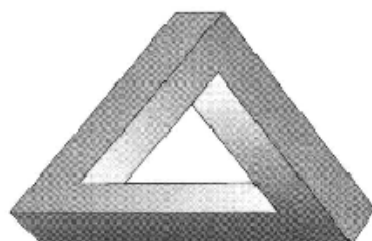


**Státní zdravotní ústav**

Centrum zdraví a životních podmínek



# ZPRAVODAJ

Drogového informačního centra

43

Prosinec 2004

# Pacienti léčení pro návykové nemoci v Psychiatrické léčebně Bohnice v letech 1994-2003

## Souhrn

V letech 1994 až 2003 došlo v Psychiatrické léčebně v Bohnicích k vzestupu počtu pacientů, u nichž se mezi prvními třemi propouštěcími diagnózami vyskytovaly poruchy působné alkoholem (vzestup o 77 %) a jinými psychoaktivními látkami (vzestup více než 4x). K vzestupu došlo i u patologického hráčství (o 37 %). U problémů působených alkoholem byl největší vzestup zaznamenán u odvykacího stavu (zhruba 4x). U problémů působených jinými látkami nejrychleji stoupaly počty léčeb pro závislost (téměř 5x). Tento trend patrně odráží situaci ve společnosti, ale uplatňují se i další vlivy, z nichž některé v práci zmiňujeme.

## Úvod

Údaje o počtu ústavně léčených nemohou nahradit data z normální populace a neposkytují tedy jednoznačný obraz o celkové situaci. K důvodům, proč tomu tak je, patří:

- Omezená dostupnost léčby.
- Popírání problému je u návykových nemocí časté a vede k tomu, že většina nemocných léčbu nevyhledá, respektive se léčí pouze pro somatické komplikace závislosti.
- Nedostatečná informovanost o možnostech léčby.
- K zvýšení počtu léčených může přispět i zkracování ošetrovací doby v lůžkových zařízeních.
- Význam mohou mít i administrativní změny, tak v roce 2003 se oproti roku 1994 fakticky zmenšila spádová oblast Psychiatrické léčebně Bohnice. Tento faktor by měl přirozeně vést ke snížení počtu léčených a ne k jejich vzestupu. Na druhou stranu ale Psychiatrická léčebna Bohnice převzala v polovině roku pacienty jiné detoxifikační jednotky, která zanikla.
- Pozitivně může ochotu se léčit ovlivnit i menší pocit stigmatizace v souvislosti s návykovou nemocí, než tomu bylo dříve.

Vzdor uvedenému mají údaje o počtu léčebných velkou cenu. Jsou např. užitečné při plánování zdravotní péče, vytváření sítě zařízení a organizaci postgraduálního i pregraduálního vzdělávání.

## Metoda

Do souboru byly zahrnuti pacienti, u nichž se mezi prvními třemi propouštěcími psychiatrickými diagnózami objevily poruchy působené alkoholem (F10), poruchy působené jinými psychoaktivními látkami (F11-F19) a patologické hráčství (F63.0). Jako výchozí bod jsme zvolili rok 1994, kdy byla v České republice zavedena 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

## Výsledky

Počet pacientů léčených pro poruchy působené alkoholem vzrostl z 536 v roce 1994 na 949 v roce 2003, tj. o 77 %. Tento nárůst byl patrný u mužů (z 377 v roce 1994 na 603 v roce 2003) a ještě více u žen (159 v roce 1994 oproti 346 v roce 2003).

Počet pacientů léčených pro poruchy působené jinými psychoaktivními látkami vzrostl ze 101 v roce 1994 na 435 v roce 2003, tedy více než 4x. Tento nárůst byl rovněž patrný u mužů (z 68 v roce 1994 na 280 v roce 2003) i u žen (33 v roce 1994 oproti 155 v roce 2003).

Počet pacientů léčených pro patologické hráčství vzrostl ze 46 v roce 1994 na 63 v roce 2003 (u mužů ze 45 v roce 1994 na 60 v roce 2003, u žen z 1 v roce 1994 na 3 v roce 2003).

U problémů působených alkoholem byla nejčastější diagnostickou kategorií závislost (324 v roce 1994 oproti 600 v roce 2003), k nejvyššímu, téměř čtyřnásobnému nárůstu došlo u pacientů léčených pro odvykací stav.

U problémů působených nealkoholovými psychoaktivními látkami byla nejčastější diagnostickou kategorií rovněž závislost (58 v roce 1994 oproti 285 v roce 2003), u této diagnostické kategorie došlo také k nejvyššímu, téměř pětinasobnému nárůstu.

Pacienti léčení pro problémy působené alkoholem v Psychiatrické léčebně Bohnice v letech 1994-2003

	<b>Počet pacientů v roce 1994</b>	<b>Počet pacientů v roce 2003</b>	<b>Změna oproti roku 1994 (%)</b>
Akutní intoxikace (F10.0)	14	40	+186
Škodlivé užívání (F10.1)	9	31	+244
Závislost (F10.2)	324	600	+85
Odvykací stav (F10.3)	32	126	+294
Odvykací stav s deliriem (F10.4)	62	73	+18
Psychotická porucha (F10.5)	67	34	-49
Amnestický syndrom (F10.6)	5	9	+80
Residuální stav... (F10.7)	19	28	+47
Jiné (F10.8)	2	2	0
Nespecifikované (F10.9)	2	6	+200
<b>Celkem (F10)</b>	<b>536</b>	<b>949</b>	<b>+77</b>

Pacienti léčení pro problémy působené jinými psychoaktivními látkami než alkoholem v Psychiatrické léčebně Bohnice v letech 1994-2003

	Počet pacientů v roce 1994	Počet pacientů v roce 2003	Změna oproti roku 1994 (%)
Akutní intoxikace (F11-9.0)	7	26	+271
Škodlivé užívání (F11-9.1)	9	20	+122
Závislost (F11-9.2)	58	285	+391
Odvykací stav (F11-9.3)	9	27	+200
Odvykací stav s deliriem (F11-9.4)	0	2	-
Psychotická porucha (F11-9.5)	17	57	+235
Amnestický syndrom (F11-9.6)	0	0	0
Residuální stav... (F11-9.7)	0	14	-
Jiné (F F11-9.8)	1	3	+200
Nespecifikované (F11-9.9)	0	1	-
Celkem (F11-9)	101	435	+331

Pacienti léčení pro patologická hráčství v Psychiatrické léčebně Bohnice v letech 1994-2003

	Počet pacientů v roce 1994	Počet pacientů v roce 2003	Změna oproti roku 1994 (%)
Patologické hráčství (F63.0)	46	63	+37

#### Diskuse

Zvyšování počtu hospitalizovaných nepřekvapí, uvážíme-li stoupající spotřebu alkoholu, rostoucí rozšířenost ilegálních drog i vysokou dostupnost hazardních her. Jak již zmíněno, mohou se zde ale uplatňovat i jiné faktory jako dostupnost léčby. Svůj význam může mít i skutečnost, že delší trvání závislosti vede častěji k problémům vyžadujícím psychiatrickou hospitalizaci. Je také možné, že problémy působené alkoholem a jinými látkami se rychleji šíří v disponovanější populaci lidí, kteří trpí jinou duševní nemocí. Jediná diagnostická kategorie, u které byl zaznamenán pokles, byly psychotické stavy vyvolané alkoholem. To je snad možné vysvětlit tak, že se pacienti naučili přicházet do léčby dříve, než by propukl psychotický stav (léčeb pro odvykací stavy po alkoholu i závislosti na alkoholu, jak uvedeno výše, pronikavě přibýlo).

*Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.  
Psychiatrická léčebna Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8  
Internet: [www.plbohnice.cz/nespor](http://www.plbohnice.cz/nespor), [www.muweb.cz/veda/nespor](http://www.muweb.cz/veda/nespor)*

*PhDr. Ladislav Csémy  
Psychiatrické centrum Praha*

*Poděkování: Děkuje paní Ing. J. Pavlíkové a pomoci při laskavé poskytnutí podkladů k této práci.*

# **Integrace aktivit v oblasti podpory zdraví do výukového procesu a odborné činnosti**

Vladislav Mužík

M. Havelková, H. Jedličková, P. Kachlík, L. Mužíková,  
A. Prokopová, J. Reissmannová, E. Řehulka, M. Stojan, I. Žaloudíková  
Pedagogická fakulta MU v Brně

## **Jihlavské dny podpory zdraví, 2004**

### Východiska a podněty

- Standard základního vzdělávání (1995) – obor Výchova ke zdraví
- Nejasnost výchovy ke zdraví na školách X program Škola podporující zdraví
- Program WHO Zdraví 21
- Rámcové vzdělávací programy – oblast Člověk a zdraví
- Usnesení vlády ČR k programu Zdraví pro všechny v 21. století (říjen 2002)
- Pokyn MŠMT k realizaci usnesení vlády → příprava učitelů (únor 2003)
- Konference k podpoře zdraví (Benešov, Jihlava, Rožnov aj.)
- Obhajoby projektů podpory zdraví
- Výzkumný záměr PdF MU v Brně „Učitelé a zdraví“ (1999 - 2004)

### Opatření PdF na úrovni ČR

- výchova ke zdraví v programu zasedání děkanů PdF (květen a září 2003)
- celostátní porada k výchově ke zdraví v přípravě učitelů (Brno, listopad 2003; další plánována na leden 2005)
- zřízení odborných pracovišť pro výchovu ke zdraví na PdF (od 2003/2004)
- zavádění Výchovy ke zdraví do společného základu studia učitelství
- záměr – akreditace oboru Výchova ke zdraví v programu Učitelství pro ZŠ (Brno, Olomouc, Plzeň, Praha)

### Realizovaná opatření na úrovni fakulty

(příklad PdF MU v Brně)

- zřízení Katedry rodinné výchovy a výchovy ke zdraví (červenec 2003)
- ustavení Mezioborové rady pro oblast Člověk a zdraví (září 2003)
- zavedení studijních předmětů Základy zdravotních nauk a Výchova ke zdraví I, II do společného základu studia učitelství pro ZŠ a SŠ
- vzdělávání školních metodiků prevence (2002, 2003, 2004)
- předložení výzkumného záměru fakulty na období 2005-2010 „Škola a zdraví pro 21. století“ (únor 2004)
- žádost o akreditaci studijního oboru Rodinná výchova a výchova ke zdraví v programu Učitelství pro ZŠ (akreditováno červen 2004, nyní zapsáno 24 posluchačů do 1. ročníku)
- zapojení do diskuse k RVP ZV – důraz na vzdělávací oblast Člověk a zdraví
- zapojení do preventivních programů (např. Liga proti rakovině aj.)

### Připravovaná opatření na úrovni fakulty

(příklad PdF MU v Brně)

- rozpracování a realizace úkolů programu Zdraví pro všechny v 21. století
- příprava studijních materiálů pro výchovu ke zdraví
- rozšíření spolupráce s institucemi (WHO, SZÚ, HS, ZÚ, pilotními školami RVP ZV aj.)
- ustavení republikové oborové rady pro výchovu ke zdraví
- zavedení specializace Výchova ke zdraví do studia Učitelství pro 1.stupeň ZŠ
- vytvoření/akreditace programů celoživotního vzdělávání v oblasti výchovy ke zdraví
- příprava doktorského programu Oborová didaktika - výchova ke zdraví
- výzkum aktuálního stavu výchovy ke zdraví na ZŠ (ve spolupráci s ČŠI) →  
**východisko pro další opatření**

### Studijní předmět Základy zdravotních nauk

(1 semestr)

Zaměření:

- základy biologie člověka, anatomie, fyziologie, patofyziologie, epidemiologie, klinických disciplín
- zdravotní rizika, civilizační choroby
- rizika pedagogického procesu ve škole
- hygiena pedagogického procesu
- základní skupiny infekčních a neinfekčních onemocnění
- klíčové příznaky onemocnění dětí a mládeže
- výskyt a prevence sociálních patologií ve škole
- základy první pomoci aj.

### Studijní předmět Základy výchovy ke zdraví I, II

(2 semestry)

Zaměření:

- problematika zdraví
- zdravý životní styl
- prevence, ochrana a podpora zdraví
- možnosti ovlivnění rizikových faktorů
- programy podporující zdraví aj.

### Obsah předmětu Základy výchovy ke zdraví I

(P, 1 h/t, záp.)

- Pojem zdraví - pojetí, definice a historie
- Společnost a zdraví, programy podporující zdraví
- Faktory ovlivňující zdraví, zdravý životní styl
- Výživa a zdraví
- Výživová doporučení, výživové chování
- Problematika obezity
- Primární poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie)
- Pohyb a zdraví
- Pohybová aktivita zdravotně oslabených
- Prevence civilizačních chorob
- Prevence úrazů

## Obsah předmětu Základy výchovy ke zdraví II

(P, 1 h/t, kol.)

- Psychosociální prostředí a zdraví
- Mentální hygiena, stres, relaxace
- Prevence drogových závislostí (alkohol, tabák, ilegální látky, návykové chování, virtuální drogy), zákonné normy
- Zásady sexuální výchovy
- Prevence STD včetně problematiky AIDS
- Syndrom CAN a česká škola (definice, typy, výskyt, ochrana, legislativa)
- Výchova ke zdraví v systému škol
- Poradenská činnost mimoškolních organizací, poradenská centra
- Metody výchovy ke zdraví
- Program podpory zdraví ve škole - "Zdravá škola"
- Minimální preventivní programy prevence sociálně patologických jevů pro školy, úloha metodiků prevence na školách
- Výchova ke zdraví v každodenní praxi učitele

### Další aktivity PdF MU

Výzkumný záměr fakulty (1999 – 2004)

„**Učitelé a zdraví**“ – psychologický přístup

Řešitelé: Evžen Řehulka, Leona Mužíková, Iva Žaloudíková

### Návrh výzkumného záměru fakulty

(2005 - 2010)

„**Škola a zdraví pro 21. století**“ - holistický přístup

Řešitelé: Evžen Řehulka a kolektiv PdF MU

### Cíle PdF MU

- přizpůsobit fakultu požadavkům programu Zdraví 21
- zapojit fakultu do programu Zdravá škola / Zdravá instituce  
Do aktivit podpory zdraví na PdF MU v Brně se podstatnou měrou zapojily katedry:
- rodinné výchovy a výchovy ke zdraví
- didaktických technologií
- speciální pedagogiky
- sociální pedagogiky
- tělesné výchovy
- pedagogiky
- psychologie
- biologie

*Zpracováno s podporou dotace Národního programu zdraví – projekty podpory zdraví  
MZ ČR na rok 2004, identifikační číslo 9143 a  
projektu MZ ČR č. 9144 – “Nový studijní obor Výchova ke zdraví ve studijním programu  
Učitelství pro základní školy.”*

*Dotazy?*

*dekan@ped.muni.cz*

## Psychosociální intervence u problémů s alkoholem

**Charakteristika efektivních lékařů** Vlivu vlastností lékaře na léčení poruch způsobených užíváním alkoholu se dostalo mnohem méně pozornosti než proměnným týkajícím se terapie a pacienta. K tomuto nedostatku výzkumu přispívá také skutečnost, že studium vlivu lékaře se provádí jen obtížně. Existují však některé důkazy, jež naznačují, že účinek terapie je zprostředkován vlastnostmi lékaře. Vysoká účinnost léčby byla nejsilněji a nejdůsledněji spojena s výraznými interpersonálními dovednostmi. Najavits a kol. odhalil výrazný účinek různého stylu lékaře na výsledek behaviorálních intervencí. Pacienti lékařů majících lepší interpersonální dovednosti, kteří méně uplatňují konfrontační přístup či jsou více empatičtí, mívali lepší výsledky. Rozdíly efektivity lékařů nebylo možné přisoudit výcviku, orientaci na určité léčby ani zkušenostem. Při porovnání stylu „podpory“ se stylem „konfrontace“ se konfrontace pojí s vyšším odporem pacienta a vyšší mírou pití. Ve skutečnosti je to tak, že čím více uplatňovali lékaři vůči pacientům konfrontační přístup, tím více pacienti pili. Podle meta-analýzy, která zahrnovala mimo jiné studium následků užívání látek návykových látek, se účinek lékaře na výsledek léčení snižuje s vyšším lpěním na léčení. Lékaři, kteří si dokážou s pacientem vytvořit vřelý a podporující vztah a kteří dokážou projevit empatii, dosáhnou pravděpodobně větších zlepšení u pacientů. Lékaři by si měli vyvinout organizovaný přístup k léčbě pacientů, měli by si pečlivě vést poznámky k případu i pokroku, protože jim to pomůže předpovídat obtíže a usnadní se tak plánování a praktikování metod, jak řešit obtížné situace, ještě předtím, než nastanou.

**Poradenství** Obecné poradenství a související kvalifikace jsou účinné při poskytování rad lidem, kteří mají problémy s alkoholem. Dovednosti z oblasti poradenství, jako jsou naslouchání a vcítění, by měly tvořit základ jakéhokoli terapeutického vztahu. Poradenství však zpravidla nedostačuje ke změně chování v oblasti pití, a proto by mělo být podpořeno ještě specifitějšími technikami. Dva základní cíle poradenství jsou následující: 1. Pomoci pacientům zvládnout jejich problémy, aby mohli efektivněji žít, a plněji rozvíjet nevyužité zdroje a opomenuté příležitosti. 2. Pomoci pacientům, aby se zlepšili v tom, jak jsou schopni sami sobě pomáhat v každodenním životě.

**Motivační interview** Motivační interview představuje proceduru, kterou zavedli Miller a Rollnick v roce 1991. Sami definují motivační interview jako „přímou metodu soustředěnou na pacienta, zaměřenou na posílení vnitřní motivace ke změně pomocí zkoumání a vyřešení ambivalence“. Cílem motivačního interview je směřovat pacienta k motivaci ke změně tak, že se přímo s pacientovým přispěním odhalí důvody hovořící pro změnu. Motivační interview je zaměřené na pacienta, zdůrazňuje, že je změna chování dobrovolná a že zodpovědnost za rozhodnutí a výsledky změny chování spočívá na pacientovi. Je to metoda s daným směřováním, zaměřená na vyřešení ambivalence. Na motivační interview se nahlíží spíše jako na metodu komunikace než na soubor technik či na specifickou strategii. Motivační interview je možné provádět jako předehru před léčením a jako samostatné léčení, nebo je možné je integrovat s jinými léčebnými intervencemi. Existují rozumné důkazy, které podporují účinnost motivačního interview jako efektivního samostatného léčení závislých alkoholiků. Důkazy o motivačním interview jako o předehře léčby jsou sporné. Miller a Rollnick navrhuje tři obecné procesy, s jejichž pomocí může motivační interview dosáhnout svého účinku; konkrétně



jde o spolupráci, evokaci a autonomii. Vztah spolupráce mezi lékařem a pacientem je klíčovým prvkem motivačního interview. Lékař by měl vytvořit vztah podobný partnerskému vztahu, měl by poskytovat spíše podporu než přesvědčování či nátlak. Evokace odkazuje na úlohu lékaře při odhalování zdrojů a motivace ke změně s přispěním samotného pacienta. Autonomie se vztahuje k nezávislosti pacienta a jeho zodpovědnosti za změnu, kterou musí lékař potvrzovat a podporovat.

Motivační interview je podloženo čtyřmi širokými pomocnými principy: vyjadřovat empatii, vyvíjet neshodu, překonat odpor a podporovat vlastní účinnost. Fundamentální a určující charakteristikou motivačního interview je empatický styl poradenství. Empatie je chápána jako základ, na němž je motivační interview postaveno. Vyjádření empatie odkazuje na přístup akceptace a respektu vůči pacientovi a zahrnuje reflexi obav konkrétního pacienta ohledně škodlivé spotřeby alkoholu. Druhým obecným principem motivačního interview je vytváření rozporu mezi současným chováním pacienta a jeho širšími cíli a hodnotami. Představa rozvíjení rozporu je zaměřena na to, aby si pacient vyjasnil své významné životní cíle, aby prozkoumal důsledky dalšího pití, které je s těmito cíli v rozporu. Technika překonání odporu se vztahuje k vyhnutí se debatě, protože ta není produktivní. Místo toho je spíše vhodné pacientův odpor přesměrovat, aby vytvořil sílu směrem ke změně. Poslední princip motivačního interview zahrnuje koncept vlastní účinnosti, který odkazuje na víru osoby ve své schopnosti provádět určitou úlohu a uspět při tom.

**Kognitivně-behaviorální intervence** Pojem „kognitivně-behaviorální“ odkazuje na přístup, který využívá celá řada strategií a technik založených na učebních principech vycházejících z myšlenky, že změna a nové učení chování jsou ovlivněny tím, jak lidé pohlížejí na sebe i na druhé. Většina léčebných přístupů, jejichž účinnost při léčení poruch užívání alkoholu byla prokázána, spadá od širší kategorie kognitivně-behaviorálních přístupů. Na základě důkazů podporujících účinnost kognitivně-behaviorálních intervencí, dobře formulovaných procedur a protokolů jejich implementace a jejich akceptace a popularity budou kognitivně-behaviorální intervence pravděpodobně představovat efektivní a praktický základ pro léčení škodlivého pití alkoholu a závislosti na alkoholu. Provádějí se takovým způsobem, jaký umožňuje vytvořit mezi lékařem a pacientem blízký a důvěrný vztah v nekonfrontační a empatické atmosféře. Tyto přístupy jsou kompatibilní s ostatními intervencemi, jako jsou farmakologické intervence a techniky motivačního interview.

**Výcvik dovedností** Výcvik dovedností představuje formu kognitivně-behaviorální léčebné intervence. Zahrnuje výuku sociálních dovedností, které mohou lidem pomoci fungovat bez užívání alkoholu. Existují konzistentní důkazy, že výcvik dovedností pomáhá snížit spotřebu alkoholu u rizikových osob a u osob na alkoholu závislých, a to jak krátkodobě, tak dlouhodobě. Výcvik dovedností je možné použít pro kompenzaci deficitu dovedností, které vedly k užívání pití jako strategie, jak se s problémem vyrovnat. Je také spojen s Marlattovým a Gordonovým modelem prevence recidivy a může pomoci pacientům zvládat vysoce rizikové situace. Výcvik dovedností se doporučuje u pacientů, u nichž je vysoké riziko recidivy. Nejužitečnější je pro ty pacienty, kteří postrádají příslušné dovednosti. Měl by být nabízen také těm pacientům, u nichž se lékaři domnívají, že příslušnými dovednostmi nedisponují. Přestože je často obtížné zjistit, jaké dovednosti pacienti mají, zejména bez vhodného hodnocení, může

dotazování pacientů na problémy, které zažívají, a na způsoby, jakými se s nimi vyrovnávají, pomoci zjistit oblasti, v nichž pacienti postrádají sociální dovednosti. Výcvik dovedností se může využívat u pacientů, kteří chtějí dosáhnout umírněnosti či abstinence. Pro jednu osobu může být vhodných hned několik přístupů a přístup k výuce dovedností se často nabízí kombinovaně. Zvolená intervence by měla odpovídat potřebám příslušného pacienta. Výcvik sociálních dovedností a dalších dovedností, jak se vyrovnat s problémy, vyžaduje na straně pacienta určité nasazení, neboť tyto metody jsou účinnější, když se pacient aktivně účastní terapie a v praktikování naučených postupů pokračuje i mimo terapii. Hlavním prvkem výcviku dovedností je rozklad chování na dílčí kroky. To je zásadně důležité, když je třeba učit se nové způsoby chování, protože ve většině případů je chování zakořeněné a probíhá, aniž by dotyčná osoba věděla, co dělá. Patří sem: výcvik dovedností pro řešení problémů; výcvik dovedností pro odmítnutí pití; výcvik asertivity; výcvik komunikačních dovedností; relaxační trénink; výcvik dovedností pro zvládnutí stresu.

*Zpracováno z podkladů Projektu EU  
„Primary Health Care European Project on Alcohol“*



# PF 2005