

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

Bakalářské kombinované studium 2009/2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jiřina Olivová

**Zneužívání návykových látek a nařízená
ochranná léčba**

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Lubomír Bajcura, Ph.D.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor / Part–Time Studies

2009–2012

BACHELOR THESIS

Jiřina Olivová

Substance abuse ordered by the protective treatment

Prague 2012

The Bachelor Thesis Work Supervisor:
PaedDr. Lubomír Bajcura, Ph.D.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

Praha 12. března 2012

Jiřina Olivová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PaedDr. Lubomíru Bajcurovi, Ph.D. za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování této bakalářské práce.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou zneužívání návykových látek a ochrannou léčbou. Teoretická část obsahuje základní pojmy ve vztahu k návykovým látkám, právní problematiku, současnou situaci u nařízené ochranné léčby a problematiku alkoholismu. Praktická část se zaměřuje na rizika a skutečné potřeby osob v ochranné léčbě, doporučení osvědčených postupů pro prevenci a podporu reintegrace závislých do společnosti.

Klíčové pojmy:

Alkohol

Carving

Delirium tremens

Drogy

Intervence

Návykové látky

Odvykací stav

Ochranná léčba

Psychiatrie

Terapie

Závislost

Anotation

This thesis deals with substance abuse and protective treatment. The theoretical part contains the basic concepts related to addictive substances, legal issues, the current situation of mandated prophylactic treatment and the issue of alcoholism. The practical part is focused on the risks and the real needs of people in protective treatment recommendations of best practices for prevention and the support for reintegration of addicts into society.

Key words:

Addictive substances

Alcohol

Carving

Delirium tremens

Dependence

Drugs

Intervention

Protective treatment

Psychiatry

Therapy

Withdrawal state

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Zneužívání návykových látek v ČR	10
1.1 Jednotlivé druhy návykových látek	11
1.2 Anonymní alkoholici	13
1.3 Trendy v užívání drog za rok 2010	14
2. Trestně právní problematika zneužívání návykových látek	17
2.1 Změny v legislativě	18
3. Současná situace u nařízené ochranné výchovy	19
3.1 Léčba	21
4. Návykové chování a poruchy	23
4.1 Syndrom závislosti	23
4.2 Terapie cravingu	24
4.3 Senzalizace	24
4.4 Odvykací stav	25
4.5 Korsakovův syndrom	25
4.6 Alkoholová demence	26
4.7 Delirium tremens	26
4.7.1 Terapie u deliria tremens	27
4.8 Terapie akutní intoxikace a chronického alkoholismu	28
4.9 Terapie chronického alkoholismu	29
4.10 Sociální reintegrace	31
4.11 Krátká intervence	31
5. Alkoholismus	32
5.1 Účinnost ochranné léčby	32
5.2 Determinanty efektivity ochranné léčby	32
5.3 Systém léčby v české republice	33
5.4 Systém protialkoholní péče	33
5.5 Vzorce užívání alkoholu u žen a mužů	34

5.6	Užívání alkoholu u seniorů	35
5.7	Psychiatrické léčebny	35

PRAKTICKÁ ČÁST

6.	Dotazníkové šetření	37
6.1	Metodologie šetření	37
6.1.1	Průzkumné metody	37
6.1.2	Charakteristika průzkumného souboru	37
6.1.3	Stanovení hypotéz	38
7.	Shrnutí výsledků, evaluace hypotéz, doporučení pro praxi	39
7.1	Kazuistiky	50
7.2	Doporučení pro praxi	60

ZÁVĚR	62
--------------	----

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
----------------------------------	----

SEZNAM PŘÍLOH	68
----------------------	----

ÚVOD

Zneužívání návykových látek nalezneme ve všech společenských uspořádáních v celé naší historii. Jde o tak obsáhlou oblast, která dala vzniknout vědeckému oboru – adiktologii. Adiktologie představuje multidisciplinární obor, který se zaměřuje na primární, sekundární a terciární prevenci užívání návykových látek a jiných rizikových forem lidského chování s důsledkem nepříznivých dopadů na jedince či společnost. Klienti sociálních služeb pocházejí ze všech věkových kategorií a všech společenských vrstev. Užívání návykové látky může být primární problém či důsledek tíživé sociální a vztahové situace.

Šíření a zneužívání drog v 19. a 20. století můžeme rozdělit do tří období:

1. Do roku 1960, kdy byly drogy pokládány za **odborný problém**.
2. Od roku 1960 do roku 1990, kdy se z drog stává **společenský problém**.
3. Od roku 1990 jsou drogy charakterizovány jako **globální problém**.

Drogy můžeme rozdělit na legální (alkohol, tabák, léky a těkavé látky) a nelegální (halucinogeny, konopné drogy, opiáty, stimulantia a taneční drogy). Sociální akceptace zneužívání nelegálních drog je daleko nižší než u legálních návykových látek.

Teoretická část bakalářské práce obsahuje seznámení se základními pojmy, především se zaměřuje na návykové látky, alkohol a skutečnosti s tím související, ochrannou léčbu, zákonná vymezení. Ve své práci se zaměřím zejména na ochrannou léčbu ve vztahu ke zneužívání alkoholu.

Řadu let pracuji jako zdravotní sestra a sociální pracovníce v nestátním zdravotnickém zařízení, které se věnuje klientům se závislostmi. Z tohoto důvodu se ve své bakalářské práci zaměřím na zneužívání návykových látek, zejména alkoholu a s tím spojené záležitosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Zneužívání návykových látek v ČR

Návykové látky

Návykovými látkami jsou omamné látky a psychotropní látky. Přípravkem je roztok nebo směs v jakémkoli fyzikálním stavu obsahující jednu nebo více návykových látek nebo jeden nebo více prekursorů. Prekursor a pomocnou látky definují předpisy Evropského společenství. Makovina představuje všechny nadzemní části (kromě semen) máku setého (*Papaver somniferum*), jakož i jejich drť po sklizni. Konopím definujeme jako kvetoucí nebo plodonosný vrcholík rostliny z rodu konopí (*Cannabis*) nebo nadzemní část rostliny z rodu konopí, jejíž součástí je vrcholík. Keř koka jsou druhy keře rodu *Erythroxylon* a listem koka listy z keře koka, s výjimkou listů, z nichž byl extrahován všechny ekgonin, kokain a jiné ekgoninové alkaloidy. Konečným příjemcem prekursorů a pomocných látek dle předpisů Evropských společenství je každá fyzická osoba nebo právnická osoba podle bezprostředně závazného předpisu Evropských společenství. (Zákon č. 167/1998 Sb.)

Česká republika vychází při řešení problému užívání drog z konceptu Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny v 21. století. Užívání drog představuje ohrožení veřejného zdraví, zejména negativní sociální, zdravotní, trestněprávní, bezpečnostní a ekonomický dopad pro jednotlivce i společnost. Protidrogová politika vychází z konceptu ochrany veřejného zdraví a z ochrany bezpečnosti jednotlivců a společnosti. Účinným způsobem řešení problému s užíváním drog je komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup. Přístup, který vychází ze široké celospolečenské,

mezirezortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce na všech úrovních. Přístupy k řešení problémů užívání drog jsou:

1. Snižování nabídky drog (kontrola prodeje a distribuce legálních potlačování nezákonné výroby a distribuce nelegálních drog);
2. Snižování poptávky po drogách (primární prevence, léčba, sociální začleňování uživatelů);
3. Snižování rizik (harm reduction) spojených s jejich užíváním. (Národní strategie protidrogové politiky, 2010).

Agresivní chování ve vztahu k drogám klasifikujeme do tří skupin:

1. **Psychofarmakologické vlivy**, které vyvolávají agresi přímo, a to buď intoxikací, nebo abstinencí;
2. **Ekonomicko-kompulzivní násilný zločin** je prostředkem pro získání drogy;
3. **Organizovaná zločinnost** je nedílnou součástí protizákonné drogové ekonomiky.

Systémovou a ekonomicko-kompulzivní zločinnost považujeme za projevy predátořní agrese. (Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J., 2002)

Je nutné uvědomit si, že uživatelé drog často požívají více drog najednou a často je kombinují s alkoholem.

1.1 Jednotlivé druhy návykových látek

Konopí

Konopí provází člověka stejně dlouho jako alkohol. První zmínky o konopí nalézáme již před 5000 lety. V ajurvédě se konopí uvádí jako medicína na celou řadu nemocí zejména psychosomatické povahy

(nespavost, migrény atd.). Konopí bylo užíváno pro posvátné, léčebné a rituální účely a bylo označováno jako hašiš, kif, marihuana, hemp, ganja atd.

Opium

První zmínky o pěstování opia pocházejí z říše Sumerů před 6000 lety. Opium bylo označováno jako „rostlina radosti“. Ze sumerské říše se přeneslo do Řecka a právě řekové dali makové šťávě název opium. Makovice se stala symbolem boha spánku Morphea a boha smrti Thanata. V Číně, kam se postupně opium rozšířilo díky válečným tažením, bylo opium nejdříve kouřeno.

Abstinenční syndrom u opiátů vede ke zvýšené iritabilitě, která může být doprovázena agresí.

Kokain

Účinky rostliny *Erythroxylon coca* byly známy již před 5000 lety. Sága vypráví, že kokain byl darem bohů v době špatné úrody a měl pokleslé na duchu vzpružit, vyčerpaným přinést nové síly a hladové nasytit. (Kalina, K., 2008)

Amfetamin

Amfetamin má podobný účinek na katecholaminy jako kokain. Intoxikaci amfetaminem nelze klinicky rozlišit od intoxikace kokainem. Při nižších dávkách léčba amfetaminem tlumí agresivní chování u jedinců s ADHD.

Anabolické steroidy

Steroidy nepůsobí na euforii a nevyvolávají návykové ani odvykací příznaky. Jsou užívány atleti a kulturisty pro zvýšení objemu a výkonnosti svalů. Mezi vedlejší účinky užívání steroidů řadíme fyzickou agresivitu a zvýšenou iritabilitu.

Alkohol

Alkohol představuje nejrozšířenější drogu, kterou lze užívat, nadužívat a dopít se až k závislosti. Obliba alkoholu spočívá v jeho schopnosti zbavit člověka obvyklých zábran v chování a v dodání dobré nálady. Ve skutečnosti se jedná o otupující a ohlupující látku. Společnost alkohol snadno toleruje i přes to, že nadužívání s sebou nese velké riziko a často trvalé následky. (Mahrová, G., 2008) U alkoholiků dochází mimo žaludečních a jaterních poruch až k invalidizujícímu poškození mozku.

1.2 Anonymní alkoholici

Anonymní alkoholici (dále jen „AA“) je svépomocná organizace pro osoby závislé na alkoholu. Vznik této organizace je datován rokem 1935 v USA. Po vzoru AA vznikají další organizace jako například Narcotics Anonymous, Gamblers Anonymous, Al-Anon pro manželky a Alateen pro dospívající děti.

AA formulují tzv. dvanáct kroků:

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu – naše životy začaly být neovladatelné.

2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše nás může vrátit duševnímu zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svou vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho chápeme.
4. Provedli jsme důkladné a nebojácné sebezpytování, inventuru sebe samých.
5. Přiznali jsme Bohu, sobě i jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela svolní s tím, aby Bůh odstranil tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili, a kterým to chceme nahradit.
9. Rozhodli jsme se provádět tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí, s výjimkou situací, kdy by takové počínání druhým ublížilo.
10. Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme pochybili, pohotově jsme to přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili jsme se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech. (Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J., 2002)

1.3 Trendy v užívání drog za rok 2010

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) upozornilo ve své výroční zprávě na zvyšující se trend v užívání a záchytech nových drog. V Evropské unii bylo zjištěno celkem

24 nových látek určených k rekreačnímu užívání. Strukturou jsou tyto látky velmi podobné amfetaminu a umělým kanabinoidům. Velké pozornosti se dostalo zejména mefedronu, který je aplikován šňupáním, a nejvíce se podobá kokainu. Čistota mefedronu je mnohem vyšší jako u dalších nezakázaných drog, což s sebou přináší relativně menší rizika užívání. Ve Velké Británii se v letech 2003 až 2008 zdvojnásobil počet úmrtí v souvislosti s kokainem. Oproti tomu je zaznamenán snižující se trend při experimentování s konopím. Nárůst užívání konopí nastal v zemích bývalého východního bloku, včetně České republiky.

V USA můžeme pozorovat zvyšující předepisování léčiv a to téměř dvojnásobně za posledních 15 let. V České republice užila analgetika v posledním roce 1/3 populace, nelegální drogu – zejména konopí vyzkoušelo cca 17 % obyvatel ve věku 15–64 let. (Běláčková, V., 2010)

V průběhu let se inovovaly revize MKN od MKN 7 po MKN 10, která je nyní v platnosti. S tím přišla i řada změn v klasifikaci poruch spojených s užíváním alkoholu a ostatních návykových látek. Od 1. 1. 1958 (MKN 7. revize) se používaly dg č. 307 – alkoholické psychózy, 322 – alkoholismus, 323 – ostatní narkomanie a toxikomanie. 1. 1. 1968 vzešla v platnost MKN 8. revize spolu se změnami v podobě dg č. 291.0 – 291.9 – alkoholické psychózy, 303.0 – 303.9 – alkoholismus, 304.0 – 304.9 – narkomanie a toxikomanie. MKN 9. Revize platná od 1. 1. 1979 označuje závislost na alkoholu jako dg č. 303, zneužívání alkoholu bez závislosti dg č. 305.0, dg č. 304.0 – 304.9 závislost na návykových látkách, dg č. 305.1 – 305.9 zneužívání návykových látek bez závislosti. Aktuální MKN 10. Revize platná od 1. 1. 1993 označuje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu dg č. F10.0 – F10.9, poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním ostatních psychoaktivních látek dg č. F11.0 – F19.9.

V průběhu let 2004–2008 můžeme sledovat nárůst spotřeby alkoholických nápojů. V roce 2004 byla spotřeba alkoholických nápojů

184,6 litrů na osobu (z toho představovala spotřeba lihovin 7,6 litru, vína 16,5 litru, piva 160,5 litru), v roce 2005 188,1 litrů (lihoviny - 10,2 litru, víno - 16,8 litru, pivo - 163,5 litru) , 2006 184,6 litrů (lihoviny - 10,2 litru, víno - 17,2 litru, pivo - 159,1 litru), 2007 185,6 litrů (lihoviny - 10,4 litru, víno - 18,5 litru, pivo - 159,1 litru) a v roce 2008 mírně klesla na 183,2 litru (lihoviny - 10,4 litru, víno - 18,5 litru, pivo - 156,6 litru). V průběhu let 2004 až 2008 můžeme sledovat i mírný pokles spotřeby cigaret: rok 2004 - 2 243 ks, 2005 - 2 275 ks, 2006 - 2 338 ks, 2007 - 2 345 ks, 2008 - 2 107 ks. (Český statistický úřad, 2009)

2. Trestně právní problematika návykových látek

Právní úpravou užívání návykových látek se zabývá:

- **zákon č. 167/1998 Sb.**, o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění zák. č. 354/1999 Sb., zák. č. 117/2000 Sb., zák. č. 132/2000 Sb., zák. č. 57/2001 Sb., zák. č. 185/2001 Sb., zák. č. 407/2001 Sb., úplného znění zák. č. 55/2002 Sb., zák. č. 320/2002 Sb., zák. č. 223/2003 Sb., zák. č. 362/2004 Sb., úplného znění zák. č. 466/2004 Sb., zák. č. 228/2005 Sb., zák. č. 74/2006 Sb., zák. č. 41/2009 Sb., zák. č. 141/2009 Sb., zák. č. 281/2009 Sb. a zák. č. 291/2009 Sb.,
- **vyhláška MZ č. 123/2006 Sb.**, o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků,
- **vyhláška MZ č. 125/2006 Sb.**, kterou se stanoví tiskopisy formulářů podle zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění zák. č. 74/2006 Sb.,
- **vyhláška MZ č. 243/2009 Sb.**, kterou se stanoví seznam osob s uvedením jejich pracovišť, pro jejichž činnost se nevyžaduje povolení k zacházení s návykovými látkami a přípravky je obsahujícími,
- **metodické opatření MZ č. 14/2004 věst. MZ v částce 12/2004**, upravující podmínky pro osoby cestující do zahraničí užívající léčivé přípravky s obsahem návykových látek,
- **zákon č. 379/2005 Sb.**, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění zák. č. 225/2006 Sb., zák. č. 274/2008 Sb. a zák. č. 305/2009 Sb.

2. 1 Změny v legislativě

Ochranné léčení (dále jen „OL“) upravuje:

- **Trestní zákoník č. 40/2009 Sb., § 99** stanovuje „indikace“ a trvání OL (do 1. 1. 2010 se jednalo o § 72 trestního zákona č. 140/1961 Sb.)
- **Trestní řád č. 141/1961 Sb.**, v platném znění, § 351–353, který upravuje způsob nařízení OL, změny z ambulantní na ústavní formu, změnu na zabezpečovací detenci, upuštění od OL a ukončení OL.
- **Vyhláška ministerstva spravedlnosti č. 37/1992 Sb.**, o jednacím řádu pro okresní a krajské soudy, v platném znění, upravuje mimo jiné, jakým způsobem předseda senátu vyzývá pacienta k nástupu OL; příloha č. 9 této vyhlášky uvádí přehled spádových území psychiatrických léčeben pro přijímání dospělých nemocných, včetně přijímání do ochranného léčení psychiatrického a sexuologického, dle bydliště nebo pobytu pacienta.

Mezi základní evropské dokumenty k ochraně společnosti před alkoholismem řadíme:

- Evropská charta o alkoholu
- European Union Strategy on Alcohol
- Evropský akční plán o alkoholu.

Tyto dokumenty se zejména zaměřují na právo lidí žít v takovém prostředí, kde budou chráněni před negativními dopady užívání alkoholu, právo informovanosti o následcích užívání alkoholu. Důležitým bodem je zejména ochrana dětí a mládeže, dostupnost péče a léčby pro ohrožené skupiny lidí. Omezení dostupnosti alkoholu, prevence v rodině, škole, prevence v médiích spolu s preventivními aktivitami.

3. Současná situace u nařízené ochranné výchovy

„Ochranná opatření řadí trestní zákon mezi prostředky, které slouží k dosažení účelu trestního zákona, a to vedle pohrůžek tresty, ukládání trestů včetně výkonu trestu odnětí svobody.“ (Černíková, V., s. 156)

Ochranná opatření představují zvláštní právní následek trestného činu za účelem ochrany společnosti před případnými útoky na její zájmy, tedy zájmy chráněné trestním zákonem – ochranu společnosti.

Ukládáním a výkonem ochranných opatření je zejména prevence. Hlavními funkcemi ochranného opatření je funkce léčebná, terapeutická, výchovná a zabezpečovací.

Ochranné léčení je ukládáno i vedle trestu odnětí svobody či při upuštění od potrestání. (§ 99 odst. 3 TrZ) Ochranné léčení lze uložit i mladistvému, a to v případě, že není trestně odpovědný pro nepřičetnost a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný. U osob, které se dopustily ve stavu vyvolaném duševní poruchou (osoby se schizofrenií, schlo-afektivní psychózou, se specifickou poruchou osobnosti atd.) lze uložit fakultativně ochranné léčení vedle jakéhokoli trestu, a to za podmínky, že je tato osoba nebezpečná na svobodě. Je vysoce pravděpodobné, že nepřičetná osoba, která spáchala čin jinak trestný, spáchá znovu závažnější útok na zájmy chráněné trestním zákoníkem, a to pod vlivem duševní choroby. Tuto okolnost posuzuje znalec z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie, o tom, zda duševní porucha je takového rázu, že pobyt nepřičetné osoby na svobodě je i pro budoucnost v uvedeném smyslu nebezpečný.

Ochranné léčení je realizováno v psychiatrických léčebnách a ambulancích. V České republice neexistuje specializovaný ústav, který se zabývá výkonem ochranného léčení. Ochranné léčení nařizuje soud u ambulantního nebo lůžkového zdravotnického zařízení. Ambulantní léčení je možné u všech forem ochranného léčení. Ochranné léčení se nařizuje na dobu nezbytně dlouhou dle účelu léčby. Ambulantní ochrannou léčbu nařizuje příslušný soud podle místa bydliště či pracoviště léčené osoby.

Změnu ambulantního léčení na ústavní léčení lze realizovat na základě zdůvodněného návrhu podaného soudu a to z důvodu nesplnění účelu léčení, nedodržení léčebného postupu léčenou osobou atd. Na základě doporučení komise primářů může být ústavní léčba převedena na léčbu ambulantní. Návrh musí být opět podán a odůvodněn soudu. Ochrannou léčbu je možné ukončit i z důvodu, že nelze dosáhnout jejího účelu. Důvodem pro toto rozhodnutí jsou například organické změny psychiky, kdy nemocný není schopen účastnit se léčebně preventivního programu. (Venglářová, M., Babiaková, M., 2006)

Mezi druhy ochranného léčení řadíme léčbu psychiatrickou, sexuologickou, protialkoholní, protitoxikomanickou nebo kombinaci zmíněných druhů. Při nařízení ochranné léčby je nutné posuzovat, zda se osoba dopouštěla opakovaně proti svému okolí protiprávního jednání.

Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích v letech 2004–2008 využilo celkem 874 osob a celková kapacita byla 517 míst/lůžek. Odsouzení k výkonu trestu odnětí svobody jsou ve většině případů lidé bez motivace k léčení a spolupráci, kladou odpor. Odsouzený a klient v jedné osobě může být propuštěn do ambulantní léčby nebo mu může být ukončena ochranná léčba. Od ochranného léčení může být upuštěno v případě, že pominou důvody, které vedly k jeho nařízení.

Ochrannou léčbou nařízenou při trestu odnětí svobody v roce 2004 prošlo celkem 550 odsouzených, z toho 190 osob v protialkoholním léčení, 161 osob v protitoxikomanickém léčení a 199 v ostatní léčbě. V roce 2005 došlo k mírnému nárůstu osob v ochranné léčbě na 575 osob. V roce 2006 prošlo ochrannou léčbou 605 osob, tedy o 5,2 % více než v roce 2005. V letech 2007–2008 docházelo k postupnému snížení nařízené ochranné léčby. Protialkoholní léčbou prošlo 217 osob v roce 2008, protitoxikomanickou léčbou 162 osob v roce 2008, ostatní léčbou 201 osob v roce 2008.

Statistické údaje z Ministerstva zdravotnictví ČR k ochranné léčbě protialkoholní, protitoxikomanické a ostatní nejsou veřejně nikde zpřístupněny.

3.1 Léčba

Základním předpokladem úspěšné léčby je náhled pacienta a jeho motivace k léčbě, kterou lze úspěšně absolvovat pouze s aktivní účastí pacienta. Účinná léčba důsledků spojených s užíváním návykových látek je léčbou založenou na tzv. mezioborovém přístupu. Prvotním vyšetření a zhodnocení stavu pacienta označujeme jako „matching“. Jde o přiřazení pacienta ke vhodnému a jeho potřebám odpovídajícímu programu. Program musí odpovídat charakteru potíží pacienta a jeho specifičnosti. (Kučerová, H., 2006)

Psychiatrickou péči zajišťovalo v roce 2009 celkem 31 psychiatrických oddělení nemocnic s 1 383 lůžky, 17 psychiatrických léčeben pro dospělé s 9 027 lůžky a 3 psychiatrické léčebny pro děti s 260 lůžky. V roce 2009 bylo zaznamenáno celkem 10 026 hospitalizací se základní diagnózou poruchy duševní a poruchy způsobené užíváním alkoholu (dg. F10). Pacienti s diagnózou F10 tvořili skoro dvě třetiny všech hospitalizací pro poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (dg. F10 – F19). Tři čtvrtiny hospitalizací v souvislosti s dg. F10 byly vykázány z psychiatrických léčeben. *„Od roku 2006 dochází k postupnému snižování celkového počtu hospitalizací na poruchy vyvolané alkoholem a také v roce 2009 se snížil jejich počet, a to o více než 3 %. Na tomto poklesu se stejnou měrou podíleli muži i ženy (3,2 % resp. 3,4 %). Muži představovali více než 68 % z celkového počtu hospitalizací s touto základní diagnózou. Téměř 56 % hospitalizací s diagnózou F10 se týkalo pacientů ve věku od 40 do 59 let a více než 81 % pacientů ve věku 30–59 let. Více než 8 % bylo u pacientů ve věkové skupině 20–29 let a pacientů starších 60 let se s touto diagnózou léčilo 10 %. Byli hospitalizováni dva dětští pacienti ve*

věku 0-15 let a 84 mladistvých pacientů ve věku 15–19 let.“ (Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010, s. 1–3)

Podle závazného nařízení MZ je povinností psychiatrického zařízení vykazovat, zda poskytuje služby i pro ochranné léčení a do jaké míry se jim věnuje. Tyto údaje jsou sledovány v ročních intervalech.

Délka průměrné ošetrovací doby u pacientů s dg F10, tedy dg pro kterou byli pacienti nejčastěji hospitalizováni, činí 50,3 dne. (Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010)

4. Návykové chování a poruchy

Psychoaktivní látku diagnostikuje na základě dat sdělených samotným klientem, objektivní analýzou vzorku moči, krve atd. Diagnóza poruchy má být klasifikována podle nejdůležitější nebo jediné užívané látky/třídy látek. (MKN 10. revize)

4.1 Syndrom závislosti

Závislost diagnostikuje v případě, pokud během posledního roku došlo k minimálně třem a více z následujících skutečností:

- 1) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- 2) Potíže při kontrole v užívání látky;
- 3) Somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky;
- 4) Průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky pro dosažení účinků původně vyvolaných nižšími dávkami;
- 5) Postupné zanedbávání jiných zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky;
- 6) Pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Lůžkovou péči pro uživatele návykových látek zajišťují psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické léčebny pro dospělé a pro děti. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu patří k nejčastějším příčinám hospitalizace na psychiatrii. Počet hospitalizací žen vzrostl od roku 1963 více než 17krát, ze 188 hospitalizovaných žen (r. 1963) na 3288 hospitalizovaných žen.

Akutní intoxikace alkoholem se projeví jako prostá opilost. Při nižších dávkách působí alkohol stimulačně. „Dochází k psychomotorické excitaci s elací nálady, mnohmluvností, zvýšenému sebevědomí, posléze se objevuje snížení sebekritičnosti a zábran, agresivita. V nezbytných případech (např. brachiální agrese ze strany opilého pacienta), a není-li možná pacifikace pouhým fyzickým omezením opilého, lze použít ke zklidnění jinak kontraindikovaná neuroleptika (haloperidol) ve formě intramuskulární injekce.“ (Kalina, K., 2008, s. 146) Těžká intoxikace alkoholem ohrožuje život pacienta. Je nutná hospitalizace s kontinuálním monitorováním vitálních funkcí.

Závažné poruchy kognitivních funkcí u abúzu alkoholu představují zejména amnestický Korsakovský syndrom a prostou alkoholovou demenci. (Fišar, Z., 2009)

4.2 Terapie cravingu

Terapie cravingu je součástí preventivní léčebné strategie (prevence relapsu). Cílem této terapie je minimalizovat riziko relapsu u závislého pacienta. Prokazatelný efekt při snaze farmakologicky ovlivnit (snížit, potlačit) craving u pacientů závislých na alkoholu, kteří nejsou depresivní, byl dosažen dvěma různými typy látek. Jde o acaptosat a lék s účinnou látkou naltrexon. Naltrexon je používán pro udržení abstinence u pacientů závislých na opioidech. S efektem lze naltrexon použít i u pacientů závislých na alkoholu.

4.3 Senzalizace

Senzalizace je empiricky podložená farmakoterapie spočívající v podávání preparátů zvyšujících vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu. Po požití alkoholu následuje u pacienta výrazná vegetativní

reakce organismu projevující se zvýšením, respektive kolísáním krevního tlaku, tachykardií, zrudnutím v obličeji, bolestí hlavy, nauzeou, zvracením atd. Příčinou této reakce je metabolická blokáda.

Antabus inhibuje dehydrogenázu alkoholu, čímž dochází k nadměrné tvorbě acetaldehydu. Zvýšená hladina acetaldehydu způsobuje nepříjemné účinky. Tato léčba vyžaduje silnou motivaci a spolupráci pacienta. Může docházet k závažným reakcím na antabus. Léčba závislosti na alkoholu disulfiramem je z těchto důvodů používána méně často než v minulosti.

4.4 Odvykací stav

Alkoholový odvykací stav se objevuje u osob s anamnézou dlouhodobého a intenzivního abúzu alkoholu. Dochází k němu během několika hodin až dní po ukončení konzumace alkoholu. Maximální intenzita příznaků se většinou projeví druhý den po vysazení alkoholu. Odvykací stav může být komplikován křečemi, případně epileptiformními záchvaty, může také progredovat do alkoholového odvykacího stavu s deliriem. Delirium tremens je závažný, život ohrožující stav s relativně vysokou mortalitou.

Detoxifikace

Detoxifikace představuje korekci poruch elektrolytové rovnováhy, dostatečnou hydrataci a farmakoterapii, při které se provádí substituční léčba na principu zkřížené tolerance užívaných farmak s alkoholem.

4.5 Korsakovův syndrom

Korsakovův syndrom (Korsakovova psychóza, F04) je prezentován jako závažná porucha kognitivních funkcí u abúzu alkoholu. Vyznačuje se poruchou konsolidační fáze paměti, tedy klinicky porušenou vstřípivostí

paměti. Postižení nejsou schopni zapamatovat si nové paměťové obsahy, z toho vychází amnestická dezorientace. Paměťové výpadky nahrazují konfabulacemi, jsou apatičtí. Právě u nich bývá zjišťován výrazný noradrenergní deficit (včetně úbytku metabolitu noradrenalinu MHPG v likvoru), což se klinicky projevuje sníženou pozorností. Prostá alkoholová demence se klinicky podobá Alzheimerově chorobě, je narušena osobnost postižených. Je možná určitá reverzibilita za podmínek dlouhodobé abstinence, ale záleží na celé řadě faktorů. (Fišar, Z., 2009)

4.6 Alkoholová demence

Nejčastěji vyskytující se toxická demence u alkoholiků. Odhaduje se, že touto formou demence trpí až 1/10 osob závislých na alkoholu. *„Neurotoxický efekt alkoholu vede k atrofii mozku, k úbytku šedé hmoty mozkové, k numerické atrofii neuronů mozečku a prefrontálního kortexu, ke snížení počtu synapsí. Velmi raritní je nekróza corpus callosum.“* (Fišar, 2009, s. 330) Alkoholové demence vznikají u dlouhodobého zneužívání alkoholu. Na vzniku této formy demence se spolupodílí řada faktorů jako například nedostatečný příjem kalorií, bílkovin, některých vitamínů, choroby jater, ledvin atd. Alkoholová demence připomíná Alzheimerovu chorobu. Tuto demenci lze při dodržování abstinence částečně upravit.

4.7 Delirium tremens

Delirium tremens je život ohrožující stav, který vyžaduje intenzivní léčbu vysokými dávkami clomethiazolu nebo benzodiazepinů, saturaci tekutin parenterálně, důsledné sledování vnitřního prostředí, léčbu přidružených komplikací a často i omezení pacienta. Nekomplikované delirium tremens je možné odléčit i v rámci psychiatrie, stavy komplikované (např. somatickým stavem či traumatem hlavy) patří na jednotku intenzivní péče v nemocnici s účastí psychiatra jako konziliáře.

Delirium tremens poprvé popsal Pearson a pojmenoval Sutton v roce 1813. Roku 1961 rozdělil Johnson alkoholový abstinenční syndrom do tří stadií dle závažnosti jeho vyjádření:

1. Abstinenční syndrom po vysazení alkoholu: craving, nespavost, vnitřní neklid, úzkost, tachykardie, třes, pocení, hyperreflexie, dráždivost, poruchy koncentrace;
2. Nedelirantní syndrom: navíc nauzea, zvracení, ataxie, dysartrie, bludné vnímání;
3. Delirium tremens: zastřené vědomí, dezorientace, paranoidní domněnky, těžká psychomotorická agitace, halucinace vizuální, taktilní, někdy sluchové, inkohrentní myšlení, zvýšená sugestibilita, dysforie či euforie, těžké vegetativní reakce.

Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen „MKN“) 10. revize označuje delirium tremens jako silný odvykací stav komplikovaný kvalitativní poruchou vědomí, kognitivních funkcí a narušením osobnosti. Odvykací stav nastává po úplném vysazení alkoholu či snížení dávek po jeho předchozím opakovaném užívání. Typickými znaky odvykacího stavu jsou pocení, nauzea, zvracení, tachykardie, halucinace, křeče typu „grand mal“. Pro stanovení diagnózy sledujeme u pacienta zejména, má-li zastřené vědomí, zhorší se bezprostřední i krátkodobá paměť, je dezorientován v čase, místě nebo osobou, trpí psychomotorickými poruchami se střídáním hyperaktivity a hypoaktivity.

Delirium tremens se zpravidla objeví do 48–72 hodin po přerušení nebo podstatné redukci příjmu alkoholu, ale může propuknout i 7–10 dní po přerušení konzumace alkoholu.

4.7.1 Terapie u deliria tremens

Léčba deliria tremens spočívá v tlumení neklidu, mírnění odvykacích příznaků, podpůrné interní léčbě a cílené terapii event. komplikací. Při léčbě

deliria tremens je velmi často nutné použití omezovacích prostředků, čehož se někdy nepsychiatrické obory obávají a pacienti tak končí v psychiatrické léčebně. Omezení bývá nezbytné jednak kvůli ochraně samotného pacienta, aby se nezranil bezcílnou hyperaktivitou, jednak kvůli aplikaci infuzní léčby. Při použití omezovacích prostředků je potřeba vždy definovat důvod užití, zaznamenat dobu počátku i konce omezení, ponechávat je pouze po nezbytně nutnou dobu a kontrolovat vitální funkce, tělesný i duševní stav, provádět prevenci dekubitů a po odeznění neklidu omezení ukončit. Po odléčení každého deliria tremens by měla následovat komplexní odvykací léčba závislosti na alkoholu.

Při deliriu je pacient ohrožen:

- Úrazy při pádu nebo epileptickém záchvatu;
- Infekčními komplikacemi;
- Krvácením do trávicího traktu;
- Jaterním selháním;
- Poruchami elektrolytového hospodářství;
- Dekompenzací diabetu;
- Respiračním nebo oběhovým selháním;
- Edémem mozku.

Delirium tremens silně zatěžuje jak pacienta, tak i personál, je tedy vhodné tomuto stavu předcházet a pátrat v anamnéze pacienta a při laboratorních testech po abúzu alkoholu. Zaměřit se na rizikové pacienty a včasné zahájit léčbu při rozvíjejícím se odvykacím stavu.

4.8 Terapie akutní intoxikace a chronického alkoholismu

Stupeň opilosti lze určit jednak dle klinických příznaků a také podle rozboru krve. Fyziologická koncentrace se pohybuje v rozmezí 0,03 až 0,1 promile. Hodnoty od 0,3 promile výše již indikují požití alkoholu. Akutní

otrava alkoholem nastává při 3 a více promile. Na průběh akutní intoxikace má vliv jednak způsob pití – kolik, co a jak dlouho a pak dále také celkový tělesný a duševní stav jednotlivce. Léčbu v těchto případech vyžadují somnolentní a komatózní pacienti – je třeba u nich zajistit dýchání, krevní oběh a termoregulaci a předejít aspiraci zvratků. Při hypoglykémii se podává roztok glukózy, při dehydrataci zase roztok elektrolytů. Hemodialýzu resp. hemoperfúzi lze provést při letálních koncentracích alkoholu v krvi. V případě, že je potřeba potlačit při lehčích formách opilosti agresivitu, podává se intravenózně (i.v.) léčivo clomethazol, látka se sedativními účinky. Avšak je tu nebezpečí útlumu dechového centra, proto je nutný monitoring jedince.

4.9 Terapie chronického alkoholismu

Po zhruba 8 hodinách se u fyzicky závislých osob na alkoholu dostavuje **syndrom odnětí alkoholu**. Počáteční fáze je definována třesem, úzkostí, nespavostí, nauzeou, pocením. Po jednom až dvou dnech se tyto účinky postupně zeslabují, místo nich může u některých alkoholiků nastoupit delirium tremens (zmatenost, halucinace, agitovanost) a tonicko-klonická konvulze.

Pro akutní fázi abstinčního syndromu se používají benzodiazepiny, které zabraňují příznakům z odnětí. Používají se dlouhodobě působící benzodiazepiny per os (p.o.) v těžších případech i.v. Jedná se například o diazepam, chlórdiazepoxid, clorazepát. U alkoholiků s poškozením funkce jater lze použít oxazepam a to už důvodu, že vytváří aktivní metabolity. Dalšími léčivy mohou být dále pak clonidin (α_2 – adrenergní agonista) a propranolol (neselektivní β blokátor). Při léčbě deliria tremens se vedle zklidnění doporučuje suplementace thiaminem.

Hlavním smyslem léčby závislostí na alkoholu je dosažení trvalé abstinence. Musí být zajištěna komplexní odvykací léčba, a to tedy

farmakoterapie, režimová léčba s psychoterapií. Pokud se jedná o farmakoterapii, podávané látky musí navodit podmíněný reflex, při kterém je požívání alkoholu spojeno s velmi nepříjemnými zážitky, zvláště pak se zvracením. U ambulantních pacientů se někdy podává inhibitor aldehyddehydrogenasy disulfiram (Antabus tbl.). V kombinaci s již malým množstvím alkoholu (10–20 g) se během velmi krátké doby objeví první účinky acetaldehydové toxicity – zrudnutí, bolest hlavy, nauzea a vomitus, hypotenze, pocení, tachykardie. Disulfiram se pomalu eliminuje a jeho účinky přetrvávají několik dnů po poslední dávce.

V dnešní době je léčba u chronického alkoholismu zaměřená na tzv. craving (bažení). Hledají se možnosti, jak farmakologicky ovlivnit neurotransmiterové systémy mozku, a tak žádostivost po alkoholu snížit (tzv. anti craving effect). K tomuto účelu se v 90. letech začal používat naltrexon, kompetitivní antagonist opioidních receptorů. I když přesný mechanismus jeho účinku není znám, blokuje uvolnění dopaminu vyvolaného ethanolem. Snižuje touhu po alkoholu a oddaluje relaps u dočasně vyléčených alkoholiků.

Další látkou je acamprosát (calcium homotaurinát). Zvyšuje inhibiční transmissi GABAergního systému, který je chronickým užíváním alkoholu oslaben. Tlumí excitační působení glutamátu, asi především přes receptory NMDA, a rovněž působí na vápníkové kanály.

Probíhající studie naznačují, že naltrexon spíše reguluje sebekontrolu při pití alkoholu, kdežto acamprosát vede k dosažení a udržení abstinence. Léčba oběma látkami je komplexní a je dlouhodobá (doporučuje se 1 rok). Anticravingové účinky má podle některých zpráv i dlouhodobá léčba antidepressivy typu SSRI (např. flouxetin, citalopram) a dále se testují antagonisté serotoninových receptorů (5-HT_{1A}, 5-HT_{2A} a 5-HT_{3A}). (Lincová, D., Farghali, H., 2001)

4.10 Sociální reintegrace

Klienti psychiatrických zařízení žijí v mnoha případech zcela osamoceně. Nemají pevnou síť sociálních vazeb, která by jim poskytla pevnou oporu a podporu. Nejdůležitějším je rozvíjet sociální dovednosti jednotlivých klientů a zpátky se zařadit do společnosti.

4.11 Krátká intervence

Postupy, které jsou používány při krátké intervenci, zahrnují doporučení přestat užívat návykovou látku, předání svépomocné příručky, spolupráci s rodinou, posilování motivace, sebemonitorování, krizovou pomoc na lince důvěry a dlouhodobé sledování.

Příkladem pro krátkou intervenci u škodlivého užívání tabáku je metoda **4A:**

Ask (zeptej se) – znamená zeptat se každého nového pacienta, zda je kuřák, a při každé další návštěvě se zeptat, zda už přestal kouřit.

Advice (porad') – poradit těm, kteří kouří, aby přestali. Blahopřát těm, kteří nekouří, nebo přestali.

Assist (pomáhej) – poskytnout návod, jak postupovat a doporučit náhradní terapii nikotinem.

Arrange (plánuj kontroly) – poskytnout psychologickou podporu a dosažitelnost pro pacienta. Za optimální dobu sledování se považuje 3–6 měsíců.

5. Alkoholismus

5.1 Účinnost ochranné léčby

Efektivita ochranného léčení je zkoumána řadu let. Stát si musí ověřovat význam a úspěšnost ochranné léčby. Ochranná léčba představuje pouze možnost k nasměrování pacienta k vyléčení. Jde o vytvoření vnitřní motivace u pacienta. Terapeuti mají za úkol porozumět osobním problémům pacienta a nalezení motivace k léčbě a setrvání v abstinenci. Nejdůležitějším momentem je aktivní spolupráce pacienta. Nařízená ochranná léčba je tedy pouze pomocné opatření pro pacienta. Donucení je tedy jakýmsi prvotním krokem, který zabezpečuje povinný kontakt pacienta s terapeutem. Prostředkem pro donucení pacientů k nástupu k ochranné léčbě je ustanovení TrZ. Pacient, který maří účel ochranné léčby, bude dle zákona potrestán odnětím svobody až na šest měsíců nebo peněžitým trestem.

5.2 Determinanty efektivity ochranné léčby

Mezi faktory, které významně ovlivňují efektivní léčbu, patří zejména včasný začátek léčby, individualizovaný přístup k pacientovi, motivace a další. Důležitým krokem k včasnému léčení je krátká intervence. Pacient musí změnit celý svůj životní styl. Terapeuti se při ochranné léčbě musí pokusit přesvědčit pacienta, že i přes to, že mu byla nařízena ochranná léčba, je možné tuto nedobrovolnou léčbu pozitivně obrátit v pacientův prospěch a změnit jeho motivaci k léčbě.

Mezi základní faktory ovlivňující úspěšnost a průběh ochranné léčby patří:

- a) vůle a ochota spolupráce pacienta,
- b) osoba terapeuta,

c) typ léčebného programu.

5.3 Systém léčby v České republice

Léčbu v České republice zajišťují AT poradny, které nabízejí svým klientům ambulantní léčbu. Klient dochází 2–3 x týdně na pohovor k ošetřujícímu lékaři. Ambulantní léčbu lze pojmout i formou denního stacionáře. Klient dochází do zařízení v pracovní dny a podstupuje skupinové terapie a individuální pohovory s terapeutem. Další formou léčby představuje ústavní léčba. Pacient žije v chráněném prostředí léčebny. Účastní se terapií, konzultací a aktivit.

Ústavní léčba může být:

- krátkodobá – cca 2 měsíce
- střednědobá – cca 6 měsíců
- dlouhodobá – cca do 1 roku.

Při stanovení délky ústavní léčby se přihlíží k těmto kritériím:

- stav při přijetí (čím horší, tím delší léčba),
- životní situaci (čím horší, tím delší léčba),
- délku předchozí abstinence a trvání recidivy,
- duševní i tělesnou kondici,
- schopnost využívat možností ambulantního léčení.

Doléčování

Klient po absolvování léčby by měl pro zdárné pokračování v abstinenci využívat služby doléčování. Jde například o konzultace s terapeutem, farmakoterapii atd.

5.4 Systém protialkoholní péče

Státní zdravotnické zařízení a svépomocné organizace

Protialkoholní péči zajišťují psychiatrické kliniky, psychiatrická oddělení Vazebních věznic, psychiatrické léčebny. Psychiatrické kliniky se zaměřují zejména na ambulantní péči o pacienty. Ochrannou léčbu zabezpečují Věznice Opava a Heřmanice. Věznice Heřmanice se specializuje na vězně s ochrannou protialkoholní léčbou. Odsouzení s trestem odnětí svobody delším než 1 rok nastupují výkon trestu do Věznice Heřmanice. V případě, že odsouzený nastoupí do jiné věznice, je po zjištění, že má nařízenou ochrannou protialkoholní léčbu, přemístěn do Věznice Heřmanice.

Mezi svépomocná zařízení patří například:

Anonymní alkoholici - seznam svépomocných skupin AA v ČR

KLUS - klub lidí usilujících o střízlivost

Modrý kříž - svépomocné skupiny motivované křesťanským posláním

Anonymní narkomani - svépomocné skupiny v Praze a Brně

Anonymní hráči

Terapeutické komunity v ČR - pro dlouhodobou léčbu závislosti na drogách.

5.5 Vzorce užívání alkoholu u žen a mužů

Evropské výzkumy potvrzují tvrzení, že muži užívají alkohol častěji než ženy. Rozdíly užívání jsou dány biologickými a psychologickými faktory. Ženy bývají při užití stejného množství alkoholu více intoxikovány než muži. Toto lze vysvětlit pomocí rozdílu v aktivitě enzymu alkoholdehydrogenázy v žaludeční tkáni, který rozkládá alkohol ještě před tím, než se dostane do krevního oběhu. Enzym je 4krát méně aktivní u žen než u mužů. Stigmatizace u žen je připisována slabosti, dále tím, že na ženu jsou kladeny vyšší morální nároky než na muže a díky nadměrné konzumaci

alkoholu daleko více upadají v nemilost v porovnání s muži. Vyšší stigmatizace u žen vede k větším pocitům viny a hanby u uživatelů. Vlivem vyšší ekonomické nezávislosti se postupně ženy přibližují ke vzorci užívání mužů. Ženy, které mají typická povolání, pijí méně než ženy, které jsou v mužských rolích v pracovním poměru. Ženy začínají pít později než muži, začátek nadměrného užívání je spojen se stresovou situací.

5.6 Užívání alkoholu u seniorů

Zneužívání nadměrného užívání je velmi často opomíjeno u skupiny seniorů. Ve většině případů se všichni zaměřují na zneužívání návykových látek u dospívajících jedinců. Nadměrné užívání alkoholu u seniorů často nebývá rozpoznáno a diagnostikováno. Senioři projevují zvýšené užívání ve formě zmatenosti, deprese, somatické poruchy. Odborníci pocítují nebezpečí nadměrného užívání alkoholu u seniorů z důvodu stárnutí populace.

Osoby, které celý život zneužívají alkohol a osoby, které začaly zneužívat ve velké míře alkohol až ve stáří, pijí potají a doma, což prohlubuje jejich samotu a sociální nerovnováhu. Často se u nich projevují vážná onemocnění a deprese.

5.7 Psychiatrické léčebny

Psychiatrické léčebny v České republice

- Praha – Praha-Bohnice (zřízena 1904)
- střední Čechy – Kosmonosy (zřízena 1869)
- západní Čechy – Dobřany (zřízena 1880)
- jižní Čechy – Lnáře (zřízena 1965)
- severní Čechy – Horní Bečkovice (zřízena 1891), Petrohrad (zřízena 1952)

- východní Čechy – Havlíčkův Brod (zřízena 1928)
- jižní Morava – Brno-Černovice (zřízena 1863), Jihlava (zřízena 1902)
- střední Morava – Šternberk (zřízena 1892), Kroměříž (zřízena 1909)
- severní Morava a Slezsko – Opava (zřízena 1889)

Dětské psychiatrické léčebny:

- Opařany (zřízena 1889, pro děti od 1924)
- Louny (zřízena 1961)
- Velká Bíteš (zřízena 1965)

Protialkoholní léčebny:

- Bílá Voda (zřízena 1954)
- Červený Dvůr (zřízena 1966)

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Dotazníkové šetření

Cílem dotazníkového šetření je zjistit informace o osobách, které zneužívaly návykové látky a v současné době jsou v péči psychiatrického zařízení. Dále také informace týkající se hlubšího zkoumání, např. četnost užívání alkoholu, tabáku, omamných a psychotropních látek, důvod pro toto užívání, abstinence, léčení dotazovaného klienta, nařízená ochranná léčba a další souvislosti. Z tohoto důvodu je nejefektivnější využití kvantitativního výzkumu.

6.1 Metodologie šetření

6.1.1 Průzkumné metody

Průzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou. Jako metodu průzkumného šetření jsem zvolila kazuistiku a dotazníkové šetření. Kazuistika představuje posuzování jednotlivého případu. Dotazníkové šetření představuje kvantitativní metodu šetření. Dotazník slouží ke zjišťování informací v populaci či i v menší skupině osob. Na jejich základě dochází k vyhodnocování určitých skutečností (názorů, postojů, preferencí) a orientaci dalších kroků.

6.1.2 Charakteristika průzkumného souboru

Souborem respondentů průzkumného souboru jsou jedinci, kteří jsou klienty psychiatrického zařízení. Věkové rozmezí průzkumného souboru respondentů se pohybuje od 41 let do 60+ let.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 50 klientů psychiatrického zařízení v průběhu měsíců listopad 2011 až leden 2012. Z uvedeného počtu se jednalo o 32 mužů a 18 žen.

6.1.3 Stanovení hypotéz

Pro účely dotazníkové šetření jsem si vytyčila tyto hypotézy:

H1: Žádný z pacientů se nepokoušel léčit se.

H2: Více než polovina pacientů již podstoupila ochrannou léčbu.

H3: Více než polovina dotazovaných abstinovala více než 1 rok.

V dotazníkovém šetření jsem se zaměřila na tyto okruhy: věk prvního užití tabáku, alkoholu, omamných a psychotropních látek, jejich četnost užívání, doba pravidelného užívání (v letech) a druhy zneužívané látky. Dále jsem se zajímala o důvod pro užívání návykové látky, souvislosti s užíváním těchto látek ve vztahu k zákonu, délka případné abstinence, otázka léčby a ochranného léčení.

7. Shrnutí výsledků, evaluace hypotéz, doporučení pro praxi

Užívání tabáku

ŽENY

Ve většině případů bylo označeno klientkou, že kouří tabák. Věk prvního užití tabáku se průměrně pohybuje kolem 16 roku věku. Při četnosti užívání tabáku se většina klientek shoduje při současném dennodenním užití na množství cca 30 cigaret denně. Klienti užívají cigarety přibližně od dětství. Průměrně klientky kouří 29 let. Všech 16 klientek kouří denně, 2 klientky nekouří.

MUŽI

Oproti ženám – klientkám užívá tabák 28 mužů – klientů z celkových 32 dotazovaných. Průměrný věk prvního užití tabáku je 15 let. Celkem 26 klientů kouří denně a po jednom uživateli méně než 3x týdně a více než 3x týdně. Přibližný průměrný počet let, po který kouří naši klienti, je 34. Každý den v průměru klienti vykouří 35 cigaret.

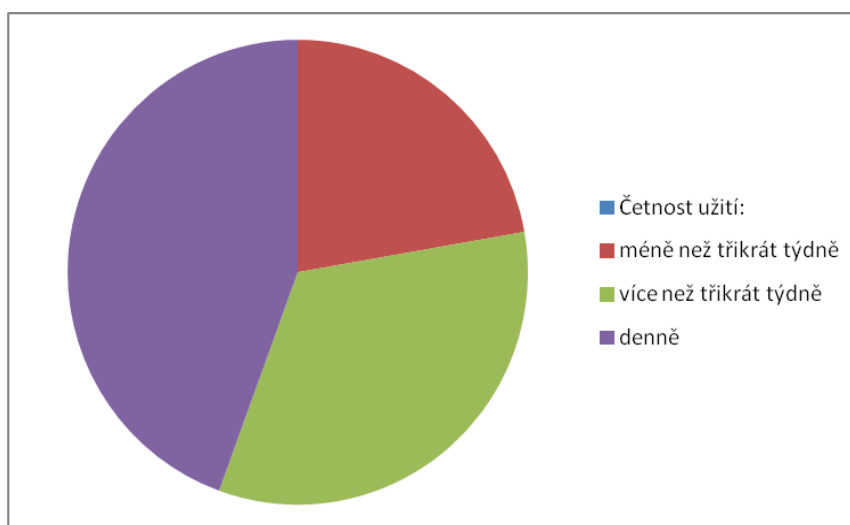
Užívání alkoholu

ŽENY

První setkání s alkoholem přichází u klientek již v raném věku, tedy kolem 12. roku věku. Všechny 18 klientek požívá alkohol.

Četnost užití alkoholu - ženy

Graf č. 1: ŽENY - UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU



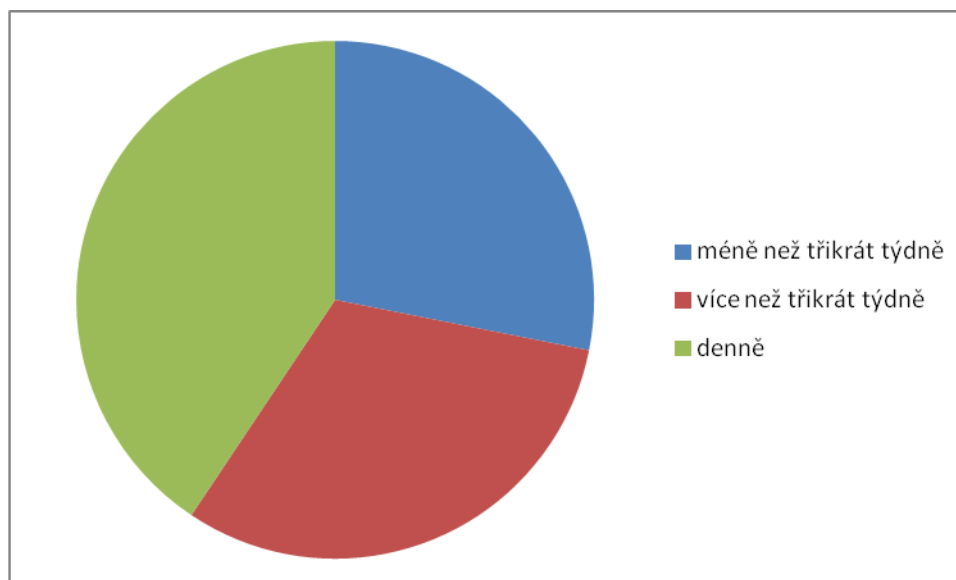
Méně než 3x týdně užívá alkohol 4 klientky, 6 klientek užívá alkohol více než třikrát týdně. Denně požívá alkohol 8 klientek. Průměrně užívají klientky alkohol 28 let.

MUŽI

Průměrný věk, kdy se klient poprvé napil alkoholu je 12 let. Při četnosti užití klienti uvádí: 9 klientů méně než 3x týdně, 10 klientů více než 3x týdně a 13 klientů denně. Průměrná doba užívání je 31 let.

Četnost užití alkoholu - muži

Graf č. 2: MUŽI – UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU



Užívání omamných a psychotropních látek

ŽENY

Pouze 2 klientky odpověděly, že užívají omamné a psychotropní látky. Průměrná doba prvního užití drogy je 28 let. Jedna klientka užívá drogy méně než 3x týdně. Druhá z klientek užívá drogu více než 3x týdně. Průměrná doba pravidelného užívání je 8 let. Mezi druhy omamných a psychotropních látek řadí hypnotika a různé léky. Množství látek za den neví – podle účinku látky.

MUŽI

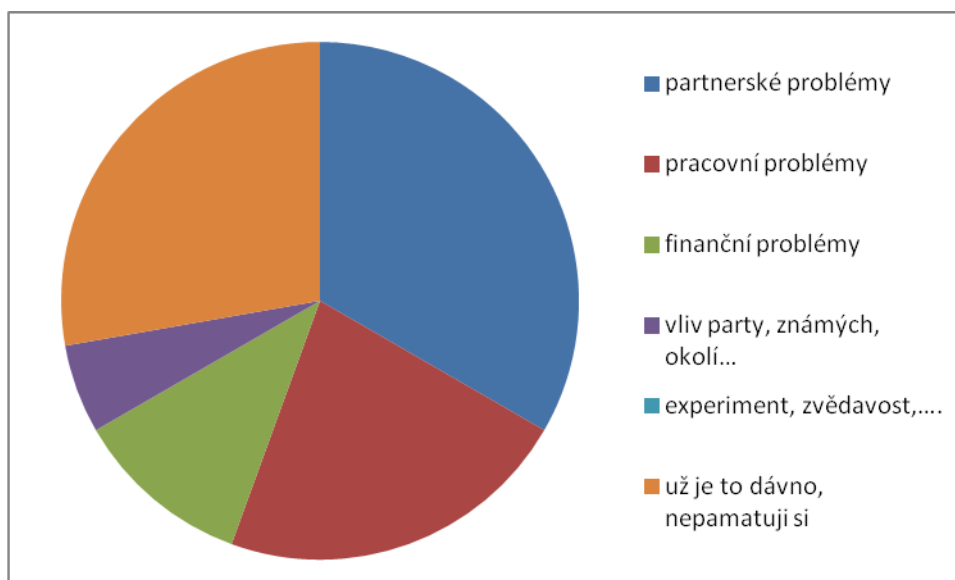
Drogu poprvé klienti užívali v průměru ve 25 let. Celkem drogu vyzkoušeli 3 klienti. Doba pravidelného užívání u klientů je 16 let. Mezi zneužívanými látkami je pervitin a léky. 2 klienti užívali drogu více než 3x týdně.

Důvod užívání alkoholu nebo drog

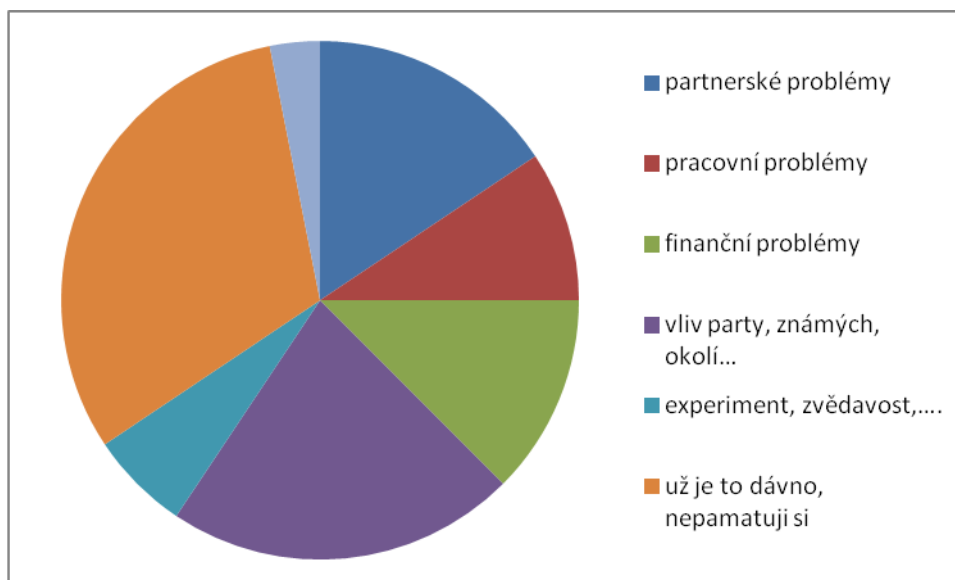
ŽENY

6 žen uvedlo jako důvod užívání alkoholu nebo drog partnerské problémy, 4 klientky pracovní problémy, finanční problémy 2 klientky, experiment či zvědavost žádná z klientek a nevzpomenutí si na situaci 5 klientek.

Graf č. 3: ŽENY - DŮVODY PRO ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYK. LÁTEK



Graf č. 4: MUŽI – DŮVODY PRO ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYK. LÁTEK



Mezi nejvíce volené důvody patří, že si klient nepamatuje důvod – 10 klientů, dále vliv party, známých – 7 klientů, 5 klientů vidí důvodem partnerské problémy. Jeden klient uvedl nemoc. Mezi další důvody patří experimentování – 2 klienti, finanční problémy – 4 klienti.

Problémy se zákonem v souvislosti s užíváním alkoholu

ŽENY

Celkem 6 klientek mělo problémy se zákonem v souvislosti s užíváním alkoholu. 4 klientky řešily svůj konflikt v rámci přestupkového řízení, 2 klientkám byl nařízen podmíněný trest.

MUŽI

Mezi muži bylo s 9 klienty řešeno přestupkové řízení v souvislosti se zneužíváním návykových látek. 5 klientů dostalo podmíněný trest a jeden klient byl odsouzen na 18 měsíců nepodmíněně.

Opakovanost v léčbě

ŽENY

Celkem 5 klientek se pokoušelo léčit, 9 klientek již 3x a 4 klientky prozatím ne. Klientky ve většině případů řešily léčbu ambulantně nebo v rámci krátkodobé léčby (tj. do 3 měsíců).

MUŽI

Na otázku léčení návykových látek odpovědělo 6 klientů, že ano. 15 klientů se pokusilo v průměru 4x opakovaně léčit a 11 klientů se v minulosti nepokusilo léčit. 4 klienti se léčili ambulantně, krátkodobý pobyt (do 3 měsíců) zvolilo 15 klientů a 2 klienti využili střednědobý pobyt (do 6 měsíců).

Ochranná léčba

ŽENY

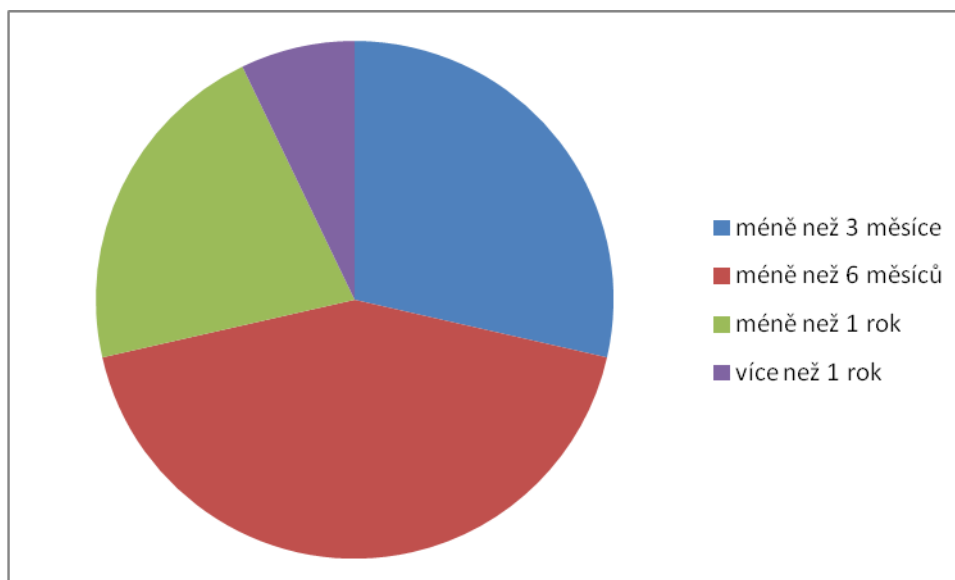
2 klientkám byla nařízena ochranná léčba v rámci trestního řízení.

MUŽI

Celkem 6 klientům byla nařízena ochranná léčba.

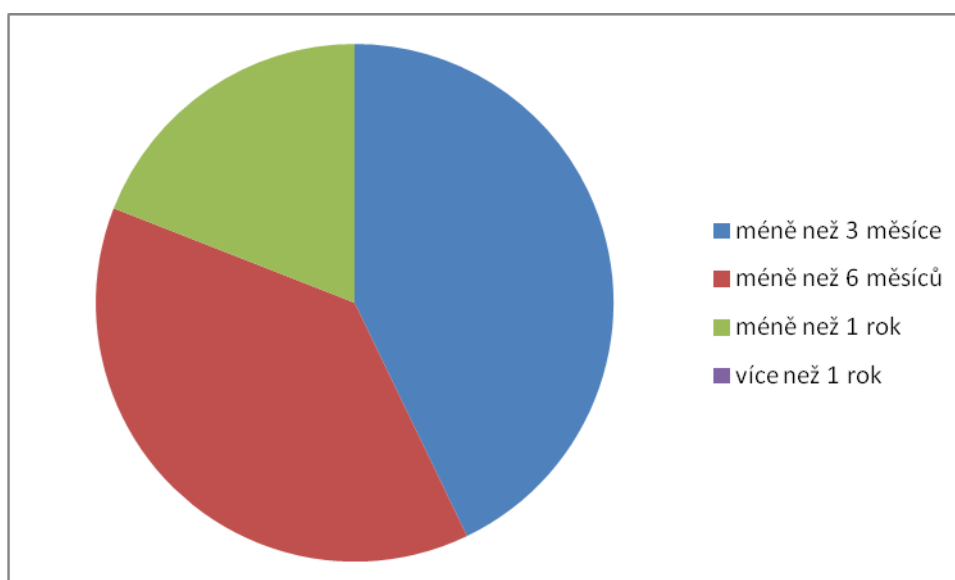
Abstinence po léčení

Graf č. 5: ŽENY - ABSTINENCE



Abstinovat méně než 3 měsíce vydržely 4 klientky. Méně než 6 měsíců 6 klientek a 3 klientky vydržely méně než rok abstinovat. Pouze jedna klientka vydržela abstinovat více než 1 rok.

Graf č. 6: MUŽI - ABSTINENCE



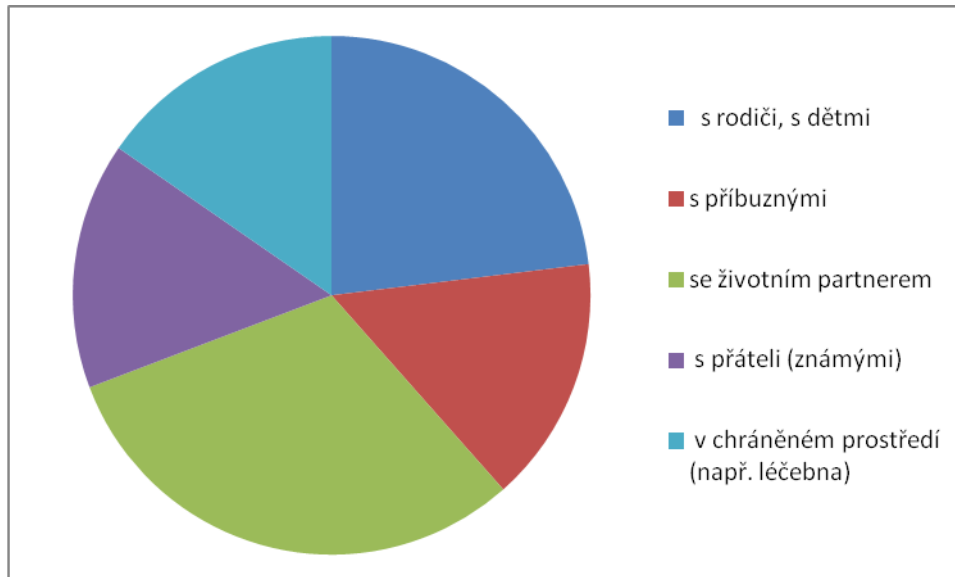
Abstinovat méně než 3 měsíce vydrželo 9 klientů. Méně než 6 měsíců 8 klientů a 4 klienti vydrželi méně než rok abstinovat.

ŽENY

Průměrný věk dotazovaných klientek je 58 let. 5 klientek je vdaných, 3 žijí odloučeně od manžela, 8 je rozvedeno, 2 nikdy nebyly vdány. 16 klientek je příjemcem invalidního nebo starobního důchodu. 2 klientky si příležitostně vydělávají. Dále 16 klientek je odkázáno na sociální dávky a 2 klientky nemají dostatečný příjem.

3 klientky žijí se svými rodiči, nebo dětmi, 2 klientky uvedly své příbuzné, 4 životního partnera, 2 s přáteli (známými) a 2 klientky žijí v chráněném bydlení (např. léčebna) a 4 klientky bydlí samy.

Graf č. 7: ŽENY - BYDLENÍ



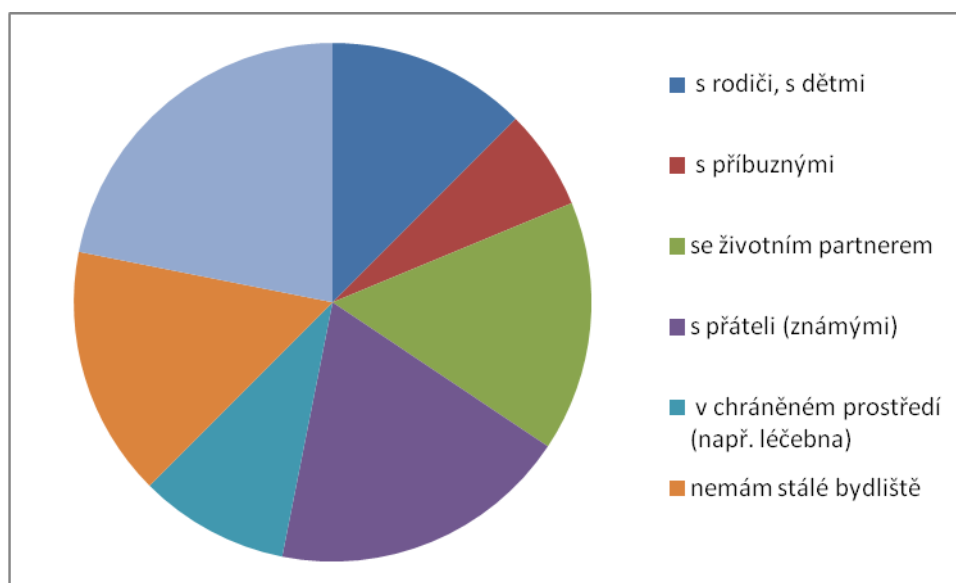
MUŽI

Průměrný věk dotazovaných klientů je 62 let. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 32 klientů. 5 klientů je ženatých, 6 klientů žije odloučeně od trvalého partnera, 12 klientů je rozvedených a 9 klientů nikdy nebylo ženatých.

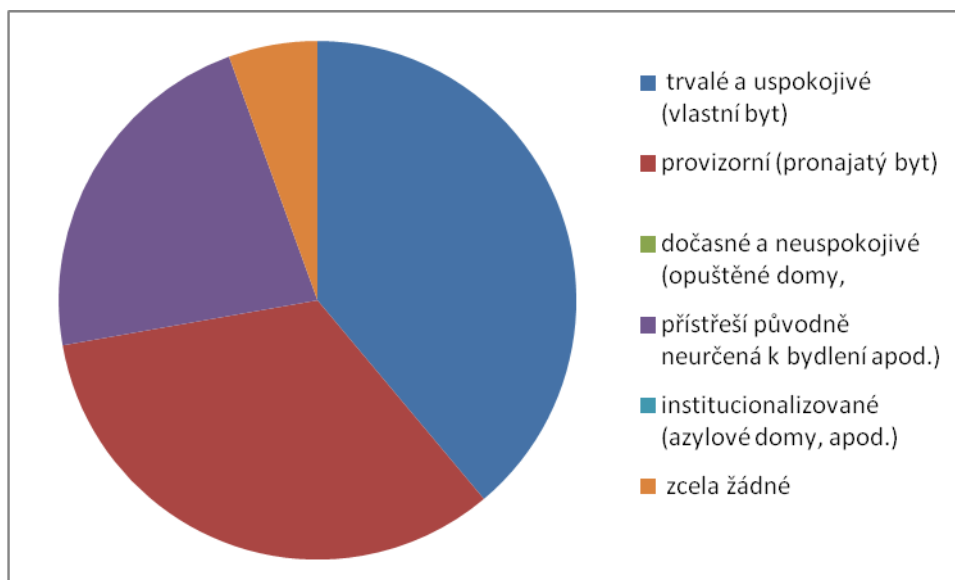
Z celkového počtu 32 dotazovaných klientů žijí s rodiči 4, 2 klienti s příbuznými, 5 klientů se životním partnerem, 6 klientů s přáteli, 3 klienti v chráněném prostředí, 5 klientů nemá stálé bydliště a 7 klientů samo.

27 klientů je odkázáno na invalidní a starobní důchod, 3 klienti nemají žádné zaměstnání a 2 klienti pouze příležitostně pracují. Finanční situace u těchto klientů je následující: 27 klientů je odkázáno na sociální dávky, 2 klienti mají nedostatečný vlastní výdělek a 3 klienti nemají žádný vlastní příjem.

Graf č. 8: MUŽI - BYDLENÍ

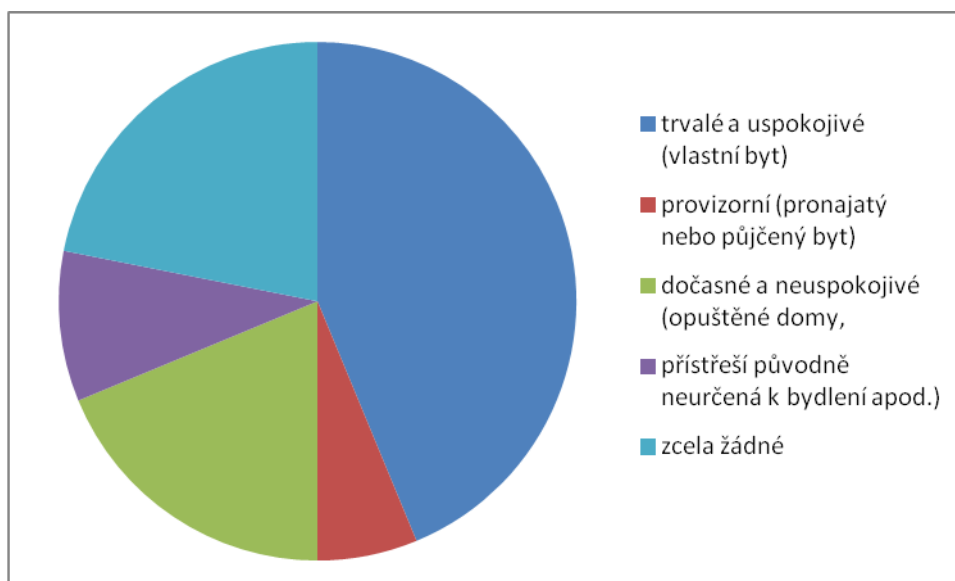


Graf č. 9: ŽENY – TRVALÉ BYDLIŠTĚ



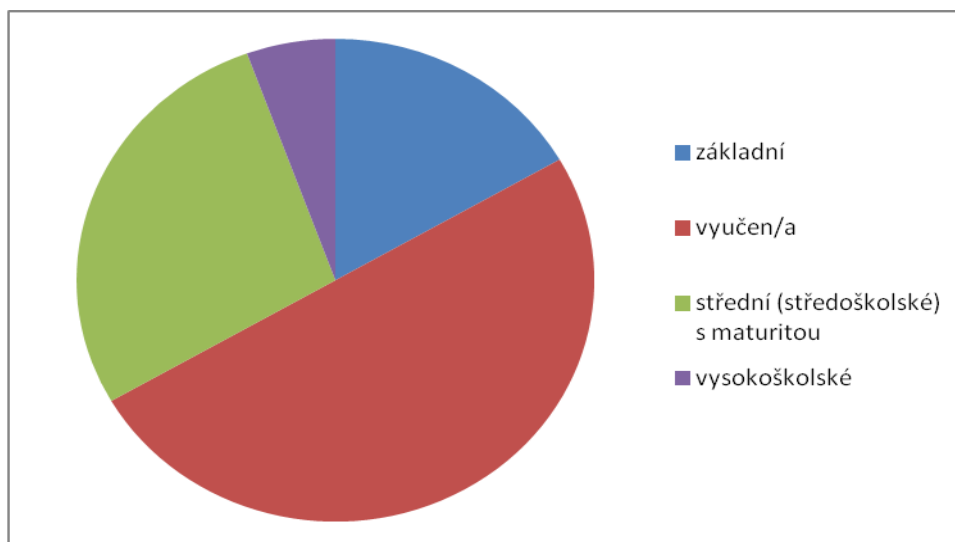
Trvalé a uspokojivé bydlení má 7 dotazovaných klientek, v provizorním bytě bydlí 6 klientek, 1 klientka nemá zcela žádné trvalé bydliště a 4 klientky mají dočasné a neuspokojivé bydlení.

Graf č. 10: MUŽI – TRVALÉ BYDLIŠTĚ



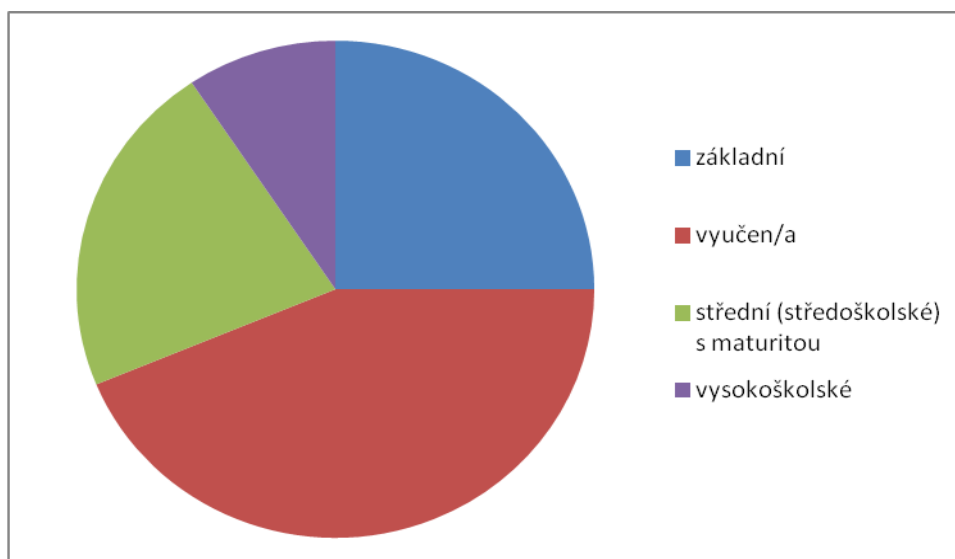
14 klientů tj. téměř polovina všech dotazovaných mužů má vlastní byt, 7 klientů zcela žádné bydlení, 3 klienti žijí v institucionalizovaném bydlení, 2 klienti v provizorním bytě a dosačné a neuspokojivé bydlení má 6 klientů.

Graf č. 11: ŽENY – VZDĚLÁNÍ



Polovina dotazovaných klientek je vyučena, 3 klientky mají základní školu, 5 klientek vystudovalo střední školu s maturitou a 1 klientka vystudovala vysokou školu.

Graf č. 12: MUŽI - VZDĚLÁNÍ



Téměř polovina dotazovaných klientů je vyučena, 8 klientů má pouze základní školu, 7 klientů absolvovalo střední školu s maturitou a 3 klienti vystudovali vysokou školu.

Vyhodnocení hypotéz

H1: Žádný z pacientů se nepokoušel léčit se.

Stanovená hypotéza se nepotvrdila ani nevyvrátila.

H2: Více než polovina pacientů již podstoupila ochrannou léčbu.

Stanovenou hypotézu jsem nepotvrdila ani nevyvrátila.

H3: Více než polovina dotazovaných abstinovala více než 1 rok.

Stanovenou hypotézu jsem nepotvrdila.

7. 1 Kazuistiky

Komplexní psychiatrické vyšetření z června až prosince 2004

Paní J. K. přijatá do Sanatoria dne 10. 7. 2002 pro demenci alkoholového původu.

ANAMNESTICKÉ ÚDAJE – doplnění (podrobnosti viz příjmové vyšetření)

RA: pokud vědí, nikdo takhle nechlastal a nikdo se psychiatricky neléčil;

OA: viz NO + diagnózy

NO referenčně dle synů D. (25 let) a M. (23 let): S pitím začala již na SŠ kolem roku 1970, dělala SPŠCH, tam si dělali denaturovaný líh, pila vlastně pořád. Později se vdala, měla 2 děti, pít nepřestala, do hospod nechodila, pila doma, ale to oni si nepamatují, byli ještě malí. V roce 1989 se rozvedla, táta se rozvedl, nevydržel to. Po rozvodu se to s ní ještě zhoršilo, to byla

poslední kapka, snášela to špatně, po rozvodu jí děda nacházel lahve ve svetrech, šlo to s ní dolu, byla k nevydržení. Pořád dětem něco vyčítala. Pití pro ni bylo něco jako baterky, pila lahev denně, nepřiznávala nic, až potom, když jí řekli, že by se měla léčit, prostě fungovala s lahví v kabelce. Její život kolem roku 1994 – chození do práce, starání se o děti, 2–3 kamarádky, život žádný. Asi do roku 1996, ty poslední roky to nešlo vydržet, pořád pracovala jako chemička, i přes to pití pro ni byla práce priorita, v roce 1997 si našla vedlejší pracovní poměr jako hlídačka, aby mohla pít. V roce 2000 onemocněla se žaludkem. Dostala svoje první delirium, tak jí odvezli do Bohnic, byla tam $\frac{3}{4}$ roku, pak šla domů, měla PID, měsíc vydržela nepít, poté znovu začala, byla další rok a $\frac{1}{4}$ doma. Ze začátku fungovala, po roce nemohla, ztratila se i v Praze, sice si našla práci u Vietnamců, ale hned první den tam ukradla kabelku, žebřala cigarety, brala peníze. Ani doma již nevládala, hygienu, nákupy, vaření. Koupila třeba plnou ledničku salátu s majonézou, smetany, nakousla jeden, poté jí to bylo líto vyhodit, tak to tam hnulo. Usnula při vaření. Kouřila i 3 krabičky denně, koukala se na TV, i když byla vypnutá, stačily jí ty odlesky světla. Hubla, neměla o nic zájem, měla ráda psa, ale nestarala se o něj. Pití schovávala, měla ho třeba za vázičkou, tak jí ho vyndali a řekli, ať to neschovává, že vědí, že pije. To pak začala brečet, řekla děkuju a za 10 minut je zase schovala. V únoru 2002 zase krvácet do žaludku, dostala druhé delirium, řekli, že na odvykací léčbu to již není, že ji nevládne, i tak ji tam měli 5 měsíců. Mezitím sháněli na sociálce, co s ní mají dělat, dozvěděli se o 3 státních zařízeních a o dalších soukromých. V červenci 2002 ji zbavili svéprávnosti. Opatrovníkem se stal starší syn, a dali ji sem. Má bráchu na Proseku, občas sem zajde. Jaro 2004 – zajímají jí jenom cigarety, když sem přijdou, řeknou jí, že dali karton cigaret na vrátnici, ale ona je snad ani neposlouchá. Něco jí vyprávějí, ale ona se ptá, jestli jí přivezli cigarety. A na procházce po Škvorci sbírá vajgly, nemohou tomu zabránit, tak ji raději nechávají.

NO dle pacientky z června 2004: tady to je dům pro nemocné. Je tu proto, že měla potíže s alkoholem. Pila asi rok, asi 3 piva denně, ale nepila pivo, ale rum, takže asi 3 velké panáky denně. Pití na ni nemělo nijaký vliv,

neměla potíže ani v práci, ani doma, ani v manželství, to se rozpadlo kvůli sexu. Dostala se do Bohnic, ale proč, to tedy neví, ani ji nic nenapadá, asi náhodou. Byla tam celkem jednou. Z Bohnic šla sem, proč to neví, chce jít domů. Nechce bydlet sama, ale nejraději se syny, synové chtějí, aby byla doma, chtějí se o ni starat. Těm by prala a vařila. Kromě toho by se ještě starala o svého pejska, chodila by s ním 3 – 4x denně ven, to by měla o zábavu postaráno. Dále by se dívala na TV. Do práce by nechodila, i když měla 2 úvazky, pracovala na místě VŠ v té chemii a pak dělala SEK – dispečer ekonomie. Žila by z důchodu. Neví, proč synové o ní říkají, že by to nešlo.

Tady se jí celkem líbí, kamarádi se s paní A. a paní B., s tou víc. Má lásku s panem C., ale jenom jako přátelé. Kdyby si měla vybrat, tak by na pokoji chtěla raději TV než pana C. A raději TV nežli lahev alkoholu. Pane doktore, pusťte mě dom, já už nikdy nebudu pít, to přísahám na smrt svých synů, a to už je u milující matky svých synů co říct.

Dle pacientky z prosince 2004: Kluci si ji chtějí vzít domů, vyměnili své dva byty za barák, tak by byla domácí paní. Za poslední půl rok se změnilo jen to, že si řekla, že už nebude nikdy pít. Začala pracovat v kadeřnictví, a strašně jí to tam baví. Je kamarádkou s panem C. do Bohnic se dostala kvůli pití – ale nedělali tam s ní nic. Zda to tam mělo pro ni nějaký význam? (mlčí). Ale já už nebudu nikdy pít, pochopte to, nikdy.

NO referenčně od ergoterapie a SZP v Topasu: stále se jen ptá: „kolikátého je dnes ...“ nebo „co je dneska za den“, „je dneska středa?“ a takto pořád dokola. Jediné co ji zajímá, je TV. Za poslední půl roku je snad trochu nervóznější – vzdorovitější, když se nedostane na cigaretu nebo není hned po jejím. Jakoby si začíná určovat svoje pravidla. Ale jinak je zase hodná, úslužná, sama sice nic od sebe neudělá, musí se jí to říct, ale pak si dá říct. Ona je šikovná a za krabičku cigaret by třeba uklidila i celý dům. Jen někdy se jí už klepou ruce. Nejspokojenější je ale večer na pokoji – ona tam má TV a chybí jí už jen to cigáro...

OBJEKTIVNĚ: lucidní, orientovaná všemi kvalitami jen částečně, spolupracuje, PSMT v širší normě, emočně plochá, normoforická,

spokojená, bez agresivity, bez suicidálních tendencí, poruchy vnímání či myšlení neexplodují, osobnost depravovaná alkoholem, neobstojí v sociálních situacích (hygiena, jídlo), alkoholická závislost typu gamma dle Jellineka ve 4. – terminálním stadiu s důsledky ve většině oblastí (zdraví, soc. status), porucha paměti (vštipivosti a výbavnosti) zjevná, pacientka naprosto bez náhledu na závažnosti svého stavu; pacientka byla zbavena způsobilosti k právním úkonům, opatrovníkem syn D.

V SOUHRNU: 51letá pacientka na konci své pijácké kariéry, třetím rokem v sanatoriu od roku 2002. Bývalá chemička, rozvedená matka 2 dospělých synů, z nichž jeden jest jejím opatrovníkem. Dvakrát hospitalizována v PLB, poprvé pro delirium, podruhé po dalším ročním pití k odvykací léčbě, která však již byla shledána nemožnou pro intelektovou deterioraci. S četnými somatickými důsledky svého pití (viz diagnózy). V letních měsících r. 2004 zde byla přešetřována pro potíže s polykáním, které subjektivně negovala, a ani vyšetření na ORL a neurologii neobjevilo nic pozoruhodného.

DIAGNÓZY:

F 10.73 alkoholová demence mírného až středního stupně

F 10.21 závislost na alkoholu typu gamma dle Jellineka ve 4. – terminálním stadiu s důsledky ve většině oblastí, tč. abstinuje ve chráněném prostředí

F 17.24 závislost na nikotinu

VSTUPNÍ PSYCHIATRICKÉ VYŠETŘENÍ

Paní V. J. byla přijata do Sanatoria Topas, do části se sociálními lůžky, pro nesoběstačnost a nesamostatnost. Příčinou těchto je základní postižení demencí nejspíše alkoholového typu. Byla přijata dne 12. 01. 2011 překladem z PL Bohnice, kde pobývala asi čtvrt roku, ke dlouhodobému pobytu. Přibyla s doprovodem manžela. S sebou lékařská a sesterská překladová zpráva z PL Bohnice.

ANAMNÉZA dle dokumentace a dle pacientky:

RA: bez nápadností

OA: viz přehled diagnóz níže

PsychA: v ambulantní léčbě u doc. Jiráka od ledna 2010, kde dg. DAT

GA: 1 porod, stp. HYE 2000, t.č. bez potíží

PA: VŠ, režisérka ČT v asi do roku 1995, později SD

SA: vdaná

TA: exfumátor asi od roku 2000, předtím asi krabička na den; alkohol postupně narůstající abúsus, od společenského pití k trvalejšímu, které přerostlo v závislost, viz NO; občas hypnotika

AA: negativní

Z dokumentace:

MMSE při přijetí do PL Bohnice ... při propouštění: 18 ... 24 bodů

NO dle dokumentace pacientky: méně validní, je někde ve špitálu, manžel ji sem odložil, vzápětí toto bagatelizuje jako vtip, je generál, s manželem je dlouho, každý chvíli tahá pilku, je zdravá, po připomenutí připouští kardiologickou léčbu v ÚVN, pití neguje, o tom, odkud přišla, raději nemluvit, neví, kdy manžela viděla naposledy, neví, jaké je datum ani na kterém místě je ...

NO dle referencí od manžela: Po dobu zaměstnání pila jen převážně společensky. Asi v roce 1995 přestala aktivně pracovat. Středobodem jejího světa se stal on, manžel. Vnímá pití, ale nepřikládá mu důležitost. Další

změny pozoroval po operaci v roce 2000, to se vše ještě prohloubilo. Původně si myslel, že je to narkózou, nyní to ale vypadá, že už tenkrát prodělala absták při hospitalizaci. Tou dobou si i on uvědomil, že ona je jako Dr. Jekyll a Mr. Hyde, že má dvě tváře. Byl doma, cítil, že něco není v pořádku, ale nevěděl co, nevěděl proč. Zlom pak nastal v roce 2004. Začala pít více. Manželku nikdy s alkoholem neviděl, ale věděl, že když si šla koupit rohlíky, přišla jiná... jak nakládal s penězi, to neví přesně, všiml si ale neudržovaného šatníku. Odcházela z domu, nezavírala dveře... Další pokles energie – postupem času rapidně klesal její zájem o údržbu bytu, o osobní hygienu. Nacházel doma skrýše na lahve (naposledy v pekáči v troubě), a to nejen víno, jako v počátku, ale čím dál více i tvrdého alkoholu. Ustal sex. V létě roku 2010 již pozoroval halucinace a bludy, ještě v PLB, popisovala neexistující lidi, situace. Objevila se inkontinence. Neustále jej obtěžovala telefonáty se sebevražednými ideacemi. Konečně v září 2010 mu volali do práce, že spadla ze schodů a rozbila si hlavu – dostala se na chirurgii Nemocnice na Františku, poté na Detv do PL Bohnice, o týden později na gerontopsychiatrické oddělení. Tam dezorientace, v noci opakovaně delirantní stavy, během hospitalizace vymizely, celkově se zlepšila, a to až ke schopnosti základní sebepečce. Nyní v lednu 2011, se dostala sem, do Sanatoria Topas ve Škvorci.

Objektivně: SPP: lucidní, klidná, v minulosti alkoholová deliria a odvykací stavy, upravená, verbální kontakt navozuje ochotně, orientovaná osobou a situací, jinak ne, PSMT v normě, pozornost udrží, odpovědi přiléhavé, ale s náznakem konfabulace ohledně pití či otázek, na které neví odpovědi, myšlení bez psychotických projevů nyní, nálada přiměřená, úzkost není, poruchy kognitivních funkcí zjevné zejména v novopaměti, náhled na pití žádný, t.č. bez agresivity či suicidálních tendencí, pacientka přijímá potravu per os, kontinentní, v minulosti stavy inkontinence, mobilní o jedné holi
SPS: celkově: střední postavy, upravená, hydratovaná, neikterická, bez známků čerstvého úrazu či febrilního onemocnění, hlava nebolestivá, rr. symetrické výbavné, jazyk nepovleklý středem, krk bez nápadností, ŠŽ

nehmatám, hrdlo klidné, hrudník KP kompenzovaná, AS klidná, dýchání klidné, prsa bez patologických resistencí, břicho v nivěu, nebolestivé, jaterní oblouk nezvětšený, DK bez otoků či známek TEN, skolióza páteře.

SOUHRN A PLÁN: 77letá pacientka přijatá do Sanatoria Topas pro nesoběstačnost a nesamostatnost při základním postižení demencí smíšené etiologie (alkoholová+degenerativní+cévní), přičemž alkohol hrál rozhodující roli. Pila vždy, rozvoj excesivního pití v posledních letech po ukončení aktivního zaměstnání v roce 1995. Typické ženské pití (doma, +schovávání lahví). Zpočátku snad typ alfa, soudě podle TS ideací (což by, ale mohl být i důsledek pití, ověřit, kdy se objevily), později, po roce 2004 již jednoznačně nekontrolovatelný typ delta dle Jellineka, v němž se dopracovala až do IV. terminální fáze s deliriem a odvykacími příznaky při odnětí drogy. Důsledky ve všech oblastech života (psychický a tělesný stav, sociální status, kontakty...). K nám se pacientka dostala po pádu v září 2010 v opilosti s úrazem hlavy přes chirurgii NNF, Detv v PLB, gerontopsychiatrii v PLB. Zde pacientce nabídneme důslednou abstinenci, režimovou terapii, zaměstnání na ergoterapii. Medikaci ponecháme, adaptaci zvládneme BDZ, poté ponecháme na NL (melperon).

DG:

F 10.74 Demence smíšeného typu (alkoholová+degenerativní+cévní)

F 10.21 Závislost na alkoholu typu delta dle Jellineka ve IV. terminálním stadiu, s důsledky ve všech oblastech (tělesné i duševní zdraví, soc. vztahy); v současnosti abstínuje v chráněném prostředí

F 10.41 Delirantní stav bez křečí v anamnéze

PŘEKLADOVÁ ZPRÁVA:

Pan V. A. byl dlouhodobě hospitalizován v Sanatoriu Topas ve Škvorci ve dnech 05. 04. 2004 – 19. 12. 2007, se základní diagnózou nesamostatnosti při závislosti na alkoholu. Pacient je od roku 2000 nesvéprávný a opatrovníkem je jeho bratr Z. A. (kopii rozhodnutí přikládáme). Nyní jej předkládáme na protialkoholním oddělení PL HB k navození abstinence pro aktivní užívání alkoholu na našem otevřeném oddělení.

ANAMNÉZA:

RA: rodina bez psychické zátěže

OA: od mládí potíže se zády, má skoliózu páteře, v roce 1998 zjištěna TBC plicní infiltrativní, sputum na BK kultivačně pozitivní, dispenzarizován na Plicní klinice Kateřinská Praha 2, nyní chodí á 3 měsíce na kontroly na plicní ambulanci do Říčan k prim. Nykodymové

PSA: absolvoval 4letou SEŠ, pracoval jako zásobovač Spofa Kouřim, od roku 1975 v PID, měl i hospodu, rozvedený od roku 1990, otcem 26leté dcery

AA: nezjištěna, v KO+diff eozinofilie

TA: viz. NO

NO subjektivně: „Alkohol pije normálně, jako každý, nijak moc, ale brácha je svině a chtěl jeho prachy, proto jej zavřel do blázince, nemůže utéct, protože nemá způsobilost k právním úkonům, kdysi měl částečnou nesvéprávnost, když si zažádal o její zrušení, dostal nesvéprávnost úplnou, už brzo zhebne...“

NO: Pije rád pivo i tvrdý alkohol, vykouří průměrně 10–15 cigaret/den, od rozvodu opakované hospitalizace na psychiatrii vždy pro závislost na alkoholu, amnestický alkoholový syndrom. 3x hospitalizován v PL Havlíčkův Brod, 1x PL Dobřany. Bratrovi se podařilo umístit abstinujícího pacienta do našeho Sanatoria Topas, jsme otevřené gerontopsychiatrické pracoviště, pacient zde vypomáhal, zvláště v jídelně. Kromě nutného

dohledu na hygienu nebyly problémy. V poslední době nebyly nutné pravidelné léky, dieta nebyla nutná. Potřeby alkoholu se však nikdy nezřekl, od začátku pobytu zde se snažil k němu dostat, dařilo se mu odcházet bez našeho vědomí konzumu či místních pohostinství, kde směňoval vyžebvané cigarety za pivo (Měšťan 10° v Pet lahvích) či rum. Postupem času se staly tyto úniky častější a méně odhalitelné. Dne 13. 12. 07 pacientovi zabaven alkohol a peněžní hotovost, dne 18. 12. 07 přistižen s ukradenými ručníky a lůžkovinami, jak je na náměstí prodává. Vyhrožuje skokem z okna, bez tendence k realizaci. Pro neúnosnost pacientova pobytu na otevřeném oddělení jej nyní překládáme na uzavřené oddělení PL HB, překlad telefonicky domluven s MUDr. Mikolajem na 19. 12. 2007. Pacient zřejmě prodělá abstinenci syndrom. Od pobytu na protialkoholním oddělení očekáváme přerušeni maladaptivního chování a navození abstinence, edukace a terapie závislosti se nám jeví jako neúčinná a zbytečná, pacient je naprosto nekritický a veškeré předchozí léčby neměly žádného efektu. Po navození abstinence a úpravě chování pacienta převezeme zpět.

Objektivně: SPP: lucidní, verbální kontakt navozuje, spolupracuje, usměrnitelný, orientace osobou, situací, časem a místem úplná, PSMT normální, kognitivní funkce deteriorovány alkoholem, obsahově chudší myšlení, v anamnéze amnestický alkoholový syndrom, závislost na alkoholu v terminálním stádiu, bludy či halucinace během pobytu zde nezjištěny, nálada lehce depresivní, místy apatický, s tenzí, osobnost depravovaná v rámci alkoholismu, naprostá anosognosie a nekritičnost, racionalizace, pacient přijímá potravu per os, kontinentní, malhygienská, nesamostatný, siucidální proklamace bez tendence k realizaci, agresivita vůči personálu v anamnéze, zbaven způsobilosti k právním úkonům

SPS: celkově: vyšší postavy, hydratovaný, bez známek úrazu či febrilního onemocnění, pokožka čistá, hlava: poklepově nebol., zornice izo, reagují, krk: ŠŽ nehmatám, uzliny také ne, hrudník: KP kompenzovaný, AS pravidelná klidná, dýchání klidné, čisté, břicho: měkké, volně pohmatné,

TPT 0, končetiny: DK bez otoků či známek TEN, reflexy výbavné symetricky, stoj chůze stabilní, orientačně neurologicky bpn.

Z VYŠETŘENÍ:

LAB: 07. 04. 2004 .. 24. 01. 2005: BCH: bez nápadných změn., KO+diff: bez nápadných změn vyjma eozinofilie, močch+sed: bez zvláštností; serologie: HIV, neg., BWR neg.

psychologie: MMSE 07.04.2004 24 bodů, Clock Test 6/7 bodů, GDS 11 bodů

bakteriologie: výtěr nos+krk: 14. 04. 2006: běžná flóra, stolice kult. 17. 05. 2006: bez střevních patogenů

plicní: opakovaně á 3 měsíce na plicní ambulanci, kde opakovaně rtg negativní, sputum negativní, povolena výpomoc v kuchyni

DG:

F 10.73 Počínající alkoholická demence

F 10.24 Závislost na alkoholu, typ gamma, terminální stádium, s důsledky ve všech oblastech, aktuálně recidiva

F 10.6 Amnestický alkoholový syndrom v anamnéze

7.2 Doporučení pro praxi

Skoro devadesát procent léčících se alkoholiků prodělá minimálně jednu recidivu. Přibližně jedna třetina začne po léčení do cca jednoho roku znovu pít. Další třetina abstínuje až pět let a zbývající třetina déle než deset let.

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky každoročně vyhláší dotační řízení pro oblast primární, sekundární a terciární prevence. Každoročně se objem finančních prostředků snižuje a nestátní neziskové organizace jsou odkázány hledat dárce z řad firem i fyzických osob. V následujících letech se zaměřuje pozornost zejména na snižování zneužívání konopí.

Důležitou součástí léčby je její intenzita a obsah. Intenzivní terapeutická léčba s klientem pomáhá při řešení psychologických, vztahových a sociálních problémů a zejména k rychlejšímu dosažení léčebných cílů. Cílem léčby není jen abstinence, ale i psychosociální nezralost, nedostatečná motivace, craving a relaps a další. Pro nezbytné udržení léčebného procesu musíme provést následnou doléčovací péči.

Mezi důležité typy intervencí řadíme zejména sociální práci, pracovní rehabilitaci, domy na půli cesty, práci s rodinou klienta, volnočasové aktivity, psychoterapii a lékařskou péči.

Pro dg. syndromu alkoholové závislosti (F 10.2) je třeba jako u jiných látkových závislostí splňovat za poslední rok 3 a více ze 6-ti parametrů – silná touha, puzení po alkoholu (craving), potíže v kontrole užívání stran začátku a ukončení či množství alkoholu, tělesní odvykací stav (abstinenční syndrom), syndrom z odnětí alkoholu (F 10.3), vzrůst tolerance, postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch zneužívání alkoholu, pokračování v pití alkoholu přes jasný důkaz tělesných a nebo psychických škodlivých účinků.

Kauzální uzdravení (odstranění příčiny chorobného stavu) není možná. Je však možná uzdravení symptomatická (klinická) a sociální (při úspěšné abstinenci). Lehčí kognitivní deficity i lehké demence alkoholové etiologie se poměrně často při mnohaměsíční až několikaleté abstinenci klinicky zlepšují. Pomáhá k tomu kognitivní trénink. Ambulantní léčení bez ústavního je až na rarity insuficientní a jeho hlavní efekt tkví v napomáhání udržování nastolené abstinence (doléčování). Ambulance nemohou poskytnout spolehlivé údaje z důvodu zatajování údajů ze strany klienta – pacienta.

Vyšší efektivita (úspěšnost) léčby je ve vysokoprahových zařízeních. Nízkoprahová zařízení, která jsou dobře vedená, mohou mít úspěšnost cca 20–25 % do 1 roku, asi 15–20 % stran 3 let, a již nepříliš méně po 5 letech – cca 15 %. Delší léčby bývají efektivnější, ale neplatí tu prostá lineárnost.

Ochranná léčba je stejně jako např. zabránění věci formou ochranných opatření, které po spáchání trestného činu se dopustil jedinec v kauzální souvislosti s návykovými látkami vč. alkoholu či v duševní chorobě. Znalci jsou obligatorně dotazováni na ovládací a rozpoznávací schopnosti jedince ve vztahu ke spáchanému jinak trestnému činu. Od 1. 1. 2012 trvá ochranné léčení ústavní do 2 let. Soudem lze požádat o její prodloužení. Přibyl institut ústavní detence, která je v gesci rezortu spravedlnosti. Délka pobytu v detenčním ústavu není prozatím stanovena. Propuštění je možné pouze cestou přeměny na ochrannou léčbu ústavní v psychiatrickém zařízení. Pouze ve výjimečném případě těžkého podlomení zdraví (např. kóma) může soud propustit chovance do nemocniční péče v rezortu Ministerstva spravedlnosti. V případě nedostatečné péče v tomto rezortu lze i mimo něj.

ZÁVĚR

Konzumace a následná závislost na alkoholu a jiných omamných a psychotropních látkách patří v naší společnosti k nejčastějším problémům. Ve svém důsledku postihuje nejen osobnost závislého jedince, ale zasahuje především jeho rodinu a okolí. Alkoholismus způsobil rozpad již mnoha rodin a podle statistik patří do trojice důvodů, kvůli kterým se nejčastěji manželské páry rozvádějí. V širším měřítku však zasahuje celou společnost, neboť takovýto jedinec zpravidla nepracuje a stává se, v lepším případě, příjemcem sociálních dávek. Avšak ani tato pomoc státu často nestačí uspokojit jeho základní životní potřeby, o vytvořené závislosti pak nemůže být ani řeč. Velmi často tak dochází ze strany takového jedince k páchání protiprávního jednání se všemi důsledky s tím spojenými. Nelze však opomenout ani závažné zdravotní problémy, které se dříve či později projeví.

Problémy s alkoholem má v České republice zhruba 25 % mužů a 10 % žen. Odhady předních odborníků naznačují, že v dnešní době je v naší zemi přibližně 26 000 alkoholiků. Podle WHO je alkoholik definovaný jako člověk, jehož závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že mu to působí zřetelné poruchy a újmu ve společenských vztazích, ve společenské činnosti a na tělesném i duševním zdraví.

Samotná závislost se pak promítá jak v sociální oblasti, kde soukromý život jedince chátrá, tak i ve vlastní poruše osobnosti, kdy následkem poškození mozku dochází k psychickému kolapsu. Závislost fyzická se projevuje po odnětí alkoholu abstinenčními příznaky, psychická neustálým nutkáním pít a neschopností s alkoholem skončit. Alkoholik tedy strádá ve všech oblastech lidského žití a je na něm možno sledovat evidentní zhoršení zdravotního stavu i sociální propad.

Z tohoto pohledu je pak velkým nebezpečím užívání alkoholu a jiných drog zejména u těhotných žen. V prenatálním období vývoje plodu působí alkohol a drogy negativně na vývoj dítěte. Při dlouhodobém užívání se projevuje fetální alkoholový syndrom, který způsobuje především to, že dítě

se rodí jako totálně podvyživené, slabé, droboučké a malé, v řadě případů s trvalým růstovým zpožděním, hyperaktivitou, nižším intelektem či poruchami chování.

Terapeutická práce s člověkem závislým na alkoholu je složitá. Většina závislých jedinců, především alkoholiků, si svůj stav není ochotna veřejně přiznat a přibližně polovina si ani sama před sebou nepřipouští svou závislost. V době minulé se ve většině případů jednalo o zpravidla o mužský alkoholismus. V posledních letech byl však zaznamenán znatelný nárůst ženského alkoholismu. Jako jeden z důvodů je možno spatřovat i to, že převážná část závislých žen se snaží svůj vztah k alkoholu utajit před svými blízkými, přáteli a okolím. Značnou práci dá již jen docílit u takového jedince sebekritického postoje, aby byl ochoten připustit, že má problém s alkoholem a potřebuje pomoc. Ve většině případů musí klient padnout až na samé dno, aby došlo ke změně jeho způsobu myšlení a byl ochotný se léčit. Musí to být však rozhodnutí jeho vlastní. Je zbytečné někoho nutit, počínaje rodinou a konče psychologem, k léčbě a terapiím, když on sám o ni nebude mít zájem a bude ji považovat za nepotřebnou. Pokud takový jedinec nevyhledá odbornou pomoc, stav často sklouzne do stadia, z kterého jej vysvobodí už pouze smrt.

Poslední dobou stojí v naší zemi závislost na alkoholu nezaslouženě na okraji pozornosti. Pro alkoholiky je málo poradenských center a ideální není ani současný počet specializovaných léčeben pro jedince postižené touto závislostí. Společnost jako by si neuvědomovala rovnítko mezi alkoholovými a jinými drogovými závislostmi. Konzumaci alkoholu a jiných drog se snaží stát ovlivnit především zákonnou úpravou, která stanovuje, co je legální a co nelegální. Je toto však dostatečným varováním pro společnost? Spíše se dá říci, že to, co je zákonem zakázáno, je naopak pro společnost lákavé. Denně se ze sdělovacích prostředků dovídáme o případech zneužívání alkoholických nápojů či různých druhů omamných a psychotropních látek nejen dospělými jedinci, ale stále častěji i nezletilými dětmi. Je možno se dočíst, jak se tyto party postupně přemísťují z restaurací, odkud jsou tzv.

vytlačovány represivními složkami, do přírody či soukromých prostor, kde již zpravidla nejsou nikým omezovány.

Pro společnost by bylo velice prospěšné přijmout zákonná opatření oddalující možnost požívání alkoholových nápojů do relativně bezpečného zralejšího věku, v němž je mozek proti toxicitě alkoholu více odolný. Náš protialkoholní zákon stanovuje tuto hranici na osmnáct let. Nebyl dodržován v minulosti a není dodržován ani teď. A troufám si říci, že ani v budoucnu dodržován nebude. Domnívám se však, že východiskem z této situace je především samotná prevence před těmito nežádoucími jevy. Z dotazníkového šetření, které jsem prováděla mezi klienty psychiatrického zařízení, jejichž věkové rozmezí se pohybovalo mezi 41 a více jak 65 lety, lze dovodit, že převážná část oslovených klientů se setkala s účinky tabákových produktů, ve věku kolem 15. až 16. roku svého života, tedy v období 60. až 80. let minulého století. U alkoholu dotazovaní uvádí dokonce první užití kolem 12. roku věku a u omamných a psychotropních látek kolem 25., u žen 28. roku věku. Jednalo se tedy o období, kdy samotná nabídka těchto produktů na oficiálním trhu byla poměrně omezená a v oblasti drogové scény téměř nulová v porovnání se situací, která nastala po roce 1989 v souvislosti se změnou politické situace a uvolněním poměrů v naší společnosti.

Mezi návykové látky však nepatří jen alkohol a kouření, ale rovněž léky a hlavně drogy. Se závislostí na lécích se setkáváme převážně u starších klientů a jde velmi často ruku v ruce se závislostí na alkoholu. Nejčastěji bývají nadužívány zejména o léky proti bolesti, léky na zklidnění, na spaní a další.

Setkání s drogami je často setkáním osudovým. Z tohoto pohledu se pak zdají být snahy o legalizaci tzv. měkkých drog, marihuany a hašiše, útokem proti zdravému rozumu. Jejich beztrestné volné vpuštění na trh by neodvratně vedlo k jejich neúnosnému rozšíření a závislosti velkého počtu mladých lidí na nich a později i k přechodu na tzv. tvrdé drogy. Prezentovaná údajná neškodnost měkkých drog je však jen pomyslná. Značné procento jejich konzumentů sice nepřejde na tvrdé drogy, ale stávají se na nich natolik závislými, že končí v invaliditě.

Jakákoliv závislost, zejména alkoholová, znamená již trvalé biologické změny mozku. Ani po řadě let abstinence není možné být znovu pouhým konzumentem. Závislost je již celoživotní, ale lze od ní úspěšně doživotně abstinovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky č. 48/2010.
2. BĚLÁČKOVÁ, V. *Trendy v užívání drog jak je odhalil rok 2010*.
Dostupné na WWW:
<<http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/78/2461/Trendy-v-uzivani-drog-jak-je-odhalil-rok-2010>>.
3. ČELEDOVÁ, L. ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
4. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha : Grada, 2010. ISBN : 978-80-247-1620-6.
5. FIŠAR, Z. a kolektiv. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha : Grada, 2009. ISBN : 978-80-247-2737-0.
6. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha : Tigis, s.r.o., 2002. ISBN : ISBN 82-900130-1-5.
7. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha : Grada, 2009. ISBN : 978-80-247-2454-6.
8. KALINA, K. a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada, 2008. ISBN : 978-80-247-1411-0.
9. KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha : Grada, 2006. ISBN : 80-247-1460-4.
10. LINCOVÁ, D., FARGHALI H. et al. *Základní a aplikovaná farmakologie*. Praha : Galén, 2001. ISBN : 978-80-7262-373-0.
11. MAHROVÁ, G. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada, 2008. ISBN : 978-80-247-2138-5.
12. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. „Zprávy“ č. 102, Psychiatrické centrum Praha, 1992.
13. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018*. RVKPP.

14. PECINOVSKÁ, O. *Neurologie pro praxi č. 5/2011*. Praha : SOLEN, 2011. ISSN : 1213-1814.
15. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha : Grada, 2006. ISBN : 978-80-247-1135-5.
16. PIDRMAN, V. *Demence*. Praha : Grada, 2007. ISBN : 978-80-247-1490-5.
17. PILCH, *Psychiatrie pro praxi č. 4/2011*. Praha : SOLEN, 2011. ISSN : 1213-0508.
18. ČERNÍKOVÁ, V. *Sociální ochrana : terciární prevence, její možnosti a limity*. Praha : Aleš Čeněk. ISBN : 978-80-738-0138-0.
19. ŠTEFAN, J., MACH, J. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha : Grada, 2005. ISBN : 80-247-0931-7.
20. Trestněprávní revue
21. VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada, 2006. ISBN : 80-247-1151-6.

ZÁKONNÉ NORMY

1. Zákon č. 167/1998 Sb.
2. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	Dotazník k bakalářské práci	I - V
Příloha B	Spotřeba alkoholu v roce 2003	VI
Příloha C	Struktura hospitalitací v lůžkových psychiatrických zařízeních podle užívané psychoaktivní látky	VII
Příloha D	Počet hospitalizací pacientů na poruchy způsobené užíváním jednotlivých návykových látek v psychiatrických lůžkových zařízeních podle kraje bydliště	VIII
Příloha E	Počet hospitalizací pro poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	IX
Příloha F	Využití léčebných lůžek v nápravně výchovných ústavech	X

Příloha A Dotazník k bakalářské práci

Pro svou bakalářskou práci provádím výzkum příčin požívání alkoholu a drog. Prosím Vás o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní, získaná data budou zpracována hromadně, jména nejsou důležitá pro mé výzkumné účely. Zvolenou odpověď zakroužkujte.

1) Užíváte návykové látky, pokud máte příležitost, nebo jste je v minulosti užíval/a?

A) **tabák** ANO - NE Pokud označíte kroužkem odpověď „ano“, uveďte:

V kolika letech jste začal/a kouřit? Uveďte zde: let

Četnost užití:

1/ méně než třikrát týdně *) zaškrtněte takto x , pokud „ano“

2/ více než třikrát týdně

3/ denně

Jak dlouho už kouříte? Uveďte přibližný počet let

Množství cigaret denně:

B) **alkohol** ANO - NE Pokud označíte kroužkem odpověď „ano“, uveďte:

V kolika letech jste se poprvé napil/a alkoholu? Uveďte zde: let

Četnost užití:

1/ méně než třikrát týdně

2/ více než třikrát týdně

3/ denně

Doba pravidelného užívání (v letech):

Druh alkoholu /množství za den: pivo / litrů

víno / dcl

destiláty / dcl

C) omamné a psychotropní látky ANO - NE

Pokud označíte kroužkem odpověď „ano“, uveďte:

V kolika letech jste se poprvé vzal/a drogu? Uveďte zde: let

Četnost užití:

1/ méně než třikrát týdně

2/ více než třikrát týdně

3/ denně

Doba pravidelného užívání (v letech):

Druh /množství za den: /

2) Důvod užívání alkoholu nebo drog:

a) partnerské problémy

b) pracovní problémy

c) finanční problémy

d) vliv party, známých, okolí...

e) experiment, zvědavost,...

f) už je to dávno, nepamatuji si

Co jiného Vás vedlo na počátku k požívání alkoholu nebo drog – napište to

podle svých zkušeností:

3) Měl/a jste v souvislosti s užíváním těchto látek problémy se zákonem?

ano - ne Pokud ano, jaké? (vyberte)

a) přestupkové řízení

b) probíhající trestní stíhání

c) podmíněný trest

d) nepodmíněný trest (počet trestů/měsíců celkem): /

4) Pokoušel/a jste se již v minulosti léčit?

- a) ano
- b) opakovaně - kolikrát:
- c) ne

5) O jaký typ léčby se jednalo?

- a) ambulantní léčba
- b) krátkodobý pobyt (do 3 měsíců)
- c) střednědobý pobyt (do 6 měsíců)
- d) dlouhodobý pobyt (nad 6 měsíců)

6) Byla Vám nařízena ochranná léčba?

ano - ne Pokud ano, doplňte důvod:

7) Jak dlouho jste abstinoval/a po léčení?

- a) méně než 3 měsíce
- b) méně než 6 měsíců
- c) méně než 1 rok
- d) více než 1 rok

8) Jste:

- a) muž
- b) žena

Uveďte svůj věk:

9) Rodinný stav:

- a) ženatý/vdaná, druh/družka, či jiný trvalý partnerský vztah
- b) žijete odloučeně od trvalého partnera
- c) rozveden/a
- d) nikdy nebyl ženatý/vdaná

10) Žijete:

- a) s rodiči, s dětmi
- b) s příbuznými
- c) se životním partnerem
- d) s přáteli (známými)
- e) v chráněném prostředí (např. léčebna)
- f) nemám stálé bydliště
- g) sám

11) Vaše bydlení:

- a) trvalé a uspokojivé (vlastní byt)
- b) provizorní (pronajatý nebo půjčený byt)
- c) dočasné a neuspokojivé (opuštěné domy, přístřeší původně neurčená k bydlení apod.)
- d) institucionalizované (azylové domy, apod.)
- e) zcela žádné

12) Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) střední (středoškolské) s maturitou
- d) vysokoškolské

13) Zaměstnání:

- a) stálé zaměstnání nebo soustavné studium
- b) krátkodobé zaměstnání
- c) jednorázové či příležitostné práce
- d) práce načerno
- f) žádné zaměstnání (nevidován/a na úřadu práce)
- g) příjemce invalidního nebo starobního důchodu

14) Finanční situace:

- a) dostatečný vlastní výdělek
- b) nedostatečný vlastní výdělek
- c) sociální dávky (důchod, podpora)
- d) žádný vlastní příjem (půjčky, pomoc rodiny)
- e) žádný legální příjem

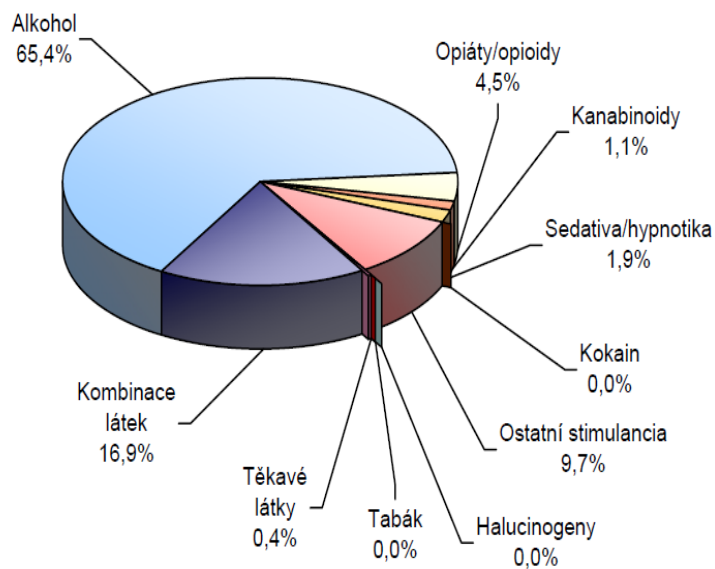
Příloha B Spotřeba alkoholu v roce 2003



Zdroj: WHO

Příloha C

Struktura hospitalizací v lůžkových psychiatrických zařízeních podle užívané psychoaktivní látky



Zdroj: KALINA, K. a kolektiv. *Základy klinické adiktologie.*

Příloha D

Počet hospitalizací pacientů léčených na poruchy způsobené užíváním jednotlivých návykových látek v psychiatrických lůžkových zařízeních podle kraje bydliště

Psychiatrická oddělení nemocnic												
Kraj bydliště	Počet hospitalizací na diagnózu											
	F10 (alkohol)	F11 (opiáty/opioidy)	F12 (konopné látky)	F13 (sedativa/hypnotika)	F14 (kokain)	F15 (ostatní stimulancia)	F16 (halucinogeny)	F17 (tabák)	F18 (těkavé látky)	F19 (kombinace látek)	Návykové látky celkem	Nealkoholové drogy (bez tabáku)
Hl. m. Praha	362	64	19	24	1	74	-	-	1	177	722	360
Středočeský	137	21	11	6	-	29	-	-	-	74	278	141
Jihočeský	129	5	4	5	-	16	-	-	-	28	187	58
Pízeňský	226	18	9	11	-	48	-	1	1	60	374	147
Karlovarský	60	4	1	7	-	20	1	-	1	11	105	45
Ústecký	363	128	14	11	-	128	-	1	2	134	781	417
Liberecký	192	3	7	6	-	31	-	-	4	41	284	92
Královéhradecký	120	4	4	7	-	20	-	-	-	27	182	62
Pardubický	161	-	1	13	-	11	-	-	-	17	203	42
Vysočina	16	-	-	1	-	4	-	-	-	5	26	10
Jihomoravský	210	9	3	10	-	16	-	-	6	32	286	76
Olomoucký	238	14	9	12	1	40	-	-	-	24	338	100
Zlínský	19	-	1	2	-	2	-	-	-	4	28	9
Moravskoslezský	249	45	5	9	-	47	-	-	1	28	384	135
Bydliště v ČR	2 482	315	88	124	2	486	1	2	16	662	4 178	1 694
Bezdomovci	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Cizinci	30	2	-	-	-	2	-	-	-	11	45	15
Hospitalizovaní v ČR celkem	2 514	317	88	124	2	488	1	2	16	673	4 225	1 709

Zdroj: KALINA, K. a kolektiv. *Základy klinické adiktologie.*

Příloha E

Tabulka 4-7: Počet hospitalizací pro poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

Rok	Počet hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic	Počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách	Počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních celkem
1994	1 614	7 068	8 682
1995	1 811	7 349	9 160
1996	2 181	7 683	9 864
1997	2 219	7 969	10 188
1998	2 351	7 646	9 997
1999	2 098	7 413	9 511
2000	2 196	7 679	9 875
2001	2 274	7 902	10 176
2002	2 397	8 095	10 492
2003	2 730	8 338	11 068
2004	3 001	8 668	11 669
2005	2 846	8 845	11 691
2006	2 720	7 985	10 705
2007	2 576	7 938	10 514
2008	2 410	7 950	10 360

Zdroj: KALINA, K. a kolektiv. *Základy klinické adiktologie.*

Příloha F Využití léčebných lůžek v nápravně výchovných ústavech

		2004	2005	2006	2007	2008
Detoxifikační jednotky ve věznicích	Počet	1	1	2	2	4
	Kapacita (míst, lůžek)	n.a.	n.a.	n. a.	n.a.	n.a.
	Využití (počet osob)	101	172	172*****	n.a.	208
Bezdrogové zóny ve věznicích	Počet	30	34	–	35	–
	Kapacita (míst, lůžek)	1 440	1 606	–	1 877	–
	Využití (počet osob)	2 528	2 859	–	3 524	–
Oddělení pro diferencovaný výkon trestu	Počet	6	6	6	6	6
	Kapacita (míst, lůžek)	292	286	286	258	262
	Využití (počet osob)	489	523	625	419	422
Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích	Počet	3	3	3	3	3
	Kapacita (míst, lůžek)	73	105	105	114	120
	Využití (počet osob)	122	184	162	200	206

Zdroj: KALINA, K. a kolektiv. *Základy klinické adiktologie.*

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora:	Jiřina Olivová
Obor:	Speciální pedagogika - vychovatelství
Forma studia:	Kombinovaná
Název práce:	Zneužívání návykových látek a nařízená ochranná léčba
Rok:	2012
Počet stran textu bez příloh:	56
Celkový počet stran příloh:	10
Počet titulů české literatury a pramenů:	20
Počet internetových zdrojů:	1
Vedoucí práce:	PaedDr. Lubomír Bajcura, Ph.D.