

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Psychické poruchy a jejich vliv na vznik
toxikománie**

**Mental disorders and their influence on the
development of addiction**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Andrea Madárová

Autor:

Magdalena Hostomská

Praha 2022

Poděkování

Velké poděkování patří mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Andree Madárové. Chtěla bych ji poděkovat za cenné rady, trpělivost a za čas, který byla ochotná mé práci věnovat. Dále pak děkuji svým kolegům z Ambulantních zařízení organizace Progressive o.p.s. Děkuji též svým kamarádům a rodičům za rady a trpělivost. A v neposlední řadě děkuji i všem respondentům, kteří věnovali mému dotazníku čas a ochotně ho vyplnili.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci Psychické poruchy a jejich vliv na vznik toxikománie vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 7.5.2022

Magdalena Hostomská

Anotace

Bakalářská práce se zabývá psychickými poruchami a závislostmi. Následně se snaží nalézt, jestli a jak jsou propojeny. V teoretické části jsou rozebrány psychické poruchy a jsou klasifikovány do skupin. Další část se věnuje závislostem, odvykacím stavům a přehledu omamných psychotropních látek. Poslední část obě témata spojuje a popisuje jejich propojenost.

Klíčová slova

Duální diagnóza, psychická porucha, závislost, schizofrenie, omamné psychotropní látky

Annotation

The bachelor thesis deals with mental disorders and addictions. I try to find out if and how they are connected. The theoretical part analyzes mental disorders and is classified into groups. The next part deals with addictions, withdrawals and an overview of narcotic psychotropic substances. The last part of both topics connects and describes their interconnection.

Keywords

Dual diagnosis, mental disorder, addiction, schizophrenia, narcotic psychotropic substances

Obsah

Úvod	7
1 Psychické poruchy	9
1.1 Klasifikace duševních poruch	10
1.2 Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19).....	11
1.3 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29)	13
1.3.1 Schizofrenie (F20)	13
1.4 Afektivní poruchy (F30-F39).....	17
1.4.1 Bipolární afektivní porucha (F31)	18
1.4.2 Deprese (F32)	21
1.5 Úzkostné poruchy (F40-F41).....	22
1.5.1 Agorafobie (F40.0)	23
1.5.2 Sociální fóbie (F40.1)	24
1.6 Smíšená úzkostná depresivní porucha (F41.2)	25
1.7 Obsedantně kompulzivní porucha (F42).....	26
1.8 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59)	27
1.8.1 Poruchy příjmu potravy (F50)	27
1.9 Porucha aktivity a pozornosti (F90).....	30
2 Závislost	33
2.1 Znaky závislosti	34
2.1.1 1.znak: Silná touha nebo pocit puzení užívat látku	34
2.1.2 2.znak: Zhoršené sebeovládání.....	34
2.1.3 3.znak: Somatický (tělesný) odvykací stav	35
2.1.4 Diagnostická kritéria pro odvykací syndromy:	35
3 Přehled omamných psychotropní látek a jejich účinků	37
3.1 Alkohol	38
3.2 Opiody a opiáty	40
3.3 Heroin	40
3.4 Buprenorfín (Subutex)	41
3.5 Konopné drogy	41
3.6 Halucinogeny	42
3.7 Psychomotorické stimulantia	43

4	Poruchy osobnosti a závislosti.....	45
5	Analytická část	48
5.1	Metody sběru dat	48
5.2	Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	48
5.3	Metoda zpracování a analýzy dat.....	48
5.4	Cíl výzkumu.....	49
5.5	Výzkumné otázky	49
5.6	Etické normy a pravidla výzkumu	49
5.7	Interpretace získaných výsledků	50
5.8	Hypotézy	54
6	Grafy..... Chyba! Záložka není definována.	
	Závěr.....	56
	Seznam použitých informačních zdrojů	57
	Seznam příloh.....	60

Seznam zkratk:

ADHD- Attention Deficit Hyperactivity Disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou

OPL – omamné psychotropní látky

MKN 10- 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

Úvod

Svoji bakalářskou práci jsem se rozhodla věnovat psychickým poruchám a jejich vlivu na vznik závislostí. Téma duálních diagnóz shledávám společností stále do jisté míry tabuizované.

Práce je rozdělena do kapitol první kapitola se věnuje psychickým poruchám. Nejprve jsou poruchy jako takové, následně jsou rozděleny dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí, která je každý rok aktualizována a doplňována. Poté rozebírám ve společnosti nejčastější diagnózy. Do velké hloubky se věnuji schizofrenii, která je nejvíce propojena se závislostmi, jelikož schizofrenické psychózy jsou velmi podobným psychózám způsobeným užíváním omamných psychotropních látek. Stavy samotné schizofrenie jsou velmi složité a jedinci jí postiženou mohou snadno sklouznout do závislosti, zejména na stimulancích jako je např. *metamfetamin*.

Dále se pak podrobněji věnuji například ADHD – hyperkinetické poruše, která se projevuje už v dětství a má velký vliv na vývoj jedince. Jedná se o vývoj biologický (struktura v mozku), ale i společenský. Nedostatek dopaminu si mohou starší jedinci kompenzovat alkoholem či omamným psychotropními látkami. U této poruchy je třeba ji podchytit včas a nespolehat se například na to že z ní mladý jedinec (dítě) vyroste.

Druhá kapitola je věnována látkovým závislostem (ve starší literatuře – toxikománii). V práci popisuji závislost na alkoholu a na omamných psychotropních látkách. Dále vysvětluji různé věci se závislostí spojené jako například znaky závislosti, odvykací stav. V kapitole třetí se zaměřuji už na samotné konkrétní látky, na kterých si lze závislost vytvořit a jaké jsou jejich účinky a charakteristiky. Snažím se látky charakterizovat nejen na základě jejich účinku ve smyslu jaký stav v člověku vyvolávají, ale i na základě biologických procesů v mozku člověka.

Poslední část je věnovaná spojení psychických poruch a závislostí, která je doplněna o kvantitativní výzkum prováděný dotazníkem. Výzkumem se v práci snažím potvrdit komorbiditu psychických poruch a závislostí. Snažím se dokázat složitost situace a komorbiditu těchto dvou nelehkých skutečností.

1 Psychické poruchy

Psychické poruchy jsou velká skupina nemocí, jež mají dopad na duševně nemocného, ale i na jeho okolí (rodinu, přátele a celou společnost). V literatuře pro ně najdeme několik označení: duševní poruchy, duševní nemoci, duševní choroby nebo duševní onemocnění.

Ovlivňují lidské prožívání, vztahy s lidmi, a hlavně lidské myšlení. Jednotlivé poruchy mají své specifické projevy a symptomy. Jedná se o stavy, které mohou být způsobené vrozenými dispozicemi nebo o stavy, které vznikly na základě vlivu prostředí (např. zažitého traumatu).

Na vzniku psychického onemocnění se podílejí tři hlavní faktory: sociální, psychologické a biologické. Mohou se vzájemně mísit a jejich odlišení nebývá jednoduché. Psychické poruchy jsou v dnešní době definovány hlavně deskriptivně skrze přítomnost či nepřítomnost určitých znaků. Jde zejména o duševní a tělesné jevy, které se kvantitativně či kvalitativně odchyľují od normy. Psychické poruchy jsou materiálem zkoumání mnoha oborů, zejména psychopatologie, psychiatrie a psychologie. Jednou z mnoha možností, jak definovat psychické poruchy je vymezit ji v kontrastu s pojmem duševní (psychické) zdraví. Zdraví je dle Světové zdravotnické organizace definováno následovně: „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení“.¹

Lidé se závažnými psychickými poruchami mohou být děti, dospělé osoby i starší jedinci. Poruchy i symptomy jsou u každého jiné a škála je velmi rozmanitá. V mnoha případech dochází i ke kombinaci různých poruch. Rozlišitelná je intenzita i průběh konkrétního duševního onemocnění. Lze také mluvit o tom že psychické poruchy si s sebou přináší kombinaci abnormálních myšlenek, vnímání, emocí, chování a vztahů s ostatními.²

Spektrum duševních poruch je velmi široké a níže v práci je popsáno podrobněji.

Jeden z mála faktorů, který je pro všechny osoby s psychickou poruchou stejný, je pocit omezení v běžném životě a všeobecném fungování. Každý pacient potřebuje jiný druh péče či podpory. Klíčový je přístup ke zdravotní péči a sociálním službám. Existuje mnoho způsobů léčby a prostředků k zmírnění utrpení, které nemocný člověk prožívá. Četnost

¹ World Health Organization [online]. 2019, 28.11.2019 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

² RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie, minimum pro praxi*. Triton, 2006. ISBN 8072547461.,str.30

duševních poruch stále narůstá a má významné dopady na zdraví a na sociální, lidskoprávní a ekonomické fungování všech ve všech zemích světa.³

1.1 Klasifikace duševních poruch

U duševní poruchy je důležité vnímat všechny aspekty a jevy. Není možné pracovat jen s čistou diagnózou. Dva jedinci se stejnou diagnózou mohou mít zcela odlišné projevy. Každý klient je naprosto jedinečný, nelze ani usuzovat na podobnost v rámci diagnózy.⁴

V České republice je od roku 1994 (v některých zemích Evropy od r. 1992) používána jako oficiální klasifikace 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů; zkráceně Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Překlad poslední verze glosáře k 10.verzi MKN (ICD⁵-10) uvádí klinické popisy a hlavní diagnostické linie a kódy pro veškeré psychické poruchy chování s nimiž se setkáváme v klinické psychiatrii. Dělení rozděluje poruchy do 10 skupin dle hlavním generálních témat či popisovaných obrazů. Hlavní diagnostické linie určují počet, vliv a trvání symptomů, jejichž stanovení bývá obvykle vyžádáno dříve, než může být stanovena spolehlivá diagnóza. Jsou jim ponechány určité stupně volnosti právě pro případ, kdy musí být pacient diagnostikován dříve, než jsou k dispozici celistvé informace.⁶

V následující pasáži bude popsán přehled rozdělení duševních poruch a poruch chování (F00-F99)⁷:

1. **F00-F09** Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
2. **F10-F19** Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
 - **F20-F29** Schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy
 - **F30-F39** Afektivní poruchy (poruchy nálady)
 - **F40-F49** Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
 - **F50-F59** Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami

³ *World Health Organization* [online]. 2019, 28.11.2019 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

⁴ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5, str.28

⁵ International Classification of Diseases

⁶ *Národní ústav duševního zdraví* [online]. In: . [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/files/pdf/dusevni-poruchy-a-poruchy-chovani.pdf>

⁷ *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. In: . 1.1.2022 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>

a somatickými faktory

1. **F60-F69** Poruchy osobnosti a chování dospělých
2. **F70-F79** Mentální retardace
3. **F80-F89** Poruchy psychického vývoje
4. **F90-F98** Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
5. **F99** Neurčená duševní porucha

1.2 Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19)

V rámci těchto skupin se jedná o široké spektrum onemocnění s různou těžkostí a náročností a různými klinickými formami. Společným faktorem je to, že všechna onemocnění jsou zapříčiněna a vznikla díky užívání psychoaktivních látek. Látky mohou být v mnoha případech předepsány lékařem či užívány nelegální formou. Onemocnění mohou být tedy způsobena legálními či nelegálními omamnými psychotropními látkami, anebo ověřenými farmaky. Tato onemocnění mají velké spektrum závažnosti a stavů.

Mnoho poruch vzniklých užíváním psychoaktivních látek může být navozeno *iatrogenně*⁸. V mnoha případech dochází k dlouhodobému podávání analgetik opiodního typu pacientům, kteří trpí chronickou bolestí. Dalším velmi častým případem může být dlouhodobá léčba úzkostných poruch či nespavosti (insomnie) použitím benzodiazepinů. Anxiolytika benzodiazepinového typu mohou být vysoce návyková a jejich doba podávání bývá doporučena na dobu 14 dní a maximální lhůta pro akutní podávání a zaléčení jsou dva měsíce. Tato anxiolytika je doporučeno podávat například do momentu, než se projeví plný efekt antidepresiv, stabilizátorů nálad apod... V momentě, kdy je pacient závislý na návykových látkách, je bezpečnější benzodiazepiny vynechat a zvolit jiné druhy léčiv (např. sedativní antidepresiva, nízké dávky antipsychotik či pregabalin).

Do této skupiny diagnóz řadíme:

1. **F10.** Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
2. **F11.** Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním opiodů
3. **F12.** Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů
4. **F13.** Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním sedativ a hypnotik
5. **F14.** Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním kokainu

⁸ *Iatrogenně*=neadekvátní způsob medikace

6. **F15.** Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancí, včetně kofeinu
7. **F16.** Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
8. **F17.** Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
9. **F18.** Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel
10. **F19.** Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

U všech skupin dochází k následnému rozdělování, které je dělitelné dle klinického obrazu pacienta:

1. F1x.0 Akutní intoxikace
2. F1x.1 Škodlivé použití
3. F1x.2 Syndrom závislosti
4. F1x.3 Odvykací stav
5. F1x.4 Odvykací stav s delíriem
6. F1x.5 Psychotická porucha
7. F1x.6 Amnestický syndrom
8. F1x.7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem⁹

⁹ 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. In: . 1.1.2022 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>

1.3 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29)

Psychózy (včetně schizofrenie) se vyznačují narušením myšlení, vnímání, emocí, jazyka a pocitu sebe sama a chování. Schizofrenie je jednou z nejzávažnějších psychických poruch, kterou trpí zhruba 20 milionů lidí na celém světě. Mezi nejčastější psychotické zážitky řadíme zejména halucinace různého typu: vizuální, auditivní či cítění neexistujících věcí. Dalším významným znakem u duševně nemocných je výskyt bludů - fixních nereálných přesvědčení nebo podezření. Porucha má velký vliv na funkčnost jedince ve společnosti. Postižený bývá velmi často diskriminován a stigmatizován. Pacienti trpící psychózami bývají v nemálo situacích vystavováni riziku porušování lidských práv a bývají dlouhodobě umisťováni do psychiatrických zařízení.

Začátek onemocnění je nečastější v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti. Pro pacienty s těmito postiženími bývá velmi důležitá medikace a pravidelné navštěvování psychiatra a psychologa či psychoterapeuta. Kromě léčby je též velmi potřebná sociální podpora, která má za účel vést pacienta k produktivnímu životu a začlenit ho do společnosti.¹⁰

1.3.1 Schizofrenie (F20)

Schizofrenie (F20) je obecně charakterizovaná typickou deformací myšlení a vnímání. Vědomí a intelektuální kapacita bývají nejčastěji zachovány. Určité kognitivní defekty se mnohou v průběhu doby vyvinout. Nejvýznamnější psychopatologické fenomény patří ozvučování myšlenek: vkládání nebo odnimaní myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání. Pacienti mívají sluchové halucinace, které komentují a diskutují o pacientovi ve třetí osobě. Průběh onemocnění je trvalý či epizodický (s narůstajícím či trvalým defektem). Je možné mít i jednu či více atak s úplnou i neúplnou remisí. Schizofrenie je psychická porucha s chronickým průběhem, který má výše zmíněné charakteristické rysy. Co se týká sebevražedného chování v životě schizofreniků, jde zde o velmi úzký vztah. Bleuler (1950) poukazuje na to, že suicidní jednání patří mezi jeden z nejhlavnějších symptomů pacientů se schizofrenií. Schizofrenie zkracuje pacientům život o přibližně deset let a zároveň

¹⁰ *World Health Organization* [online]. 2019, 28.11.2019 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

sebevražda bývá nejčastější důvod úmrtí.¹¹

Schizofrenie je pojímána jako konsekvence vzájemného působení bio-psycho-sociálních činitelů. Psychosociální faktory jsou propojené s vrozenou biologickou vulnerabilitou.¹²

Schizofrenie má několik podtypů:

1. F20.0. Paranoidní schizofrenie
2. F20.1. Hebefrenní schizofrenie
3. F20.2. Katatonní schizofrenie
4. F20.3. Nediferencovaná schizofrenie
5. F20.4. Postschizofrenní deprese
6. F20.5. Reziduální schizofrenie
7. F20.6. Schizophrenia simplex
8. F20.9. Schizofrenie, NS¹³

Schizofrenie je širokospektrální onemocnění. Je důležité zjišťovat obsahové a formální stránky myšlení jako jsou bludy a obsah myšlenek. Mezi důležité jevy patří také afektivita, oploštělost, nebo zvýšená agresivita a manýrování. Agresivita pacienta může být vedena i proti sobě samému.¹⁴ Zhruba 10 % pacientů ukončuje svůj život suicidem. Pro schizofrenii jsou typické varovné příznaky, které se často objevují náhle a bez varování. U mnoha případů přicházejí náznaky, které kontinuálně přechází do počáteční ataky. V první fázi se pacienti zdají blízkým výstřední, nemotivovaní, samotářští a bezcitní. Velmi často se sami izolují, nemluví v souvislých větách a zanedbávají svůj vzhled (zhoršuje se osobní hygiena). Je jim též blízký velmi lhostejný přístup k životu a k situacím, které se jim dějí. Vzdávají se svých volnočasových aktivit a koníčků a jejich výkon v práci a škole se horší. Mezi další varovné příznaky patří sociální izolace či stažení, podezřívavost a nepřátelské jednání. Pacienti mívají v době prvotní ataky bezvýrazný pohled, nevhodný smích či pláč, skleslost, spavost a nespavost, jsou neschopní se soustředit, používají nesrozumitelná slova a mají extrémní

¹¹ PRÁŠKO, Jan, Dana KAMARÁDOVÁ a Klára LÁTALOVÁ. *Suicidalita u psychických poruch*. Pardubice: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4305-9., str.92

¹² Tamtéž, str.103

¹³ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. 2010. ISBN 978-80-247-2045-6.,str.21

¹⁴ RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie, minimum pro praxi*. Triton, 2006. ISBN 8072547461.,s. 30

reakce na kritiku.¹⁵

Životní a společenské události můžou, ale nemusí být spouštěčem. Pacient s jistým druhem sebereflexe může být připraven a vyvarovat se signalizujícím momentům a pracovat se zpracováváním situací a předcházet tak samotnému spuštění ataky.¹⁶

Samotný průběh nemoci bývá poměrně různorodý a širokospektrální jako celé onemocnění. Nejdůležitější je uchopit ataku (počátek nemoci) včas. Zachycení v brzkém stádiu, je důležité aby bylo v budoucnu možné mírnit následky onemocnění, případně včas patřičně pacienta zamedikovat. V občasných případech lze zachytit počátek onemocnění již v dětství, tento stav označujeme jako premorbidní období.¹⁷

Prognóza závisí na konkrétní situaci a pacientovi. Důležitý pro vývoj onemocnění je i věk pacienta. V dětství nebo v rané dospělosti mohou mít ataky vliv na pozdější vývoj pacienta (osobnost a její rozvoj).¹⁸

Orel definuje pět stádií průběhu. První je premorbidní stádium, které neprobíhá u všech pacientů. Je typické pro dětství, kdy se projevuje poruchou pozornosti či sníženým výkonem. Dalším stádiem je prodromální stádium, které můžeme definovat jakožto soubor nespecifických příznaků, které ohlašují začátek nemoci. Nejčastější symptomy jsou: únava, změna nálad, bolest hlavy, nespavost, nesoustředěnost. Třetím stádiem je první psychotická epizoda. Její průběh trvá zhruba několik týdnů a její počátek je dramatický a náhlý. Bývá při ní poškozeno emoční prožívání, chování, motorika a je narušeno vnímání reality. Její počátek je ovlivněn spouštěcím faktorem (návykovou látkou nebo náročnou situací jako je např. stres). Dalším (čtvrtým) stádiem je aktivní choroba. Posledním stádiem je reziduální a bývá označované jako zbytková schizofrenie.¹⁹

Vágnerová popisuje základní průběhy onemocnění ve své knize následovně. Prvním průběhem je epizodický, který se projevuje atakou. Je pro ni typické krátkodobé vzplanutí akutních příznaků a rychlé zlepšování zdravotního stavu. Druhým průběhem je opakovaný průběh s vracejícími se atakami, na který je vázaný maligní průběh, při kterém dochází velmi

¹⁵ DRAGOMIRECKÝ, Andrej. *Schizofrenie, její příčiny a léčba*. 2013. ISBN 8085962260., s.50

¹⁶ RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie, minimum pro praxi*. Triton, 2006. ISBN 8072547461., s.40

¹⁷ OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho mozek a svět*. 2009. ISBN 978-80-247-6979-0, s.100

¹⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 2014. ISBN 978-80-262-0696-5., s.94

¹⁹ OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho mozek a svět*. 2009. ISBN 978-80-247-6979-0, s.105

rychle po začátku k rozpadu osobnosti. Třetím je chronický průběh, kdy se četnost atak opakuje. V cca 30 % případech lze mluvit o postupném úpadku osobnosti. Posledním průběhem je reziduální stádium, které je význačné dozníváním nemoci, při kterém přetrvávají negativní symptomy (mezi které patří například ztráta duševních, či společenských funkcí).

Pro pacientův život se schizofrenií je důležitá léčba. Kromě medikace může také pomoci, když se pacient naučí správně bojovat se schizofrenií (sebereflektovat svůj stav, předvídat kritické momenty). Je mnoho druhů podpůrných terapií. Často bývá důležitá skupinová terapie a kontakt s ostatními pacienty. Kladný dopad má také arteterapie, která má vliv na zlepšení duševní rovnováhy, poezie či jiná tvůrčí činnost, dále pak také sport a fyzická aktivita. Život a fungování pacientů (a z velké části i jejich blízkých) může být značně narušen atakami a průběhem nemoci. Všichni zúčastnění mohou být vystaveni velkému stresu.²⁰

Léčba schizofrenie musí být komplexní a důležitá je péče i o rodinu a blízké. Pacienti nemají velmi často náhled na své onemocnění. Pacient by neměl nikdy přestat brát léky, jelikož jejich hladina po vysazení velmi rychle upadá. A návrat k aktivnímu stádiu nemoci je velmi rychlý. Hospitalizace pacienta zachycuje krátkou ale velmi významnou část onemocnění, ale není zdaleka dostačující pro všestrannou léčbu.

Pro akutní péči je důležité vyrušení psychotických jevů, které je velmi důležité pro zastavení průběhu nemoci. U mnoha pacientů je důležité využít léky – nejčastěji medikace s antipsychotickými účinky.²¹

Velmi důležité je, aby pacient byl v bezpečí a zdaleka nesmí být zapomenuto na bezpečí jeho nejbližších a okolí. Musíme pomoci pacientovi se orientovat v reálném časoprostoru. Dále nesmí být zanedbávány biologické potřeby pacienta a všeobecná aktivizace.²²

Pacienty se schizofrenií bývají často zneužívané psychotropní omamné látky, které mají nejen vliv na zvýšené riziko suicidality. Největší problém je u mladých osob, které užívají drogy. Dle studie z roku 1988 (Shaffii et al.) se abúzus omamných psychotropních látek a

²⁰ 24x7 Schizofrenie, ©2014. O schizofrenii: Současné pojetí života se schizofrenií. [online] [cit 2022-04 - 14]. Dostupné z: <http://www.schizophrenia24x7.cz/about-schizophrenia#>.

²¹ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. 2010. ISBN 978-80-247-2045-6., s.21

²² HOSÁKOVÁ, Jiřina. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. 2007. ISBN 978-80-7248-442-3., s. 30

alkoholu vyskytoval u 70 % dospívajících, kteří ukončili svůj život sebevraždou. V souvislosti s nemocí a užíváním dochází ke kumulativnímu účinku mnoha faktorů a událostí (ztráta sociálních vztahů, nedodržování medikace, neužívání antipsychotik, paranoidní deprese). Užívání drog a alkoholu zhoršuje celkový průběh nemoci, sebevražda se pak pacientovi může jevit jako ideální způsob ukončení beznadějného utrpení.²³

Zneužívání látek zhoršuje život nejen pacientům se schizofrenií. V momentě spojení závislosti a schizofrenie je riziko vedoucí k spáchání sebevraždy mnohem větší. Srovnávání lidí, kteří užili drogu před první hospitalizací a těmi, kteří užili drogu až po ní je velmi rozdílné. Pacienti užívající drogy mají psychózy častěji doprovázeny auditivními i vizuálními halucinacemi a mají větší počet sebevražedných pokusů.²⁴

1.4 Afektivní poruchy (F30-F39)

Poruchy nálad jsou třetí nejčastější duševní poruchou a postihují z celoživotního hlediska téměř 1/5 populace. Například ekonomické důsledky tohoto onemocnění jsou enormní. Ve vyspělých státech deprese představují nejčastější příčinu ztrát pracovní schopnosti.

Patologické změny nálad lékaři znali už ve starém Řecku. Hippokrates ve 4. stol. př. n. l. popsal melancholii a mánií jako stavy chorobného charakteru, jež souvisí s abnormními hladinami černé a žluté žluči v mozku postiženého. Tyto pojmy se uváděly v Galenových spisech, stejně tak v arabské a židovské literatuře. V 19. století byla popsána cyklofrenie, maniodepresivní psychóza. U afektivních poruch se setkáváme hlavně se dvěma syndromy: depresivním a manickým.²⁵

U afektivních poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (součástí může být i úzkost) nebo k euforii. Změna je obvykle doprovázená změnou v celkové aktivitě. Ostatní symptomy jsou většinou sekundární k změnám nálada a aktivit a mohou být snadno v tomto kontextu vysvětleny.

Většina afektivních poruch tihne a mají tendenci k recidivám. Nástup individuální fáze bývá

²³ PRÁŠKO, Jan, Dana KAMARÁDOVÁ a Klára LÁTALOVÁ. *Suicidalita u psychických poruch*. Pardubice: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4305-9., s. 113 a 114

²⁴ Tamtéž, s. 115

²⁵ RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie, minimum pro praxi*. Triton, 2006. ISBN 8072547461., s. 86

nejčastěji vyvolán stresovou událostí či situací.²⁶

1.4.1 Bipolární afektivní porucha (F31)

Bipolární porucha (BP) postihuje zhruba 45 milionů lidí na celém světě. Skládá se z manických a depresivních epizod. Epizody jsou odděleny normální náladou nebo smíšenou náladou.²⁷

Jedná se o závažné chronické, progresivní a epizodické onemocnění. Nejvíce závažným vyústěním problému může být spáchání sebevraždy. Dle studie úmrtnosti mají lidé s bipolární poruchou vyšší frekvenci suicidálních myšlenek a dokončených sebevražd. Běžná lidská populace má riziko sebevražd zhruba dvacetkrát nižší než lidé s bipolární diagnózou. V klinickém vedení je zhodnocování tohoto rizika velmi důležité. Suicidální riziko je vysoké hlavně v průběhu depresivní fáze. Objevuje se ale i při mánii nebo smíšené epizodě ale ne tak často. Faktory, které předurčují sebevražedné sklony jsou předmětem výzkumu posledních let. Během akutní léčby prokázala účinnost hlavně farmaceutika s doprovodem psychosociální intervence. Málo studií se zabývá důkladnějším sledováním sebevražedných sklonů. Jednoznačný efekt byl prokázán pouze u Lithia. Operuje se s myšlenkou, že antidepresiva u vnímavých jedinců mohou provokovat či zesilovat suicidální tlak a zvyšovat riziko sebevražedného chování.²⁸

O bipolární poruchu se jedná ve chvíli, kdy se u pacienta rozvinula minimálně jedna manická epizoda. Téměř u většiny diagnostikovaných se vyskytují též depresivní epizody. Někdy lze hovořit i o pseudounipolární depresivní poruše. Děje se tak v případech, kdy prvním projevem poruchy je jedna či více depresivních epizod a projevy mánie se objeví a rozvinou později. Pravděpodobnost výskytu jen jedné manické epizody za život je velmi malá. U většiny postižených dochází k cyklování nálad, které může být různého charakteru. Cyklování jako rychlé označujeme v momentech, kdy se rozvinou alespoň 4 epizody během

²⁶ 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. In: . 1.1.2022 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F30-F39>

²⁷ World Health Organization [online]. 2019, 28.11.2019 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

²⁸ PRÁŠKO a LÁTALOVÁ. Bipolární afektivní porucha a suicidalita [online]. 2009 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_3_129_134.pdf

jednoho roku.²⁹

Touto poruchou trpí cca 1 % populace s rovnoměrným postižením mužů a žen. Začátek onemocnění se nejčastěji projevuje v rané dospělosti či pozdní adolescenci³⁰. Projevy choroby mohou způsobit vážné důsledky například rozpad manželství, ztrátu práce či nadměrné konzumování drog nebo alkoholu, agresivní chování či dopouštění se trestné činnosti.³¹

Manické epizody trvají týden nebo více. Projevují se nepřiměřeně dobrou náladou, agresivitou, rozrušením, rychlým a nepřetržitým mluvením. Člověk s BP v konverzaci a běžné komunikaci nesrozumitelně a často mění témata rozhovoru a bývá roztržitý. Pacient má také sníženou potřebu spánku, zvýšené libido a nadměrně velké sebevědomí a sebedůvěru. Mánie může zapříčinit celkové vysílení.³²

Depresivní epizoda trvá dva týdny či více. Nejčastější projevy jsou sklíčená nálada, apatičnost, ztráta zájmů, sebevražedné myšlenky, snížená chuť k jídlu, sociální stažení a snížené libido. Při těžkých případech může docházet až k halucinacím či paranoidním bludům.³³

Léčba a prevence relapsu jsou různé. Nejvíce jsou při léčbě využívány biologické postupy (medikace), pro kterou je velmi důležitý doprovod psychoterapie. Pro manickou epizodu jsou nejčastější volbou léky jako je Lithium, Valproát a atypická antipsychotika. Lithium se užívá v několika denních dávkách. A musí být kontrolována jejich hladina. Velké koncentrace mohou být toxické. Antimanický efekt se dostavuje se zpožděním a je důležité z počátku užívání doplňovat ke zklidnění neuroleptika³⁴. Současně jsou rozšířena i atypická antipsychotika³⁵, která mají svou funkci převážně u psychotických stavů. U velmi závažných stavů nebo například v časných stádiích těhotenství je možné indikovat elektrokonvulzivní terapii.

²⁹ RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie, minimum pro praxi*. Triton, 2006. ISBN 8072547461., s. 104

³⁰ medián u mužů 18. věk života a u žen 20. věk života

³¹ RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie, minimum pro praxi*. Triton, 2006. ISBN 8072547461., s. 31

³² *Národní zdravotnický portál* [online]. [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/689-bipolarni-porucha-priznaky-a-diagnoza>

³³ *Tamtéž*

³⁴ např.: haloperidol nebo vysoce potentní benzodiazepiny

³⁵ např.: olanzapin, risperidon, ziprasidon či quetiapin

K léčbě akutní deprese jsou podávány léky jako je Lithium a Lamotrigin. Užívání antidepresiv může vést k přeskočení do mánie a je možný i vznik rychlého cyklení stavů. Pokud se deprese rozvinou nadále i při dlouhodobém užívání Lithia, je nutné zkontrolovat funkčnost štítné žlázy, jejíž funkce může být negativně ovlivněna užíváním.

Dlouhodobým užíváním léků ze skupiny Thymoprofylaktik (např. výše zmíněné Lithium, Karbamazepin, Valproát či Olanzapin) může dojít k pozitivnímu zlepšení psychického stavu. Pacientovi se sníží frekvence, intenzita i případná délka manických a depresivních epizod.³⁶

³⁶ RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie, minimum pro praxi*. Triton, 2006. ISBN 8072547461., s. 104-105

1.4.2 Deprese (F32)

Jedná se o jednu z nejběžnějších duševních poruch a jednou z hlavních příčin duševní invalidity na celém světě. Odhaduje se, že depresí trpí přibližně 264 milionů lidí. Častěji se vyskytuje u žen. Její hlavní charakteristikou je smutek, ztráta potěšení a zájmu, pocit viny, pocit nízké sebehodnoty, narušení spánku či chuti k jídlu, únava a špatná koncentrace. Lidé s touto diagnózou mohou mít časté fyzické potíže bez zjevné fyzické příčiny. Jsou dlouhotrvající a mohou se opakovat. Jejich četnost a zacyklení podstatně zhoršuje schopnost fungovat v práci nebo ve škole a celkově tak vyrovnávání se s každodenním životem. V nejtěžších případech mohou vést až k sebevraždě.

Existuje mnoho léčebných postupů. Mírné a střední deprese lze léčit kognitivně behaviorální terapií nebo psychoterapií všeobecně. Medikace (antidepresiva) může být účinnou formou léčby středně až těžké deprese, ale nepředstavují léčbu první linie u dospívajících, u kterých by se měly předepisovat a užívat s velkou opatrností. Léčba deprese by měla obsahovat psychosociální aspekty. Důležité je identifikovat stresové faktory (finanční problémy, potíže v práci, fyzické či psychické týrání a zdroje podpory). Je důležité udržovat nebo reaktivovat sociální aktivity a kontakty.³⁷

Pro depresivní epizodu (F32) jsou nejtypičtější poruchy nálad. Nejčastějšími příznaky jsou smutná nálada, anhedonie³⁸, ztráta zájmů, nízká motivace pro veškerou aktivitu, anxieta, apatie, poruchy myšlení a vnímání. U dvou třetin diagnostikovaných pacientů je možné nalézt sebevražedné sklony a myšlenky. Pacienti mívají často fyzické obtíže. Jedná se především o změny základních funkcí (velká nebo nízká spavost, vysoká nebo malá chuť k jídlu a snížená sexuální touha). Lidé s depresí jsou unavení, nevitální a mají sníženou celkovou životní energii. Další tělesné potíže mohou být bolesti, pocit tlaku a zimy a pocit těžkých končetin. Deprese mohou být různě intenzivní (mírné, střední a těžké) a různě charakterizované.

Psychotické deprese se projevují halucinacemi a bludy. Dále pak melancholické deprese, pro které jsou význačné ranní pesimální nálady, brzké probouzení, změny v chuti na jídlo, anhedonie, a psychomotorika je agitovaná nebo utlumená. Melancholická deprese je

³⁷ *World Health Organization* [online]. 2019, 28.11.2019 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

³⁸ neschopnost prožívat radost

pozorována častěji u starších jedinců. Oproti tomu stojí atypická deprese, která je vidět spíše u mladých jedinců. Symptomy jsou vegetativní a jedinec má zvýšenou spavost a chuť k jídlu. Dále pak lze hovořit o sezónní poruš nálad, která trvá přes zimní období, které je doprovázeno špatným počasím a častým šerem. Rozvíjí se na podzim a s příchodem teplého ročního období obvykle zmizí.

Sekundární depresivní porucha je spojena s jinou duševní či tělesnou chorobou. Nejčastěji vzniká například při zjištění a průběhu léčby rakoviny, při užívání některých léků nebo jako důsledek psychotických schizofrenních stavů - postpsychotická (postschizofrenní) deprese.³⁹

1.5 Úzkostné poruchy (F40-F41)

Veškeré úzkostné poruchy jsou v klasifikaci spojeny do velké skupiny. Mezi všemi je velká a zřetelná souvislost. V historii byly všechny sdružovány pod pojmem neurózy. Diagnostické celky se odlišují symptomatologií, průběhem a každý má jiný průběh farmakoterapie a psychoterapie. Mezi tyto poruchy patří:

- A. Fobické úzkostné poruchy
- B. Agorafobie
- C. Sociální fóbie
- D. Specifické (izolované) fóbie
- E. Jiné fobické úzkostné poruchy
- F. Fobická úzkostná porucha nespecifikovaná
- G. Jiné úzkostné poruchy
- H. Panická porucha
- I. Generalizovaná úzkostná porucha
- J. Smíšená úzkostně-depresivní porucha
- K. Jiné smíšené úzkostné poruchy
- L. Jiné specifikované úzkostné poruchy
- M. Úzkostná porucha nespecifikovaná⁴⁰

³⁹ RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie, minimum pro praxi*. Triton, 2006. ISBN 8072547461., s.87-88

⁴⁰ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy*. Grada, 2005. ISBN 80-7178-997-6., s. 40

1.5.1 Agorafobie (F40.0)

Agorafobie patří mezi úzkostné poruchy. Velmi často je vázaná na panickou poruchu. Pojmenování pochází z řeckých slov agora (αγορά) a fobos (φόβος). Agorou se nazývaly velké prostory (tržiště, velké místo, kde se schází hodně lidí). V překladu tedy znamená agorafobie strach z otevřeného prostoru. Hlavní podstatou je strach z veřejných prostorů, kde není dostupná podpůrná pomoc. Pacient má strach, že se mu nedostane pomoci a že omdlí, případně umře. Proto se pak pacienti vyhýbají situacím, kdy se musí vystavovat stresovým faktorům. Mezi hlavní kritéria a obávané situace patří:

1. Úzkost ze situací, kde nebude dostupná pomoc
2. Strach vycházet sám z domu
3. Pacient vyžaduje velmi často doprovod
4. Úzkost a vyhýbavé chování nejsou způsobeny jinou poruchou
5. Veřejná místa (obchodní centra, restaurace, tržiště, náměstí, stadiony)
6. Uzavřená nebo omezená místa (výtahy, mosty, tunely, kina...)
7. Pobývání mimo domov
8. Čekání na zastávce

Agorafobici se rádi a často vyhýbají veřejné dopravě a spoustu věcí zvládají uskutečnit jen v doprovodu někoho s kým se cítí bezpečně.

Nejčastějším projevem je záchvat paniky v kritickém momentu. Pacienti mají úzkostný strach z toho pobývat daleko od domova. V nejtěžších případech nejsou schopní sami opustit svůj pokoj. Velký stres (stresové momenty) bývá velmi často na začátku panických poruch a agorafobie. Jedná se o psychologický i tělesný stres.

Rozvoj agorafobie může být ovlivněn užíváním některých léků, drog či alkoholu. Z léků jde nejčastěji o hormony prednisonu, některé léky na krevní tlak a antiastmatika. Nadměrná konzumace alkoholu či omamných psychotropních látek značně přispívá ke vzniku úzkostí.⁴¹

⁴¹ PRAŠKO, Ján. Gallen, 2006. ISBN 978-80-7262-424-9., s. 15-16

1.5.2 Sociální fóbie (F40.1)

Jeden z nezákladnějších znaků této fóbie je trvalá a silná obava z jedné či více sociálních situací. Pacient s touto fóbií se systematicky vyhýbá náročným situacím, které vede k snižování úzkosti na úkor kvality života. Pro sociální fobiky není většinou náročné si uvědomit, že strach je nadměrný, neodůvodněný a nedůstojný. Dost často přichází strach ze strachu, který je náročné odstranit. Porucha je poměrně rozšířená a v momentě neléčení může ztěžovat život a vyřadit pacienta z běžného společenského režimu.⁴²

Mezi nejběžnější symptomy patří strach z pohledu ostatních, ze znemožnění, nepřirozeného chování, jezení před lidmi, strach ze setkávání, z mluvení před skupinou, mluvit před autoritou, říct ne, navázat konverzaci a udržet ji a vyhýbání se sociálním kontaktům a situacím.

V epidemiologické studii ECA (*Epidemiological Catchman Area Study*) bylo vyzkoumáno že 2,8 % je celoživotní prevalence sociální fóbie, z čehož 70 % postihovaných jsou ženy.

Sociální fóbie se začíná nejčastěji projevovat v patnáctém roku života a je to celkově druhá nejčastější fóbie po agorafobii. Není nikterak ovlivněna inteligencí, vzděláním, ekonomickým zázemím či zaměstnáním. Jedinci dosahují nižšího vzdělání, než by jim jejich intelekt umožnil. Není příliš často diagnostikovaná kvůli svojí povaze, pacienti se stydí se symptomatickými problémy vyhledávat odborníky. Problémy a strachy s poruchou spojené mají vliv na ekonomickou situaci pacientů. Mnoho z nich nemá velké příjmy a více než 20 % pobírá invalidní důchod, či jiné sociální dávky na kterých jsou závislí.

Sociální fóbie může být dědičná a v momentě, kdy jí trpí rodiče dospívajících potomků, je velké riziko na rozvoj fóbie samotné, deprese či závislosti na alkoholu.⁴³

⁴² PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy*. Grada, 2005. ISBN 80-7178-997-6., s. 284

⁴³ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy*. Grada, 2005. ISBN 80-7178-997-6., s. 286

1.6 Smíšená úzkostná depresivní porucha (F41.2)

„Dle MKN-10 je smíšená úzkostně-depresivní porucha definována: Jsou přítomny příznaky úzkosti a deprese, ale žádný typ příznaků není vyjádřen do takové míry, aby opravňoval ke stanovení samostatné diagnózy kterékoli z obou poruch“⁴⁴

Vývoj příznaků trvá v rozmezí několika týdnů až měsíců. Ve velmi málo případech přichází rychlý rozvoj jako následek těžké stresové situace. Stav doprovází velmi často somatické příznaky – knedlík v krku, palpitace, hyperventilace, nadměrné pocení či oprese v oblasti žaludku. Je přirozené a pochopitelné, že pacienti pak hledají příčinu spíše v somatickém onemocnění a přicházejí nejprve za praktickým lékařem. Postižený nedokáže mluvit o příznacích, které prožívá a spíše se uchyluje k popisu příznaků v tělesné oblasti. Cirkadiánní kolísání nálady s ranními depresemi není zjištělné. Nálada se proměňuje během dne závisle na vnějších vlivech (stresující faktory, zážitky z prožitého dne). Zhoršení přichází večer, kdy dochází všeobecná únava. Běžnými projevy bývá strach z budoucnosti, obviňování se za banální prohřešky, rozcitlivělost a snadné pohnutky k slzám. Pacienti často nadměrně katastrofizují a přehánějí své potíže a životní zážitky. Často bývají přidružené malé obsedantní příznaky jako je posedlost pořádkem doma, zdravé vaření, strach z nakažení nemocí vede k nadměrné čistotnosti. Symptomy nebývají v čase tak stabilní, jako je tomu u OCD, intenzita je proměnlivá.

Pacienti mohou zneužívat ve větší míře alkohol či benzodiazepiny, které komplikují pacientův obraz o reálném světě. Mnoho jedinců s touto poruchou užívá více kofeinu či čokolády, než by bylo běžné a zdravé s cílem zvýšit soustředění a přejít únavu. Výsledkem konzumace je větší úzkostlivost, popudlivost, nespavost a v poslední řadě vznik panických atak.

„U pacientů se smíšenou úzkostně-depresivní poruchou může dojít druhotně k rozvoji závislosti, když se snaží sebe-léčením zmírnit příznaky pitím alkoholu nebo užíváním

⁴⁴ PRAŠKO, Ján a Erik HERMAN. *Smíšená úzkostně-depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi* [online]. [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/ped/jaro2012/SZ7BK_ZVZD/um/PSYCH/prasko.pdf, s. 7

trankvilizérů. Někdy je těžké odlišit od sebe příčinu a následek.“⁴⁵

1.7 Obsedantně kompulzivní porucha (F42)

Obsedantně kompulzivní porucha je označení stavu, kdy je jedincův styl uvažování a přemýšlení opakovaně doprovázen představami, myšlenkami a popudy, které v něm vzbuzují nepříjemné pocity (úzkost, tíseň, znechucení či bezmoc). Pochází z anglického *obsessive-compulsive disorders*, z čehož pochází zkratka OCD. Je čtvrtou nejčastější poruchou vůbec a v mnoha případech nebývá diagnostikována. Myšlenky postiženého OCD bývají nevědomé. Všechny tyto myšlenky a popudy jsou označovány jako obsese, které jedinec vnímá jako vlastní a osobní. Postižený se veškeré pochody snaží zahnat pryč, napravit je či neutralizovat. A tento proces neutralizace je prováděn skrze určité chování, které je označováno jako kompulze nebo rituál. Provedení rituálu způsobuje zmírnění pocitů na časově omezený úsek, a vše se znovu opakuje.

Nejzákladnějšími symptomy OCD jsou:

1. Obsese
2. Kompulze
3. Úzkost
4. Vyhýbavé chování

Ve srovnání s psychózou je OCD popisováno tak, že pacienti jím trpící nemají zkreslený pohled na realitu. Nejčastěji si své myšlenky a přehnané chování uvědomují a mnohokrát se za svůj stav ostýchají a strachují se, že se mohou pomátnout. Při těžkých formách přichází v úvahu i možnost zkreslené reality, která může vyústit dle jejich myšlenek ke katastrofě. Nejrůznější rituály pacientů jsou nedílnou součástí jejich životů a mnoho lidí má nutkavá jednání v rámci denní součásti života (např.: zaklepání na dveře, rovnání věcí dle různých kategorií – barva, velikost, druh atd.).

Velmi častými symptomy jsou myšlenky o ušpinění, excesivní počítání, kontrolování, opakované mytí, ujišťování se, nutkavé sledování funkcí těla a psychického fungování.

„Obsese je definovaná jako nechtěná, vtíravá a opakující se a neodbytná myšlenka,

⁴⁵ PRAŠKO, Ján a Erik HERMAN. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi* [online]. [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/ped/jaro2012/SZ7BK_ZVZD/um/PSYCH/prasko.pdf, s.12

představa nebo impulz, která se znovu a znovu ve stereotypní formě vtírá do mysli člověka. Obsese jsou prožívány jako mimovolní události, které se automaticky vnucují do vědomí.“⁴⁶

Ve srovnání se záměrným přemýšlením nad určitými myšlenkami bývají obsese nepříjemné a často jsou ovlivněny mnoha spouštěcími podněty. Pacient se následně pokouší situacím vyhýbat, myšlenky se ale mohou objevit i během aktivity, do které je pacient zabrán. Jedná se o pasivní automatické zážitky, které vyvolávají úzkost. Někteří pacienti popisují vyvolané pocity jako celkové znepokojení a napětí doprovázené pocitem zhnusení. Nejvhodnější a nejkulturnější pojem může být „pocit nepohody“. Chování lze napravit a je možné pracovat na nápravných a ujišťujících formách chování. Napravování bývá nejvyskytovanějším mentálním kompulzivním myšlením. Mnoho pacientů postihuje skryté vyhýbavé chování. OCD bývá stanoveno v momentě kdy potíže a vtíravé myšlenky pacienta obtěžují a narušují mu více než hodinu denně času (doma, v práci, ve společnosti).⁴⁷

1.8 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59)

Do této skupiny onemocnění se řadí poruchy, které mají souvislost s patofyziologickým mechanismem a somatickým onemocněním. Kategorie zahrnuje poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku, psychosomatická onemocnění a sexuální dysfunkce.

1.8.1 Poruchy příjmu potravy (F50)

Skupina onemocnění se dělí dále na:

F50.0 Mentální anorexie

F50.1 Atypická mentální anorexie

F50.2 Mentální bulimie

F50.3 Atypická mentální bulimie

F50.4 Přejídání spojené s psychologickými poruchami

F50.5 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami

F50.8 Jiné poruchy příjmu potravy

⁴⁶ PRAŠKO, Ján a Jana VYSKOČILOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní-porucha*. Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0495-6., s. 37

⁴⁷ Tamtéž, s. 70

F50.9 Porucha příjmu potravy nespecifikovaná⁴⁸

Mentální anorexie (F50.0)

Nezákladnějšími rysy pro tuto poruchu je udržování nebo snižování hmotnosti nejméně o 15 % oproti běžné zdravé váze, která by měla odpovídat osobě vzhledem k jejímu věku, pohlaví a výšce. Úbytek hmotnosti je zcela řízen samotným pacientem. Velmi často odmítá a vyhýbá se jídlu (zejména tučnému a nezdravému), kontrolovaně zvrací, užívá léky na hubnutí či projímadla. Pacient má chorobný strach z tloušťky a přibírání a má zkreslenou představu o svém těle. Tato myšlenka pacienta velmi ovládá a není založená na reálných faktech. Dalším z diagnostických kritérií je vznik rozsáhlé endokrinní poruchy (u žen např.: amenorea a u mužů porucha potence). V momentě, kdy choroba startuje před pubertou – veškeré pubertální projevy jsou zpožděny nebo úplně pozastaveny. U dívek nejčastěji dochází k zastavení růstu prsou a u hochům se dále nevyvíjí dětský genitál.

Poprvé poruchu popsal v druhé polovině 19. století William Gull a následně pár let po něm Ernest- Charles Lasague poprvé používá latinský termín *anorexia nervosa*. Termín vychází z řeckého *an* – zbavení či nedostatek a *orexis* – chuť. Počet lidí s tímto onemocněním v posledních letech narůstá kvůli lepší diagnostice ale i kvůli různým kampaním a ideálům dnešní krásy.

Mentální anorexie se častěji projevuje u dívek v dospívání, případně u mladých žen. U mužů je vzácnější. Toto onemocnění může mít v sobě schovaný například protest proti autoritám. Patientky i pacienti mají strach a děs z obezity a tloušťky, dospělosti a mnoho psychoanalytiků tvrdí, že se jedná i o strach ze sexuality. V posledním (nejrozšířenějším) stádiu je pacientka vyhublá, často až kachektická a má *amenoreu*⁴⁹. Pacienti a pacientky odmítají jídlo a hledají různé druhy omlouvání a zdůvodnění pro to, proč nemohou jíst (např. zaživací potíže). Dodržují také různé diety (bezlepkové, vegetariánské, veganské...). Odmítání jídla není jediným aspektem toho, že pacient trpí anorexií. Důležité je brát v potaz i další příznaky jako je strach z jídla, přejídání, vtíravé a ovládací myšlenky, endokrinní potíže a jiné.

Velmi častým doprovázejícím jevem je také záchvatovité přejídání, které velmi rychle

⁴⁸ 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. In: . 1.1.2022 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50-F59>

⁴⁹ *Amenorea* = vynechání menstruace (alespoň dvou menstruačních cyklů) v období pohlavní zralosti.

následuje zvracení či vyvolání průjmu. Projevy jsou disociální. Lidé s touto diagnózou lžou a podvádějí ostatní s cílem a záměrem udržet si co nejnižší hmotnost.

Anorexie může být přítomna jako sekundární jev jiné psychické poruchy (např. organicky podmíněné psychické poruchy, závislosti na omamných psychotropních látkách, schizofrenii s bludy a halucinacemi, OCD...)

Léčba tohoto onemocnění je dlouhodobá a je potřeba řádný režim (pravidelný přísun jídla) a další. Mozek člověka s onemocněním je podvyživený a je třeba jej vyživit a následně pracovat s pacientem pomocí psychoterapie. V některých případech mohou být podávána i psychofarmaka.⁵⁰

⁵⁰ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6., s. 116

1.9 Porucha aktivity a pozornosti (F90)

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je porucha centrální nervové soustavy způsobená při vývoji. Terminologie ADHD prošla v minulosti, a stále prochází, poměrně složitým vývojem, kdy se od pojmenovávání neurologické podstaty poruchy začala přiklánět k označování chování. V současné době je užívaná terminologie ADHD z překladu z angličtiny *attention deficit hyperactivity disorder*. Prvotní projevy této poruchy jsou časté už v dětských letech a 60 % případů si ji přenáší do dospělosti. Základem jsou funkční a strukturální odchylky mozkových oblastí, zejména frontální kůry a bazálních ganglií, spojené s narušenou rovnováhou některých neurotransmiterů (zejména dopamin a noradrenalin). Etiologie ADHD je multifaktoriální a její vznik je ovlivněn genetickou predispozicí a vlivem vnějšího prostředí. Porucha fronto-stratio-thalmozokortikálního okruhu vede k ovlivnění seberegulujících funkcí a k bazálním projevům. Projevy ADHD jsou nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Dále je ADHD spojeno se změnami emocí, poruchami sociální adaptace a s percepčními a motorickými problémy.

V dospělosti jsou projevy méně vidět a mohou být zakryty například depresemi, poruchami osobnosti nebo úzkostnými poruchami. Pacienti s neléčeným ADHD mají větší riziko vzniku poruch chování, či náchylnosti k výtržnickému a delikventnímu jednání a abúzu návykových látek (zejména metamfetamin a THC). Včasná diagnostika je důležitá pro následující vývoj a kvalitu života jedince.⁵¹

Rozvíjení ADHD není doposud plně objasněno, důležité je, že na rozvoji se podílí mnoho faktorů. Velmi významný je faktor genetických souvislostí. Genetické studie rodin ukazují, že ADHD bývá mnohgeneračním problémem a je velmi pravděpodobné, že sourozenci dětí trpících ADHD budou touto poruchou postiženi také, pokud mluvíme o děvčatech pravděpodobnost je ještě větší. Kotimaa a kol (2003) i další autoři uvádějí, že s etiologií ADHD může souviset i působení toxinů. Prenatální expozice těmto látkám může mít přímou souvislost s rozvojem ADHD. Zároveň bylo zjištěno, že rodiče trpící ADHD více užívají alkohol a kouří. Není tedy zcela jasné, zda u těchto rodičů, jde u potomků o přímý vliv či genetickou komponentu. Některé epidemiologické výzkumy rovněž poukazují na možnost

⁵¹ Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie: Porucha pozornosti s hyperaktivitou [online]. 2011 [cit. 2022-05-06]. ISSN Česk Slov Neurol N 2011; 74/107(4): 408-418. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2011-4/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-35776>

role enviromentálních toxinů jako je například olovo. Někteří jedinci s vysokým obsahem olova v krvi mají příznaky poruchy ADHD, nelze ale obecně říci, že všechny děti s ADHD mají vysoký obsah olova v krvi. Dalším faktorem vzniku a dalšího vývoje ADHD může být zanedbávání dítěte v raném věku. Mnoho dětí, které v minulosti zažily zneužívání, trauma nebo týrání, vykazují často známky nadměrné aktivity či nepozornosti.⁵²

Někteří autoři (Connors a kol, 1997) uvádějí, že ADHD se vyskytuje bez jakýchkoliv rozdílů – tyto rozdíly nespočívají v pohlaví, věku ani socioekonomickém statusu. V dřívějších koncepcích se předpokládalo, že děti z ADHD tzv. vyrostou. Nyní je však známo, že u řady jedinců přetrvává porucha do adolescence i dospělosti. Každé věkové období má jiné projevy a příznaky ADHD. Malé děti mají nejčastěji poruchu přizpůsobení jak v chování, tak v emocích. Čím jsou starší tím víc se projevy ADHD mění, zejména motorická hyperaktivita a impulzivita se více vpisuje do vnitřního neklidu či do problémů v sociálních oblastech.⁵³

Žádný z dostupných výzkumů nepoukazuje, že by měla vliv na ADHD rasová podmíněnost v souvislosti se sociálními třídami, několik studií (Eiraldi a kol., 2006) však identifikovalo nižší výskyt poruchy u menšinových skupin, což může být způsobeno i jinými důvody (které zatím nejsou identifikovatelné) než samotnou podstatou.

Lze nalézt mnoho informací a studií o různosti vysokého výskytu ADHD mezi pohlavími. Častěji se ADHD a ji provázející motorická hyperaktivita vyskytuje u mužů. Pro ženy je příznačnější verbální hyperaktivita, impulzivnost a oslabení v oblasti plánování, regulace emocí atp. Porucha u žen bývá méně často odhalena a diagnostikována, jelikož méně narušuje běžné fungování v (nejen sociálním) životě. Otázka genderové podmíněnosti není stoprocentně vyjasněna.

Diagnostika může být provedena na kterékoli úrovni a výši inteligenčního kvocientu, za předpokladu že pozornost a schopnosti sebekontroly jsou vzhledem k vývojové fázi dítěte dostatečné.

Bývá nejčastěji diagnostikována v dětském věku a řadí se k nejčastějším dětským poruchám, které se řadí do skupiny vývojových poruch. Tato porucha obsahuje kombinaci

⁵² KUŽELOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK. *ADHD Variabilita v dětství a dospělosti*. Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-2930-8., s. 23

⁵³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 2014. ISBN 978-80-262-0696-5., s.94, s 120

nepozornosti, impulzivnosti a velké aktivity. V průběhu vývoje se projevuje nedostatkem v oblasti kognitivních, percepčně motorických a exekutivních funkcí. Dále pak i v oblasti regulace afektů a emotivity v sociálním přizpůsobení. Zhruba 60 % dětí s ADHD má alespoň jednu komorbidní poruchu, která se často dá klasifikovat jako porucha opozičního vzdoru (poruchy chování, poruchy učení, poruchy nálad či úzkostná porucha). Přítomnost různých přidružených onemocnění znesnadňuje celkovou diagnózu i následnou terapii. Nejčastější vlivy na vznik ADHD jsou dědičnost a biologické faktory. Na rozvoj poruchy mají významný vliv dysfunkční geny pro dopaminové receptory, transportéry (pro dopamin a serotonin) a řada dalších.⁵⁴

⁵⁴ KUŽELOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK. *ADHD Variabilita v dětství a dospělosti*. Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-2930-8., s. 25

2 Závislost

Definice závislostí dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je následovná:

„Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.⁵⁵“

Diagnóza závislosti bývá stanovena ve chvíli, kdy během jednoho roku došlo v životě jedince alespoň ke třem z následně vyjmenovaných jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- potíže v sebeovládání při užívání látky
- tělesný odvykací stav
- prokazatelná tolerance k účinku látky
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

Syndrom závislosti může být přítomný pro jednu konkrétní látku nebo například skupinu či širší řadu různých substancí.⁵⁶

⁵⁵ [online]. [cit. 2022-05-08]. Dostupné z: <https://psycholog-jihlava.cz/diagnosticka-kriteriia-zavislosti>

⁵⁶ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-7367-908-8., s. 11

2.1 Znaky závislosti

2.1.1 1.znak: Silná touha nebo pocit puzení užívat látku

Tento znak bývá mnohdykrát označován též jako *craving* či bažení. V roce 1955 se komise WHO domlouvá na definování bažení. Jedná se o moment, kdy má člověk touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, se kterou měl dřívější empirii. V pozdějších letech 20. století se ukazuje, že tělesné bažení vzniká při odeznívání účinku návykové látky anebo ve velmi blízké době po odeznění. Duševní bažení se naopak objevuje i po delší abstinenci. K objektivním projevům bažení může patřit například oslabení paměti, zhoršování postřehu, zvýšení tepové frekvence, snížení galvanického kožního odporu, vyšší salivace (u alkoholiků), abnormální nález na elektoretinogramu či aktivace různých částí mozku (amygdala, mozeček, limbický systém nebo dorsolaterální prefrontální kůra). Velké množství objektivních projevů se kryje s příznaky stresu. Bažení ovlivňuje kognitivní funkce, tudíž i schopnost se správně/ dobře rozhodovat, což vede k zvýšení rizika recidivy. Při bažení jsou v mozku aktivovaná centra, jenž souvisí s emocemi a pamětí. Bažení má vliv na zhoršování paměti a vede k dennímu snění, které se upíná na návykovou látku a odvádí pak pozornost od běžného reálného života.

2.1.2 2.znak: Zhoršené sebeovládání

Druhý znak souvisí a částečně vychází z prvního. Bažení ovlivňuje sebeovládání, ale může tomu být i tak, že člověk, který trpí silným bažením může mít zachované sebeovládání. Neplatí tomu ale naopak člověk, který se neovládá drogu užije, ať je jeho bažení jakékoliv. Nedobré sebeovládání se projevuje v různých momentech. Jedním je například nesprávné uvědomění sám sebe a svých emocí. Dalším momentem může být například nadměrná únava a dlouhodobé vyčerpání. Ke zhoršení sebeuvědomění nebo k úplnému oslabení může osobu dovést i samotná návyková látka, která může být jiná než látka primární závislosti. Například u osob závislých na opiátech bývá velmi často sekundární látkou alkohol. Nejvíce častým důvodem špatného vnímání bažení a nedostatečného sebeovládání bývá to, že k recidivě dochází často velmi rychle, automaticky a ve vysoce rizikovém prostředí. Nešpor uvádí, že

„bažení je příznakem spíše subjektivním, kdežto zhoršené sebeovládání se jasně týká chování.“⁵⁷

2.1.3 3.znak: Somatický (tělesný) odvykací stav

Pro diagnózu odvykacího stavu je stěžejní nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání. Druhým velmi důležitým momentem, kdy můžeme říct, že se jedná o odvykací stav, jsou příznaky, které nejsou vysvětlitelné fyzickým onemocněním nezávislým na užívání látky nebo nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou.

2.1.4 Diagnostická kritéria pro odvykací syndromy:

Pro všechna kritéria je důležité, aby byly přítomny alespoň 3 příznaky z níže vyjmenovaných.

Alkohol: bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep, vysoký krevní tlak, nevolnost, zvracení, psychomotorický neklid, třes jazyka, pocit slabosti, pocit nemoci, třes víček nebo prstů, velké epileptické záchvaty.

Opiody (např. heroin): zívání, bolesti svalů či křeče, opakované pocení, vysoký krevní tlak, křeče v břiše, nevolnost, neklidný spánek, rozšířené zornice, silná touha po opiátu, slzení, výtok z nosu.

Kanabis (např. hašiš nebo marihuana): nejsou stanovena jasná kritéria. Doba nástupu může být několik hodin nebo až 7 dní. Základními projevy jsou např.: úzkost, třes rukou, pocení, svalová slabost, podrážděnost.

Sedativa a hypnotika: insomnie, velké epileptické záchvaty, třes jazyka, víček nebo prstů, přechodné halucinace nebo iluze, psychomotorický neklid, nevolnost, zvracení, paranoidní představy (pocit pronásledování).

⁵⁷ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-7367-908-8., s. 26

Kokain a jiná stimulancia (např. pervitin): letargie, únava, nepříjemné či divné sny, zvýšená chuť k jídlu, zpomalení psychomotoriky či neklid, velké bažení po droze, nespavost či nadměrná spavost.⁵⁸

⁵⁸ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-7367-908-8., s. 43

3 Přehled omamných psychotropní látek a jejich účinků

O drogu se jedná tehdy, kdy má látka dva základní rysy. Prvním rysem je *psychotropní efekt*, pro který je specifický, že mění naše prožívání. Způsob, jakým vidíme a prožíváme realitu a svět. Druhým důležitým znakem je *potenciál závislosti*, který je význačný svou dlouhodobostí a pravidelné užívání látky může vytvořit závislost. Psychotropní omamné látky (drogy) nejčastěji dělíme dle účinku na duševní stránku člověka. Účinek je viditelný v běžných zneužívaných dávkách.

Tlumivé látky

Tyto látky jsou jinak nazývána jako narkotika. Je pro ně nejvýznačnější zpomalování psychomotorického tempa. V malých dávkách dochází ke zklidnění a celkovému útlumu. Ve vysokých dávkách přichází velká spavost, kóma a někdy až zástava životních funkcí.

Psychomotorická stimulancia

Pro ně je typické, že užívající osoba je zbavena únavy. Dostavuje se zvýšené myšlenkové tempo a aktivuje se motorika.

Halucinogeny

Pro halucinogeny je význačné změněné vnímání, které se projevuje od pouhého zostření po stavy podobné schizofrenii.⁵⁹

⁵⁹ KAMIL, Kalina. *Základy klinické adiktologie*. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0., Jakub Minařík, s. 339

3.1 Alkohol

Z chemického hlediska se jedná o etylalkohol, který vzniká kvašením cukrů. Lidmi je tato látka užívána i zneužívaná již od středověku. Společně s cigaretovým nikotinem je řazena mezi legální drogy. K přesahujícím psychotropním účinku dochází skrze několik neurotransmiterů-dopaminergní, noradrenergní a gabaergní. Etylalkohol je celosvětově známý a rozšířený. V České republice se spotřeba alkoholu pohybuje kolem 10 litrů čistého alkoholu na obyvatele. V nadměrné míře konzumuje alkohol zhruba ¼ mužů a 1/10 žen. Alkohol je užíván požitím per os. Velmi dobře prostupuje biologickými membránami a rychle se vstřebává z trávicího traktu a pak prochází hematoencefalickou bariérou v mozku. Jsou možné i jiné způsoby aplikace či užívání, ale jsou velmi neobvyklé.

Stav po požití alkoholu nazýváme nejčastěji *ebrieta*⁶⁰. V nízkých dávkách působí alkohol jako stimulant a ve vysokých dávkách má tlumivé účinky. V počátcích je přítomno zlepšení nálady, zvýšené sebevědomí a energie. V pozdějších momentech je přítomno snížení sebekritičnosti a ztráta zábran a v posledním stadiu se dostavuje únava, útlum a spánek.

Intoxikace má definovaná čtyři stádia: lehká opilost, opilost středního stupně, těžká opilost a těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu.

Mezi nejhlavnější rizika nadměrného užívání patří rozvoj duševní i fyzické závislosti. Závislost vzniká po dlouhodobém užívání, kterému předchází poměrně dlouhé období, po kterém je již zcela zřetelné fyzické i psychické poznamenání, zároveň je možné abúzus relativně bezbolestně zastavit. Jellinek rozděluje vyvíjení závislosti do čtyř stádií:

- **počáteční** (*symptomatické*)
- **varovné** (*prodromální*)
- **rozhodné** (*krucální*)
- **konečné** (*terminální*)

Velká toxicita přináší těžké poškození lidského organismu. Dochází k mnoha poruchám, k těžkostem odvykacího stavu a k životu ohrožujícím komplikacím. Mezi nejvýznamnější a nejčastější komplikace patří *delirium tremens*.⁶¹

⁶⁰ *Ebrieta*=opilost

⁶¹ KAMIL, Kalina. *Základy klinické adiktologie*. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0., s 341

Delirium tremens

Delirium tremens je charakterizováno jako těžký komplikovaný odvykací stav. Dochází při něm k velkým poruchám vědomí, narušení pozornosti a kognitivních funkcí. Dle MKN 10 je *delirium tremens* diagnostikováno, pokud jsou v jeden moment současně přítomny znaky odvykacího stavu a zároveň jsou splněna kritéria delirantního stavu. Odvykací stav alkoholika může být zkomplikován přechodnými halucinacemi nebo křečemi grand mal. Mezi typické znaky patří nauzea, zvracení, pocení či tachykardie. Pro určení deliria je příznačné zastřené vědomí, zhoršená paměť, dezorientace v čase zmatenost a psychomotorické poruchy. V mnoha případech jsou přítomné i auditivní či senzitivní halucinace a je narušen cyklus bdění-spánek. Delirantní stav je přítomen u zhruba 5 % pacientů, kteří mají odvykací stav.⁶²

⁶² *Delirium tremens: diagnostika a léčba* [online]. [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/04/05.pdf>

3.2 Opioidy a opiáty

Opioidy a opiáty jsou substance, které jsou tlumivé. Jejich nejvýraznější vlastností je, že mají euforický efekt a celkově utlumují a zklidňují psychiku uživatele. Název je odvozen od sušené šťávy z nezralých makovic – opia. Morfium a kodein řadíme mezi nejvýznamnější alkaloidy, které jsou přírodní. Z adiktologického hlediska v rámci syntetických a polysyntetických látek jsou nejvýznamnější heroin, metadon a buprenorfin či braun. V posledních letech bývají velmi často zneužívány opioidní analgetika, které jsou vyrobeny v rámci lékařského průmyslu, zejména Subutex a Subuxone. U těchto látek převládá intravenózní aplikace a inhalace (nahřátí látky přes alobal). Účinky jsou zklidňující a euforické, dostavuje se celkový útlum nervového systému a dýchání, zornice velmi často nereagují na světlo.

V rámci dlouhodobých účinků dochází ke vzniku psychické a somatické závislosti, k takové závislosti dochází po užívání s denní frekvencí v řádu několika měsíců. S častějším užíváním látky se zvyšuje tolerance. Osoby, které užívají látku pravidelně a dlouho, jsou schopny snést dávku, která by pro prvouživatele byla smrtelná.

Odvykací stav je přirovnatelný k symptomům těžké chřipky. Jeho nástup je v rozmezí hodin až dní. Nástup odvykacího stavu je přímo ovlivněný poločasem eliminace užívané látky, tento stav se zrcadlí se samotným účinkem. U člověka, který odvyká, dochází k vzestupu tělesné teploty, velké nespavosti, poruchám řeči, třesu a dehydrataci.⁶³

3.3 Heroin

Heroin byl poprvé vyrobený v roce 1874 a později v 90. letech byl prodáván Bayerem (německou firmou) pod názvem *heroisch*, což můžeme přeložit jako silný. Řadu let byla tato látka účinnou medikací pro závislost na morfinu. V začátcích byl heroin brán jakožto lék, u kterého nehrozí žádné riziko vzniku závislosti. Chemicky je látka pojmenovaná jako diacetylmorfin a řadíme ji do skupiny polosyntetických derivátů morfinu. Dvě acetylové skupiny ve srovnání s morfinem zlepšují rozpustnost v tucích a zlehčují tak proniknutí skrze hemoencefalickou bariéru a zrychlují tím nástup samotného účinku. Nejčastěji je heroin užíván intravenózně, dále pak mezi bezpečnější formy patří kouření, inhalace z aluminiové

⁶³ KAMIL, Kalina. *Základy klinické adiktologie*. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0., s. 344

folie či šňupání skrze nosní sliznici. Výběr užití je závislý na chemické formě substance. Pro heroin je typické, že velmi rychle na něj klesá tolerance, což může vést k smrtelnému předávkování běžně užívanou (či menší) dávkou.⁶⁴

3.4 Buprenorfin (Subutex)

Jedná se o látku, která je syntetickým opiodiem a z chemického hlediska se jedná o derivát nalorfinu. Působnost v těle je cca 20-25 hodin. Subutex byl vyroben jakožto substituční lék při léčbě závislosti na jiných opiátech. V momentě, kdy není kombinovaný v nelegálním užívání s jinými látkami, nehrozí pak předávkování a selhání funkce organismu. Nejčastějšími denními pouličními dávkami jsou cca 4–12 mg, terapeutické (dávky v rámci substituční léčby) jsou cca 2-10mg/ den. Výroba této látky je pouze legální ve farmaceutickém průmyslu, dnešním velkým trendem je prosakování této látky na černý drogový trh, uživatelé látku vyhledávají jako náhražku nejčastěji heroinu a Subutex se tak velmi často stává drogou primární.⁶⁵

3.5 Konopné drogy

Jedná se o látky přírodního charakteru. Kanabinoidy se získávají z rostliny konopí a mají halucinogenní účinky. Nejznámějšími rostlinami s psychotropním účinkem jsou Cannabis sativa a Cannabis indica – hlavně jejich samičí verze.

Kanabinoidy jsou hlavní účinná látka a neaktivnější látkou s psychotropním efektem je delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (THC). Účinek je vyvoláván navázáním se na receptory pro endogenní kanabinoidy, které mají za důsledek euforické stavy a uvolnění. Z produkčního hlediska, z pohledu obchodování, je konopí nejrozšířenější nelegální drogou. V EU je nejvíce užívanou nelegální substancí. Co se týká užívání, bývá látka nejčastěji dostávána do těla pomocí kouření, kdy dochází velmi rychle k účinku (cca po 20 minutách). Poločas rozpadu látky v lidském těle je 30 hodin. Odvykací stav u těchto látek nebývá příliš náročný. Dostavují se občasné poruchy pozornosti, psychomotorický neklid, poruchy spánku a další symptomy. Nedochozí příliš často ke vzniku psychické závislosti a tělesná závislost nevzniká vůbec. Rizikový může být průběh intoxikace při kterém dochází zároveň

⁶⁴ KAMIL, Kalina. *Základy klinické adiktologie*. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0., s. 347

⁶⁵ KAMIL, Kalina. *Základy klinické adiktologie*. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0., s. 340

k úzkostnému či psychotickému stavu, který může být přítomný i po odeznění účinku substance. Může tak být vyvolána psychická porucha.

Hlavními zástupci jsou:

- Marihuana
- Hašiš
- Hašišový olej

3.6 Halucinogeny

Jedná se o přírodní i syntetické látky, jejichž hlavním účinkem je změna vědomí, která bývá nejčastěji doprovázená halucinacemi různého typu (auditivní, vizuální i hmatové). Jejich historie a doba užívání sahá daleko do historie, mnoho z látek bývalo využíváno pro transcendentální a sakrální použití.

Nejvíce klíčové pro účinek je přímý vliv na serotonergní neurotransmiterový systém, substance halucinogenního typu mají vliv i na jiné neuronální systémy (noradrenergní, cholinergní, histaminergní a dopaminergní).

Halucinogeny jsou známé po celém světě, v rámci sakrálního užívání se váží na konkrétní společenské skupiny či lokality (např. Jižní Amerika). Dále bývají často zneužívány jako doplněk k tanečním (party) drogám.

Nejčastěji jsou halucinogeny užívány per os (kouřením), intravenózní užití halucinogenů není příliš časté a bezpečné. Doba účinku látek se pohybuje v rozmezí několika hodin. V případě užití je samotný účinek velmi ovlivněn nejen množstvím, ale i *setem* a *settingem*. *Set a setting* se dá popsat jako duševní rozpoložení a působení okolí na uživatele. Při samotném užití může uživatel v momentě, kdy zavře oči, vidět barevné vzory a v celkovém vnímání světa dochází k zničení času a prostoru. Myšlení a proud myšlenek je zrychlený a iracionální, myšlenky nemají souvislost.

Badtrip je stav, ke kterému dochází při nepříznivém průběhu. Osoba může cítit velkou úzkost, být v paranoie nebo propadat neracionální panice. V rámci fyzické stránky může docházet k pocení, nevolnosti, hypertenzi a bolesti hlavy.

Pro halucinogeny nejsou příznačné žádné odvykací stavy. Hlavními zástupci této skupiny jsou:

LSD (*dietylamid kyseliny lysergové- LSD-25*)

Psilocybin (*látka obsažená v houbách rodu Psilocybe – lysohlávky*)⁶⁶

3.7 Psychomotorické stimulancia

Hlavní účinek těchto substancí je celkové povzbuzení organismu. Působí na duševní i fyzickou stránku člověka a zapříčiňují celkové povzbuzení a nabuzení. Zvětšení celkového výkonu a energie je nepřímo úměrné s kvalitou. Z biologického hlediska se jedná o zvýšení biogenních aminů v mozku – noradrenalinu, dopaminu a serotoninu. Látka zvyšuje různými způsoby koncentraci mediátoru v synaptické štěrbině a zvyšuje přenos signálu na postsynaptický neuron.

Mezi hlavní látky této skupiny patří:

- *Metamfetamin*
- *Amfetamin*
- MDMA (*3,4-methylenedioxyamfetamin*)
- Kokain (*benzoylmethylekgonin*)
- Léky (*metylfenidát, dexfenfluramin*)

V České republice je nerozšířenější metamfetamin, u kterého se odhaduje, že má cca 20 tisíc problémových uživatelů, v ostatních zemích v Evropě je hojnější výskyt amfetaminu. Ke kokainu se dostávají zejména movitější a bohatší lidé a je přezíván „drogou bohatých“.

Pro užití amfetaminu a metamfetaminu je nejčastější intravenózní aplikace. Nejhlavnějším účinkem je odstranění únavy, zrychlení myšlenek, větší hovornost a odstranění chuti k jídlu.

Pro intoxikovaného je typické zvýšené pocení, bolesti na hrudi, nechtěné pohyby končetin („vykroucenost“), anxiogenní efekty, pronásledování a bludné tušení („stíha“), a další...

Na těchto látkách vzniká velká psychická závislost. Odvykací stav je doprovázen velkým neklidem a vyčerpáním organismu. Jako velmi rizikové u metamfetaminu můžeme vnímat postupné poruchy motorických a paměťových funkcí, dochází totiž k narušení dopaminergních nervových zakončení. Poškození je ve většině případech reverzibilní, avšak ne vždy dojde k celkové normalizaci a obnově všech funkcí v mozku.

Toxická psychóza je nejčastěji rozvíjena v momentech dlouhého užívání. Ve velmi málo případech odeznívá sama bez použití léků. V komplikovanějších případech musí být postižený hospitalizován a musí být léčen pomocí antipsychotik. Jedná se o stav, který je

⁶⁶ KAMIL, Kalina. *Základy klinické adiktologie*. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0., s.355

velmi podobný psychóze u schizofreniků. Postižený má pocit, že je pronásledován, že na něj mluví hlasy a není schopen rozeznat realitu. Často bývá označována jako „badtrip“ či „stíha“. Psychóza bývá velmi častá u schizofreniků užívajících látky tohoto typu.⁶⁷

⁶⁷ KAMIL, Kalina. *Základy klinické adiktologie*. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0., s. 356- 358

4 Poruchy osobnosti a závislosti

Poruchy osobnosti mohou mít velký vliv na vznik závislosti (starší pojmenování *toxikománie*). Samotné užívání omamných psychotropních látek či alkoholu poškozují průběh psychoterapie a ozdravné cesty pacienta. Celá terapie a práce s takovým pacientem musí být komplexní a vnímat komorbiditu celé poruchy. Klíčovým je setrvat v terapii po celou dobu, i v době abstinence. Též důležitým faktorem je užívání medikace, z které jsou nejpodstatnější hlavně antidepressiva a antipsychotika.

Závažnost toxikománie je podmíněna věkem, v kterém se do ní jedinec dostane. Nejzávažnějším momentem je, pokud závislost vzniká již v dětském věku. Dalším důležitým faktorem jsou samotné osobnostní rysy jedince. Některé vlastnosti či rysy mohou být velkým rizikem pro sklony k samotnému vzniku (nízké sebevědomí, hyperaktivita, uzavřenost...). Psychosociální faktory mohou být prostředkem k netěžkému získání styku s látkami a situacemi, které mohou zapříčinit vznik závislosti. Biologická složka může směřovat dynamiku různých molekulárních změn v nervovém systému, který může značně ovlivnit vznik závislosti.

Z různých laboratorních výzkumů vyplývá, že toxikománie zvířat a člověka je do jisté míry identická. U člověka jsou ale stěžejní psychosociální faktory, které jsou ovlivněny například citovou výchovou, narušením či přetržením vazeb v rodině, rozvodem rodičů, ztráta zázemí či akceptací nových jistot. Maladaptivní paradigmaty jsou přenášena geneticky i mechanismy identifikace. V rodinném prostředí, kde se vyskytuje závislost, je velmi vysoké riziko vzniku závislosti u mladého jedince. Nelze pominout fakt, že na samotný vznik má vliv celospolečenská tolerance a velmi snadná dostupnost různých látek, v tomto ohledu lze poukázat nejvíce například na alkohol.

„Nejčastěji se vyskytujícími poruchami osobnosti u jedinců závislých na psychotropních látkách jsou poruchy osobnosti emočně nestabilní, antisociální, nezdrženlivé a nezralé, z nichž mnohé jsou geneticky podmíněné nebo vrozené a projevují se již v dětství poruchou chování či disharmonickým vývojem. U návykových látek je důležitá skutečnost, že po jejich opakované aplikaci s dostatečnou frekvencí a v dostatečném množství vzniká závislost u naprosté většiny jedinců, ne-li u všech. Zde hrají roli především faktory biologické.

Kontakt vulnerabilní osobnosti s vysoce potentní návykovou látkou vede k akutnímu vzniku závislosti, zatímco integrovaná, stenická osobnost se takovému kontaktu brání a ukončí jej na úrovni experimentování. ⁶⁸

Řada studií se snaží nalézat příznačné znaky osobnosti, které se projevují jako *vulnerabilita* (tělesná a duševní zranitelnost) v kontaktu s návykovou látkou, které by pak mohly předurčit kdo a jak je náchylný a následně pak zacílit prevenci na tyto osoby. Studie dokázaly, že síla a míra závislosti je ovlivněna přítomností komorbidit. Zejména poruchy chování, úzkostné a depresivní poruchy a OCD jsou náchylné k samomedikaci a samoterapii pomocí užívání alkoholu či omamných psychotropních látek. U hraniční poruchy osobnosti je prozkoumáno, že bývá častá souvislost této poruchy a vzniku závislosti na opiátech (zejména na heroinu). U mladých mužů žijících na ulici bývá častá duální diagnóza (psychická porucha + abúzus návykových látek). Tito jedinci mívají ve srovnání s jedinci, kteří látky neužívají, časté sebevražedné sklony, nízkou adherenci, násilné chování a poruchu afektivity.

U jedinců s depresivními příznaky bývá často důsledkem zneužívání kanabinoidů. V rámci diagnostiky závislosti a celkově před zahájením ozdravného procesu a terapie by měla být provedena komplexní diagnostika, která bude zaměřená na abúzus návykových látek, ale i na všechny souvislosti a komorbidity. Závislý jedinec nebude vždy spolupracující a schopný objektivního náhledu na sebe samého. V mnoha případech dochází u pacientů k potlačení sebereflexe, schopnosti verbalizovat prožívané emoce a mají tendenci zůstat na vytvořených postojích a zvycích, které mají velmi racionalizované a jsou o nich tvrdě přesvědčeni. Vytvoření terapeutického programu je podmíněno celistvou diagnózou. Terapeut by měl být pacientem vnímán jako asistent, nikoliv jako tvůrce nového života. V mnoha momentech bývá vnímáno jako nejhlavnější cíl abstinovat. Důležité je si uvědomovat komorbiditu. V momentě, kdy bývá opomíjená celá souvislost dochází pak u pacientů k relapsu. V rámci farmakoterapie by bylo ideální naleznout látku, která by měla dlouhý účinek a minimum vedlejších účinků (zejména v rámci potenciálu na vznik závislosti). Takovou látku ale zatím lidstvo a společnost nezná. Pro alkoholovou závislost jsou shledány jako nejvhodnější benzodiazepiny, které mají schopnost aktivovat GABAergní funkce a antidepresiva

⁶⁸ SIKORA, Jan a Michaela NOVOTNÁ. *Poruchy osobnosti a závislosti: Psychiatrie pro Praxi* [online]. 2007 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/04.pdf>

ze skupiny SSRI. Během substituční léčby a udržovací terapie závislosti na opioidech jsou doporučovány opioidní agonisté buprenorfiny (Subutex, Subuxon) a metadon.⁶⁹

⁶⁹ SIKORA, Jan a Michaela NOVOTNÁ. *Poruchy osobnosti a závislosti: Psychiatrie pro Praxi* [online]. 2007 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/04.pdf>

5 Analytická část

V této kapitole jsou prezentovány výsledky nasbíraných dat, které jsou následně popsány a vysvětleny. Analytická část je rozdělena do kapitol, nejprve jsou vysvětleny metody a následně analyzována data. Pro výběr respondentů jsem volila institucionální výběr účelový (záměrný). Na dotazník odpovídaly osoby, které mají lékařsky stanovenou duální diagnózu. Tudiž hlavním kritériem pro to stát se respondentem byla podmínka stanovené psychické diagnózy a užívání návykových látek či alkoholu.

5.1 Metody sběru dat

Jakožto metodu sběru dat jsem vybrala dotazník, který měl 30 otázek (27 uzavřených a 3 otevřených). Otázky byly strukturované. Data jsou primárního charakteru, což znamená že informace byly získány přímo.

5.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření

V této kapitole jsou vyhodnoceny vybrané otázky z kvantitativního dotazníkového šetření. Některé odpovědi jsou vyhodnoceny a vyobrazeny v grafech, jiné pouze slovně. Zpracovaná data jsou doplněna slovním komentářem. Samotný dotazník obsahoval 30 otázek. První dvě otázky měly demografický charakter, z kterých lze určit pohlaví a věk respondentů. Celkový počet respondentů je 53 osob (29 mužů a 24 žen). Dotazník byl anonymní.

5.3 Metoda zpracování a analýzy dat

Pro zaznamenání dat byl vytvořen záznamový arch, který se skládal z předem vytvořených otázek. Dotazník zaznamenával demografické údaje (věk a pohlaví, nejčastěji užívaná droga, atd...). Do záznamového archu jsem vpisovala, případně klienti sami, odpovědi. Zaznamenávala jsem pouze informace odpovídající na výzkumné otázky, aby bylo vyhodnocení dat jednodušší a celý proces byl přehledný. Sesbíraná data jsem zanesla do grafů pomocí Microsoft Excelu. Graf pracuje s barvami pro lepší přehlednost a zřetelnější rozdíly.

5.4 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je prokázat, že psychické onemocnění má vliv na vznik závislosti a že se jedná o komorbidní problematiku. Vedlejším cílem je dokázat, že na vznik závislosti má vliv i psychické zdraví rodinných příslušníků či přítomnost závislosti u těchto členů.

5.5 Výzkumné otázky

- 6 Má diagnóza vliv na vznik závislosti?
- 7 Má vztah s rodiči či jejich závislost vliv na vznik duální diagnózy?
- 8 Jakou roli hraje věk při vzniku závislosti? Má vliv na vznik závislosti brzké užití OPL (omamné psychotropní látky)?
- 9 Cítí se pacienti s duální diagnózou lépe když užívají OPL či alkohol?
- 10 Jaké jsou nejčastěji užívané drogy osobami s duální diagnózou?

10.1 Etické normy a pravidla výzkumu

APA (americká psychologická asociace) v 80. letech 20. století přijmula a nastavila Etické principy důležité při výzkumu s lidmi. Jakožto hlavní účel je vnímáno nepoškodit účastníky výzkumu. Stěžejní je zejména respekt a úcta k tázaným. Všichni zúčastnění mají právo na informace a musí být obeznámeni s tím, čeho se účastní a jaké jsou cíle a celý smysl dotazování a zkoumání. Důležité je zajistit anonymitu pro všechny zúčastněné, v případě že se s nimi na začátku šetření nedomluvíme jinak. Klienti organizace Progressive bývají často zvyklí na uskutečňování evaluačních dotazníků spokojenosti. Při dotazování dbám na obeznámení klienta s cílem výzkumu a slibuji jim a zajišťuji anonymitu.⁷⁰

Etické normy a pravidla ve výzkumu:

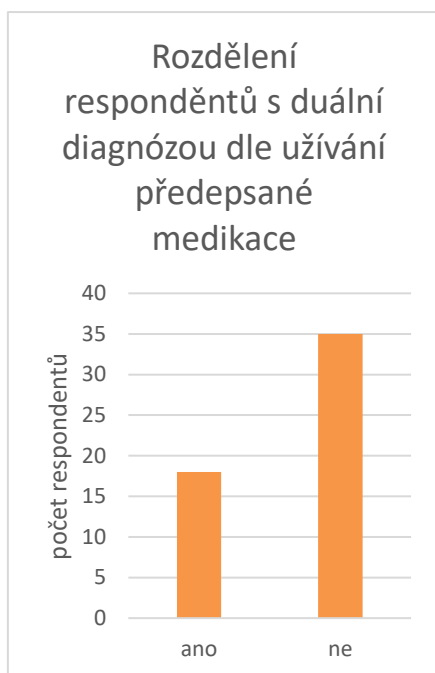
- Tazatelem jsem pouze já výzkumník (Magdalena Hostomská)
- Respondenti vstupují do výzkumu dobrovolně, jsou seznámeni s cíli a mohou kdykoliv přerušit svou účast a odstoupit od mého tázání
- Respondentům je zajištěno soukromí a klid v průběhu dotazování
- Dotazníky jsou bezpečně uchovány a slouží pouze pro mé osobní účely v rámci výzkumu k bakalářské práci

⁷⁰ SMETANOVÁ, Simona. *Evaluace spokojenosti klientů s nabízenými službami kontaktního s poradenského centra Stage 5*. Praha, 2021. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Vedoucí práce Šťastná, Lenka.

10.2 Interpretace získaných výsledků

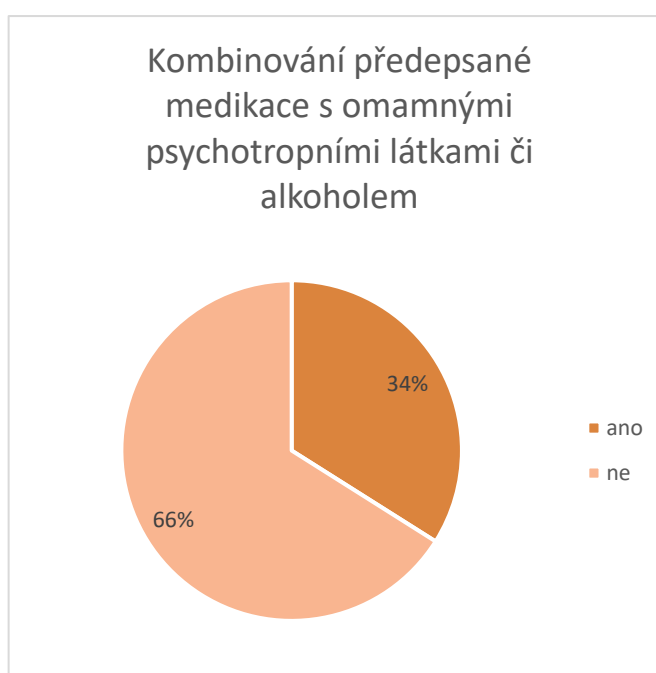
Celkem 18 respondentů z 53 majících duální diagnózou předepsanou medikaci neužívají. Z těchto 18 respondentů 66 % kombinuje předepsanou medikaci s omamnými psychotropními látkami či alkoholem.

Graf 1



Zdroj: Vlastní zpracování (2022)

Graf 2

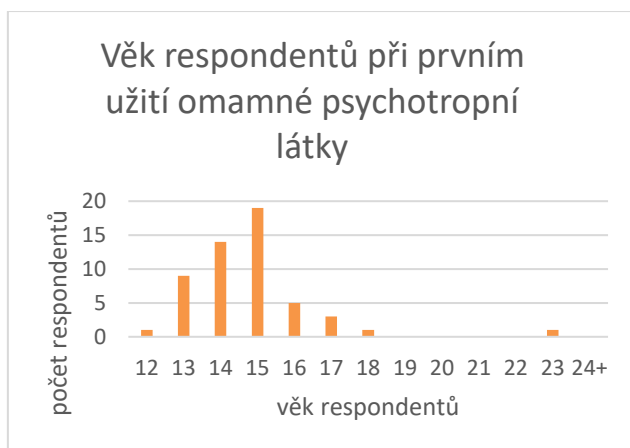


Zdroj: Vlastní zpracování (2022)

V prvním grafu na ose x máme vyobrazeno jestli respondent užívá medikaci či nikoliv, ypsilonová osa je celkový počet respondentů (53). Druhý graf znázorňuje v procentech kolik z celkového počtu užívající medikaci ji kombinuje s OPL či alkoholem.

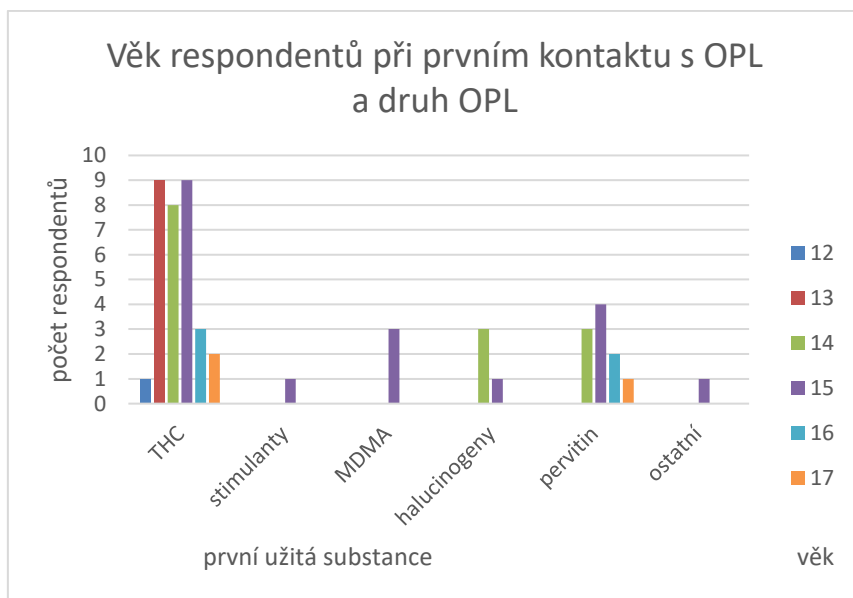
Následující grafy popisují věk respondentů při prvním užití OPL. Nejvíce respondentů substance užílo mezi 13. – 15. věkem života. Nejčastěji užitou první OPL bylo THC a druhou však méně častou pervitin (*metamfetamin*). Pokud byl první užitou látkou respondentů pervitin bylo to hlavně v 14.- 15. roku.

Graf 3



Zdroj: Vlastní zpracování (2022)

Graf 4

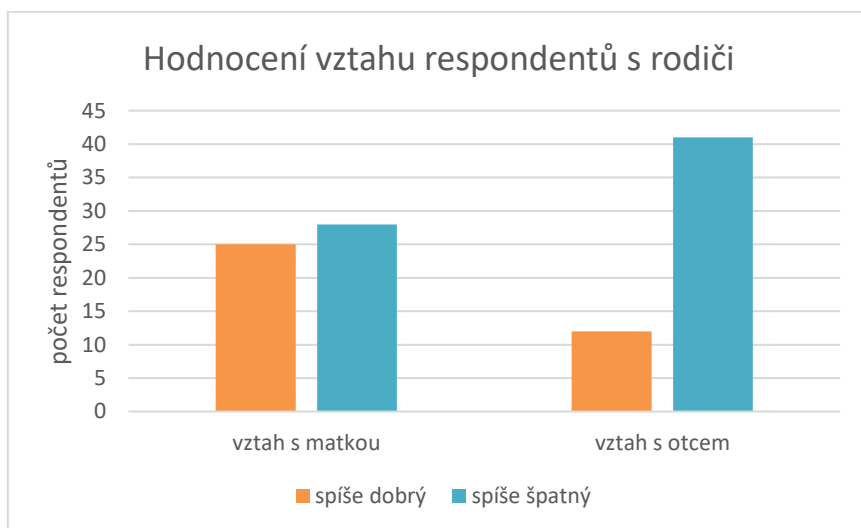


Zdroj: Vlastní zpracování (2022)

Další grafy reflektují rodinné zázemí (vztahy s rodiči) a to, zda-li respondenti mají v širším rodinném okruhu někoho s psychickou diagnózou.

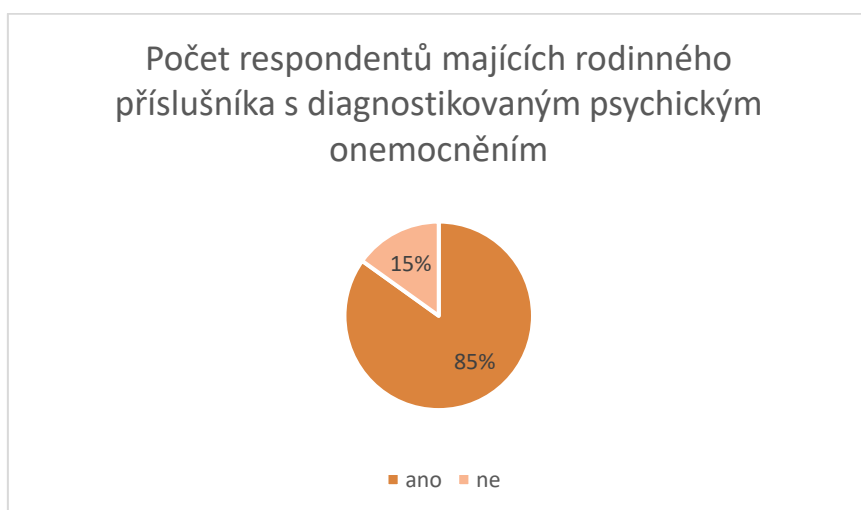
Vztah s matkou měla necelá polovina spíše dobrý, u otce je tomu poměrem jinak. 41 respondentů měla s otcem spíše špatný vztah. Co se týká psychické diagnózy v rámci širšího rodinného okruhu (nejen matka, otec či sourozenci) 85 % respondentů má v rodině někoho se stejnou či obdobnou psychickou obtíží.

Graf 5



Zdroj: Vlastní zpracování (2022)

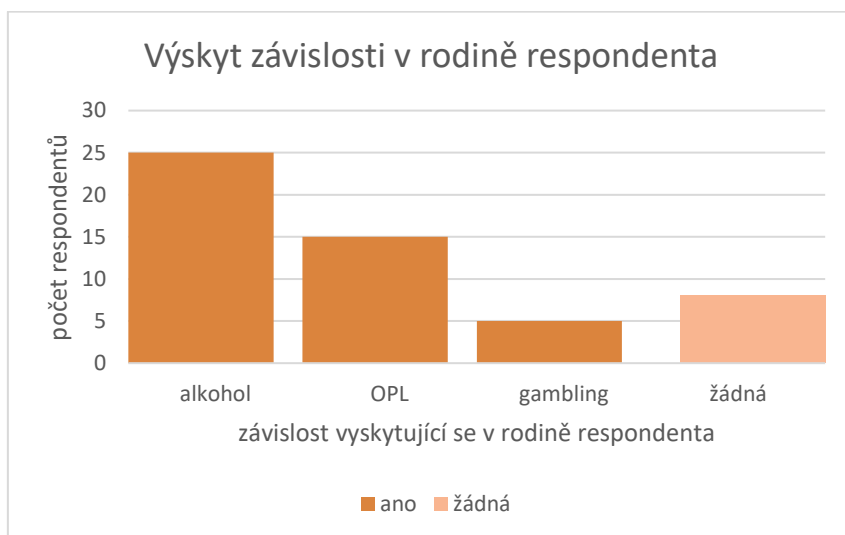
Graf 6



Zdroj: Vlastní zpracování (2022)

S výskytem závislosti v rodině je tomu obdobně jako s psychickými diagnózami. 25 respondentů uvedlo, že se u nich v rodině vyskytoval alkoholismus, který převládá nad všemi závislostmi. A 8 respondentů znegovalo jakoukoliv závislost.

Graf 7



Zdroj: Vlastní zpracování (2022)

Posledním bodem výzkumu byla otázka, zda-li má užívání OPL či alkoholu vliv na duševní pohodu a klid respondenta.

Graf 8



Zdroj: Vlastní zpracování (2022)

10.3 Hypotézy

H1: To, jaký má jedinec vztah s rodiči má vliv na vznik závislosti a psychického onemocnění (duální diagnózy).

Vztah s rodiči má zcela jistě (dle dotazníku) velký vliv na vznik závislosti. Vztah s oběma rodiči je podstatný, o něco více je podstatnější vztah s otcem. Respondenti (zejména opiátový) uživatelé hodnotí svůj vztah jako spíše špatný.

Dále pak to, jestli má rodič nějakou psychickou diagnózu má vliv na to zda-li ji má jedinec samotný. Velkou roli v tom hraje genetika, přebírání chování atp...

Hypotéza č. 1 se potvrdila

H2: Věk, kdy osoby vyzkoušejí, případně začnou s užíváním omamných psychotropních látek či alkoholu má vliv na vznik závislosti a její celkovou míru.

Role věku na vznik závislosti je poměrně velká. Všichni respondenti až na malou odchylku užili první omamnou psychotropní látku před 18. rokem života, tudíž v momentě, kdy lidský mozek není zcela formovaný. Nejčastější věk prvního užití (nejčastěji) halucinogenu THC byl 12.-14. let tudíž v podstatě ještě v dětském věku. Užívání látek má velký vliv na kognitivní funkce a celkový vývoj mozku.

Hypotéza č.2 se potvrdila

H3: Pacienti s duální diagnózou se cítí lépe když, užívají alkohol či omamné psychotropní látky.

77 % respondentů zodpovědělo, že vliv na jejich duševní klid a lepší psychický vztah alkohol či omamné psychotropní látky mají. Prokazovalo se to zejména tak, že při neužívání jim bylo hůře a nezačalo by jim být lépe, jako by duševně nemocnému člověku bylo.

Hypotéza č.3 se potvrdila

10.4 Výsledky výzkumu

Potvrdilo se, že psychické poruchy mají vliv na vznik diagnózy. Jsou významnou predispozicí pro její vznik. Roli však hrají i jiné faktory, například prostředí či společnost v které člověk vyrůstá.

V momentě výskytu závislosti u někoho v rodině je též pravděpodobnost jejího vzniku či tendencím uvažovat či myslet charakterem psychické diagnózy.

Zbytek výsledků výzkumu je znázorněny v grafech a hypotézách výše v práci.

Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat míru vlivu na vznik. Zpracováním nejen analytické části se mi podařilo potvrdit souvislost mezi psychickými poruchami a jejich vlivem na vznik závislosti.

Kvantitativní výzkum prováděný skrze dotazník až na mírné odchylky potvrdil vliv psychických onemocnění na vznik závislosti. Tyto dvě skupiny jsou velmi úzce propojené. Psychické poruchy a jedinci jimi oslabení mají větší sklony k tomu do závislosti propadnout. Další, co ovlivňuje vznik je psychická diagnóza nebo závislost u někoho z rodiny, v tento moment se stává vznik závislosti velmi pravděpodobný.

Vliv na přesun diagnózy i závislosti má genetika i to, že dítě vidí závislého rodiče a téma závislosti je pro něj do jisté míry normalizované.

Shledávám jako nejdůležitější a nejpodstatnější, aby se toto téma netabuizovalo a více se o něm ve společnosti hovořilo. Duální diagnóza je poměrně častým společenským jevem a myslím si, že o něm moc lidí neví a nemluví. Pro pacienty, kteří se potýkají s touto problematikou je nejdůležitější společenské přijetí, celostní terapie a medikace. Terapie s pacientem by se měla zaměřovat na komorbiditu problému a neřešit jen závislost či jen psychickou poruchu. Je důležité vybrat správnou medikaci a snažit se nalézat to nejstabilnější řešení.

Seznam použitých informačních zdrojů

Knižní zdroje:

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6

DRAGOMIRECKÝ, Andrej. *Schizofrenie, její příčiny a léčba*. 2013. ISBN 8085962260

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. 2010. ISBN 978-80-247-2045-6

KUŽELOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK. *ADHD Variabilita v dětství a dospělosti*. Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-2930-8.

HOSÁKOVÁ, Jiřina. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. 2007. ISBN 978-80-7248-442-3

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-7367-908-8

KAMIL, Kalina a Jakub Minařík, *Základy klinické adiktologie*. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho mozek a svět*. 2009. ISBN 978-80-247-6979-0

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie, minimum pro praxi*. Triton, 2006. ISBN 8072547461

PRÁŠKO, Jan, Dana KAMARÁDOVÁ a Klára LÁTALOVÁ. *Suicidalita u psychických poruch*. Pardubice: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4305-9

PRÁŠKO, Jan, Dana KAMARÁDOVÁ a Klára LÁTALOVÁ. *Suicidalita u psychických poruch*. Pardubice: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4305-9.

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy*. Grada, 2005. ISBN 80-7178-997-6

PRAŠKO, Ján. Gallen, 2006. ISBN 978-80-7262-424-9

PRAŠKO, Ján a Jana VYSKOČILOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní-porucha*. Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0495-6

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 2014. ISBN 978-80-262-0696-5

Internetové zdroje:

World Health Organization [online]. 2019, 28.11.2019 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. In: . 1.1.2022 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>

Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie: Porucha pozornosti s hyperaktivitou [online]. 2011 [cit. 2022-05-06]. ISSN Cesk Slov Neurol N 2011; 74/107(4): 408-418. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2011-4/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-35776>

24x7 Schizofrenie, ©2014. O schizofrenii: Současné pojetí života se schizofrenií. [online] [cit 2022-04 - 14]. Dostupné z: <http://www.schizophrenia24x7.cz/about-schizophrenia#>.

Národní zdravotnický portál [online]. [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/689-bipolarni-porucha-priznaky-a-diagnoza>

PRAŠKO, Ján a Erik HERMAN. *Směšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi* [online]. [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/ped/jaro2012/SZ7BK_ZVZD/um/PSYCH/prasko.pdf [online]. [cit. 2022-05-08]. Dostupné z: <https://psycholog-jihlava.cz/diagnosticka-kriteriia-zavislosti>

Delirium tremens: diagnostika a léčba [online]. [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/04/05.pdf>

SIKORA, Jan a Michaela NOVOTNÁ. *Poruchy osobnosti a závislosti: Psychiatrie pro Praxi* [online]. 2007 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/04.pdf>

SIKORA, Jan a Michaela NOVOTNÁ. *Poruchy osobnosti a závislosti: Psychiatrie pro Praxi* [online]. 2007 [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/04.pdf>

Diplomové práce:

SMETANOVÁ, Simona. *Evaluace spokojenosti klientů s nabízenými službami kontaktního s poradenského centra Stage 5*. Praha, 2021. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1.

lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Vedoucí práce Šťastná, Lenka.

Seznam příloh

Dotazník – otázky:

- 1) Pohlaví
- 2) Věk
- 3) Jaká je vaše psychiatrická diagnóza
- 4) Byl/a jste diagnostikován/a před začátkem užívání psychotropních omamných látek(drog)/alkoholu?
- 5) Byl/a jste diagnostikován/a před začátkem užívání psychotropních omamných látek(drog)/alkoholu?
- 6) Užíváte pravidelně medikaci předepsanou Vaším lékařem?
- 7) Kombinujete medikaci s drogami či alkoholem?
- 8) Má někdo od vás z blízké i vzdálené rodiny psychiatrickou diagnózu? (otec, matka, sourozenci, prarodiče, strýc, teta...)
- 9) Pokud ano, jakou?
- 10) Měl někdo od vás z blízké i vzdálené rodiny nějakou závislost?
- 11) Pokud ano, jakou?
- 12) Slýchal jste v dětství či v mládí hlasy?
- 13) Slýcháte hlasy v současné době?
- 14) Měl/a jste v dětství pocit, že máte zvláštní schopnosti/nebo nějaký dar, který nikdo jiný nemá?
- 15) Byla vám v dětství diagnostikovaná hyperaktivita nebo ADHD*? (*ADHD- porucha pozornosti- se projevuje nejčastěji netrpělivostí a impulzivností. Člověk se může jevit zbrkle, nepořádně, roztěkaně. Cítí nevybitou energii a má potřebu se stále hýbat...)
- 16) Máte zpětně pocit, že jste byl/a hyperaktivní nebo měl/a ADHD?
- 17) Jaký jste měl/a v dětství vztah s matkou?
- 18) Jaký jste měl/a v dětství vztah s otcem?
- 19) V kolika letech jste užil/a první drogu (psychotropní omamnou látku)?
- 20) Jaká droga to byla?
- 21) Jaká byla/je vaše primární látka užívání?
- 22) Jaká návyková látka je/byla druhá nejčastěji užívaná?

- 23) Jaká návyková látka je/byla třetí nejčastěji užívaná?
- 24) Jak rychle máte pocit, že se Vaše závislost vytvořila?
- 25) Jak dlouho pravidelně užíváte/užíval/a jste drogy/alkohol?
- 26) Kdy jste si začal/a uvědomovat, že máte psychickou diagnózu?
- 27) Stručně napište, jak jste si toho všiml/a:
- 28) Uvědomoval/a jste si psychiatrickou diagnózu před začátkem užívání drog/alkoholu či až po něm?
- 29) Pokud jste někdy delší dobu abstinoval/a (cca více než dva měsíce) bylo vám bez drog/alkoholu lépe?
- 30) Léčil/a jste se se závislostí někdy?

Seznam grafů

Graf 1... Rozdělení respondentů s duální diagnózou dle užívání předepsané medikace, str. 49

Graf 2... Kombinování předepsané medikace s omamnými psychotropními látkami či alkoholem, str. 49

Graf 3... Věk respondentů při prvním užití omamné psychotropní látky, str. 50

Graf 4... Věk respondentů při prvním kontaktu s OPL a druh OPL, str. 50

Graf 5... Hodnocení vztahu respondentů s rodiči, str. 51

Graf 6... Počet respondentů majících rodinného příslušníka s diagnostikovaným psychickým onemocněním, str. 51

Graf 7... Výskyt závislosti v rodině respondenta, str. 52

Graf 8... Pozitivní vliv užívání alkoholu či OPL na lepší psychický stav respondenta, str. 52