá, že základem užívání drog je vážná porucha objektivních vztahů. Je také pesimističtější, co se týče léčby drogově závislých. Stejně jako Khantzian však doporučuje soustředit se na práci zlepšení vztahu k sobě, toleranci afektů.³²

Teorie psychosomatických poruch

McDougall vidí užívání návykových látek jako jednu z variant závislého chování, jako například poruchy příjmu potravy, nutkavé sexuální chování a závislé vztahy. Považuje je všechny za psychosomatické. Psychosomatické jevy jsou „*všechny případy fyzického poškození nebo nemoci, ve kterých hrají důležitou roli psychologické faktory*“ (Tkáč 2011).

Psychosomaticko – závislé řešení je obranný manévr proti nevědomým emocím a strachům. McDougall se domnívá, že jejich základní povaha je podobná psychotické. Závislost je způsob, jak se vyhnout vnitřnímu pocitu pustoty a prázdnoty, který drogově závislého ohrožuje.³³

Alexithymie – závislost jako emoční problém

V současné době můžeme rozumět alexithymii jako snížené schopnosti jedince porozumět vlastním emocím, diferencovat mezi nimi a odpovídajícím způsobem se vyjádřit. Člověk může v být v souladu se svým emočním světem, i když své emoce neprojevuje, neumí rozpoznávat a popisovat.

Sifneos představil tento psychologický konstrukt v druhé polovině 20. století. Sifneos nahlíží na alexithymii jako na osobnostní styl, který daného jedince disponuje k somatizacím a souvisejícím psychosomatickým poruchám.

Základní Sifneova definice alexithymických osob zahrnuje tři ústřední znaky:

³² TKÁČ, Juraj. *Adiktologie*. Vydal IMS, 20, 21 s. Brno 2011

³³ TKÁČ, Juraj. *Adiktologie*. Vydal IMS, 21 s. Brno 2011.

- Neschopnost rozeznávat, identifikovat a popisovat emoce, včetně obtíží v rozlišování emočních a tělesných počitků.
- Zhoršená symbolizace související s nedostatkem fantazijních a imaginativních schopností.
- Zaměření na vnější události spíše než na vnitřní prožitky.³⁴

1.5 Dílčí závěr

Na závěr kapitoly bych zmínila, že rozdělení drog a popisování daných účinků je ve zkratce, kdy jsem se snažila vybrat to nejdůležitější. Mezi nelátkové závislosti patří také mnohem více, kdy každá závislost má podle WHO svoje označení i když nelátkové závislosti jsou pořád velmi diskutované, zda se to dá zařadit mezi závislost či ne. Například u závislosti na televizi se těžko dá rozpoznat, kdy je člověk opravdu už nemocný a potřebuje pomoc.

Teorie o vzniku závislosti máme velmi mnoho, ale z obecného hlediska se dá říci, že velmi záleží do jakého prostředí a rodiny se člověk narodí, zvláště vztah mezi matkou a dítětem hraje obrovskou roli a od toho se potom odvíjí život dané osoby a vznik závislosti nebo ne.

³⁴ TKÁČ. Juraj. *Adiktologie*. Vydal IMS, 21, 22 s. Brno 2011.

2 PREVENCE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Pojem prevence nebo také profylaxe je v užším smyslu ochrana zdraví. Jsou to především ochranná opatření proti nakažlivým nemocem. Prevence je hlavně předcházení, opatření učiněné předem a ochrana. Opatření zaměřená na účinnou ochranu a uchování zdraví člověka, zvířat i rostlin. Preventivní péče, soubor opatření zdravotnických i sociálních, která umožňují předcházet poškození zdraví, vzniku nález, nemocí, zdravotních komplikací a trvalých následků nemoci.³⁵

Podle WHO se rozlišuje:

- *Primární prevence* – tj. předcházení užití u osob, kteří dosud s drogou nejsou v kontaktu; obvykle ztotožňovaná s prevencí bez dalšího přívlastku.
- *Sekundární prevence* – tj. předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které již drogu užívají; obvykle používaná jako synonymum pro poradenství a léčení.
- *Terciární prevence* – tj. předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog.³⁶

*„Prevence = uvědomovat si rizika a střídme zacházet s návykovou látkou, nejlépe ji do života vůbec nezařazovat“.*³⁷

Prevence závislosti

Jedinou možnou prevencí vzniku závislosti je vzhled na možné startující a související faktory tohoto onemocnění.

Geny - je prokázáno, že určité dispozice ke vzniku závislosti jsou zakódovány v lidských genech. Pokud je návyk na alkohol nebo jinou drogu opakujícím se mechanismem generací rodiny, je velké riziko, že i v další generaci znovu propukne (tz. - otec pil, děda pil, matka zneužívala léky). Nemusí se vždy rozvinout ve stejné formě jako u předchozí generace, ale s moderní dobou přicházejí nové prostředky - drogy.

³⁵ geneticka-ambulance.cz [online]. [citace 2013-15-10]. Dostupné z http://www.geneticka-ambulance.cz/soubory/Pojem_prevence_a_lekarska_genetika.pdf

³⁶ Podle WHO

³⁷ monikaplocova.cz [online]. [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://www.monikaplocova.cz/prevence-zavislosti>

Sociální faktory mohou posílit v dítěti touhu po návykové látce. Pokud dítě vidí rodiče a společnost okolo sebe konzumovat běžně alkohol či jiné drogy, nabudou děti

dojmu, že se jedná o normální jev, součást životního stylu a konzumu. Pak mají tendence konzumovat návykové látky také. Právem si neuvědomují důsledky škodlivosti.

Výchova a vztahy v rodině – je prokázáno, že rodiče jsou vzorem dětí; jednání, řešení problémů, komunikace, styl života, určují dětem rodiče.

Uživatelé drog vyrůstají často v *neúplných rodinách*, v rodinách *zaměřených na majetkové poměry* (s tím souvisí přešponovaný životní styl rodičů), rodiče nemají na děti čas; *zkreslené hodnoty života*, v *nefunkčních rodinách* (probíhá zde domácí násilí, psychické nátlaky, dominance jednoho z partnerů, sexuální zneužívání); členové rodiny hledají cestu ven a mohou se uchýlit k nevhodnému způsobu - zneužívání návykových látek, v *rodinách, kde chybí komunikace*, vládne bezohlednost, rodiče nejsou schopni řešit své problémy; taktéž členové rodiny mohou najít cestu v oblasti zneužívání návykových látek.³⁸

2.1 Primární prevence

Primární prevence (PP) si klade za cíl odradit od prvního užití drogy nebo aspoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou. Specifickým cílem je předcházet zvyšování užívání mezi rizikovou populací. Preventivní aktivity se mohou zaměřovat na celou populaci, např. využití masových médií ve vzdělávání široké veřejnosti, na komunity, např. iniciativy a programy ve školách zaměřené na většinu studentů a mladých lidí. PP se může také zaměřovat na ohroženou populaci - jako jsou např. děti ulice, mladí lidé, kteří opustili školu, děti uživatelů drog atd. V podstatě PP obsahuje tyto hlavní složky:

- vytváření povědomí a informovanosti o drogách a o nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích, se zneužíváním drog spojených,
- podporu protidrogových postojů a norem,
- posilování prosociálního chování v protikladu zneužívání drog,

³⁸ monikaplocova.cz [online]. [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://www.monikaplocova.cz/prevence-zavislosti>

- posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů,
- podporování zdravějších alternativ, životního stylu bez drog.

Primární (proti)drogovou prevenci dělíme na nescifickou primární prevenci a primární prevenci specifickou.

Nescifická primární prevence

Tvoří nedílnou součást primární prevence a jejím obsahem jsou všechny techniky umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů, pohybových a sportovních aktivit. Zahrnuje veškeré aktivity nemající přímou souvislost např. se zneužíváním návykových látek, šikanou, xenofobií atd.

Jedná se o aktivity, které napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje jakýchkoli nežádoucích forem chování a to prostřednictvím lepšího využívání a organizace volného času. Znamená to, že mají určitý obecný protektivní potenciál.

Do nescifické prevence patří zájmové kroužky (jako např. kroužky při školách, školských zařízeních či lidových školách umění), dále sportovní aktivity (na všech úrovních) apod. Patří sem také programy zaměřené na zlepšení životního stylu. Všechny tyto programy by existovaly a byly žádoucí i v případě, že by neexistoval např. problém zvaný drogová závislost, tj. i v takovém případě je smysluplné tyto programy rozvíjet a podporovat.

Specifická primární prevence

Je zaměřená specificky na určitou formu nežádoucího chování, kterému se snaží předcházet nebo omezit jeho nárůst (případně snížit výskyt). Explicitně se zaměřuje na:

- Na určité cílové skupiny a snaží se hledat způsoby, jak předcházet výskytu určité specifické formy nežádoucího chování, např. užívání drog nebo alespoň posunout výskyt takového jevu do vyššího věku cílové skupiny a účinně tím snížit zdravotní či sociální dopady.
- Na určité handicapované cílové skupiny (z hlediska věku či jiného kritéria, relevantního k výskytu jevu, jemuž chceme předcházet).

Právě jasná profilace těchto programů (snaha působit selektivně, specificky) na určitou formu nežádoucího chování je odlišuje od nescifických programů. Specifičnost

programů je tak dána nutností zaměřit se pouze na určité cílové skupiny, jevící se např. jako ohroženější či rizikovější než skupiny jiné.

Někdy pro rozlišení specifické a nspecifické primární prevence využíváme tzv. ekonomickou negativní definici: programy specifické primární prevence užívání návykových látek jsou všechny takové programy, které by neexistovaly, kdyby neexistovaly problémy spojené s užíváním návykových látek, tj. tyto programy by za neexistence těchto fenoménů nevznikaly a nebyly rozvíjeny. Není smysluplné, aby všemi typy těchto programů procházely všechny děti (či jiné cílové skupiny), ale je zaměřen pouze na ty, u nichž předpokládáme vyšší náchylnost k rizikovému chování (ať již z hlediska věkového, sociálního apod.).³⁹

Všeobecná primární prevence

Dlouhodobé kontinuální programy primární prevence rizikového chování (zahrnuje celou populaci, komunitu, školu). Cílem je předcházet rizikovému chování. Příkladem je všeobecná prevence obsažená v rámcových vzdělávacích plánech a preventivních plánech.

Ve školní všeobecné prevenci se postupně jádro preventivních programů začíná soustředit – orientovat na model sociálního vlivu, vždy v kombinaci s více specifickými, zejména interaktivními programy, kde se využívá škála metod a programů. V prevenci se nejvíce prozatím osvědčila kombinace přiměřen ekonomických sankcí a systematických dlouhodobých preventivních programů. Prokazatelné výsledky mají pouze dlouhodobé a systémově provázané aktivity.

Významnou roli hraje zapojení rodičů a komunity do organizace školy. Rodiče i škola mohou společně vytvářet zdravé, estetické prostředí, společně zařizují zdravé prostředí ve škole. Rodiče by měli mít důvěru v pedagogy, klasifikaci a normy školy, stejně tak by měli mít důvěru ve své děti a umožnit jim vyjadřovat své názory. To ovšem předpokládá postupnou změnu interakce školy s rodiči.⁴⁰

Selektivní primární prevence

³⁹ Drogy-info.cz. [online] [citace 2013-15-10]. Dostupné z http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/zakladni_pojmy_z_oblasti_primarni_drogove_prevence_souhm

⁴⁰ prevence-info.cz [online]. [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://www.prevence-info.cz/p-prevence/vseobecna-primarni-prevence>

Primární prevence, která se zaměřuje na rizikové skupiny, u nichž je rizikové chování podmíněno biologickými, sociálními, psychologickými, environmentálními faktory. Cílem je včasné a efektivní řešení problematiky rizikových skupin dětí a mládeže, které mohou mít problémy v chování.⁴¹

Indikovaná prevence

Prevence zaměřená na takové skupiny, kde je riziko výskytu jevu či rizikového chování značné. Indikovaná prevence zohledňuje míru rizika a při jejím uplatnění se volí kombinace vyhodnotitelných intervencí, které podporují změnu chování.

Existuje řada postupů a programů specifické primární prevence, které lze rozdělit do tří základních skupin:

- *Nejvyšší úroveň – makroprostředí* - se zaměřuje na co největší skupiny lidí, cílem je ovlivnit veřejné mínění, např. pomocí různých kampaní. Výtěžnost těchto většinou velmi nákladných „megalo-akcí“ bývá sporná. Na této celospolečenské úrovni jsou pravděpodobně daleko účinnější nespecifické formy primární prevence – vytváření podmínek pro volnočasové aktivity, snížení podpory propagace kouření a alkoholu atd.
- *Střední úroveň – meziprostředí* - je zaměřena na menší lokality a skupiny (městská část, obec, děti II. stupně základní školy, zdravotnický personál atp.). I zde jsou nejefektivnější dlouhodobé a koncepční preventivní programy, jejichž realizace je ale často z personálního i finančního hlediska obtížná. Při působení na této úrovni se nejvíce využívá mediálních kampaní, vydávání odborně naučných publikací, vytváření pořadů v rámci profesního vzdělávání i formy uvedené níže.

Je vhodné si uvědomit, že existují některé tzv. „rizikové“ profese s častějším výskytem drogové závislosti, k nimž patří i zdravotníci. Příslušné preventivní postupy pak zahrnují i prevenci proti stresu zaměstnanců.

⁴¹ [prevence-info.cz](http://www.prevence-info.cz) [online]. [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://www.prevence-info.cz/p-prevence/selektivni-primarni-prevence>

- *Místní úroveň – mikroprostředí* - je z hlediska specifické prevence drogové závislosti nejefektivnější. Programy jsou „šity na míru“ přesně definovaným cílovým skupinám. Mezi formy užívané v této oblasti patří:
- *přednášky a besedy;*
- *komponované pořady* (přednášky a diskuse o drogách spojené s hudební, filmovou produkcí, setkáním se zajímavou osobností);
- *„klasické“ peer programy* (vrstevnické) (vybrané děti – dobrovolníci – projdou speciálním školením a pak šíří mezi svými vrstevníky protidrogové postoje; tato metoda vyžaduje náročné vedení zkušeného odborníka);
- *dlouhodobé programy* (jedná se vlastně o souhrn výše uvedených postupů rozložených v dlouhém časovém úseku; zaručí kontakt s kolektivem v průběhu několika let, což je efektivnější, ale zároveň obtížné).⁴²

2.2 Sekundární prevence

Zahrnuje veškeré léčebné programy. Má tedy za úkol vyléčit závislost a zabránit relapsům onemocnění a také minimalizovat újmy na zdraví způsobené toxickými účinky drog. V léčbě drogové závislosti, tedy chronického bio-psycho-sociálního onemocnění, je opět zásadní komplexní postup zahrnující:

- *psychologický přístup,*
- *úpravu sociálního zázemí pacienta,*
- *farmakoterapii.*

V léčbě drogové závislosti se používá řada různých postupů, kdy záleží nejen na příslušném typu závislosti (závislost na různých typech drog), ale také na fázi rozvoje závislosti. Vedle psychologických postupů, změny prostředí, lze použít náhradní aplikační formy drogy a snížení dávkování či podání jiné látky s obdobným účinkem jako droga, ale nižším návykovým potenciálem (tzv. „substituční“ léčba).

⁴² Zdravi.e15.cz [online] [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-drogovych-zavislosti-163718>

I v ČR existuje řada tzv. „substitučních“ programů. Nejznámější je léčba heroinové závislosti metadonem, kterou ale mohou poskytovat pouze substituční centra (v ČR je jich zatím jen 9). Buprenorfin (registrovaný jako Subutex) může být pro léčbu opiátové závislosti předepsán i v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů. Prevenci relapsu drogové závislosti může podpořit i aplikace látek, které snižují žádostivost po droze, např. tzv. „anti-cravingových“ látek (třeba podávání bupropionu u kouření).⁴³

Sekundární prevence drogových závislostí podle WHO je vymezena jako *předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ni stali závislími. Obvykle používána pro souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčeni.*⁴⁴

„Oblast sekundární prevence je pak nezbytnou součástí léčebné péče, u všech uživatelů drog, nejen u těch se škodlivým užíváním, má sekundární prevence zabránit vzniku a rozvoji psychických a somatických komplikací užívání návykových látek. Nelze tedy od sebe zcela oddělit péči preventivní a léčebnou: proto mluvíme o preventivní léčebné péči“(Hampl, 2003).

2.3 Terciární prevence

Zahrnuje nejružnější postupy z oblasti „harm reduction“ tedy „snižování rizik“ při užívání drog. V terminologii drogové problematiky se „harm reduction“ objevuje v souvislosti s novým přístupem k uživatelům drog v 80. letech 20. století. Základem tohoto pohledu je pragmatičnost. Místo toho, aby usiloval o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, které je podle historické zkušenosti neodstranitelné, snaží se s ním pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší. Upřednostňuje zdraví, osobní zodpovědnost a léčbu uživatele před perzekucí, má na zřeteli i ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog a souvisí tedy se strategií ochrany veřejného zdraví.

⁴³ Zdravi.e15.cz [online] [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-drogovych-zavislosti-163718>

⁴⁴ KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti 1, Mezioborový přístup*. Kapitola 1/1 Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy., s. 17. ISBN 80-86734-05-6.

Nejznámější je uplatnění „harm reduction“ v boji proti šíření epidemie HIV/AIDS. Mezi preventivními programy kromě bezplatného poskytování kondomů a vzdělávání v oblasti bezpečného sexu, je také nácvik bezpečnějšího užívání nástrojů pro aplikaci drog, výměna injekčních stříkaček („výměnné programy“), zavedení aplikačních místností se zázemím apod. Principy „bezpečnější“ aplikace drog zabraňují šíření i dalších infekčních chorob, např. žloutenky.

V rámci „harm reduction“ byla zavedena i substituce drog a v některých zemích dokonce preskripce návykových látek lékaři. Mezi „harm reduction“ aktivity patří i preventivní přítomnost zdravotníků a pracovníků protidrogových organizací na místech, kde je velká pravděpodobnost užívání drog (např. taneční party), poskytování informačních a konzultačních služeb o rizicích užívání drog veškerých typů, o zvláště nebezpečných kombinacích, navržení postupů první pomoci při předávkování, léčebných postupů včetně poskytnutí kontaktů atd.

Informace jsou podávány zdarma formou osobních konzultací, letáků nebo na internetových stránkách příslušných protidrogových organizací. Důležitým principem „harm reduction“ je *nízkoprahový přístup* – tedy zásadní je, aby služba založená na principu snížení rizik byla pro všechny snadno dostupná, s cílem oslovit co nejvíce lidí (uživatelé, rodinné příslušníky, potenciální uživatelé drog, ostatní lidi v komunitě). Proto se zde uplatňují zejména nestátní neziskové organizace, především tzv. K-centra (kontaktní centra), zaměřená současně i na primární prevenci.⁴⁵

Pojem „*harm reduction*“ se označuje přístup snižování či minimalizace poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali.

HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekce, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti.

⁴⁵ Zdravi.e15.cz [online] [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-drogovych-zavislosti-163718>

Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní (situační) poradenství a edukace o rizicích.

Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace.⁴⁶

Dále můžeme zařadit tzv. *nízkoprahové kluby*, odborně nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (ve zkratce NZDM), jsou určeny dětem a mládeži, které tráví svůj volný čas touláním na ulici, v partě či jinak neorganizovaně.

Navštěvovat je mohou všichni - od jedničkářů z gymnázia přes skejtáky, vyznavače alternativního způsobu života až po "průšviháře" ze zvláštní školy. Jsou v podstatě volnočasovou alternativou k různým zájmovým útvarům kroužkům a jiným organizovaným aktivitám, navíc ale poskytují poradenství a sociální servis.

Zásadní význam klubů je však v jejich poradenské a preventivní činnosti - umožňují dětem a mládeži si popovídat, nebo se svěřit se svými problémy, které mohou za pomoci pracovníků vyřešit. Vytvářejí pro děti chráněný prostor, v němž dospívající najde svoje místo, což je přesně to, co v mnohdy nebezpečných velkoměstech a na anonymních sídlištích chybí.

Mládež je během pobytu v klubech zároveň chráněna a současně pod "dozorem" zkušených a pro tento účel školených pracovníků. V každém klubu rovněž platí přesná pravidla, která mimo jiné zakazují užívání alkoholických nápojů, drog, násilí či šikanu.⁴⁷

Do nízkoprahových klubů patří také „*streetwork*“ *nebo-li práce v terénu*, kde pracují tzv. *streetworkeri*, kteří se pohybují po ulicích, parcích, hernách či klubech. Jejich prací je vyhledávat jedince nebo skupiny, kteří nemají co na práci a můžou se tak lehce dostat do problémů se závislostí na drogách. Mají za úkol jim nabídnout pomoc, většinou se jedná o takové jedince, kteří mají strach nebo nechtějí ochotně sami vyhledat pomoc.

⁴⁶ Drogy-info.cz [online] [citace 2013-15-10]. Dostupné z index.php/info/glosar_pojmu/h/harm_reduction

⁴⁷ Streetwork.cz [online] [citace 2013-15-10]. Dostupné z http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=183

Jako poslední uvedu „*kontaktní centra*“, která nabízí výměnný program, informace o bezpečném užívání drog, základní zdravotní ošetření.

Základní program kontaktního centra je kontaktní práce, výchovné a vzdělávací programy, kontaktní poradenství, výměna injekčního náčiní a zdravotní ošetření. Činnost probíhá v kontaktních místnostech, kde jedinci mohou být většinou dvě až tři hodiny, jedinec je pod vlivem drogy, ale v místnosti s danou drogou nesmí experimentovat. Klienti mohou využívat potravinový servis, vitamínový servis a hygienický servis.⁴⁸

Jako další centra můžeme uvést denní stacionáře, terapeutické komunity, chráněné bydlení a svépomocné organizace. V České republice je nejznámější středisko Drop-In, které sídlí v Praze a zahrnuje terénní programy, nízkoprahové středisko, centrum metadonové substituce, centrum následné péče a centrum pro rodinu.

V dnešní době můžeme říci, že v každém větším městě je středisko, které se snaží pomáhat závislým lidem, protože závislých osob přibývá více a tento problém se stává větším úskalím. Také se stává více známý pojem streetwork a přibývá vyškolených pracovníků v terénu, kteří chtějí pomoci lidem na ulici.

2.4 Dílčí závěr

V preventivních záležitostech je na prvním místě primární prevence, snažit se zabránit dětem, lidem přístupu k drogám. Z oblasti sociální pedagogiky je důležité ve škole vytvářet programy, upozorňovat na nebezpečí drog, snažit se děti ve škole chránit a zaměstnávat. Velmi zajímavé jsou návštěvy škol do center pro závislé, kde se děti a mladiství mají možnost informovat o nebezpečí užívání drog.

V současné době se pomocná střediska v preventivní oblasti rozšiřují, protože stále více dětí a ve velmi nízkém věku mají přístup k alkoholu, cigaretám, dokonce i drogám. Proto je oblast prevence u nás velmi důležitá.

⁴⁸ Drogy-info.cz [online] [ace 2013-15-10]. Dostupné z www.drogy-info.cz/kontaktni_centrum

3 LÉČBA ZÁVISLOSTÍ

Přestože existuje mnoho závislostí jak látkových tak nelátkových, u všech bývá proces společný. Také boj se závislostí, její léčba i doléčování, trvalá abstinence mají stejný mechanismus. Druh léčení závisí na míře závislosti. Do léčby drogových závislostí zařazujeme farmakologickou, substituční léčbu, detoxikaci, psychologickou, ambulantní a pobytovou léčbu.

3.1 Léčba drogových závislostí

Farmakologická léčba

Farmakologická léčba dosud používaná při léčbě závislosti na alkoholu byla orientována výhradně k podpoře dosažení a udržení úplné abstinence. V současnosti se tento přístup začíná rozšiřovat - vedle dosavadních, abstinenci orientovaných postupů je stále častěji aplikován koncept „snižování rizik“ - snižování konzumace, resp. omezování rizikové konzumace alkoholu s využitím farmakologické podpory.

Závislost na alkoholu (F10.2) bývá řazena mezi chronická recidivující onemocnění. Naprostá většina léčebných programů v České republice i v zahraničí byla dosud orientována na dosažení a udržení úplné abstinence pacientů od alkoholu jako hlavního terapeutického cíle. To je ale pro řadu pacientů cíl obtížně představitelný, natož reálně dosažitelný.

Někteří pacienti nejsou k plné abstinenci rozhodnutí, což je jeden z důvodů, proč specializované adiktologické pracoviště vůbec nenavštíví, resp. jejich léčba je oddalována nebo předčasně ukončována. Dosavadní terapeutické postupy jsou charakterizovány snahou o komplexní léčebný přístup, jehož součástí - vedle dominující psychoterapie - je mj. také podpurná farmakoterapie. Její význam se v uplynulých dvaceti letech zvýraznil díky novým poznatkům o neurobiologickém substrátu závislosti na alkoholu, včetně adaptivních změn v systému klíčových neurotransmiterů.

Rovněž tato farmakologická léčba však byla dosud orientována výhradně abstinenci. Disulfiram, acamprosát a naltrexon jsou dosud jedinými látkami schválenými pro adjuvantní léčbu závislosti na alkoholu. Disulfiram je empiricky užíván při léčbě alkoholismu více než 60 let, nicméně neexistují jednoznačné důkazy z randomizovaných kontrolovaných klinických studií, že dlouhodobě pomáhá udržet abstinenci.

Naltrexon snižuje riziko relapsu abúzu alkoholu zeslabením působení jeho „odměňujícího“ účinku. Také u něj jsou údaje z klinických studií poněkud inkonzistentní a výsledky v několika velkých studiích byly negativní. Účinkem acamprosatu, který zvyšuje šanci na dosažení a udržení abstinence, dochází k potlačení negativního cravingu u pacientů se zkušeností s těžkým odvykacím stavem, následujícím po zahájení abstinence. Klinický vývojový program zahrnoval velký počet pacientů a studií, z nichž naprostá většina prokázala pozitivní vliv acamprosatu na zvýšení abstinence.

Nezvládnutý craving, potíže s kontrolou konzumace alkoholu a pokračování v pití přitom patří mezi symptomy duševní poruchy - syndromu závislosti na alkoholu, pro kterou je pacient léčen.

Nový koncept léčby je odlišný přístup při léčbě škodlivého pití a závislosti na alkoholu představuje léčebná strategie zaměřená na snižování konzumace alkoholu, připomínající strategii snižování rizik („harm reduction“) při užívání nelegálních drog.

Na rozdíl od ní se však nejedná pouze o zásadní změnu ve způsobu aplikace, ale zejména o změnu v množství užívané „drogy“. Tato strategie tedy zahrnuje dva klíčové prvky:

- snížení/omezení celkové konzumace alkoholu (Total Alcohol Consumption, TAC),
- snížení/omezení rizikového způsobu pití, resp. redukce tzv. těžkých pijáckých dní.⁴⁹

Substituční léčba

Substituční léčba je standartním postupem, který svou charakteristikou patří do postupů harm reduction. Jedná se o časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle. Substituční léčba je metodou první volby pro pacienty, kteří nejsou schopni přijmout terapeutické metody, jejichž primárním cílem je abstinence od návykových látek.⁵⁰

Substituce („nahrazení“) je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně

⁴⁹ Zdravi.e15.cz [online] [2013-15-10]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/farmakologicka-lecba-zavislosti-novy-koncept-terapie-alkoholismu-467035>

⁵⁰ TKÁČ. Juraj. *Adiktologie*. Vydal IMS, 92, 93 s, Brno 2011.

menšími riziky nebo může jít o substituci škodlivého způsobu aplikace drogy za méně škodlivý.

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

Substituční léčba má být provázena psychoterapií, sociálním poradenstvím, což napomáhá klientovi se postupně zapojit do běžného života, řešit své osobní problémy, sociální situaci.

V České republice existují substituční metadonové programy. Základními podmínkami pro vstup do metadonového programu je plnoletost, několik prokazatelných, neúspěšných pokusů o léčbu vedoucí k abstinenci a další podmínky stanovené konkrétními zařízeními. Substituční léčba neznamena v principu podporování užívání drog ve společnosti, je jednou z možností jak zajistit bezpečnější alternativu pro klienta i pro společnost.⁵¹

Typy substituční léčby

Substituční léčba je prováděna ve specializovaných zařízeních akreditovaných pro substituční programy.

Poskytování substituční látky a služby podle „*Základní substituční léčby*“ jsou rozšířeny o další služby nebo na ně navazují služby, poskytované v rámci zařízení:

- terapie somatických a psychických poruch,

⁵¹ Zavislosti.napady.net [online] [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://zavislosti.napady.net/rubriky/drogy/lecba>

- skupinová psychoterapie,
- individuální psychoterapie,
- rodinná terapie,
- pracovní terapie,
- následná péče,
- vzdělávání o aspektech užívání návykových látek,
- osobní poradenství,
- pracovní poradenství,
- profesní vzdělávání,
- ústavní pobyty.⁵²

Substituční léčbu máme základní a minimální. Dále ji dělíme na krátkodobou a dlouhodobou (udržovací).

Diagnózu a indikaci k zařazení do typu substitučního programu stanovuje lékař s atestací v oboru psychiatrie, dále s osvědčením o úspěšném absolvování výcviku v substituční terapii.

Před podáváním substituční léčby je potřeba si ověřit, zda pacient není registrován v jiném zařízení, aby to zabránilo úniku substituční látky na nelegální trh.⁵³

Detoxikace

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

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

⁵² TKÁČ, Juraj. *Adiktologie*. Vydal IMS, 93, 94 s. Brno 2011

⁵³ SCHULTE, Bernd. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, c2010, 38 s. ISBN 978-80-7440-042-1.

Detoxifikace je přímo léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u klienta a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Vhodné zařízení, ve kterém se tato procedura provádí, je obvykle nazýváno **detoxifikační centrum** nebo detoxifikační jednotka. Tradiční detoxifikace se prováděla a v současnosti stále provádí ve speciálním lékařském zařízení, v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně.

Klient je přijatý na „detox“ ještě intoxikovaný nebo s počínajícími abstinenčními příznaky. Pokud se používá medikace, předepisuje se obvykle látka, která má podobné účinky a je podobného charakteru jako droga, kterou dotyčný užíval. Při předchozím užívání heroinu se používá obvykle metadon či buprenorfin (Subutex), někdy jiné tlumivé látky (benzodiazepiny). Dávkování je určeno tak, aby byly ulehčeny odvykací příznaky, ale aby nedošlo k intoxikaci jako na droze a postupně se snižuje.⁵⁴

Ambulantní léčba

Léčba, která probíhá bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Při ambulantní léčbě klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka léčby a frekvence docházení se může v různých typech zařízení lišit, nicméně měla by být ve všech případech zakotvena v dohodě klienta se zařízením či terapeutem.

Ambulantní léčba je vhodná pro lidi, kteří mají sociální, rodinné zázemí, které je pro ně podporou či přinejmenším není ohrožující. Jsou motivovaní a jsou schopni větší sebekontroly v situaci, kdy jsou vlastně stále v kontaktu s okolím, prostředím, ve kterém drogy užívali. Z toho vyplývá, že u lidí, kteří brali drogy velmi dlouho, třeba deset let, a jejich zázemí je mizerné, je vhodnější spíše uvažovat o jiném typu léčby než ambulantní.

Za účinnou se považuje léčba až od délky tří měsíců, s frekvencí kontaktů s léčebným zařízením minimálně dvakrát až třikrát týdně.

V České republice nabízí ambulantní péči AT poradny, což jsou ambulantní psychiatrická zařízení, která se zaměřují na alkoholové a drogové závislosti.

⁵⁴ SCHULTE, Bernd. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, c2010, 48, 49 s. ISBN 978-80-7440-042-1.

Existují také ambulantní skupiny, které se schází jednou týdně či častěji a buďto fungují v rámci některého terapeutického zařízení nebo jako svépomocné.

Další možnou podobou ambulantní léčby je denní stacionář, kde klient dochází každý den do léčebného programu, který je od ranních do odpoledních hodin. Klient tedy tráví v léčebném zařízení v podstatě celý den, kdy se účastní skupinové terapie, individuálních pohovorů s terapeutem, využívá poradenství ohledně sociálních, právních, záležitostí, které potřebuje řešit, účastní se volnočasových a pracovních aktivit. Večer odchází domů, na rozdíl pobytové léčby. Součástí léčby bývá také rodinná nebo partnerská terapie.⁵⁵

Pobytová léčba

Léčebné programy, při nichž klient žije v chráněném prostředí léčebného zařízení. Tento typ léčby se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog, vytváří jasný režim a pravidla pobytu a využívá různých terapeutických metod, které mají pomoci klientovi ujasnit si své postoje vůči návykovým látkám, řešit nejrůznější problémy, které se týkají jeho předchozího života ať už na drogách nebo bez nich, získat komunikační, sociální dovednosti. Využívá skupinové a individuální psychoterapie, pracovní terapie, programy pro volný čas.

Léčení může být krátkodobé, tj. léčba trvá do cca 2 měsíců, střednědobé, tj. od 2-3 měsíců do cca 6 měsíců, dlouhodobé, v délce od půl roku do jednoho roku, výjimečně až dvou let. Krátkodobá a střednědobá léčba probíhá obvykle v lékařských zařízeních, psychiatrických léčebnách (pro tento typ léčby se užívá pojem ústavní léčba). Dlouhodobé léčby probíhají vesměs v terapeutických komunitách, tradičně je délka dlouhodobé léčby v terapeutické komunitě kolem jednoho roku. I když v současnosti nabízí i některé z terapeutických komunit střednědobé léčby v délce kolem šesti až osmi měsíců. Pro léčbu v terapeutické komunitě se obvykle užívá pojem rezidenční.⁵⁶

Léčba může být také zaměřena na určitý typ klientely, jsou ambulantní léčebná zařízení, která se zaměřují především na děti do 15 let užívající drogy nebo terapeutické

⁵⁵ RABOCH, Jiří. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. V Tribuně EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2010, 195, 196, s. ISBN 978-80-7399-984-1.

⁵⁶ ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 241,242 s. ISBN 80-7169-836-9.

komunity, které nabízí léčbu mladistvým klientům či terapeutická komunita pro závislé matky, kde se mohou léčit a zároveň mít u sebe své děti.⁵⁷

Je dobré vědět, že léčbou, ať už jakkoli dlouhou, léčebný proces nekončí. Na klienta po léčbě čekají různá nebezpečství, která se lépe zvládají s alespoň minimální podporou v rámci doléčování.

3.2 Dílčí závěr

V České republice se velmi rozšiřuje substituční léčba a substituční programy. Změnu nového zákona v substituční léčbě přinesla **novela zákona č. 379/2005 Sb.**, která nabyla účinnost dnem **1. ledna 2006**, kdy podle § 20 odst. 2 písm. j) tohoto zákona jsou zdravotnická zařízení ambulantní péče a zdravotnická zařízení podávající nebo předepisující látky nahrazující původní návykovou látku, tedy zařízení a lékaři poskytující substituční léčbu, povinna hlásit pacienty podstupující tuto léčbu do *Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substituční látek*. Tím by se mělo zabránit vícenásobné preskripci, což je zároveň primárním účelem tohoto registru. Tato povinnost je stanovena bez ohledu na odbornou specializaci lékaře.

Dále nabylo platnosti od 1. 2. 2010, že substituční přípravek má být hrazen částečně pojišťovnamí, rozhodl o tom Státní ústav pro kontrolu léčiv. Pacienti tedy platí za měsíční terapii více jak o polovinu méně. Z hlediska léčených osob převládají muži nad ženami, kdy nejvíc léčených převládá v hlavním městě Praze.

Je zde také nová substituční léčba pro osoby závislé na heroinu. K této léčbě se používá léčebný heroin a je velký krok vpřed.

Z psychologického hlediska je důležitá pro léčbu i terapie, kde rodinná terapie je pro pacienty nejučinnější, protože člověk na to není sám a ve většině případů má podporu rodiny.

⁵⁷ MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, 55 s. ISBN 80-85850-08-7.

4 LÉČBA ZÁVISLOSTÍ

4.1 Vznik oboru

O začátcích psychoterapie hovoříme tehdy, jsou-li psychologické postupy využívány záměrně, systematicky a cíleně k léčebnému ovlivnění druhého člověka.

Těmto požadavkům se jako první začal blížit německý lékař, teolog a filozof

F. A. Mesmer, který od roku 1776 převážně ve Vídni prováděl individuální a skupinovou sugestivní a hypnotickou léčbu.

Jinou významnou osobností přispívající ke vzniku psychoterapie jako oboru je francouzský neuropsychiatr **J. M. Charcot**. Zajímal se o tzv. funkční duševní poruchy, které se symptomaticky projevovaly jako některá neurologická onemocnění, avšak chyběl prokazatelný organický nález.

Vlastní psychoterapie je ale spojována se jmény **S. Freud** a **P. M. Janet**. Sigmund Freud je také zakladatel psychoanalýzy, vlastně i hlubinné psychologie a pod vlivem S. Freuda vzniká dynamická psychoterapie, což je jeden z hlavních směrů psychoterapie, který je u nás nejrozšířenější a v praxi nalézá největší uplatnění.

Francouzský filozof, psycholog a neuropsychiatr P. M. Janet byl současníkem Freuda, avšak jeho názory posuzoval střízlivě a kriticky. O Janetovi se zmiňují především proto, že jako první vymezuje psychoterapii jako léčení psychologickým působením, majícím své zákonitosti. Musí se dít individuálně a podle okolností pacientova života a typu osobnosti, to v podstatě odpovídá i dnešnímu pojetí psychoterapie.⁵⁸

U kolébky léčby psychologickými prostředky u nás stojí neuropsychiatr **J. Stuchlík**, kdy s psychoterapií seznamoval postupně veřejnost a sám se jí zabýval.

V současné době rozeznáváme celou řadu psychoterapeutických směrů a škol majících různá teoretická východiska a zdůvodnění vlastních postupů a počínání.⁵⁹

⁵⁸ VYMĚTAL, Jan. *Psychoterapie: pomoc psychologickými prostředky*. 2., upr.vyd. Praha: Horizont, 1989, 15, 16, 17, 18 s., barev. obr. příl. ISBN 80-7012-004-5.

⁵⁹ VYMĚTAL, Jan. *Psychoterapie: pomoc psychologickými prostředky*. 2., upr.vyd. Praha: Horizont, 1989, 20 s., barev. obr. příl. ISBN 80-7012-004-5.

Psychoterapie je soubor verbálních a neverbálních prostředků, kdy se psychoterapeut snaží tomu druhému pomoci zvýšit duševní zdraví.

Je založena na sebepoznávání, porozumnění druhému předpokládá porozumění sobě. Má několik způsobů jako je komunikace psaním, kreslením nebo prostřednictvím doteku. V dnešní době máme i psychoterapii, kterou provádíme pomocí hudby, zvířat či tance.

„*Je to cesta vedoucí k porozumění sobě i světu v širších souvislostech, tedy projev potřeby člověka být orientován a vést smysluplný život.*“ (Vymětal 1989).⁶⁰

Psychoterapii provádí *psycholog*, absolvent vysoké školy, zpravidla filosofické fakulty nebo fakulty sociálních studií. Pracuje tzv. psychologickými prostředky, mezi něž patří zejména rozhovor, pozorování a při diagnostice také použití dalších diagnostických metod. Do jeho práce **nepatří předepisování léků**. Provádí psychologickou diagnostiku a psychoterapii.

Další je *psychiatr*, osoba, která vystudovala všeobecné lékařství na lékařské fakultě. Má další specializované vzdělání v oboru psychiatrie. Je lékař a jeho doménou je předepisovat léky.⁶¹

4.2 Metody psychoterapie

Metody psychoterapie vycházejí z teoretických rámců jednotlivých směrů. Některé metody bych ve své práci ráda rozvedla více.

Racionální psychoterapie působí na pacienta pomocí logických myšlenkových postupů, kde základem je rozhovor.

Sugestivní psychoterapie je opakem racionální psychoterapie, snaží se obejít racionální složku psychiky, kde pacient má tvrzení přijímat a řídit se jím. Tato terapie probíhá v bdělém nebo hypnotickém stavu.

Hypnóza je psychologicky navozený stav změněného vědomí, má několik postupů, kde nejběžnější a nejznámější je uspávací metoda.

⁶⁰ VYMĚTAL, Jan. *Psychoterapie: pomoc psychologickými prostředky*. 2., upr.vyd. Praha: Horizont, 1989, barev. obr. příl. ISBN 80-7012-004-5.

⁶¹ Killarova.cz [online] [citace 2013-17-10]. Dostupné z www.killarova.cz/co-je-psychoterapie/

Psychoterapie empatickým rozhovorem, tak se nazývá terapie, kde pacient vykládá o tom, co jemu připadá důležité, terapeut se vžívá do jeho pocitů, je nedirektivní, musí být přátelský.

Relaxační a imaginační psychoterapie se dělí do dvou skupin *autogenní trénink*, což je terapie, která vychází z toho, že psychická tenze, aktivace vegetativního systému a napětí kosterního svalstva spolu souvisí. Potom *katativně-imaginativní psychoterapie* – u této relaxace využíváme vizuální představy k různým motivům.

Nácviková psychoterapie – u této terapie je základní prvek nácvik. Učíme se novému, soustavnému a cílenému opakování úkolů. Odstraňujeme také špatné návyky. Patří sem:

- Nácvik asertivity
- Averzivní terapie
- Systematická desenzibilace
- Nápodoba a další techniky⁶²

Dále můžeme zařadit psychoanalýzu, skupinovou terapii, individuální terapii, rodinnou terapii, podpůrnou psychoterapii apod.

V mé práci podrobněji rozvedu terapii individuální, skupinovou a rodinnou v závislosti při léčbě drogově závislých.

Individuální psychoterapie

Individuální terapii dělíme na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. V současné době rozeznáváme desítky způsobů a strategií, jak individuální terapii, kde hlavním prostředek je rozhovor mezi pacientem a terapeutem, uskutečňujeme.

Je i řada postupů, kde není položen důraz na rozhovor, ale na postupy spočívající na nácviku odnaučování se strachu a jiným symptomům, učením se určitým formám chování. V této souvislosti se někdy místo psychoterapie užívá pro danou péči název *modifikace učení*.⁶³

Skupinová psychoterapie

⁶² BOUČEK, Jaroslav. *Psychoterapie*. 2., dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 25, 26, 27 s. ISBN 80-244-1517-8.

⁶³ KRATOCHVÍL, Stanislav. *Psychoterapie*. Státní pedagogické nakladatelství, 137 s. Praha, 1968.

„Skupinová terapie je dlouhodobě prověřenou, velmi účinnou a užitečnou formou psychoterapie. Je stejně prospěšná a v některých případech prospěšnější, než individuální terapie, zejména když jsou důležitými úkoly terapie sociální podpora a učení se mezilidským vztahům. Velká většina lidí, kteří se skupinové terapie zúčastní, z ní má velký užitek.“ (I. D. Yalom).

Skupinová psychoterapie se provádí ambulantní formou, v rámci denních stacionářů nebo během pobytu v nemocnici. Vedou ji nejčastěji dva psychoterapeuti, většinou muž a žena. Sezení mohou trvat i více hodin, skupinové dění má dynamiku danou vztahy lidí mezi sebou a jejich navyklými způsoby chování. Tato dynamika je pro práci se skupinou nejdůležitější.

Skupinové rozhovory bývají doplňovány psychodramatem, výkladem snů, poslech hudby apod. Skupinová terapie zpravidla probíhá několik měsíců jednou týdně na 2 až 3 hodiny.⁶⁴

Rodinná terapie

Představuje zvláštní formu psychoterapeutické pomoci poskytované nejen závislé osobě, ale také rodinným příslušníkům.

Rodinná terapie je formou psychoterapie, která se zabývá rodinnými problémy, snaží se pomoci je překonat a dosáhnout harmonického fungování celé rodiny. Je hledáním spolupráce mezi rodinou a terapeutem a její cíle a prostředky se rodí ve společném setkávání a rozhovoru.

Rodinná terapie pracuje s rodinou jako s celým systémem. Pracuje s jejími zvláštnostmi i osobnostmi jednotlivých členů a je i jedním z možných způsobů pro párovou terapii.

Rodinná terapie se zabývá potížemi trvalejšího rázu nebo i chronifikovanou nemocí a podněcuje změny pohledu rodiny na sebe samu a na vlastní problém.

Může pomoci obnovit komunikaci mezi členy rodiny v obtížných situacích, kdy hledají rodiče řešení a mnohdy požádají o pomoc třetí osobu, kterou bývá zpravidla

⁶⁴ BOUČEK, Jaroslav. *Psychoterapie*. 2., dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1517-8.

rodinný terapeut. Ten se snaží přivést své klienty na společnou cestu, na přijatelný způsob řešení. Při hledání dohod dbá na potřeby všech členů rodiny, především dětí.⁶⁵

4.3 Doléčování jako součást léčby

Původní náplní doléčování bylo především posilování abstinence, opakovacími léčbami a posilujícími pobyty, z dnešní situace problematiky se jeví termín „doléčování“ jako nepřesný.

Doléčování znamená podporu a udržení abstinence po léčbě. Doléčování můžeme také definovat jako způsob služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu a které pomáhají vytvářet podmínky pro život po léčbě.

Hlavním cílem této léčby je navrátit závislého člověka do normálního života. Jak již vyplývá nejde jen o udržení abstinence, ale i o sociální rehabilitaci.⁶⁶

„Cílem sociální rehabilitace je integrace do společnosti prostřednictvím nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů. V individuálně psychologickém pohledu pak tyto skutečnosti ovlivňují nabytí sebeúcty a kompetence vést život v běžné společnosti“ (Dvořák, 2003).

Doporučená délka pro absolvování následné péče je vždy různá, většinou se doporučuje minimálně půlroku. Většinou si to klienti prodlužují až na rok. Dle mého názoru záleží na závislé osobě, jak rychle se dokáže vyrovnat s návratem do normálního života bez drog, kde ale velmi záleží na pohledu terapeuta, jestli už daná osoba zvládne svůj nový život.

4.4 Dílčí závěr

Terapie má velmi pozitivní vliv na člověka, sama jsem navštěvovala skupinovou terapii, kde nám pomáhali pomocí hudby a výkladem fantazijního příběhu. Je to velice přínosná léčba a pro závislé osoby je důležité si popovídat s někým, kdo má stejný problém, může se vcítit do něj a dokáže toho člověka pochopit.

⁶⁵ BARKER, Philip. *Rodinná terapie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-530-5. Rodinná-terapie.cz [online] [citace 2013-07-11]. Dostupné z <http://www.rodinna-terapie.cz/rodinna-terapie>

⁶⁶ TKÁČ, Juraj. *Adiktologie*. Vydal IMS, 105 s. Brno 2011

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PRAKTICKÁ ČÁST

5.1 Cíl a metody výzkumu

V oblasti metodologie rozlišujeme kvantitativní a kvalitativní výzkum. Vzorem kvantitativního přístupu k výzkumu v sociálních vědách jsou metody přírodních věd. Východiskem pro tenhle výzkum je hypotéza, z níž vyplývá řada otázek. Pro tento výzkum je typický dotazník.

V typickém případě kvalitativního výzkumu se na začátku vybere téma a určí základní otázky. Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, analýza dat a jejich sběr probíhají současně.

Zpráva o kvalitativním výzkumu obsahuje podrobný popis místa zkoumání, rozsáhlé citace z rozhovorů a poznámek. Používaná metoda u výzkumu je rozhovor.⁶⁷

Ve svoji práci jsem použila kvalitativní výzkum formou rozhovoru. Cílem mého výzkumu bylo oslovit osoby, které se potýkaly či potýkají se závislostí, na základě toho získat informace o jejich závislosti, jak to zvládá/la jejich rodina. Z daných výpovědí je zcela jasné, že vliv k závislosti má prostředí a rodina. Osoby z uvedených kazuistik znám, protože se nachází v blízkosti mého bydliště, jsou to lidé ve věku 21 – 39 let, na základě rozhovoru jsem jim položila tyto otázky:

„ Z jakého důvodu nebo co je vedlo stát se závislými? “

„Jak dlouho byli závislí na určitých látkách? “

„Jak u nich probíhala léčba. “

„Jak to nesla jejich rodina? “

„Zda se z toho úspěšně dostali a co je motivovalo? “

5.2 Kazuistika 1 – Jana, 23 let

- 1) *„Dostala jsem se do špatné skupiny lidí, chování citů k drogově závislému chlapci, problémy s matkou. “*
- 2) *„Na pervitinu jsem byla závislá rok. “*

⁶⁷ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2

- 3) „Navštěvovala jsem kontaktní *centrum* pro závislé *Pasáž - Podané ruce*, kde mi pomohli. Nyní chodím na skupinovou psychoterapii s odborným terapeutem.“
- 4) „Moje rodina můj problém přehlížela, snažila se to neřešit. Pomoc mi nabídla až nejlepší kamarádka mé matky.“
- 5) „Díky pomoci jsem se z toho dostala úspěšně, už rok nic neberu. Motivací pro mě bylo, že jsem už dál takovým způsobem nechtěla žít, ničit život sobě a rodičům.“

Jana se narodila jako jedináček, vytoužené dítě rodičů. Proto odmala měla cokoliv, na co si vzpomněla, dost často si toho vůbec nevážila. Bydlela s rodiči v panelovém domě, neměla moc kamarádů. Na základní škole byla často posměškem spolužáků kvůli tomu že byla „svá“. Poznamenalo to její psychiku, na střední škole si našla kamarády, úspěšně složila zkoušku a získala vyučnický list. Rodiče byli pyšní, našla si práci, bohužel ji z ní brzo vyhodili.

Jana trávila svůj čas doma, přestala si rozumět s matkou, začly se často hádat, otec do ničeho nezasahoval, raději se stranil. Jana si našla nové kamarády, přítele, bohužel s tou špatnou stránkou – „jeli na drogách“. Jeden večer se doma natolik pohádala s matkou, rozešla se se svým přítelem, utekla z domu, chtěla se uklidnit a byl jí nabídnut pervitin, jednou se nic nestane myslela si. K jejímu neštěstí se do toho dostala víc než sama chtěla a nedokázala s tím přestat, začla přespávat u kamarádů, domů se nevracela. Rodiče tušili, že má problém, ale raději si nic nechtěli přiznat, ztratili o Janu zájem. Což jí trápilo a únik hledala v drogách.

Po roce pochopila, že už to takhle dál nejde, ale věděla, že u rodičů pomoc nenajde, proto se obrátila na svoji tetu, která ji zavedla do centra Podané ruce a ve všem ji podporovala, Jana si dala říct, ačkoliv to trvalo delší dobu, přestala brát drogy a začla se socializovat do normálního života. Navázala kontakt opět s rodiči, našla si nové kamarády, novou práci a opět začíná žít svůj starý život.

5.3 Kazuistika 2 – Pavel, 39 let

- 1) „Moje závislost začla koupit si vlastního sklípku, kde jsem trávil převážně svůj čas s kamarády a pořádali každodenní sešlosti, kde se pilo.“
- 2) „Na alkoholu jsem byl závislý 10 let.“
- 3) „Léčil jsem se v protialkoholní léčebně jeden rok, poté jsem navštěvoval psychologa.“

- 4) *„Moje první rodina to nesla těžce, moje žena se se mnou rozvedla a vystěhovala mě z domu, po nastěhování domů k mé matce jsem tam vydržel nějaký čas, než mě také „vyhodila“ z domu a já zůstal na ulici. Dnes po vyléčení jsem opět se všemi v kontaktu.“*
- 5) *„Dostal jsem se z toho úspěšně, už 5 let jsem se alkoholu nedotkl. Motivací jsem pro sebe byl já sám, protože jsem skončil na ulici a málem přišel o život.“*

Pavel pochází z více sourozenců, prožil bezproblémové dětství, vystudoval střední odborné učiliště v oboru zedník, oženil se velmi mladý v 19 letech. Narodily se mu dvě děti, které měl velice rád, i svou ženu. Bydleli všichni u manželčiny rodičů. Víceméně by se dalo říct, že neměl žádné sklony k závislostnímu chování až do dne, kdy si koupil vlastní vinný sklep a začal v něm budovat. Trávil v něm více času s kamarády než rodinou.

Jeho ženě to začínalo být už podezřelé, protože se více a více vracel domů v podnapilém stavu, až to došlo do takové fáze, že chodil domů každý den opilý, přišel o práci a bez pití si už neuměl představit den. Bohužel jeho manželka to nezvládla, vystěhovala ho z domu a požádala o rozvod, protože i přes domlouvání až výhrůžky Pavel s pitím nepřestal.

Jeho matka ho přijala k sobě, protože mu chtěla pomoci, ale on si nedokázal bez pití představit svůj život, už ráno po probuzení se musel hned napít. Netrvalo dlouho a našel si přítelkyni, bohužel místo pomoci začala pít i ona, navíc si nezodpovědně pořídili dítě o které se nestarali.

Pavel pochopil, že takhle to dál nejde a šel se dobrovolně léčit, po třech měsících byl propuštěn, ale touha byla tak silná, že do toho padl znovu. Vrátil se k matce, ale ta ho ve svém domě nechtěla, přespával na ulicích, neměl co jíst, ale na pití si dokázal sehnat. Jednou to nezvládl, opil se až do komátu, kdy mu musela být přivolána rychlá pomoc – vrtulník. Jinak by přišel kvůli své závislosti o život.

Šel se tedy znovu léčit, v protialkoholní léčebně strávil rok, byl rozhodnutý se znovu začlenit do nového života. Jeho rodiče, bývala žena s dětmi mu byli oporou a velice mu pomáhali. Po návratu z léčebny věděl, že není konec, navštěvoval psychologa, léčil se psychoterapií. Po 10 leté závislosti na alkoholu se „úspěšně“ vyléčil, a je více než 5 let abstinent.

5.4 Kazuistika 3 – Zdeněk, 27 let

- 1) *„Moje závislost začla po nečekaném odchodu mého otce od nás, když jsem byl ještě teenager a moje matka na všechno zůstala sama.“*
- 2) *„Bohužel ze své závislosti nejsem vyléčený.“*
- 3) *„Léčba u mě probíhá převzetí do ústavní péče v psychiatrické léčebně v Černovicích vždy na tři měsíce, domů se vrátím v pořádku, ale má touha je silnější a spadnu do toho znovu. Uvědomuji si ve svém „normálním“ stavu, že mám problém, protože vím, že jsem nemocný. Při požití drogy trpím těžkými halucinacemi. Takhle to trvá už tři roky.“*
- 4) *„Můj otec o mě přestal mít zájem. Moje matka se mi snaží pomáhat, ale když jsem pod vlivem drog, bojí se mě. Několikrát jsem jí napadl, aniž bych si to pamatoval. Došlo už i k tomu, že mě vyhodila z našeho bytu.“*
- 5) *„Ze závislosti jsem se nedostal, mám období, kdy jsem v klidové fázi, ale většinou je to po návratu z léčebny. Nemám žádnou motivaci.“*

Zdeněk se narodil ze dvou sourozenců, ale byl o hodně let mladší než jeho sestra, bydleli s rodiči v malém bytě. Byl velice inteligentní, pěkný kluk a nadějný fotbalista. Fotbal mu šel velice dobře, uměl rychle běhat a měl velké plány, jeho otec ho v tom podporoval. Jeho sestra se brzy vdala a odstěhovala. Zdeněk zůstal s rodiči sám, vystudoval střední školu, našel si i dívku. Ale po odchodu otce se vše změnilo, zůstal s matkou na všechno sám, museli utáhnout byt i když Zdeněk nebyl ještě výdělečně činný.

Odchod otce nesl velmi těžce, řešil to alkoholem a cigaretami, vyzkoušel marihuanu, ale u ní to neskončilo. Na čas odešel z domova, chytl se špatné party, asi po půl roce se vrátil domů, ale už byl závislý, vyzkoušel pervitin, extázi, lysohlávky. Matka věděla, že je problém, poslala ho léčit. Léčba zabírala jen na pár měsíců, potom už jen týdnů. Zůstal závislý na lysohlávkách, v halucinogenním stavu podpořeném alkoholem napadl již člověka. Odešel do léčebny na půl roku, po návratu chvíli se ničeho nedotkl.

Po čase mu to začlo chybět a padl do toho zase. Jeho matka to s ním vzdala, dá se říct, že se s tím smířila. Protože bydlí ve stejném místě jako já, vím, že tento člověk je opravdu nemocný a potřebuje dlouhou a odbornou pomoc, ale nemá žádný motiv pro co žít a stačí mu jen přežívat.

Závěrečné shrnutí

V závěrečném shrnutí můžu říci, že u každého jedince je různý impuls k začátku látkové či nelátkové závislosti, ale jak bylo poukázáno v teoretické části, nejdůležitější je v jakém prostředí člověk vyrůstá a nachází se. Především rodina a vztahy v rodině velice ovlivňují členy rodiny, proto je podstatná výchova dítěte. Nikdo si nemůže vybrat do jaké rodiny se narodí, ale pokud se dostane dítě, manžel či jiný příbuzný do takového problému, je podstatné, aby mu lidé z jeho blízkého okolí chtěli a snažili se pomoci.

Nejdůležitější je v této oblasti primární prevence, léčba, snižovat rizika a odstraňovat snadnou dostupnost k drogám. Společnost by měla klást důraz, aby v našem státě vyrůstali zdraví jedinci.

V uvedených kazuistikách je poznat, že někdy je nemožné pomoci závislému člověku. Ale je potřeba ho neustále motivovat a podporovat, snažit se mu pomoci a nevzdávat to.

ZÁVĚR

Závislost a závislí lidé jsou v dnešní době celkem viditelný problém, kterým se většina populace začíná zabývat a vyžaduje zvláštní přístup. Vzniká více pomocných středisek, rozšiřují se léčby, většina z center už mají svoje streetworkové pracovníky, kteří se snaží lidem pomáhat a patří jim velké dík.

Závislost na alkoholu a tabakismu je u nás běžná, protože jsou to drogy tolerované státem. Teď je povolena už i lehká droga – marihuana, s kterou začíná více populace. Většina populace je přesvědčena, že tato droga má malou působnost na člověka, ale vzniká jak psychická tak fyzická závislost. Je důležité, aby se proti zneužívání drog postavil každý člověk, ne jen odborná společnost.

Spousta jedinců řeší svoje problémy alkoholem, drogami, či jakoukoliv jinou nelátkovou závislostí, S drogovou problematikou se setkáváme každý den, lidé to začínají považovat za zcela běžnou věc. V našem státě by se měli zpřísnit zákony v této oblasti, kdy se k cigaretám či alkoholu dokážou dostat děti velmi nízkého věku.

Zde by mohla sehrát důležitou roli sociální pedagogika, která se zaměřuje svým výchovným působením na rizikové skupiny mládeže a dospělých. Zaměřuje se také na pomoc rodinám s problémovými dětmi a dětmi ohrožené drogami. Máme v ní dvě oblasti a to jsou prevence a terapie. V oblasti prevence pomáhá v rozvoji osobnosti prostředí. Nejdůležitější z tohoto hlediska je primární prevence. V oblasti terapie pomáhá výchovou nebo převýchovou lidem, kteří už mají problém.

Moje bakalářská práce by měla posloužit jako průřez informacemi o vzniku závislostního chování, prevenci a způsobu léčení.

Problematika závislostního chování je velmi rozšířená, dá se říct, že je to světový problém. Nejlepším řešením je mít zdravý pohled na svět, ve kterém dnes žijeme a snažit se kolem sebe vytvářet dobré prostředí. Každý problém se dá řešit, aniž bychom museli hledat únik v drogách. Tohle bychom měli učit už své děti, protože to je nejrizikovější skupina.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Zákony a právní normy

- Zákon č. 379/2005 Sb. k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem, návykovými látkami

Monografie

- BOUČEK, Jaroslav. *Psychoterapie*. 2., dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 47 s. ISBN 80-244-1517-8.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- KALINA, K., A KOLEKTIV, *Drogy a drogové závislosti 1 mezioborový přístup*, 1. vyd., Praha: Úřad vlády České republiky-Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, 343 s., ISBN 80-86734-05-6.
- KOLEKTIV autorů. *Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 198 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Psychoterapie*. Praha, 1968, Státní pedagogické nakladatelství, 137 s.
- MACHALOVÁ, Mária. *Dialógy o závislostiach*. Vyd. 1. Bratislava: TakeOff Advertising, 2010, 239 s. ISBN 978-80-970370-9-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, 138 s. ISBN 80-85850-08-7.
- MÜHLPACHR, Pavel, VAVŘÍK, Michal. *Sociální patologie*. Vydal IMS Brno, 2010.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
- POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002, 194 s. ISBN 80-86568-02-4.

- RABOCH, Jiří. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2010, ISBN 978-80-7399-984-1.
- ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 260 s. ISBN 80-7169-836-9
- SCHULTE, Bernd. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, c2010, 140 s. ISBN 978-80-7440-042-1.
- ŠEJVL, Jaroslav. *Vybrané kapitoly z adiktologie: fatální předávkování uživatelů nelegálních drog*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 151 s. ISBN 978-80-246-1349-9.
- TKÁČ, Juraj. *Adiktologie*. Vydal IMS Brno, 2011.
- VYMĚTAL, Jan. *Psychoterapie: pomoc psychologickými prostředky*. 2., upr.vyd. Praha: Horizont, 1989, 109 s., barev. obr. příl. ISBN 80-7012-004-5.

Diplomové a bakalářské práce

- VALENTA, Milan. *Drogy – problém pro společnost*. Brno, 2011. Bakalářská práce na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně na Institutu mezioborových studií Brno. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Geraldina Palovčíková, Csc., 66 s
- ŠTĚPÁNEK, Bohumil. *Zneužívání drogy a subkultury mládeže*. Brno, 2011. Diplomová práce na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity na katedře Sociální pedagogiky. Vedoucí práce Mgr. Martin Stanoev. 117 s.

Články a studie

- BARKER, Philip. *Rodinná terapie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-530-5. *Rodinná-terapie.cz* [online] [citace 2013-07-11]. Dostupné z <http://www.rodinna-terapie.cz/rodinna-terapie>
- Blotox.cz (online). (citace 2013-10-07). Dostupné z <http://followers.thcnet.cz/CyberNet/PunkRock%20Rebels%20Library/7.%20Relaxation/XTRAS/BIOTOX/www.biotox.cz/enpsyro/pj3oroz.html>

- gabrielangel.estranky.cz [online]. [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://www.gabrielangel.estranky.cz/clanky/psychologie/muhlpachr-zavislosti.html>
- geneticka-ambulance.cz [online]. [citace 2013-15-10]. Dostupné z http://www.genetickaambulance.cz/soubory/Pojem_prevence_a_lekarska_genetika.pdf
- Killarova.cz [online] [citace 2013-17-10]. Dostupné z www.killarova.cz/co-je-psychoterapie/
- Monikaplocova.cz (online). (citace 2013-10-07). Dostupné z <http://www.monikaplocova.cz/drogy-drogoва-zavislost>
- scritube.com [online]. [citace 2013-17-10]. Dostupné z <http://www.scritube.com/limba/ceha-slovaca/Nvykov-ltky-a-lba-ltkov-zvislo121320410.php>
- Streetwork.cz [online] [citace 2013-15-10]. Dostupné z http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=183
- Zavislosti.napady.net [online] [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://zavislosti.napady.net/rubriky/drogy/lecba>
- Zdravi.e15.cz [online] [citace 2013-15-10]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-drogovych-zavislosti-163718>

Internetové zdroje

- www.drogy-info.cz
- www.dropin.cz
- www.prevence-info.cz

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM TABULEK

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha číslo 1: Odkaz na pomocné centrum Pasáž, Podané ruce

Obrázek č. 1 – sídlo Pasáže

Obrázek č. 2 – místnost pro terapie

PŘÍLOHA P I: ODKAZ NA „PODANÉ RUCE“

<http://pasaz.podaneruce.cz>

Kontakt:

Poradenské centrum Pasáž

Vídeňská 3

639 00 Brno

pasaz@podaneruce.cz



