

## II.

# VYMEZENÍ A VÝSKYT SKUPIN A JEDNOTLIVCŮ S RIZIKOVÝM JEDNÁNÍM V DÍLČÍCH SOCIÁLNÍCH SVĚTECH A INTERVENCE RELEVANTNÍCH STÁNÍCH A NESTÁTNÍCH ORGANIZACÍ

### Probíraná témata (jednotlivé deviantní skupiny):

Osoby s vybranými duševními poruchami a poruchami chování a jejich jednání (s.2+)  
**(Pátý a šestý týden)**

Sociální skupiny a jednotlivci se sebevražedné myšlením a jednáním (s. 20+)  
**(Sedmý a osmý týden)**

Narkomani, alkoholici a jinak závislé osoby či skupiny osob a jejich jednání (s.29+)  
**(Devátý týden)**

# **OSOBY S VYBRANÝMI DUŠEVNÍMI PORUCHAMI A PORUCHAMI CHOVÁNÍ A JEJICH JEDNÁNÍ**

## **OBSAH:**

**ÚVOD ANEB PROČ VLASTNĚ ZKOUMAT OSOBY S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI A PORUCHAMI CHOVÁNÍ A JEJICH JEDNÁNÍ A JAKÉ VĚDNÍ DISCIPLÍNY SE JIMI ZABÝVAJÍ?**

**JAKÉ ROZEZNÁVÁME PSYCHICKÉ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ A KTERÉ Z NICH MAJÍ ČÁSTĚČNOU ČI VÝRAZNOU SOCIÁLNĚ PATOLOGICKOU POVAHU ?**

- 1. OBECNÉ ROZLIŠENÍ JEDNOTLIVÝCH PORUCH A JEJICH SYPTOMŮ (PŘÍZNAKŮ)**
- 2. PŘÍČINY (ETIOLOGIE A PATOGENEZE) PORUCH PSYCHICKÝCH FUNKCÍ A JEJICH ROZLIŠENÍ**
- 3. KONKRÉTNÍ SPECIFIKOVÁNÍ EXISTENCE (DEFINICE), VÝSKYTU (PREVALENCE), PŘÍČIN (ETIOLOGIE A PATOGENEZE), PROJEVŮ, VYBRANÝCH PORUCH (PORUCH OSOBNOSTI A PORUCH CHOVÁNÍ U DĚTÍ A MLADISTVÝCHU) A STANOVENÍ ZPŮSOBU JEJICH LÉČBY**

**A. PORUCHY OSOBNOSTI**

**B. PORUCHY CHOVÁNÍ U DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU**

**JAK (STATISTICKY) ZÁVAŽNÝ JE VÝSKYT JEDNOTLIVÝCH DUŠEVNÍCH PORUCH A PORUCH CHOVÁNÍ (PREVALENCE/EPIDEMIOLOGIE) ?**

**STÁTNÍ INSTITUCE URČENÉ PRO OSOBY S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI A PORUCHAMI CHOVÁNÍ**

**A. OSOBY S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI A PORUCHAMI CHOVÁNÍ DLE PSYCHIATRICKÝCH DIAGNÓZ**

**B. JAKÉ ČESKÉ A SVĚTOVÉ INSTITUCE SE ZABÝVAJÍ PROBLEMATIKOU OSOB S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI A PORUCHAMI CHOVÁNÍ ?**

**PRÁVNÍ ASPEKTY OSOB S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI A PORUCHAMI CHOVÁNÍ**

# ÚVOD

## ANEB PROČ VLASTNĚ ZKOUMAT OSOBY S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI A PORUCHAMI CHOVÁNÍ A JEJICH JEDNÁNÍ A JAKÉ VĚDNÍ DISCIPLÍNY SE JIMI ZABÝVAJÍ?

### Proč zkoumat jednání osob s duševními poruchami?

- osoby či skupiny s mentální či duševní poruchou či onemocněním představují osoby či skupiny, které se odkloňují od společenské normy (ať již vnímané statisticky, funkčně či sociokulturně)

### Jaké obory se zabývají duševními poruchami a jaký je rozdíl mezi nimi rozdíl ?

1. psychiatrie – psychopatologie – patopsychologie – psychologie obtížně vychovatelných/speciální patopsychologie

viz Koudelková, A. (1995)

### Rozlišujeme následující pojmy

- abnormalita – patologie/morbidita – anomálie – deviace – deficit – emocionální a mentální/intelektová deteriorace/retardace – regrese – demence – handicap – defekt – vada – porucha

viz Koudelková, A. (1995)

# JAKÉ ROZEZNÁVÁME PSYCHICKÉ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ A KTERÉ Z NICH MAJÍ ČÁSTĚČNOU ČI VÝRAZNOU SOCIÁLNĚ PATOLOGICKOU POVAHU ?

## 1. OBECNÉ ROZLIŠENÍ JEDNOTLIVÝCH PORUCH A JEJICH SYPTOMŮ (PŘÍZNAKŮ)

Podle čeho jsou diagnostikovány jednotlivé duševní poruchy a poruchy chování?

- mezinárodní klasifikace nemocí (tzv. MKN-10),

Ize ji definovat jako soustavu položek, do kterých se zařazují nosologické jednotky podle stanovených kritérií. Obsah MKN umožňuje systematické zaznamenávání, analýzu, výklad a porovnávání dat o úmrtnosti a nemocnosti, shromážděných v různých zemích nebo oblastech a v rozdílných dobách. MKN se používá k převodu diagnóz nemocí a jiných zdravotních problémů ze slovní podoby do alfanumerického kódu, což umožňuje snadné uložení, vyhledávání a analýzu dat. V praxi se stala MKN mezinárodní standardní klasifikací diagnóz pro všechny účely obecně epidemiologické a četné účely řízení zdravotnictví. Mezi ně se zahrnují i rozbory celkového zdravotního stavu populačních skupin a monitorování incidence a prevalence nemocí a jiných zdravotních problémů ve vztahu k jiným proměnným, jako jsou charakteristiky a podmínky postižených jednotlivců.

(ÚZIS (1996) Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize..

Instrukční příručka. Praha, s. 10)

- diagnostická kritéria pro mentální poruchy (americká klasifikace nemocí - tzv. DSM-IV).

## **Rozeznáváme následující symptomy duševních poruch/poruchy duševních funkcí<sup>1</sup>**

(bývá součástí studia obecné psychiatrie či obecné psychopatologie)

1. poruchy kognitivních procesů (vnímání, paměti, myšlení, řeči),
2. poruchy emocí a motivace (emocí, pudů, vůle),
3. poruchy vědomí a pozornosti (kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí, pozornosti),
4. poruchy osobnosti (paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histriónská, anankastická, anxiózní/vyhýbavá, závislá, narcistická, pasivně agresivní);

## **Nejčastěji rozeznáváme následující duševní poruchy/nemoci a poruchy chování<sup>2</sup>**

1. organicky podmíněné duševní poruchy – Alzheimerova choroba, vaskulární demence (F00-F09)
2. duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek – alkoholu, opiodů, kanaboidů, sedativ či hypnotik, kokainu,, jiných stimulantů, halucinogenů, tabáku, organických rozpouštědel, několika látek (F10-F19)
3. schizofrenie (F20)
4. afektivní poruchy – deprese, mánie a hypománie, maniodepresivní porucha aj.(F30-F39)
5. úzkostné poruchy – agorafobie, sociální fobie, specifická fobie (F40-F42) a poruchy vyvolané stresem – panická porucha, akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha ajn. (F43)
6. disociativní poruchy (F44)
7. somatomorfní poruchy (F45) a jiné neurotické poruchy (F48)
8. poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a mentální bulimie (F50)
9. neorganické poruchy spánku (F51)

---

1 Vágnerová, M. (1999). psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál; Praško, J. (2003). Poruchy osobnosti. Praha: Portál.

2 Kol. autorů (1984). Psychiatrie – učebnice pro LF. Praha: Avicenum.

10. sexuální poruchy – parafilie, poruchy pohlavní identity a poruchy sexuální preference
11. poruchy osobností (F60-F69)
12. návykové a impulzivní poruchy – gambling, pyromanie, kleptomanie a trichotillománie (F63)
13. mentální retardace - oligofrenie a demence - (F70-F79)
14. poruchy chování – ve vztahu k rodině, nesocializovaná, socializovaná, porucha opozičního vzdoru aj. (F91)

### **Vymezení poruch chování dle DSM-IV**

- = chování nerespektující sociální normy platné v dané společnosti  
(poruchou chování není neschopnost pochopit význam hodnot a norem, jedinec v případě poruchy chování normy chápe, ale neakceptuje je nebo se jimi nedokáže řídit)
- = nepřiměřené sociální chování projevující se neschopností udržovat přijatelné sociální vztahy (z důvodu nedostatku empatie, egoismu apod.; kdy jedinci nechápou význam přizpůsobení se sociálním očekáváním jeho okolí a za porušení normy nepociťují vinu)
- = vyznačuje se převážně agresivitou

### **Rizikové faktory ovlivňující rozvoj poruch chování**

- Osobnostní faktory (genetická dispozice k disharmonickému vývoji a agresivnímu reagování; oslabení nebo porucha CNS; úroveň inteligence),
- Sociální faktory/vliv prostředí (rodiče jsou anomálními osobnostmi; neúplná rodina; subdeprivační zkušenost dítěte; subkultury a sociální skupiny tolerující poruchové jednání; anonymní socializační prostředí)

**V rámci speciální psychopatologie bývají mimo jiné identifikovány jako problémové u dětí a mladistvých<sup>3</sup>:**

- mentální retardace,
- lehká mozková dysfunkce,
- specifické vývojové poruchy učení (specifická porucha čtení -dyslexie, psaní - dysgrafie, pravopisu - dysortografie, počítání - dyskalkulie, kreslení - dyspinxie),
- psychická deprivace (citová a smyslová),
- neurózy a psychózy,
- poruchy chování (disociální, asociální a antisociální – nadměrné upoutávání pozornosti, dětská vzdorovitost, dětská lež, útky a toulky, záškoláctví, krádeže, dětská agresivita, delikvence a toxikomanie mladistvých)
- pervazivní vývojové poruchy (např. autismus),

blíže k přednášce viz Miňhová, J. (1994). Základy psychopatologie dětí a mladistvých. Plzeň: PF ZČU, s. 23-43

---

<sup>3</sup> Miňhová, J. (1994). Základy psychopatologie dětí a mladistvých. Plzeň: PF ZČU; Vágnerová, M. (1999). Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál.

**Duševní poruchy a poruchy chování, které vykazují výraznou sociálně patologickou povahu (tj. jejich vznik a důsledky jsou výhradně ovlivněny a ovlivňují sociální prostředí, ve kterém se vyskytují) jsou dle našeho názoru:**

1. duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek – alkoholu, opiodů, kanaboidů, sedativ či hypnotik, kokainu, jiných stimulantů, halucinogenů, tabáku, organických rozpouštědel, několika látek (F10-F19)
2. poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a mentální bulimie (F50)
3. návykové a impulzivní poruchy – gambling, pyromanie, kleptomanie a trichotillománie (F63)
4. poruchy chování – ve vztahu k rodině, nesocializovaná, socializovaná, porucha opozičního vzdoru aj. (F91)

**Duševní poruchy a poruchy chování, které vykazují alespoň částečně sociálně patologickou povahu (tj. jejich vznik a/nebo důsledky jsou ovlivněny a/nebo ovlivňují sociální prostředí, ve kterém se vyskytují) jsou dle našeho názoru:**

1. sexuální poruchy – parafilie, poruchy pohlavní identity a poruchy sexuální preference
2. poruchy osobností (F60-F69)



## 2. PŘÍČINY (ETIOLOGIE A PATOGENEZE) PORUCH PSYCHICKÝCH FUNKCÍ A JEJICH ROZLIŠENÍ

### Příčiny duševních poruch<sup>4</sup>

- z hlediska doby vzniku či působení:
  - a. prenatální prekoncepční – hereditární faktory a nedostatek některých důležitých živin,
  - b. prenatální postkoncepční – působení škodlivých faktorů na vývoj plodu typu záření, stres matky, působení toxických látek
  - c. perinatální – mechanické poškození mozkové tkáně či nedostatečný přívod kyslíku do mozku během porodu aj.,
  - d. postnatální – záněty mozku a mozkových plen, mozkové nádory, intoxikace, metabolické poruchy aj.;
- z hlediska znalosti etiologického faktoru:
  - b. endogenní - vnitřní, vzniklé bez zjevných příčin a spočívající v psychice jedince,
  - c. exogenní – vnější; vznikají na základě zjevné příčiny typu úraz, onemocnění mozku, rentgenové záření, infekční choroby;
- z hlediska determinujícího faktoru:
  - b. biologické – tvoří vrozené a zděděné dispozice jedince,
  - c. sociální – patří sem negativní vlivy prostředí, které jedince obklopují (špatné mezilidské vztahy, které mohou rozvíjet či tlumit vrozené dispozice.

### Rozlišujeme následující poruchy psychických funkcí<sup>5</sup>

- a. vědomí – obluzené v. (amence a delirium),  
mráкотné stavy/obnubilace;
- b. vnímání – iluze a pseudoiluze,  
halucinace (elementární vs. Komplexní, sluchové, zrakové, čichové, hmatové a tělové) a  
intrapsychické halucinace;

---

4 Miňhová, J. (1994). Základy psychopatologie dětí a mladistvých. Plzeň: PF ZČU, s. 9-10

- c. myšlení – kvantitativní poruchy m. (útlum, překotné m., roztržité, zabíhavé, ulpívavé, nevýpravné) a kvalitativní poruchy m. (myšlenkový záraz, nesouvislé/inkohorentní, autistické, magické/symbolické, obsese, bludy (marko-, mikro- manické a paranoidní),
- d. paměť – hyper- hypo- para- mnézie, amnézie, bájevá lhavost, konfabulace
- e. emoce – afekty (zvýšená, snížená efektivita, fobie), nálady (patická), vyšší city (depersonalizace, iluze viděného, slyšeného, prožitého)
- f. inteligence – hluboká, těžká, středně těžká a lehká mentální retardace,
- g. jednání – motorický neklid/agitovanost, hyperagilnost, impulzivní a zkratkové jednání, raptus, ambivalence a katatonické poruchy (stereotypie, stupor, flexibilita cerea/vosková ztuhlost, negativismus, povelový automatismus, manýrování, grimasování),
- h. osobnost – geneticky a vývojově podmíněné poruchy (specifické poruchy osobnosti/psychopatie) a somatickým poškozením mozku vzniklé organické poruchy (encefalopatie)

viz Vágnerová, M. (1999). psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, s.41-6 (6 s.)

### **3. KONKRÉTNÍ SPECIFIKOVÁNÍ EXISTENCE (DEFINICE), VÝSKYTU (PREVALENCE), PŘÍČIN (ETIOLOGIE A PATOGENEZE), PROJEVŮ, VYBRANÝCH PORUCH (PORUCH OSOBNOSTI A PORUCH CHOVÁNÍ U DĚTÍ A MLADISTVÝCHU) A STANOVENÍ ZPŮSOBU JEJICH LÉČBY**

#### **A. Poruchy osobnosti**

blíže

Raboch, J., Pavlovský, P. (2001). Psychiatrie. Minimum pro praxi. Praha: Triton, s. 174-86 (standardních A4 – 6 s.)

#### **B. Poruchy chování u dětí školního věku**

- disociální, asociální a antisociální
  - a. nadměrné upoutávání pozornosti,
  - b. dětská vzdorovitost,
  - c. dětská lež,
  - d. útěky a toulky,
  - e. záškoláctví,
  - f. krádeže,
  - g. dětská agresivita,
  - h. delikvence (u mladistvých),
  - i. toxikomanie (u mladistvých).

blíže

Miňhová, J. (1994). Základy psychopatologie dětí a mladistvých. Plzeň: PF ZČU, s. 37-41

# JAK (STATISTICKY) ZÁVAŽNÝ JE VÝSKYT JEDNOTLIVÝCH DUŠEVNÍCH PORUCH A PORUCH CHOVÁNÍ (PREVALENCE/EPIDEMIOLOGIE) ?

## Zdroje dat

- v ČR ÚZIS:
- 1. Adresář zdravotnických zařízení v ČR - o institucích poskytujících péči osobám s poruchami duševních poruch a poruch chování (Nemocnice, Léčebny pro dlouhodobě nemocné, Odborné léčebné ústavy, Sdružená ambulantní zařízení, Dětské domovy, Stacionáře pro dospělé),
- 2. Zdravotnická ročenka České republiky – nabízí:
  - a. statistiky osob využívajících ambulantní psychiatrické péče, jmenovitě:
    - 2.10.1 Duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči
    - 2.10.2 Pacienti užívající psychoaktivní látky evidovaní na ambulantních pracovištích zajišťujících péči o alkoholiky a toxikomany
    - 2.10.3 Duševní onemocnění a pacienti užívající psychoaktivní látky evidovaní na ambulantních pracovištích zajišťujících péči o alkoholiky a toxikomany v krajích
  - b. statistiky jednotlivých zdravotnických zařízení poskytujících péči osobám s duševními poruchami a poruchami jednání, jmenovitě:
    - 3.1.1 Celkový přehled zdravotnických zařízení
  - c. statistiky pracovníků ve zdravotnických zařízeních poskytujících péči osobám s duševními poruchami a poruchami jednání
- 3. Dokument „Psychiatrická péče“ – poskytuje bližší informace o síti zařízení poskytující psychiatrickou péči, o jejím personálu a klientech – např.:
  - a. počtu hospitalizovaných a lůžek v psychiatrických zařízeních,
  - b. struktury prvních vyšetření v ambulantních psychiatrických zařízeních dle skupiny psychiatrických diagnóz,
  - c. struktury hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách/odděleních nemocnic dle skupin psychiatrických diagnóz,
  - d. počtu propuštěných a zemřelých z psychiatrických lůžkových zařízení,
  - e. aj.

## A. STÁTNÍ INSTITUCE URČENÉ PRO OSOBY S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI A PORUCHAMI CHOVÁNÍ

### Typy existujících zdravotnických zařízení v ČR v roce 2002

#### 3.1.1 Celkový přehled zdravotnických zařízení

*General survey of health establishments*

Druh zařízení <i>Type of establishment</i>	Počet zařízení <sup>1)</sup> <i>Establishments <sup>1)</sup></i>	Lékaři (přep. počet) <i>Physicians (WTE)</i>	SZP (přep. počet) <i>Paramedicals (WTE)</i>	Lůžka <i>Beds</i>	Mista <i>Places</i>
Nemocnice (lůžková a ambulantní část)	201	16 095,62	60 813,03	66 668	616
Odborné léčebné ústavy	237	1 381,34	8 961,12	46 324	-
léčebny pro dlouhodobě nemocné	80	265,17	2 242,33	7 438	-
léčebny TBC a respir. nemoci pro dospělé	10	69,70	314,12	1 172	-
psychiatrické léčebny pro dospělé	17	453,04	2 869,38	9 677	-
rehabilitační ústavy pro dospělé	5	31,20	316,01	886	-
ostatní odborné léčebné ústavy pro dospělé	12	120,28	653,60	1 629	-
dětské léčebny TBC a respiračních nemocí	1	1,00	6,25	20	-
dětské psychiatrické léčebny	4	11,80	123,89	368	-
ostatní dětské odborné léčebné ústavy	11	23,90	170,46	918	-
lázeňské léčebny pro dospělé	63	331,37	1 856,98	22 194	-
dětské lázeňské léčebny	5	11,82	126,71	778	-
ozdravovny	14	5,42	112,15	964	-
hospic	6	11,59	80,52	171	-
další lůžková zařízení	9	45,05	88,72	109	-
Samostatná ambulantní zařízení	23 060	21 011,80	31 195,32	-	305
polikliniky, sdružená ambulantní zařízení	193	1 381,34	2 830,74	-	29
zdravotnická střediska	186	528,45	936,00	-	26
samostatné ordinace praktického lékaře	13 072	13 339,60	13 121,34	-	-
pro dospělé	4 420	4 458,83	4 285,49	-	-
pro děti a dorost	2 111	2 099,26	2 061,25	-	-
stomatologa	5 410	5 710,68	5 583,66	-	-
gynekologa	1 131	1 070,83	1 190,94	-	4
samost. ord. odborného lékaře specialisty	5 740	5 411,92	6 180,45	-	29
ostatní ambulantní zařízení	3 869	350,49	8 126,79	-	217
Zvláštní zdravotnická zařízení	497	511,16	3 710,71	-	5 952
kojenecké ústavy a dětské domovy	38	39,24	967,97	-	2 034
dětské stacionáře a dětská centra	48	16,27	316,18	-	1 562
jesle a další dětská zařízení	58	-	260,13	-	1 674
stacionáře pro dospělé	24	37,85	72,28	-	504
dopravní a záchranná zdravotnická služba	303	402,12	1 995,65	-	-
ostatní	26	15,68	98,50	-	178
Zařízení lékárenské péče	2 075	0,10	4 537,26	x	x
lékárny	1 868	0,10	4 431,62	x	x
výdejny	204	-	103,64	x	x
ostatní	3	-	2,00	x	x
Zařízení hygienické služby	86	645,74	2 294,16	x	x
Ostatní	114	138,17	142,43	x	x
<b>Zdravotnická zařízení celkem</b>	<b>26 270</b>	<b>39 783,93</b>	<b>111 654,03</b>	<b>112 992</b>	<b>6 873</b>

<sup>1)</sup> Do počtu zařízení nejsou zahrnuty počty detašovaných pracovišť

<sup>1)</sup> Detached units are not included in total number of establishments

ZDROJ: ÚZIS (2003). Zdravotnická ročenka ČR 2002. Praha.

## B. OSOBY S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI A PORUCHAMI CHOVÁNÍ DLE PSYCHIATRICKÝCH DIAGNÓZ

### Přehled o jednotlivých duševních onemocněních v ČR v roce 2002

#### 2.10.1 Duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči *Mental diseases and psychiatric examinations in out-patient care*

1/2

Ukazatel	Kód dg. (MKN-10)	Absolutně Number			z toho nově zjištěná onemocnění
		muži	ženy	celkem	
Počet vyšetření ve sledovaném roce		945 500	1 381 352	2 326 852	.
Počet prvních vyšetření ve sledovaném roce <sup>1)</sup>		168 909	234 174	403 083	.
Léčená onemocnění <sup>2)</sup>					
organické duševní poruchy	F00-F09	16 887	25 885	42 772	13 554
poruchy vyvolané alkoholem	F10	16 092	7 469	23 561	6 300
poruchy vyvolané ostatními psychoaktivními látkami	F11-F19	7 044	3 262	10 306	3 208
schizofrenie	F20-F29	17 399	22 711	40 110	4 261
afektivní poruchy	F30-F39	22 510	54 077	76 587	16 390
neurotické poruchy	F40-F48,F50-F59	51 057	102 636	153 693	47 139
z toho: sexuální dysfunkce	F52	7 118	2 153	9 271	4 595
poruchy osobnosti	F60-F63,F68,F69	14 491	11 401	25 892	6 909
z toho: patologické hráčství	F63.0	1 036	105	1 141	435
sexuální poruchy/deviace	F64-F66	2 285	343	2 628	523
mentální retardace	F70-F79	9 426	6 751	16 177	2 210
vývojové poruchy v dětství a adolescenci	F80-F98	14 608	7 237	21 845	7 240
neurčené duševní poruchy	F99	1 944	1 486	3 430	2 041
neplodnost	N46, N97	1 894	654	2 548	1 308
vývojové poruchy mužských pohlavních orgánů	Q53-Q55	142	x	142	26
Osoby přijaté do ambulantní ochranné léčby <sup>3)</sup>		.	.	3 292	.

<sup>1)</sup> Tj. počet pacientů

<sup>2)</sup> Pacient je započítán ve všech skupinách onemocnění, pro která byl ve sledovaném roce léčen

<sup>3)</sup> Tj. počet prvních vyšetření ve sledovaném roce u pacientů v ochranné léčbě

ZDROJ: ÚZIS (2003). Zdravotnická ročenka ČR 2002. Praha.

# JAKÉ ČESKÉ A SVĚTOVÉ INSTITUCE SE ZABÝVAJÍ PROBLEMATIKOU OSOB S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI A PORUCHAMI CHOVÁNÍ ?

## Koncepce psychiatrické péče v ČR

- současné insitucionální pokrytí populace duševně nemocných osob v ČR vychází z Koncepce psychiatrické péče v ČR předložené v lednu 2001 výborem České psychiatrické společnosti ministerstvu zdravotnictví
- koncepce obsahovala vyjasnění ve 3 následujících oblastech:
  1. náplň oboru psychiatrie a základní principy péče,
  2. síť zařízení v oblasti psychiatrické péče
  3. programy pro specifické skupiny klientů (psychogeriatricí a pedopsychiatricí pacienti, návykově nemocní, dlouhodobě duševně nemocní, duševně nemocní pachatelé trestné činnosti)

## 4 okruhy péče Koncepce

1. ambulantní péče
2. intermediární péče
3. lůžková péče
4. rezortní výzkumné pracoviště

blíže viz Koncepce psychiatrické péče v ČR (návrh)

## Jaké existují instituce poskytující péči osobám s duševními poruchami a poruchami chování:

- Nestátní – pro drogově závislé Drop-in, K-centrum, terapeutická komunita pro drogově závislé Nová Ves, White Light aj; pro dlouhodobě duševně nemocné Asociace komunitních služeb, ESET-Help , Podané ruce, Práh, Fokus aj.
- Státní – psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení lokálních nemocnic, léčebny pro alkoholové a jiné závislosti aj.

## **Státní instituce v ČR, které se zabývají problematikou psychiatrických pacientů**

- Ministerstvo zdravotnictví - <http://www.mzcr.cz/>
- Státní ústav pro kontrolu léčiv - <http://www.sukl.cz/>
- Všeobecná zdravotní pojišťovna - <http://vzp.cz/>

## **Instituce v ČR a zahraničí, které se zabývají duševními poruchami v rámci psychiatrie**

- Česká lékařská společnost JEP - <http://www.cls.cz/CLS8.htm>
- Česká neuropsychofarmakologická společnost - <http://www.cnps.cz/>
- Společnost pro biologickou psychiatrii - <http://www.lf1.cuni.cz/~zfishar/sbp/default.htm>
- World Health Organization - <http://www.who.int/home-page/>
- World Psychiatric Association - <http://www.wpanet.org/home.html>
- Association of European Psychiatrists - <http://www.aep.lu/>
- Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum - <http://www.cinp.org/>
- Society of Biological Psychiatry - <http://www.sobp.org/>
- The American College of Neuropsychopharmacology - <http://www.acnp.org/>
- The Royal College of Psychiatrists - <http://www.rcpsych.ac.uk/>
- American Psychiatric Association - <http://www.psych.org/>



## PRÁVNÍ ASPEKTY OSOB S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI A PORUCHAMI CHOVÁNÍ

- agresivního pacienta lze převézt do zdravotnického zařízení za účasti policie na základě **§14 zákona č. 283/1991 Sb., o policii ČR:**

### §14 Zajištění

- (1) Policista je oprávněn zajistit osobu, která
  - a. svým jednáním bezprostředně ohrožuje svůj život anebo život nebo zdraví jiných osob nebo majetek;
  - b. se pokusila o útěk při předvedení podle §12 odst. 8 a §13 odst. 5;
  - c. na policejním útvaru slovně uráží jinou osobu nebo policistu anebo úmyslně znečišťuje či poškozuje zařízení nebo policejní majetek.
- (2) Pominou-li důvody zajištění, je policista povinen osobu ihned propustit.
- (3) Zajištění může trvat nejdéle 24 hodin od okamžiku omezení osobní svobody.
- (4) Po zajištění je policista povinen na žádost osoby zajištěné vyrozumět o této skutečnosti některou z osob uvedených v §12 odst. 3, popřípadě jinou jím určenou osobu. Jedná-li se o osobu mladší 18 let, je policista povinen ihned vyrozumět zákonného zástupce této osoby. Jde-li o vojáka, je policista povinen vyrozumět nejbližší posádkovou správu nebo vojenský útvar.
- (5) O zajištění sepíše policista úřední záznam.

- nesouhlas duševně nemocného s detencí/jeho hospitalizací v některé ze státních psychiatrických institucí je řešena **zákonem č. 82/1992 Sb.**
- při hospitalizaci bez souhlasu nemocného je nutné do 24 hodin tuto skutečnost písemně ohlásit soudu v příslušejícím místě ; soud musí do 7 dnů ode dne zadržení rozhodnout o oprávněnosti hospitalizace na základě návštěvy zdravotnického zařízení a rozhovorů učiněných mezi pracovníkem soudu a pacientem a ošetřujícími lékaři
- při hospitalizaci delší 3 měsíců musí soud rozhodnout o případném dalším zadržování na základě znaleckého posudku; rozhodnutí má přitom platnost po dobu jednoho roku od jeho vyhlášení

- pacient či jeho opatrovník může požádat o předčasné propuštění a soud je povinen tuto žádost prošetřit; dojde-li ke zhoršení psychického stavu pacienta, ze dobrovolnou léčbu zruší a převést ji na hospitalizaci bez souhlasu nemocného
- pokud pacient z léčby prováděné bez jeho souhlasu uprchne, je nutno tuto událost hlásit příslušnému místnímu oddělení policie
- pokud se jedinec dopustí trestného činu pod vlivem duševní poruchy a je pro společnost nebezpečný, soud rozhoduje na základě 2 znaleckých posudků o přičetnosti pachatele trestného činu dle **§ 12 trestního zákona č. 140/1961 Sb**

### **§ 12 Nepřičetnost**

Kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho nebezpečnost pro společnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný.

- když dojde k duševní poruše až po činu, je pachatel trestně odpovědný
- když se dojde k závěru, že je fyzická osoba nepřičetná, hovoří se o pachateli činu jinak trestného, pachatel je zproštěn obvinění a podle § 72 trestního zákona č. 140/1961 Sb. je mu je zpravidla uloženo ochranné léčení (když je jeho pobyt na svobodě nebezpečný), které může být ústavní nebo ambulantní (délka léčení přitom v rozsudku není uváděna)
- specifikem českého trestního práva je institut zmenšené přičetnosti -> alespoň jedna ze 2 schopností (ovládat, rozpoznávat) je v době činu podstatně (výrazně) zeslabena v důsledku duševní poruchy. K tomuto se znovu vyjadřují znalci z oboru psychiatrie. Otázku, zda šlo o zmenšenou přičetnost rozhodne soud (stejně jako v případě pachatelovi nepřičetnosti).
- pokud by byl pachatel před činem nepřičetný, řešení je složitě, záleží na znalcích.
- když se pachatel dostal do stavu nepřičetnosti bez zavinění, neodpovídá za trestný čin, který spáchal
- u trvalých a vážných duševních poruch je možné, aby si soud vyžádal znalecký posudek soudního znalce z oboru psychiatrie, v jehož závěru posuzovatel určí rozsah omezení způsobilosti k právním úkonům (stanovovaném dle §34 občanského zákoníku č. 40/1964 Sb.):

### § 34

Právní úkon je projev vůle směřující zejména ke vzniku, změně nebo zániku těch práv nebo povinností, které právní předpisy s takovým projevem spojují.

- rozsah omezení má dvě varianty - (buď se jedná o částečné omezení způsobilosti k právním úkonům (týká se výhradně věcí majetkových) či zbavení způsobilosti k právním úkonům; soud následně určí opatrovníka (většinou člena rodiny), který zastupuje zájmy nesvéprávného

# SOCIÁLNÍ SKUPINY A JEDNOTLIVCI SE SEBEVRAŽEDNÝM MYŠLENÍM A JEDNÁNÍM

## OBSAH:

### ÚVOD

CO JE TO SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ (SEBEVRAŽDA) ?

JAKÉ TYPY SEBEVRAŽD ROZLIŠUJEME ?

JAKÉ JSOU PŘÍČINY (MOTIVY) SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ A  
JAKÉ JSOU RIZKOVÉ FAKTORY SEBEVRAŽEDNOSTI?

JAK LZE IDENTIFIKOVAT SEBEVRAŽDENÉ MYŠLENÍ  
(PRESUICIDIÁLNÍ SYNDROM) ?

JAK ZÁVAŽNÁ JE (STATISTICKY) SEBEVRAŽEDNOST V ČR A VE  
SVĚTĚ ?

JAKÉ JSOU STRUKTURY SEBEVRAŽEDNOSTI ?

JAK LZE SEBEVRAŽDÁM ČELIT (PREVENCE SEBEVRAŽEDNÉHO  
JEDNÁNÍ ?

LITERATURA

### ÚVOD

ANEB PROČ VLASTNĚ ZKOUMAT SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ,  
JAKÉ JSOU DOSTUPNÉ INFORMACE O SEBEVRAŽEDNOSTI  
A JE VŮBEC MOŽNÁ PREVENCE (TERPAPIE) SEBEVRAŽEDNÉHO  
MYŠLENÍ A JEDNÁNÍ ?

Proč zkoumat sebevražděné jednání ?

- **etické zdůvodnění** - Protože se jedná o nevratný akt, který je obvykle projevem zoufalství a neschopnosti dále snášet utrpení života, je sebevražda vždy tématem, kterému je třeba věnovat pozornost a musíme se proto snažit pochopit příčiny, které vedou suicidanty k rozhodnutí vzít si život (Pavlů, 1998)
- **Statistické zdůvodnění** – ve věkové kategorii od 15 do 34 let představuje sebevražda v evropských zemích po dopravních nehodách druhou nejčastější příčinu smrti (Koutek, Kocourková, 2003)

## Dostupné studie o sebevraždě

- V 19. století nalzáme literární díla napsaná k tématu sebevraždě u sociologů Emila Durkheima - La Suicide (1897), a u Tomáše G. Masaryka - Sebevražda hromadným jevem společenským (1926).
- Ve 20. století se sebevraždou zabývají zejména psychiatři a začíná být monitorována statistickými ústavy.
- Za lékařské studie je možno jmenovat knihu Psychiatra J. Koutka a psycholožky J. Kocourkové - Sebevražedné chování (2003) anebo knihu anesteziologa Briana Pollarda - Eutanazie - ano či ne?
- Za významné autory z řad psychologů lze jmenovat Josefa Viewegha a jeho knihu Sebevražda a literatura (1996) či Jamese Hillmana a jeho knihu s názvem Duše a sebevražda (1997).
- V populární literatuře lze nalézt knihu Dějiny sebevražd francouzského novináře Martina Monestiera, nebo Sebevraždy slavných českého publicisty Libora Budinského.
- V porovnání se sedmdesátými léty, kdy se o sebevraždách publikovalo hodně studií, je nyní obtížné sehnat aktuální statistické a analytické studie, s čímž souvisí i to, že nejsou zpracovány aktuální metodologické postupy pro zkoumání sebevražedných jevů a jejich příčin.

## CO JE TO SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ (SEBEVRAŽDA) ?

= sebevražedný akt s fatálním následkem (WHO)<sup>6</sup>

Nevýhodami je (1) nespecifikování časového rámce (za sebevraha může být považován kuřák, neboť je prokázáno, že kouření způsobuje rakovinu, která má za následek smrt), (2) není jasně definovaný záměr sebevražedného jednání (člověk zachraňující dítě hrající si na kolečkách a obětující svůj život za záchranu dítěte nutně nezamýšlel zemřít), (3) definice nerozlišuje problém agresivních

---

<sup>6</sup> WHO (In: Tittle, Ch., R., Paternoster, R. (2000). Social deviance and Crime. An Organizational and Theoretical Approach. Los Angeles: Roxbury, p. 66)

jednání se sebedestruktivními následky (kdy smrt není způsobena dobrovolným jednáním, ale selháním vlastního jednání)

= dobrovolné ukončení života, které si jedinec sám zvolí z různého důvodu (motivů)

= extrémní forma autoagresivního (na sebe zaměřeného) aktu

- obvykle je afektogenní reakcí na tíživou životní situaci (stres), která se jedinci zdá bezvýchodná a bezperspektivní (ztráta smyslu života) - Kapr et. al (1997:76)<sup>7</sup>
- jde o poruchu sebezáchovy, popsanou u některých druhů zvířat, velmi vzácnou u dětí

je mnohem častěji doprovodným jevem některých duševních nemocí (schizofrenie, depresivních stavů, některých forem psychopatie) a závislostí nežli je tomu v běžné populaci (Pidrman, Bouček, Kryl, 2004)<sup>8</sup>

### **Definice sebezabití**

Usmrcení sama sebe, kde nebyl úmysl zemřít - v rámci duševních poruch se sebezabití vyskytuje u delirií, imperativních halucinací, bludů (únik oknem před předpokládanými útočníky), Volský (2001)<sup>9</sup>

### **Definice sebeoběti**

„Sebeoběť je takové jednání osoby, které vede k úmyslné smrti, kdy motivací je snaha vlastní smrtí dokumentovat hodnotový postoj.

Jinými slovy, při sebeoběti se řeší problémy někoho jiného. Jde například o ty případy, kdy matka zachrání své dítě, ale sama přitom zahyne.“

Viewegh, J. (1996). Sebevražda a literatura, Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, In: Pavlů (1998: 8)

---

7 Kapr, J., Linhart, J., Fišerová, V., Vodáková, A., (1997). Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. Praha: Slon,

8 dále pak poruchy příjmu potravy (mentální anorexie a mentální bulimie), neurotických a úzkostných poruch, týrání a zneužívání a somatických onemocnění (viz Koutek, Kocourková, 2003).

9 Petr Zvolský a kolektiv 2001). Speciální psychiatrie, Praha: Karolinum

## JAKÉ TYPY SEBEVRAŽD ROZLIŠUJEME ?

Dle normality osobnosti suicidanta rozlišujeme:

- **patologické (psychoticky motivované) sebevraždy**- sebevrah trpí některou psychózou. Z hlediska jeho schopnosti bojovat se sebevražednými impulsy je pak odkázán na medikaci a další podpůrnou léčbu. Současný stav medicíny však nikdy nemůže vyloučit relapsy a to i při dodržení medikace a tak vyloučit sebevražedné pohnutky.
- **nepatologické sebevraždy** - předpokládá narušení osobnosti (psychopatie, neuróza) nebo přinejmenším závažné vychýlení afektivní rovnováhy. Pro tento přístup je typické tzv. aktualistické pojetí, tj. důraz na popis aktuálního psychického stavu jedince těsně před sebevraždou.

**(Prevalence (přítomnost) sebevražd je enormní u tzv. afektivních poruch (F30-F39); jedná se o diagnózy zahrnující depresivní a manické poruchy a jejich kombinace (deprese, periodická depresivní porucha, maniodepresivní porucha aj.))**

Dále rozlišujeme

- **Bilanční (biřická) sebevražda** – je příkladem racionálního jednání, únikové reakce. Jedná se o sebevraždu spáchanou, aniž by se u suicidanta dala shledat nějaká psychická porucha. Člověk zvažuje pod tíhou životních situací plusy a mínusy dosavadního života i možné budoucnosti, a pak volí sebevraždu, nenacházeje jiné východisko.
- **Demonstrativní sebevražda, sebevražedný tentamen** - ve své podstatě se nejedná o sebevraždu. Jde obvykle o pokus, který má funkci apelu - volání o pomoc. Jedinec se snaží pomocí této drastické formy jednání poukázat na své problémy a donutit tak okolí, aby mu pomohlo je řešit. Někdy ovšem načasování selže a sebevrah skončí smrtí.
- **Zkratkovitá reakce** - jedinec jedná v afektu a v danou chvíli nevidí a není schopen najít jiné řešení. Tato sebevražda je typická pro děti a mladistvé.
- **Nevědomá sebevražda** – je autodestruktivní (sebezničující, autopunitivní) reakcí provedenou například ve formě nevysvětlitelné autohavárie a pod.

- **Drasticky provedené sebevraždy** – extrémní forma autoagresivního aktu, často spojeného s psychotickou formou sebevraždy
- **Inspirovaná sebevražda** – jedná se o ovlivnění rozhodování lidí medializací sebevraždy.
- **Kumulované sebevraždy** – jsou sebevraždami, které se vyskytnou v relativně krátkém časovém období v jedné komunitě

### Typy sebevražd dle E. Durkheima

Anomická sebevražda. - Altruistická sebevražda. - Egoistická sebevražda - Fatalistická sebevražda

Viz Munková (2004)

## JAKÉ JSOU PŘÍČINY (MOTIVY) SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ A JAKÉ JSOU RIZKOVÉ FAKTORY SEBEVRAŽEDNOSTI ?

### Problémy se zjišťováním motivů sebevražedného jednání

Motivy bývají zjišťovány:

- dopisem na rozloučenou, existuje-li,
- pomocí lidí z blízkého suicidantova okolí. Ti však mohou skutečné příčiny značně zkreslit a racionalizovat.

### Příčiny sebevražednosti u dětí a mladistvých

- jsou projevem impulzivního zkratkovitého jednání a příčiny sebevražd tak bývají subjektivní, souvisejí s nedostatečnou rozvahou a zhodnocením situace
- **u dětí** jsou nejčastějším motivem rodinné problémy, nemoc a tělesná vada, pracovní a školní problémy a erotické důvody. Velice často děti, především školáci, páchají sebevraždu nebo tentamen z obavy před špatnými známkami, vysvědčením, nebo jako způsob řešení šikany.
- **Mladiství** žijí poprvé daleko od domova, mají nové problémy, chtějí být nejlepšími studenty, jsou osamocení, mají strach z navazování nových vztahů, jsou nerozhodní ve volbě kariéry.



- **u dospělých osob** - u mužů zejména konflikty v povolání, hospodářská bída a strach před trestem; Ženskými motivy jsou mezilidské vztahy, přátelství, láska, manželství

## JAKÉ JSOU RIZIKOVÉ FAKTORY SEBEVRAŽEDNOSTI ?

1. mužské pohlaví, 2. osamělý život, 3. nezaměstnanost, 4. časté užívání drog a alkoholu, 5. předchozí sebevražedné pokusy nebo suicidium v rodinné historii a 6. dokonaná sebevražda přítele. 7. mladé těhotné dívky, 8. děti které utekly z domova a 9, opuštění staří lidé. 10. depresivní, nebo maniodepresivní stav, 11. diagnostikované psychóza schizofrenního okruhu a 12. lidé s rodinnými problémy (Pavlů, 1998).  
blíže o faktorech viz Koutek, Kocourková (2003)

## JAK LZE IDENTIFIKOVAT SEBEVRAŽEDNÉ MYŠLENÍ (PRESUICIDÁLNÍ SYNDROM) ?

**Co je to vlastně presuicidální syndrom ?**

Jedná se o kombinaci tří znaků, které nás mohou upozornit na nebezpečí spáchání sebevraždy (nemusí se nutně vyskytovat všechny tři dohromady).

Jedná se o:

- **Zúžení subjektivního prostoru** - snížení schopnosti nacházet nové možnosti řešení svízelné situace, naplno prožívat a radovat se ze života, těšit se z osobních vztahů a mít pocit, že jsem právoplatným a užitečným členem společnosti. V těchto případech lidé sahají k různým obranným mechanismům.
- **Potlačovaná, proti sobě zaměřená agresivita**. Pro tento znak je typické sebeobviňování a hledání příčiny nezdaru v sobě samém. Jde tedy o extrémní sebekritičnost, která obvykle nemívá opodstatnění. Jako způsob potrestání jedinec volí agresivitu zaměřenou proti sobě.
- **Sebevražedné fantazie**. Poslední znak presuicidálního syndromu spočívá v představování si konce života a myšlenkách na něj. Sebevražedné

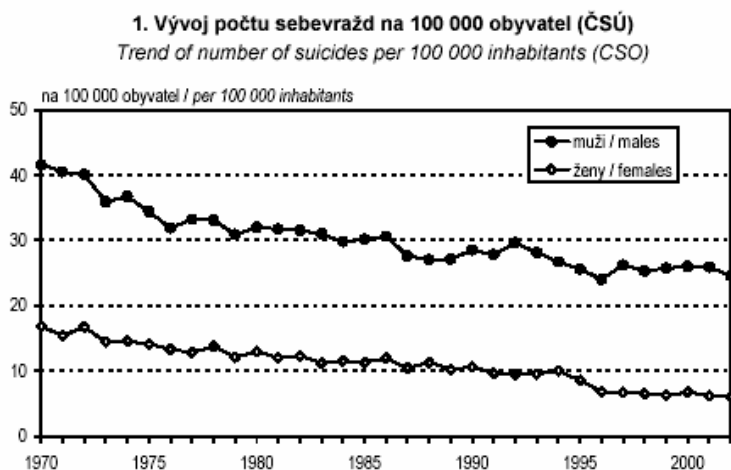
fantazie mohou také manifestovat v nevědomé formě prostřednictvím snů, což obvykle bývá daleko nebezpečnější, než samotná vědomá představa a verbalizace takových fantazií. Riziko se zvětšuje tím více, čím detailnější fantazie jsou, tedy třeba když potenciální suicidant vymýšlí způsob provedení.

## JAK ZÁVAŽNÁ JE (STATISTICKY) SEBEVRAŽEDNOST V ČR A VE SVĚTĚ ?

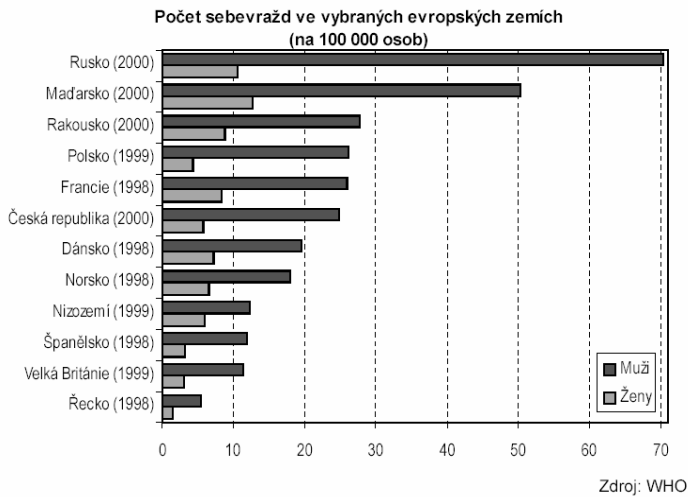
### Zdroje dat

- **Český statistický úřad (ČSÚ)** - zpracování statistického výkazu 40 – Demografie, sekce 4012-01 „Sebevraždy 1996-2000“ (do roku 1998 Obyv 3-12 „Hlášení o úmrtí“); vyplňují matriky podle hlášení „List o prohlídce mrtvého“ vystaveného lékařem, který byl k zemřelému povolán)
- **Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS)** - zdravotnická statistika s názvem Sebevraždy, aktualizovaná s určitým zpožděním pro daný kalendářní rok; zaznamenány jsou pouze případy sebevražd hlášené příslušným psychiatrickým pracovištěm.
- **Kapesní ročenka kriminalistiky (KRK)** - uvádí nejmenší počet sebevražd, evidence policie má k dispozici pouze případy, které jí byly nahlášený.

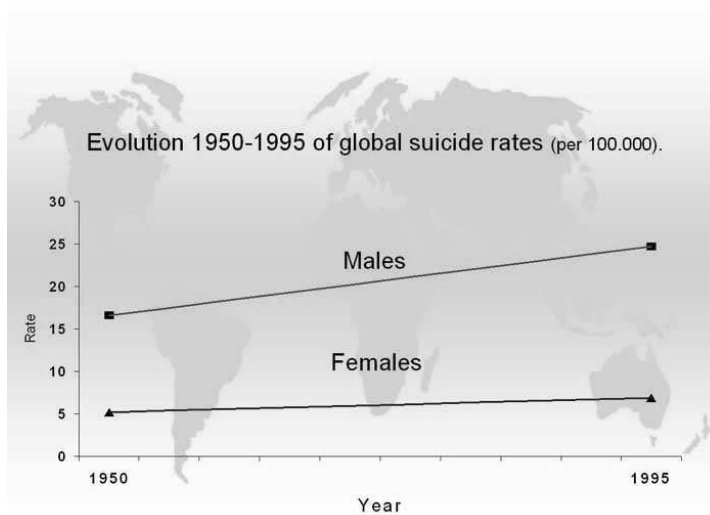
Každý ze zdrojů se v počtu uváděných sebevražd liší, což je dáno způsobem sběru dat.



zdroj: Úzis (2002)



zdroj: Úzis (2002)



Zdroj: WHO (2001)

- Česká republika patří mezi země s nejvyšší sebevraždností a to především u dětí (viz statistik ČSÚ a ÚZIS).
- Od roku 1970 je zaznamenán sestupný trend u tohoto jevu, nicméně vývoj sociální a ekonomické situace naznačuje, že by mohlo dojít ke zvýšení anomických sebevražd a sebevražd s existenciální motivací.

## JAKÉ JSOU STRUKTURY SEBEVRAŽEDNOSTI ?

**Můžeme zkoumat sebevraždnost například podle**

- Pohlaví- způsobu provedení - motivu- věku- vzdělání- rodinného stavu - postavení v zaměstnání- časového a geografického rozvrstvení viz ÚZIS (2002)

## **JAK LZE SEBEVRAŽDÁM ČELIT (PREVENCE SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ ?**

„Jsem přesvědčen o tom, že holotropní dýchání v kombinaci s Logoterapií a případnou intervencí v sociálním prostředí klienta se sebevražednými sklony, je jednou z nejlepších alternativ sekundární a terciální prevence sebevražd.“

(Pavlů, 1998:53)

viz Koutek, Kocourková (2003)

# NARKOMANI, ALKOHOLICI A JINAK ZÁVISLÉ OSOBY ČI SKUPINY OSOB A JEJICH JEDNÁNÍ

## OBSAH:

### ÚVOD

**ANEB PROČ VLASTNĚ ZKOUMAT JEDNOTLIVCE A SKUPINY RŮZNĚ ZÁVISLÝCH OSOB (= OSOB VYKAZUJÍCÍCH NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ)?**

**CO JE TO ZÁVISLOST, NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ A SOUVISEJÍCÍ POJMY?**

**JAK JE MOŽNÉ KLASIFIKOVAT JEDNOTLIVÉ NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ A ZÁVISLOSTI U JEDNOTLIVCŮ A SKUPIN OSOB (=JAKÉ TYPY NÁVYKOVÝCH LÁTEK A NÁVYKOVÉHO CHOVÁNÍ ROZEZNÁVÁME)?**

**JAKÉ JSOU PŘÍČINY VZNIKU NÁVYKOVÉHO CHOVÁNÍ A JAKÉ JSOU RIZKOVÉ FAKTORY?**

**JAKÉ JSOU PROJEVY PROBLÉMŮ U OSOB S NÁVYKOVÝM CHOVÁNÍM ?**

**JAKÉ JSOU NÁSLEDKY NÁVYKOVÉHO CHOVÁNÍ ?**

**JAK ZÁVAŽNÉ JE (STATISTICKY) NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ V ČR A VE SVĚTĚ ?**

**JAK LZE ZÁVISLOSTEM ČELIT ? (ŘEŠENÍ DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ NA STÁTNÍ A LOKÁLNÍ ÚROVNI)**

**LITERATURA**

### ÚVOD

**ANEB PROČ VLASTNĚ ZKOUMAT JEDNOTLIVCE A SKUPINY RŮZNĚ ZÁVISLÝCH OSOB (= OSOB VYKAZUJÍCÍCH NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ)?**

**Proč zkoumat jednotlivce a skupiny závislých osob?**

- Podle epidemiologických šetření, např. mezinárodního projektu ESPAD (Hibel, 2000), v České republice pronikavě vzrostla spotřeba alkoholu a jiných ilegálních drog mezi mladými lidmi.
- Liberalizace v oblasti hazardních her způsobila těžké problémy řadě osob i jejich rodinám - relativně časté jsou kombinace více návykových problémů (typicky souběžná závislost na více návykových látkách včetně alkoholu, kombinace patologického hráčství a závislosti na alkoholu nebo patologického hráčství a závislosti na pervitinu).

- Projevy a následky návykového chování mají silný dopad do somatické, psychické a sociální oblasti jednotlivce a jeho blízkého prostředí (rodiny, známých a příbuzných osob, kolegů v zaměstnání, jsou-li závislé osoby zaměstnané)
- Užívání drog je spojeno se smrteľnými a život ohrožujícími událostmi - alkohol se podstatným způsobem podílí nejen na těžkých otravách, ale i na násilných příčinách smrti (sebevraždy, vraždy), úrazech a dopravních nehodách. Naprostá většina lidí, kteří zemřou v souvislosti s alkoholem, navíc na něm nejsou závislí. Závislost je tedy pouze jedním z mnoha rizik, které návykové látky působí.

## **CO JE TO ZÁVISLOST, NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ A SOUVISEJÍCÍ POJMY?**

### **Jak je definována závislost**

#### **dle Americké psychiatrické asociace DSM-IV?**

„Pacient by měl vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků v období 12 měsíců:

1. růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování;
2. odvykací příznaky po vysazení látky;
3. přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;
4. dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů, omezit a ovládat přijímání látky;
5. trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků;
6. zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení;

7. pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.“

### **Jak je definována závislost dle MKN-10 (Nešpor 1997; 2000)?**

„Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.

Návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedince, u něhož se závislost nevyskytuje...“

### **Znaky závislosti dle definice závislosti dle MKN-10**

(blíže Nešpor 2000: 16-25)

- Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:
  - a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
  - b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
  - c) somatický (tělesný) odvykací stav, jestliže je látka užívaná s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmě z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
  - d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku, původně vyvolanými nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců, závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové

množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),

- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy), vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.

### **Rozlišujeme dva typy závislosti**

- ZÁVISLOST PSYCHICKÁ (duševní). Právě změna psychiky u lidí závislých na drogách představují největší léčebný problém. Psychická závislost má na rozdíl od tělesné dlouhodobý charakter. Většina diagnostických znaků závislosti (viz heslo závislost) se týká právě psychické závislosti.
- ZÁVISLOST TĚLESNÁ - se projevuje tělesnými potížemi při odvykacím syndromu (viz heslo odvykací syndrom). Některé, a to i velmi nebezpečné, drogy jako kokain, tělesnou závislost nevyvolávají.

**Co je to „sekundární závislost“?** = okolnost, že závislost vznikla v důsledku jiné duševní poruchy, např. depresí, kterou se pacient snažil mírnit alkoholem nebo jinou návykovou látkou

**Co je to „komorbidum/dvojitá diagnóza“ ?** = situace, kdy klient/pacient trpí kromě závislosti i jinou duševní poruchou, která není vyvolána užíváním návykových látek



## Pojem návykové chování

bývá spojován v USA od 80. let a v Evropě od let 90. (DSM-IV a MKN-10) s kategorií „návykové a impulzivní poruchy“

- lze jej spojovat s jakýmkoli chováním, které je projevem či důsledkem látkové či nelátkové závislosti

## Základní pojmy

- abusus - zneužívání, nadužívání; nemusí vést nutně k rozvoji závislosti (opakem je usus – konzumace)
- adiktologie – věda zabývající se etiologií, prevencí, léčbou a výzkumem závislostí
- bažení/craving – jeden ze společných rysů závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách a nelátkových závislostí typu patologické hráčství, workaholismu/nezdrženlivost ve vztahu k práci) nebo chorobného nakupování; = silná touha nebo pocit puzení užívat látku nebo látky; rozlišujeme: 1. bažení tělesné (vznikající při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) a 2. psychické (objevuje se i po delší abstinenci) (Nešpor 1999: 5)
- detoxikace – kompletní zbavení organismu toxické látky po intoxikaci
- detoxifikace – léčba odvykacího stavu (bez nebo s použitím farmak), trvá v průměru 1-3 týdny
- psychoaktivní látky (drogy) – rozlišujeme látky 1. budivé (stimulační, stimulancia), 2. Tlumivé a 3. Halucinogenní; jejich účinky jsou následující:

	BUDIVÉ DROGY	TLUMIVÉ DROGY	HALUCINOGENY
PRIMÁRNÍ EFEKT	+	-	„ZMĚNA“ HALUCINACE
PŘEDÁVKOVÁNÍ	+++	---	NEKLID, ÚZKOST
ODVYKACÍ STAV	-- (---)	++(+++)	0

- problémové užívání drog – je spojováno se značným rizikem závislosti, poškození zdraví, společenské škody = „Intravenózní užívání drog (IUD) a/nebo dlouhodobé užívání opiátů a/nebo kokainu a/nebo drog amfetaminového typu ( do *problémové užívání* se nezahrnuje užívání ecstasy, konopí, LSD, toluenu).“ (definice *EMCDDA* - Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti v Lisabonu)
- průchozí drogy (gateway drugs) - u nás nejčastěji alkohol, tabák a marihuana; jedná se o látku, která je předstupněm k užívání jiných ještě nebezpečnějších drog
- substituce je terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka (většinou získávaná ilegálně, účinkující krátkodobě, obsahující někdy toxické příměsi, s neznámou koncentrací a aplikovaná velmi často rizikovým způsobem, tj. intravenózně, nesterilně) nahrazena látkou – přípravkem – s výhodnějším profilem (tj. s definovanou koncentrací, bez toxických příměsí a účinků, s delším účinkem v organismu, aplikovanou většinou per os a podávanou lege artis) (Popov 2001).
- značné riziko závislosti, („zneužívání drog“)
- substituční léčba/harm reduction - časově neomezená udržovací terapie, podávání substituční látky jiným, než nitrožilním způsobem

# JAK JE MOŽNÉ KLASIFIKOVAT JEDNOTLIVÉ NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ A ZÁVISLOSTI U JEDNOTLIVCŮ A SKUPIN OSOB (=JAKÉ TYPY NÁVYKOVÝCH LÁTEK A NÁVYKOVÉHO CHOVÁNÍ ROZEZNÁVÁME)?

Můžeme rozlišit následující skupiny látkových i nelátkových závislostí a s ním spojeným chováním

## A. závislosti způsobené návykovými látkami

1. alkohol,
2. opiody,
3. kanabioidy,
4. sedativa,
5. hypnotika,
6. kokain a jiná stimulancia/kofein,
7. halucinogeny,
8. tabák,
9. organická rozpouštědla aj.

## B. závislosti způsobené nenávykovými látkami

8. antidepresiva,
9. laxantiva,
10. analgetika,
11. antacida,
12. vitaminy,
13. steroidy nebo jiné hormony,
14. přírodní nebo lidové preparáty,
15. diuretika aj.

## C. nelátkové závislosti - impulsivní a jiné návykové poruchy

16. patologické hráčství/gambling,
17. pyromanie,
18. kleptomanie
19. trichotillománie,
20. hypersexualita/nymfomanie a satyriáza,
21. poruchy příjmu potravy/bulimie a mentální anorexie,
22. závislost na informačních technologiích/internet, TV,
23. workholismus,
24. patologické nakupování,
25. závislost na sektě aj.

návykové látky

návykové chování

## A. ZÁVISLOSTI ZPŮSOBENÉ NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI

- vychází z mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (a americké klasifikace nemocí DSM-IV)
- jsou spojovány s návykovými nemocemi/poruchami, neboť návykové látky (drogy) jsou látkami zdraví škodlivými a mohou způsobit (srv. Popov, 2004)<sup>10</sup>:
  1. duševní poruchy a poruchy chování – mohou být vyvolané účinkem psychoaktivních látek – alkoholu, opiodů, kanaboidů, sedativ či hypnotik, kokainu, jiných stimulantů/kofein, halucinogenů, tabáku, organických rozpouštědel, několika látek a jiných psychoaktivních látek (F10-F19)<sup>11</sup>,
  2. somatická poškození - akutní intoxikace/předávkování - orgánová toxicita<sup>12</sup> – infekce/kožní záněty - hepatitida B a C - tromboembolické příhody<sup>13</sup> – úrazy - poruchy výživy, chrupu, kareční stavy<sup>14</sup>, avitaminóza<sup>15</sup> - poruchy menstruace, zácpa),
  3. sociální poškození – blíže viz následky závislostí (Nešpor, K., Csémy, L., Prokeš, B., Matanelli, O., Mráčková, E. Alkohol, drogy, hazardní hra a život ohrožující události

---

10 Prezentace přednášky Návykové chování. Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta University Karlovy. Dokument v Microsoft PowerPointu.

<http://www.lf1.cuni.cz/zfisar/psychiatrie/N%C3%A1vykov%C3%A9%20poruchy.ppt>

11 Toxikománie uznána za duševní poruchu od roku 1934 v USA

12 Toxicita – jedovatost, škodlivost látky pro živý organismus, resp. jeho části. T. pro organismus závisí na dávce látky (jedu), velikosti organismu (tj. jeho hmotnosti), na jeho stavu a na dalších faktorech. Kromě t. pro organismus jako celek se dále rozlišuje t. pro jednotlivé orgány (organotoxicita), t. pro buňky (cytotoxicita), dále kancerogenita, teratogenita, mutagenita aj. Srov. LD 50 [toxin]. Velký lékařský slovník.

<http://www.avicena.cz/moduly/hled.php3>

13 Trombus – krevní sraženina, viz trombóza [řec. thrombos chomáč, sražená krev]; embolie – vmetení, zaklínění vmetku (embolu) v krevních cévách s jejich následným ucpáním, které vede k náhlému nedokrvení (ischemii) příslušné oblasti (mozku, dolní končetiny aj.). Velký lékařský slovník.

<http://www.avicena.cz/moduly/hled.php3>

14 Karence – nedostatek určité živiny (např. bílkovin) nebo jiné důležité látky (např. vitamínu) v potravě. Srov. deficit, malnutrice [lat. careo chybět]. Velký lékařský slovník. <http://www.avicena.cz/moduly/hled.php3>

15 Avitaminóza – chorobný stav způsobený naprostým nedostatkem určitého vitamínu (nedostatečný přívod nebo porucha vstřebávání či metabolismu). Např. skorbut (kurděje) při nedostatku vitamínu C, beri-beri při nedostatku vitamínu B1 (thiaminu), křivice (rachitida) při nedostatku vitamínu D u dětí. U nás jde spíše o vzácná onemocnění, častější jsou hypovitaminózy. Opak: hypervitaminóza [a-; vitamin]. Velký lékařský slovník. <http://www.avicena.cz/moduly/hled.php3>

## JAKÉ LÁTKOVÉ NÁVYKOVÉ A NENÁVYKOVÉ DROGY ROZEZNÁVÁME?

### A. LÁTKOVÉ ZÁVISLOSTI

<p><b>Konopné drogy/kanabinoidy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Marihuana</b> (tráva, zelí apod.),</li> <li>2. <b>Hašiš</b> (haš, čokoláda apod.).</li> </ol>	<p>stejně jako jinde ve světě je konopí v ČR nejčastěji zneužívanou ilegální drogou</p>
<p><b>Halucinogeny</b></p> <p>Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek. Obecně je lze rozdělit do tří základních skupin:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. <b>Meskalin, Durman, Psilocybin</b> aj. přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub,</li> <li>4. <b>Bufetenin</b> aj. přírodní halucinogenní drogy živočišného původu,</li> <li>5. <b>kyselina lysergová - LSD, PCP (andělský prach)</b> aj. semisyntetické a syntetické, tj. poloumělé a umělé halucinogenní drogy</li> </ol>	<p>jiné halucinogeny než konopné se v České republice užívají spíše vzácně</p>
<p><b>Stimulancia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. <b>Amfetaminy</b></li> <li>7. <b>Koka, kokain a crack</b></li> <li>8. <b>Pervitin</b></li> <li>9. <b>Nikotin</b></li> <li>10. <b>Kofein</b></li> </ol>	<p>stimulancia mají v České republice "slavnou" tradici - právě u nás byl na konci sedmdesátých let znovuobjeven pervitin a jeho poměrně snadná výroba</p>
<p><b>Taneční drogy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. <b>Ecstasy (XTC) / MDMA (metylen-dioxymetamfetamin)</b> – někdy řazený mezi stimulancia</li> </ol>	<p>taneční drogy představují poměrně širokou skupinu rekreačně (zne)užívaných látek; typický je jejich kombinovaný halucinogenní a stimulační účinek</p>
<p><b>Opiáty</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. <b>Fentanyl ("umělý heroin")</b></li> <li>13. <b>Morfin</b></li> <li>14. <b>Heroin</b></li> <li>15. <b>Metadon</b></li> </ol>	<p>opiáty jsou spolu s těkavými látkami považovány za nejnebezpečnější psychotropní látky vůbec; právem - jejich závislostní potenciál je velmi vysoký</p>
<p><b>Tlumivé látky</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. <b>Alkohol/ethylalkohol</b></li> <li>17. <b>benzodiazepin</b></li> <li>18. <b>barbituráty</b></li> </ol>	
<p><b>Inhalanty</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>19. <b>Toluen</b></li> </ol>	<p>jsou nejnebezpečnějšími látkami, které způsobují trvalá organická poškození mozku</p>

## **B. ZÁVISLOSTI ZPŮSOBENÉ NENÁVYKOVÝMI LÁTKAMI**

= abusus (zneužívání) látek nevyvolávajících závislost

- V MKN – 10 pod kódem F 55
- látky, které nemusí působit na psychiku, ale mohou se stát předmětem zneužívání (antidepresiva, laxantiva (projímadla), analgetika, antacida (léky proti překyselení žaludku), vitaminy, steroidy nebo jiné hormony, přírodní nebo lidové preparáty, diuretika (močopudné léky) aj.
- Neexistuje látka, která by se nedala zneužívat!
- Anabolika (steroidy) jsou nejnebezpečnější skupinou

## **C, NELÁTKOVÉ ZÁVISLOSTI - IMPULSIVNÍ A JINÉ NÁVYKOVÉ PORUCHY**

= tato skupina zahrnuje jednak :

1. poruchy zahrnuté v kategorii MKN-10 a/či DSM-IV (patologické hráčství/gambling, pyromanie, kleptomanie trichotillomanie, hypersexualita/nymfomanie a satyriáza, poruchy příjmu potravy/bulimie a mentální anorexie) a
2. poruchy dosud nezahrnuté v klasifikaci nemocí (závislost na informačních technologiích/internet, TV, workholismus/ponopathia/přepracování, patologické nakupování/oniomanie, závislost na sektě)

### **PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ/GAMBLING,**

- V MKN – 10 pod kódem F 63

#### **Definice podle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10**

„Porucha spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě subjektu na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Lidé trpící touto poruchou mohou riskovat své zaměstnání, velmi se zadlužit a lhát nebo porušovat zákon, aby získali peníze nebo unikli placení dluhů. Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí“.

- hráčství pokračuje a často i vzrůstá přes nepříznivé sociální důsledky
- zhoršování hráčství v obdobích stresu a velké riziko sebevraždy

- Patologické hráčství jako impulsivní poruchu je třeba odlišit zejména od hráčství u sociopatických osobností (impulsivních, nezdrženlivých, dissociálních) – zde je sekundární
- Nutná pečlivá diagnostika – závislost na alkoholu? – často alkohol jako spouštěč recidivy hráčství!
- Další impulsivní poruchy: kleptomanie (patologické kradení), pyromanie (patologické zakládání požárů), trichotilomanie (impulsivní vytrhávání vlasů nebo obočí)

### **PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY**

- Mentální bulimie – opakující se záchvaty přejídání spolu s přehnanou kontrolou tělesné váhy, neustálým zabýváním se jídlem a snahou potlačit „výkrmné“ účinky jídla vyprovokovaným zvracením, zneužíváním projímadel, diuretik, obdobími hladovění.
- Porucha je blízká mentální anorexii – společný je chorobný strach z tloušťky.
- Riziko vzniku závislosti na alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách je podstatně vyšší!

### **Závislost na informačních technologiích/internet, TV,**

viz Pokorný et al. (2003)

### **Patologické nakupování**

viz Pokorný et al. (2003)

## **JAKÉ JSOU PŘÍČINY VZNIKU NÁVYKOVÉHO CHOVÁNÍ A JAKÉ JSOU RIZKOVÉ FAKTORY?**

- Psychosociální faktory – že lidé berou drogy díky jejich účinkům, které pomáhají řešit stávající stav/pocity odcizení, selhání, bezmoci, frustrace, aj. či nabízejí něco, po čem člověk touží/odvaha, vzpoura, vzdor, poznání, sex, moc aj.
- Vývojové/socializační faktory - alkoholové a jiné závislosti jsou spojovány s typem osobnostní struktury fixované na orální stadium vývoje, kdy předpokládá, že bude o něj pečováno aniž by se výrazně na této péči sám podílel; silný vztah dítěte vůči těm, které miluje, mu brání vyjádřit případnou

- agresivitu, droga umožňuje bezprostřední vyjádření negativních pocitů vůči pečovateli, nebojí se důsledků svého jednání;
- Rodinné faktory - byly zjištěny: přehnané ochraňující tendence vs chladné a lhostejné postoje – pití alkoholu u otců závislých na heroinu – opuštění či náhlá smrt rodiče/obvykle otce – nahromadění traumatizujících prvků typu sebevraždy – psychická onemocnění – násilí – úmrtí – rozvody rodičů – chronické partnerské konflikty;
  - Situační faktor traumatu – bývá spojován jednak s traumatem v dětství (s tělesným nebo sexuálním zneužitím rodiči či příbuznými; smrtí blízké osoby; separací; hospitalizací, bolestivou léčbou, operací) či s traumatem v pozdním věku (sexuálním násilím; znásilněním; vražedným pokusem; těžkou nehodou; ozbrojeným přepadením);
  - Situační faktor příležitosti setkání s drogou (u látkových závislostí) - expanzivní nárůst nabídky má za následek růst poptávky
  - Vývojové sociální faktory - vzniku dysfunkčních rodin jakožto výsledku celospolečenských změn
  - Kombinace více faktorů (bio-psycho-socio-spirituální model závislosti) - příčiny bývají nejčastěji vnímané jako komplexní, nejčastěji se jedná o kombinaci faktorů – fyziologických dědičných či získaných, psychologických anebo sociokulturních

viz Frouzová, M. (2003) a Kudrle, S. (2003).



## **JAKÉ JSOU PROJEVY PROBLÉMŮ U OSOB S NÁVYKOVÝM CHOVÁNÍM ? (PRO ÚPLNOST - NENÍ PŘEDMĚTEM ZKOUŠKY)**

### **Poruchy vyvolané užíváním alkoholu**

- Akutní intoxikace = opilost = lat. ebrietas (stádia: excitační, hypnotické, narkotické, asfyktické)
- Odvykací příznaky: třes rukou nebo celého těla, pocení, nespavost, neklid, úzkost, halucinace, křeče, delirium

### **Poruchy vyvolané užíváním opioidů**

- Základní účinek: tlumivý, uklidňující efekt, apatie, útlum, zúžení zornic, setřelá řeč, pocit blažené energie, uvolnění, únava, ale i úzkost, euforie...
- Odvykací příznaky: průjem, křeče v břiše, chřipkové příznaky...
- Opioidy nevyvolávají psychotické poruchy

### **Poruchy vyvolané užíváním kanabinoidů**

- Problémy nejčastěji při akutní intoxikaci velmi vysokými dávkami → delirium nebo dlouhodobější kanabisová psychóza

### **Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik**

- Akutní intoxikace připomíná opilost
- Odvykací stav může probíhat dramaticky a přetrvávat v mírnější podobě i týdny a měsíce
- Mezi uživateli převažují ženy

### **Poruchy vyvolané užíváním kokainu**

- Příznaky intoxikace a odvykacího stavu podobné jako u dalších psychostimulancií (amfetaminy)

### **Poruchy vyvolané užíváním jiných stimulantů (včetně kofeinu)**

- Legální – kofein (káva, čaj), ilegální – deriváty amfetaminu (metamfetamin=pervitin, MDMA – extáze)
- Výrazný anorektický účinek, mohou vyvolat halucinace a bludy
- Účinky: euforie, pocit zvýšené energie, poruchy vnímání, zvýšení bdělosti, družnost, ale i hrubost, agresivita, paranoidita
- Odvykací stav: craving, útlum, letargie, únava, rozladěnost, zvýšená spavost

### **Poruchy vyvolané užíváním halucinogenů**

- Halucinogeny mají nevypočitatelný efekt, mohou vyprovokovat latentní psychózu
- Závažné jsou akutní intoxikace
- Syndrom závislosti ani somatický odvykací stav se nevyskytuje

### **Poruchy vyvolané užíváním tabáku**

- Syndrom škodlivého užívání prakticky u každého kuřáka, syndrom závislosti se vyvíjí velmi rychle u cca 85% konzumentů
- Odvykací příznaky: craving, podrážděnost, neklid, rozladěnost, nesoustředěnost

### **Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel**

- Intoxikace připomíná opilost, látka je často cítit!
- Syndrom závislosti má charakter psychické závislosti, somatické odvykací příznaky se nevyskytují

### **Poruchy vyvolané užíváním několika látek a užíváním jiných psychoaktivních látek**

- Praxe: často jedinci postupně závislí na několika látkách
- Současné užívání a kombinování několika látek = kombinovaná (polyvalentní) závislost (dříve polytoxikomanie).
- Současné užití několika látek → dochází ke zvýraznění jejich účinku

## **JAKÉ JSOU NÁSLEDKY NÁVYKOVÉHO CHOVÁNÍ ?**

### **Rizika důsledků spojená s návykovým chováním:**

Riziko násilné smrti;- Riziko smrti při dopravní nehodě, požáru, utopení, vraždy či sebevraždy;- Riziko sebevražd;- Riziko poškození při dopravní nehodě;- Riziko vraždy;- Riziko páchání či staní se obětí trestné činnosti.

## 1. Následky v psychické oblasti (Popov 2004; Nešpor 2000: 28) (PRO ÚPLNOST . NENÍ PŘEDMĚTEM ZKOUŠKY)

1. F1x.0 Akutní intoxikace = Přechodný stav, který následuje po užití psychoaktivních látek a ústí ve změny fyziologických, psychických nebo behaviorálních funkcí
2. F1x.1 Škodlivé užívání (abúzus, misúzus) = způsob užívání, jehož následkem je aktuální poškození somatického nebo duševního zdraví.
3. F1x.2 Syndrom závislosti – projevem jsou:
  - touha nebo pocit puzení užívat látku (cravin“),
  - zhoršená sebekontrola (sebeovládání),
  - somatický odvykací stav,
  - zvyšování tolerance k účinku látky,
  - postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů,
  - trvalé užívání látky/pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků.
4. F1x.3 Odvykací stav – je spojen s:
  - syndrom z odnětí/vysazení drogy
  - „abstinenční syndrom“
  - detoxikace (léčba intoxikace)
  - detoxifikace (léčba odvykacího stavu)
  - „detox“
5. F1x.4 Odvykací stav s deliriem
6. F1x.5 Psychotická porucha = porucha, která vznikla během požití látky (alkoholu či některé z drog vyvolávajících tzv. „toxické psychózy“ (pervitin, kokain, kanabis, aj. halucinogeny)) nebo bezprostředně po něm; projevují se smyslově živé halucinace (často více smyslů), záměna osob, bludy (často paranoidní, či perzekuční) anebo vztahovačnost, psychomotorické poruchy (vzrušení nebo stupor), abnormální emoce (intenzivní strach až extáze); trvá déle než 48 hodin, při abstinenci se alespoň částečně upraví (do 1 měsíce), plně do 6 měsíců
7. F1x.6 Amnestický syndrom = organický amnestický (amnézický) syndrom způsobený alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami, jehož důsledkem je zhoršení paměti (učení se a výbavnosti)
8. F1x.7 Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem – projevem drogové závislosti je:
  - Psychotické reminiscence (flashbacks)
  - Porucha osobnosti nebo chování
  - Reziduální porucha nálady
  - Demence
  - Jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí,
  - V případě abstinence může dojít po 2-6 týdnech k tzv.
  - Psychotické poruše s pozdním začátkem
9. F1x.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování

10. F1x.9 Nespecifikovaná duševní porucha a porucha chování

2. **Následky v somatické oblasti (Popov, 2004)**

3. **Následky v sociální oblasti**

## **JAK ZÁVAŽNÉ JE (STATISTICKY) NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ V ČR A VE SVĚTĚ ?**

### **Zdroje dat o uživatelích drog dostupné v ČR**

- v ČR jsou data o uživatelích drog shromažďována:
  1. ÚZIS - Registr propuštěných/zemřelých z psychiatrických léčeben,
  2. SZÚ – EPIDAT - Registr hlášených případů virové hepatitidy na území ČR v daném roce,
  3. Policie ČR - Databáze osob stíhaných pro drogově trestné činy,
  4. Hygienická stanice Hl. m. Prahy
    - a. Registr žádostí o první léčbu v souvislosti s problémem spojeným s užíváním drog na území ČR v daném roce,
    - b. Registr hospitalizovaných pro intoxikaci drogami nebo léky na území ČR v daném roce,
  5. 14 zařízení v ČR, největší z nich Sananim - Registr klientů a služeb vybraných nízkoprahových zařízení pro uživatele drog sdružených v A.N.O. - Asociaci nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí.

### **Současný stav na úseku obchodování s OPL v ČR**

viz Akční Plán... 2003

## **JAK LZE ZÁVISLOSTEM ČELIT ? (ŘEŠENÍ DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ NA STÁTNÍ A LOKÁLNÍ ÚROVNI)**

**A. ŘEŠENÍ DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ NA STÁTNÍ ÚROVNI – POMOCÍ  
„NÁRODNÍ STRATEGIE PROTIDROGOVÉ POLITIKY NA OBDOBÍ LET 2001-**

## 4“ A „AKČNÍHO PLÁNU MV A POLICIE ČR K REALIZACI NÁRODNÍ STRATEGIE PROTIDROGOVÉ POLITIKY NA OBDOBÍ 2003 – 2004“

viz Akční plán

### B. ŘEŠENÍ DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ LEGISLATIVNÍMI ÚPRAVAMI

#### Právní dokumenty a kontrola drog

- právní dokumenty se týkají kontroly drog, která je řešena jak na úrovni jednotlivých států , tak i na mezinárodní úrovni,
- existuje celá řada institucí, které se touto činností zabývají – nejvýznamnější:
  - a. OSN a v jejím rámci Komise pro omamné látky a
  - b. INCB (Mezinárodní výbor pro kontrolu drog).
- mezinárodní kontrola drog je založena na mezinárodním právu tvořeném tzv. “úmluvami”

### C. ŘEŠENÍ DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ NA LOKÁLNÍ ÚROVNI

#### Prevence návykových problémů

= snižování nabídky, poptávky a škodlivých následků

- primární (všeobecná a selektivní) - aktivity směřující k tomu, aby drogový problém vůbec nevznikl. Základem je harmonicky fungující rodina!
- sekundární – včasné vyhledání problému a jeho léčba
- terciální (harm reduction) – snižování negativních důsledků užívání drog

#### Instituce uskutečňující terapii drogových závislostí

- i. **V rámci ZDRAVOTNICTVÍ**
  - 1. Detoxikační jednotky v nemocnicích;
  - 2. Ordinance pro alkoholismus a jiných toxikomanií (OAT);
  - 3. Psychiatrické léčebny a kliniky;
- ii. **MIMO ZDRAVOTNICTVÍ**
  - 4. Terénní programy v rámci street-worku/specifické formy sociální služby poskytované přímo na ulici;
  - 5. Kontaktní centra (KC);
  - 6. Denní stacionáře (DS);

7. Terapeutické a resocializační komunity (TK);
8. Doléčovací centra;
9. Chráněné dílny a bydlení (zřizovatelé: OS, o.p.s., Charita);
10. Svépomocné organizace (AA, NA).

## **Instituce uskutečňující terapii drogových závislostí ve zdravotnictví**

### 1. Detoxikační jednotky v nemocnicích

(Nešpor 2003:190-4, In: Kalina a kol)

- jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikaci návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení (JIP, ARO aj.); pro klienty, u kterých by nebyla bezpečná detoxifikace v domácím prostředí (v ČR se ostatně příliš neprovádí);
- způsob léčby: v pobytovém zařízení, bez specifické (substituční) medikace či v pobytovém zařízení, se specifickou medikací (opioidová substituce)

### 2. Ordinace pro alkoholismus a jiných toxikomanií (OAT)/lékařská ambulantní péče

(Hampl 2003:172-8, In: Kalina a kol)

- přístup mají jak osoby závislé, tak i víkendoví uživatelé bez závislosti, rodiče, příbuzní, spolužáci; je poskytována osobám, kterým byla léčba uložena soudem jako ochranná protialkoholní nebo protitoxikomanická léčba nebo léčba alternativní ukládaná místo trestu anebo osobám, kterým byla soudem určena povinnost zdržet se užívání alkoholu nebo ostatních nealkoholových drog;
- po prvotní anamnéze a laboratorních a pomocných vyšetřeních je poskytována prevence a léčba (ve formě psychoterapie, farmakoterapie a socioterapie), případně následná léčba
- podmínkou efektivní ambulantní léčby minimálně předchází ústavní detoxikace

### 3. Psychiatrické léčebny a kliniky

(Dvořáček 2003:195-200, In: Kalina a kol)

- ústavní léčba představuje léčbu střednědobou, v trvání 3-6 měsíců, je určena pacientům po detoxifikaci, kterým poskytuje ambulantně odvykací léčbu, substituční udržovací léčbu či následnou péči (doléčovací programy)
- léčba je multidisciplinární, s převahou zdravotnických pracovníků – vedoucí terapeutického týmu je obvykle psychiatr (dalšími pracovníky jsou kliničtí psychologové, odborní psychoterapeuti, sociální pracovníci, pracovní terapeuti aj.

## **Instituce uskutečňující terapii drogových závislostí mimo zdravotnictví**

### 4. Terénní programy v rámci street-worku/specifické formy sociální služby poskytované přímo na ulici (Hrdina, Korčíšová 2003:159-64, In: Kalina a kol)

- jsou zaměřeny na klienty, kteří se chovají rizikovým způsobem a nejsou motivováni ke změně tohoto chování a chaotického životního stylu;
- cílem terénních programů je navázat vztah s klienty postavený na vzájemné důvěře a následně je motivovat ke změně rizikového chování (sdílení jehel apod.);

### 5. Kontaktní centra (KC) (Libra 2003:165-71, In: Kalina a kol)

- jedná se o nízkoprahová zařízení, prakticky ve všech větších městech, která jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě;
- provádějí terciální prevenci (harm reduction): navázání a udržení vztahu s klientem, výměnný program, hygienický, potravinový a sociální servis, testování (HIV/AIDS, hepatitidy), očkovací program, poradenství pro klienty a jejich rodiny, kontakt na další formy péče/léčby, motivační trénink, krizová intervence, terénní programy (streetwork)...

### 6. Denní stacionáře (DS) (=denní kliniky/denní centrum/denní sanatorium) (Kalina 2003:179-86)

- je zařízením „na poloviční cestě“ mezi běžnou ambulantní péčí a ústavní péčí, mezi domovem a institucí; **poskytována je střednědobá léčba v délce 3-6 měsíců**; podstatou je strukturovaný program, jehož principy převzala denní centra z terapeutických komunit a z denních center pro duševně nemocné;
- cílem strukturovaného programu je nabídka komplexu podnětů, které působí na různé složky klientovy osobnosti a úrovně jeho psychiky s cílem navodit změnu sebepojetí, postojů a chování;

### 7. Terapeutické a resocializační komunity (TK) (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina 2003:201-7, In: Kalina a kol)

- týká se převážně alkoholových závislostí u osob s často kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně somatickým poškozením/nejčastěji hepatitidou typu B či C - do komunity jsou tak vhodní klienti s těžším stupněm závislosti, opakovanými neúspěšnými léčbami za sebou, výrazněji narušeným sociálním

- fungováním, pobyt ve fázích (práva-povinnosti), předchozí detoxikace nutnou podmínkou, závěrečná fáze zaměřena na zajištění ubytování, práce, doléčování
- je zde poskytována střednědobá as dlouhodobá odborná péče v trvání 6-18 měsíců;

#### 8. Doléčovací centra (Kuda 2003:208-14, In: Kalina a kol)

- = aftercare/postcare typ služby poskytující následnou péči abstinujícím osobám s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce;
- preferovány jsou osoby, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční, s náhledem na motivaci k dlouhodobé abstinenci);
- je nabízeno: Chráněné bydlení, Chráněná práce a rekvalifikace, Konzultace s terapeutem
- od klientů v programu se očekává nejen abstinence od ilegálních drog, ale i od alkoholu

#### 9. Chráněné dílny a bydlení (zřizovatelé: OS, o.p.s., Charita),

(Dvořák 2003:215-20, In: Kalina a kol)

- Je obvykle součástí TK viz výše

#### 10. Svépomocné organizace (AA, NA)

- Sdružují lidi závislé na návykových látkách, případně s jiným typem závislosti + zvláštní skupiny pro partnery, příbuzné závislých...
- Anonymní alkoholici (AA, USA 1935), Anonymní narkomani (NA), Anonymní hráči (GA)...
- Program 12-ti kroků (principem je převzetí zodpovědnosti za vlastní jednání a nesnažit se příliš měnit chování druhých, přiznání si a přijetí vlastní bezmocnosti vůči drogám)