



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra veřejného zdravotnictví

Diplomová práce

Výskyt sebevražedného chování u drogově závislých

Vypracoval: Lucie Lukšová
Vedoucí práce: Kvetoslava Kotrbová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Klíčová slova: drogy - drogová závislost - sebevražedné chování - sebevražedný pokus.

Diplomová práce na téma: *Výskyt sebevražedného chování u drogově závislých* se v teoretické části zabývá vývojem drogové scény v České republice, protidrogovou politikou v České republice, vybranými studii zabývající se užíváním omamných a psychotropních látek, zdravotními a sociálními důsledky užívání omamných a psychotropních látek. Dále se zabývá sebevražedným chováním, jeho formami, druhy, způsoby a příčinami, motivací sebevražedného jednání, vývojem sběru dat a léčbou sebevražedného chování.

Soubor tvořili pacienti Psychiatrické léčebny Červený Dvůr (dále jen PL ČD). Cílem práce bylo zjistit nejčastější důvody a způsoby sebevražedného chování u drogově závislých jedinců v PL ČD. Dalším cílem bylo zjistit, zda klienti PL ČD podstoupili nějakou léčbu po sebevražedném pokusu. Na základě cílů byly vytvořeny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla: *Jaký způsob provedení pokusu o sebevraždu je nejčastější u drogově závislých v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr?* Druhá otázka zněla: *Jaké jsou nejčastější důvody pokusů o sebevraždu u drogově závislých klientů v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr?* Třetí výzkumná otázka zněla: *Jaká byla léčba po pokusu o sebevraždu u drogově závislých klientů, kteří se léčí v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr?*

Vzhledem k charakteru zkoumané problematiky byl jako výzkumná metoda zvolen semistrukturovaný rozhovor s klienty. Před vlastním výzkumem proběhlo v PL ČD dotazníkové šetření týkající se sebevražedného chování pro týmový projekt GA JU č. 103/2013/S „*Vliv systematické psychoterapie na míru incidence úmyslného sebepoškozujícího jednání*“. Na základě údajů z dotazníkového šetření byli vybráni klienti pro vlastní diplomovou práci. Rozhovory byly provedeny s 8 respondenty.

Pět klientů chtělo ukončit svůj život kvůli nešťastné lásce nebo rozpadlému vztahu, na kterém jim záleželo. Podle Koutka a Kocourkové bývá pokus o sebevraždu

nejčastěji motivován interpersonálními vztahy (45). Proto se domnívám, že důvody sebevraždného chování u závislých jedinců jsou podobné jako u obecné populace. Jedna klientka se několikrát pokusila předávkovat drogami, podle mého názoru se pokusila spáchat protrahovanou sebevraždu, kterou definuje Koutek a Kocourková jako opakovanou intoxikaci zvyšujícími se dávkami (45). Podle Fischera a Škody je pro sebevraždné chování kombinace několika důvodů a je spuštěno posledním podnětem, aniž by si to sami jedinci uvědomovali (22). I v rozhovorech většina respondentů přiznala kombinaci několika důvodů pro spáchání pokusu o sebevraždu. Na základě zvolených metod sebevraždného jednání, které respondenti uvedli, lze usuzovat, že není významný rozdíl mezi obecnou populací a drogově závislými jedinci ve způsobu spáchání sebevraždy. Ve výzkumu zvolili jako způsob pokusu o sebevraždu předávkování léky pouze ženy. Destruktivní metody zvolili pouze muži - dva muži se pokusili spáchat sebevraždu skokem z výšky, po jednom pokusu se objevilo zastřelení, oběšení nebo skok pod vlak. Z údajů ÚZISu vyplývá, že ženy se mnohem častěji než muži pokouší spáchat sebevraždu pomocí léků a naopak muži volí mnohem častěji destruktivní metody sebevraždy (72). Sedm respondentů podstoupilo po sebevraždném pokusu nějaký druh léčby. Pouze jedna respondentka se léčila déle než jeden rok, dva respondenti se alespoň po jednom sebevraždném pokusu léčili dobu kratší než jeden rok. Tři respondenti navštívili po některém sebevraždném pokusu psychologa nebo psychiatra. Léčba po sebevraždném pokusu být individuální, často musí být dlouhodobá. Podle psychického stavu pacienta může být ambulantní nebo lůžková (45). U každého sebevraždného pokusu je nutné zhodnotit letalitu sebevraždné metody, zda byl nebo nebyl přítomen sebevraždný plán, zda jde o bezprostřední reakci na tíživou životní situaci, zda je pacient schopen ambulantní léčby atd. (75).

V této práci jsem pracovala především s uživateli pervitinu, proto by podle mého názoru bylo vhodné použít pro příští podobný výzkum také uživatele jiných drog. Na základě zjištěných dat, jsem si dovolila vyslovit hypotézu: *U uživatelů omamných a psychotropních látek je statisticky vyšší riziko sebevraždného chování než u běžné populace, která omamné a psychotropní látky neužívá.* Další výzkumy na toto téma by mohly kvantitativně ověřit, zda jsou důvody a způsob sebevraždného chování stejné

jako v obecné populaci, která není zatížena užíváním omamných a psychotropních látek nebo proč závislí jedinci nepodstupují následnou léčbu po sebevražedném pokusu.

Abstrakct

Keywords: drugs - drug addiction - suicidal behavior - suicide attempt.

This diploma thesis on the theme: *The incidence of suicidal behaviour among drug addicts* in the theoretical part deals with the development of the drug scene in the Czech Republic, the EU drugs policy in the Czech Republic, selected studies dealing with drug use, health and social consequences of drug use. Also deals with suicide behaviour, its forms, types, methods and causes of suicidal behaviour, motivation, development of data collection and the treatment of suicidal behaviour.

The aim of this work was to find out the most common reasons and ways of suicidal behaviour in addicts individuals in the psychiatric hospital of the Cervený Dvůr (hereinafter referred to as PH CD). Another objective was to determine whether the clients have undergone a treatment PH CD after the suicide attempt. On the basis of the objectives have been created three research questions. The first research question was: *What kind of attempted suicide is most common among drug addicts in the psychiatric hospital in Cervený Dvůr?* The second question was: *What are the most common reasons for suicide attempts among drug dependent clients psychiatric hospital Cervený Dvůr?* The third research question was: *What was the treatment after a suicide attempt by drug-dependent clients who are treated in the psychiatric hospital Cervený Dvůr?*

Due to the nature of the investigated problem was as a research method chosen semi- structured interview with clients. Before the research was carried out in PH CD questionnaire survey on suicidal behavior for a team project GA JU No. 103/2013/S "The effect of systematic psychotherapy tailored to the incidence of intentional self-injurious behaviour". Based on the data from the questionnaire investigation were clients selected for this diploma thesis. Interviews were conducted with eight clients of PH CD.

Five clients wanted to end their life because of an unhappy love, or broken relationship, on which they depended. According to Mr. Koutek and Mrs. Kocourková an suicide attempt tends to be commonly motivated by interpersonal

relationships.(33)Therefore, I believe that the reasons for suicidal behavior in addicted individuals are similar to the general population. One client tried several times to overdose on drugs, in my opinion, she tried to commit prolonged suicide, defined by Mr. Koutek and Mrs. Kocourkova as repeated intoxication with increasing doses. (33) According to Mr. Fischer and Mr. Skoda is for a suicidal behavior a combination of several reasons, and is triggered by the last stimulus, without its aware of the individuals themselves. (15) Even in interviews, the majority of respondents acknowledged a combination of several reasons for committing suicide. On the basis of the chosen methods of suicidal behaviour, which respondents said, can be concluded that there is no significant difference between the general population and drug-dependent individuals in the way of committing suicide. In research have chosen as a way of attempting suicide, overdose of medication only to women. Destructive methods have chosen only men-two men have tried to commit suicide by jumping from a height, after one attempt, emerged shooting, hanging or jump under a train. UZIS's data shows that women are much more likely than men to commit suicide using drugs and men choosing more often destructive methods of suicide (72). Seven respondents after the suicide attempt, has undergone some kind of treatment. Only one respondent were treated for more than one year, two respondents with at least one suicide attempt were treated for less than one year. Three respondents visited after some suicide attempt psychologist or psychiatrist. Treatment after a suicide attempt must be individual, often must be long-term. According to the mental condition of the patient can be an outpatient or inpatient (45) For each suicide attempt is necessary to assess the legality of the suicide method, whether it was or was not present a suicide plan, whether it is an immediate reaction to burdensome life situation, whether the patient is able to out-patient treatment, etc. (75).

In this work, I worked primarily with methamphetamine users, therefore, in my opinion, it would be appropriate to use for future similar research also users of other drugs. On the basis of the data, I allowed myself to pronounce the hypothesis: *For users of narcotic drugs and psychotropic substances there is statistically higher risk of suicidal behavior than the general population, who are not taking narcotic drugs and*

psychotropic substances. Further researches on this topic could quantitatively verify whether there are reasons and the way suicide-related behavior is the same as in the general population, which is not loaded with drug-dependent individuals or why they do not undergo follow-up treatment after the suicide attempt.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma **Výskyt sebevraždného chování u drogově závislých** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to - v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 19. 5. 2014

.....
Lucie Lukšová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat především panu primáři MUDr. Jiřímu Dvořáčkovi za umožnění výzkumu v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr a za cenné připomínky pro sestavení dotazníku a celému kolektivu Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, který mi byl velmi nápomocen při samotném výzkumu. Samozřejmě bych touto cestou chtěla poděkovat i vedoucí této práce doc. MUDr. Kvetoslavě Kotrbové Ph.D. za cenné připomínky. Poděkování patří i respondentům, kteří se účastnili na výzkumu.

Obsah

ÚVOD.....	13
1 SOUČASNÝ STAV.....	15
1.1 DROGY.....	15
1.1.1 Vývoj drogové scény v ČR do roku 1989.....	15
1.1.2 Vývoj drogové scény v ČR po roce 1989	16
1.1.2.1 Drogový informační systém (DIS)	18
1.1.3 Protidrogová politika	19
1.1.3.1 Národní strategie protidrogové politiky.....	20
1.1.3.2 Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 - 2009	21
1.1.3.3 Evaluace Národní strategie 2005 - 2009.....	22
1.1.3.4 Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 - 2018	25
1.1.3.5 Akční plán na období 2013 - 2015.....	26
1.1.4 Vybrané studie	28
1.1.4.1 ESPAD.....	28
1.1.4.2 Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v ČR v roce 2008	31
1.1.5 Užívání drog	33
1.1.6 Drogová závislost	33
1.1.6.1 Vývoj závislosti	34
1.1.7 Důsledky zneužívání drog	35
1.1.7.1 Sociální důsledky	35
1.1.7.2 Zdravotní důsledky	37
1.1.7.3 Drogová mortalita	38
1.1.8 Léčba.....	39
1.2 SEBEVRAŽEDNÉ CHOVÁNÍ.....	40
1.2.1 Vývoj sebevražd na území ČR.....	41
1.2.2 Sběr dat	42
1.2.3 Sebevražedné chování a závislosti.....	43
1.2.4 Formy sebevražedného chování.....	45
1.2.4.1 Sebevražedné myšlenky.....	45
1.2.4.2 Sebevražedné tendence	45
1.2.4.3 Sebevražedný pokus (tentamen suicidii)	45
1.2.4.4 Dokonaná sebevražda	46
1.2.5 Druhy sebevražd	47
1.2.6 Motivace suicidálního jednání	48
1.2.7 Způsoby provedení suicidia	50
1.2.8 Příčiny suicidálního jednání.....	52
1.2.8.1 Faktory medicínské.....	52
1.2.8.2 Faktory psychické	52
1.2.8.3 Faktory demografické	53
1.2.8.4 Faktory sociální.....	54
1.2.8.5 Faktory biologické	55

1.2.8.6	Protektivní faktory	55
1.2.9	Prevence	55
1.2.10	Léčba.....	56
1.2.10.1	První pomoc	57
1.2.10.2	Krizová intervence	58
1.2.11	Systematická léčba.....	58
1.2.11.1	Psychoterapie	59
1.2.11.2	Farmakoterapie	59
1.2.12	Sebepoškozování	60
1.3	PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ČERVENÝ DVŮR.....	62
2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	63
2.1	CÍLE PRÁCE	63
2.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	63
3	METODIKA.....	64
3.1	METODIKA	64
3.2	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	65
4	VÝSLEDKY	66
4.1	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	66
4.2	VLASTNÍ VÝZKUM.....	70
4.2.1	Kazuistika 1	70
4.2.2	Kazuistika 2	72
4.2.3	Kazuistika 3	73
4.2.4	Kazuistika 4	75
4.2.5	Kazuistika 5	76
4.2.6	Kazuistika 6	78
4.2.7	Kazuistika 7	79
4.2.8	Kazuistika 8	82
4.3	ANALÝZA PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ	84
5	DISKUZE	91
6	ZÁVĚR	99
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	101
8	PŘÍLOHY	110
8.1	PŘÍLOHA Č. 1: ROZDĚLENÍ DROG.....	110
8.2	PŘÍLOHA Č. 2: MODEL ZÁVISLOSTI.....	123
8.3	PŘÍLOHA Č. 3: SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	124
8.4	PŘÍLOHA Č. 4: DOTAZNÍK.....	126

Seznam použitých zkratk

Δ^9 -THC	Δ^9 - tetrahydrokanabinol
aj.	a jiné
AT	alkohol-toxikomanie
atd.	a tak dále
CCK	cholecystokinin
CNS	centrální nervový systém
ČR	Česká republika
DIS	Drogový informační systém
EU	Evropská unie
EMCDDA	Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost v Lisabonu
GABA	γ -aminomáselná kyselina
Národní strategie 2005 - 2009	Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 - 2009
Národní strategie 2010 - 2018	Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 - 2018
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost
PL ČD	Psychiatrická léčebna v Červeném Dvoře
VHB	virová hepatitida typu B
VHC	virová hepatitida typu C
RVKPP	Rada Vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Úvod

Téma diplomové práce jsem si vybrala, protože je všeobecně známo, že drogová závislost je jedním z faktorů, které zvyšují riziko sebevražedného chování.

Závislost na drogách i sebevražedné chování je v podstatě autodestruktivní chování (87). Podle Evanse je společný znak závislosti i sebevraždy jistý únik od skutečnosti, která je pro daného jedince v daném okamžiku těžko snesitelná (21). Užívání návykových látek a sebevražedné chování spolu souvisí nejen protože abúzus návykových látek je rizikovým faktorem sebevražedného chování, ale funguje jako akcelerátor sebevražedného chování. Se závislostí na drogách souvisí řada problémů, které mohou být příčinou sebevražedného chování u závislých jedinců - finanční problémy, vztahové problémy, existenční problémy, emoční poruchy atd. (86).

Úmrtí se vztahem k drogám se dělí na čtyři skupiny - úmrtí v důsledku úmyslného nebo náhodného předávkování, úmrtí v důsledku dlouhodobého zneužívání drog, sebevraždy spojené se závislostí na drogách a smrtelné nehody ovlivněné drogami. Poslední tři úmrtí se vztahem k drogám jsou od sebe těžko odlišitelné, sebevraždy spojené se závislostí na drogách a smrtelné nehody ovlivněné drogami se označují jako nepřímá drogová úmrtí. Velmi těžko od sebe odlišitelné jsou také úmyslná a náhodná předávkování, která se označují jinak jako přímá drogová úmrtí. EMCDDA dělí drogová úmrtí na otravy v důsledku nehody, sebevraždy, vraždy a otravy bez zjištěného úmyslu, dále dělí tato drogová úmrtí podle užitých drog. Pravděpodobnost drogového úmrtí ovlivňuje prevalence drogového užívání drog v populaci, rizikovost způsobu problémového užívání, stabilita kvality drogy na trhu. Nejen v České republice dochází v posledních letech k přesouvání drogové scény a s ní souvisejících problémů z center měst na jejich periferie (83).

Sebevražda je podle definice WHO akt záměrného zabití sama sebe (27). Sebevražedné chování zahrnuje sebevražedné myšlenky a sebevražedné jednání s fatálními (dokonaná sebevražda) nebo nefatálními následky (sebevražedný pokus, tentamen suicidii) (40). Metoda a způsob sebevražedného chování mohou poukázat na jeho závažnost. Nejvýznamnějším kritériem je přítomnost nebo nepřítomnost sebevražedného plánu. Pokud je plán přítomen, zohledňuje se letalita zvolené metody,

promyšlenost detailů plánu, příprava na smrt ve formě sebevražedného dopisu nebo sepsání závěti (22). Jedinci volí sebevražednou metodu podle toho k jakým prostředkům mají přístup (1). Podle Masaryka mladí a staří lidé volí nejčastěji jako sebevražednou metodu oběšení, muži nejčastěji volí oběšení a zastřelení střelnou zbraní, ženy volí jako sebevražedný způsob nejčastěji otravu (50). V letech 1994 - 2010 u nás bylo nejvíce sebevražd spácháno oběšením (60 %), otravou (11 %), zastřelením (10 %) a skokem z výšky (8 %). V tomto období muži nejčastěji volili oběšení a zastřelení, ženy nejčastěji volily také oběšení, ale jako druhý nejčastější způsob byla otrava (12). V USA byl za srovnatelné období nejčastější způsob sebevraždy zastřelení střelnou zbraní a poté oběšení (1). Sebevraždy se na našem území statisticky sledují již od roku 1876. Nejvíce sebevražd bylo evidováno v roce 1934, nejméně v roce 2007. Od 2. poloviny 70. let 20. století se počet sebevražd snižuje (12). Počty sebevražd jsou relativně malými čísly, proto mohou být zatíženy náhodnými vlivy (11).

Existují rizikové faktory sebevražedného jednání. U žen je vyšší počet pokusů o sebevraždu než u mužů, ženy se pokusí o sebevraždu asi 3x častěji než muži, muži naopak spáchají dokonanou sebevraždu asi 4x častěji než ženy (45). Rizikové období z pohledu věku je adolescence, mladší dospělost a stáří (11, 12). Riziko sebevražedného chování zvyšuje také šikana v mládí, nezaměstnanost, chudoba, problémové partnerské vztahy, homosexualita, migrace a emigrace, deprese, bipolární poruchy, závislosti na návykových látkách, schizofrenie a další faktory. (22)

Cílem práce bylo zjistit nejčastější důvody a způsoby sebevražedného chování u drogově závislých jedinců v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr (dále jen PL ČD). Dalším cílem bylo zjistit, zda klienti PL ČD podstoupili nějakou léčbu po sebevražedném pokusu.

Díky povaze zkoumané problematiky byl jako výzkumná metoda zvolen semistrukturovaný rozhovor s pacienty PL ČD. Před vlastním výzkumem proběhlo v PL ČD dotazníkové šetření týkající se sebevražedného chování pro týmový projekt GA JU č. 103/2013/S „*Vliv systematické psychoterapie na míru incidence úmyslného sebepoškozujícího jednání*“. Na základě údajů z dotazníkového šetření byli vybráni klienti pro diplomovou práci.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Drogy

Jako drogy jsou v dnešní době označovány látky přírodního nebo syntetického původu, které jsou zneužívány pro své omamné a psychoaktivní účinky (60). Omamné a psychoaktivní látky potencují vznik návyku a závislosti. Účinky jednotlivých látek závisí na látce, jejích interakcích s receptory v mozku, vlastnostech člověka, kultuře a také na okolnostech vzniku závislosti. Mezi nejčastěji zneužívané drogy patří v České republice ethanol a nikotin (61). Rozdělení jednotlivých drog a jejich účinky jsou popsány v příloze č. 1: Rozdělení drog.

1.1.1 Vývoj drogové scény v ČR do roku 1989

Vývoj drogové scény v České republice (dále jen ČR) velmi ovlivnil totalitní režim, který byl typický silnou sociální kontrolou, nekonvertibilní měnou a značně omezeným pohybem osob mimo Českou republiku. I přesto, že přes tehdejší Československou republiku vedly tranzitní trasy drog, byly zde zneužívány pouze drogy z vlastní výroby a látky ukradené z průmyslu a zdravotnické sítě. Pro toto období byla také typická absence otevřeného drogového trhu a relativní uzavřenost skupin uživatelů nelegálních drog (89). Tehdejší totalitní Československo bojovalo proti nadužívání alkoholu, bohužel se nezabývalo nealkoholovými drogami. Zákon pro potírání zneužívání nealkoholových drog vznikl až v roce 1989 v tehdejší stále komunistickém Československu, který byl po pádu totalitního režimu již nedostatečný a zastaralý (85).

V té době byla hojně zneužívány analgetika a antiastmatické kompozice pro svoji snadnou dostupnost a vhodnou výrobní úpravou. Analgetika společně se sedativy a hypnotiky jsou zneužívána ve velké míře dodnes. Mladí lidé využívali spíše analgetika a antiastmatické léky pro výrobu drogových směsí a koktejlů, které kombinovali s užíváním alkoholu a některých hormonů. Na počátku 70. let 20. století byla mladistvými zneužívána organická rozpouštědla. Nejprve byla organická rozpouštědla zneužívána inhalací a čicháním veřejně. V 80. letech nahradilo sniffing (čichání a inhalace organických rozpouštědel) injekční aplikování roztoku z tablet

Alnagonu (89). Na přelomu 70. a 80. let se nejvíce zneužíval pervitin, který se v ČR vyráběl v domácích laboratořích pro vlastní potřebu a přátele. Jeho výroba přetrvává dodnes (5). V období před rokem 1989 se také hojně zneužívalo konopí (89).

Za první republiky bylo společensky tolerováno užívání kokainu a opiátů. V té době byla opiová tinktura běžně v prodeji a v Praze existovali registrovaní překupníci kokainu s licenci (41). Díky své poloze v Evropě se v Československu po první válce rozvinul nelegální trh s drogami a Československo se stalo tranzitní, cílovou zemí i azylovou zemí pro překupníky a distributory drog, kteří byli ve své vlasti stíháni. V tehdejší době byla nedovolená výroba a držení drog hodnocena zákonem zákonem pouze jako přestupek. V roce 1938 vznikl tzv. Opiový zákon, který jako první komplexně upravoval trestněprávní postih nakládání s omamnými látkami na území tehdejšího Československa. Základ trestněprávní úpravy nedovolené výroby a držení drog, který známe dnes, vznikl v roce 1950. Od roku 1990 do roku 1999 se trestně nestíhalo přechovávání drog pro vlastní potřebu (85).

1.1.2 Vývoj drogové scény v ČR po roce 1989

Politický převrat v roce 1989 znamenal pro drogovou scénu v ČR velký milník. V období po převratu došlo k otevření hranic a tím i otevření drogové scény a vzniku nelegálního trhu s drogami (89). Uvolnila se represe (5). Distributoři a uživatelé drog se již neschovávali v bytech a uzavřených komunitách a začal fungovat pouliční prodej drog. Rychle se začaly objevovat dnes běžné drogy jako je heroin, kokain nebo extáze. Zvýšila se dostupnost drog a drogy se daly sehnat nejen v městech, ale i v malých vesničkách, také se zvýšila dostupnost pro mladé lidi a dospívající osoby (89). V ČR je situace v dnešní době srovnatelná se zeměmi, kde byla drogová scéna rozvinutá již před rokem 1989 (53). Rozšířilo se pěstování konopí pro získávání konopných drog, jeho nové druhy a způsoby pěstování. Vznikly organizované skupiny výroby a distribuce drog a vznikl zde také mezinárodní organizovaný zločin. Na konci 90. let dochází k popularizaci tzv. měkkých drog v médiích (89). ČR se stala centrálou organizovaného mezinárodního obchodu s heroinem a konopnými drogami. Na území ČR funguje několik cizineckých skupin především Vietnamců a Kosovských Albánců (53). V ČR se

stále vyskytuje celá řada nelegálních pěstíren konopí, které produkují konopí s obsahem THC až 20 % (5). ČR se stala cílovou zemí pro všechny druhy drog a výjimkou cracku. Drogy se zde vyrábějí, přepravují, obchoduje se tu s nimi a perou se zde peníze z nelegálního obchodu s drogami. Pro pouliční prodej jsou nejčastěji zneužíváni Romové a osoby mladší 15 let. Zatím je zde nízká násilná a majetková kriminalita spojená s nelegálním obchodem s drogami (53).

Velkým problémem je v dnešní době také výroba nových drog (53). Tyto drogy se označují jako „designer drugs“. Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost v Lisabonu (dále jen EMCDDA) v roce 2008 zaznamenalo 13 nových sloučenin, v roce 2009 24 a v roce 2010 již 41. Nové drogy jsou legální. Nejznámější designovanou drogou je v ČR mefedron, který byl v roce 2011 zařazen na Seznam zakázaných látek. Velká část nových drog pochází z Číny, v Evropě se pak především balí (9). Mimo jiného díky tomu dochází na našem území ke zvýšení mortality uživatelů drog, kteří nemají zkušenosti s dávkováním a nebezpečností nových drog (5).

V 90. letech 20. století začaly vznikat služby pro uživatele drog. V tomto období se rozpadl systém poraden AT (alkohol-toxikomanie), které do té doby byly hlavním zdrojem dat o uživatelích drog. Až v roce 1995 vzniklo centrální pracoviště drogové epidemiologie, které bylo součástí Hygienické stanice Hlavního města Prahy a vybudovalo hlásný systém, který zahrnoval významná státní i nestátní zařízení. Od roku 1995 byly sbírány a zpracovávány data o uživatelích drog, kteří požádali poprvé v životě o léčebnou, poradenskou nebo sociální službu v některém z léčebných nebo kontaktních centrech. Od roku 2002 byl systém rozšířen o informace o klientech, kteří jsou v léčebných či kontaktních centrech dlouhodobě nebo opakovaně. Tento systém dal vzniknout drogovému informačnímu systému (dále DIS) (89).

V dnešní době je nejčastěji zneužíván alkohol a tabákové výrobky, které patří mezi legální drogy (89). Z nelegálních drog se stále zneužívá heroin, neustále jsou hojně zneužívány tzv. diskotékové drogy, téměř zanikly uživatelé heroinových náhražek jako je například braun (53). Do popředí se opět dostává kokain (41). Vzhledem k pořizovací ceně drog jsou relativně snadno dostupné. Věk mladistvých, kteří experimentují

s drogami, se neustále snižuje. Zvyšuje se podíl prvokonzumentů začínajících „tvrdými“ drogami. Rozpouštědla se zneužívají hlavně v oblastech s historicky vysokou nezaměstnaností a oblastech, kde je vysoká koncentrace sociálně slabých vrstev obyvatelstva (53). Naopak se snižuje počet uživatelů heroinu (5).

Extáze se v ČR nevyrábí, ale dováží se k nám hlavně z Holandska a Polska, případně Slovenska, kam se také dováží z Holandska a Polska. Extázi zneužívají mladí lidé ve věku kolem 20 let (5). Na trhu se dá také získat extáze s účinnou látkou piperazin, který není na seznamu zakázaných látek a tudíž není jeho distribuce trestná (5, 10).

Díky přísnější evidenci efedrinu v roce 1998 se stal efedrin prakticky nedostupný na černém trhu, proto se pervitin nyní vyrábí z efedrinu získaného krádežemi, ze zahraničí nebo volně prodejných léčiv (53). V květnu roku 2009 byl omezen prodej volně prodejných léčiv s pseudoefedrinem, díky tomuto omezení došlo k výraznému nárůstu dovozu těchto léků ze zahraničí především Německa a Polska. Vzhledem ke zvýšenému dovozu léčiv s pseudoefedrinem ze zahraničí došlo již v říjnu 2009 k opětovnému uvolnění prodeje těchto léčiv v ČR. Narozdíl od kokainu, který se v ČR pohybuje v čistotě cca 10 %, čistota pervitinu vyrobeného v ČR se pohybuje mezi 70 - 80 % (5).

1.1.2.1 Drogový informační systém (DIS)

DIS slouží pro monitorování situace drogové problematiky v České republice, zaměřuje se především na oblast zneužívání ilegálních drog a jeho následků (89).

Pro sběr dat se využívají mimo jiné i standardizované dotazníky EMCDDA, které sledují systém 5 hlavních klíčových indikátorů. DIS spolupracuje s EMCDDA a respektuje jeho doporučení (89).

Koordinátorem a garantem DIS je Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (dále NMS) Úřadu vlády ČR. NMS každý rok zpracovává Výroční zprávu o stavu v oblasti drog v ČR. Výsledky DIS jsou předkládány Radě vlády pro koordinaci protidrogové politiky a vládě (dále RVKPP) (89).

1.1.3 Protidrogová politika

Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření, včetně vymáhání práva na mezinárodní, národní, krajské a místní úrovni. Jejím účelem je zabezpečit zdraví, ochranu a bezpečnost jednotlivců, společnosti a majetku před zdravotními, sociálními, ekonomickými škodami a dopady v podobě trestné činnosti, která je s drogami spojena (71).

Protidrogová politika na našem území začala vznikat po roce 1989. V roce 1990 vznikl poradenský orgán tehdejší vlády - Komisní vláda ČSFR pro narkotika, která vznikla na základě požadavků odborníků, kteří předpovídali rychlé rozšíření nelegálních drog a s tím i jejich zvýšené užívání. Tato komise již v roce 1992 zanikla, protože jediným jejím přínosem bylo navázání některých mezinárodních vztahů. V roce 1993, na základě Vánočního memoranda občanů, vznikla Mezirezortní protidrogová komise vlády ČR. Téhož roku vznikla Koncepce a program protidrogové politiky na období 1993 - 1996, čímž se položily základy dnešní protidrogové politiky. EU ji schválila až o rok později (85). Tato koncepce odmítla legalizaci drog i kriminalizaci uživatelů, prioritami byl mimo jiné i rozvoj služeb pro uživatele drog, včetně harm reduction, vytvoření Inspektorátu omamných látek, rozvoj primární prevence, vytvoření sběru dat o užívání a dopadech užívání drog (42). Tato koncepce začala budovat základní koordinační mechanismy spolupráce na centrální i regionální úrovni. Další dokument vznikl až v roce 1998, s platností na období 1998 - 2000. Tento program se zabýval především doplněním chybějících programů prevence, léčby a resocializace, stanovením minimální sítě služeb a zařízení a také vytvořením systémových nástrojů hodnocení kvality a efektivity realizovaných opatření a také alternativami stíhání uživatelů a programy ve věznicích. V roce 2001 byla přijata Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004, která byla primárně zaměřena na nelegální drogy, avšak zahrnovala i problematiku užívání alkoholu a tabáku. Tato strategie se snažila o zachování vývoje, zvyšování kvality a efektivity opatření a vytvoření nástrojů na jejich hodnocení. Dalším cílem bylo zvyšování kvality a efektivity programů, zvýšení jejich diferenciování a cílenosti, rozšíření služeb a důsledná evaluace.

V tomto období byl vytvořen institucionální rámec pro hodnocení opatření protidrogové politiky, aby mohla být realizována a připravována opatření založená na výzkumech a nových poznatcích. Bylo zřízeno Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které odpovídá za sběr, analýzu, distribuci a koordinaci sběru dat o drogách na národní úrovni (85).

Dnešní protidrogová politika vychází ze 2 základních konceptů, které se vzájemně doplňují - ochrany veřejného zdraví a ochrany bezpečnosti jednotlivců a společnosti. Protidrogová politika má 4 hlavní pilíře - primární prevence, léčba a resocializace, snižování rizik, snižování dostupnosti drog - ze kterých vycházejí cíle protidrogové politiky (71). Na státní úrovni je koordinována RVKPP. Tato rada projednává a předkládá Vládě ČR národní strategie protidrogové politiky a akční plány. RVKPP vznikla 19. 6. 2002, současně bylo zřízeno i Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které je součástí mezinárodní sítě monitorovacích středisek Reitox (80).

Mezi subjekty protidrogové politiky patří RVKPP, věcně příslušná ministerstva, Policie ČR, Celní správa, kraje a obce, odborné společnosti a nestátní neziskové organizace (70). Odpovědnost za tvorbu a naplňování protidrogové politiky v ČR má vláda, která využívá RVKPP, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, výbory RVKPP, pracovní skupiny a národní strategie a akční plány protidrogové politiky (85).

1.1.3.1 Národní strategie protidrogové politiky

Národní strategie protidrogové politiky schvaluje Vláda ČR. Jsou to klíčové dokumenty Vlády ČR, které aktualizují předešlé národní strategie protidrogové politiky se současným stavem vědeckého poznání o užívání drog a jeho důsledcích, dále se zabývají účinným řešením problémů spojených s užíváním drog. Vláda ČR pomocí národní strategie protidrogové politiky definuje základní východiska a směry drogové politiky a doporučený základní rámec pro tvorbu a uskutečňování protidrogových strategií článků veřejné správy na úrovni resortů, krajů a obcí (35).

Priority, cíle a aktivity technicko-organizačních oblastí jsou podrobněji rozpracovány v Akčních plánech realizace Národní strategie protidrogové politiky (70, 71). Pro dosažení strategických cílů jsou v Akčních plánech stanoveny aktivity, termíny, nebo milníky a výstupy, odpovědné instituce a vyžadovaná nebo doporučená spolupráce s jinými subjekty, které se podílejí na plnění aktivit a také jsou zde stanoveny finanční předpoklady (79).

1.1.3.2 Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 - 2009

Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 - 2009 (dále Národní strategie 2005 - 2009) byla schválena Vládou ČR 22.12.2004 (35). Tato strategie se zabývala legálními i nelegálními drogami. Pro Národní strategii 2005 - 2009 byly vytvořeny dva Akční plány národní protidrogové politiky pro období 2005 - 2006 a 2007 - 2009 (dále jen Akční plán 2005 - 2006 a Akční plán 2007 - 2009). Bohužel tyto Akční plány se zabývaly především nelegálními drogami (71).

Národní strategie 2005 - 2009 se zaměřila na 3 základní strategie - snižování nabídky drog, snižování poptávky po drogách a snižování potencionálních rizik spojených s jejich užíváním. Měla dva hlavní cíle. První hlavní cíl bylo potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog. Druhým hlavním cílem bylo snížit užívání všech typů drog a potencionálních rizik a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání nastat. Dále má 6 specifických a 5 technicko-organizačních cílů (70).

1. Stabilizovat případně snížit počet problémových uživatelů drog.
2. Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog.
3. Stabilizovat případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi.
4. Snížit potencionální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost.

5. Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace.
6. Snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů.
7. Efektivní financování - zefektivnit a zprůhlednit financování jednotlivých strategií a opatření protidrogové politiky na základě identifikovaných potřeb a jejich prokázané efektivity.
8. Koordinace - vytvořit dostatečnou zákonnou oporu protidrogové politiky, zkvalitnit její stávající systém a vybudovat funkční a přehlednou strukturu založenou na efektivní koordinaci aktivit zapojených subjektů na všech úrovních s jasně definovanými a rozdělenými povinnostmi a kompetencemi.
9. Informování veřejnosti - navrhnout a zavést do praxe flexibilní model všestranné komunikace a stanovit kompetence zúčastněných subjektů, aby byly veřejnosti poskytovány komplexní, objektivní, spolehlivé a vyvážené informace o užívání drog, jeho dopadech a o realizovaných opatřeních.
10. Mezinárodní spolupráce - plně se zapojovat do mezinárodní spolupráce a zajišťovat aktivní účast zástupců ČR v procesech harmonizace protidrogové politiky s ostatními zeměmi EU.
11. Evaluace aktivit - důsledně uplatňovat výzkumem ověřené postupy při vyhodnocování účinnosti opatření ve všech oblastech protidrogové politiky a aplikovat poznatky z evaluací v praxi (70).

Jednotlivé akční plány obsahovaly celkem 314 aktivit (114 aktivit obsahoval Akční plán 2005-2006 a 170 aktivit Akční plán 2007-2009) (43).

1.1.3.3 *Evaluace Národní strategie 2005 - 2009*

Evaluace Národní strategie 2005 - 2009 probíhala od května 2009 do března 2010 a zaměřovala se především na Akční plán 2007 - 2009. Evaluace vycházela z zjednodušeného modelu politického cyklu a obsahovala 3 stěžejní části, výsledky z jednotlivých fází evaluace poté byly komplexně zhodnoceny (43)

1. *Evaluace formulování protidrogové politiky.* Tato fáze se zabývala otázkami, zda došlo k formálním změnám strategických dokumentů v průběhu jejich plánování a schválení, jak je provázán Akční plán 2007-2009 s Národní strategií 2005 - 2009 a jaký je charakter aktivit definovaných v Akčním plánu 2007 - 2009. Každá aktivita byla posuzována podle způsobu formulace (srozumitelnost a konkrétnost aktivity), charakteru (zda se jedná o specifickou či rámcovou aktivitu), významnosti (potencionálu změnit drogovou situaci), vztahu k jednotlivým cílům Národní strategie 2005-2009. Dále se také hodnotila povaha a vypovídací schopnost indikátorů stanovených pro sledování plnění aktivit (43).

2. *Evaluace implementace.* V této fázi se odpovídalo na otázky, jak úspěšná nebo neúspěšná byla implementace Akčního plánu 2007 - 2009 a jaké faktory ovlivnily proces implementace. Data byla sbírána pomocí dotazníků a vyhodnocena SWOT analýzou (43).

3. *Hodnocení výsledků a účinků protidrogové politiky.* V této poslední fázi se hodnotilo zvláště 6 specifických strategických cílů a 5 technicko-organizačních cílů a zhodnocení vývoje situace v 7 intervenčních oblastech protidrogové politiky z Akčních plánů. Specifické strategické cíle byly hodnoceny pomocí ukazatelů (například smrtelné předávkování nelegálními drogami, výskyt infekčních onemocnění mezi uživateli drog). Vývoj oblastí akčních plánů byl hodnocen z názorů expertů a následně SWOT analýzou. Pro dosažení technicko-organizačních cílů se použily výsledky z předchozích dvou fází hodnocení a porovnání SWOT analýzou (43).

Výsledky evaluace Národní strategie 2005 - 2009

Při hodnocení implementace bylo zjištěno splnění 73 % aktivit z Akčního plánu 2005-2006, z Akčního plánu 2007-2009 bylo splněno 52 % aktivit. Pozitivně ovlivňující faktory pro úspěšnost implementace akčního plánu jsou odborný potenciál specialistů pracujících v této oblasti, dostupnost relevantních informací a institucionální zabezpečení protidrogové politiky. Jako negativní faktory se ukázaly rozdílné výchozí přístupy rezortů k protidrogové politice, formálnost ve stanovení i plnění aktivit,

nedostatek personálních a finančních zdrojů a také nedostatečné využití a pochopení významu ukazatelů realizace aktivit (43).

Podařilo se udržet relativně stabilní situaci v počtu problémových uživatelů drog (cíl první) a nízká úroveň infekčních nemocí a úmrtí v důsledků užívání drog (cíl čtvrtý). Byla zachována základní síť programů a služeb primární, sekundární i terciární prevence zneužívání drog a zavedení systému ověřování jejich kvality. Síť ambulantních zdravotnických zařízení je nesjednocená. (66, 69) Na příznivé úrovni zůstala mezinárodní spolupráce (cíl deset) (43).

Došlo k zastavení nárůstu experimentování s drogami mezi mladými lidmi. Bohužel v užívání konopných drog je ČR v Evropě na prvním místě (druhý cíl). V dospělé populaci se také nepodařilo snížit užívání drog, spotřeba nelegálních drog naopak vzrostla (třetí a čtvrtý cíl) (71). Třetí cíl - snížení spotřeby drog - se ukázal jako nadbytečný, protože aktivity pro jeho naplnění byly primárně zahrnuty aktivitách pro plnění cíle prvního nebo druhého. K naplnění cílů sedm a osm - financování a koordinace - došlo k částečnému naplnění. Cíl informování veřejnosti (cíl devátý) nebylo možno vyhodnotit, neboť nebyl blíže specifikován flexibilní model komunikace a nebyl provázán s žádnou aktivitou akčních plánů. Jedenáctý cíl také nebylo možné vyhodnotit, neboť nebyla žádná specifická studie pro hodnocení. V této Národní strategii se nepodařilo splnit integraci problematiky legálních drog do systému protidrogové politiky. Problematika legálních drog byla stále nepřehledná především v koordinačních mechanismech, byla nízká dostupnost dat týkajících se užívání alkoholu a tabáku a neexistovala dostatečná síť a spektrum služeb pro uživatele legálních drog především pro nízkou podporou a koordinaci (43).

Míra dosažení strategických cílů korespondovala s charakterem, zaměřením a potenciálem aktivit, které byly pro danou oblast naplánovány, a také s úspěšností jejich implementace. Neúspěch často pramenil z nejasné či nesrozumitelné formulace aktivit akčních plánů (43).

1.1.3.4 Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 - 2018

Tato strategie navazuje na Národní strategii protidrogové politiky na období 2005-2009. Národní strategie 2010 - 2018 je založena na výsledcích Národní strategie 2005 - 2009 za roky 2005-2008, ze kterých vyplynulo, že její hlavní cíle jsou platné i pro příští období. Klade zvýšený důraz na problematiku legálních drog. Vychází z těchto principů - respektování společenských evropských hodnot, komplexního řešení problematiky legálních i nelegálních drog, dlouhodobé a komplexního plánování, realistického rozhodování, racionálního financování a garance kvality služeb, partnerství a spolupráce všech článků veřejné správy a občanské společnosti (71).

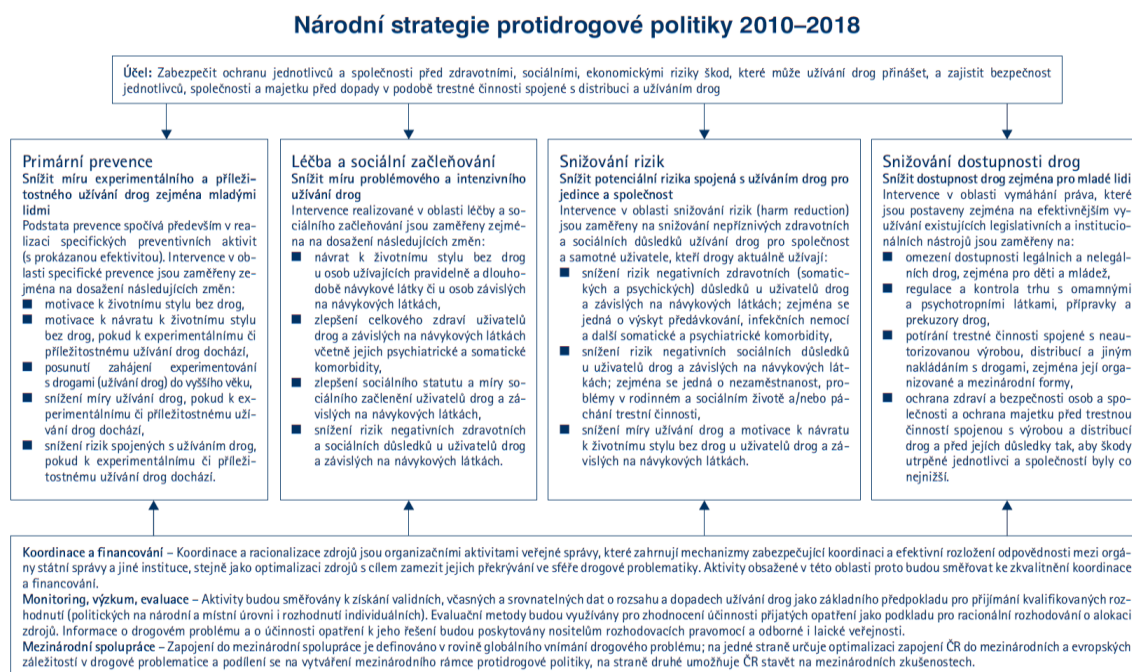
Stejně jako předchozí Národní strategie má tato Národní strategie 4 strategické cíle, které navazují na základní pilíře protidrogové politiky:

1. Snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi.
2. Snížit míru problémového a intenzivního užívání drog.
3. Snížit potencionální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost.
4. Snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi.

Cíle a aktivity technicko-organizačních oblastí (tzv. podpůrné oblasti) společně s prioritami protidrogové politiky jsou rozpracovány v Akčních plánech realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2014. Jednotlivé akční plány jsou zaměřeny na období 2010-2012, 2013-2015 a 2016-2018. Veškeré cíle musejí být provázány s podpůrnými oblastmi: koordinací a financováním, monitoringem, výzkumem a evaluací a také s mezinárodní spoluprací (71).

Na obrázku č. 1. (viz str. 26) je graficky znázorněn koncept protidrogové politiky ČR 2010 - 2018. Jsou zde uvedeny priority jednotlivých strategických cílů. (71)

Obrázek č. 1: Grafické znázornění protidrogové politiky ČR 2010 - 2018



Zdroj: Úřad Vlády České republiky

Akční plány realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018 rozpracovávají plánované postupy pro naplnění cílů Národní strategie a definují opatření podpůrných oblastí. Akční plány slouží také jako implementační nástroj strategie v dané oblasti (určují termíny plnění, rozdělení odpovědnosti, aktivity a výstupy atd.), kontrolní nástroj realizace strategie (definují ukazatele dosažení stanovených cílů, potřebné zdroje informací pro jednotlivé kazatele), usměrňující dokument pro realizaci protidrogové politiky různými subjekty působícími v dané oblasti (definice priorit na dané období) (71).

1.1.3.5 Akční plán na období 2013 - 2015

Akční plán na období 2013 - 2015 byl schválen Vládou ČR dne 27.3.2013. Navazuje a vychází na Akční plán na období 2010-2012, ve kterém se nepodařilo cíle dostatečně splnit. Pro období 2013 - 2015 jsou stanoveny následující priority

protidrogové politiky: Snížit míru nadměrného pití alkoholu a míru (intenzivního) užívání konopí mladými lidmi. Zaměřit se na vysokou míru problémového užívání pervitinu (metamfetaminu) a opiátů. Zefektivnit financování protidrogové politiky - definování a zavedení systémové změny v zajištění a koordinaci financování protidrogové politiky. Integrovaná protidrogová politika - aktivity snižující nadměrné užívání alkoholu a reflektující jeho dopady jsou neoddělitelnou součástí protidrogové politiky (79).

Na protidrogovou problematiku by mělo v tomto období být vynaloženo 110 mil. Kč ze státního rozpočtu, 160 mil. Kč z rozpočtu krajů a 65 mil. Kč z rozpočtu obcí (79).

Pro toto období obsahuje Akční plán 7 intervenčních oblastí, které jsou zde dále rozpracovány (79).

1. Specifická primární prevence užívání návykových drog. Tato oblast se zaměřuje na koordinaci specifické primární prevence užívání návykových látek a realizaci programů screeningu a včasnou intervenci problémů s užíváním alkoholu, konopných drog a dalších nelegálních drog (79).

2. Léčba uživatelů návykových látek. Zde se Akční plán zaměřuje na síť služeb pro uživatele návykových látek a jejich dostupnost a kvalitu, rozvoj programů pro uživatele návykových látek ve vězeních a udržení jejich dostupnosti. Dále je zaměřen na rozvoj a zvyšování kvality poskytování substituční léčby (79).

3. Snižování rizik. Pro snižování rizik jsou stanoveny tyto oblasti: prevence infekčních onemocnění a dalších rizik spojených s injekčním a problémovým užíváním drog a prevence předávkování a dalších rizik v rekreačním kontextu užívání návykových látek a mezi konzumenty obecně (79).

4. Snižování dostupnosti legálních a nelegálních drog. Tento bod se zaměřuje na oblasti zefektivnění odhalování případů nelegální přepravy drog do ČR a přes území ČR a na snížení dostupnosti legálních a nelegálních drog a dále na zvýšení vymahatelnosti práva (79).

5. Koordinace a financování se zaměřuje na 4 oblasti. Koordinace protidrogové politiky na národní úrovni, vzdělávání aktérů v oblasti protidrogové politiky,

koordinace protidrogové politiky na krajské úrovni, efektivní financování protidrogové politiky (79).

6. Monitoring, výzkum a hodnocení. V této oblasti je dále rozpracována oblast rozvoje drogového informačního systému zaměřeného na monitorování situace v oblasti drog (79).

7. Mezinárodní spolupráce. Tato intervenční oblast se zaměřuje na posílení koordinace ČR s Polskem, Rakouskem a SRN v oblasti prevence a represe regionální epidemie užívání pervitinu. Další oblastí je Aktivní zapojení ČR na mezinárodní úrovni v rámci mezinárodní spolupráce v oblasti protidrogové politiky (79).

1.1.4 Vybrané studie

1.1.4.1 ESPAD

Studie ESPAD neboli Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách opakovaně shromažďuje údaje o užívání legálních i nelegálních drog mezi studenty ve věku 15-16 let. Na této studii se podílí celkem asi 40 evropských zemí (20). Tento projekt je realizován od roku 1995 každé 4 roky. V prvním roce sběru dat se studie účastnilo 26 zemí, v roce 2011 již 36 zemí. Od roku 1995 proběhlo již 5 studií, všech 5 studií se zúčastnilo pouze 22 evropských zemí. Metodologie této studie je ve všech zemích stejná, proto se dají výsledky dobře porovnávat mezi jednotlivými státy. Sběr dat se provádí jednotným dotazníkem, který je přeložen do národního jazyka dané země. Tato studie slouží pro zmapování užívání drog mezi mládeží, sledování trendů v užívání drog a pro analýzu základních vztahů u vybraných indikátorů návykového chování. Sleduje základní demografické údaje, užívání legálních i nelegálních drog, postoje mladistvých k užívání drog, dále je sledován způsob využití volného času, vrstevnické vlivy a psychosociální adaptace jedince. Jednotlivé země si mohou do dotazníku mohou přidat i další otázky (84).

V ČR se na projektu podílí Psychiatrické centrum Praha, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Lékařské informační centrum a agentura INRES-SONES (84). V ČR proběhla poslední studie ESPAD v roce 2011 (19). V tomto roce se účastnilo studie 3 913 studentů, kteří v dotazníku vyplňovali celkem 55 otázek.

Cigaretu okusilo cca 75 % šestnáctiletých, denně kouří 25,7 % což je hodnota srovnatelná s rokem 2007 (25,3 %). Rozdíl byl v zastoupení dívek a chlapců, v roce 2007 kouřilo denně více dívek než chlapců, v roce 2011 tomu bylo naopak, stejná situace byla i u silných kuřáků (mladistvý, kteří kouří 11 a více cigaret denně), celkem bylo v populaci mladistvých 8,2 % silných kuřáků. Alkohol ochutnalo téměř 98 % mladistvých, cca 60 % lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholu. Téměř 59 % dotázaných uvedlo pití destilátů v posledních 30 dnech. Pivo pravidelně konzumuje 26 % dotázaných, víno 9 %, 10 % respondentů uvedlo pravidelnou konzumaci limonády s obsahem alkoholu a 15 % studentů pravidelně pije destiláty. Od roku 1995 neustále narůstá podíl častých konzumentů alkoholu, chlapci zaznamenali v letech 2003 a 2007 lehký pokles (z 24 % v roce 1999 na 23,1 % v roce 2003 a 23,5 % v roce 2007), nicméně dívky zaznamenaly především v roce 2007 nárůst časté konzumace alkoholu (z 12,6 % v roce 2003 na 16,7 % v roce 2007), v roce 2011 došlo k lehkému poklesu časté konzumace alkoholu z předchozího období z 16,7 % na 16,2 %. Ze studie vyplývá, že rizikové pití alkoholu lze v roce 2011 odhadovat na 26 % chlapců a 16 % dívek ve věku 16 let. Z mladistvých, kteří přiznali konzumaci alkoholu v posledních 30 dnech si koupilo 61 % alkohol pro svou vlastní potřebu v obchodě a cca 77 % v restauraci nebo baru. S nelegálními drogami uvádí zkušenost 43 % dotázaných, ve 42 % se jedná o marihuanu nebo hašiš, 11 % respondentů uvedlo zneužití i jiné nelegální drogy. Zneužití nelegálních drog mimo konopných uvedlo v roce 1995 4,3 %, v roce 1999 to bylo již 9 % od roku 2003 se tato hodnota pohybuje od 10,1 do 11,2 %. Injekční užití drog se u mladistvých pohybuje kolem 1 %. Nejčastěji zneužívané nelegální drogy byly v roce 2011 halucinogenní houby (7 %), LSD (5 %), extáze (3 %), pervitin (2 %) a heroin nebo jiné opiáty (1 %). Sedativa bez předepsání lékařem zneužilo 10 % dotázaných, čichání rozpouštědel přiznalo 8 %. Z dlouhodobého sledování vyplývá, že v roce 1999 byl velký nárůst užívání nelegálních drog především konopných látek, od roku 2003 prevalence užívání nelegálních drog klesá. Opakované užívání nelegálních drog, tj. užití drog 6x a častěji, připouští v roce 2011 18 % dotazovaných. Nejvyšší nárůst opakovaného užívání nelegálních drog bylo zaznamenáno v roce 1999, od roku 2003 dochází k postupnému snižování počtu

mladistvých, kteří opakovaně užívají nelegální drogy. V posledních 12 měsících užilo konopné látky 30 % zkoumané populace, extázi necelé 2 %, pervitin 1 % a těkavé látky 4 % mladistvých. V posledních 30 dnech užilo konopné látky 14,6 % respondentů, extázi, pervitin i heroin užilo v posledních 30 dnech 0,5 %, těkavé látky zneužilo 1,5 % mladistvých ve věku 15 - 16 let. Podle pohlaví jsou významnější rozdíly pouze u užití konopných látek a halucinogenních látek a anabolik, které jsou zneužívané častěji chlapci. Dívky častěji zneužívají analgetika a sedativa. U ostatních nelegálních drog významné rozdíly zaznamenány nebyly. Z dlouhodobého vývoje vyplývá, že studenti středních učilišť a také středních odborných škol mají výrazněji vyšší zkušenost s užitím drog. Před dovršením 14 let mělo první zkušenost s kouřením cigarety 68 %, s požitím piva 71 % a vína 56 % dotazované populace. Mladiství, kteří mají zkušenosti s nelegálními drogami, získali drogy nejčastěji od kamarádů, dívky častěji drogu dostaly, chlapci si ji spíše koupili. V roce 2003 bylo více mladistvých, kteří užívali drogy ve skupině kamarádů naproti tomu bylo méně osob, které si drogy koupily samy. Podle odhadů mělo v roce 2011 jakoukoliv zkušenost s užitím nelegálních drog cca 250 tisíc osob ve věku 15 - 19 let, opakovanou zkušenost by pak mělo více než 100 tisíc těchto osob. Z odhadů vyplývá, že se snížil počet dospívajících ve věku 15 -19 let, kteří byli vystaveni působení nelegálních drog. Dotazovaní hodnotí subjektivně dostupnost cigaret a alkoholu jako vysokou, od roku 1999 se snižuje subjektivní vnímání dostupnosti pervitinu, u extáze je pokles zaznamenán od roku 2003, v roce 2011 byl prvně zaznamenán pokles subjektivně vnímané dostupnosti u konopných látek. Ze studie v roce 2011 vyplynulo, že mladiství považují za rizikové chování 20 a více vykouřených cigaret denně a 4 a více sklenic alkoholu téměř denně. V poslední době došlo ke změně vnímání rizikovitosti drog. Od roku 1995 dochází k poklesu vnímání nebezpečnosti legálních drog, u nelegálních drog dochází od roku 2003 po předchozím poklesu ke zvyšování vnímavosti nebezpečnosti drog. Studenti v roce 2011 uvádějí jako nejčastější problémy související s konzumací alkoholu tyto problémy: problémové vztahy s přáteli (24 %) problémové vztahy s rodiči, problémy ve škole (oba po 20 %), nehodu nebo zranění (16 %), zvýšený výskyt agresivního chování (15 %), sex bez ochrany (16 %) a sexuální zkušenost, které následně litovali (14 %) (84).

1.1.4.2 Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v ČR v roce 2008

Tato studie navazovala na Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR, která byla realizovaná Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR v roce 2004. Tuto studii realizovalo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti společně s Centrem adiktologie 1. LF UK v Praze a Lékařským informačním centrem (36). Sběr dat provedla 16. až 20. října 2008 agentura INRES-SONES (3). Cílem této studie bylo zmapování situace v oblasti užívání legálních a nelegálních drog. Výzkum se zabýval prevalencí kouření, konzumací alkoholu, užívání psychoaktivních léků a zkušeností s užíváním nelegálních drog. Dále se výzkum zabýval vnímáním rizikovosti užívání návykových látek a vnímáním jejich dostupnosti respondenty (36). Výzkumný vzorek tvořilo 4500 respondentů ve věkovém rozmezí 15 - 64 let, z toho 2263 mužů a 2237 žen. Základní výběrový soubor byl 4200 respondentů ve věku 15 - 64 let, který odpovídal struktuře obyvatel. Základní výběrový soubor byl navýšen o 300 osob ve věku 15 - 29 let pro získání validních dat o uživatelích konopných drog. Metodou sběru dat byl rozhovor s použitím modelového dotazníku EMCDDA, který byl upraven a rozšířen pro potřeby výzkumu (3).

V životě okusilo 82 % respondentů cigaretu. Denně kouřilo v posledním měsíci více jak 25 % zkoumané populace. Mužů nekuřáků bylo v populaci 43 %, z žen nekouřilo 63 %. V roce 2008 bylo v populaci necelých 10 % abstinentů od alkoholu - žen abstinovalo 13 % a mužů 6 %. Třetina respondentů uváděla, že užívá alkohol 2x týdně a častěji, proto je lze označit jako pravidelné pijáky. Nejvíce pravidelných pijáků bylo ve věkové kategorii 45 - 54 let. Nadměrnou dávku alkoholu (6 a více sklenic za den) přiznalo 42 % mužů a pouhých 17 % žen. Téměř polovina respondentů ve věku 15-17 let uvedla užití alkoholu několikrát v posledním měsíci. Užití analgetik nebo sedativ připouští více než třetina respondentů, u těchto léků je vyšší prevalence u žen oproti alkoholu a tabáku. V posledním měsíci užilo tyto léky 29 % žen a 17 % mužů, z toho 42 % žen a 30 % mužů ve věkové skupině 55 - 64 let. Nelegální drogu užilo 37 % respondentů, většina z nich užila konopné drogy. Jinou než konopnou drogu užilo 17 % dotázaných. Nejčastěji zneužitou nekonopnou drogu byla extáze, halucinogenní houby, LSD, pervitin, kokain a nejméně heroin. Vyšší prevalence užití nelegálních drog

je ve věkové kategorii 15 - 34 let, dále u mužů, nezaměstnaných, svobodných a osob se základním nebo středním odborným vzděláním. Od roku 2004 došlo k nárůstu prevalence užívání všech druhů nelegálních drog. Nejvýraznější nárůst byl zaznamenán u LSD, pervitinu a halucinogenních hub, u extáze a konopných drog byl nárůst pouze mírný. Postoje k legálním i nelegálním drogám se velmi různí. Lidé nejméně tolerují vyzkoušení heroinu jednou či dvakrát za život, nejvíce respondentů schvalovalo vypití 1-2 alkoholických nápojů denně nebo kouření 10 a více cigaret denně. Dotazovaní jedinci uváděli jako vyšší zdravotní riziko vykouření jednoho balíčku cigaret a více než vyzkoušení marihuany jednou nebo dvakrát za život, které bylo z nabízené škály považováno za jednání z nejnižším stupněm rizika. Získání konopné drogy považuje jedna pětina respondentů za velmi snadné a téměř polovina za celkem nebo velmi snadné. Více než jedné polovině respondentů byla konopná droga někdy nabídnuta. Se společenskou nebezpečností narůstal rozdíl mezi dostupností a prevalencí užití drogy, což znamená, že více rizikové drogy byly méně užívány. Z mezinárodního srovnání vyplynulo, že prevalence užití LSD, extáze, pervitinu a konopných drog je vyšší než evropský průměr, naopak v užití kokainu je ČR pod evropským průměrem (3).

Na tuto studii navazuje studie Národní výzkum užívání návykových látek 2012 (36). Národní výzkum užívání návykových látek 2012 probíhal od října do listopadu 2012 a výzkumný vzorek tvořilo 2134 respondentů ve věkovém rozmezí 15-64 let. Studii realizoval Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti společně se sociologickou agenturou SC&C. Metodou sběru dat byl dotazník, vycházející z modelového dotazníku vytvořeného EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost), který byl rozšířen o otázky zaměřující se na problematiku dostupnosti nelegálních drog, nových psychoaktivních látek a užívání konopných látek pro léčebné účely. Do dotazníku byly také zařazeny bloky týkající se hraní sázkových her a duševního zdraví. Kvůli metanolové aféře byly do dotazníku zařazeny také otázky týkající se konzumace alkoholu (3).

1.1.5 Užívání drog

Zneužívání drog můžeme rozdělit na rizikové užívání, dysfunkční užívání a škodlivé užívání. Rizikové užívání drog může způsobovat poškození uživatele drog nebo narušení jeho normálních funkcí. Dysfunkční užívání vede k poškození psychologických nebo sociálních funkcí. Škodlivé užívání drog prokazatelně poškozuje uživatele fyzicky nebo duševně (60).

V devadesátých letech 20. století byl odborem situační analýzy EMCDDA systém 5 harmonizovaných indikátorů, který umožňuje odborně posoudit míru a závažnost drogové situace na mezinárodní, národní, regionální a lokální úrovni v rámci Evropy. Tento systém hodnotí úmrtnost drogových uživatelů, prevalenční odhady, populační průzkumy, poptávku po léčbě a odborných službách a infekční nemoci spojené s užíváním drog. Tyto indikátory se používají i v České republice (54).

1.1.6 Drogová závislost

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zní definice závislosti takto: „Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky.“ (51).

Jiří Dvořáček definuje závislost takto: „Závislost je kontinuálně narůstající přeměna mozkového libostního systému (= systému odměny) při pravidelném kontaktu se silnou libostí (odměnu) takovým způsobem, že člověk ztrácí schopnost získ libosti oddalovat, plánovat, regulovat a vyvíjet pro její dosažení jiné než jednoduché strategie.“ (61).

Drogová závislost je ovlivněna třemi hlavními faktory: osobou, zneužívanou látkou a prostředím. Mezi těmito faktory dochází ke komplexní interakci. Dalšími faktory, které mohou ovlivňovat drogovou závislost, jsou: rodina, sociální a kulturní faktory atd. (60). Model závislosti je popsán v Příloze č. 2.

Drogovou závislost můžeme rozdělit na psychickou a fyzickou. Psychická závislost je definována jako stav, kdy dochází k příjemným pocitům a uspokojením po

použití drogy, případně k zabránění nepříjemných pocitů vznikajících při absenci drogy. Jako fyzická závislost se označuje adaptační stav organismu, který nastává při omezení nebo zabránění podání drogy. Fyzická závislost se projevuje jako intenzivní tělesné potíže po omezení nebo zabránění použití drogy, které jsou označovány jako abstinenční syndrom (60).

1.1.6.1 Vývoj závislosti

Závislost je děj, který se vyvíjí v čase a dá se rozdělit do čtyř stádií. Jednotlivé fáze nejsou ostře ohraničené, začátek a konec fází se překrývá (61).

První stádium tzv. období bezproblémového užívání začíná prvním užitím drogy. Následné užívání drogy je nepravidelné, nahodilé, bez konkrétní frekvence a množství. Užívání většinou nepřináší uživateli ani okolí žádné potíže. Přejchod do 2. stádia - období utváření stereotypů je postupné a nenápadné (61).

Ve druhém stádiu tzv. období utváření stereotypů dochází k vytváření stereotypů a postupně se vytváří pravidelnost v užívání drog. Uživatel - jeho mozek - si spojuje užívání drogy s konkrétními lidmi, konkrétním místem, časem, situací nebo psychickým rozpoložením (61).

Do třetího stádia tzv. období vytvoření stereotypů vstupuje uživatel také postupně a nenápadně. Období vytvoření stereotypů je typické tím, že stereotypy v užívání drog jsou vytvořeny a pokud nedojde k užití drogy, nastává u uživatele k různě silnému neklidu, mrzutosti atd. (61).

Čtvrtým stádiem je závislost. Začátek období závislosti se dá definovat jako období, kdy dojde k prvním abstinenčním příznakům. Typické pro toto období je snaha udržení hladiny drogy v těle, chování uživatele směřuje především k nejefektivnějšímu získání drogy. Dalším typickým znakem tohoto období je postupné opouštění všech činností, které s drogou nesouvisí. V tomto období dochází k postupnému sociálnímu, zdravotnímu, hodnotovému a osobnostnímu vyhoření. Závislost může skončit pouze zhroucením tělesného zdraví a smrtí, zhroucením duševního zdraví a psychickou poruchou (např. demencí) nebo abstinencí po úspěšné terapii (61).

1.1.7 Důsledky zneužívání drog

Důsledky zneužívání drog můžeme rozdělit na zdravotní a sociální (61). Po ukončení závislosti - tedy v období abstinence - přetrvává velká řada důsledků několik let nebo do konce života (48).

1.1.7.1 Sociální důsledky

Závislost ovlivňuje postavení jedince ve společnosti, jeho mezilidské vztahy, jeho společenské role, schopnost užít se, udržet si práci a bydlení, schopnost péče o své blízké. Mezi nejčastější sociální důsledky závislosti patří bezdomovectví, neschopnost hospodařit s penězi a zadluženost závislých jedinců, kriminalita, ztráta zaměstnání a nezaměstnanost, nedokončení školní docházky, ztráta osobních dokladů především občanského průkazu a průkazu zdravotní pojišťovny, sociální izolace, komplikované rodinné vztahy, neschopnost řešit vzniklou situaci (48, 61).

V roce 2010 bylo spácháno necelých 20 000 trestných činů pod vlivem návykových látek, což bylo téměř 15 % všech objasněných nebo dodatečně objasněných případů. Necelých 11 tisíc případů bylo klasifikováno jako ohrožení pod vlivem návykové látky a opilství, necelé 3 tisíce případů byly poté překlasifikovány na nedbalostní silniční dopravní nehody (66). EMCDDA označuje jako „trestnou činnost související s drogami“ 4 druhy trestné činnosti - trestné činy psychofarmakologicky motivované, trestné činy ekonomicky motivované, systémové trestné činy a trestné činy proti drogovým zákonům (89). V České republice se „trestná činnost související s drogami“ dělí na dvě základní skupiny - primární a sekundární drogovou kriminalitu (83).

Primární drogová kriminalita zahrnuje trestné činy označované EMCDDA jako „trestné činy proti drogovým zákonům“ (66). Podle trestního zákoníku sem řadíme nedovolenou výrobu a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy, jejich přechovávání, nedovolené pěstování rostlin obsahující omamné a psychotropní látky, výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamných a psychotropních látek a jedu, také sem lze zařadit šíření toxikomanie (9). V roce 2012 tvořila primární drogová trestná činnost 1,3 % všech zjištěných trestných činů, v tomto období bylo

nejčastějšími důvody stíhání za výrobu, pašování a prodej pervitinu nebo konopných látek. Počet stíhaných stejně jako počet odsouzených osob za drogovou kriminalitu u nás již dlouhodobě roste (66).

Trestné činy spojené s výrobou, prodejem a pašováním drog tvoří asi 80 % všech drogových trestných činů. V letech 2011 a 2012 tvořily ženy asi 15 % a mladiství asi 3 % pravomocně odsouzených osob za drogovou trestnou činnost. Již dlouhodobě je asi 30 % osob nepodmíněně odsouzeno, podmíněně je odsouzeno asi 60 % osob. Od roku 2006 klesá počet uložených ochranných léčení. Nejvíce drogových trestných činů je již několik let pácháno v kraji hl. m. Prahy, Středočeském a Karlovarském kraji (26). Mezi sekundární drogovou kriminalitu řadíme trestné činy způsobené užíváním drog nebo v souvislosti s obstaráváním financí na ně. Nejčastějším trestným činem sekundární drogové kriminality jsou krádeže. Údaje pro hodnocení „trestné činnosti související s drogami“ vycházejí pouze z údajů získaných od závislých v léčbě nebo ve výkonu trestu a nikoli od uživatelů, kteří si finanční prostředky obstarávají legálně a nejsou problémovými uživateli drog. Další metodou hodnocení „trestné činnosti související s drogami“ jsou odhady. Proto jsou tyto údaje částečně zkreslené (66). V roce 2012 tvořila sekundární drogová kriminalita 15,3 % trestných drogových činů. Od roku 2005 do roku 2009 tato kriminalita rostla, od roku 2009 již klesá. Nejčastějšími trestnými činy je ohrožení pod vlivem návykových látek nebo opilství (asi 2/3 všech případů), maření výkonu úředního rozhodnutí a krádeže. Podíl trestných činů spáchaných pod vlivem drog je oproti trestným činům spáchaných pod vlivem alkoholu zanedbatelný. Od roku 2007 klesá podíl trestné činnosti páchané osobami pod vlivem alkoholu ve prospěch drog (26).

Počet dopravních nehod způsobených pod vlivem nealkoholových drog je minimální oproti počtu dopravních nehod pod vlivem alkoholu. V roce 2012 bylo spácháno 4974 dopravních nehod způsobených pod vlivem alkoholu a 173 dopravních nehod pod vlivem nealkoholových drog. Ze 173 dopravních nehod způsobených pod vlivem nealkoholových drog bylo 19 nehod spácháno v kombinaci s alkoholem. Při těchto nehodách bylo zraněno 71 osob a 3 osoby byly usmrceny. Od roku 2007 Policie ČR provádí u řidičů testování také na nealkoholové drogy ze slin (26).

1.1.7.2 Zdravotní důsledky

Mezi nejzávažnější zdravotní důsledky zneužívání drog patří především onemocnění vzniklá nitrožilní aplikací drog (61). Podle Registru žádostí o léčbu užívá pervitin nitrožilně asi 80 % hlášených uživatelů drog, opiáty (heroin nebo buprenorfin) užívá nitrožilně skoro 90 % žadatelů o léčbu užívajících opiáty. U klientů psychiatrických ambulancí je počet intravenózních uživatelů nižší. Vzájemné sdílení jehel a stříkaček dlouhodobě klesá, v poslední době dochází i poklesu opakovaného použití jehel a stříkaček (26). Nitrožilní užívání drog může způsobovat tromboflebitidy, které vedou ke vzniku varixů, dále mohou způsobovat abscesy, flegmóny a plicní embolie. Dalším velkým rizikem u nitrožilního užívání drog jsou infekční onemocnění, především HIV a VHB a VHC (61). V České republice je prevalence HIV mezi uživateli drog necelé 1 %, v roce 2012 bylo nově diagnostikovaných 5 případů u injekčních uživatelů drog (26, 52). V roce 2012 bylo testováno na HIV 2 892 uživatelů drog, což je přibližně stejný počet jako v roce 2003 (2 629 testů). Prevalence VHC v roce 2012 činila mezi injekčními uživateli drog od 20 - 30 % v nízkoprahových zařízeních a až 60 - 70 % v substituční léčbě. V posledních letech klesá incidence VHB u intravenózních uživatelů drog. Počet nových případů VHC v roce 2011 meziročně stoupl o 15 %, v roce 2012 se počet nezměnil. Dlouhodobě roste průměrný věk nakažených VHB a VHC u injekčních uživatelů drog. Nejen u intravenózních uživatelů drog klesá v letech 2011 - 2012 počet hlášených případů syfilis. Snížil se také počet hlášených případů onemocnění kapavkou. Tuberkulóza u uživatelů drog se vyskytuje málo (do 18 případů ročně), oproti uživatelům alkoholu, u uživatelů drog výskyt tuberkulózy klesá (26).

Drogy, které jsou aplikovány perorálně poškozují sliznice jícnu, žaludku a střev, také i jiných orgánů. Kouření návykových látek může způsobovat různé nádory a záněty horních i dolních cest dýchacích. Šňupání může způsobit nádory, vleklé záněty a perforaci nosní přepážky (61). Dalšími zdravotními problémy jsou různá psychická onemocnění (48). U uživatelů alkoholových a nealkoholových drog je vyšší riziko spáchání sebevraždy oproti běžné populaci (6). Sebevražedné chování ovlivňuje mimo

jiné i počet zneužívaných látek - čím více drog uživatelé kombinují, tím se zvyšuje i riziko sebevražedného chování. Výzkumy zabývající se vztahem sebevražedného chování a užíváním drog naznačují, že uživatelé opiátů, kokainu a sedativ mají výrazně vyšší riziko sebevražedného chování (49).

1.1.7.3 Drogová mortalita

Úmrtí pod vlivem drog se začaly shromažďovat na přelomu let 1997/1998. V té době začala data o úmrtích pod vlivem drog sbírat Meziresortní protidrogová komise vlády ČR a 1. oddělení I. odboru Úřadu vyšetřování hl. m. Prahy Policie ČR (66).

Püschel dělí drogovou mortalitu na čtyři skupiny. První skupinou jsou úmrtí v důsledku úmyslného nebo náhodného předávkování, do této skupiny lze zařadit neúmyslná předávkování například z neznalosti koncentrace drogy nebo sebevraždu předávkováním, tzv. zlatou ránu. Druhou skupinu tvoří úmrtí v důsledku dlouhodobého zneužívání drog, sem patří především úmrtí v důsledku infekce HIV/AIDS z infikované jehly, cirhotického selhání po prodělané VHB nebo VHC, úmrtí z malnutrice, sepse, endokarditid atd.. Třetí skupina jsou sebevraždy spojené se závislostí na drogách, patří sem především sebevraždy pod vlivem drog a sebevraždy v abstinenčním stavu. Čtvrtou skupinu tvoří smrtelné nehody ovlivněné drogami. Do této skupiny patří dopravní nehody pod vlivem drog, pády z výšek pod vlivem drog atd.. Druhá, třetí a čtvrtá skupina je od sebe těžko odlišitelná, stejně tak těžko odlišitelné jsou u první skupiny úmyslná a náhodná předávkování (62).

Drogová mortalita se dá také dělit na přímá a nepřímá drogová úmrtí. Mezi přímá drogová úmrtí se řadí všechna úmrtí, kdy byl prokázán farmakologický mechanismus smrti, což znamená selhávání životních funkcí v důsledku biochemických vlastností dané drogy. K těmto úmrtím dochází bezprostředně nebo po velmi krátkém časovém úseku po užití drogy. Do přímých drogových úmrtí patří pouze první Püschelova skupina drogové mortality. V roce 1998, kdy se začala přímá úmrtí evidovat, bylo zaznamenáno 102 případů, v roce 2000 jich bylo 145, v roce 2002 pouze 93 a v roce 2005 jich bylo již 218 (66). V roce 2012 bylo evidováno 45 přímých drogových úmrtí (26). Jako nepřímá drogová úmrtí se označují všechna úmrtí, kdy byly

v tělních tekutinách nebo tkáních zemřelého nalezeny metabolity drogy. Nepřímá úmrtí nelze stoprocentně oddělit od přímých úmrtí, podle Püschelova rozdělení drogové mortality sem spadá třetí a čtvrtá skupina. Do této kategorie spadají úmrtí v příčinné souvislosti s užitím drogy i úmrtí, kdy příčinná souvislost mezi úmrtím a užitím drogy neexistovala, díky tomu tato kategorie spíše udává rozšíření užívání drog v populaci než skutečná zdravotní rizika drog. Nepřímá úmrtí se sledují od roku 2003 (66).

V letech 1998 až 2004 bylo zaznamenáno nejvíce případů předávkování (83) pomocí benzodiazepinů (463 případů), opioidů (262), pervitinu (124 případů) a rozpustidel (71 případů). Konopné látky nebyly nalezeny v žádném případě, kokain byl příčinou jednoho předávkování v roce 2004, MDMA v roce 2003, halucinogeny byly příčinou 2 předávkování v roce 2000. Předávkování na opioidy a pervitin v období 1998 až 2004 postupně klesala, naproti tomu předávkování pomocí benzodiazepiny stoupalo ze 41 případů v roce 1998 až na 94 případů v roce 2004. U pervitinu bylo zaznamenáno nejméně případů předávkování v roce 2001 (48). Od roku 2001 se počet předávkování zvyšoval, v roce 2004 bylo již 16 nových případů. Předávkování rozpustidly lehce stoupala, do roku 2001 nebyl zaznamenán žádný případ, v letech 2001 - 2004 se počet nových případů pohyboval od 15 do 20 případů za rok (83). V roce 2012 bylo evidováno 45 případů předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami, v tomto roce proběhla metanolová aféra, kdy zemřelo na otravu metanolem celkem 49 osob (26).

1.1.8 Léčba

Existují 3 základní typy léčby závislosti na drogách. Prvním typem je léčba s farmakologickou podporou, kdy se užívá při závislosti na heroinu substituce v podobě metadonu či Subutexu. Léčba by měla být doplněna různými terapiemi a měla by klienta směřovat k abstinenci orientované léčbě. Druhým typem je abstinenci orientovaná léčba a třetím typem je detoxikace. Předpokladem úspěšné léčby je vždy motivace jedince, který se chce vyléčit a abstinovat. Každý jedinec potřebuje odbornou pomoc při léčbě závislosti na drogách (23). Systém sociálních služeb je popsán v Příloze č. 3.

Při detoxifikačních programech se kombinuje zdravotnický přístup včetně psychoterapie a sociální přístup. Součástí detoxifikačních programů je zmírnění odvykacích příznaků, provedení základního vyšetření, zabránění rozvoje komplikací a zahájení terapie, dále poradenství a pomoc (65).

1.2 Sebevražedné chování

Podle WHO je sebevražda akt záměrného zabití sama sebe (27). Podle odhadů WHO ročně spáchá sebevraždu asi 900 000 lidí z celého světa (81). Z celosvětových statistik vyplývá, že sebevražedné jednání je jednou z hlavních příčin úmrtí lidí ve věku mezi 15 - 44 lety, u osob od 15 do 34 let věku je sebevražedné chování po dopravních nehodách druhou nejčastější příčinou úmrtí. Česká republika patří spolu se skandinávskými zeměmi k zemím s vysokým výskytem sebevražedného jednání (87). Sebevražedné jednání je se sebepoškozováním velmi závažný projev autoagrese. Sebevražda je záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba nemůže být jista, zda tento akt přežije či nikoliv. Sebevražedné chování zahrnuje dokonané sebevraždy, sebevražedné pokusy, záměry, myšlenky a fantazie (22). Sebevražda neboli suicidium je záměrné jednání ohrožující vlastní život, které má za následek smrt, jedná se o úmyslné ukončení vlastního života (22, 60). Nejčastější příčinou sebevražedného jednání je únik ze zátěžové situace, kterou daný jedinec není schopen řešit jiným způsobem a ztrácí smysl života (22). Masaryk tvrdí, že sebevraždu nikdy nespáchá zdravý člověk (50).

Pro hodnocení závažnosti sebevražedného chování je důležitý zvolený způsob sebevraždy. Způsob sebevraždy můžeme rozdělit na měkčí a tvrdší. Mezi měkčí patří například požití léků, mezi tvrdší způsoby sebevraždy řadíme oběšení, skok z výšky, postřelení střelnou zbraní atd. Dalším důležitým faktorem je čas, po který jedinec sebevraždu plánuje (22). Osoby, které plánují sebevraždu si většinou vybírají nebezpečné metody spáchání, jako je například zastřelení střelnou zbraní, skok z výšky, oběšení atd. (60).

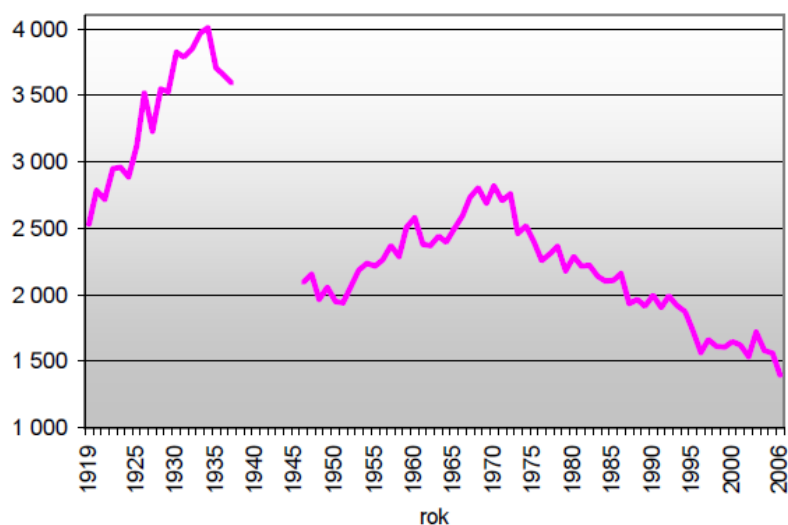
Podle 10. revize MKN jsou sebevraždy označené jako úmyslná sebepoškození pod kódy X 60 - X 84 a tvoří druhou nejpočetněji zastoupenou skupinu příčin úmrtí (11).

1.2.1 Vývoj sebevražd na území ČR

Česká republika společně se skandinávskými zeměmi patří k zemím s vysokým výskytem sebevražděného jednání (87). Na našem území se statisticky sebevraždy sledují od roku 1876, tato data je ovšem nutné brát s respektem, protože v minulosti bylo mnoho sebevražd, kvůli nátlaku společnosti a náboženství, klasifikována jako přirozená úmrtí nebo nehody. Také je třeba si uvědomit, že počty sebevražd jsou relativně malými čísly a proto mohou být ovlivněny náhodnými vlivy (12).

Počet lidí, kteří spáchají sebevraždu, se od druhé poloviny 70. let snižuje. V roce 2007 bylo zaznamenáno historické minimum (11). Počet sebevrahů v roce 2006 byl nižší než polovina poválečného maxima, které bylo v roce 1970. Historické maximum počtu sebevražd bylo v roce 1934 (12). Na grafu č. 1. je patrný vývoj sebevražděného chování od roku 1919 do roku 2006.

Graf č. 1: Vývoj sebevražděného chování na území ČR od roku 1919 do roku 2006



Zdroj: ÚZIS

Nejvíce sebevražd bývá spácháno v pondělí, nejméně sebevražd bývá spácháno v sobotu, neděle je však také pod úrovní počtu sebevražd spáchaných v pátek, kdy je nejnižší hodnota v pracovním týdnu. Podle pověr by měl být nejvyšší výskyt sebevražd o Vánocích a na podzim, to ale údaje Českého statistického úřadu (dále ČSÚ)

nepotvrzují - v letech 1994 - 2010 bylo spácháno nejvíce sebevražd v březnu až červnu a naopak nejméně v září, listopadu a říjnu, v letech 2006 - 2010 byl zaznamenán ještě výrazný pokles v červenci. Pokud jde o dny během roku, statisticky podprůměrné jsou dny v období Vánoc, ovšem 1. ledna bylo spácháno nejvíce sebevražd (11).

Po přepočtu ke stavu obyvatel v letech 1994 - 2010 sebevraždnost vzrůstá až do věkové kategorie 45-49 let, která je prvním vrcholem, poté sebevraždnost klesá do věkové kategorie 60 - 65 let, tato kategorie je druhým minimem. Od této věkové kategorie opět sebevraždnost stoupá až do věkové kategorie 85-89 let, kdy je vůbec nejvyšší hodnota sebevraždnosti v populaci. Nejčastěji voleným způsobem sebevraždy je oběšení, což připadá na 60 % z celkového počtu sebevražd spáchaných za období 2004 - 2010, poté následuje otrava (11%), zastřelení (10%), skok z výšky (8 %) (12).

V letech 2006 - 2010 spáchalo sebevraždu 7 120 osob (z toho 5887 mužů a 1233 žen). V tomto období připadalo na 1 dokonanou sebevraždu ženy 4,8 sebevražd mužů. Nejčastější volenou metodou v tomto období bylo oběšení (67,4% muži a 44,8 % ženy), muži jako další nejčastější metodu volili zastřelení (11,5 %). Ženy volí jako způsob sebevraždy zastřelení minimálně, naopak častěji než muži volí otrávení a skok z výšky. V letech 2006 - 2010 bylo nejvíce (12 případů na den) sebevražd zaznamenáno v neděli 2. 12. 2007, úterý 24. 2. 2009, pátek 26.2.2010 a čtvrtek 10.6. téhož roku, ve sledovaném období bylo 19 dní s výskytem sebevražd více než 10 sebevražd na den (11).

1.2.2 Sběr dat

Od roku 1963 do roku 2002 vycházela jednou ročně publikace Sebevraždy, kterou zpracovával ÚZIS ČR. Podkladem pro zpracovávání bylo povinné hlášení, které bylo zpracovávalo formou tiskopisu Statistické hlášení příčin a okolností dokonané sebevraždy. V této publikaci byla data tříděna dle věkových skupin, pohlaví, způsobu provedení, motivu, místa činu, psychiatrické diagnózy, rodinného stavu, trvalého bydliště a dále podle hodiny, dne a měsíce spáchání sebevraždy. Na tuto publikaci bohužel nenavazuje žádná publikace a nebyla ani žádnou další publikací nahrazena (72).

Údaje o sebevraždě v České republice jsou sbírány ČSU a ÚZIS ČR. Mezi těmito evidencemi jsou jisté rozdíly v hodnotách počtu sebevražd. ÚZIS ČR zpracovává údaje již od roku 1963 nepřetržitě. ÚZIS ČR shromažďuje data z tiskopisu Statistické hlášení příčin a okolností dokonané sebevraždy. ÚZIS zpracovává údaje nepřetržitě od roku 1963. Od roku 1995 se posílá kopie Listu o prohlídce mrtvého ÚZIS ČR, pokud byla příčina smrti klasifikována jako dokonaná sebevražda. ÚZIS ČR následně vyzve dané pracoviště k vyplnění tiskopisu Statistické hlášení příčin a okolností dokonané sebevraždy. FSÚ (Federální statistický úřad), který se transformoval v ČSÚ zpracovává údaje na základě hlášení o úmrtí, které se provádí pomocí tiskopisu List o prohlídce mrtvého. Data pro ČSÚ jsou získávána matrikami, proto je neovlivňují organizační změny zdravotnictví nebo správní uspořádání státu. ČSÚ poskytuje úplnější údaje o sebevraždě v České republice, ale neobsahuje údaje pro evidenci důležitých preventivních údajů, které naopak obsahuje evidence ÚZIS. WHO (Světová zdravotnická organizace) poskytuje informace ČSÚ (72).

Do roku 1990 evidoval ÚZIS ČR i pokusy o sebevraždu, které ČSÚ nikdy neevidoval, po roce 1990 se pokusy o sebevraždu již neevidují (72).

Sběr dat ve světě nemá jednotné uspořádání a ovlivňují jej i jednotlivé definice sebevražedného pokusu. V Evropě se jako sebevražedný pokus označuje úmyslné sebepoškození s úmyslem zemřít. Naopak v Americe je sebevražedný pokus hodnocen mnohem komplexněji - posuzuje se zde stupeň poškození, letalita použité metody a míra sebevražedného úmyslu. Nejen proto je problematické porovnávat americké a evropské studie (40).

1.2.3 Sebevražedné chování a závislosti

Drogově závislí jedinci jsou ohroženi sebevražedným chováním více než běžná populace (6). Již samotné kouření tabáku zvyšuje riziko spáchání sebevraždy (68). U uživatelů opiátů se zvyšuje riziko sebevražedného chování až 14tinásobně oproti běžné populaci (2). Ze zahraničních studií vyplývá, že 15 - 25 % uživatelů drog trpí sebevražedným chováním kvůli další komorbiditě, především kvůli depresím, úzkostným poruchám nebo poruchám osobnosti (87). Drogy mohou samy o sobě

zvyšovat riziko sebevražděného chování anebo mohou působit jako akcelerator sebevražděného chování. U nealkoholových drog riziko sebevražděného chování ovlivňuje mnoho dalších faktorů vznikajících v důsledku užívání drog. U drogově závislých jedinců dochází často kvůli užívání drog k emočním poruchám (úzkost a deprese), zdravotním problémům (úrazy v intoxikaci, somatické komplikace), sebevražděné chování také negativně ovlivňují tíživé životní situace jako jsou finanční a sociální problémy. Riziko sebevražděného chování výrazně zvyšuje pití alkoholu v mladistvém věku, čím dříve jedinec začne užívat alkohol, tím se u něj zvyšuje riziko sebevražděného chování (86).

Riziko sebevražděného chování výrazně zvyšuje závislost na drogách nebo alkoholu (1). Z některých výzkumů vyplývá, že polymorfní užívání drog je nejrizikovější, kombinace sedativ a nelegálních drog zvyšuje riziko sebevraždy až 40x oproti běžné populaci (2). Již Masaryk popsal jako jeden z hlavních důvodů pro spáchání sebevraždy konzumaci lihových nápojů ve velkém množství (50). Sebevražděné chování se zvyšuje u uživatelů drog, pokud drogy kombinují (49). Drogy se mohou stát prostředkem sebevražděného jednání (45).

Pavlica provedl výzkum s 57 uživateli drog, u kterých bylo zaznamenáno sebevražděné chování. Z jeho výzkumu vyplynulo mnoho zajímavých závěrů. Sebevražděným jednáním jsou nejvíce ohroženi alkoholici. Riziko sebevražděného chování se zvyšuje, pokud se v okolí někdo pokusil o sebevraždu. Závislost na drogách asociuje se sebevražděným chováním. Závislí jedinci, kteří se pokusili o sebevraždu, pociťovali v původní rodině menší emoční podporu a menší pomoc zejména od matky, otce i širší rodiny (57).

Püschel řadí sebevraždy spojené s drogami do dvou skupin úmrtí. První skupinu tvoří úmrtí v důsledku úmyslného nebo náhodného předávkování, kam spadá sebevražda pomocí předávkování tzv. zlatá rána. Druhou skupinu tvoří sebevraždy spojené se závislostí na drogách, do této skupiny patří sebevraždy spáchané pod vlivem drog nebo v abstinenčním stavu (62). Bohužel u sebevražd spáchaných pod vlivem drog se nedá vždy jednoznačně odlišit, zda šlo o nehodu nebo záměr. V některých případech je také obtížné určit, zda šlo o sebevraždu nebo o trestnou činnost související s drogami,

z tohoto důvodu je nutné při nalezení mrtvoly důkladně ohledat místo činu a provést pitvu, což se ve všech případech neděje (83). Případy, které jsou vedeny v evidenci jako předávkování, jsou často ve skutečnosti pouze reakcí na dramatickou událost a jedná se o sebevraždu (87).

1.2.4 *Formy sebevražedného chování*

Suicidalitu můžeme rozdělit na sebevražedné myšlenky a sebevražedné jednání s fatálními nebo nefatálními následky (60).

1.2.4.1 *Sebevražedné myšlenky*

Sebevražednými myšlenkami trpěl v životě asi každý, ale pokud jde o intenzivní myšlenky a jedinec na ně musí myslet převážnou část času a nedají se zahnat, jedná se o již o formu sebevražedného jednání. Poustka charakterizuje sebevražedné myšlenky verbálními i neverbálními projevy. Při posuzování sebevražedných myšlenek zohledňujeme jejich intenzitu, dobu po kterou má jedinec sebevražedné myšlenky a jejich konkrétnost (45).

1.2.4.2 *Sebevražedné tendence*

Je další etapa ve vývoji suicidálního vývoje. Jedinec se již připravuje na samotný akt, například shromažďuje léky, shání si zbraň atd. (45).

1.2.4.3 *Sebevražedný pokus (tentamen suicidii)*

Sebevražedný pokus je definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem (45, 60). Jedinec sebevražedný pokus přežije. V sebevražedném pokusu jsou zahrnuty také osoby, které si doopravdy přejí zemřít, ale z nějakého důvodu se jim to nepodaří (60). Někteří autoři vnímají kvalitativní rozdíly mezi sebevražedným pokusem a dokonanou sebevraždou.

- u žen dominuje sebevražedný pokus, u mužů naopak dokonaná sebevražda

- sebevražedný pokus dominuje u žen i mužů v první polovině života a ve druhé polovině dominuje dokonaná sebevražda
- u sebevražedných pokusů jsou použity častěji měkké způsoby, u dokonaných sebevražd spíše tvrdé
- k sebevražedným pokusům dochází častěji ze spontánních, nepromyšlených rozhodnutí, naopak dokonané sebevraždě předcházelo delší plánování (45).

U sebevražedného pokusu nemusí chtít jedinec skutečně zemřít a může mít ambivalentní postoje. Tyto ambivalentní postoje jsou typické u adolescentů. Mezi sebevražedný pokus řadíme i parasuicidium a simulaci suicidálního jednání. Parasuicidium je definováno jako sebevražedný pokus, u něhož není přítomen úmysl zemřít, jedná se tedy spíše o sebepoškozování. Simulací sebevražedného jednání se jedinec snaží vyhnout nebo oddálit nepříjemné skutečnosti nebo chce něco získat (například oddálení nástupu do vězení) (45).

Osoba, která se pokusila spáchat parasuicidium, chce ve většině případů manipulovat lidmi v okolí, neverbálně sdělit své pocity jako je například úzkost. Osoby, které páchají parasuicidium často předpokládají zásah druhých a vybírají si většinou měkké metody, u kterých je nižší pravděpodobnost smrti, například předávkování léky (60). Pokus o sebevraždu je nejčastěji motivován interpersonálními vztahy. Suicidální pokus v anamnéze představuje vysoké riziko pro další pokus či spáchání dokonané sebevraždy (45).

1.2.4.4 Dokonaná sebevražda

Dokonaná sebevražda je charakterizována jako úmyslný sebepoškozující akt s fatálními následky (40). Sebevražda má za následek smrt a je to sebepoškozující akt, který je způsoben sebou samým s vědomím úmyslem zemřít. Stengel definuje sebevraždu jako každý záměrný sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda přežije (45). Při dokonané sebevraždě vždy dojde k úmrtí (60). Sebevraždy jsou nejčastěji motivovány intrapsychickými motivy a pocitem ohrožení (45).

1.2.5 *Druhy sebevražd*

Sebevraždy můžeme dělit podle motivu sebevraždy na několik druhů podle motivace sebevražedného jednání nebo v jakém kontextu k nim dochází.

- Biická sebevražda - motiv vychází z reality, při biické sebevraždě nemusí být přítomna psychická porucha (22).
- Patická sebevražda - tento druh sebevraždy je spojen s depresemi, schizofrenií, závislostí na omamných látkách, s poruchami osobnosti, posttraumatickou stresovou poruchou atd. (75).
- Bilanční sebevražda - důvod této sebevraždy vychází z racionálního zhodnocení svých problémů a tíživé situace (22). Člověk, který spáchá bilanční sebevraždu, většinou ztratil smysl života (73). Jedinec si přeje po fundované úvaze doopravdy zemřít. Tento druh sebevraždy je častý při nevyléčitelných onemocněních (22). Pokud jedinec trpí tělesnou chorobou zvyšuje se riziko sebevraždy 2-100x (75).
- Impulzivní sebevražda - při impulzivní sebevraždě jednají jedinci v afektu a nepřemýšlejí o způsobu a prostředcích spáchání sebevraždy (22). Jedinci reagují na aktuální impulz, nepřemýšlejí o způsobu a prostředcích sebevraždy. Ve většině případů chtějí zemřít (73). Často na sebe chtějí upozornit a „volají o pomoc“ a sebevraždu volí jako krajní prostředek k dosažení svých cílů (22).
- Rituální sebevražda - rituální sebevraždy jsou prováděné kvůli různým druhům zasvěcení atd.. Historicky nejznámější jsou samurajové a seppuku (22).
- Skupinové sebevraždy neboli sebevražedné jednání více lidí - tento druh sebevraždy se často vyskytuje v různých sektách jako způsob spasení. Jedinci chtějí získat lepší a hodnotnější život než je jejich současný. Při tomto druhu sebevraždy je nutné odlišit

iniciátora, který si tímto často upevňuje své postavení a dokazuje si moc nad druhými. Ostatní však mohou spáchat tento druh sebevraždy dobrovolně (73).

- Protrahovaná sebevražda - jedinec se opakovaně intoxikuje v průběhu několika dní, časté je zvyšování dávky. Pokud toto nevede ke smrti, jedinec opakuje svůj pokus zvýšením dávky. Důvodem smrti může být pouze předávkování. Často se také objevuje pořezání (45).

- Účelová sebevražda - při této sebevraždě není cíl smrt, ale vyřešení svízelné situace. Jedinec však tento cíl nesleduje záměrně, narozdíl od sebevraždy demonstrativní (45).

- Demonstrativní sebevražda - tuto sebevraždu volí jedinec, pokud chce získat nějaké úlevy či se chce vyhnout nepříjemným situacím či úkolům (například nástupu trestu). Jedinec volí sebevraždu záměrně (45).

- Zkratkovitá sebevražda - pro tuto sebevraždu je typické unáhlené jednání, jedinec nepřemýšlí o jiných možnostech a řeší vzniklou situaci okamžitě (45).

- Rozšířená sebevražda - znamená, že psychicky nemocný jedinec pod vlivem deprese či imperativních halucinací spáchá sebevraždu a zabije také jemu blízkou osobu (45).

1.2.6 Motivace suicidálního jednání

Sebevražedné jednání je spuštěno posledním podnětem, tzv. poslední kapkou. Ve většině případů se problémy kumulují či doplňují a sklony k sebevražednému chování mají určitou latenci (22), sklony k sebevražednému chování se v čase rozvíjí. (73) V některých případech si jedinec nemusí ani uvědomovat, že jde o souhrn více problémů (45). Impulzivní a neočekávané jednání bývá ojedinělé (22).

Vágnerová člení latenci sebevražd do třech fází:

- *první fáze* - fáze symbolické úrovně suicidálních tendencí. V této fázi jedinec, který prožívá řadu zatěžujících situací, uvažuje o řešení těchto situací a sebevražda se mu jeví jako jedna z možností vyřešení této tíživé situace.
- *druhá fáze* - fáze plánování, v této fázi jedinec vyhodnotí sebevraždu jako nejvhodnější způsob řešení své tíživé situace a začne plánovat sebevraždu.
- *třetí fáze* - fáze uskutečnění, jedinec sebevraždu uskuteční (73).

Viewegh popisuje a charakterizuje suicidální vývoj takto:

- je složen z relativně samostatných etap - chování i samotný čin jsou důsledkem celého předchozího vývoje.
- suicidální vývoj obsahuje dvě základní protichůdné tendence - tendenci zůstat na živu (tzv. pud sebezáchovy) a tendenci se usmrtit. Jednotlivé tendence se v průběhu suicidálního vývoje střídají a zaujímají různě důležité postavení.
- sebevrah se může zastavit v kterékoliv fázi suicidálního vývoje (fáze suicidálního jednání jsou suicidální tendence, suicidální pokus a dokonaná sebevražda).
- podklad vývoje tvoří suicidální motivace, včetně jejího jádra, hodnotové postoje sebevraha
- v průběhu suicidálního vývoje dochází většinou ke generalizaci původního konkrétního negativně zabarveného zážitku (76).

Motivaci suicidálního jednání ovlivňuje mimo jiného také adaptace jedince, míra tolerance vůči zátěži, úroveň a charakter získaných zkušeností (22). Člověk mění svůj hodnotový žebříček a mění se jeho sebehodnocení (76).

Vágnerová rozlišuje 2 varianty motivace sebevražedného jednání:

- Sebevražda jako cíl - člověk chce zemřít, protože považuje svůj život za nesnesitelný. Sebevraždu volí jako únik před něčím (například strachem ze smrti, vězením atd.) nebo jako úsilí něco získat (například věčný život atd.) (73).

- Sebevražedné jednání jako prostředek - člověk nechce zemřít a sebevraždou chce pouze manipulovat okolím. Sebevražedné jednání jako prostředek je typické pro demonstrativní sebevraždy (73).

Masaryk shrnuje nejdůležitější motivace sebevražedného jednání v několika bodech:

- většina sebevražd je spáchána v afektu či ve vášnivosti
- omrzlost životem - sem se řadí především otupělost, lenivost či zahálčivost jedinců, výjimečně se objevuje skutečná ošklivost k životu.
- lihové nápoje - hlavně ve velkém množství
- nemanželské děti, promiskuita, znásilnění a prostituce - tyto činy nejvíce nepřímo ovlivňují sebevražednost.
- sebevražda po vraždě či zabití - tato sebevražda je následkem lítosti a výčitek svědomí z nerozvážného činu. Sebevražda se dá považovat jako sebeobžalobou a přiznáním k činu.
- sebevraždy ze spekulace - sem řadíme sebevraždy, které mají vyvolat soustrast, eventuálně mají získat nějakou výhodu pro sebevraha (například milodar) (50).

1.2.7 Způsoby provedení suicidia

Způsob i metody provedení mohou poukázat na vážnost sebevražedného pokusu. Často záleží na kulturních faktorech a dostupnosti prostředků. Při demonstrativních sebevraždách bývají voleny měkčí metody, jako například užití prášků atd. narozdíl od skoku z výšky nebo zastřelení atd. Nejvýznamnějším kritériem pro posouzení závažnosti pokusu o sebevraždu je přítomnost nebo nepřítomnost sebevražedného plánu. Pokud plán není hovoříme o stádiu úvah a nehrozí akutní nebezpečí sebevražedného pokusu. Pokud jedinec má sebevražedný plán, zohledňuje se letalita metody (tvrdší metody jsou závažnější faktor než měkčí metody), dostupnost prostředků, promyšlenost detailů (například zda si jedinci, kteří plánují sebevraždu požitím léků, obstarají předem antiemetikum atd.), příprava na smrt (sepsání dopisu, závěti atd.) (22).

Jedinci volí prostředky pro spáchání sebevraždy podle toho, které jsou jim dostupné (1). Mimo jiné i proto se častěji vyskytují sebevraždy spáchané utopením v oblastech bohatých na vodu (například jižní státy oproti severním státům), tam kde jsou hluboké propasti se více vyskytuje skok do propasti. Výběr způsobu metody sebevraždy souvisí pravděpodobně i s národností. Francouzi se častěji střílejí; Skandinávci, Němci a Slované volí jako způsob sebevraždy oběšení. Výběr metody závisí i na povolání (50).

U mladých a starých se nejvíce vyskytuje oběšení. Muži volí častěji oběšení a zastřelení střelnou zbraní, ženy utopení, dalšími častými metodami je použití plynu, skok z okna či jed. Masaryk udal jako nejčastější způsoby sebevraždy oběšení, jedna třetina až jedna pětina sebevražd je způsobena utopením, poté je používána střelná zbraň, skok z výšky, udušení plynem z uhlí a jed, v tomto období se do popředí dostává i přejetí lokomotivou (50). V letech 1994 - 2006 byl nejčastějším způsobem spáchání sebevraždy oběšení (60 %), poté otrava (11 %) a zastřelení (10 %) a skok z výšky (8 %) (11). V letech 2006 - 2010 bylo nejvíce sebevražd spácháno oběšením, poté zastřelením, otrávením a skokem z výšky. V letech 2006 - 2010 byly pro způsob sebevraždy otravou nejčastěji voleny léky cca 70 % z celkového počtu sebevražd. V letech 2001 - 2010 volili sebevrazi jako nejčastější způsob sebevraždy oběšení, muži dále volili častěji zastřelení, otravu a skok z výšky; ženy naopak volili častěji otravu a pak skok z výšky. Data za roky 1994 až 2010 potvrzují, že nejčastějším způsobem sebevraždy u mužů je oběšení, existují však některá specifika pro různá věková období, skok z výšky volí častěji mladí lidé cca do 30let a pak lidé od 70 let, zastřelení se vyskytuje nejméně u starých osob nad 80 let, otrava je častější u osob od 20 do 55 let, poté se její výskyt snižuje. Ženy v období 1994 až 2010 volily za nejčastější způsob sebevraždy oběšení, jako druhou nejčastější metodu sebevraždy volily otravu, počet otrav se snižuje s věkem. Jako třetí nejčastější metodu sebevraždy volily ženy skok z výšky, kdy sebevraždy skokem z výšky pozvolna klesají do 55 let a poté jejich počet pozvolna opět narůstá. Ženy zřídka volí zastřelení, nejčastěji volí tuto metodu 25 - 29leté ženy, přesto pouze do 10 % (12). V USA bylo v roce 2010 nejčastějším zvoleným způsobem pro sebevražedné chování použití střelné zbraně (50,6 %) a poté oběšení (24,8 %). V USA

muži nejčastěji volí střelnou zbraň, (56 %, ženy pouze 30 %), ženy naopak volí nejčastěji otravu (43 %, muži pouze 12 %). V Americe byla v letech 1990 - 2010 použita střelná zbraň pro spáchání dokonané sebevraždy v 80 - 90 % případech, na následky otravy pro spáchání sebevraždy zemřelo 1,5 - 4 % (1).

Mezinárodní klasifikace nemocí a příčin nemocí obsahuje celkem 25 způsobů provedení sebevraždy v kapitole XX. Vnější příčiny nemoci a úmrtnosti v subkapitole Úmyslné sebepoškození, jsou vedeny pod diagnózami X 60 - X 84 (11).

1.2.8 Příčiny suicidálního jednání

Existuje 5 hlavních skupin rizikových faktorů suicidálního jednání (22).

1.2.8.1 Faktory medicínské

Mezi obecně medicínské faktory řadíme závažná či chronická a terminální stádia nemocí (22). Jako velmi rizikové onemocnění je hodnocena rakovina, HIV, lupus a traumatické poranění mozku, protože při těchto onemocněních lidé trpí dlouhodobě pocity beznaděje, bezmocnosti a chtějí mít kontrolu nad smrtí. Dalším rizikovým medicínským faktorem je chronická bolest, nespavost a případné nežádoucí účinky léků (1).

1.2.8.2 Faktory psychické

Mezi psychické faktory řadíme deprese, psychózy, těžké úzkostné poruchy, hypochondrické poruchy, posttraumatické poruchy, ztráta skutečná i metaforická a také významná data (narozeniny, Vánoce, výročí atd.) ztracených osob (22). Z duševních poruch jsou za nejrizikovější považovány deprese nebo bipolární poruchy, závislosti na alkoholu a drogách, schizofrenie, poruchy chování v mládí, psychotické a úzkostné poruchy a také impulzivita a agresivita. Za významné rizikové faktory jsou dále považovány předchozí pokus o sebevraždu a pokus o sebevraždu nebo sebevražda v rodině (1). Dále osoby, které se pokusily spáchat sebevraždu, před pokusem trpěly pocity studu, odmítnutí, osamělosti, viny nebo se cítily jako zátěž pro okolí (69).

Osoby s tendencí k sebevražednému jednání jsou zpravidla rigidní, méně přizpůsobivé při řešení problémů a hůře se adaptují na podněty, které jsou příčinou

problémů. Emocionálně jsou osoby se sebevražedným chováním depresivní, mají pocity viny, izolovanosti vůči sociálnímu okolí, mohou být až nepřátelští vůči sociálnímu okolí (22). Viewegh považuje za typický příznak sebevražedného jednání potlačení pudu sebezáchovy (77). Děti a adolescenti trpí často vztekem na blízké osoby (rodiče), ale mají zároveň pocit viny, zoufalství a bezmoc (44).

Díky tomu, že je každý jedinec výjimečný, neexistuje univerzální osobnostní profil pro suicidální jednání (22). Existuje však tzv. Ringelův presuicidální syndrom, který se snaží popsat rizikové faktory sebevraždy pomocí triády příznaků pozorovaných na počátku sebevražedného vývoje:

- zúžení subjektivního prostoru - jedinec vnímá realitu jednostranně, cítí se pohlcen situací a neví, jak z této situace ven, izoluje se od sociálních vztahů, cítí se osamělý; emoce jsou jednostranné, dominuje zoufalství, strach, úzkost a bezmoc, přestává své emoce ovládat; zaměřuje se na vnímání špatných situací a ostatní životní oblasti ztrácejí na zajímavosti. Pokládá svou existenci za bezcennou.

- zablokování agresivity nebo její obrácení vůči sobě - jedinec se cítí méněcenný, přičítá si veškerou vinu za vzniklou situaci, cítí k sobě nenávist a hněvá se sám na sebe.

- naléhavé sebevražedné fantazie - jedinec přemýšlí o sebevraždě, jejím způsobu provedení atd. Fantazie přináší úlevu a s časem se zdají být jako jediná možnost řešení situace (58).

Davison a Neale shrnuli dispozice k sebevražednému chování jako:

- kognitivní styl - jedinci ohrožení sebevražedným chováním bývají rigidní při řešení svých problémů, jsou málo flexibilní a hůře se adaptují. Nejsou schopni hledat alternativní řešení problémů. Rigiditu může posilovat deprese a úzkost (73).

- emoční prožívání - lidé, kteří se pokusili o sebevraždu trpí depresemi a mají pocit zoufalství a jsou pesimističtí. Riziko sebevražedného jednání zvyšuje pocit beznaděje nikoliv deprese (73).

1.2.8.3 Faktory demografické

Tyto faktory se zabývají především věkem, pohlavím, rodinným stavem, vzděláním, počtem obyvatel bydlíště a dalšími demografickými údaji o osobě, která trpí

sebevražedným chováním (22). Podle WHO patří sebevražda mezi tři hlavní příčiny úmrtí osob ve věkové kategorii 15 - 44 let na světě (80). Obecně častěji trpí sebevražedným chováním muži, osoby žijící sami nebo rozvedené. Riziková období jsou adolescence, mladší dospělost a vyšší věk (22). U obou pohlaví je vrchol sebevražedného jednání ve věkové skupině 45-54 let, poté sebevražedné jednání klesá a od 65 roku začíná opět stoupat (11, 12). Ve většině zemí se častěji pokouší o sebevraždu ženy (45), muži naopak spáchají více dokonaných sebevražd (12). V USA 4x častěji dokonají sebevraždu muži než ženy, ale ženy se naopak pokusí spáchat sebevraždu 3x častěji než muži. Nejvíce sebevražedných pokusů je v USA zaznamenáno ve věkové kategorii 45 - 64 let (necelých 19 %) a kategorii 85+ let (necelých 18 %) (1). Například v Číně a na Srí Lance je tomu naopak - častěji spáchají dokonané sebevraždy ženy. Canettová tuto odlišnost vysvětluje kulturními vlivy a odlišným přístupem k sebevražednosti, v těchto zemích je sebevražedné chování chápáno jako projev nezvládnutí emocí a zženštilosti (28). Výskyt sebevražedného chování u dětí je vzácný a vyskytuje se až po 10 roku života. Děti nejsou schopny spáchat sebevraždu z důvodu jejich vývoje myšlení a schopnosti uvažovat, děti nejsou schopné vnímat alternativu vzniklé situace (45). Masaryk považuje spáchání sebevraždy v dětském věku za nepřirozené a odkazuje na dědičné psychické onemocnění (50). Vyšší počet sebevražedného chování se vyskytuje v severských státech a jejich velkých městech (například v Helsinkách či Stockholmu) oproti jižním státům (45).

V bývalém Československu byla povinnost hlásit každý pokus o sebevraždu, díky tomu vznikla statistika suicidálních pokusů, bohužel zřejmě obsahuje podhlášená data (45). Nejvíce sebevražd v letech 2001 až 2010 se vyskytuje u středoškoláků bez maturity, druhou častou skupinou jsou osoby se základním vzděláním, nejméně sebevražd se vyskytuje ve skupině vysokoškoláků (12).

1.2.8.4 Faktory sociální

Působení sociálních faktorů je rizikové především v období adolescence a ranné dospělosti, až 33 % adolescentů se pokusí o sebevraždu kvůli problémům v rodině (22). Velmi rizikově v dětství a dospívání působí šikana - 25 % dětí a dospívajících, kteří byli šikanováni, trpí sebevražednými myšlenkami v dospělosti (1). Nezaměstnanost,

chudoba, problémové vrstevnické skupiny, problémové partnerské vztahy, u dospívajících také hraje významnou roli zkušenost se sebevražděným chováním v okolí či v rodině (22). Zkušenost se sebevražděným chováním v rodině však může být rizikovým faktorem, ale toto chování v rodině automaticky nezvyšuje riziko sebevražděného chování (1). Dysfunkční rodina, rodina bez otce a násilí v rodině ovlivňují jedince během socializace a vývoje a zvyšují tak pravděpodobnost rozvoje sebevražděného jednání. Dalším rizikovým faktorem je také migrace a emigrace (73). Dalším sociálním faktorem ovlivňující sebevražděné chování jsou média. Média mohou ovlivňovat sebevražděné chování pozitivně i negativně (1).

1.2.8.5 Faktory biologické

U pacientů se sebevražděnými sklony bylo prokázáno v mozkomíšním moku méně neurotransmiteru serotoninu. Dalšími neurotransmitery, kteří mají zřejmě vliv na sebevražděné chování, je kyselina γ -aminomáselná (GABA) a cholecystokininu (CCK) (22). Z výzkumu vyplývá, že nedostatek GABA a serotoninu a nadbytek CCK je spojen s depresivní poruchou a úzkostí (78). Mezi biologické faktory bychom mohli také zařadit homosexualitu a bisexualitu, které také zvyšují riziko sebevražděného chování (27).

1.2.8.6 Protektivní faktory

Mezi protektivní faktory řadíme fyzické zdraví a zdatnost, dítě v rodině, harmonické vztahy v rodině těhotenství, životní spokojenost, podpora okolí, víra atd. Víra však může být i rizikový faktor sebevražděného chování, proto je vždy třeba odlišit o jakou víru se jedná (59). Protektivně působí především křesťanská a katolická víra (50). Mezi ochranné faktory řadíme také dovednost a schopnost řešit problémy a soužití v manželství (1).

1.2.9 Prevence

Cílem prevence je snížit rizikové faktory a posílit protektivní faktory sebevražděného jednání. Jako u všech preventivních programů i prevenci sebevražděného chování můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciární (22).

Při primární prevenci se snažíme eliminovat nebo alespoň snížit rizikové faktory a posílit protektivní faktory (22). Tato prevence se dále dělí u prevence dětí a adolescentů na univerzální preventivní intervence, selektivní preventivní intervence a indikovanou primární intervenci. Do univerzální preventivní intervence řadíme veškeré programy primární prevence sebevražedného chování bez ohledu na specifika rizika, zaměřuje se na celou populaci. Selektivní preventivní intervence je zaměřena na jedince či skupiny osob, u nichž je riziko sebevražedného chování. Tyto skupiny mohou být definovány na základě biologických, psychologických či sociálních rizikových faktorů, které souvisí se sebevražedným chováním. Jedná se například o dospívající jedince závislé na drogách atd. Indikovaná preventivní intervence je zaměřena na vysoce rizikové jedince, u nichž jsou identifikovány subklinické znaky či symptomy, ale nesplňují požadavky klasifikace onemocnění. Jedná se například o jedince v tíživé životní situaci, se sníženým sebehodnocením, s pocitem bezmoci a viny (45).

Tato prevence je zaměřena na jedince, u kterých nedošlo k sebevražednému chování. Sekundární prevence je zaměřena na rizikové skupiny například depresivní lidé, lidé závislí na drogách atd.. Při této prevenci se snažíme včas zachytit sebevražedné chování a zahájit jeho léčbu. Při terciární prevenci se snažíme zmírnit následky sebevražedného chování a zabránit jeho opakování. Preventivní programy se zabývají zvláště dětmi a adolescenty a zvláště dospělými (22).

Preventivní programy pro děti a adolescenty jsou zaměřené nespecificky, jedná se především o zvyšování psychické odolnosti dětí a zlepšení jejich schopnosti řešit problémy. Preventivní program zaměřený na sebevražedné chování může mít do určité míry opačný efekt, dítě se může identifikovat s řešením problému pomocí sebevraždy. Proto je nutná velmi dobrá znalost osobnosti dětí, které jsou do programu zahrnuté (45).

1.2.10 Léčba

Dobrá léčba závisí na správné diagnostice sebevražedného chování a psychiatrické diagnóze. Hodnocení sebevražedného jednání musí být komplexní a mělo by respektovat vývojová specifika pacienta (například vývojová specifika kognitivního a emocionálního vývoje u dětí, adolescentů, seniorů atd.). Při diagnostice

se využívá kombinace několika diagnostických metod: metoda pozorování, rozhovoru, dotazníkové metody, projektivní metody, anamnéza pacienta (osobní, rodinná atd.), zjišťují se někdy anamnestické údaje od rodiny, přátel atd., u dětí se dá využít hry a somatického vyšetření (45).

Při diagnostice je potřeba zjistit několik důležitých údajů:

- události předcházející sebevražednému chování
- důvody a motivy sebevražedného chování
- problémy a konflikty, které jedinec má
- psychiatrickou poruchu
- rodinná a osobní anamnéza, vč. traumatických zkušeností
- psychopatologické problémy, vč. předchozího sebevražedného chování, riziko autodestruktivního chování v současnosti
- závažnost sebevražedného úmyslu (intenzita sebevražedných myšlenek, propracovanost plánů atd.)
- protektivní faktory (45).

Léčba závisí na aktuálním psychickém stavu jedince a době, kdy je léčba poskytována. Při sebevražedném chování je možné poskytnout první pomoc, krizovou intervenci a systematickou léčbu (45). Každý případ sebevražedného chování je individuální a je proto potřeba k němu přistupovat individuálně (22).

1.2.10.1 První pomoc

První pomoc je povinen poskytnout každý člověk, který je přítomný u jedince se sebevražedným chováním. Je nutné zvládnout akutní zdravotní stav a zabránění autodestruktivního chování. Při první pomoci se nejprve musí stabilizovat somatický stav pacienta a následně až psychický stav. Krizovou intervenci by měl poskytnout psycholog, psychiatr nebo proškolený sociální pracovník. Při poskytování první pomoci je nutné zohlednit o jakou formu sebevražedného jednání se jedná (45).

1.2.10.2 Krizová intervence

Krizová intervence může zamezit či zmírnit sebevražedné chování v budoucnosti. Tuto péči poskytují různá psychiatrická a psychologická pracoviště a specializovaná krizová centra s ambulantním či lůžkovým charakterem. Úkoly krizové intervence jsou zabránění sebevražednému chování, objasnění konfliktů a problémů motivující jedince k sebevražednému chování, diagnostika případné duševní poruchy, zajištění následné lékařské péče (45).

Hlavní zásady krizové intervence:

- nezbytnost navázat s postiženým kontakt
- nutnost udržet komunikaci s postiženým
- poskytnout chybějící prvky sociální podpory
- dát najevo svou empatii
- nutné porozumění sebevražedného jednání jako volání o pomoc
- společné hledání alternativních způsobů řešení problémů
- hledání alternativy pro budoucí řešení krizí
- v případě možnosti opakování sebevražedného jednání je nutné zajistit následnou péči
- minimalizovat prostředky pro spáchání sebevraždy (22).

1.2.11 Systematická léčba

Tento druh léčby závisí vždy na předchozím psychiatrickém a psychologickém vyšetření. Po vyšetření se sestaví terapeutický plán. Léčba může být ambulantní nebo lůžková, každá z těchto variant má své výhody a nevýhody a hodí se pro jednotlivé případy více či méně vhodná. Kompromisem mezi lůžkovou a ambulantní léčbou je léčba v krizovém centru (45). Pacienta je vždy nutné hospitalizovat po sebevražedném pokusu, pokud je psychotický, byl jeho pokus o sebevraždu násilný, téměř letální; byl jeho o sebevraždu předem promyšlený; pacient učinil opatření bránící jeho záchraně; přetrvává sebevražedný plán nebo úmysl; nedošlo k úlevě; pacient lituje záchranu; jedná se o muže staršího 45 let s počínající psychickou poruchou; jedná se o alteraci

psychického stavu tělesnou nemocí. Hospitalizace je také nutná, pokud má pacient specifický plán s vysokou letalitou nebo je pevně rozhodnutý k sebevraždě. K hospitalizaci by se dále mělo přistupovat pokud je při sebevražedných myšlenkách přítomna psychóza, je přítomna jiná závažná psychická porucha, jsou přítomny sebevražedné pokusy v anamnéze zejména pokud jde o závažné pokusy, je přítomno komorbidní závažné onemocnění, pacient není schopen ambulantně spolupracovat. Jedinec se nemusí hospitalizovat, pokud byl sebevražedný pokus přímou reakcí na nepříznivou životní událost (neúspěch u zkoušky, rozchod s partnerem atd.), suicidální plán nebo pokus měl nízkou letalitu, pacient spolupracuje a má dobrou rodinu a sociální podporu, je schopen ambulantně spolupracovat (75).

1.2.11.1 Psychoterapie

Psychoterapie závisí na psychiatrické diagnóze. Pro léčbu sebevražedného chování se využívají různé techniky psychoterapie například individuální, skupinová nebo rodinná psychoterapie, arteterapie nebo muzikoterapie atd. Psychoterapii by měl vždy řídit odborník (45).

1.2.11.2 Farmakoterapie

Léky se podávají pacientům při první pomoci, krizové intervenci i systematické léčbě sebevražedného chování. Před každým podáním léků je nutné zjistit, zda pacient již neužívá nějaké léky, aby nedošlo k ovlivnění účinků jednotlivých léků a zabránilo se nežádoucím účinkům například vzniku deprese atd. Léky by měl vždy předepisovat zkušený psychiatr (45).

Při první pomoci se volí zklidňující farmakoterapie, většinou se aplikují i.n., aby došlo k rychlejšímu účinku než u orálního podání. Pro první pomoc se nejčastěji používají benzodiazepiny (například Diazepam) nebo tlumivá neuroleptika (například Haloperidol nebo Tisercin). Před podáním léků je nutné se přesvědčit, zda se pacient nepokusil spáchat sebevraždu pomocí léků nebo drog (45).

Farmakoterapii při krizové intervenci musí předcházet diagnostické posouzení. Na jeho základě bude pacient buď hospitalizován, anebo postačí ambulantní léčba. Při krizové intervenci se poskytují benzodiazepiny, neuroleptika či antidepresiva.

Benzodiazepiny se používají jednorázově pro zklidnění nebo krátkodobě, pokud pacient trpí úzkostí a má diagnostikovanou neurotickou poruchu. Neuroleptika se předepisují především u pacientů s schizofrenními poruchami. Dříve se používali především haloperidol nebo perfenazin, u kterých byl častý výskyt nežádoucích účinků. Nyní se používají atypická neuroleptika, které mají navíc mírný antidepresivní účinek. Mezi atypická neuroleptika patří například Risperdal, Zeldox. Antidepresiva se používají při depresivních poruchách. Účinek antidepresiv se dostaví až po nějaké době, s čímž se musí počítat při jejich podání, u moderních antidepresiv SSRI se jedná asi o týden u tricyklických může jít až o 3 týdny. Některá antidepresiva působí v první fázi aktivizaci, která může způsobit prohloubení úzkosti a tím zvyšovat riziko nebezpečí sebevražedného chování (45).

Při komplexní léčbě sebevražedného chování se musí k léčbě psychofarmaky přistupovat podle diagnózy, sociální situace pacienta, spolupráce pacienta atd. Vždy se musí léčit zjištěná psychiatrická diagnóza. Při neurotických poruchách s převahou úzkosti a napětí se podávají benzodiazepiny po krátkou dobu, při dlouhodobější léčbě se nasazují antidepresiva, kdy se zvyšuje postupně jejich dávka a postupně se snižuje dávka anxiolytik. Antidepresiva se používají u depresivních poruch. U schizofrenních poruch a schizofrenie se používají neuroleptika. Klasická neuroleptika se u akutních stavů aplikuje i.v., pokud pacient spolupracuje používají se moderní atypická neuroleptika ve formě tablet, eventuálně kapek pro perorální formu. U hraničních poruch osobnosti se používá pro snížení napětí neuroleptika a tlumivé antidepresiva, u některých případů se používá lithium. Léčba lithiem vyžaduje spolupráci pacienta, kvůli jeho toxicitě pro organismu. Pacient si při léčbě lithiem musí kontrolovat jeho hladinu v krvi (45).

1.2.12 Sebeпоškozování

Toto chování se nejčastěji objevuje v adolescenci převážně u dívek a je známkou patologie. Jedná se o chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, kdy jedinec poškozujе tělesnou integritu (22). U psychicky nemocných lidí bývá následkem jejich stavu, sebeпоškozují se například pod vlivem halucinace či bludu, vyjadřují své potřeby,

náladu či pocity atd. (6). Psychicky zdravé osoby sebepoškozování nejčastěji využívají pro získání nějaké výhody nebo k oddálení či úplnému vyhnutí se nepříjemné povinnosti nebo činnosti, například odvrácení nástupu výkonu trestu (22).

Nejčastějším způsobem sebepoškozování jsou řezná poranění kůže zápěstí, předloktí nebo hřbetu rukou nebo nohou, škrábance, vyřezávání ornamentů do kůže, popálení například cigaretou či zapalovačem, trhání si vlasů nebo kousání (22, 24).

Příčinou sebepoškozování bývá pocit vzteku na sebe samu, úleva od napětí atd. (22). Někteří jedinci se sebepoškozují, kvůli pocitům euforie, které se dostaví po sebepoškození, kdy se vyplavují do těla endorfiny, díky tomu může na sebepoškozování vzniknout závislost (24). Sebepoškozování je považováno za jeden ze znaků narušené osobnosti (22) a může také poukazovat na sebevražedné sklony (24).

Rizikové skupiny jsou odlišné od rizikových skupin ohrožených sebevražedným chováním. Obecně jsou za rizikové skupiny považovány tyto skupiny populace:

- osoby pohlavně zneužívané, sexuálně či tělesně týrané - tyto osoby mají většinou problematický vztah k vlastnímu tělu a vnímají ho jako nečisté a poskvrněné a odmítají ho. Sebepoškozováním trestají své tělo většinou velmi krutými způsoby a zaměřují se především na prsa, stehna a genitálie.
- ženy - často se sebeobviňují a problémy chápou osobněji narození od mužů.
- mladí lidé bez zkušeností se strategiemi řešení problémů a překonávání překážek
- osoby s duševními poruchami - mezi hlavní rizikové duševní poruchy patří osoby s histriónskou nebo infantilní poruchou osobnosti, maligní narcismus, psychotické poruchy s bizarními sebevražednými pokusy (22).

1.3 Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (dále PL ČD) se nachází v Jižních Čechách u obce Chvalšiny v bývalém okrese Český Krumlov. Byla založena roku 1966 jako psychiatrická léčebna specializovaná na léčbu závislosti na alkoholu. Dnes se tato léčebna specializuje na střednědobou a dlouhodobou ústavní léčbu osob závislých na návykových látkách a gamblingu. Léčebna poskytuje střednědobou ústavní léčbu závislosti na nealkoholových drogách, dlouhodobou léčbu závislosti na alkoholu a gamblingu, detoxikaci a detoxifikaci, rodinnou a partnerskou terapii u těchto léčeb a dále poskytuje krátkodobé stabilizační pobyty na zvládnutí relapsu a krátkodobé motivační (tzv. opakovací) pobyty, které mají jedinci pomoci s dlouhodobou abstinencí. Terapeutický program ročně absolvuje 550 až 750 pacientů (7).

Léčba je určena pro osoby starší 18 let, které mluví česky nebo slovensky. Nejčastější léčené nemoci jsou diagnózy F 10.2 (syndrom závislosti na alkoholu), F 11.2 (syndrom závislosti na heroinu, případně Subutexu), F 15.2 (syndrom závislosti na pervitinu), F 63.0 (syndrom patologického hráčství) a F 19.2 (syndrom polymorfní závislosti). V roce 2009 bylo 63 % pacientů léčeno se závislostmi na nealkoholových drogách, 34 % pacientů na alkoholu a 3 % z patologického hráčství. V roce 2008 bylo 60 % pacientů léčeno ze závislosti na nealkoholových drogách, 32 % pacientů ze závislosti na alkoholu a 8 % z gamblingu. V roce 1994 bylo léčeno téměř 100 % pacientů ze závislosti na alkoholu. (14) V roce 2013 bylo v PL ČD léčeno celkem 740 pacientů, z toho 5 % klientů se syndromem patologického hráčství, 41 % klientů se závislostí na alkoholu a 54 % pacientů se závislostí na nealkoholových drogách. (61)

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cílem praktické části je zjistit výskyt sebevražedného chování u vybraných drogově závislých jedinců v PL ČD pomocí semistrukturovaných rozhovorů. Výzkum je zaměřený především na důvody sebevražedného chování, způsobu zvolené metody a následnou péči po sebevraždě pokusu.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaký způsob provedení pokusu o sebevraždu je nejčastější u drogově závislých jedinců v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr?
2. Jaké jsou nejčastější důvody pokusů o sebevraždu u drogově závislých klientů v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr?
3. Jaká byla léčba po pokusu o sebevraždu u drogově závislých klientů, kteří se léčí v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr?

3 Metodika

3.1 Metodika

Vzhledem k typu zvolenému tématu práce byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu - semistrukturovaný rozhovor. Problematika sebevražd je velmi citlivé a obsáhlé téma. Cílem kvalitativního výzkumu je porozumět osobě, na kterou je výzkum zaměřen, podrobně popsat problém a zjistit důvody a pohnutky osoby, která je cílem výzkumu. Nespornou výhodou semistrukturovaného rozhovoru je možnost přizpůsobení rozhovoru k okolnostem a situacím a dále osobní kontakt výzkumníka a respondenta. Rozhovor by měl tudíž přinést pravdivější a dostatečnější odpovědi než je například u dat získaných z dotazníku. Narozdíl od kvalitativního výzkumu se kvantitativní výzkum snaží ověřovat teorie a vyvrací nebo potvrzuje hypotézy. Kvalitativní výzkum se nesnaží zobecňovat získaná data a ověřovat hypotézy, naopak se snaží odhalit nové skutečnosti a na jejich základě se snaží konstruovat nové hypotézy, které mohou být poté ověřeny kvantitativně. Kvalitativní metody narozdíl od kvantitativních upřednostňují validitu před reliabilitou (25).

Dotazníkové šetření sloužilo především jako pilotážní průzkum, ale i částečně jako předvýzkum. Pilotážní průzkum slouží především k poznání cílové populace (13). Abych lépe poznala cílovou populaci, strávila jsem v PL ČD 3 dny, ve kterých jsem se zúčastnila celého denního programu klientů PL ČD.

Jako předvýzkum sloužilo částečně dotazníkové šetření a dále první dva rozhovory s klienty, kteří byli následně zahrnuti také do výzkumu. Protože otázky semistrukturovaného rozhovoru byly vhodně a nebylo je nutné měnit, mohli být do výzkumu zahrnuti i první dva klienti.

Respondenti byli před rozhovory seznámeni s tématem výzkumu. V případě, že jednotliví respondenti dali souhlas s nahráváním rozhovoru, byly rozhovory nahrávány na diktafon, v opačném případě byly rozhovory zaznamenávány písemně.

3.2 Charakteristika souboru

Soubor byl vybrán na základě předchozího dotazníkového šetření, který proběhl v PL ČD v týdnu od 14. do 20. 10. 2013. Z dotazníkového šetření byli vybráni pouze respondenti, kteří se v minulosti již pokusili o sebevraždu, tudíž se jedná o záměrný výběr (25). Dalším kritériem byl souhlas respondentů s rozhovorem, proto by se tento výběr dal označit rovněž za dostupný (25). Dotazníkové šetření proběhlo v rámci týmového projektu GA JU č. 103/2013/S „*Vliv systematické psychoterapie na míru incidence úmyslného sebepoškozujícího jednání*“ a bylo zaměřeno na sebevražedné chování a následnou léčbu po pokusu o sebevraždu.

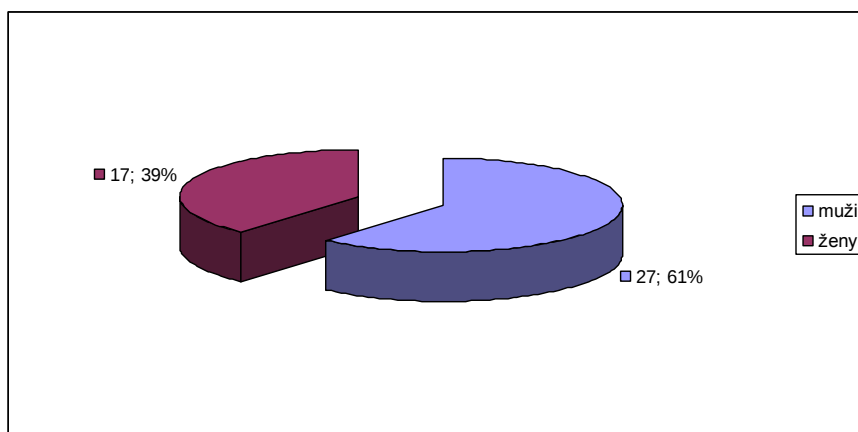
Všichni respondenti byli klienty PL ČD v různých fázích odvykací léčby. Všichni respondenti se léčili ze závislosti na nealkoholových drogách. Rozhovor byl proveden s 8 respondenty, z toho byli 3 ženy a 5 mužů. Věkový rozptyl respondentů byl 20 - 35 let, věkový průměr respondentů byl 28 let a medián věku respondentů 29 let.

4 Výsledky

4.1 Dotazníkové šetření

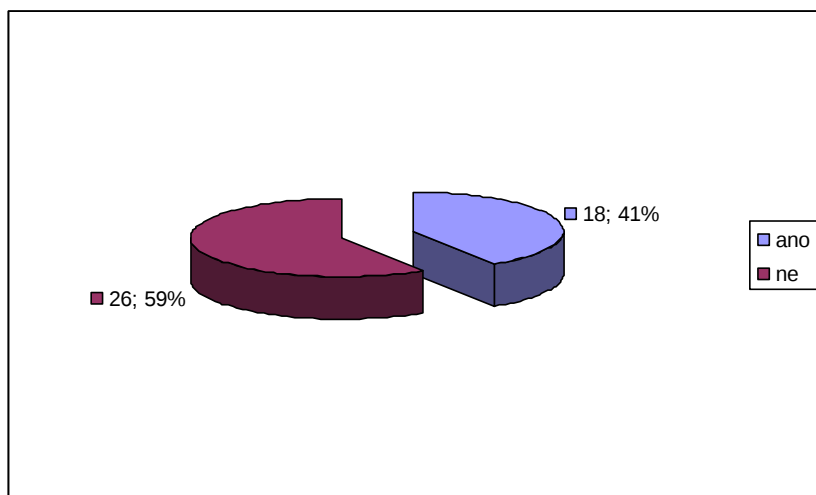
V dotazníkovém šetření bylo rozdáno 46 dotazníků klientům PL ČD, vrátilo se 44 dotazníků, což znamená návratnost téměř 95, 65 %.

Graf č. 2: Rozložení mužů a žen v dotazníkovém šetření



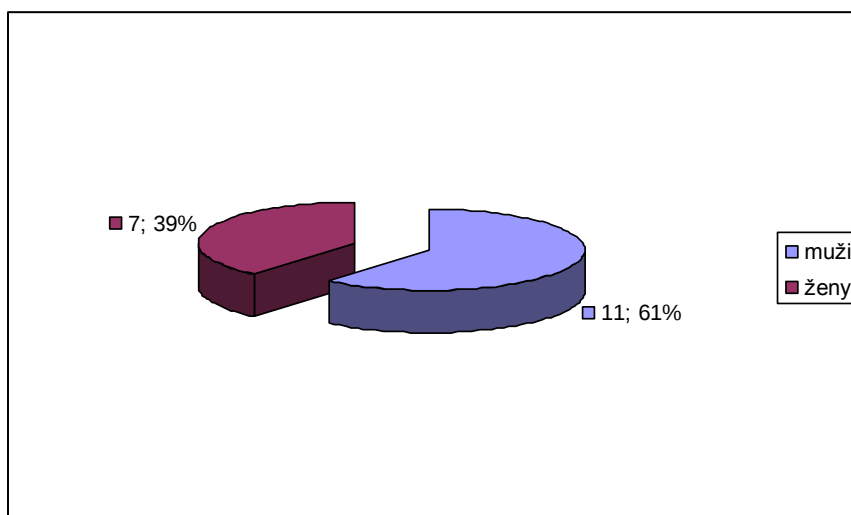
Z celkového počtu 44 respondentů bylo 17 žen (39 %) a 27 mužů (61 %).

Graf č. 3: Počet klientů PL ČD, kteří se pokusili o sebevraždu



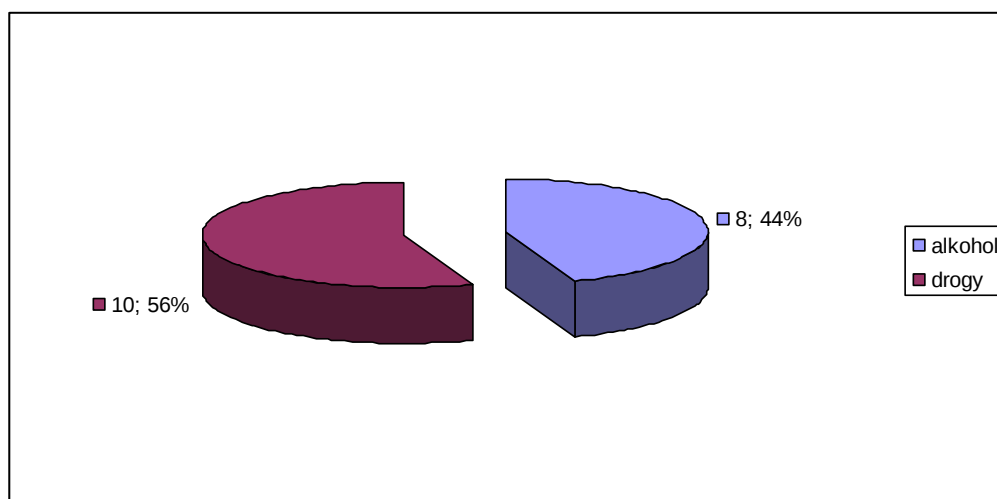
Z celkového počtu 44 pacientů se 18 respondentů pokusilo v minulosti alespoň jednou o sebevraždu, což znamená 41 % z celkového počtu respondentů.

Graf č. 4: Rozložení mužů a žen v PL ČD, kteří se pokusili o sebevraždu



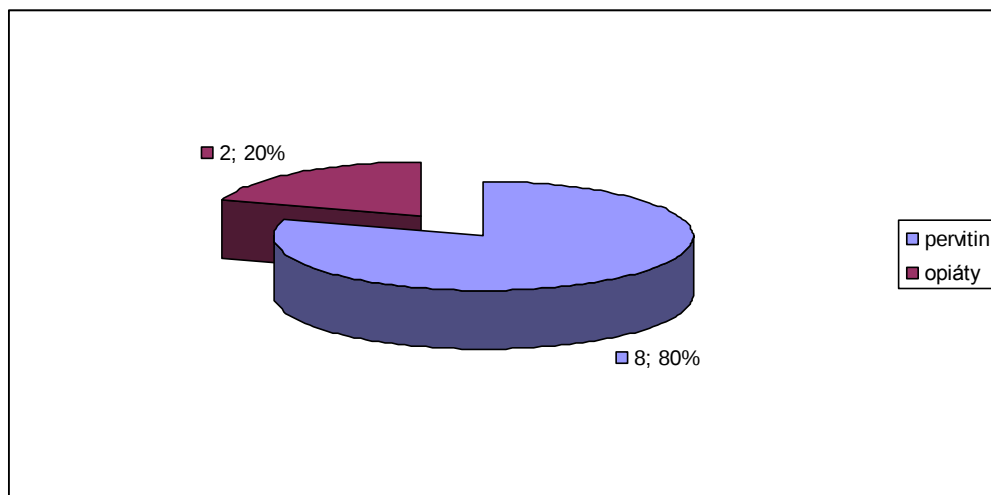
Z celkového počtu 18 respondentů, kteří se pokusili v minulosti o sebevraždu bylo 7 žen (39 %) a 11 mužů (61 %).

Graf č. 5: Rozložení uživatelů alkoholu a drog v PL ČD, kteří se pokusili o sebevraždu



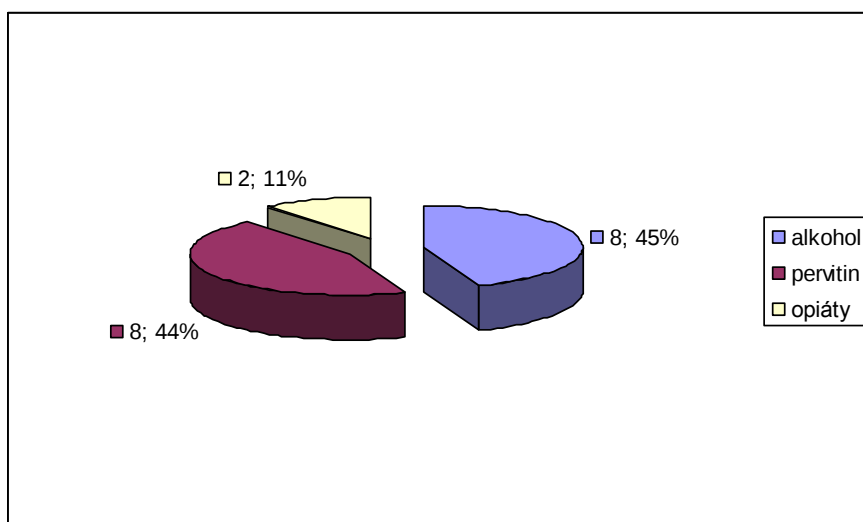
Z celkového počtu 18 respondentů, kteří se v minulosti pokusili o sebevraždu se 8 respondentů (44 %) léčilo ze závislosti na alkoholu a 10 respondentů (56 %) ze závislosti na nealkoholových drogách.

Graf č. 6: Rozložení uživatelů nealkoholových drog v PL ČD, kteří se pokusili o sebevraždu, podle primární drogy



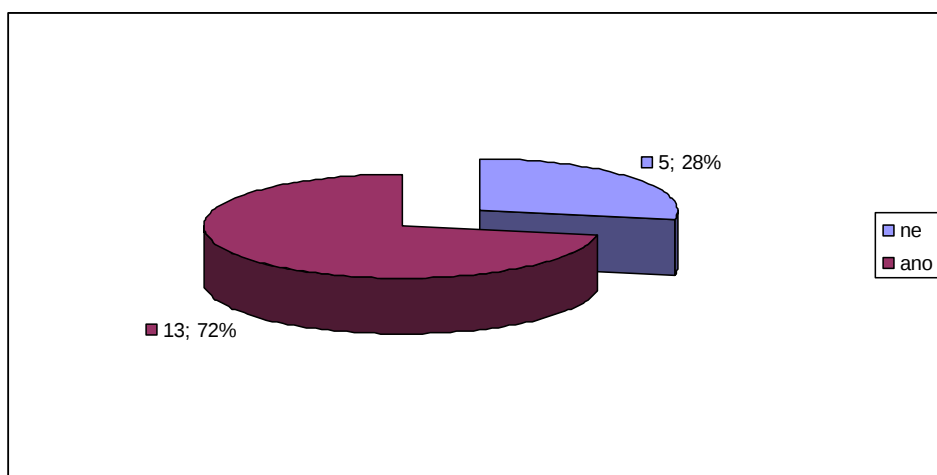
Z celkového počtu 10 respondentů, kteří jsou závislí na nealkoholových drogách a kteří se v minulosti pokusili o sebevraždu uvedlo 8 respondentů (80 %) jako primární drogu pervitin a 2 respondenti (20 %) uvedli opiáty.

Graf č. 7: Rozložení klientů PL ČD podle primární drogy



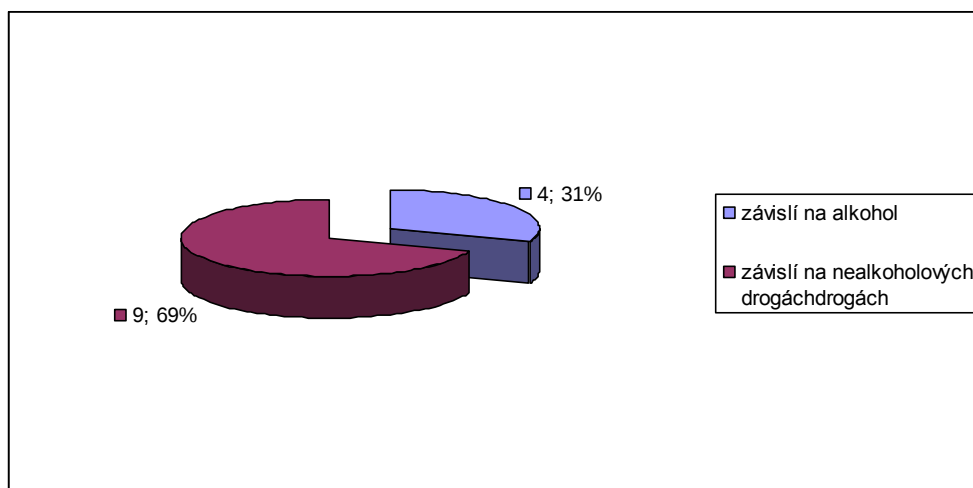
Z celkového počtu 18 respondentů, kteří se v minulosti pokusili o sebevraždu, bylo 8 respondentů (44 %) závislých na pervitinu, 8 respondentů (45 %) bylo závislých na alkoholu a 2 respondenti (11 %) byli závislí na opiátech.

Graf č. 8: Souhlas s rozhovorem



Z celkového počtu 18 respondentů, kteří se v minulosti pokusili o sebevraždu, souhlasilo celkem 13 respondentů (72 %) s následným rozhovorem pro vlastní výzkum této diplomové práce, 5 respondentů (28 %) s rozhovorem nesouhlasilo.

Graf č. 9: Rozložení klientů, kteří dali souhlas s rozhovorem



S rozhovorem souhlasilo celkem 13 respondentů z 18 klientů PL ČD, kteří se v minulosti pokusili o sebevraždu. Z těchto 13 respondentů byli 4 respondenti (31 %) závislí na alkoholu a 9 respondentů (69 %) na nealkoholových drogách.

4.2 Vlastní výzkum

4.2.1 Kazuistika 1

Žena 25 let se léčí ze závislosti na pervitinu. Toto je její čtvrtá odvykací léčba - první a čtvrtá proběhla v PL ČD, druhá a třetí v Bílé Vodě. Mezi jednotlivými léčbami vždy několik měsíců abstinovala. Nynější léčbu podstupuje ze své vůle - chce mít normální život, děti a rodinu. Kvůli rodině se také z části léčí - vnímá to jako omluvu, za to co jim provedla. První zkušenost s alkoholem, cigaretami, marihuanou i pervitinem měla ve 14 letech. Respondentka odmítá užití jiných drog. Alkohol, cigarety i marihuanu zkoušela ze zvědavosti s partou kamarádek. Pervitin užila s přítelem, který již pervitin bral, chtěla jej vyzkoušet ze zvědavosti, chtěla zkusit něco zakázaného a také aby zapadla do přítelovy party. Nejprve pervitin šňupala poté jej užívala injekčně. Pervitin začala brát pravidelně především proto, že se po něm cítila plná energie, připadala si hezčí, začala hubnout a přestala se srovnávat se svou sestrou, která je modelkou a je podle jejích slov mnohem hezčí. Nejprve užívala pervitin průměrně 1x za 2 - 3 týdny, v posledním půlroce před nynější léčbou v PL ČD jej užívala denně, což se nedalo skloubit s každodenním životem, který vedla. Drogy platila ze svého kapesného od rodičů, kteří ji vždy dali peněz kolik potřebovala. Poté co si začala vydělávat, platila si drogy sama z platu, na drogy jí peníze vždy stačily, protože dostávala pervitin přímo od vaříčů za nižší ceny.

Respondentka před nástupem do léčby pracovala na plný úvazek jako skladnice, práce ji bavila a chtěla by se k ní vrátit. Respondentka má ukončené pouze základní vzdělání. Trvalý pobyt i místo pobytu před nástupem na léčbu má hlášen ve Středočeském kraji. Před léčbou bydlela na ubytovně nebo v bytě. Respondentka je svobodná, má 6 měsíců přítele, který se nyní také léčí z tříleté závislosti na pervitinu.

Děti nemá. Se svým rodinným stavem je spokojená. Respondentka není pozitivní na HIV, HVA, VHB ani VHC.

Dětství považuje za šťastné, nebyla nikdy týrána ani sexuálně zneužívána. Vyrůstala v úplné rodině. Rodiče ji vždy dopřáli vše co chtěla. Má starší sestru, která je modelkou, neustále se s ní srovnávala a snažila se jí neustále vyrovnat. Osamostatnění od rodičů považuje za špatné, protože neměla dohled a začala více užívat pervitin. Rodiče nevěděli, že bere drogy, pouze měli od jejích 14 let podezření a dělali jí testy na přítomnost drog v moči, klientka vždy vyměňovala svou moč za moč kamarádky. Respondentka vždy chodila do práce a byla soběstačná, proto její rodiče závislost nechtěli řešit. Před první odvykací léčbou prodělal člen její rodiny infarkt ze stresu, což ji také přimělo k nástupu na odvykací léčbu.

Respondentka se pokusila spáchat sebevraždu jen jednou v životě ve 14 letech. Spolykala větší množství léků, které našla doma - především Ibalgin a Paralen. Po tomto pokusu byla převezena na JIP. Aby mohla být propuštěna musela absolvovat pohovor s psychologem. Následnou léčbu u psychologa nebo psychiatra neabsolvovala. Rodina ji v období po sebevražedném pokusu velmi podporovala, ale po delší době se o tomto pokusu již nikdo nikdy nezmiňoval a nevraceli se k němu. V období pokusu o sebevraždu bydlela klientka u rodičů. Pokus o sebevraždu dopředu neplánovala. Dopis na rozloučenou nenapsala. Podle slov respondentky šlo pouze o demonstrativní sebevraždu, aby na sebe upozornila a odvrátila pozornost od svého problému s drogami a především od drogově závislého přítele, kterého její rodiče neschvalovali. Vždy si prý uvědomovala, že sebevraždou by psychicky ublížila především jejím rodičům. Nikdy nelitovala toho, že se jí sebevražedný pokus nepovedl.

Respondentka má zkušenosti se sebevražedným chováním ve svém okolí. Před rokem a půl se její přítel oběsil po společné hádce. Přítel byl také závislý na pervitinu. Její přítel v době spáchání sebevraždy nebyl pod vlivem drog a respondentka si myslí, že kdyby byl pod vlivem drog, tak by sebevraždu nespáchal. Respondentka se s přítelem pohádala kvůli financím na drogy - 2 dny před touto událostí si půjčila peníze na drogy, ale koupila za ně jídlo místo drog. Po hádce respondentka odešla ke svým rodičům, kde se zdržela déle než měla, proto si myslí, že přítel chtěl spáchat pouze demonstrativní

sebevraždu. Z rozhovoru vyplynulo, že o sebevraždě nikdy předem nemluvil. Po této sebevraždě respondentka 3 měsíce neužívala drogy, respondentka po tomto incidentu bydlela u rodičů, kteří ji velmi mohli. Respondentka uvádí, že od této události dodnes má problémy se spaním, v noci se bojí a zdají se jí zlé sny o mrtvém příteli.

4.2.2 Kazuistika 2

Žena 34 let podstupuje první odvykací léčbu ze závislosti na pervitinu. V 11 letech prvně zkusila se spolužáky cigarety, alkohol prvně užíla v 15 letech na diskotéce, pervitin prvně zkusila v 18 letech. Pervitin užívá již 13 let, před několika lety zkusila i subutex. K pervitinu ji přivedla sestra, která v té době již 2,5 roku pervitin užívala, a také starší kamarádi. Později užívala drogy i s přítelem. Od začátku užívala pervitin injekčně, ze začátku jí však musel pervitin někdo píchat.

Trvalý pobyt má evidovaný v Královéhradeckém kraji. Tato respondentka má dokončené středoškolské vzdělání bez maturity. Před nástupem na odvykací léčbu nikde nepracovala, naposledy byla zaměstnána jako dělnice. Tři roky před nástupem na odvykací léčbu žila jako bezdomovec, předtím měla pronajatý byt v Praze.

Vyrůstala v úplné rodině. V dětství byla týrána psychicky i fyzicky - matka jí týrala psychicky a otec fyzicky. Její sestra trpěla obsedantně kompulzivní poruchou. Respondentka má 11letého chlapce, který nyní žije v pěstounské péči jejích rodičů, asi do 5 let žil s respondentkou. Respondentka syna nyní nevidá, rodiče jí v tom brání, do léčby s ním nemohla mít ani telefonický kontakt. V těhotenství pervitin neužívala, ale 2 měsíce po porodu již začala opět brát. Otec chlapce je po smrti, byl to gambler a alkoholik, respondentka s ním neudržovala žádné vztahy. Nyní je sama po nevydařeném vztahu s psychopatem. Období s bývalým přítelem popisuje jako jednu velkou „schízu“, kdy neměla čas cokoli řešit a bála se o svůj život. Respondentka není s nynějším rodinným stavem spokojená, chtěla by si najít hodného přítele, který není závislý na drogách a s ním by chtěla vychovávat svého syna a možná mít ještě jedno dítě.

Respondentka se pokusila čtyřikrát o sebevraždu. První tři pokusy byly během jednoho roku, mezi 15 a 16 lety. Tyto pokusy byly reakcí na potrat dítěte a rozchod

s přítelem, který si myslel, že respondentka šla na potrat bez jeho svolení. Respondentka v 15 letech otěhotněla, její otec s tím nesouhlasil a chtěl, aby šla na potrat. Respondentka si s přítelem dítě chtěla nechat, když to její otec zjistil, zbil ji až z toho potratila. Respondentka si vždy pokusila podřezat žíly, při posledním pokusu ji našla matka, která ji odvezla k obvodnímu lékaři a následně k psychiatrovi. Psychiatr doporučil léčbu pro sebevražedné chování a diagnostikoval jí citovou poruchu. Respondentka se však léčit nešla. V tomto období bydlela respondentka s rodiči. Pokus o sebevraždu neměl žádnou újmu na zdraví. Vždy se jednalo o pokus po zkratkovitém jednání. Dodnes lituje toho, že jí ani jeden pokus nepovedl dokončit, protože podle jejích slov, by pak nedošlo k ostatním špatným událostem v jejím životě - drogy, nepovedený vztah, bezdomovectví atd..

O čtvrtý pokus o sebevraždu se respondentka pokusila v 29 letech po rozpadu 5tiletého vztahu. Opět šlo o zkratkovité jednání bez předchozích plánů. Respondentka se pokusila zabít spolýkáním prášků, které zapila litrem vína. Při spáchání tohoto pokusu o sebevraždu byla střízlivá. Tento pokus byl bez vážné újmy na zdraví, respondentka se z toho vyspala, nevyhledala poté žádnou pomoc. V té době bydlela respondentka sama. Nikdy nelitovala toho, že se jí tento pokus o sebevraždu nepovedl.

Respondentka přiznává, že má stále sebevražedné myšlenky, které jsou intenzivnější, pokud je sama, pod vlivem drog prý nemá intenzivnější sebevražedné myšlenky, ba naopak. V rodině připouští sebevražedné chování, její dědeček z otcovi strany se oběsil, důvod však neví a v rodině bylo toto téma tabu.

4.2.3 Kazuistika 3

Muž 34 let podstupuje již pátou odvykací léčbu ze závislosti na subutexu - byl v Bohnicích, Horních Beřkovicích PL ČD a Jemnici. Alkohol a cigarety prvně užil ve 13 letech, pervitin a marihuanu poprvé vyzkoušel ve 14 letech s kamarády na houseparty. Drogy chtěl vyzkoušet ze zvědavosti - začal užívat drogy před 20 lety, kdy to byla stále poměrně nová věc - a aby zapadl do party. Po nějaké době začal zneužívat i heroin a opiáty. Pervitin nejprve šňupal, po nějaké době si jej začal aplikovat nitrožilně. Nejprve užíval pervitin jen o víkendech, poté i v týdnu v místě studia, protože měl

k němu snadný přístup - v okolí byl vaříč pervitinu. Po pervitinu nespál 3-4 dny a měl pak psychické problémy, tak přešel na heroin. Heroin mu nejprve nevyhovoval účinky, později si ale na něj zvykl a zalíbil se mu. Alkohol užívá jen příležitostně. Nynější léčbu respondent podstupuje z vlastní vůle, předchozí byly kvůli rodině, především kvůli matce, také si podle jeho slov chtěl od drog a tehdejšího života na chvíli odpočinout. Pro nynější léčbu se také rozhodl, protože se mu rozpadl vztah s družkou, se kterou měl dceru a ztratil kamarády. Od 23 do 25 let byl na substituční léčbě (metadon i subutex). Substituční léčbu začal využívat, protože vaříč pervitinu nastoupil výkon trestu, který mu jej poskytoval a neměl již snadný přístup k drogám. Od 25 do 30 let abstinovat, v tomto období si urovnal život - měl vlastní byt, auto, splatil mnoho dluhů, měl již 11 let přítelkyni, která věděla, že v minulosti užíval drogy. Ve 30 letech nabyl dojmu, že jedna dávka mu neublíží a začal opět pravidelně brát heroin.

Respondent je nyní hlášen na úřadu práce. Má dokončené základní vzdělání. Trvalý pobyt i místo pobytu před nástupem do léčby měl ve Středočeském kraji v okrese Nymburk. Před nástupem na léčbu bydlel na ubytovně v Poděbradech. V 18 letech nastoupil první výkon trestu téměř na 3 roky. Poslední odnětí svobody bylo ve 30 letech opět na necelé 3 roky. Celkově by ve výkonu trestu necelých 9 let, vždy kvůli krádežím, distribuci a šíření toxikomanie.

Respondent vyrůstal v úplné rodině, nebyl v dětství zneužíván ani týrán a své dětství považuje za šťastné. Má dceru, se kterou nežije, ale pravidelně se vídají. Nyní je sám, do budoucna by si chtěl najít novou partnerku a zlepšit svůj vztah se svou dcerou. Matka věděla, že užívá drogy u otce si není jistý. Přítelkyně na něm poznala, že opět užívá a odešla od něj s dcerou. Přítelkyně drogy nikdy neužívala. Psychické onemocnění neuvádí. Přiznává, že měl psychózu po léčbě VHC interferonem, stále užívá léky.

Tento respondent se pokusil ve svém životě dvakrát o sebevraždu. Poprvé v 17 letech, kdy po téměř 3leté silné závislosti se pokusil podřezat žíly žiletkou. Důvodem pro tento pokus o sebevraždu byla ztráta přátel, kteří se s ním přestali bavit, poté co je okradl o drogy. Respondent si uvědomil, že nechce zemřít a následně si sám ošetřil lehká zranění a nevyhledal lékařskou pomoc. Tento pokus o sebevraždu byl

proveden v afektu a pod vlivem drog, proto sebevraždu předem neplánoval a nenapsal předem dopis na rozloučenou.

Druhý pokus o sebevraždu spáchal v 32 letech po rozpadu dlouhodobého vztahu s přítelkyní, se kterou měl dceru. Důvodem bylo zhroucení plánů do budoucna a odchod jeho přítelkyně a dcery. Pokus o sebevraždu proběhl stejně jako předchozí pokus o sebevraždu - respondent byl pod vlivem drog, jednal v afektu, opět se pokusil podřezat žíly žiletkou a ošetřil se následně sám. Matka a přítelkyně si všimli, že je po druhém pokusu pořezaný a chtěly, aby se šel léčit ze závislosti, aby se toto neopakovalo. Respondent nikdy nelitoval toho, že se mu ani jeden pokus o sebevraždu nepovedl dokončit. Sebevražedné myšlenky nemá, dříve je měl pouze pod vlivem drog, pokud nebyl pod vlivem drog sebevražedné myšlenky neměl.

Psychické onemocnění ani závislost v rodině neuvádí. V rodině se vyskytla sebevražda - praděda se oběsil za války - ale neznal jej a neví proč spáchal sebevraždu.

Pokud by tato léčba nebyla úspěšná, chce jít opět na substituční léčbu metadonem, protože je zadarmo a nechce jít zpět do vězení.

4.2.4 Kazuistika 4

Muž 35 let se již potřetí léčí ze závislosti na pervitinu - předchozí léčby proběhly vždy v Bohnicích. Z jedné předchozí léčby odešel na revers. Do PL ČD se šel léčit z vlastní vůle, aby mohl poté vést normální život bez drog a protože nechce spáchat sebevraždu, o kterou se vždy pokusil pod vlivem drog. Ve 12 letech prvně kouřil cigaretu, ve 14 letech prvně pil alkohol s kamarády. V 17 letech prvně zkusil pervitin i marihuanu, vedla ho k tomu chuť experimentovat a osobní problémy. Pervitin nejprve šňupal, poté mu píchali pervitin nitrožilně kamarádi, protože se sám bál aplikovat si drogu nitrožilně, nakonec si začal píchat pervitin sám. Respondent přiznává, že užíval i heroin a subutex a nevylučuje, že po odvykací léčbě bude kouřit marihuanu i nadále. Alkohol přiznává jen příležitostně. Respondent rád vzpomíná na začátek užívání drog okolo 13 -14 let, podle jeho slov to bylo nejlepší období jeho života.

Tento respondent je vyučen zedníkem. Trvalý pobyt má hlášen v Olomouckém kraji, kde i pobýval před nástupem na odvykací léčbu do PL ČD. Před léčbou

nepracoval a byl hlášen na úřadu práce. Klient trpí VHC, na VHA, VHB a HIV byl testován s negativním výsledkem, ale přiznává, že prodělal VHB.

Respondent vyrůstal do 13 let v úplné rodině, poté se jeho rodiče rozvedli a žil s matkou a svými čtyřmi sourozenci. V dětství nebyl sexuálně zneužíván ani týrán, ale nepovažuje jej za šťastné. Po rozvodu rodičů se zhoršil jeho prospěch ve škole, matka na něj neměla čas a chyběl mu mužský element v rodině. S matkou má podle jeho slov dobrý vztah. Matka se dozvěděla, že má problémy s drogami 14 dní před tímto rozhovorem - u předchozích dvou léčeb jí řekl, že se léčí ze závislosti na alkoholu a automatech. Respondent je nyní sám, s tímto stavem není spokojený, do budoucna by si chtěl najít přítelkyni, která nebere drogy, protože doteď si vždy našel podle jeho slov jen „feťáčky“. Děti nemá. V jeho rodině se nikdy neobjevila žádná psychická porucha a sebevražedné chování, jeho bratranec byl závislý na drogách, ale klient neví na jakých. Před nástupem na léčbu bydlel na různých ubytovnách a u drogově závislých kamarádů.

Pokusil se o sebevraždu celkem třikrát. Všechny pokusy proběhly během 2 měsíců. O všechny pokusy se pokusil při toxické psychóze. Při prvním a druhém pokusu chtěl skočit pod vlak, ale vždy to bylo za nádražím a vlak stihl zastavit. Při třetím pokusu chtěl skočit z výšky. Při prvním a třetím pokusu ho odvezla rychlá záchranná služba na psychiatrické oddělení. Při druhém pokusu utekl od vlaku, ale našla ho Policie ČR, která jej předala na psychiatrické oddělení. Pokaždé byl hospitalizován asi 1 týden a poté podepsal revers, aby mohl odejít. Dodnes neví, zda lituje záchrany nebo ne. Je šťastný, že se mu to nepovedlo, ale má strach, že se to bude opakovat. Chce se vyléčit ze závislosti, protože si myslí, že se tím vyléčí ze sebevražedného chování.

V rodině se vyskytla závislost na drogách - bratranec. Sebevraždy se v jeho rodině nevyskytovaly. Po léčbě chce jít bydlet k matce a po nějaké době by chtěl jít pracovat zpět do Prahy. Bojí se, že by mohl začít pít alkohol ve velkém množství, protože má rád pivo.

4.2.5 Kazuistika 5

Respondentka 21 let podstupuje čtvrtou odvykací léčbu ze závislosti na pervitinu - první odvykací léčbu podstoupila v Bohnicích, druhou v Beřkovících a třetí v PL ČD.

První dvě léčby podstoupila hlavně kvůli matce, poslední dvě z vlastní vůle. Při poslední recidivě prodělala toxickou recidivu, což byl také jeden z důvodů pro léčbu - podle jejích slov se nechce zbláznit z drog. Cigarety prvně užila ve 12 letech, protože je chtěla vyzkoušet a měla k nim volný přístup - její matka vlastnila trafikou. Alkohol prvně užila s kamarády ve 14 letech, aby zapadla do party. Ze stejného důvodu zkusila ve 14 letech prvně zkusila s partou marihuany, později zjistila, že jí marihuana pomáhá při řešení jejích osobních problémů a uklidňuje jí při úzkostných stavech. V 18 letech začala užívat pervitin, nejprve šňupala a poté přešla na nitrožilní užití. Přiznává, že brala i kokain, LSD a extázy.

Před nynější léčbou pracovala jako servírka na plný úvazek, má dokončené střední vzdělání s maturitou. Trvalé bydliště má v Praze 5 u matky, před nástupem na odvykací léčbu bydlela v Praze 5 v pronajatém bytě.

Respondentka vyrůstala v neúplné rodině bez otce, žila s matkou a nevlastním otcem. Nevlastní otec ji v dětství fyzicky týral - bil jí i matku. S matkou má špatný vztah, podle jejích slov jí matka nikdy nevěnovala dostatek pozornosti a poté co matka zjistila, že její dcera je závislá na drogách, zhroutila se a dávala veškerou vinu dceři. Své dětství nepovažuje za šťastné. Nyní má krátkodobou známost, která je také na odvykací léčbě v PL ČD. S tímto vztahem není spokojená, protože má strach z budoucnosti tohoto vztahu. S vlastním otcem se nestýká. Respondentka má diagnostikovaný syndrom týraného dítěte.

Respondentka se vědomě pokusila jednou o sebevraždu. Pokus o sebevraždu spáchala ve 14 letech pomocí léků na deprese a spaní, které užívala její babička, která v té době žila společně s klientkou a její matkou. Důvodem pro spáchání sebevraždy bylo upozornění na sebe, chtěla na sebe upoutat matčinu pozornost, které měla vždy nedostatek. Pokus o sebevraždu neměl vážnou újmu na zdraví - prášky samovolně vyzvracela a prospala následující 3 dny. Matka si jejího pokusu o sebevraždu nevšimla - zvracení přisuzovala nervům z prvního pohlavního styku. Babičce došlo, že se její vnučka pokusila o sebevraždu a odvedla jí k její psychologce, ke které následně klientka docházela dvakrát týdně asi 2 roky. Zde jí byl diagnostikován syndrom týraného dítěte a nasazena léčba. V nemocnici hospitalizována nebyla. Matka ji po pokusu

o sebevraždu obvinila, že si vymýšlí a že je rozmazlený spratek. Před pokusem o sebevraždu neměla sebevražedné myšlenky. Sebevraždu dopředu neplánovala. Nejprve nelitovala, že se jí sebevražedný pokus nepovedl, ale asi v 19 letech nastal zlom, kdy toho začala litovat, protože kdyby se jí pokus zdařil, tak by se všem okolo ní i jí samotné ulevilo a nemusela by řešit své problémy. Sama přiznává, že v tomto období, si několikrát zkusila vzít o něco větší dávku než kterou aktuálně brala, tyto pokusy sama definovala jako pokusy buď a nebo. Podle jejích slov však nešlo skutečně o pokusy o sebevraždu, protože kdyby chtěla doopravdy spáchat sebevraždu, tak by se pokusila si podřezat žíly nebo by skočila z výšky. Sebevražedné myšlenky nyní nemá, dříve je měla jen pod vlivem drog a pokud je užívala sama, proto se snažila drogy vždy brát s přítelem nebo kamarády.

Babička z matčiny strany trpěla těžkými depresemi a pokusila se o několikrát o sebevraždu, vždy pomocí prášků. Vlastní otec a babičky z obou stran jsou alkoholičky. Respondentka se také setkala se sebevražedným chováním v okolí - její kamarád, se kterým užívala drogy se chtěl předávkovat, tento pokus o sebevraždu se nezdařil a nezanechal žádné zdravotní následky. S kamarádem o tomto nikdy nemluvila.

4.2.6 Kazuistika 6

Muž 30 let podstupuje první odvykací léčbu ze závislosti na pervitinu. Před léčbou měsíc abstinovat od pervitinu, ale přiznává, že začal více pít alkohol. V 10 letech prvně zkusil cigarety, ve 13 letech alkohol, oboje zkusil s kamarády, protože to chtěl zkusit. V 17 letech začal užívat pervitin, nejprve šňupal a poté začal užívat injekčně. K užívání pervitinu jej vedla chuť experimentovat, kamarádi a útek od reality. Přiznává, že užíval i marihuanu, LSD a MDMA.

Před nástupem na léčbu dlouhodobě nepracoval, bydlel na přechodném bydlišti v bytě. Trvalé bydliště má evidované v Libereckém kraji, stejně tak i přechodné bydliště. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské bez maturity v oboru kuchař číšník.

Vyrůstal v adoptivní rodině bez otce. Své biologické rodiče nezná. Má asi 9 nevlastních sourozenců a 3 vlastní, které nikdy neviděl. Adoptivní matka ho fyzicky týrala. Matka je alkoholička a bere velké množství prášků na uklidnění a spaní, které

kombinuje s alkoholem. Svě dětství považuje za šťastné i nešťastné - nešťastné kvůli matce, která jej týrala a šťastné protože v dětství hodně cestoval a to ho bavilo. Je rozvedený, jeho bývalá žena je abstinentska. To byl také jeden z důvodů rozvodu, protože bývalá žena nedokázala tolerovat manželovi drogy. Je s nyní v telefonickém kontaktu. S bývalou přítelkyní, která je také drogově závislá, má syna. Syn je nyní v péči přítečných rodičů, protože ona není schopná se starat o chlapce. Se svým rodinným stavem není spokojen, chtěl by mít rodinu, v péči svého syna a mrzí ho jak dopadlo jeho manželství. Respondent nemá diagnostikované žádné psychické onemocnění, ale připouští, že trpěl depresemi.

Respondent se pokusil o sebevraždu pouze jednou ve 29 letech. V té době byl ještě ženatý. Sebevraždu spáchal protože se mu zhroutil život - jeho manželka požádala o rozvod. Sebevraždu spáchal pomocí SAVA a dalších přípravků a léků, které si vpichoval do žil, po 3 hodinách zjistil, že tento koktejl nefunguje, tak se pokusil podřezat žíly. Podřezání žil se také nepovedlo, tak se šel poté projít ven. Uvádí, že po tomto pokusu mu byla strašná zima a nebylo mu úplně dobře, ale nedošlo k vážné újmě na zdraví. Druhý den po pokusu šel navštívit adoptivní matku, kde si uvědomil, že by měl vyhledat pomoc, poté zašel k obvodní lékařce, která ho doporučila k psychiatrice. Psychiatricka mu zařídila léčbu v PL ČD, po dobu 3 týdnů - než se dostal do PL ČD - k ní docházel 2x týdně na léčbu. V den, kdy se pokusil sebevraždu, litoval, že se mu nepovedlo, od té doby ne. Přiznává, že v období před pokusem o sebevraždu přemýšlel již dříve, ale nikdy sebevraždu neplánoval. Sebevražedné myšlenky míval vždy jen střízlivý, nikdy je neměl pod vlivem drog. Nyní nepřiznává sebevražedné myšlenky.

V rodině nemá zkušenosti se sebevražedným chováním, ale v okolí ano. Kamarádův otec se oběsil v bytě. Kamarádův otec vyhrožoval sebevraždou již dříve, ale nikdo mu nevěřil. Zřejmě se zabil, kvůli dluhům a špatným rodinným vztahům. Respondent jej odřezával a volal pohotovost. Při tomto incidentu bylo klientovi 23 let.

4.2.7 Kazuistika 7

Muž 28 let se počtvrté léčí se závislostí na pervitinu - první léčba byla v Horních Beřkovicích, kam ho odvezl otec. Druhá byla U Apolináře, ale odtud utekl po týdnu,

protože v té době tam byl jediný toxikoman a ostatní byli alkoholici. Třetí odvykací léčba proběhla v PL ČD, kterou dokončil. Nyní se léčí z vlastní vůle, chtěl by žít „normálně“. V 15 letech vyzkoušel poprvé alkohol, ale vždy k němu měl negativní postoj, protože jeho otec je alkoholik. V 15 letech vyzkoušel také prvně cigarety, aby se vytáhl před kamarády. Marihuanu a pervitin vyzkoušel také v 15 letech, pervitin nejprve šňupal, ale denně, proto po měsíci užívání začal pervitin užívat injekčně. Pervitin užíval nejprve s kamarády a poté sám. Po pervitinu se klient cítil sebejistější. Klient nepřiznává další drogy. Drogy sháněl od kamarádů vaříčů, finanční prostředky si obstarával především krádežemi.

Respondent dokončil pouze základní vzdělání. Má hlášený trvalý i přechodný pobyt v Ústeckém kraji. Do PL ČD přišel z PL Horní Beřkovice. Před nástupem na léčbu bydlel u strýce na statku, ve kterém nikdo 20 let nebydlel. Statek byl v té době určen k prodeji a nebyla tam zavedena elektřina ani voda, podle jeho slov šlo spíše o squatt. Během života bydlel různě na ubytovnách, u kamarádů i na ulici. Před léčbou pracoval jen výjimečně jako brigádník a dále pracoval načerno v Belgii u matky. Nyní má krátkodobou známost (7 měsíců), se kterou je i není spokojen. Jeho nynější přítelkyně byla také závislá na drogách, přítelkyně se ho snažila držet od drog a chtěla, aby společně abstinovali. Respondent se snažil abstinovat, ale jeho přítelkyně užívala drogy dál, i když ne před ním. Nyní ho přítelkyně v léčbě podporuje a je mu s ní dobře, ale respondenta mrzí přítelčina neupřímnost a vadí mu, že se hodně hádají. Děti nemá. Virové hepatitidy v minulosti neprodělal a HIV nebyl nakažen, nyní čeká na výsledky, kterým byl podroben při nástupu do PL ČD.

Do 14 let vyrůstal v úplné rodině, i přesto že se jeho rodiče rozvedli v jeho 12 letech. Ve 14 letech se jeho matka odstěhovala za rodinou do Belgie. Rozvod rodičů jej nepoznamenal podle jeho slov, ale odchod matky ano. Dětství považuje spíše za šťastné. Zneužívaný ani týraný nikdy nebyl a vždy měl co potřeboval. Jeho matka byla přísná a jeho otec byl naopak velmi liberální ve výchově. Po rozvodu začal jeho otec pít alkohol. Od 18 let bydlel u babičky, protože si to přála nová přítelkyně a budoucí manželka otce. Otec měl s druhou manželkou druhého syna, kterému je nyní 9 let. Druhá manželka otce využívala a okrádala ho, k využívání a okrádání otce zneužívala

i respondenta. Otec vlastnil hospodu a respondent s otcovou druhou manželkou ho okrádali o alkohol a peníze. Otec začal v tomto období mnohem více pít alkohol. Respondent poté, co na něj otec s novou ženou podali trestní oznámení za krádež, vzali do vazby a odsoudili jej. Respondent byl 3x odsouzen a odpykal si necelých 6 let vězení. Respondent má nyní špatné vztahy s otcem. S nevlastním bratrem se nesmí stýkat - nevlastní matka si to nepřeje, což klienta velmi mrzí. Babička i matka ho podporují.

Respondent se pětkrát pokusil o sebevraždu. Poprvé se pokusil v 18 letech, když žil u babičky, kvůli nešťastné lásce - přítelkyně se s ním rozešla po 5měsíčním vztahu. Respondent se chtěl oběsit, ale nepovedl se mu uvázat uzel na laně. Tento sebevražedný pokus nebyl plánovaný. Respondentovi se nepodařilo uvázat uzel, měl na sebe vztek a poté přestal myslet na sebevraždu.

Druhý pokus proběh v 19 letech a chtěl skočit z výšky. Respondent se bál příslušníků Policie ČR, protože měl strach, že jej odvedou a bude odsouzen. Vylezl na římsu okna bytu v 7. patře, ze které chtěl skočit. V momentě, kdy si uvědomil v jaké výšce se nachází si skok rozmyslel. Policie ČR odvezla do PL Horní Beřkovice, odkud byl následně převezen k výslechu.

O třetí sebevražedný pokus se pokusil v necelých 20 letech. Respondent byl před prvním výkonem a bál se vězení. Příslušníci Policie ČR jej odvezli na celu předběžného zadržení, ale neproběhla prohlídka. Respondent měl u sebe vystřelovací nůž a pokusil si ho bodnout do krku. Tím si chtěl oddálit výkon trestu. Podle jeho slov byl naštěstí nůž tupý a měl pouze povrchová zranění. Byl následně pouze převezen do nemocnice, kde mu ošetřili rány a pak byl převezen do vězení.

Čtvrtý pokus o sebevraždu proběhl v respondentových 23 letech. Respondent opět utíkal před Policií ČR kvůli strachu z vězení. Respondent chtěl opět skočit z výšky - vylezl po hromosvodu na střechu. Policisté mu pokus o sebevraždu rozmluvili, odvezli jej na prohlídku k psychiatrovi a následně jej převezli do věznice.

Pátý pokus proběhl tento rok v září. Respondent měl zřejmě toxickou psychózu a myslel si, že jej chce někdo zastřelit. Chtěl opět skočit z výšky. Poté co vylezl na střechu a chtěl z ní skočit si uvědomil, že je to malá výška na to, aby se zabil

a respondent opět upustil od záměru vzít si život. Po tomto pokusu se respondent šel sám léčit do PL Horní Beřkovice ze závislosti na pervitinu.

Nikdy nelitoval, že se mu některý pokus nepovedl, ale přiznává, že ve vazební cele měl někdy chvilkový dojem, že by bylo lepší, kdyby se mu povedlo spáchat sebevraždu. Pak si ale uvědomil, že je rád, že se mu to nepovedlo, protože to ve vězení nebylo tak strašné. Posledního pokusu nelitoval vůbec, protože se po léčbě v PL Horních Beřkovicích zklidnil, jak uvádí. Většina sebevražedných pokusů byla spáchána především ze strachu z vazby a z vězení. Sebevražedné myšlenky měl vždy jen na cele předběžného zadržení, jinak nikdy. Za sebevražedné pokusy se styděl a stydí dodnes, proto o nich s nikým blízkým nikdy nemluvil. Po posledním pokusu vyhledal psycholožku, ke které docházel asi 3 týdny. Psycholožka mu chtěla nasadit léky, ale respondent má strach z léků, protože měl s nimi špatné zkušenosti. Po jednom pokusu o sebevraždu ho Policie ČR odvezla do nemocnice, kde mu byl aplikován nějaký lék na zklidnění. Respondent uvádí, že po odeznění účinků léku byl více agresivní a měl tendenci se sebepoškozovat.

Respondentovi nebylo psychiatrem prokázáno žádné psychické onemocnění, ale pod vlivem drog je agresivní vůči sobě i okolí. V rodině také není diagnostikovaná psychická porucha, ale respondent uvádí, že jeho otec trpěl bludy a přeludy a často trpěl samomluvou. Sebevražedné chování v rodině vylučuje, v okolí ví o jednom kamarádovi, který spáchal sebevraždu skokem pod vlak. Důvod kamarádovi sebevraždy nezná.

4.2.8 Kazuistika 8

Muž 20 let podstupuje první odvykací léčbu ze sedmileté závislosti na pervitinu. Cigaretu užil poprvé v 7 letech sám, alkohol mezi 10 - 12 roky na rodinné oslavě. Pervitin prvně zkusil ve 14 letech s kamarády a od té doby užívá pervitin dodnes. S kamarády z dětství, se kterými začal brát pervitin se již nestýská. Přiznává i užívání LSD, benzodiazepinů, opiátů a alkoholu. Sedm měsíců abstinovat od pervitinu, v tomto období začal užívat benzodiazepiny, kvůli přítelkyni. Při užívání pervitinu byl přehnaně agresivní a po benzodiazepinech byl klidnější. Po nějaké době však opět začal užívat pervitin. Přiznává, že je kvartální alkoholik - vydržel měsíc bez alkoholu a pak byl

schopen vypít přes 1 litr tvrdého alkoholu hlavně rum, víno výjimečně, pivo nepije. Pítí alkoholu kombinoval vždy s pervitinem nebo benzodiazepiny. Nejvíce drog užíval po návratu z výletní lodě, protože v Holandsku se dal pervitin obtížně sehnat, v Holandsku užíval především kokain, někdy extázi, ve větším množství užíval benzodiazepiny a THC. V PL ČD simuloval epileptické záchvaty, protože špatně snášel abstinenci od benzodiazepinů, z tohoto důvodu strávil na detoxu 22 dní. Nyní vysadil i benzodiazepiny.

Respondent má dokončené střední vzdělání bez maturity. Před nástupem na léčbu pracoval jako kuchař na výletní lodi v Holandsku. Do 18 let bydlel u rodičů, kteří ho rodiče vyhodili z domu, protože co zlomil bratrovi nos. Poté co jej rodiče vyhodili z domu bydlel několik měsíců v hotelu, následně dostal firemní byt. Byl zaměstnán jako kuchař v Karlových Varech, ale po nějaké době s ním byl okamžitě ukončen pracovní poměr z důvodu užívání drog. Poté si našel místo kuchaře na výletní lodi v Holandsku. Tento pracovní poměr s ním byl ukončen z důvodu napadení šéfkuchaře (shodil ho do sklepa, když byl pod vlivem drog). V práci byl podle jeho slov šikovný a byl schopen fungovat. K povolání kuchaře se nechce v budoucnu vrátit, protože na ní nemá dobré vzpomínky a spojuje si ji s užíváním drog. V dětství nebyl týrán ani sexuálně zneužíván, ale své dětství nepovažuje za šťastné.

V dětství byl přehnaně agresivní, s čímž docházel k psychologovi a bral benzodiazepiny. Přiznává psychické onemocnění, ale nezná přesnou diagnózu, zřejmě je sociopat. Psychické onemocnění diagnostikoval psychiatr při závislosti na opiátech. S psychickým onemocněním se neléčil, docházel k psychiatrům pouze proto, aby pokryl svoji potřebu benzodiazepinů, která činila až 60 mg dimetrilu. Benzodiazepiny bere doted'. Respondent je z Karlovarského kraje. Má 1 bratra. Rodiče od jeho 17 let ví o jeho závislosti. Od 16 do 19 let měl stálou přítelkyni, která nebyla závislá, poté měl příležitostné známosti, které byly závislé na drogách. S bratrem se nebaví - mají spolu špatný vztah. S matkou se nechtěl stýkat a mluvit s ní, ale měsíc před léčbou s ní obnovil kontakt. S otcem neměl nikdy kvalitní vztah - nevidali se. Otec jej vždy finančně podporoval a platil mu právní pomoc. Dvakrát byl obviněn z těžkého ublížení na zdraví, z krádeže nafty a aut s přáteli, ale díky otci nebyl nikdy odsouzen. Otec

pracuje v TOP managementu v nadnárodní firmě a proto synovi vždy pomohl, když byl obviněn, aby to negativně neovlivnilo jeho kariéru. Vždy měl dost peněz, proto vykupoval často od přátel věci a pak je prodal za výhodnou cenu. Nyní je sám a s tímto stavem je spokojený. Netrpí ani neprodělal VHA, VHB, VHC ani HIV. Během léčby obnovil kontakt s otcem, ke kterému by chtěl jít pracovat a bydlet po léčbě.

V rodině je závislost - bratranec bere pervitin a chce se léčit v PL ČD. Přiznává i sebevražedné chování - bratranec se pokusil třikrát o sebevraždu. Vždy se pokusil podřezat žíly při psychóze pod vlivem drog, trpěl ADHD. V okolí také přiznává sebevražedné chování. Tři jeho kamarádi se pokusili o sebevraždu, jeden se pokusil skočit z výšky, druhý si podřezal žíly a třetí spáchal sebevraždu pomocí drog tzv. „zlaté rány“. Důvody neví.

Má strach, že léčba nebude úspěšná, protože v PL ČD je mnoho pacientů opakovaně. Do budoucna má strach ze závislosti na alkoholu a benzodiazepinech. V budoucnu by se chtěl zlepšit v anglickém jazyce a vařit na zámořské lodi.

Respondent se pokusil o sebevraždu jen jednou v 19 letech po rozchodu s přítelkyní. Po rozchodu začal zvyšovat dávky pervitinu, ale čím větší dávky bral, tím více myslel na rozchod, poté měl toxickou psychózu, kdy 17 dní nespál. Chtěl se zastřelit zbraní, kterou nelegálně vlastní od 17 let. Zabránili mu v tom kamarádi, kteří ho odvezli na psychiatrické oddělení do Podbořan. Po pokusu o sebevraždu 14 dní nebral žádné drogy. V obdobích kdy plně abstinoval, měl silné deprese a přemýšlel nad sebevraždou. Po vyhození z domu přemýšlel nad demonstrativní sebevraždou, ale tu nakonec nespáchal, protože nechtěl udělat radost okolí a rodině. Nyní sebevražedné myšlenky nemá.

4.3 Analýza případových studií

Z analýzy případových studií vyplynuly některé proměnné, jejich četnosti jsou uvedeny v tabulkách. Pro dokreslení problematiky, jsou v tabulkách uvedeny i obecné údaje (délka závislosti, pohlaví atd.) a také některé proměnné, které byly předpokládány, ale nepotvrdili se (diagnostikované psychické onemocnění před sebevražedným pokusem, léčba před prvním sebevražedným pokusem atd.).

Vzhledem k tomu, že někteří klienti se pokusili o sebevraždu opakovaně, vyskytuje se v tabulkách u některých respondentů více odpovědí na stejnou otázku.

Tabulka č. 1: Obecné informace

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
pohlaví	žena	žena	muž	muž	žena	muž	muž	muž	-
věk (roky)	25	34	34	35	21	30	28	20	-
dokončené vzdělání *	Z	SŠ bez maturity	Z	0	SŠ s maturit.	SŠ bez maturity	Z	SŠ bez maturity	-
děti	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne	3
rodinný stav	zadaná	sama	sám	sám	zadaná	sám	sám	sám	-
primární droga **	P	P	H	P	P	P	P	P	-
kombinace drog	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	8
délka závislosti (roky)	11	21	20	18	3	13	13	6	-
počet odvykacích léčeb	4	1	5	3	4	1	4	1	-
považují své dětství za šťastné	ano	ne	ano	ne	ne	ano/ne	ano	ne	3 + 1
opakované sebevražedné chování	ne	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ne	4
počet pokusů o sebevraždu	1	4	2	3	1	1	5	1	-
trvalé následky po seb. pokusu	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	0
sebevražedné chování v rodině/okolí	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	7
diagnostikované psychické onemocnění. (mimo závislosti)	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ano	3
diagnostikované psychické onemocnění. před seb. pokusem	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	1
první pokus o sebevraždu před závislostí	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	1

* Z = základní vzdělání SŠ bez maturity = středoškolské vzdělání bez maturity

SŠ s maturitou = středoškolské vzdělání s maturitou 0 = nekončené základní vzdělání

** P = pervitin H = heroin

Ve výzkumném souboru bylo 6 mužů a 3 ženy. Věkové rozpětí se pohybovalo mezi 20 - 35 lety, věkový průměr činil 28,3 roku a medián činil 29 let. Doba trvání závislosti respondentů se pohybovala v rozmezí 3 - 21 let, průměr činil 13,1 a medián 13 let. Rozmezí počtu odvykacích léčeb se pohybovalo mezi 1 a 5 odvykacích léčeb na respondenta, což znamená téměř 3 odvykací léčby na respondenta (aritmetický průměr se rovnal 2,875, medián 3,5 a směrodatná odchylka byla rovna 1,64). Počet pokusů o sebevraždu se pohyboval v rozmezí 1 - 5 pokusu na respondenta, z čehož vyplývá průměrný počet 2,25 pokusů na respondenta.

U všech respondentů byla zaznamenána kombinace drog. U sedmi respondentů bylo zjištěno sebevražedné chování v rodině nebo okolí. Čtyři respondenti se pokusili o sebevraždu opakovaně. Tři respondenti považují své dětství za šťastné, jeden respondent na tuto otázku nedokázal jednoznačně odpovědět. Třem respondentům bylo diagnostikováno psychické onemocnění jiné než drogová závislost. Jednomu respondentovi bylo diagnostikováno psychické onemocnění před pokusem o sebevraždu. Jedna respondentka se pokusila spáchat sebevraždu před závislostí (před užitím tvrdých drog). Nikdo z respondentů při pokusu o sebevraždu neutrpěl těžké zranění a netrpěl poté trvalými následky.

Tabulka č. 2: Způsob sebevražedného chování

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
neplánovaný pokus o sebevraždu	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	8
kombinace sebevražedných způsobů	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	1
Způsob sebevraždy	zastřelení	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	1
	skok z výšky	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ano	2
	oběšení	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	1
	podřezání žil	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	4
	předávkování léky	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne	3
	skok pod vlak	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	1
	alkohol + léky	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	1

U všech respondentů se jednalo o neplánovaný pokus o sebevraždu. Čtyři respondenti si pokusili podřezat alespoň při jednom pokusu žíly. Tři respondenti se pokusili alespoň při jednom pokusu předávkovat léky. Dva respondenti zvolili jako sebevražednou metodu skok z výšky minimálně při jednom pokusu o sebevraždu. Jeden respondent kombinoval více sebevražedných metod, při sebevražedném pokusu. Zastřelení, oběšení, skok pod vlak a kombinace alkoholu a léků jako sebevražednou metodu zvolil vždy pouze jeden respondent.

Tabulka č. 3: Důvody sebevražedného chování

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
	přítomnost drog během pokusu o sebevraždu	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano/ne	ano	4+1
důvod sebevraždy	toxická psychóza	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ano	3
	rozpad vztahu/ne - šťastná láska	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano	5
	upoutání pozornosti na svou osobu	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	2
	oddálení nástupu výkonu trestu	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	1
	potrat	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	1
	ztráta smyslu života	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne	3
	odvrácení pozornosti od skutečných problémů	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	1
	výčitky svědomí	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	1

Pět respondentů se pokusilo o sebevraždu kvůli rozpadu vztahu nebo z nešťastné lásky. Tři respondenti se pokusili o sebevraždu v toxické psychóze nebo ztrátě smyslu života. Čtyři respondenti přiznali, že se pokusili o sebevraždu pod vlivem drog, jeden z těchto klientů uvedl, že některý sebevražedný pokus nespáchal pod vlivem drog. Výčitky svědomí, odvrácení pozornosti od skutečných problémů, potrat a oddálení nástupu výkonu trestu uvedl vždy pouze jeden respondent.

Tabulka č. 4: Sebevražedné myšlenky

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
dlouhodobě přetrvávající seb. myšlenky	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	1
přetrvávající lítost kvůli nevydařené sebevraždě	ne	ano/ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	2+1
změna postoje k životu po pokusu o sebevraždu	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ano	ne	5
seb. myšlenky před pokusem o sebevraždu	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	1
intenzivnější seb. myšlenky v abstinenci	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano	4
intenzivnější seb. myšlenky pod vlivem drog	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne	ne	3

Pět respondentů změnilo po některém ze sebevražedných pokusů svůj postoj k životu. Čtyři respondenti měli intenzivnější sebevražedné myšlenky v abstinenci, tři respondenti měly intenzivnější sebevražedné myšlenky pod vlivem drog. U dvou respondentů byla zaznamenána přetrvávající lítost alespoň kvůli jednomu nezdařenému sebevražednému pokusu. Dlouhodobě přetrvávající sebevražedné myšlenky a sebevražedné myšlenky před pokusem o sebevraždu byly zaznamenány vždy u jednoho z respondentů.

Tabulka č. 5: Následná léčba po sebevražedném pokusu

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
léčba před prvním pokusem o sebevraždu	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	1
léčba po sebevraženém pokusu	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano	7
léčba po seb. pokusu delší než 1 rok	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	1
léčba po seb. pokusu kratší než 1 rok (mimo jednorázové)	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ano/ne	ne	2+1
jednorázová léčba po pokusu o sebevraždu	převezení na JIP	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	1
	převezení do PL/psych. oddělení	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ano	3
	návštěva psychologa/psychiatra	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne	3
	praktický lékař	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ne	2
	ošetření v nemocnici	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	1

U sedmi respondentů proběhla nějaká forma léčby. Jeden respondent se léčil před prvním sebevražedným pokusem. Jedna respondentka se léčila po sebevražedném pokusu déle než 1 rok a dva respondenti se léčili dlouhodobě, ale byli léčeni dobu kratší než jeden rok, jeden z těchto respondentů se léčil dlouhodobě pouze po některém z pokusu o sebevraždu. Některý druh jednorázové léčby podstoupilo celkem 7 respondentů. Tři respondenti byli alespoň jednou převezeni do psychiatrické léčebny nebo na psychiatrické oddělení, stejný počet respondentů navštívil alespoň po jednom pokusu psychologa nebo psychiatra. Praktického lékaře navštívili po pokusu o sebevraždu dva respondenti. Ošetření v nemocnici a převezení na JIP bylo zaznamenáno vždy pouze u jednoho respondenta.

5 Diskuze

Problematika zneužívání omamných a psychotropních látek a sebevraždného chování spolu velmi úzce souvisí. Práce vznikla v rámci spolupráce s týmovým projektem GA JU č. 103/2013/S „Vliv systematické psychoterapie na míru incidence úmyslného sebepoškozujícího jednání“, který je zaměřen na sebevraždné chování a následnou péči po pokusu o sebevraždu. V rámci tohoto týmového projektu proběhlo v PL ČD dotazníkové šetření na jehož základě vznikl vlastní výzkum pro tuto diplomovou práci. V dotazníkovém šetření bylo získáno pouze 44 dotazníků, což je relativně malý vzorek pro kvantitativní šetření a následné zobecňování výsledků (25). Nicméně pro výběr respondentů vlastního kvalitativního výzkumu bylo toto dotazníkové šetření dostačující.

Návratnost dotazníků v dotazníkovém šetření činila téměř 96 %, což odpovídá požadované návratnosti dotazníků 75 % podle Wiersmana (25). Vysoká návratnost dotazníků byla podle mého názoru způsobena zejména pomocí personálu se vstupem do PL ČD a především díky ochotě pacientů PL ČD a jejich motivaci personálem. Každý pacient, který odevzdal vyplněný dotazník, získal od personálu kladné body, jež mu byly započteny do hodnocení.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že se 41 % (18 respondentů) respondentů pokusilo v minulosti o sebevraždu. Bohužel nelze říci, zda jsou sebevraždné pokusy, zastoupeny ve vyšší míře v populaci uživatelů drog oproti běžné populaci, protože neexistuje žádná databáze, která by shromažďovala údaje pouze o sebevraždných pokusech. Z těchto 41 % respondentů byli zastoupeni muži v 61 % a ženy ve 39 %. Podle Koutka a Kocourkové i údajů ÚZISu by toto zastoupení mělo být opačně, protože muži mnohem častěji spáchají dokonanou sebevraždu oproti ženám, u kterých bývá mnohem více sebevraždných pokusů (45). Vzorek byl malý, proto není reprezentativní (25). Navíc počet žen byl v základním vzorku PL ČD nižší než počet mužů, protože výzkum v PL ČD byl prováděn na 2 mužských odděleních a pouze jednom ženském. Maximální kapacita oddělení je 30 klientů.

S rozhovorem pro vlastní výzkum do diplomové práce souhlasilo 72 % (13 respondentů) respondentů, z těchto 13 respondentů bylo 9 respondentů (69 %) závislých na nealkoholových drogách a 4 respondenti (31 %) na alkoholu. Z celkového počtu závislých jedinců na nealkoholových drogách, kteří se pokusili spáchat v minulosti sebevraždu souhlasilo s rozhovorem 90 % respondentů.

Snahou práce bylo zjištění motivace sebevražedného chování, způsobů zvolených metod a následnou péči po sebevražedné pokusu. Byl stanoven cíl, ze kterého vyplynuly 3 výzkumné otázky. Pomocí 8 kasuistik a jejich následnou analýzou bylo na výzkumné otázky odpovězeno.

U některých respondentů byly zjištěny společné znaky. U všech respondentů byla zaznamenána kombinace drog a neplánovaný pokus o sebevraždu. Je známo, že užívání návykových látek je rizikovým faktorem sebevražedného chování (1). Sedm respondentů uvedlo, že se setkali v rodině nebo okolí se sebevražedným chováním. Podle Americké nadace pro sebevražednou prevenci je sebevražedné chování v rodině nebo okolí jedním z rizikových faktorů pro sebevražedné chování (1). Ke stejnému závěru dospěl ve svém výzkumu i Pavlica, který se zabýval problematikou sebevražedného jednání u drogově závislých respondentů (57). Nicméně zkušenost se sebevražedným chováním v rodině nebo okolí neznamena automaticky riziko tohoto chování (1). Z výzkumu vyplynulo, že pouze tři respondenti měli přímou zkušenost se sebevražedným chováním v okolí nebo rodině - jedna respondentka našla oběšeného svého přítele, jedna respondentka měla kamaráda, který se pokusil o sebevraždu předávkováním a její babička spáchala sebevraždu kvůli depresím a jeden respondent odřezával otce svého kamaráda, když se oběsil. Ostatní respondenti uvedli sebevražedné chování v rodině či okolí zřejmě pouze kvůli dotazu na tuto problematiku, většina z těchto respondentů často neznala důvod sebevražedného chování a o této problematice se v jejich rodinách většinou nemluvalo.

Pouze tři respondenti při rozhovoru uvedli, že považují své dětství za šťastné. Jeden respondent své dětství považuje za šťastné pouze částečně. Z těchto respondentů se jeden pokusil pětkrát o sebevraždu a jeden dvakrát. Pavlica ve svém výzkumu mimo

jiného došel k závěru, že osoby závislé na drogách, které se pokusily o sebevraždu pociťovaly menší emoční podporu v původní rodině a menší pomoc především od matky, otce (57). Podle mého názoru je velmi důležitý nejen u drogově závislých jedinců pocit, že je má někdo rád. Pro každého člověka je velmi frustrující, pokud ho blízké osoby, především matka, nemají rádi nebo nedokážou svoji lásku dítěti projevit (60). Kvalitní vztah dítěte s matkou a harmonické rodinné vztahy jsou podle mého názoru velmi důležitým aspektem pro prevenci nejen drogové závislosti, ale také sebevražděného jednání. Pokud je dítě milováno, jsou na něj kladeny přiměřené požadavky a má možnost se svěřit někomu blízkému se svými trápeními, aniž by bylo ponižováno, tak se z něj stane sebevědomý člověk, který bude v budoucnu umět racionálně řešit problémy.

Jeden respondent byl v dětství léčen u psychologa, protože byl v dětství přehnaně agresivní a užíval proto benzodiazepiny. Agresivita je podle Americké nadace pro sebevražednou prevenci jedním z rizikových faktorů (1). Viewegh považuje potlačení pudu sebezáchovy, který se projevuje často i u agresivity, za typický příznak pro sebevražedné chování (77). Ostatním respondentům nebylo před sebevražedným pokusem diagnostikováno žádné psychické onemocnění a nebyly léčeny u psychologa. Dvěma respondentkám bylo po sebevražedném pokusu diagnostikováno psychické onemocnění - citová porucha a syndrom týraného dítěte. Myslím si, že jejich sebevražedné pokusy souvisejí s jejich onemocněními. Respondentky určitě těmito onemocněními trpěli již před sebevražedným pokusem, proto u nich bylo vyšší riziko pokusu o sebevraždu než u ostatních respondentů, kteří před sebevražedným pokusem netrpěli psychickým onemocněním.

Pět respondentů chtělo ukončit svůj život kvůli nešťastné lásce nebo rozpadlému vztahu, na kterém jim záleželo. Podle Koutka a Kocourkové bývá pokus o sebevraždu nejčastěji motivován interpersonálními vztahy (45). Existuje tedy zřejmě určitá podobnost mezi obecnou populací a závislými jedinci v důvodech sebevražedného jednání.

Čtyři respondenti, přiznali, že byli pod vlivem drog, když se pokoušeli spáchat sebevraždu. Tři respondenti uvedli jako důvod sebevražedného pokusu toxickou

psychózu nebo ztrátu smyslu života. Tito respondenti se pokusili spáchat sebevraždu, která by se dala označit jako patická, která bývá spojena mimo jiné i s užíváním drog (75). Dvě respondentky se pokusily spáchat sebevraždu, aby na sebe upozornily okolí. Samy respondentky přiznávají, že šlo pouze o demonstrativní sebevraždu, aby na sebe upoutaly pozornost okolí, jedna z těchto dvou respondentek chtěla navíc odvrátit pozornost od svých problémů s drogami. S názorem respondentek, že šlo o demonstrativní sebevraždu souhlasím, pouze u jedné z nich. Demonstrativní sebevraždu volí jedinci, pokud chtějí získat nějakou úlevu nebo výhodu anebo se chtějí vyhnout nepříjemným situacím nebo úkolům, tento druh sebevraždy volí jedinci záměrně (45). Masaryk by tuto sebevraždu označil jako sebevraždu ze spekulace, která má vyvolat soustrast nebo získat nějakou výhodu (50). Proto si myslím, že se o tento druh sebevraždy pokusila pouze respondentka, která se pokusila spáchat sebevraždu, aby odvrátila pozornost od svého problému s drogami a upoutala na sebe pozornost. Druhá z těchto dvou respondentek se podle mého názoru pokusila spíše o impulzivní sebevraždu, kterou někteří jedinci volí, aby na sebe upozornili, ale ve skutečnosti často volají o pomoc (22). Tato respondentka na sebe chtěla upozornit svoji matku, která se jí nikdy dostatečně nevěnovala a v té době ji bil její otčím. Tatáž respondentka se podle mého názoru v budoucnosti pokusila o protražovanou sebevraždu - sama přiznává, že si po tomto pokusu několikrát zkusila vzít vyšší dávku pervitinu než v té době brala. Sama ale uvádí, že si nikdy nevzala úmyslně dávku tak vysokou, aby si byla jistá, že po ní dojde k předávkování. Podle Koutka a Kocourkové znamená protražovaná sebevražda opakované intoxikování se zvyšujícími se dávkami, u tohoto typu sebevraždy často dochází také k pořezání (45).

Oddálení nástupu výkonu trestu, potrat, výčitky svědomí a odvrácení pozornosti od skutečných problémů uvedl vždy pouze jeden z respondentů. Sebevraždu z důvodu potratu dítěte, bych označila jako bilanční sebevraždu. Této respondentce se rozpadl partnerský vztah, potratila, otec jí bil a matka psychicky týrala a jí připadalo, že nemá pro co žít. Bilanční sebevražda vychází z racionálního zhodnocení své situace (22). Vágnerová uvádí, že lidé, kteří páchají bilanční sebevraždu často ztrácí smysl života (73).

U většiny respondentů se vyskytla kombinace několika důvodů sebevraždného chování, což je typické pro sebevraždné chování (45). Sebevraždné jednání je spuštěno posledním podnětem, jedinci si často ani neuvědomují, že jde o více důvodů najednou (22).

Jeden respondent se celkem třikrát pokusil o sebevraždu, protože měl strach z výkonu trestu nebo výslechu, tento respondent se dvakrát pokusil skočit z výšky a jednou se pokusil proříznout krční tepnu. Respondent uvádí, že jednal vždy v afektu, protože měl strach, sebevraždné myšlenky měl pouze v cele předběžného zadržení. Tento respondent, se podle mého názoru pokusil spáchat účelovou sebevraždu. Účelová sebevražda je typická tím, že jejím cílem není smrt, ale vyřešení svízelné situace, tento cíl není záměrně sledován narozdíl od demonstrativní sebevraždy. Samozřejmě mohlo jít i o typickou demonstrativní sebevraždu, ale podle toho co respondent vypověděl, bych řekla, že se jednalo spíše o sebevraždu účelovou (45). Vágnerová označuje demonstrativní sebevraždu za sebevraždné jednání jako prostředek, takové sebevraždné jednání má za účel manipulovat s okolím, narozdíl od sebevraždného jednání jako cíl, kdy člověk volí sebevraždu jako únik před strachem z vězení (73).

Všech osm respondentů uvedlo, že dopředu sebevraždu neplánovali a šlo o náhlý popud. Vzhledem k tomu, že jedinci sebevraždu neplánovali a ve většině případů šlo o sebevraždu v afektu, myslím si, že se jednalo převážně o impulzivní sebevraždy. Při impulzivní sebevraždě jednají jedinci v afektu, náhle a někdy neuváženě, nepřemýšlejí o způsobu a prostředcích spáchání sebevraždy, reagují na aktuální impuls (45). Masaryk říká, že většina sebevražd je spáchána v afektu nebo vášnivosti (50).

Jeden respondent kombinoval více sebevraždných metod u jednoho sebevraždného pokusu. Tento respondent se nejprve opil a pak si vpíchl do žíly „koktejl“ z léků a různých domácích chemikálií (jako příklad uvedl SAVO), když tento „koktejl“ nesplnil svůj účel, klient se pokusil podřezat si žíly, ani tento způsob sebevraždy však nebyl účinný.

Nejčastěji uváděli respondenti podřezání žil jako způsob sebevraždy (4 respondenti) a předávkování léky (3 respondenti). Dva respondenti chtěli spáchat sebevraždu skokem z výšky. Zastřelení, oběšení, skok pod vlak, kombinace alkoholu

a léků se vyskytla vždy po jednom případě. Z výsledků vyplynulo, že pouze ženy zvolily jako způsob sebevraždy předávkování léky, v běžné populaci ženy častěji než muži volí předávkování (12). Ani jedna z žen se nepokusila spáchat sebevraždu zastřelením, skokem z výšky, oběšením nebo skokem pod vlak. Z tohoto důvodu lze částečně usuzovat, že zřejmě nejsou velké rozdíly ve zvolené metodě mezi drogově závislými ženami a ženami běžné populace. Jeden muž se pokusil zastřelit, jeden se pokusil oběsit, jeden muž se pokusil o sebevraždu skokem z výšky při jednom z pokusů a při dalším pokusu skočil pod vlak. V běžné populaci je jako nejčastější způsob dokonané sebevraždy uváděno v letech 1994 - 2010 oběšení, otrava, zastřelení a skok z výšky. U žen i mužů je nejčastějším způsobem dokonané sebevraždy oběšení, druhým nejčastějším způsobem je u mužů zastřelení u žen je to otrava léky (11). Bohužel v ČR neexistuje databáze, která by se zabývala nedokonanými sebevraždami, proto je problematické hodnotit způsoby nedokonaných sebevražd nejen u klientů PL ČD.

Podle mého názoru šlo u většiny respondentů o sebevražedné pokusy s absencí skutečného úmyslu zemřít. Někteří autoři rozlišují u sebevražedných pokusů a dokonaných sebevražd kvalitativní rozdíly. Narozdíl od dokonaných sebevražd se sebevražedné pokusy vyskytují častěji v první polovině života jedince, je volena měkčí metoda sebevražedného pokusu - nejčastěji požití léků, a sebevražedné pokusy jsou často ze spontánních a nepromyšlených rozhodnutí (45).

Dvě respondentky přiznávají lítost nad některým nepovedeným pokusem o sebevraždu. Jedna respondentka zprvu svého nezdařeného sebevražedného pokusu nelitovala, lítost se dostavila asi až po 5 letech. Druhá z těchto respondentek má dodnes sebevražedné myšlenky. Obě respondentky uvedly, že kdyby se jim sebevražedný pokus zdařil, nezažily by ostatní špatné věci, které se jim v jejich životě udály. Zajímavým zjištěním pro mě bylo, že čtyři respondenti uvedli, že měli intenzivnější sebevražedné myšlenky v abstinenci, pod vlivem drog měli intenzivnější sebevražedné myšlenky pouze tři respondenti. Sebevražedné myšlenky před pokusem o sebevraždu měl pouze jeden respondent, ostatní je nepřiznávali a jednali podle svých slov ve zkratu. Intenzivní sebevražedné myšlenky jsou druhem sebevražedného jednání a jsou první

etapou sebevražedného vývoje, proto jsou intenzivní sebevražedné myšlenky rizikem pro následný pokus o sebevraždu (45).

Pouze u pěti respondentů došlo po některém sebevražedném pokusu ke změně postoje k životu. Respondent číslo čtyři podstupuje odvykací léčbu, protože má strach z další toxické psychózy a z toho, že by se mu příště sebevražedný pokus mohl zdařit.

Sedm respondentů uvedlo, že absolvovali nějaký druh léčby po pokusu o sebevraždu, z toho se pouze jedna respondentka léčila déle než jeden rok a dva respondenti se alespoň po jednom pokusu o sebevraždu léčili po dobu kratší než jednoho roku. Tři respondenti uvedli, že po některém z pokusů o sebevraždu u nich následovala jednorázová návštěva psychologa nebo psychiatra anebo byli převezeni do psychiatrické léčebny či psychiatrické oddělení. Dva jedinci navštívili po sebevražedném pokusu svého praktického lékaře, který je následně odeslal k psychologovi nebo psychiatrovi. Jedna respondentka byla po pokusu o sebevraždu převezena na JIP a jeden respondent byl ošetřen v nemocnici. Pouze jedna respondentka uvedla, že po sebevražedném pokusu u ní nenásledovala žádná, ani jednorázová léčba, cílem léčby při sebevražedném stavu je zvládnutí akutního stavu a následně pokud možno zamezit opakování sebevražedného pokusu (22). Léčba musí být individuální a v mnoha případech je dlouhodobá, podle psychického stavu jedince je buď ambulantní nebo lůžková (45). V některých stavech je doporučena hospitalizace. Vždy je nutné zhodnotit letalitu zvolené metody, zda byl nebo nebyl přítomen sebevražedný plán, zda je pacient schopen spolupracovat ambulantně, zda šlo o bezprostřední reakci na tíživou životní situaci atd. (75). Zajímavé je, že pokud respondenti bydleli s rodiči, tak po sebevražedném pokusu vždy následoval nějaký druh lékařské péče.

Podle mého názoru je největším problémem léčby drogově závislých jedinců po sebevražedném pokusu, zejména jejich neschopnost se léčit ambulantně, především dokud neabsolvují odvykací léčbu. Pokud jsou hospitalizováni, tak téměř ve většině případů podepíší negativní revers, protože jsou závislí a potřebují svoji drogu. Poté co podepíší negativní revers nejsou většinou nijak léčeni nebo léčbu nedodrží. Jako příklad by mohly sloužit dvě klientky z tohoto výzkumu. Respondentka se pokusila o sebevraždu předtím než začala užívat tvrdé drogy a po pokusu o sebevraždu jí byl

diagnostikován syndrom týraného dítěte. Tato respondentka se léčila u psychologa se syndromem týraného dítěte necelé dva roky, léčbu však ukončila, protože podle jejích slov jí léčba dostatečně nepomáhala, proti úzkostem a depresím jí rychleji účinkovala marihuana. Druhá respondentka byla převezena po sebevražedném pokusu na JIP. Této respondentce byla doporučena následná léčba psychiatrem, ale její rodiče podepsali na její žádost negativní revers. Tudíž respondentka neabsolvovala následnou léčbu kvůli svému sebevražednému pokusu.

Na základě dotazníkového šetření bylo původně pro výzkum vybráno devět respondentů. Z důvodu organizace léčby, proběhlo dotazníkové šetření v pracovním týdnu, kdy respondenti mají méně volného času, rozhovory se byly prováděny o víkendu, kdy měli na rozhovor dostatek času. Bohužel jeden respondent PL ČD byl den po dotazníkovém šetření z PL ČD vyloučen za hrubé porušení řádu.

Díky předchozímu pobytu v PL ČD a dotazníkovému šetření, bylo mnohem jednodušší provádět rozhovor, přesto původně vyčleněný čas na rozhovor nebyl dostatečný. Na rozhovor byla původně plánována jedna hodina času, kvůli povaze tématu některé rozhovory trvaly až dvě hodiny.

6 Závěr

Výzkumný soubor se skládal ze 3 žen a 5 mužů. Věkový rozptyl respondentů byl 20 - 35 let, věkový průměr byl 28, 3 roku a medián 29 let. Sedm respondentů uvedlo jako primární drogu pervitin, jeden heroin. Doba závislosti se pohybovala v rozmezí od 3 do 21 let, průměrná doba závislosti činila 13, 1 roku a medián 13 let. Respondenti v průměru podstupovali třetí léčbu (aritmetický průměr činil 2, 875 a medián 3,5).

Cílem této práce bylo zjistit nejčastější důvody a způsob sebevraždného jednání u klientů PL ČD. Dalším cílem bylo zjistit, zda u klientů PL ČD následovala po sebevraždném pokusu nějaká léčba. Z cílů vyplynuly tři výzkumné otázky, které byly zodpovězeny.

První výzkumná otázka zněla: *Jaký způsob provedení pokusu o sebevraždu je nejčastější u drogově závislých jedinců v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr?* Destruktivní metodu jako je zastřelení, skok z výšky nebo skok pod vlak zvolil pouze jeden respondent. Podřezání žil zvolili pouze 4 respondenti, předávkování léky zvolily 3 respondentky.

Druhá výzkumná otázka zněla: *Jaké jsou nejčastější důvody pokusů o sebevraždu u drogově závislých klientů v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr?* Nikdo z respondentů pokus o sebevraždu dopředu neplánoval a podle svých slov jednali všichni v afektu. Nejčastějším důvodem sebevraždného chování u drogově závislých z PL ČD je nešťastná láska nebo rozpad vztahu, což uvedlo jako důvod pokusu o sebevraždu 5 respondentů. Na druhém místě byla toxická psychóza a ztráta smyslu života, které uváděli jako důvod sebevraždného jednání 3 respondenti. Čtyři respondenti se pokusili podřezat si žíly, tři se pokusili předávkovat léky.

Poslední třetí výzkumná otázka zněla: *Jaká byla léčba po pokusu o sebevraždu u drogově závislých klientů, kteří se léčí v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr?* Sedm respondentů podstoupilo nějakou léčbu po sebevraždném pokusu, pouze jedna respondentka podstoupila léčbu delší než jeden rok. Šest respondentů alespoň po jednom sebevraždném pokusu podstoupilo jednorázovou návštěvu u obvodního lékaře nebo psychiatra, byli ošetřeni v nemocnici nebo byli hospitalizováni na JIP,

psychiatrické léčbě nebo psychiatrickém oddělení nemocnice, ale nepodstoupili následnou lékařskou péči kvůli sebevražednému pokusu. Ani jednomu z respondentů nebylo před sebevražedným pokusem diagnostikováno psychické onemocnění. Dvěma respondentkám bylo po sebevražedném pokusu diagnostikováno psychické onemocnění jiné než závislost na drogách - syndrom týraného dítěte a citová porucha. Těmito poruchami respondentky určitě trpěly již před užíváním drog.

Na výzkumné otázky bylo zodpovězeno, cíl této práce byl naplněn. Zajímavým zjištěním byly poznatky o sebevražedných myšlenkách. Překvapujícím pro mne bylo, že čtyři respondenti z osmi měli v minulosti intenzivnější myšlenky v abstinenci. Tři respondenti uvedli, že měli intenzivnější sebevražedné myšlenky pod vlivem drog, pouze jeden z těchto respondentů se pokusil spáchat sebevraždu z důvodu toxické psychózy.

Na základě zjištěných údajů jsem si dovolila vyslovit hypotézu: *U uživatelů omamných a psychotropních látek je statisticky vyšší riziko sebevražedného chování než u běžné populace, která omamné a psychotropní látky neužívá.* Zajímavé by bylo do budoucna zjistit, proč závislí jedinci po pokusu o sebevraždu nepokračují v následné léčbě pro sebevražedné chování, i přestože jim je doporučena psychiatrem nebo psychologem. Zda je to způsobeno jejich drogovou závislostí nebo z jiného důvodu. Diplomová práce pracuje především s uživateli pervitinu, proto by bylo vhodné do dalšího výzkumu zahrnout i uživatele jiných drog. Výsledky výzkumu by mohly být využity pro prevenci sebevražedného chování u drogově závislých jedinců.

7 *Seznam použité literatury*

1. AMERICAN FOUNDATION FOR SUICIDE PREVENTION. *AMERICAN FOUNDATION FOR Suicide Prevention* [online]. © 2014 [cit. 2014-03-24]. Dostupné z: <http://www.afsp.org/>
2. APPLEBY, L. Drug misuse and suicide: A tale of two services. *Addiction*. 2000, č. 2, s. 175-177.
3. BĚLÁČKOVÁ, V. a kol.. *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008*. První vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-80-7440-052-0.
4. BĚLÁČKOVÁ, V., MRAVČÍK, V., ZÁBRANSKÝ, T.. Nové drogy jako nová výzva protidrogové politiky. *Adiktologie*. 2011, č. 2, s. 65 - 68. ISSN 1213-3841.
5. BLAŽEJOVSÝ, M.. Charakteristika drogové kriminality v ČR a její vývoj v roce 2009. *Bezpečnostní sbory* [online]. 2010, č. 1 [cit. 2014-01-04]. ISSN 1803-6856. Dostupné z: http://bezpecnostni-sbory.wbs.cz/clanky/1-2010/charakteristika_drogove_kriminality_a_jeji_vyvoj_v.htm
6. BUSSING-BURKS, M.. Alcohol and Drugs Use Increases Suicidal Behaviors. In: *National Bureau of Economic Research* [online]. 16.1.2014 [cit. 2014-01-16]. Dostupné z: <http://www.nber.org/digest/aug02/w8810.html>
7. ČESKO. ČERVENÝ DVŮR. *Červený Dvůr: Tradice a kvalita v léčbě závislostí* [online]. 3.11.2013 [cit. 2013-09-03]. Dostupné z: <http://cervenydvur.cz/>
8. ČESKO. DROP IN. *Drop In: nikdy není pozdě*, [online]. ©2014 [cit. 2013-10-12]. Dostupné z: www.dropin.cz
9. ČESKO. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.
10. ČESKO. Zákon č. 466/2004 Sb., o návykových látkách.
11. Český statistický úřad. 5. *Sebevraždy (kódy X60-X84)* [online]. 2012 [cit. 2013-12-08]. s. 20-21. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AE00323F45/\\$File/403507k05.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AE00323F45/$File/403507k05.pdf)
12. Český statistický úřad. *Sebevraždy v České republice 2006 až 2010* [online].

- 16.9.2011 [cit. 2013-12-08]. s. 57. Dostupné z:
[http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/040031B197/\\$File/401211.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/040031B197/$File/401211.pdf)
13. DISMAN, M.. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-822-9.
14. DROP IN. Heroin. *Dropin.cz* [online]. © 2013 [cit. 2013-08-26]. Dostupné z:
<http://www.dropin.cz/index.php/o-drogach/27-heroin>
15. DROP IN. Kokain. *Dropin.cz* [online]. © 2013 [cit. 2013-08-26]. Dostupné z:
<http://www.dropin.cz/index.php/o-drogach/32-kokain>
16. DROP IN. LSD-25. *Dropin.cz* [online]. © 2013 [cit. 2013-08-26]. Dostupné z:
<http://www.dropin.cz/index.php/o-drogach/33-lsd>
17. DROP IN. Streetwork. *Dropin.cz* [online]. © 2013 [cit. 2013-08-26]. Dostupné z:
<http://www.dropin.cz/index.php/streetwork>
18. DROP IN. Toulén. *Dropin.cz* [online]. © 2013 [cit. 2013-08-26]. Dostupné z:
<http://www.dropin.cz/index.php/o-drogach/37-toluen>
19. ESPAD. Czech Republic - Key results 2011. *Espad.org* [online]. © 2012 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: <http://www.espad.org/czech-republic>.
20. ESPAD. Welcome to ESPAD. *Espad.org* [online]. © 2012 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: <http://www.espad.org/>
21. EVANS, K. Válka bez konce aneb Krátký a smutný příběh o dlouhé válce proti drogám. Praha: Volvox Globator, 2003. ISBN 80-7207-508-X.
22. FISCHER S., ŠKODA J. Sebevražedné chování. In: *Sociální patologie*. Praha: Grada Publishing, 2009. První vydání. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
23. FISCHER S., ŠKODA J. Zneužívání psychoaktivních látek. In: *Sociální patologie*. Praha: Grada Publishing, 2009. První vydání. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
24. FREEMAN, M.. Tiché volání o pomoc. In: *psychologie.cz* [online]. 20.4.2012 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/tiche-volani-o-pomoc/>
25. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
26. Globální drogová situace z pohledu Policie ČR. In: *Policie České republiky* [online].

- © 2014 [cit.2014-02-11]. Dostupné z: policie.cz/soubory/vyrocní-zprava-1999.aspx
27. HATZENBUEHLER, M.. The Social Environment and Suicide Attempts in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Pediatrics* [online]. 2011, roč. 127, č. 5 [cit. 2014-03-24]. Doi: 10.1542, ISSN 2010-3010. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/5/896.short>
28. HONZÁK, R.. Ovlivňuje kultura sebevražednost?. In: *psychologie.cz* [online]. 16.8.2010 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/ovlivnuje-kultura-sebevrazednost/>
29. HOSÁK, L., a kol.. Psychotické příznaky u závislých na metamfetaminu. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, č. 2, str. 85-88. ISSN 1213-0508.
30. HROUZKOVÁ, A.. Halucinogeny v medicíně a v terapii. In: *psychologie.cz*. [online].17.5.2012 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/halucinogeny-v-medicine-v-terapii/>
31. Chemické složení. In: *Bezcigaret.cz* [online]. 6.2.2010, [cit. 2013-09-03]. Dostupné z: <http://bezcigaret.cz/slozeni>
32. Informační portál o ilegálních a legálních drogách. Amfetaminy. *Drogy-info.cz*. [online]. © 2003-2006 [cit. 2012-08-29]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/amfetaminy
33. Informační portál o ilegálních a legálních drogách. Extáze (XTC) - podrobně. *Drogy-info.cz* [online]. © 2003-2006 [2012-08-29]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/tanecni_drogy/extaze_xtc_podrobne
34. Informační portál o ilegálních a legálních drogách. Legální drogy. *Drogy-info.cz*. [online]. © 2003-2006 [cit. 2012-08-29]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy
35. Informační portál o ilegálních a legálních drogách. Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 - 2009. *Drogy-info.cz*. [online]. © 2003-2006 [cit. 2013-02-14]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/narodni_strategie_protidrogove_politiky_na_obdobi_2005_2009

36. Informační portál o ilegálních a legálních drogách. Národní výzkum užívání návykových látek 2012. *Drogy-info.cz* [online]. © 2003-2006 [2014-02-09]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/narodni_vyzkum_uzivani_navykovych_latek_2012
37. Informační portál o ilegálních a legálních drogách. Opiáty - podrobně. *Drogy-info.cz* [online]. © 2003-2006 [cit. 2012-08-29]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_podrobne
38. Informační portál o ilegálních a legálních drogách. Pervitin (Metamfetamin). *Drogy-info.cz*. [online]. © 2003-2006 [cit. 2012-08-29]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/pervitin_metamfetamin
39. Informační portál o ilegálních a legálních drogách. Stimulancia - podrobně. *Drogy-info.cz*. [online]. © 2003-2006 [cit. 2012-08-29]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/stimulancia_podrobne
40. IZÁKOVÁ, L. a kol.. Klinické aspekty suicidality. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2006, č. 3., s. 137-141. ISSN 1212-0383.
41. JIŘIČKA, Jan. DROGOVÝ INFORMAČNÍ SERVER. Kokainiste do léčby nechodí. In: *Drogy.net* [online]. 2.8.2010 [cit. 2013-12-12]. Dostupné z: http://www.drogy.net/zajimavosti/kokainiste-do-lecebny-nechodi_2010_08_02.html
42. KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
43. KIŠŠOVÁ, L., MRAVČÍK, V.. Evaluace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 - 2009. Výzkumný design a souhrn hlavních výsledků. *Adiktologie*. 2011, č. 2, s. 73 - 80. ISSN 1213-3841.
44. KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. Psychodynamické aspekty agrese suicidálního chování v adolescenci. *Československá psychologie*. 1996, č. 6, s. 534 - 537. ISSN 0009-062X

45. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2003.
Vydání první. 128 s. ISBN 80-7178-732-9.
46. KROMBHOLZ, R., DRÁSTOVÁ, H. Závislosti a stáří. *Psychiatrie pro Praxi*. 2010, č.3, str. 95-98. ISSN 1213-0508.
47. LINHART, I. *Toxikologie: interakce škodlivých látek s živými organismy, jejich mechanismy, projevy a důsledky*. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická v Praze, 2012. 375 s.. ISBN 80-7080-806-1.
48. MAHROVÁ, G., a kol.. Sociální práce s uživatelem návykových látek. In: *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 135-142 s. Praha: Grada Publishing, 2008. První vydání. ISBN 978-80-247-2138-5.
49. MARK I., KLEINBERG, F.. The Link Between Substance Abuse, Violence, and Suicide. *Psychiatric Times* [online]. 2011, roč. 28, č. 1 [cit. 2014-01-13].
Dostupné z: <http://www.psychiatrictimes.com/substance-use-disorder/link-between-substance-abuse-violence-and-suicide>
50. MASARYK, T., G. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. Praha: Ústav T.G. Masaryka, 1998. 4. české vydání. 221 s. ISBN 80-901971-4-0.
51. *Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Desátá revize, aktualizovaná verze k 1.1.2013. Geneva: World Health Organization, Geneva, 2008.
52. MINAŘÍK, J., NEČAS, V.. Drogová scéna v ČR. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, č. 1, str. 18-21. ISSN 1213-0508.
53. MRAVČÍK, V.. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013. 145 s. ISBN 978-80-7440-077-3.
54. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Pět klíčových indikátorů. *Drogy-info.cz* [online]. © 2003-2006 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/pet_klicovych_indikatoru
55. NEŠPOR, K.. Závislost na stimulantech. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, č. 6, str. 273-275. ISSN 1213-0508.

56. Pasivní kouření. In: *Bezcigaret.cz* [online]. 24.4.2009, [cit. 2013-09-03]. Dostupné z: <http://bezcigaret.cz/pasivni-koureni>
57. PAVLICA, K. *Zvládání zátěže závislých na drogách se suicidálním pokusem*. Ostrava, 2010. Doktorská disertační práce. Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta.
58. PRÁŠKO, J. Péče o suicidálního pacienta. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, č. 4, s. 191-195. ISSN 1213-0508.
59. PRÁŠKO, J.. Suicidální pacient a terapeutická intervence. *Psychiatrie*. 2008, č. 1, s. 42-50. ISSN 1802-8853.
60. PROVAZNÍK, K., KOMÁREK, L.. *Manuál prevence v lékařské praxi, Souborné vydání*. Praha: Nakladatelství Fortuna, 2003,2004. 732 s. ISBN 80-7168-942-4.
61. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr. *Červenodvorské studijní texty: Vnitřní materiál pro samostudium pacientů*. 1. vydání. © Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, 2011.
62. PÜSCHEL, K. Determining the Number of Drug-Related Deaths. In: *EMCDDA Estimating the Prevalence of Problem Drug*. s 127 - 135. Luxembourg: Ofiice for Official Publications of the European Communities, 1998.
63. SOVINOVÁ, Hana, a kol.. Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR názory a postoje občanů ČR k problematice kuřáctví (období 1997 - 2011). In: *Szu.cz* [online]. 13.4.2011 [cit. 2013-10-11]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/koureni/zprava-kuractvi-2011.pdf>
64. SOVINOVÁ, H., CSÉMY, Ladislav. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2012*. Státní zdravotní ústav, 2013. 28 s. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/Uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_Ceske_republice_2012.pdf
65. SVOBODOVÁ, J.. Detoxifikace dětí a mladistvých závislých na nealkoholových drogách. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, č. 2, str. 79-82. ISSN 1213-0508.
66. ŠTEFUNKOVÁ, M.. Drogy a kriminalita - jaký je mezi nimi vztah?. *Adiktologie*. 2011, č. 3, s. 156 - 164. ISSN 1213-3841.

67. ŠTĚPÁNKOVÁ, L., KRÁLÍKOVÁ, E., Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbiditou. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, č.2, str. 66-69. ISSN 1213-0508.
68. TANSKANEN, A. a kol. Smoking and the risk of suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000, 101, s. 243 - 245.
69. The New York Times. Suicide and Suicidal Behavior. Nytimes.com [online]. © 2014 [cit. 2014-02-13]. Dostupné z:
<http://www.nytimes.com/health/guides/disease/suicide-and-suicidal-behavior/overview.html?inline=nyt-classifier>
70. Úřad vlády České republiky. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 31 s. ISBN 80-86734-39-0.
71. Úřad vlády České republiky. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. 56 s. ISBN 978-80-7440-045-2.
72. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: *Sebevraždy* [online publikace]. © 2010 - 2014 [cit. 2014-03-05]. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/sebevrazdy>. ISSN 1210-8669
73. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. 3. vydání. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
74. VÁCHOVÁ, E., a kol.. Patogeneze závislosti. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, č. 6, str. 257 - 259. ISSN 1213-0508.
75. VANĚK, D.. Suicidální jednání a psychiatrická konzilia. *Psychiatrie pro praxi*. 2013, č. 2, str. 77-79. ISSN 1213-0508.
76. VIEWEGH, J. *Kapitoly ze speciální psychopatologie II. Psychologické problémy sebevražednosti*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1974. První vydání. Výrobní číslo 89/74.
77. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Nakladatelství T. Janečka, 1996. 282 s. ISBN 80-85880-10-5.

78. VINAŘ, O. Serotonin u obsedantně-kompulzivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 2005, č. 1, s. 31-32. ISSN 1213-0508.
79. VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Akční plán protidrogové politiky na období 2013 až 2015 (schválený dokument). *Vlada.cz* [online]. © 2009-2014 [2014-02-10]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/media/akcni_plan_2013_2015.pdf
80. VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Protidrogová politika v ČR. *Vlada.cz* [online]. © 2009-2014 [cit. 2014-02-06]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746/>
81. WORLD HEALTH ORGANIZATION. How can suicide be prevented. *Who.int* [online]. © WHO 2014 [cit. 2014-01-13]. Dostupné z: <http://www.who.int/features/qa/24/en/>
82. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide. *Who.int* [online]. © WHO 2014 [cit. 2014-01-13]. Dostupné z: <http://www.who.int/topics/suicide/en/>
83. ZÁBRANSKÝ, T. a kol.. *Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR. Stručný souhrn a manuál pro monitorování*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004. 1. vydání. ISBN 80-86734-37-4.
84. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012, č. 1. ISSN 1214-1089. Dostupné také z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/zaostreno_na_drogy_2012_01_cislo_1_2012
85. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009, č. 2. ISSN 1214-1089.
86. ZÁŠKODNÁ, H., PAVLICA, K.. Suicidální chování a abúzus návykových látek. *Psychkont: psychologie a její kontexty* [online]. 2010 [cit. 2013-12-10]. ISSN 1805-9023. Dostupné z: http://psychkont.osu.cz/fulltext/2010/Zaskodna,Pavlica_2010_2.pdf
87. ZÁŠKODNÁ, H., ŽIŽKOVÁ, B.. Psychosociální souvislosti mezi závislostí na drogách a suicidálními tendencemi u matek a těhotných žen. *Psychkont: psychologie a její kontexty* [online]. 2010 [cit. 2013-12-10]. ISSN 1805-9023. Dostupné z: http://psychkont.osu.cz/fulltext/2010/Zaskodna,Zizkova_2010_2.pdf

88. Závislost. In: *Bezcgaret.cz* [online]. 2.12.2009, [cit. 2013-09-03]. Dostupné z:
<http://bezcgaret.cz/zavislost>
89. ZEMAN, P. a kol..*Vybrané aspekty drogové politiky*. Praha: Institut pro
kriminologii a sociální prevenci, 2011. ISBN 978-80-7338-112-7.

8 Přílohy

8.1 Příloha č. 1: Rozdělení drog

Drogy dělíme podle několika kritérií. Nejznámější dělení je na drogy tzv. tvrdé a měkké (60) a dále na drogy legální a nelegální (10).

Naše legislativa rozlišuje drogy na látky omamné a látky psychotropní.

Další často používané dělení je na látky přírodní, polysyntetické a syntetické. Přírodní látky se získávají přímo z rostlin, není potřeba je následně chemicky upravovat a mohou se ihned používat. Mezi přírodní drogy patří například durman, opium, meskalin, lysohlávky, lístky koky atd. Polysyntetické látky se získávají z rostlin, ale musí se před použitím chemicky upravovat. Mezi polysyntetické látky patří kokain, heroin nebo morfin. Syntetické látky jsou látky, které se připravují chemicky. Chemicky se vyrábí například LSD, amfetamin atd. (10, 23).

Podle účinku můžeme drogy dělit na tlumivé, halucinogenní a stimulační. Tlumivé drogy utlumují CNS, jedná se alkohol, toluen, opium, morfin atd.. Hlavním účinkem halucinogenních látek je schopnost vyvolávat halucinace, řadíme sem hašiš, lysohlávky, durman, extázi nebo marihuanu. Stimulační látky stimulují organismus, řadíme sem kokain, pervitin, efedrin aj. (42).

Dalším častým a asi nepoužívanějším dělením drog je dělení na halucinogeny, konopné látky, opiáty, stimulancia, těkavé látky, psychofarmaka a běžně užívané drogy (23).

Halucinogeny

Halucinogeny jsou rozmanitou skupinou přírodních, semisyntetických či syntetických látek, které jsou schopné vyvolávat falešné představy, halucinace a poruchy vnímání. Do této skupiny řadíme diethylamid kyseliny lysergové známý pod názvem LSD, lysohlávky, durman, meskalin atd. Účinky halucinogenů jsou spíše silné než příjemné, jejich nebezpečí spočívá spíše ve spuštění psychické poruchy děsivou halucinací než vzniku závislosti (42).

S mnoha halucinogeny byly dříve prováděny pokusy v léčbě různých psychických onemocnění. Po přerušení pokusů se nyní opět s těmito látkami provádějí různé experimenty. Například MDMA neboli extáze se nyní experimentálně používá pro léčbu posttraumatické stresové poruchy (24).

Halucinogeny rozdělujeme do čtyř tříd podle jejich struktury. První skupinu tvoří látky strukturou podobné serotoninu. Do této skupiny řadíme LSD, psilocybin a jiné. Další skupinou jsou látky odvozené od fenyletylaminu, sem řadíme meskalin a MDMA atd. Třetí třídu tvoří látky aktivující glutamátové receptory. Mezi tyto látky řadíme například andělský prach a ketamin. Čtvrtou skupinou je atropin a jemu příbuzné látky. Tyto alkaloidy jsou obsaženy především v rostlinách z čeledi lilkovitých, kam řadíme durman obecný, rulík zlomocný atd. (23).

Průběh halucinace nemusí být při užití vysokých dávek ovlivnitelný vůlí. Mohou se objevit výraznější poruchy myšlení, zvýšená vztahovačnost až paranoia, poruchy paměti, úsudku a pozornosti. V některých případech se může vyskytnout i pocit ztráty citlivosti některé části těla, ztráta empatičnosti a jiných pocitů (42).

LSD se dříve používalo pro vyvolání potlačených zážitků z podvědomí a pro vyvolání psychotického stavu v psychiatrii. Firma Sandoz vyráběla a distribuovala 0,025 mg tablety LSD pod názvem Dylesid. Tento lék byl hojně využíván pro experimenty v 50. a 60. letech 20. století v psychiatrii. Začátkem 60. let se rozšířilo LSD mezi běžnou populaci. V roce 1965 byla zakázána nebo podrobena velkým omezením výroba a distribuce LSD. LSD působí jako antagonist serotoninu a váže se na dopaminové a α -adrenergní receptory. Typickým účinkem LSD je zmatení smyslového vnímání - člověk vidí zvuky a slyší barvy. Tyto halucinace mohou být traumatizující a mohou zanechat trvalé následky v podobě psychických poruch. Tyto poruchy mohou být vyvolány samotným LSD nebo mohou být LSD pouze spuštny latentní poruchy. Byly zaznamenány i sebevraždy po intoxikaci LSD (47).

Lysohlávky jsou vyšší houby obsahující psychicky aktivní látky psilocybin a psilocin. Lysohlávky patří v České republice k nejrozšířenějším přírodním drogám, které se zde zneužívají již po staletí. Tyto houby se vyskytují na velkém území České republiky a snadno se zpracovávají, proto je jejich obstarávání jednoduché. Maximálně

do jedné hodiny po požití se většinou dostavují první účinky, nejprve se dostavuje pocit mírného chvění, neschopnosti ovládat pohyby, někdy i závrat' a nevolnost. zvýšený krevní tlak a tep, výjimečně i agresivní jednání. Intoxikace trvá většinou 4-8 hodin. Typickým účinkem lysohlávek jsou iluze a pseudohalucinace u nižších dávek, dále se objevuje zvýšená citlivost k prostorovému vnímání a vnímání barev, mírná euforie, dobrá nálada. Někdy se mohou objevit také pocity nepohody, úzkost a deprese. Bohužel nikdy nelze odhadnout množství psychicky aktivních látek, což často způsobuje předávkování (42).

MDMA byl původně vyroben jako vedlejší produkt při výrobě látky podporující srážlivost krve. V 50. letech 20. století Alexander Shulgin tuto látku resintetizoval a byly provedeny pokusy za účelem používání MDMA v psychoterapii pro léčbu posttraumatické stresové poruchy, partnerské terapie a péči o smrtelně nemocné. Také byla využívána pro posílení terapeutického účinku v dynamické psychoterapii. Po prokázání neurotoxicity bylo její používání zakázáno. Extáze má nižší stimulující účinky než pervitin a také může mít halucinační účinky, proto ji lze řadit i mezi halucinogeny (47). Vyvolává dobrou náladu, pocit empatie a sounáležitosti a potlačuje pocit horka a žízně, proto může dojít k přehřátí a dehydrataci organismu s následkem smrti (42). Vyvolává také rozšíření zornic, zvýšené napětí kosterního svalstva, pocit suchosti u ústech, potlačuje potřebu spánku a pocit hladu, také se často může dostavovat nevolnost, v některých případech i se zvracením. Dále extáze může vyvolávat halucinace, při kterých dochází ke zkreslení vnímání barev a zvuků. Také má povzbuzující účinky, které umožňují extrémní fyzickou aktivitu především několikahodinový tanec, proto se často označuje jako taneční droga (33). Její pravidelné užívání může způsobovat psychózy (42). Po odeznění intoxikace se může dostavit nepříjemný stav označovaný jako „dojezd“, pro který je typická skleslost, nespavost, bolest kloubů a svalů a dokonce několikadenní podrážděnost. Pokud je tableta extáze čistá a nejsou do ní přidávány žádné přídatné látky, nehrozí nebezpečí předávkování, bohužel ve většině případech obsahuje extáze nebezpečné přídatné látky, proto může dojít ve vzácných případech i k poškození jater a kostní dřeně, dalšími a častými nežádoucími účinky bývá zmatenost, dezorientace, úzkost, deprese a návaly paniky (33).

Konopné drogy

Konopné drogy jsou vůbec nejzneužívanější skupinou drog (65). Podle studie ESPAD z roku 2011 má 42,3 % šestnáctiletých zkušenosti s konopnými látkami a v posledních 30 dnech užilo 14,6 % šestnáctiletých marihuanu (83). Mezi konopné drogy patří zaschlá pryskyřice, sušené listy či okvěti rostliny *Cannabis sativa* neboli konopí. Hlavní účinná látka v konopí je Δ^9 -THC, která je vysoce lipofilní a proto snadno proniká hematoencefalickou bariérou. Δ^9 -THC se váže na kanabinoidní receptory v CNS i v periferní nervové soustavě. Tato látka je rychle metabolizována na psychicky aktivnější metabolit, který se však také rychle metabolizuje (47).

Při užívání konopí převažují psychické účinky. Psychické účinky konopí jsou pocit opojení a relaxace, euforie, zmatený tok myšlenek, sluchové a zrakové halucinace atd.. Mezi fyzické účinky patří zvýšená frekvence dýchání a zvýšení tepové frekvence. Δ^9 -THC v čisté formě často vyvolává úzkost a záchvaty paniky. Po vykouření cigarety dosahují akutní účinky maxima asi po 15 minutách a do 3 hodin odezní. U perorálního podání se nástup a průběh zpomaluje. Se zvyšujícími dávkami se prodlužuje i účinek konopí. Dlouhodobé užívání marihuany vede k dlouhodobým změnám psychiky, které jsou nazývány jako amotivační syndrom. Pro amotivační syndrom jsou typické pomalé pohyby, bezvýrazná tvář, laxní chování, bez energie. Oproti těžkým alkoholikům nebo kuřákům opia jsou tyto následky poměrně nenápadné a ne tak těžké. Návykovost konopí je srovnatelná s alkoholem. Problémem však jsou umělé pěstírny konopí, které produkují rostliny s vysokým obsahem účinných látek. Dalším problémem je, že se marihuana kouří s tabákem, který zvyšuje riziko vzniku závislosti (42, 47). U marihuany oproti jiným druhům drog poměrně často dochází ke vzniku toxické psychózy, která se projevuje halucinacemi a paranoidními prožitky. Tyto projevy většinou vymizí po odeznění účinků drogy, ale mohou přetrvávat hodiny i dny po odeznění účinků drog (30).

Metabolity THC je možné prokázat i několik dní po intoxikaci. Močí jsou vylučovány pouze neaktivní metabolity (47).

Hašiš je zaschlá pryskyřice rostliny *Cannabis sativa*, je to nejúčinnější a nejtoxičtější přípravek z konopí (47).

Opiáty

Mezi opiáty řadíme opium, morfin, heroin a atd. (37). Opiáty jsou v České republice velmi rozšířené. Tato skupina drog je na druhé příčce problémovosti užívání (65). Opiáty jsou vynikající analgetika, bohužel pro jejich silné euforizující účinky a schopnosti vyvolat silné psychické závislosti se v medicíně používají jen po důkladném předešlém zvážení. Dodnes se chemici pokoušejí vyvinout opiát, který by si zachoval své analgetické účinky a zároveň neměl tak závažné vedlejší účinky (47). Při odvykací léčbě na opiátech je nutná v některých případech specifická farmakoterapie (55).

Opium je zaslá šťáva z nezralých makovic. Začátek používání opia je datováno do starověku. Již v 16. století používal opium Paracelsus jako anestetikum (47).

Z opia byl začátkem 19. století izolován alkaloid morfin, který je dodnes považován za jedno z nejúčinnějších narkotických analgetik. Morfin je agonista endorfinů na opioidních receptorech v CNS. Morfin tlumí bolest a vyvolává euforii, uživatelé morfinu uvádějí, že se díky morfinu dostávají do stavu "blažené nirvány". Na morfin vzniká velmi silná závislost. Účinek morfinu výrazně klesá při perorálním podání, kdy se dobře metabolizuje v játrech a střevech. K nežádoucím účinkům patří deprese dýchacího centra, zácpa (47).

Heroin je synteticky vyrobená droga z morfinu. Prvně byl připraven v 90. letech 19. století firmou Bayer (14). Heroin má vyšší lipofilní schopnosti, proto snadno proniká hematoencefalickou bariérou. Účinky heroinu nastupují rychleji než účinky morfinu. Heroin se snadno rozpouští ve fyziologickém roztoku. Závislost na heroinu je považována za nejsilnější závislost. Abstinenční příznaky se projevují průjemy, nevolností, zvýšením krevního tlaku, střídáním pocitu horka a chladu a tzv. "husí kůže". Největším problémem u heroinové závislosti je silná psychická závislost (47).

Stimulanty

Stimulanty jsou po staletí používány v různých civilizacích k různým účelům. Účinků stimulantů bylo zneužíváno i při světových válkách (47). Pro stimulanty jsou

typické dva hlavní znaky závislosti - silné bažení po droze a zhoršené sebeovládání (55). Stimulanty jsou různorodá skupina, která stimuluje CNS, zvyšuje psychomotorické tempo a bdělost. Stimulanty ovlivňují vylučování dopaminu, noradrenalinu a serotoninu na synapsích v CNS. Hlavní účinky stimulantů jsou potlačení únavy a pocitu hladu, zlepšení nálady, zrychlení psychických procesů, zvýšená představivost, uvolnění zábran a prohloubení empatie, dále se projevuje zvýšení srdeční frekvence, zvýšení srdečního tlaku, dilatace bronchů, snížení chuti k jídlu a rozšíření zornic. Po dlouhodobém užívání stimulantů dochází k zásadním změnám psychiky, které se projevují na podkladě toxické psychózy. Toxická psychóza se projevuje paranoiou a trýznivými paranoickými halucinacemi. Uživatelé se při těchto stavech chovají podobně jako schizofreničtí pacienti, proto jsou často hospitalizováni na psychiatrii, nebo páchají sebevraždu. Po odeznění intoxikace se uživatel cítí vyčerpán. Na této skupině drog se rozvíjí psychická závislost již po několika měsících víkendového užívání, somatická závislost je nízká. Díky zvyšující se toleranci na stimulanty dochází u pervitinu k přechodu na intra venózní podávání. Při odvykací léčbě se dostavuje u klientů stav vyčerpání, spánku, vlčí hlad - klienti jí vysoké dávky jídla (39). Při odvykacích stavech na stimulantech většinou není nutná farmakoterapie (55). Mezi nejznámější a nejužívanější stimulanty patří kokain, crack, amfetamin, metamfetamin, do této skupiny můžeme také zařadit MDMA (47).

Kokain se do začátku 20. století používal jako přísada do nápoje Coca Cola (15). Kokain snadno proniká hematoencefalickou bariérou a inhibuje zpětné vychytávání dopaminu a zvyšuje jeho koncentraci v synaptických štěrbinách. Mimo jiné má lokální anestetické účinky, může vyvolat srdeční arytmiie. Vyvolává pocit přebytku energie a sebedůvěry, který rychle pomíjí a je vystřídán touhou tento pocit zažít znovu. Účinek je krátkodobý. Kokain byl užíván vojáky za 1. světové války. V USA byl zakázán volný prodej kokainu již v roce 1914 (47).

Výroba cracku se datuje do druhé poloviny 80. let 20. století, kdy se snížila poptávka po kokainu. Jeho výroba byla objevena v Kalifornii. Počátkem 90. let 20. století se crack rozšířil i do západní Evropy (47).

Amfetamin byl poprvé uveden na trh roku 1932 pod názvem Benzedrin jako volná báze s mentolem na chomáči vaty k inhalaci pro uvolnění ucpaného nosu. Benzedrin se začátkem 60. let 20. století zneužíval v Londýně na tanečních akcích. Jeho zneužívání přiznali mimo jiných i Beatles a Rolling Stones (47). Amfetamin se používal jako anorektikum, za 2. světové války byl používán k potlačení únavy a spánku u válečných pilotů. Pravotočivý enantiomer amfetaminu má silnější anorektické účinky než amfetamin a omezeně se používá pro léčbu poruch pozornosti u dětí. Amfetamin zvyšuje koncentraci dopaminu na synapsích v mozku, díky stimulaci jeho vylučování z presynaptických neuronů a inhibicí jeho zpětného vychytávání. Člověk užívající amfetamin je bdělý a má zvýšenou mentální aktivitu, po odeznění těchto příznaků se dostavuje silný útlum. Mezi hlavní abstinenční příznaky patří útlum CNS, únava a malátnost. Pro chronické užívání je typická nespavost a následné psychotické stavy, paranoidní psychózy, halucinace a bludy. Působení amfetaminu je dlouhodobé, až 24 hodin (42).

Pervitin neboli metamfetamin je derivát amfetaminu, proto má velmi podobné účinky (47). Poprvé byl syntetizován v Japonsku v roce 1888 (15). V České republice je pervitin nejčastěji zneužívaná nelegální droga (65). Zneužíval se zde již od „komunismu“. Jeho výroba je v podstatě jednoduchá, lze jej vyrobit v domácích laboratořích z technických surovin nebo volně prodejných léčiv (47). Začátek toxické metamfetaminové psychózy se objeví během užívání nebo do dvou týdnů od užití poslední dávky. Psychotické příznaky musí trvat déle než 48 hodin a nesmí trvat déle než 6 měsíců. Mezi hlavní příznaky patří sluchové halucinace, perzekuční bludy, deprese, jiné paranoidní bludy, pocit čtení a vysílání myšlenek na dálku, sebevražedné myšlenky atd. Podle délky trvání se dá rozdělit metamfetaminová psychóza na 3 typy - přechodnou, která je kratší než týden, prolongovanou, která trvá týden až jeden měsíc a perzistující, která trvá déle než měsíc (29). Příznaky psychózy vrcholí během druhého až čtvrtého dne, do týdne se však jejich závažnost mírní (65). Příznaky perzistující psychózy jsou komplikace v perinatálním období, poruchy učení nebo úrazy mozku v osobní anamnéze. Při léčbě a abstinenci příznaky psychózy většinou pominou do

jednoho týdne, při opětovném užití pervitinu nebo při stresu se mohou opět objevit příznaky psychózy (29).

Těkavé látky

Pro těkavé látky se používá označení inhalační drogy. Mezi těkavé látky řadíme toluen, éter, rajský plyn, některá ředidla a lepidla atd. V MKN-10 se tyto látky vyskytují pod označením F 18 - prchavé látky. Tyto látky ovlivňují CNS. U uživatelů se projevuje euforie, která je většinou následována útlumem, dále se mohou dostavit zrakové a sluchové halucinace. Nebezpečí těkavých látek spočívá v tom, že se nedá přesně určit dávka a uživatelé umírají na předávkování a následnou zástavu srdce, zástavu dechu nebo udušení zvratky (42).

Nejčastěji používanou těkavou látkou v dnešní době je toluen, který se používá jako rozpouštědlo a ředidlo. Toluén je běžně dostupný v drogeriích. Nejčastěji se inhaluje z napuštěné tkaniny, ale může se inhalovat přímo z lahve. Pro zvýšení účinku se používá igelitový sáček, který si uživatelé přetahují při inhalaci přes hlavu. Účinná dávka je v řádek ml. Účinek se dostavuje do několika minut a trvá pouze několik desítek minut. Po užití toluenu se dostavují velmi rychle euforie, živé a barevné halucinace a následně dochází k útlumu, spánku a poruchám vědomí. Po dlouhodobém užívání se vyskytuje organický psychosyndrom, který se projevuje tzv. hloupnutím, poruchami emotivity, poruchami chování, především pak afektivní labilitou, agresivitou, dále dochází ke ztrátě zájmu o záliby a ztrátě výkonnosti. Na toluen vzniká velmi silná psychická závislost, fyzická závislost není patrná (18, 47).

Dalším často zneužívaným rozpouštědlem u nás je trichlorethylen, který bývá zneužíván zaměstnanci, kteří s ním pracují na pracovišti. Na začátku 70. let 20. století byl také zneužíván žáky základních škol ve věku 13 až 14 let po nezdařené primární prevenci. Většina těchto žáků ukončila užívání trichlorethylenu do 19ti let věku. Trichlorethylen byl součástí čistícího prostředku Čikuli, podle něhož se také slangově označuje. Při zneužívání trichlorethylenu se dostavuje euforie, dále se mohou objevit zrakové a sluchové halucinace (42).

Dalšími zneužívanými těkavými látkami jsou aceton, éter, benzin a rajský plyn, které nejsou v současnosti zneužívány ve větším množství (42).

Psychofarmaka

V této kapitole se budu zabývat pouze sedativy a hypnotiky, která jsou v současné době hojně zneužívána. Nejčastěji se zneužívají anxiolytika, která se prodávají pod obchodním názvem Diazepam či Rohypnol; aprazol, prodáváný po obchodním názvem Neurol či Xanax nebo barbituráty (23). Podle studie ESPAD má 10,1 % šestnáctiletých zkušenosti se sedativy, je to po konopných látkách druhá nejčastější skupina se kterou mají šestnáctiletí zkušenosti (83).

Při mírné intoxikaci psychofarmaky se dostavuje spavost, mírná motorická nekoordinovanost a zhoršení kognitivních funkcí. Při vyšších dávkách se projevy prohlubují, při vysokých dávkách může dojít k zástavě dýchání a smrti. Tyto psychofarmaka ovlivňují emocionalitu jedince, například depresivní stavy, bipolaritu emocí atd. Sedativa a hypnotika zvyšují propustnost GABA-receptorů. GABA ovlivňuje dráždivost nervových buněk v mozku a tím způsobují typické příznaky psychofarmak - spavost, poruchy paměti a poruchy psychomotoriky (23).

Tyto psychofarmaka způsobují fyzickou i psychickou závislost, závislost se vyvíjí dlouhou dobu. Při odvykání je typická bolest hlavy, nauzea, zvracení, excitace, úzkost, nervozita, snížená míra soustředění. U sedativ a hypnotik byla zjištěna vysoká míra zkřížené tolerance (23).

Závislost na farmakách je po závislosti na alkoholu druhou nejčastější závislostí u starých lidí. Nejčastěji jsou zneužívána hypnotika, benzodiazepinová anxiolytika a analgetika. Úzkostmi trpí 10 - 15 % starých lidí, 36 % osob starších 85 let užívá anxiolytika nebo hypnotika. Nejčastěji jsou zneužívána tzv. hypnotika III. generace, prodávané pod obchodním názvem Zolpidem a Zopiclon. Přibližně 50 % raně starých a starých lidí užívá analgetika, kritéria škodlivého užívání splňuje 3-5 % osob. Nejčastěji užívanými analgetiky jsou tzv. kompozitní analgetika, která obsahují kodein, kofein či barbituráty prodávána pod obchodním názvem Alnagon nebo Korylan. Staří lidé často užívají vysoké dávky těchto léků a často je kombinují s alkoholem (46).

Běžně užívané drogy

Jako běžně užívané drogy se označují legální drogy, kam řadíme především alkohol, tabák, dále by se do této skupiny mohli zařadit i léky, o nichž se již hovořilo v předchozí podkapitole (34).

Nikotin

Nikotin obsažený v tabáku je přírodní alkaloid. Na nikotin vzniká silná fyzická závislost, která je silnější než závislost na heroinu (87). Nikotin zvyšuje tepovou frekvenci a krevní tlak, stimuluje trávicí trakt. Nikotin se velmi rychle vstřebává z plic do krve, kterou je následně během 10 sekund transportován do centrální nervové soustavy, kde se váže na nikotinové receptory a uvolňuje se dopamin (31). Po vykouření cigarety se dostavuje pocit štěstí a požitku (87). Při otravě nikotinem dochází k výpadku centrální nervové soustavy a následnému udušení. Smrtelná dávka nikotinu pro nekuřáka je cca 60 mg, kuřáci mají toleranci vyšší (56).

V cigaretovém kouři je obsaženo více než 4 000 chemických látek, bylo již prokázáno přes 60 kancerogenních látek (dibenzantracen, nitroso sloučeniny, vinylchlorid, hydrazin atd.), proto je tabákový kouř zařazen v I A třídě karcinogenních látek podle společnosti IARC. Cigaretový kouř dále obsahuje různé mutageny, alergeny, dehet, arsen, amoniak, akrolein, oxid uhelnatý, formaldehyd, kyanid, nikotin, fenol, oxidy dusíku a síry (31).

Pro hodnocení závislosti na nikotinu existuje tzv. Fagerströmův test závislosti na nikotinu (67). V České republice je stálý trend počtu pravidelných kuřáků, počet kuřáků ve věku od 15 do 64 let se pohybuje v letech 1997 - 2001 v rozmezí 28-32 % kuřáků. Muži kouří více než ženy, prevalence kouření u mužů ve věkové kategorii 18 - 64 let se pohybuje okolo 30 %, u žen se prevalence pohybuje ve stejné věkové kategorii okolo 20 % (63). Z výběrové populační studie v rámci Dvouleté dohody o spolupráci mezi MZ ČR a WHO-EURO, která proběhla v roce 2012, vyplývá, že nejvyšší počet kuřáků je ve věkové skupině 15-24 let (44, 7 %) a naopak nejnižší ve věkové skupině nad 65 let (20,8 %) (64). Podle studie ESPAD z roku 2011 mělo 67,8 % dětí první zkušenost

s cigaretou před dovršením 14. narozenin. Denně kouří 31,2 % dětí před dovršením 14. narozenin (83).

Alkohol

Alkohol má podobné účinky jako kokain a amfetaminy - vyvolává pocit vzrušenosti nebo naopak jako zklidňující léky - uklidňuje, odstraňuje zábrany a úzkost. Alkohol se velmi dobře absorbuje sliznicemi do krevního oběhu. Alkohol se v těle metabolizuje pomocí alkoholdehydrogenázy na acetaldehyd, který se dále metabolizuje na konečný produkt kyselinu octovou. Alkoholici často trpí jaterní cirhózou, hepatorenálním syndromem, rakovinou prsu u žen, gynekomastií u mužů v důsledku poškození jater, zvýšením krevního tlaku, poškození slinivky břišní, zvětšením srdce, cévní mozkovou příhodou, poruchami srážení krve díky nedostatku srážecích faktorů, rakovinou dutiny ústní a zažívacího traktu, impotencí, malabsorbcí, dyspepsií, depresí, obsesí, panickou úzkostnou poruchou (22) a různými psychózami (delirium tremens, korsakovova psychóza, alkoholické halucinace, halucinatorní psychóza, paranoidní psychóza, dipsománie) atd. (72).

Alkoholismus rozdělujeme na 5 typů - alfa, beta, gama, delta a epsilon.

- alfa typ - označuje se jako nedisciplinované pití, jedinec má kontrolu v pití, ale může přejít do typu gama.
- typ beta - při typu beta osoba není přímo závislá, ale vyskytují se u ní sekundární nemoci typické pro alkoholismus (záněty žaludku, jaterní cirhóza atd.).
- typ gama - se označuje nekontrolovatelné pití. Jedinec má zvýšenou toleranci k alkoholu, ztrácí kontrolu při požití alkoholu, ale je schopný abstinovat. Tento typ alkoholismu se dále dělí na normální společenské pití, kdy si jedinec vybírá alkohol a nepije vše; a prodromální fázi, kdy jedinec někdy neplní své povinnosti, těší se na alkohol a abstinenční příznaky se projevují jako třes.
- typ delta - u tohoto typu dochází k neustálému udržování určité hladiny alkoholu v krvi, pro gama alkoholiky je typické, že nejsou schopní abstinence.

- typ epsilon - projevuje se pouze s jinými nemocemi jako je schizofrenie, epilepsie nebo mánie (73). Do typu alkoholismu epsilon řadíme i kvartální alkoholismus, který je typický periodickým zneužíváním velkého množství alkoholu a následné delší době abstinence (51).

Otrava alkoholem má 3 stádia, která se rozlišují podle psychických i fyzických projevů a hladiny alkoholu v krvi. První stádium se označuje jako excitační, toto stádium je typické zvýšenou fyzickou i duševní aktivitou, prodlužuje se reakční čas a je narušena koordinace pohybů. Subjektivní pocity osoby, které se v tomto stádiu popisují jsou sebejistota, spokojnost. Druhé stádium se nazývá narkotické, kdy dochází k vazodilatačním účinkům, chůze je vrávoravá, reakční doba se prodlužuje, stoupá krevní tlak a tep, zvyšuje se diuréza, častým příznakem bývá zvracení, objevuje se také dvojité vidění a závratě. Po prvotní euforii se dostavuje útlum, lhostejnost a pasivita, která je spojená se ztrátou smyslu pro realitu. Třetím stádiem je stádium komatózní, při tomto stádiu dochází k hypoglykémii, bezvědomí s úplným motorickým ochabnutím a respirační acidóze, která má za následek hluboké a zpomalené dýchání. Při komatózním stádiu může dojít k zástavě dechu díky vdechnutí zvratek (7).

Podle studie ESPAD z roku 2011 mělo první zkušenost s pivem 70,1 % třináctiletých, první zkušenost s vínem mělo 56 % a s destilátem 33,5 % dětí ve stejné věkové skupině. Mezi časté důsledky užití alkoholu patří problémy se vztahy s rodiči (20 %), nebo přáteli (24 %), problémy ve škole uvedlo 20 %, nehodu či zranění uvedlo 16 %, 15 % dotázaných uvedlo agresivní chování pod vlivem alkoholu, 16 % dětí uvedlo, že měly v důsledku alkoholu nechráněný pohlavní styk a 14 % uvedlo, že pod vlivem alkoholu měly sexuální zkušenost, které poté litovaly (83). Osoby starší 60 let činí prevalence škodlivého užívání alkoholu až 50 %, problémy se škodlivým užíváním alkoholu mají převážně muži. Z této skupiny alkoholiků cca 70 % začalo pít alkohol v rané dospělosti, zbylých 30 % až ve vyšším věku. U starších alkoholiků dochází ke změně stylu užívání, u žen kolem 55. roku věku a u mužů kolem 65. roku věku. Tito jedinci přestávají pít excesivně a začínají pít alkohol po malých dávkách vícekrát denně pro uklidnění či povzbuzení. U starých osob, které nadužívají alkohol dochází ke kognitivnímu narušení nebo degradaci a také je u nich zvýšené riziko náhodného úmrtí

utonutím, úrazy nebo umrznutím. Typická problémová osoba s problémovým užíváním alkoholu se dá popsat jako starší muž, který žije sám, má nízké vzdělání, v jeho anamnéze můžeme najít v minulosti škodlivé pití, depresivní onemocnění nebo sebevražedné chování (46).

8.2 Příloha č. 2: Model závislosti

Model závislosti se zabývá příčinou vzniku závislosti. Modely závislosti se postupně vyvíjely. Nejstarším model závislosti je etický nebo mravní či morální model. Tento model závislosti nahlížel na závislost jako důsledek morálního pokřivení člověka a takový člověk by měl být potrestán. Dalším, mladším, modelem závislosti je model sociální, který považuje závislého jedince za oběť sociálních podmínek a zneužívání návykových látek považuje za vyrovnání se se společenskými tlaky. Sociální model se uplatňoval v první polovině 20. století. V druhé polovině 20. století se uplatňoval medicínský model, který nahlíží na závislost pouze jako na psychické onemocnění. Dalším model byl model genetický. Genetický model se zabývá hledáním genu, který způsobuje vznik závislosti (61).

Nyní se používá bio-psycho-socio-spirituální model. Tento model zahrnuje veškeré možné faktory vzniku závislosti, proto je tento model považován za nejkompaktnější a nejdokonalejší model závislosti (61).

Do biologických faktorů řadíme například matku závislou na návykových látkách v těhotenství, průběh porodu, psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, traumata atd. Psychogenní faktory se mohou projevovat již v nitroděložním vývoji plodu a období porodu, převážně jde o stres matky v těhotenství, dalšími faktory jsou úroveň postnatální péče, podpora v dospívání jedince, pomoc při duševních poruchách a nemocech. Tyto faktory mohou vést do budoucna k nadužívání léků a vzniku závislosti. Sociální faktory se zaměřují na prostředí jedince, vliv vztahů formující jedince (42). Sociální faktory můžeme rozdělit na faktory makroprostředí a mikroprostředí, kdy je makroprostředí chápáno jako prostředí a mikroprostředí jako rodinné vztahy (73). Mezi tyto faktory řadíme rodinný společenský status, rasová příslušnost, úroveň sociálního zabezpečení atd. Spirituální faktory se zabývají smyslem života, idejemi, řádem atd. (42).

8.3 Příloha č. 3: Systém sociálních služeb

Systém sociálních služeb mohou využívat všichni uživatelé drog. Tento systém propojuje státní a nestátní sektor služeb a zdravotní i sociální rezorty. Existují různé programy zaměřené na určité skupiny - aktivní uživatele, klienty směřující k abstinenci, mladistvé uživatele, matky s dětmi atd. (48).

Klient může začít léčbu na kterékoliv ze čtyř úrovní. První úrovní jsou služby pro aktivní uživatele drog bez motivace ke změně. Na této úrovni se snažíme pouze minimalizovat následky užívání drog, kdy chráníme jak uživatele drog, tak i celou společnost. Mezi zařízení na první úrovni řadíme streetwork, Harm Reduction, kontaktní centra (52).

Zařízení na druhé úrovni jsou ambulantní služby, kam patří AT ordinace, denní stacionáře, poradny pro závislé a substituční centra. Některá z těchto center poskytují komplexní služby - ambulantní psychoterapii, sociální poradenství, chráněná pracovní místa nebo pomáhají shánět klientům zaměstnání(52).

Třetí úrovní jsou rezidenční služby, kam řadíme ústavní detoxifikaci, psychiatrická oddělení pro léčbu závislostí na klinikách a v léčebnách a také terapeutické komunity pro léčbu závislostí (52).

Doléčovací centra jsou na poslední, čtvrté úrovni. Cílem doléčovacích center je pomoci klientovi se reintegrovat do běžného života (52).

Jednotlivé služby systému sociálních služeb zabývajících se drogově závislými jedinci jsou služby streetworkerů, harm reduction, kontaktní centra, ambulantní terapeutické programy, substituční programy, stacionáře, psychiatrické léčebny a doléčovací programy (48).

Streetworkeri se zabývají aktivním vyhledáváním klientů. Streetworkeri poskytují služby harm reduction neboli služby snižování uživatelských rizik mezi které patří mimo jiné vyměňování injekčních stříkaček a jehel u nitrožilních uživatelů drog. Tyto služby mají snížit riziko přenosu infekčních nemocí především HIV/AIDS a VHC. Streetworkeri také poskytují pomoc, pokud jsou uživatelé ochotni se sebou pracovat (48). Streetworkeri dále poskytují poradenství ze sociální, sociálně-právní a zdravotní sféry, doporučují klienta do zařízení, pokud se chtějí léčit. Streetworkeri dodržují

několik zásad. V Praze jsou to zásady anonymity; nízkoprahovosti; bezplatnosti; respekt k důstojnosti, lidským právům a k právům na vlastní názor; harm reduction; prosazování oprávněných zájmů klientů (17).

Kontaktní centra jsou další stupeň systému sociálních služeb. Uživatelé docházejí do kontaktních center, do kterých mohou docházet i jejich rodinní příslušníci. Při kontaktních centrech bývají někdy provozovány ambulantní terapeutické programy a substituční programy. Ambulantní terapeutické programy se snaží začlenit klienta do sociálního systému společnosti. Během substitučních programů se podává uživatelům méně devastující droga. V České republice se užívá pro substituční léčbu Metadon a Subutex. (5) Subutex je obchodní název pro substituční látku buprenorfin, tato látka se používá při závislosti na opioidech. Metadon se také používá jako substituční léčba při závislosti na opioidech, bohužel u metadonu existuje vyšší riziko předávkování, proto je nutné jej podávat ve specializovaných centrech (52).

Stacionáře jsou zařízení, která umožňují uživatelům drog podstoupit léčbu v novém prostředí, které je nepodněcuje k užívání drog - například bydliště nebo školy (48).

Psychiatrické léčebny umožňují léčbu drogové závislosti v délce až půl roku (48).

Terapeutické komunity nemají většinou status zdravotnického zařízení. Léčba v terapeutických komunitách trvá většinou od 6 do 12 měsíců, ale některé komunity poskytují i dlouhodobější léčbu (52).

Doléčovací programy jsou určeny pro klienty, kteří prošli léčbou drogové závislosti. Doléčovací programy mají formu ambulantní, kam klienti dochází podle předem stanovených pravidel nebo formu chráněného bydlení (48). Podmínky pro přijetí do doléčovacího programu jsou plná abstinence, úspěšně dokončená odvykací léčba eventuelně dlouhodobá abstinence bez předchozí léčby (52).

8.4 Příloha č. 4: Dotazník

Dobrý den,

jmenujeme se Lucie Lukšová a Veronika Lhotská. Jsme studentkami magisterského oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěly bychom Vás tímto poprosit o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro vypracování našich diplomových prací a projektu, který probíhá na zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity a mapuje sebevražedné chování.

1. část - osobní anamnéza

1. Pohlaví: ☐ žena ☐ muž

2. Profese:
☐ vypište:

3. Kolik je Vám let?
☐ vypište:

4. Jaké jste dokončil/a nejvyšší vzdělání?
☐ nedokončené základní ☐ základní ☐ střední bez maturity
☐ střední s maturitou ☐ vyšší odborné ☐ vysokoškolské

5. V jakém kraji jste pobýval/a před nástupem na léčbu do Červeného Dvora?
☐ Jihočeský kraj ☐ Jihomoravský kraj ☐ Moravskoslezský kraj
☐ Středočeský kraj ☐ kraj Vysočina ☐ Pardubický kraj
☐ Královéhradecký kraj ☐ Ústecký kraj ☐ Liberecký kraj
☐ Plzeňský kraj ☐ Karlovarský kraj ☐ kraj Praha
☐ Olomoucký kraj ☐ Zlínský kraj

Vypište okres:

6. V jakém kraji máte trvalé bydliště?
☐ Jihočeský kraj ☐ Jihomoravský kraj ☐ Moravskoslezský kraj
☐ Středočeský kraj ☐ kraj Vysočina ☐ Pardubický kraj
☐ Královéhradecký kraj ☐ Ústecký kraj ☐ Liberecký kraj
☐ Plzeňský kraj ☐ Karlovarský kraj ☐ kraj Praha
☐ Olomoucký kraj ☐ Zlínský kraj

Vypište okres:

7. V jaké rodině jste vyrůstal/a?
☐ úplná (oba rodiče) ☐ u prarodičů ☐ adoptivní rodiče,
pěstouni ☐ bez otce ☐ dětský domov ☐ diagnostický ústav
☐ bez matky ☐ jinde, vypište

8. Jaký byl charakter Vašeho bydlení před nástupem na léčbu do Červeného Dvora?
☐ stálé bydliště ☐ přechodné bydliště ☐ bezdomovec
☐ jiné, vypište

9. Jaké bylo Vaše zaměstnání před nástupem na léčbu do Červeného Dvora?

- | | |
|--|---|
| ☐ nepracoval | ☐ příležitostné brigády, na DPP nebo DPČ |
| ☐ částečný úvazek | ☐ plný úvazek |
| ☐ student/ žák | ☐ důchodce, žena v domácnosti |
| ☐ hlášen na úřadu práce | ☐ jiné, vypište: |

10. Jaký je Váš rodinný stav?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ ženatý/ vdaná | ☐ rozvedený/á | ☐ svobodný/á |
| ☐ sám/a | ☐ mám dlouhodobého přítele/přítelkyni | ☐ mám krátkodobou |

známost

11. Jste spokojeni s Vaším rodinným stavem?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| ☐ ano | ☐ ne |
|------------------------------|-----------------------------|

12. Máte děti?

- | | |
|--|--|
| ☐ ano, žiji s nimi | ☐ ano, ale nežiji s nimi, ale pravidelně je vídám |
| ☐ ano, ale nemám s nimi žádný kontakt | ☐ ne |

13. Byl/a jste v dětství týrán/a?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| ☐ ano | ☐ ne |
|------------------------------|-----------------------------|

14. Byl/a jste v dětství sexuálně zneužit/a?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| ☐ ano | ☐ ne |
|------------------------------|-----------------------------|

15. Považujete své dětství za šťastné?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| ☐ ano | ☐ ne |
|------------------------------|-----------------------------|

16. Máte diagnostikované psychické onemocnění?

- | |
|---|
| ☐ ano, vypište jaké: |
| ☐ ne |

17. Kde Vám bylo diagnostikováno Vaše psychické onemocnění?

- | | |
|--|---|
| ☐ v Červeném Dvoře | ☐ na psychiatrickém oddělení |
| ☐ ambulantním psychiatrem | ☐ jinde, kde: |

18. Kdy Vám bylo diagnostikováno Vaše psychické onemocnění?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ v dětství | ☐ při protialkoholní/protidrogové léčbě | ☐ po pokusu o sebevraždu |
| ☐ jindy, vypište: | | |

19. Užíval/a jste drogy v období před diagnostikováním tohoto psychického onemocnění?

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| ☐ ano | ☐ ne | ☐ nevím |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

20. Byl/a jste někdy hospitalizován/a, kvůli Vašemu psychickému onemocnění?

- | |
|--|
| ☐ ano, vypište kde: |
| ☐ ne |

21. Léčil/a jste se někdy s tímto psychickým onemocněním?

- | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|
| ☐ ano, vypište | - kde (psychiatr, psych. oddělení atd.): | ☐ ne |
| | - jak dlouho: | |

22. Léčíte se nyní s tímto psychickým onemocněním?
☐ ano ☐ ne

23. Kolikrát jste se léčil/a před nástupem do PL Červený Dvůr?
☐ Vypište počet:.....

24. Absolvoval jste substituční léčbu? Kde a jaká byla substituce?
☐ Vypište:

25. Byl jste testován na virovou hepatitidu nebo HIV? (označte křížkem)

	HIV	VHA	VHB	VHC
1. testován – pozitivní				
2. testován - negativní				
3. testován – výsledek neznámý				
4. nikdy netestován				
5. nevím, zda jsem byl/a testován				

2. část - drogová anamnéza

26. V kolika letech jste poprvé užil alkohol? Při jaké příležitosti?
☐ vypište:

27. V kolika letech jste poprvé užil cigaretu? Při jaké příležitosti?
☐ vypište:.....

28. Kdy jste poprvé užil omamnou látku? Jaká to byla?
☐ vypište:.....

29. Jakou jste měl motivaci k užití omamné látky?
☐ vypište:.....

30. Jaká je Vaše primární droga v současné době?
☐ vypište:

31. Jaké jste užíval další drogy?
☐ vypište:.....

32. Délka závislosti (v letech)
☐ vypište:.....

33. Jak jste si aplikoval/a drogy?
☐ injekčně ☐ kouření ☐ požití ☐ čichání /
šňupání ☐ jiné, vypište:

34. S kým jste užíval/a drogy?
☐ sám ☐ s přáteli ☐ s partnerem ☐ s jinými,
vypište:

35. Kde jste užíval/a drogy?
☐ doma ☐ na akcích, párty... ☐ u přátel ☐ venku, na ulici
☐ jinde, vypište:

36. Co vás vedlo k užívání drog?
☐ experimentování ☐ neshody v rodině ☐ sociální situace ☐ osobní problémy
☐ kamarádi / parta ☐ partner/ka ☐ nemoc ☐ náboženství
☐ jiný důvod, vypište:

3. část - alkoholová anamnéza

37. V kolika letech jste poprvé užil alkohol?
☐ vypište:

38. Užíval/a jste i jiné drogy než alkohol?
☐ ano, vypište jaké: ☐ ne

39. Délka závislosti (v letech)
☐ vypište:.....

40. Jaký byl Váš trend pití?
☐ denně jsem udržoval/a hladinu alkoholu
- vypište, kolik jste průměrně denně vypil/a alkoholu:
☐ pil/a jsem v tazích
- vypište, jak dlouho trvalo období pití:
- vypište, jak dlouho trvalo období abstinence:

41. Jaký druh alkoholu jste nejčastěji pil/a?
☐ pivo ☐ víno ☐ destiláty ☐ kombinace
všeho

42. Kde jste pil/a alkohol?
☐ doma ☐ v zaměstnání ☐ v hospodě, baru ☐ jinde, vypište
kde:

43. S kým jste nejčastěji konzumoval/a alkohol?
☐ sám ☐ s přáteli ☐ s rodinou ☐ s jinými,
vypište:

44. Co Vás vedlo k užívání alkoholu?
☐ experimentování ☐ neshody v rodině ☐ sociální situace ☐ osobní problémy
☐ kamarádi / parta ☐ partner/ka ☐ nemoc ☐ náboženství
☐ nuda ☐ deprese, úzkost ☐ jiný důvod, vypište:

4. část - léčba

45. Kolikrát je toto Vaše započatá odvykací léčba?
☐ vypište:

46. Kolik odvykacích léčeb jste dokončil/a?
☐ vypište:

47. V kolika léčebných zařízeních jste byl/a, kvůli Vaší závislosti?

☐ vypište:

48. Jak dlouho podstupujete tuto léčbu v Červeném Dvoře? (v týdnech)

☐ vypište:

49. Z jakého důvodu podstupujete tuto léčbu?

☐ z vlastní vůle

☐ kvůli partnerovi

☐ kvůli rodině

☐ tato léčba je nařízená

☐ problémy v zaměstnání

☐ jiný důvod, vypište:

5. část - rodinná anamnéza

50. Objevila se Vaší rodinně nějaká závislost?

☐ ano, vypište jaká:

☐ ne

☐ nevím

51. Byl někdo z rodiny na odvykací léčbě?

☐ ano, vypište kdo:

☐ ne

☐ nevím

52. Měl některý člen Vaší biologické rodiny (biologický rodič, sourozenec, prarodiče...) diagnostikované nějaké psychické onemocnění?

☐ ano, vypište

- kdo:.....

☐ ne

☐ nevím

- jaké:

53. Choval se někdo z Vaší biologické rodiny podivně natolik, že jste pojal/a podezření, že má nějaké psychické onemocnění?

☐ ano, vypište

- kdo:.....

☐ ne

☐ nevím

- jak:

54. Pokusil se někdo z Vaší biologické rodiny spáchat sebevraždu nebo ji spáchal?

☐ ano, vypište

- kdo:

☐ ne

☐ nevím

- jak:

- proč:

55. Měl někdo ve Vašem blízkém okolí (pěstouni, partner/ka, manžel/ka, přátelé...) diagnostikované nějaké psychické onemocnění?

☐ ano, vypište

- kdo:.....

☐ ne

☐ nevím

- jaké:

56. Choval se někdo z Vašeho okolí podivně natolik, že jste pojal/a podezření, že má nějaké psychické onemocnění?

☐ ano, vypište

- kdo:.....

☐ ne

☐ nevím

- jaké:

57. Pokusil se někdo z Vašeho okolí spáchat sebevraždu nebo ji spáchal?

☐ ano, vypište

- kdo:

☐ ne

☐ nevím

- jak:

- proč:

6. část - sebevražedné chování a myšlenky

58. Pokusil/a jste se někdy ukončit život z vlastní vůle?

- ☐ ano ☐ ne

Pokud jste odpověděl/a na otázku 58. NE, přejděte k otázce 77.

59. Kolik Vám bylo let při prvním pokusu o sebevraždu?

- ☐ vyplšte:

60. Kolikrát jste se pokusil/a spáchat sebevraždu?

- ☐ vyplšte:

61. Po pokusu o sebevraždu u Vás následovala:

- ☐ ambulantní léčba ☐ psychoterapeutická skupina ☐ psychoterapie
☐ nic ☐ jiné: vyplšte:

62. Kde jste žil/a při prvním pokusu o sebevraždu?

- ☐ u rodičů ☐ v domově mládeže, diagnostickém ústavu
☐ s partnerkou/partnerem, manželkou/manželem ☐ v rodině s dětmi
☐ sám na stálém nebo přechodném bydlišti ☐ na ulici jako bezdomovec
☐ jinde, vyplšte:

63. Užíval/a jste před prvním pokusem o sebevraždu drogy nebo alkohol?

- ☐ ano ☐ ne

64. Proč jste se pokusil/a spáchat sebevraždu? (Pokud jste se pokusil/a spáchat sebevraždu vícekrát, můžete uvést více odpovědí.)

- ☐ ztráta blízké osoby ☐ ztráta smyslu života ☐ nemoc
☐ abstinenční příznaky ☐ pod vlivem drogy ☐ nešťastná láska
☐ dluhy ☐ jiné, vyplšte:

65. Jakým způsobem jste se pokusil/a spáchat sebevraždu? (Pokud jste se pokusil/a spáchat sebevraždu vícekrát můžete uvést více odpovědí.)

- ☐ oběšením ☐ pomocí léků ☐ skokem z výšky ☐ zastřelením
☐ pomocí drog (zlatá) ☐ v automobilu ☐ podřezáním žil ☐ udušením
☐ utopením ☐ jinak, vyplšte:

66. Jak skončil Váš pokus o sebevraždu?

- ☐ bez vážné újmy na zdraví ☐ hospitalizací v nemocnici ☐ skoro jsem zemřel/a

67. Plánoval/a jste dopředu svou sebevraždu?

- ☐ ano, jak dlouho: ☐ ne

68. Pokusil/a jste se někomu sdělit, že se chystáte spáchat sebevraždu?

- ☐ ano, komu: ☐ ne

69. Napsal/a jste dopis na rozloučenou nebo jste jinak rozloučil s blízkými?

- ☐ ano ☐ ne

70. Litoval/a jste, že se Vám pokus o sebevraždu nepovedl dokončit?

- ☐ lituji toho dodnes ☐ dříve ano, nyní ne ☐ nikdy

71. Léčil/a jste se po pokusu o sebevraždu na psychiatrickém oddělení nebo v jiném odborném zařízení?
☐ ano, vypište - kde: ☐ ne
- jak dlouho:

72. Jste nyní pod odborným dohledem kvůli sebevraždnému chování ve Vaší minulosti? (Docházíte k psychiatrovi atd...)
☐ ano, vypište - kde: ☐ ne
- jak dlouho:

73. Měl/a jste před prvním pokusem o sebevraždu sebevraždné myšlenky?
☐ ano, vypište, jak dlouho: ☐ ne

74. Byly Vaše sebevraždné myšlenky intenzivnější po požití alkoholu nebo jiných drog?
☐ ano ☐ ne

75. Jak často máte od posledního pokusu o sebevraždu sebevraždné myšlenky?
☐ denně ☐ několikrát měsíčně ☐ v posledním roce jsem je
neměl/a ☐ několikrát týdně ☐ několikrát do roka ☐ nikdy

76. Souhlasíte s poskytnutím doplňujícího rozhovoru po vyplnění tohoto dotazníku?
☐ ano, uveďte Vaše jméno: ☐ ne

77. Jak často máte sebevraždné myšlenky?
☐ denně ☐ několikrát měsíčně ☐ v posledním roce jsem je
neměl/a ☐ několikrát týdně ☐ několikrát do roka ☐ nikdy

Mnohokrát Vám děkujeme za vyplnění dotazníku!