

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

Institut mezioborových studií Brno

**MOŽNOSTI SEBEPOŠKOZENÍ LÉKY U DĚTÍ A
DOSPÍVAJÍCÍCH**

Bakalářská práce

vedoucí práce:

MUDr. Peter Kováčik

BRNO duben 2006

vypracoval:

Miroslav Blaha

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně a uvedl v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.

Souhlasím současně s užitím práce ke studijním účelům.

V Brně dne

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ:

MUDr. Petru Kováčikovi, za odborné vedení a konzultace, jeho cenné rady a připomínky.

Bc. Zuzaně Blahové, mé manželce, za odbornou spolupráci a rady z oblasti dané problematiky.

Panu Vladimírovi Příbylovi za technickou pomoc.

OBSAH

Úvod	str. 5
1. Vládní politika prevence poškození zdraví u dětí a mladistvých	str. 6
2. Charakteristika jednotlivých věkových období dětství a adolescence	
2.1 Období dětství	str. 12
2.2 Období dospívání	str. 19
3. Definice sebepoškození, příznaky	str. 24
3.1 Způsoby a důvody sebepoškození léky u dětí	str. 30
3.2 Způsoby a důvody sebepoškození léky u dospívajících	str. 33
4. Nejčastěji zneužívané skupiny léků, jejich jejich účinky na organismus	str. 37
5. Prevence, psychologická a lékařská pomoc	str. 41
Závěr	str. 48
Resumé	str. 50
Anotace	str. 51
Literatura	str. 52
Seznam grafů	str. 57
Seznam zkratk	str. 58

ÚVOD

Vývoj zdravotního stavu dětí a dospívajících ve všech rozvinutých zemích vykazuje v posledních desetiletích podstatné změny, naše republika není v tomto trendu výjimkou. Hlavní příčinou velké části morbidity, ale i mortality našich dětí a dospívajících se stává oblast chování a převládá tak nad problematikou biologickou. Hovoříme o tzv. přesunu rizik vyvíjejícího se jedince. Zatímco dříve bylo nejrizikovějším obdobím novorozenecké a kojenecké, dnes je to v rozvinutých zemích právě puberta a adolescence. Důvodem je syndrom rizikového chování, který má tři základní okruhy. Za prvé je to abusus návykových látek (sem patří i zneužívání – sebepoškozování léky). Druhým okruhem jsou negativní sociální jevy v užším smyslu (problémové chování, sociální maladaptace, agresivita, kriminalita, autoagresivita – především suicidiální chování. Třetím problémem jsou poruchy reprodukčního zdraví.

V této práci je nastíněna problematika týkající se prvního okruhu – sebepoškození léky, což je téma málo veřejně a mediálně diskutované a částečně opomíjené. Tento sociálně patologický jev je neustále zastiňován problematikou drogovou o které se tato práce však nezmiňuje pro velkou obsáhlost a obsahovou odlišnost.

Formou systémového přístupu se tato práce zaměřuje na zachycení a objasnění rozdílů v sebepoškození léky ve skupině dětí a skupině dospívajících a poukazuje na závažnost možnosti poškození zdraví a vzniku poruch rozvíjejícího se mladého organismu běžně dostupnými léčivy.

1. VLÁDNÍ POLITIKA PREVENCE POŠKOZENÍ ZDRAVÍ U DĚTÍ A MLADISTVÝCH

Světová deklarace zdraví – World Health Declaration (WHD), společenský politický rámec rozvoje zdraví pro členské státy WHO v evropském regionu, cíle, hlavní zaměření, základní hodnoty a akční strategie zaručující politický, ekonomický a sociální tlak na prosazování Zdraví 21.

Světová zdravotnická organizace (SZO) = World health organization (WHO) je specializovanou agenturou OSN, zabývající se problematikou zdraví a veřejného zdravotnictví v celosvětovém a mezinárodním měřítku. Jejími členy je přes 190 států celého světa, evropský region WHO má 51 členských států.

Světová deklarace zdraví (SDZ) – World health declaration (WHD)

Členské státy WHO přijaly v květnu 1998 na 51. světovém zdravotnickém shromáždění „Světovou deklaraci zdraví (WHD)“, která formuluje základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech.

V deklaraci je stanoveno zejména, že:

- zdraví je jedním ze základních práv člověka
- každý jedinec má stejná práva, povinnosti i společnou odpovědnost za zdraví
- je nutné klást důraz na odstraňování sociálních a ekonomických nespravedlností pro zlepšování zdraví celé populace s tím, že je potřeba věnovat největší pozornost nejpotřebnějším, zdravotně postiženým a chudým

- zúčastněné státy se zavazují k provedení potřebných změn svých zdravotních systémů tak, aby byl zajištěn všeobecný přístup ke kvalitním zdravotním službám, které jsou založené na současných vědeckých poznatcích a dobré kvalitě jak v současnosti, tak i v budoucnu
- jako společenství národů budou zúčastněné státy pracovat společně, aby omezily zdravotní rizika a prosadily všeobecné zdraví
- berou na vědomí, že změny ve zdraví celosvětové populace vyžadují, aby státy realizovaly „Politiku zdraví pro všechny do 21. století“ prostřednictvím regionálních a národních politických programů a strategií.

Regionální program „Zdraví 21 - zdraví pro všechny v 21. století

Na základě výše jmenované deklaráce WHD byl pro Evropský region zpracován program „Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století“. Tento program předkládá soubor metod, kterými lze dosáhnout lepší úrovně zdraví pomocí ověřených postupů. Tyto postupy vzcházejí ze společných zkušeností evropského regionu za posledních 15 let. Program „Zdraví 21“ představuje racionální model rozvoje komplexní péče společnosti o zdraví jednotlivce i společnosti.

Základní etické hodnoty

Program „Zdraví 21“ vychází z etických hodnot, které byly deklarovány ve WHD. Jedná se o následující 3 hodnoty:

1. zdraví jako základní lidské právo každého jedince

2. spravedlnost a rovnost ve zdraví pro každého jedince, solidarita při činnostech mezi jednotlivými zeměmi a uvnitř jednotlivých zemí mezi jednotlivými skupinami osob
3. účast a odpovědnost každého jednotlivce, všech skupin obyvatel, společenství, institucí, organizací, resortů i států za rozvoj zdraví. (17)

Základní záměr a hlavní cíle programu „Zdraví 21“

Trvalým a základním záměrem programu „Zdraví 21“ je umožnit všem, aby dosáhli plného zdravotního potenciálu, tzn. maximálně možné míry celkové duševní, fyzické a sociální pohody, tedy svého zdraví. Stupeň zdravotního potenciálu je určován jednak možností jedince starat se o sebe a druhé a schopností samostatně se rozhodovat a řídit svůj život, jednak tím, jak společnost, v níž člověk žije, se stará o vytvoření podmínek, které jejím členům umožní dosáhnout zdraví.

Aby byl tento záměr uskutečněn, jsou stanoveny dva hlavní cíle pro zlepšení zdraví, směřující k realizaci tohoto záměru:

1. ochrana a rozvoj zdraví lidí po celý život
2. snížení výskytu hlavních nemocí a úrazů včetně omezení strádání, které lidem přinášejí.

K realizaci základního záměru a dosažení hlavních cílů bylo v programu „Zdraví 21“ pro evropský region stanoveny 21 konkrétních cílů, které tvoří konkrétní osnovu pro přípravu zdravotní strategie v evropském regionu. Tím, že nejsou tyto konkrétní cíle stanoveny v absolutních hodnotách, ale jsou koncipovány jako zlepšení současných národních úrovní jednotlivých členských států, jsou stejně náročné pro státy s různou výchozí úrovní zdraví obyvatelstva.

Akční strategie, zaručující politický, ekonomický a sociální tlak na prosazování programu „Zdraví 21“

Prosazení myšlenek a dosažení cílů programu „Zdraví 21“ bude narážet na celou řadu překážek. Aby byla realizace programu úspěšná, byly zvoleny 4 základní akční postupy (strategie) jejichž smyslem je přispět k realizaci programu a vyvinout ekonomický, sociální a politický tlak při prosazování tohoto programu:

- mezirezortní strategie, postihující determinanty zdraví a beroucí v úvahu zdravotní, ekonomické, sociální, kulturní a další okolnosti a průběžně hodnotící zdravotní dopad přijatých opatření
- příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky a důsledné hodnocení investic do zdraví z hlediska jejich přínosu
- Integrovaná základní zdravotní péče, zaměřená na rodinu a celé společenství, podporovaná flexibilním a citlivým nemocničním systémem
- participační zdravotní rozvoj, jehož prostřednictvím bude rozvíjena účast všech, kteří mohou ke zdraví lidu přispět, např. rodin, škol, pracovišť, podniků, územních celků, přičemž smyslem je posílit společné rozhodování, realizaci i odpovědnost (34).

Cíle zdraví pro všechny do 21. století

1. Solidarita pro zdraví v evropském regionu
2. Spravedlnost ve zdraví
3. Zdravý začátek života
- 4. Zdraví mládeže do 18. let**
5. Zdravé stárnutí

6. Zlepšení duševního zdraví
7. Snížení výskytu přenosných nemocí
8. Snížení výskytu neinfekčních onemocnění
9. Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
10. Zdravé a bezpečné životní prostředí
11. Zdravější životní styl
12. Snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem
13. Podmínky a příležitosti pro zdraví
14. Multisekteriální odpovědnost za zdraví
15. Integrovaný zdravotní systém
16. Řízení v zájmu kvality péče
17. Financování zdravotnictví a rozdělování finančních zdrojů
18. Rozvoj lidských zdrojů v zájmu zdraví
19. Výzkum a znalosti v zájmu zdraví
20. Mobilizace partnerů pro zdraví
21. Politika a strategie v zájmu zdraví pro všechny

Zdraví mladých lidí dle cíle 4:

Vytvořit podmínky , aby do roku 2020 mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti

Dětství a dospívání jsou důležitými etapami lidského života, v nichž každý prochází významným tělesným a duševním vývojem, získává sociální a zdravotní návyky, které si uchovává po celý život. Zdravý vývoj mladých lidí je úzce podmíněn dobrým rodinným zázemím a dalšími sociálními vztahy mimo rodinu. Mladé lidi ohrožuje celá řada zdravotních rizik typických pro toto životní období, např. drogy, tabák, alkohol, touha po sexuálních zkušenostech.

Snížení tělesné aktivity a nezdravé stravovací návyky vedou v mnoha zemích k vyššímu počtu obézních osob mezi

mladými lidmi. Obezita mnohdy přetrvává do dospělosti. Děti a mládež minimálně sportují.

I přes dobrou úroveň zdravotnické péče o tuto skupinu obyvatel se zdravotní stav dětí a mladistvých výrazně nezlepšuje. Stoupá počet alergických onemocnění, onemocnění nervového a pohybového systému, trvá nárůst poruch chování, stoupá počet závažných úrazů. Úmrtnost dorostu v posledních 10 letech stagnuje. Hlavní příčinou smrti je poranění a otrava (včetně sebepoškození), a to v 72% (v celé populaci činí tato příčina 7%). Nejrizikovější populační skupinou mládeže jsou uční. (10)

Sebevraždy se v ČR staly, stejně jako v ostatních rozvinutých zemích, jednou z častých příčin úmrtí v tomto věku.

2. CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH VĚKOVÝCH OBDOBÍ DĚTSTVÍ A ADOLESCENCE

2.1 OBDOBÍ DĚTSTVÍ

Prenatální a perinatální období

Fáze prenatálního vývoje zahrnuje dobu od početí po narození dítěte a trvá přibližně čtyřicet týdnů. Kromě zásadního významu biologického vývoje jsou v tomto období také pokládány základy pro citový vztah mezi matkou, resp. oběma rodiči. Pro matku samotnou těhotenství neznamena období klidu a vyrovnanosti, nýbrž značnou zátěž psychickou, tělesnou i společenskou.

Interakce matky a dítěte začíná již v době těhotenství. Na fyziologické úrovni je jejich vzájemná komunikace zprostředkována krví, a protože různé prožitky a emoční stavy matky mají určitou biochemickou odezvu, pocítí je i plod. Matka stimuluje dítě rovněž svými pohyby a hlasem.

Prenatální vývoj může být ovlivněn celou řadou dalších okolností – např. alkoholismem, kouřením, chorobami, které matka v těhotenství prodělala, fyzikálními vlivy aj.

Jako perinatální období se označuje doba těsně před porodem, porod samotný a doba těsně po porodu. Na duševní i tělesný vývoj dítěte mohou mít negativní vliv případné porodní komplikace. Dřívější praxe, kdy právě narozené děti byly umisťovány separátně od matky na novorozenecké oddělení, je již také překonána – a to metodou zvanou rooming in, kdy dítě je od počátku ve společném pokoji s matkou. Za těchto podmínek mezi nimi vzniká snáze a rychleji emoční pouto. Za velké plus se považuje také období kojení.

Mezi činitele, kteří mohou problematizovat zdravý průběh vývoje dítěte patří např. nechtěné těhotenství, nízký i pokročilý věk rodičů, nedonošenost, nemoci a vrozené vady dítěte.

Novorozenecké období

Člověk se nazývá novorozencem v prvním měsíci svého života. Jeho prvním velkým úkolem na tomto světě je vzpamatovat se a vstřebat výraznou změnu způsobu života – po narození se ocitá ve zcela odlišném prostředí, než na jaké byl zvyklý z prenatálního období. Proto se novorozenecká fáze označuje jako doba adaptace.

Novorozenec asi 16-20 hodin denně spí a v krátkých úsecích bdění uspokojuje své biologické potřeby. Je vybaven vrozenými reflexy, které mu umožňují adaptaci (sací, obranný, uchopovací reflex).

Pro normální vývoj dítěte je třeba zajistit mu přiměřeně podnětné prostředí. Zrak novorozence je fixován pro ostré vidění ve vzdálenosti cca 25 cm. Již z prenatálního období si dítě pamatuje hlas své matky, který preferuje před hlasem ostatních lidí. Z chutí a vůní dává přednost sladkému. Nejdůležitější v tomto období je pro dítě doteková stimulace při přebalování, chování, krmení apod.

Mezi dítětem a rodiči funguje od samého počátku oboustranná komunikace a vzájemná interakce. Aby další vývoj člověka probíhal zdravě, je třeba, aby mu byly v novorozeneckém období uspokojovány jeho biologické potřeby, aby měl dostatečný přísun adekvátních podnětů, žil v nechaotickém prostředí a v neposlední řadě musí navázat pozitivní citový vztah s matkou.

V naší kultuře bývá stále podceňována role otce ve vztahu k novorozenému dítěti. Ten ve skutečnosti zvládne (s výjimkou kojení) uspokojit všechny potřeby dítěte. Ze strany matek a babiček o to nebývá zájem s tím, že péče o dítě je „ženská záležitost“. Přitom platí, že čím dříve naváže otec dítětem vztah, tím bohatší a intenzivnější bude tento vztah v budoucnu.

Kojenecké období

Jako kojenecké období se označuje první rok života. Dítě již vstřebalo změnu prostředí a nyní se snaží seznámit se světem, v němž žije. V této fázi je pro normální vývoj velmi důležité, aby dítě mělo dostatečný přísun adekvátních podnětů, a to jak těch „neživých“, tak podnětů ze sociální oblasti. Druh zkušeností (pozitivní nebo negativní), které v něm podněty zanechají, pak určuje stupeň základní důvěry ve svět, jeho řád a vůbec poznatelnost. Tyto rané poznatky dítěte determinují základy jeho budoucích postojů k sobě, jiným lidem a okolnímu světu.

Nejvíce informací z okolí získává dítě pomocí zraku. Vidění kojence se stále zdokonaluje. Postupně se zlepšuje úchop a dítě se učí brát věci mezi palec a ukazovák. Významnými mezníky v poznávání jsou momenty, kdy dítě začíná sedět, lézt a časem i chodit. Rozvoj motoriky velmi úzce souvisí s rozvojem poznávání a osamostatňováním.

V alespoň trochu přijatelných existenčních podmínkách se dítě nedokáže nudit. Vše nové je zajímavé a jakmile se dítě naučí, nebo náhodně objeví nějakou novou činnost, vydrží se jejím opakováním bavit téměř do nekonečna. Jeho činnosti mají zpočátku žádný vědomý cíl, postupně se stávají účelným prostředkem k dosažení určitého cíle. Zde začíná chápání

příčiny a následku, což je předpoklad pro rozvoj záměrného, účelného a s vědomím nějakého cíle vedeného jednání.

Broukání se objevuje kolem čtvrtého měsíce života, dítě začíná „žvatlat“ kolem šestého měsíce a asi v devátém měsíci věku již rozumí jednoduchým slovům. První smysluplná slova přicházejí koncem kojeneckého období.

O normálním vývoji dítěte svědčí v sedmém-osmém měsíci nástup tzv. separačního strachu a strachu z cizích lidí. Nejdůležitějším objektem vnějšího světa pro dítě zůstává matka, která mu zajišťuje uspokojení převážné většiny potřeb. Z jejího chování si dítě odvozuje význam vlastních aktivit což má pro jeho psychický vývoj (emoce pojetí sebedůvěra) závažné důsledky. Předpokladem pro zdravý vývoj dítěte je přiměřené uspokojování všech jeho potřeb, z nebiologických jsou to hlavně potřeba jistoty a bezpečí, potřeba stimulace a učení a potřeba lásky.

Batolecí období

Věkem batolete člověk prochází ve druhém a třetím roce svého života. Je to období intenzivního rozvoje, který zasahuje mnoho oblastí – hlavně motoriku, myšlení a řeč. Osamostatňování se v tomto období projevuje velmi výrazně. Motorický vývoj umožňuje dítěti uspokojovat naprosto přirozenou potřebu aktivity. Pokud je dítě nuceno k nečinnosti, vzniká u něj velké vnitřní napětí. Může dojít k jednorázovým výbuchům vzteku, ale i k určitým neurotickým návykům. Potřeba pohybu aktivity je v tomto věku normální a její uspokojení je důležité pro další vývoj.

Děti se postupně učí hygienickým návykům, zejména regulaci vyměšování. Občas může ještě selhat. Nátlak ze strany

rodičů může mít neurotizující charakter. Dítě se učí samostatně oblékat, mýt se a jíst lžičkou.

V tomto období dítě zatím nechápe význam minulosti ani budoucnosti, existuje jen přítomnost a podobné je to s prostorem. Myšlení dítěte probíhá na bázi představ. Dítě si zapamatuje jen to co ho zaujme a připadá mu důležité. Rozvoj řeči je v batolecím období velmi dramatický, ve třech letech dítě ovládá asi tisíc slov.

V batolecím věku se dítě začíná odpoutávat od matky, proces oddělování probíhá pomalu a postupně. Dítě projevuje silnou snahu po vlastní aktivitě a projevu svých schopností – tzv. etapa „já sám“. Nejdůležitější sociální skupinou je nadále rodina.

Období předškolního věku

Tato vývojová fáze začíná po třetím roce života a končí nástupem do školy. Dítě v předškolním období nejvíce charakterizuje silná snaha být aktivní a přenášet získané schopnosti do praxe.

Myšlení předškolního dítěte je typické svým egocentrismem jehož důsledkem je zkreslování takové reality, která dítěti z nějakého důvodu nevyhovuje. Pro tento věk je typická velmi živá představivost, a to tak živá, že představy dítě občas přimíchá k realitě. Postupně si osvojuje a chápe normy chování, které přebírá od rodiny, začíná se rozvíjet svědomí jehož existence se navenek projevuje jako pocity viny dítěte při porušení nějaké normy. Identita je tvořena tím, jak je dítě hodnoceno ostatními, pro něj významnými lidmi. Dítě se chce podobat rodičům a tak nekriticky přejímá jejich způsoby chování, názory atd.

Do této vývojové etapy spadá i vytvoření pohlavní identity, tj. uvědomění si, že to které pohlaví je trvalým, neměnným znakem. Jeho zájem o genitální oblast, zkoumání rozdílu mezi mužem a ženou a případná masturbace nejsou patologickými jevy. Ztotožnění se s příslušnou pohlavní rolí je výsledkem sociálního učení. Děti jsou v tomto ohledu velmi citlivé, důrazně odmítají věci typické pro druhé pohlaví a upřednostňují kontakt s vrstevníky stejného pohlaví.

Předškolní dítě si za kamaráda vybírá dvojníka, tj. někoho, kdo se mu subjektivně nejvíce podobá. Typické a normálně se vyvíjející dítě v předškolním věku je hravé, aktivní, projevuje živý zájem a snaží se uplatňovat své schopnosti v praxi.

Toto období končí nástupem do školy, který je možný tehdy, když je na to dítě dostatečně zralé, jak fyzicky, tak psychicky. Počátek školní docházky je pro dítě velmi náročnou životní etapou a úlohou rodiny je dítěti toto období maximálně usnadnit.

Mladší školní věk

Nástup do školy bývá pro děti i rodiče událost a současně velká životní změna, která od dítěte vyžaduje zmobilizovat veškeré své adaptační mechanismy. Musí se učit zvládat odloučení od rodiny, přijmou autoritu učitele, soustředit se na výuku, integrovat se do skupiny spolužáků.

Období mladšího školního věku lze celkově charakterizovat jako relativně klidné a bez dramatických vývojových změn. Tato vývojová fáze začíná zahájením školní docházky a končí s nástupem puberty.

Nejtypičtějším rysem myšlení mladšího školáka je jeho závislost na pozorovatelné skutečnosti, proto se např. začíná

učit sčítat jablka nebo kočky, tedy předměty, které už zná. Číslo je abstraktní symbol, jehož význam dítě pochopí až později. Prozatím dítě nedokáže přemýšlet v jiné, než konkrétní rovině. Dítě postupně opouští svůj egocentrismus a začíná respektovat, že není středobodem všeho dění, kolem 9. roku je schopné empatie, dokáže se vcítit do pozice druhého člověka na základě toho reagovat.

Pro dítěte optimální vyrůstát v kompletní a funkční rodině. Případný rozvod rodičů znamená ztrátu dosavadní „samozřejmosti“ – jistoty rodiny.

Osoby mající autoritu, uznává dítě na počátku mladšího školního věku nekriticky a maximálně se snaží dostat jejich očekávání. S postupným stále větším osamostatňováním se však vliv autorit na myšlení dítěte zeslabuje a přibližně v deseti letech je už dítě ve svých názorech kritičtější. Zpočátku je dítě silně fixováno na učitele, zhruba po desátém roce věku dítěte jsou před učitelem upřednostňováni spolužáci, dítě přestává na ostatní žalovat – stává se solidárním.

Dítě od zhruba 10 let má silnou potřebu začlenit se do skupiny vrstevníků. Z hlediska sociálního vývoje je ztotožnění se se skupinou důležité. Skupiny bývají často diferencované podle pohlaví. Děti se v těchto skupinách učí solidaritě a sounáležitosti. V době dospívání už bude pocit „my“ a skupina vrstevníků obecně hrát v životě jedince důležitou úlohu. (5)

2.2 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Pubescence

Fáze dospívání probíhá přibližně mezi 12. a 15. rokem života člověka. Je to období celé řady dramatických změn, kladoucích značné nároky jak na pubescenta samotného, tak na jeho okolí.

Platí ovšem, že projevy dospívání se v chování individuálně liší v kvalitě i intenzitě, takže zatímco s některými „to mlátí“, jiní tuto dobu prožijí naprosto klidně. Pubescent si aktivně utváří vlastní identitu – hledá sám sebe a své místo na slunci. Statut „dítě“ se pomalu začíná měnit na statut „dospělý“.

Na biologické úrovni probíhá pohlavní dozrávání provokované hormonálními změnami. Rozvíjí se druhotné pohlavní znaky a tělo postupně získává proporce dospělého člověka. Pubescenti bývají na tělesné změny velmi citliví a zdaleka ne všichni ne ně reagují s nadšením. V krajním případě může jedinec odmítnout smířit se s růstem a vývojem svého těla a vzniká spousta závažných psychických poruch, které mohou vést k velmi vážným psychiatrickým diagnózám.

Hormonální změny ovlivňují rovněž psychiku pubescenta, a to hlavně ve směru zvýšené emoční lability a zvýšené úzkosti. K tomu dále přistupuje pocit ztráty jistoty, tlak okolí a další faktory. Všechno dohromady představuje pro dospívajícího velkou zátěž, z níž plyne typická rozkolísanost prožívání a projevů pubescenta. Ten je pak ve vztahu k dospělým uzavřenější, ve své m chování impulzivní, nepředvídatelný a silně vztahovačný.

Vývojem prochází i uvažování pubescentů – postupně zvládne přemýšlení v abstraktní rovině a hypoteticky pracuje

s událostmi, které ještě nenastaly. Tato změna v myšlení v kombinaci s nedostatkem zkušeností se navenek projevuje chováním typu „všechno vím a všechno znám“. (34)

Ve svém sebehodnocení se pubescent více spoléhá sám na sebe, zatímco dříve si o sobě vytvářel představu na základě jiných lidí. Teď se tedy začíná mnohem více ptát sama sebe, kým vlastně je a bývá k sobě velmi kritický. Protože již umí přemýšlet abstraktně, představuje si rovněž, kým by se chtěl stát, přičemž často utíká k nereálným fantaziím. Pubescent se dennímu snění oddává velmi často a jeho nejtypičtějšími tématy bývají vlastní všemocnost a erotika.

Pubescent nesnáší kompromisy a usiluje o jednoduché, přímočaré řešení, je vášnivým diskutérem a své názory (jako jediné správné) dokáže prosazovat vehementně a velmi dlouho. Jiným typickým rysem pubescenta je pocit vlastní výjimečnosti, má za to, že jeho myšlenky a pocity jsou naprosto jedinečné, a proto je také nikdo jiný nemůže pochopit. Komunikace mezi rodiči a jejich dospívajícím potomkem bývá problematická a obě strany často vnímají totéž – totiž že s tím druhým se nedá mluvit. Pubescenti nejsou dobrými komunikačními partnery mj. pro svou vztahovačnost, časté výbuchy a nepředvídatelné reakce. Dospělí naopak projevují málo pochopení těmto přechodným jevům a často nadbytečně zkoušejí uplatnit svou autoritu.

Pro pubescenta je velmi důležitá skupina vrstevníků, která poskytuje oporu jeho nehotové identitě – přebírá tzv. skupinovou identitu. Vrstevníci spolu sdílejí zájmy i starosti. Ve skupině se klade důraz na konformitu jejich členů, potřeba konformity se projevuje ve stylu řeči, oblékání nebo třeba v preferování určité značky mobilních telefonů. Za to, že se člen

skupiny vzdá své individuality, poskytuje mu skupina jistotu a přijetí.

Ke konci pubescence potkává některé jedince první zamilovanost. Svého partnera si dospívající velmi idealizují a mají potřebu častého kontaktu s ním. Tyto vztahy bývají většinou platonické.

Adolescence

Adolescence je lokalizována přibližně mezi 15. a 20. rokem života člověka. Na počátku je pohlavní zralost a ukončení základní školy, na konci pak ekonomická nezávislost a nástup do zaměstnání (což se netýká např. vysokoškolských studentů). Adolescence je jakési přechodné období, které člověku slouží k urovnání si vlastních hodnot, postojů a cílů, aby následně dokázal dobře nakládat se dvěma základními atributy dospělosti, se svobodou a odpovědností.

V této fázi se dotváří identita – dospělý jedinec v optimálním případě ví, kým je, zná tedy své vlastnosti, své silné i slabé stránky, je si vědom limitů svých možností a vytýčí si realistické cíle. Adolescent má v zásadě dvě možnosti, jak dojít k vlastnímu sebepojetí, ke své identitě: buď převezme nějaký vzorec od rodiny nebo jiných lidí, nebo si vytvoří identitu aktivně sám. První možnost je pohodlná, jistější, ale patrně neumožní člověku více rozvinout své možnosti. Dojít si k identitě vlastní cestou vyžaduje překonávání překážek, tedy mj. odolnost, vytrvalost a sebedůvěru. Takový člověk může zpravidla lépe realizovat svůj potenciál.

Kromě toho je tu ovšem možnost, že jedinec není v hledání sama sebe úspěšný. To se může projevit tzv. adolescenčním moratoriem, kdy člověk zatím odkládá definitivní rozhodnutí

ohledně vlastního zacílení a experimentuje s různými rolemi. Takovému jedinci trvá déle, než se „usadí“. Neúspěch ve vytváření identity může mít také formu tzv. difúzní identity, která v krajních případech spadá již do oblasti patologie.

Zralost jedince se projevuje mj. ve schopnosti navázání a udržení dlouhodobého intimního vztahu, který vždy umožní mnohé získat, ale vyžaduje také mnohé se vzdát.

Pro adolescenta je velmi důležité jeho tělo a zevnějšek, fyzická krása a nebo síla bývají důležitými součástmi sebepojetí. Případná extravagance v oblékání, účesu a pod. Signalizuje většinou příslušnost k nějaké skupině a touhu po pozornosti okolí. Tyto projevy s blížící se dospělostí postupně ustupují. Podobně jako v pubescenci jsou i nyní preferována jednoznačná a zásadní řešení problémů, přetrvává nechuť ke kompromisům a typické je zlehčování nebo úplná ignorace cizích „dobrých rad“. Myšlení je velmi pružné a výkonné. Adolescent má zatím poměrně málo zkušeností, což bývá v některých případech paradoxně výhodné – může přijít na řešení, které by staršího a zkušenějšího člověka nenapadlo. Zkušenost je přínosem, protože člověka chrání před opakováním dřívějších chyb, ale zároveň také zátěží, která mu často brání v hledání nových cest.

V této etapě se mění vztah mezi dospívajícím a jeho rodiči. Ti většinou, ačkoli tomu nebývají rádi, definitivně ztrácí svou nadřazenou pozici nad „svým dítětem“ a mívají v této souvislosti ambivalentní pocity. Na jednu stranu vědí, že jejich potomek je již dospělý, ale současně se na úrovni emocí s touto skutečností odmítají smířit.

Adolescent, který si jej již jistější sám sebou, postupně ztrácí potřebu demonstrativně se vymezovat vůči rodičům a jeho

vztah k nim se postupně uklidňuje. V optimálním případě se podaří docílit nové formy pozitivního a obohacujícího vztahu rodičů a jejich dospělého potomka.

Důležitou úlohu v období adolescence sehrávají vrstevníci dospívajícího. Ten v době, kdy se uvolňuje z vazeb na rodinu, ale současně ještě není schopen fungovat zcela samostatně, potřebuje oporu od lidí, kteří jsou na tom podobně, s nimiž také sdílí své prožitky a získává sociální dovednosti. Vrstevnická skupina má potřebu odlišit se nějakým způsobem od ostatních. To se děje pomocí různých rituálů, úpravy zevnějšku, preference určitého druhu hudby apod. Tím je naplněna touha adolescenta po jednoznačnosti a vymezení – existuje svět „my“ a svět „mimo nás“.

Jak bylo již uvedeno, celý vývoj od dětství k dospělosti je charakterizován neustálým osamostatňováním, tento proces zasahuje i vrstevnickou adolescenční skupinu od které se zralý jedinec pomalu odpoutává.

Sexuální potřeba se stává potřebou psychosociální. Partnerské vztahy jsou charakteristické velkou zamilovaností a idealizováním protějšku. První sexuální styk je důležitým mezníkem v životě člověka – subjektivně zvyšuje společenskou prestiž a je to další důkaz dospělosti a nezávislosti a v naší kultuře je dospělost jako taková vymezená v podstatě ekonomickou samostatností.

3. DEFINICE SEBEPOŠKOZENÍ, VÝSKYT, KLINICKÉ ZNAKY, TERAPIE

Sebepoškozování představuje chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity. Přesná definice takového jednání je nesnadná a nemá charakter přesné klinické deskripce a klasifikace.

Sebepoškozování v klinickém slova smyslu představuje kategorii, která má sociální kontext a sociokulturní pozadí.

Zacházení s lidským tělem je determinováno sociálními okolnostmi a rituály, které mají kulturní a sociální význam. Tyto okolnosti rozhodují o tom, které zásahy do lidského těla lze pokládat za konvenční normu (např. tetování nebo piercing) a které již mají charakter sebepoškozování v patologickém slova smyslu. Je zřejmé, že sebepoškozující a siucidiální chování se odlišuje, ale toto odlišení nebývá vždy v klinické praxi snadné. (18)

Automutilace (self mutilation) představuje sebepoškození, kde nejčastější motivace vyplývá z psychotické poruchy a sebepoškození může mít symbolický význam. Příkladem je automutilace zaměřená proti části těla (např. ruce, genitáliím, očím, jazyku) symbolicky vyjadřující patologické pocity viny a sebepotrestání při těžké depresi. Bizarní automutilace se mohou vyskytnout u pacientů trpících schizofrenním onemocněním. Automutilace se může také vyskytnout jako vedlejší produkt neobvyklých sexuálních praktik sadomasochistického charakteru nebo u osob s poruchami osobnosti v zátěžových situacích, jako je např. trestní stíhání,

pobyt ve vězení, nedobrovolná hospitalizace a může mít účelový charakter.

Sebepoškozování (selh harm, self injury, self wounding) je termín, který je nejčastěji spojován s vědomým, záměrným, často opakovaným sebepoškozováním (sebezraňováním) bez vědomé suicidiální motivace v němž dochází k narušení tělesné integrity, bez závažného letálního dosahu. Nejčastěji jde o řezná poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábance, vyřezávání znaků do kůže. K sebepoškození bývají používány ostré předměty, např. žiletky, sklo. Další formou sebepoškození je popálení, např. cigaretou nebo zapalovačem. Uváděné motivy pro sebepoškození jsou rozličné, nejčastěji uváděným motivem bývá pocit vzteku na sebe samého, úlevy od napětí, někdy též přání zemřít. Sebepoškozování je považováno za jeden ze znaků narušené osobnosti, nejčastěji hraničního charakteru. Někdy se ovšem sebepoškozující chování koncipuje spíše jako návyková porucha, než jako znak specifické poruchy osobnosti. Do okruhu sebepoškozování bývá zahrnováno i předávkování léky, které je opakováno a není u něj patrný přímý suicidiální motiv. I když v sebepoškozujícím chování můžeme nalézt apel na okolí, nebývá snaha o získání pozornosti okolí jediným motivačním mechanismem.

Syndrom záměrného sebepoškozování (deliberate self harm) představuje širší pojetí sebepoškozujícího chování, které je vydělené z kategorie suicidiálních pokusů a zahrnuje sebepoškozování jako specifický patologický projev u poruch osobnosti (hraniční, histrionské, disociální, mnohočetné poruchy osobnosti), nebo u pacientů s poruchami příjmu potravy (mentální bulimie) a pacientů závislých na návykových látkách.

Syndrom pořezávaného zápěstí (wrist cutting, slashing) má charakter sebepoškození, v němž dominuje pořezávání, typicky na zápěstí a předloktí, které nemá vědomý suicidiální motiv. Popisuje se, že afektivní projevy, které doprovázejí sebepořezávání, mají specifickou dynamiku a průběh. Pacienti prožívají tenzi a dysforii. Sebepořezání vede k úlevě a k opakování tohoto jednání. Osoby, které se pořezávají, mají snahu proti tomuto jednání bojovat, ale při snaze ovládnout se prožívají napětí, dysforii a vztek, afektovanou kombinaci, která vede k opakování sebepoškozujícího jednání.

Předávkování léky (self poisoning, overdosing) představuje neindikované, nepřiměřené nebo nadměrné užití dávky léků bez zřetelného suicidiálního úmyslu. Předávkování bývá často opakované. Může jít o léky, které byly pacientovi předepsány nebo které patří někomu z rodiny, ale i takové, které náhodně najde v domácí lékárničce. (18)

V literatuře se uvádí, že kolem čtyř procent všech pacientů v psychiatrických odděleních nemocnic se pořezává. Ženy převažují nad muži v poměru 3:1 a výskyt sebepoškození u psychiatrických pacientů je 50x častější, než v běžné populaci. Zvláště časté je u osob závislých na návykových látkách. Pacienti bývají nejčastěji starší adolescenti. Typickým příkladem jsou adolescentní dívky. I když některé zdroje uvádějí vyšší počet sebepoškozujících se mužů, kteří se však do péče zdravotnických zařízení nedostanou. (19)

Sebepoškození má tendenci se opakovat a může probíhat po řadu let. Většina sebepoškozujících osob se pořezává mírně

(delicate self-harming), obvykle v soukromí. Nejčastěji pořezávanými částmi těla jsou zápěstí a paže, někdy i nohy. Obličej, prsa a břicho jsou pořezávány výjimečně. Sebepoškozující chování má také charakter popálení, nebývá ovšem tak časté. U sebepoškozujících se osob bývá častý výskyt poruch osobnosti a disociativní patologie.

Většina osob, která se poškozuje, necítí v průběhu akt bolesti. Některé studie uvádí, že v pozadí nevnímání bolesti při sebepoškozování leží disociativní mechanismus zapříčiňující změny citění, pocity derealizace a depersonalizace.

Sebepoškozování se může rozšířit na psychiatrických odděleních, internátech vězeních a podobných zařízeních, kde má podobu psychické nákazy. (26)

Opakované sebepoškozování bývá spojováno s osobnostní patologií, nejčastěji s poruchou osobnosti hraničního typu. Bývá uváděna i disociální, histrionská a mnohočetná porucha osobnosti.

Otto Kernberg se zabýval typy pacientů s hraničně organizovanou osobností a agresivními projevy vůči vlastnímu tělu. Nalezl u nich nedostatečnou integraci superega, neschopnost prožívat vinu a pohotovost k afektům a hněvu. Vyčlenil tři skupiny těchto pacientů:

1. Pacienti s histrionskou nebo infantilní osobnostní poruchou, kteří mají nejbližší k typu hraniční osobnosti. Autodestruktivní projevy se u nich objevují v době, kdy cítí hněv nebo hněv smíšený s depresí a ztrácí kontrolu nad svými objekty. Jejich autodestruktivní chování evokuje v druhých osobách pocity viny.
2. Vážnější typ představují pacienti s maligním narcismem. Autodestruktivní chování se objevuje tehdy, když je znehodnocena jejich patologická grandiozita. Jejich

autodestruktivní projevy mají triumfující charakter a působí sadisticky na druhé osoby, které se kvůli tomu trápí.

3. Psychotičtí pacienti s bizarními suicidiálními pokusy.

Příčiny sebepoškozujícího chování bývají dávány do souvislosti s dětskými traumaty, zvláště se sexuálním zneužíváním. Předpokládá se, že při nedostatečně dobré dětské zkušenosti s péčí blízké osoby se vytváří pohotovost obracet agresivní impulsy vůči vlastnímu tělu. Tato pohotovost se manifestuje zejména v období adolescence.

Průběh aktu sebepoškození má následující znaky:

- přítomnost precipitující události (např. ztráta významného vztahu
- zesílení pocitů dysforie, napětí, úzkosti
- myšlenky na sebepoškození
- pokusy sebepoškozující jednání odvrátit
- následuje sebepoškození
- výsledkem je uvolnění napětí.

U osob, které se sebepoškozují, hraje často důležitou úlohu precipitující událost (nejčastěji ztráta významné vazby), kterou nelze vyřešit adaptivním způsobem a která specificky stimuluje rozvoj pocitů bezmoci, lítosti, vzteku, křivdy a přání pomstít se. Agrese se obrací vůči vlastnímu tělu. Vznik a průběh aktu sebepoškození bývá provázán různými fantaziemi, které mohou mít i sexualizovaný charakter. Vzorec sebepoškozujícího se aktu má tendenci se opakovat podobně jako jiné návykové projevy (např. zneužívání léků).

Terapie dětí a dospívajících, kteří se sebepoškozují je obvykle komplexní a obsahuje různé terapeutické modalities, integruje psychosociální i biologické metody léčby. Hospitalizace je

indikována tehdy, když se u pacienta vedle sebepoškozování projevuje další psychopatologie (např. poruchy příjmu potravy, závislost na návykových látkách, deprese) a když jsou přítomny zároveň projevy suicidálního chování. U dětí může někdy docházet k tomu, že pro rodiče je neúnosné snášet sebepoškozování dítěte a hospitalizace je podporou pro rodinu. Hospitalizace vyžaduje práci se zkušeným týmem, neboť sebepoškozující se pacienti mají často „manipulativní“ projevy a někdy bývá pro odborný tým nesnadné tyto projevy zvládat. Sebepoškozující pacient se typicky spojuje s mladším nebo osamoceným členem týmu, uvádí různé informace a údaje různým terapeutům, vzbuzuje v terapeutech obavy, pocity viny a zlost. Proto je třeba, aby personál uměl zacházet s protipřenosem. Terapeuticky použitelné jsou obvyklé modality individuální, skupinové a rodinné terapie. (33)

3.1 ZPŮSOBY A DŮVODY SEBEPOŠKOZENÍ LÉKY U DĚTÍ

Ukazuje se, že nejvíce náhodnými otravami postiženou skupinou jsou děti ve věku od 1-5 let, přičemž maximum výskytu otrav je u dětí 2 až 3 letých. Tyto děti jsou převážně ještě v péči vlastní rodiny. Otravy dětí těchto věkových skupin jsou prakticky ve 100% náhodné, jdoucí na vrub přirozené dětské zvědavosti a neopatrnosti dospělých. Úmyslné poškození je zcela výjimečné, stejně tak jen vzácně dochází k omylům, kterých se dopouštějí zdravotníci nebo farmaceuti při vydávání léků. Relativně častěji než u dospělých než u dospělých dochází u dětí k podání chybné dávky předepsaného léku, zejména při léčbě akutního onemocnění dítěte. (31)

Jak rodiče jistě sami dobře vědí, v období konce prvního roku a v dalších dvou následujících letech dochází v životě dítěte k velkým změnám. Dítě se v tomto věku dokáže již samostatně pohybovat a tím se mu otvírá obrovská možnost prozkoumávat své okolí, což také dychtivě činí. Každý den zvládá nové úkony a dosud nepřekonané překážky. Jeho rozumové schopnosti však zůstávají pozadu, takže dítě samozřejmě neumí zhodnotit, které situace jsou pro něj nebezpečné.

Z hlediska možnosti výskytu otrav můžeme prostředí rozdělit na:

- a) domácnost
- b) garáže a dílny
- c) parky, zahrady a volnou přírodu.

Léky stojí na prvním místě v počtu otrav. Všechny léky by měly zůstat uzamčené. I v případě, že dospělý lék užívá, neměl by jej užívat v přítomnosti dítěte. To se totiž snaží dospělého napodobovat, a mohlo by pak v nestřežené chvíli sníst i větší

množství tablet. Ty mají dnes lákavou podobu (např. barevná lentilka, sladký sirup). Bez dozoru by neměly zůstat ani kabelky, které jsou pro dítě velkým lákadlem. Nevyplácí se dítě přesvědčovat, že užívaný lék je dobrota či nějaký pamlsek. Měli bychom mu vysvětlit, že jde o lék, který má odstranit jeho chorobu. Pečlivě by měly být uzamčeny i léky, které dítě užívá v době akutního onemocnění. I tyto léky mohou dítěti způsobit vážnou otravu a neměly by být na volně přístupném místě, nebo dokonce v dětském pokoji. (33)

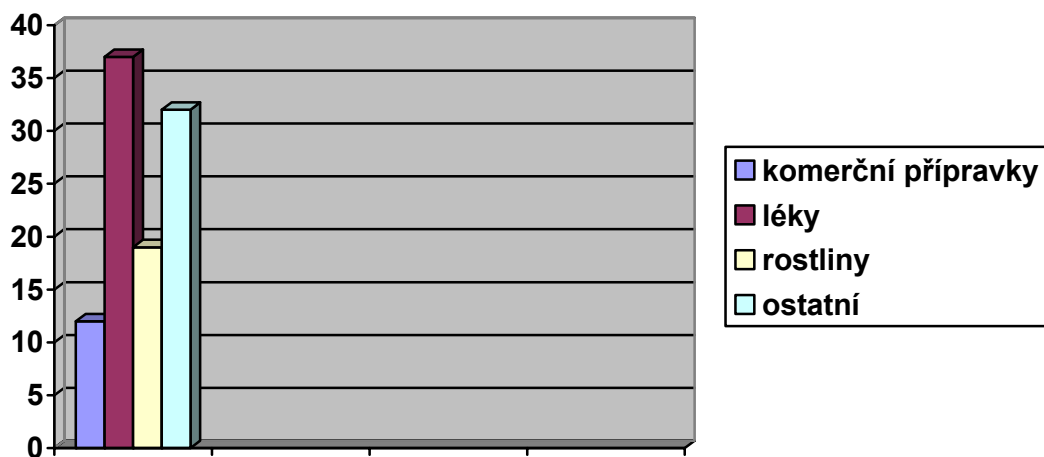
Tam, kde jsou v domácnosti starší lidé, neměly by se jim připravovat léky na noční stolek do misky. Léky „na tlak, srdce na dýchání“, které staří lidé často užívají, mohou dítěti způsobit otravu v dávce, která je pro dospělého člověka léčebná.

Často jsou na vině i rodiče, kteří si před podáním léku dítěti nepřečtou příbalový leták a tak dochází k předávkování.

Při zjištění otravy je dobré si okamžitě vyžádat radu Toxikologického informačního střediska. Nemají-li rodiče tuto možnost, zachovat klid. Co nejdříve po požití bez známek otravy se pokusit vyvolat zvracení (ne u dětí mladších 6 měsíců) a pokusit se podat dítěti několik tablet živočišného uhlí, které u většiny lékových otrav bývá základem léčby. V domácnosti, kde dítě vyrůstá by mělo být vždy k dispozici. V rámci první pomoci se jedná o 3-10 tablet rozdrceného živočišného uhlí. Pak ihned vyhledat lékařskou pomoc. Pozor na požití léků s obsahem železa nebo léků k léčbě osteoporózy. Ty mohou také způsobit smrtelnou otravu. Je dobré dítěti okamžitě podat mléko a kontaktovat lékaře. Při požití hypermanganu podat dítěti mléko nebo vodu, ale nikdy nápoj s bublinkami. Ústa důkladně vypláchnout tekoucí vodou.

K přeceňování možnosti otravy ze strany rodičů dochází naopak při požití hormonální antikoncepce, kde při požití několika málo tablet dochází nanejvýš k zažívacím potížím. Opět zde pomáhá živočišné uhlí. Tabletky Natrium fluoratum obvykle obsahují velmi málo účinné látky, takže požití většího množství tablet nevyvolá otravu. Obvykle postačí podat několikrát mléko, ale pro jistotu je vždy lepší vyhledat radu toxikologického informačního střediska nebo ošetřujícího lékaře.

Graf č.1: Procentuální vyjádření nejčastějších příčin otrav u dětí



12% - komerční přípravky

37% - léky

19% - rostliny

32% - ostatní

3.2 ZPŮSOBY A DŮVODY SEBEPOŠKOZENÍ LÉKY U DOSPÍVAJÍCÍCH

Sebepoškozující chování je výrazně ovlivněno psychickým vyzríváním dítěte a dospívajícího. Postoj ke smrti se s věkem mění. Empirické studie ukazují, že ve vývoji sebepoškozujícího jednání jsou přítomné fantazie o posmrtném životě a v představách je více násilných prvků. Nacházíme následující pocity izolace, úzkost, nejisté nebo snížené sebehodnocení, pocity odmítání. Významnou úlohu může mít pocit strachu, nedůvěry pomoc a možnost řešení. (40)

Ukazuje se, že adolescent, který se nedokáže separovat od rodičů a nemůže nalézt vlastní identitu, je s rodiči svazován pocity závislosti, které však obsahují silnou hostinní vazbu. Jde pak o tzv. hostinní závislost, vazbu která je směsí závislosti, hostility a ambivalence. Projevy sebepoškozujícího jednání adolescenta obsahují pocity vzteku, zoufalství, beznaděje, viny. Afektivní stavy, posilují vazbu závislosti, které se adolescenti brání, a nemožnost se z takového stavu vymanit posiluje hostilní komponenty vztahu. Je to stres, který obvykle vede k regresi psychického fungování – adolescent hůře respektuje realitu, trvá na splnění svých přání, je málo schopen regulovat pocity napětí a neuspokojení, je narcisistický, zranitelný a nevědomě žádá splnění svých potřeb do tzv. primárního objektu (jako malé dítě od matky).

Na vědomé úrovni jde o sebezničující aktivitu vedoucí ke smrti. Velmi nebezpečné bývá zlehčování a zesměšňování sebepoškozujících výroků. Se zkratkovitým sebepoškozujícím jednáním se setkáváme zejména u dětí do 15 let. Nezřídka se můžeme setkat se zdánlivě paradoxním vývojem presuicidálního

syndromu. Po různě dlouhé době napětí, depresivního a dysforického ladění a celkového psychického diskomfortu může nastat náhlé uvolnění, jakoby zlepšení nálady. Tento vývoj může okolí ukolébat v tom, že nebezpečí sebevražedného jednání je již zažehnáno a psychický stav dotyčného se zlepšil. Po tomto uvolnění však může následovat závažné sebepoškozující jednání. Samotný fakt uvolnění je vysvětlován tím, že zdánlivě pozitivní změna psychického stavu pacienta je spojena s definitivním rozhodnutím o sebevraždě. (35)

Podle dlouhodobé švédské studie asi čtvrtina adolescentů sebepoškozující pokus opakuje. Důležité je, že 4,3% mladistvých, kteří se pokusili nějakým způsobem o sebevraždu, nakonec tímto způsobem zemře.

U dospívající mládeže je třeba podotknout a poukázat na to, že takřka u většiny případů sebepoškození dochází k sebepoškození vědomému. Adolescent je již schopen rozeznat a posoudit své jednání a dokáže rozlišit látky, které mohou být k tomuto účelu použity.

Příčiny vzniku problémů s nezdravým užíváním léků

1) Náhradní uspokojení – Každý jedinec má celou škálu potřeb, které se snaží určitým způsobem uspokojit. Kromě biologických potřeb jsou významné např. potřeba lásky, sounáležitosti, uznání pozornosti, uplatnění, pozitivního hodnocení apod. V případě ztráty či citové deprivace, nebo v případě nemožnosti vyjádřit určitou potřebu ve svém prostředí, jedinec hledá způsob náhradního uspokojení.

2) Volání o pomoc – V tomto případě jsou poruchy chování zpravidla náhlé a vyskytují se i v situaci pro jedince distresové, zátěžové (např. v situaci vystupňovaného konfliktu). Jedinec

bývá často úzkostný nebo depresivní. Poruchové chování není zaměřeno na uspokojení potřeb. Jedinec se chová nesmyslně, jakoby v panice. Důvod chování nezná a neumí ho vysvětlit.

3) Emoční deprivace – Poruchy chování jsou důsledkem dlouhodobé citové deprivace jedince v rodině nebo ústavním prostředí, mnohdy jsou poruchy spojeny s LMD či poruchami učení. Jedinci se cítí společností odmítáni, vylučováni. Obvykle se rovněž vyskytuje značná impulzivita a potíže v navazování hlubších citových vztahů, převládá nedůslednost a nedostatek disciplíny.

4) Disharmonický vývoj osobnosti – Poruchy jsou důsledkem neschopnosti jedince navázat vřelé vztahy k druhým lidem, neschopností prožívat lásku i pocit viny, chybí rovněž vnitřní zábrany a kontroly. Chování bývá značně impulzivní, s výraznými agresivními tendencemi. Slouží k okamžitému osobnímu uspokojení, prospěchu. Negativní činy jsou mnohdy předem plánovány. Pro druhé se mohou stát autoritou, často bývají vůdci part. Navenek jsou schopni vystupovat zdvořile, jsou lidé citliví, rozumní a milí, předvádět lítost a slibovat nápravu. Sliby však nejsou schopni dodržet. Prognóza není příliš příznivá. Vývoj zpravidla v důsledku trvale narušené struktury osobnosti směřuje k asociální poruše osobnosti dospělých.

5) Psychické poruchy – například schizofrenie, deprese apod.

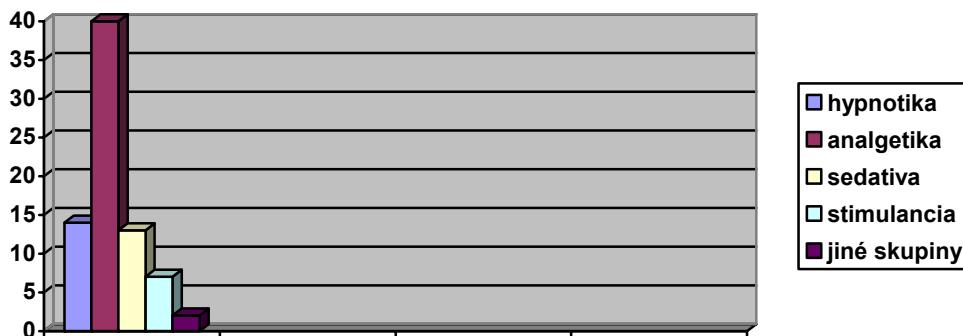
6) Rodiče jako špatný model – sami se chovají společensky nežádoucím způsobem a toto chování prezentují jako uspokojivé. Nemají často osvojeny morální normy, sociální norma běžně porušují a stejné chování schvalují u dítěte.

V podstatě se dá shrnout, že v tomto problémovém úseku života člověka může docházet k sebepoškození léky v několika formách.

Nejčastěji se setkáváme s nezdravým užíváním léků. Dospívající si tímto zlepšují náladu, zbavují se problémů, připadají si před svými vrstevníky dospělejší a zajímavější nebo napodobují nezdravé užívání léků, které pozorují u dospělých. Neuvědomují si však, že dlouhodobé užívání byť v malých dávkách, popř. v kombinaci s alkoholem může znamenat vážná zdravotní poškození jejich vyvíjejícího se organismu.

Další formou sebepoškození je užití toxické dávky léků, která vede k akutní otravě organismu. Často bývá záměrné – pokus o sebevraždu, v horším případě sebevražda dokonaná.

Graf č.2: Procentuální vyjádření příležitostně užívaných léků u dospívajících



hypnotika – užívá 12% populace
analgetika – užívá 40% populace
sedativa – užívá 13% populace
stimulantia – užívá 7% populace
ostatní skupiny – užívá 2% populace

4. NEJČASTĚJI ZNEUŽÍVANÉ SKUPINY LÉKŮ, JEJICH ÚČINKY NA ORGANISMUS

Informace o léčivých látkách:

Lék = léčivá látka, léčivý přípravek upravený k použití a vzdání nemocnému. Lékařsky zdůvodněné podání léčiv spadá do tří hlavních kategorií: a) důvody terapeutické, b) důvody diagnostické, c) důvody preventivní.

Neodůvodněné užívání léků označujeme jako zneužívání léčiv. Jestliže takovéto užívání látek vyvolá u dotyčného jedince závislost na dané látce, označujeme tento stav jako „závislost na návykových látkách“ (laicky toxikomanie).

Léků je vyráběno velké množství druhů, jsou rozděleny do skupin podle účinku. Některé nemají pro zneužívání význam, ale naopak existují lékové skupiny, které jsou mezi mládeží velmi „ceněny“. Pro mladý a vyvíjející se organismus je však vlastní experimentování s léky velmi nebezpečné. Užívání a zneužívání léků, které adolescent objeví doma v lékárnice, nebo je dostane od kamaráda hrozí závažnými poruchami a poškozeními organismu.

Nejčastěji zneužívané léky můžeme rozdělit do skupin podle účinku: tlumivé a stimulační, další samostatnou skupinou je zneužívání hormonů především mladými chlapci – „sportovci“. Dospívající dívky si ničí zdraví užíváním léků na hubnutí, aby se přiblížily současnému nesmýslnému modelu krásy. (25)

Tyto skupiny můžeme rozdělit do několika podskupin léčiv:

- **hypnotika** – používají se při poruchách spánku, mají vystupňovaný sedativní účinek, kterým se dosáhne až usnutí
- **sedativa** – způsobují zklidnění až útlum

- **anxiolytika** – tlumí strach a úzkost
- **antidepresiva** – pozitivně ovlivňují patologicky změněnou (smutnou) náladu
- **psychostimulancia** – stimulují psychické funkce, odstraňují pocit únavy, zvyšují duševní aktivitu a urychlují myšlení
- **analgetika** – tlumí bolest, často kombinovány s alkoholem
(v terapeutických dávkách se tyto zmíněné skupiny preparátů užívají v medicíně k navození spánku, ke zklidnění, potlačení strachu, bolesti, křečí a k uvolnění svalového a psychického napětí. Mohou být však zneužívány pro vyvolání pocitu euforické nálady, povzbuzení, příjemného vzrušení, čilosti, bdělosti a paradoxně zvýšené aktivity)
- **anorektika** – látky snižující pocit hladu
(v lékařské praxi jsou používány při léčbě těžce otlých k usnadnění redukčních diet, zneužívány jsou především mladými dívkami při poruchách příjmu potravy, ale i sportovci k dosažení rychlého snížení hmotnosti)
- **laxativa** – látky s projímavým účinkem
(terapeuticky používány při poruchách vyprazdňování, zneužívány zejména mladými dívkami ke zhubnutí, jejich dlouhodobé zneužívání vede k závažným poruchám zažívacího systému a metabolismu)
- **anabolické steroidy, růstový hormon, kortikosteroidy** – hormony zneužívané především ve sportu (jsou zneužívány pro rychlý a masivní nárůst svalové hmoty a snížení únavy, představují zakázaný doping pro sportovce a vyhledávané zboží ve fitness centrech. Při jejich delším zneužívání dochází ke změnám nálad, pohotovosti k agresivnímu jednání až brutalitě a způsobují závažné poruchy pohlavních a sexuálních funkcí).

Rizika a následky poškození mladého organismu zneužívanými léky:

Každý lék, i když je nasazen z léčebných důvodů, může mít spoustu vedlejších nežádoucích a toxických účinků. Jestliže je léčivo užíváno (zneužíváno) bez odborného dohledu lékaře, který zpravidla určuje dávku a způsob podání léku, může to vážně poškodit zdraví dospívajícího člověka, jehož organismus je stále ve vývoji a obzvláště citlivě reagující.

Akutní komplikace – jsou reakce organismu objevující se téměř bezprostředně po požití léku. Mezi ně patří alergická reakce projevující se kožními výsevy, svěděním, otoky, ztíženým dýcháním apod. Nejtěžší formou alergické reakce je anafylaktický šok, což je závažný a život ohrožující stav, vyžadující odbornou lékařskou péči na ARO nebo JIP odděleních nemocnic. Další akutní komplikací může být intoxikace, která vzniká při předávkování léky, ať náhodným, či záměrným.

Chronické komplikace se objevují při delším užívání léků. Mohou to být poškození různých tkání a orgánů (např. srdce, krevní tvorba, játra, ledviny). Při dlouhodobém užívání psychofarmak se může objevit nápadná únava a spavost, bolest hlavy, podrážděnost, nevolnost a zvracení, úzkost, deprese, narušením krátkodobé paměti, neschopnost koncentrace, třes, zmatenost, halucinace až delirium.

U osob zneužívajících hormonální preparáty dochází k závažným poruchám funkcí pohlavního ústrojí a předstojné žlázy, ledvin, kardiovaskulárního systému a jater. U mladých lidí v růstovém období hrozí vážné poškození kostního aparátu. Vliv

na psychiku je charakterizován zvýšenou až patologickou agresivitou. U dívek a žen mohou steroidy způsobit „zmužnění“ (zhrubnutí hlasu, růst vousů a ochlupení mužského typu, menstruační poruchy, poruchy plodnosti atd.).

Dívky zneužívající anorektika (léky na utlumení pocitu hladu), trpí často tzv. mentální anorexií, kdy vnímají sebe samu zkresleně (cítí se tlusté, i když to není pravda). Svou touhu po štíhlosti vedou až k extrémním stavům, kdy musí být s těžkými poruchami metabolismu hospitalizovány na JIP a později na psychiatrických odděleních. Někdy tyto stavy bohužel končí i smrtí.

Mezi velmi závažnou komplikací u chronického zneužívání léků je tzv. **závislost**. Vzniká po několika měsících pravidelného užívání. Rychle se také rozvíjí tolerance k účinkům léků. To vede ke zvyšování dávek, aby bylo dosaženo žádoucího účinku. Závislost má složku psychickou a somatickou (tělesnou). Psychická závislost se projevuje !obtížně přemožitelnou touhou po své dávce léku“, potřebu užívat lék opakovaně a s přesvědčením, že pokud to neudělá, bude se cítit špatně. Úzkost a podrážděnost je pak u takového člověka vyvolána i pouhou představou, že by „svůj lék“ neměl.

Tělesná závislost je definována jako stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí. Při vysazení léků se projevuje tzv. abstinčním syndromem.

5. PREVENCE, PSYCHOLOGICKÁ A LÉKAŘSKÁ POMOC

Prevence, druhy prevence

Prevence je v širším smyslu slova definována jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu, šíření a škodlivých účinků zneužívání léků.

Podle WHO se rozlišuje:

- **primární** prevence – jejím cílem je předcházet problémům se zneužíváním léků u těch, kteří s tímto ještě nezačali, primární prevenci ještě můžeme rozdělit na *nespecifickou*, čímž se rozumí všechny aktivity podporující zdravý životní styl, které ale nemají přímou souvislost se zneužíváním léků a *specifickou*, což zahrnuje takové aktivity, které jsou přímo programovány na prevenci zneužívání návykových látek (léků)
- **sekundární** prevence – cílem je efektivní poskytování pomoci těm, kteří už začali léky zneužívat
- **terciální** prevence – tahle forma prevence se překrývá s léčbou závislostí, snaží se předcházet případným komplikacím u již závislých jedinců.

V americké literatuře se lze setkat s jiným rozdělením prevence:

- **všeobecná** prevence – ta je určena celé populaci, např. všem dospívajícím v určité oblasti
- **selektivní** prevence – cílovou populací jsou zde děti a dospívající se zvýšeným rizikem
- **indikovaná** prevence – cílovou populací jsou ty děti a dospívající, u kterých není možné diagnostikovat škodlivé užívání návykových látek, ale kteří vykazují varovné známky škodlivého užívání.

Indikovaná prevence

Indikovaná prevence má velmi blízko k tomu, co se někdy v naší literatuře nazývá časná prevence je určena dětem a dospívajícím, kteří sice tabák, alkohol nebo jiné návykové látky užívají nebo hazardně hrají, nelze však u nich ještě diagnostikovat škodlivé užívání nebo závislost na návykových látkách nebo patologické hráčství.

Příznaky zneužívání se projevují jako:

- nadměrně zvýšená únava a ospalost
- nezvykle nadměrná aktivita a hovor
- náhlé zhoršení prospěchu ve škole
- neomluvené hodiny a pozdní příchody do školy
- změna přátel a kamarádů
- poruchy chování, zvýšená podrážděnost a agresivita, úzkostné stavy, deprese
- ztráta motivace
- nespolehlivost
- uzavírání se, tajnůstkářství
- ztráta zájmu o rodinu, kamarády a zájmy, které ho dříve zajímaly
- narušení krátkodobé paměti, tzv. „okna“
- zmatenost, ztráta orientace
- zhoršená koordinace pohybů
- třes
- častější úrazy a nemoci u dříve zdravého jedince
- útěky z domova
- zvýšená potřeba finančních prostředků
- ztráty věcí z domácnost

- změny stravovacích návyků
- nevolnosti, zvracení
- hmotnostní úbytek
- nález léků ukrytých v osobních věcech
- přiznání se k zneužívání léků samotným mladistvým.

Psychologická pomoc - zásady preventivního působení

Prevence sociálně patologických jevů, mezi něž patří i zneužívání léků mládeží, by měla probíhat systémově a měla by respektovat zásady zaměřenosti, komplexnosti, koordinace, kontinuity, včasnosti, mezioborovosti a primárnosti psychické regulace.

1) Z hlediska **zaměřenosti** by mělo být preventivní působení zaměřeno na všechny děti a mládež, **komplexní postup** zahrnuje kromě orientace na dítě a dospívajícího i zaměřenost na jeho širší okolí, tj. například na rodiče, pedagogy apod.

2) Postup by měl být **koordinován**, aby vyloučena duplicita, rozporuplnost v působení zodpovědných subjektů.

3) Jednotlivé preventivní aktivity by na sebe měly navazovat, měly by probíhat **kontinuálně**, a to od zjištění poruchy až po eliminaci nežádoucího chování.

4) Pokud se objeví první signály ohrožení psychického a sociálního vývoje dětí a mládeže, měla by být pomoc zajištěna **včas**. Prevence je tím účinnější, čím dříve s ní začneme. S preventivním působením vlastně začínáme od narození dítěte, avšak za základ preventivního působení je možno považovat předškolní a mladší školní věk (důležitý vliv rodičů a školy). V období dospívání je prevence mnohdy komplikována vlivem

vrstevníků, u kterých mohou být některé sociálně patologické jevy zaznamenány.

5) Efektivní preventivní působení se neobejde bez **týmové, mezioborové spolupráce** například mezi pedagogy, psychology, lékaři, sociálními pracovníky a právníky.

6) Z hlediska **primárnosti psychické regulace** by měla být prevence prioritně zaměřena na nedostatky v úrovni psychické regulace chování.

7) Preventivní působení by mělo zohledňovat zásadu **přiměřenosti** věku, vzdělání, dovednostem a zkušenostem jedince.

Kritéria preventivního působení ve školách

1) Prevence se opírá o **spolupráci s rodiči**.

2) Prevence probíhá jako **kontinuální proces**.

3) Prevence zohledňuje **zásadu přiměřenosti** (věku, vzdělání, zkušenostem, dovednostem, skupinám apod.).

4) Prevence je koncipována jako **získání co nejširších poznatků** o sociálně patologických jevech.

5) Prevence je zaměřena na **získání postojů a dovedností** které jedinci umožní řešit náročné životní situace a zvýší se tím rezistence vůči sociálně patologickým jevům.

6) Prevence se opírá o **akceptovatelné, přitažlivé modely, názorné přístupy a neformální přístup**.

7) Prevence je spojena s **výchovou k občanské odpovědnosti a ke zdravému životnímu stylu**.

8) Prevence je schopna **zlepšit schopnost komunikovat** o problémech a vyrovnávat se s nimi, **rozvíjet zdravé sebevědomí** jedince.

9) Předpokladem úspěšné prevence je **získání důvěry** dítěte a dospívajícího člověka.

Předlékařská a lékařská pomoc

V případě akutního sebepoškození toxickou dávkou léků, ať již náhodného či záměrného, je velmi důležitá akutní pomoc. Sestává se z několika základních kroků:

- a) posouzení ohrožení života
- b) posouzení stavu vědomí
- c) zabezpečení životních funkcí
- d) zklidnění a zajištění lékařské pomoci

Obecné posouzení ohrožení života

Při setkání s člověkem pravděpodobně intoxikovaným je i v předlékařské péči důležité rychle stanovit priority dalšího postupu. Každou intoxikaci je nutno považovat za naléhavý, život ohrožující stav. Současně je třeba mít na paměti, že zhoršování klinického stavu může probíhat velmi rychle. Prvním úkolem je proto bez ohledu na příčinu intoxikace udržet základní životní funkce – oběh a dýchání. O stavu dýchání se lze přesvědčit prostým pozorováním pohybů hrudníku a břicha, o stavu oběhu vyhledáním pulsu na periferních tepnách.

Posouzení stavu vědomí

Při intoxikaci dochází ke kvalitativním i kvantitativním změnám vědomí, pro zvládnutí život ohrožujícího neodkladného stavu je na počátku důležité posoudit hloubku porušeného vědomí. Hloubka porušeného vědomí se pohybuje od celkové utlumenosti, přes ospalost, bezvědomí, které je možné přerušit, až po kóma. Pro stanovení hloubky kvantitativního poškození

vědomí existují různé stupnice. V rámci základní předlékařské první pomoci bohatě postačí orientačně posoudit stav vědomí zhodnocením, zda pacient reaguje na oslovení, bolestivý podnět (pohybem, očním kontaktem či slovy), anebo nereaguje vůbec. Posouzení stavu vědomí je důležitým krokem pro rozhodnutí o dalším postupu – v první řadě o uložení pacienta do správné polohy. Diferenciální diagnostika je komplikovaná – porušené vědomí může mít samozřejmě mnoho různých příčin.

Důležitou první pomocí při intoxikaci je pokus udržet vědomí, respektive zpomalit jeho zhoršování. Nejjednodušší je mobilizovat vědomí intoxikovaného nucením k aktivnímu rozhovoru a kontaktu. (36)

Zabezpečení životních funkcí

Prvním krokem je uložení do správné polohy. Zvolená poloha se řídí podle stavu vědomí a stavu základních životních funkcí. Bezvědomý, spontánně dýchající, se uloží do stabilizované polohy na boku. Pacient při plném vědomí, s poruchami srdce a oběhu, se uloží na záda s horní částí těla lehce zvýšenou. Pacient s poklesem tlaku (dlouhé zvracení) se uloží na záda se zvýšenou polohou dolních končetin. Při zástavě životních funkcí se zahajuje umělé dýchání.

Zklidnění a zajištění lékařské pomoci

Uložení na klidné místo a zklidnění patří ke standardním postupům první pomoci. U intoxikovaných je tento bod o to důležitější, že mezi příznaky intoxikace patří i různé psychotické stavy nebo impulzivní a agresivní reakce. Předlékařská první pomoc končí přivoláním lékaře nebo

převezením do zdravotnického zařízení, kde jsou tito pacienti hospitalizováni na ARO nebo odděleních JIP. (40)

ZÁVĚR

Sebepoškození zneužívanými léky dětmi a dospívajícími je závažným společenským sociálně patologickým jevem. Je nutné si uvědomit, že řešení tohoto problému nepřísluší jen psychiatrům, pediatrům, psychologům, sociologům, ale také pedagogům a sociálním pracovníkům, kteří se ve své praxi setkávají s mladými lidmi jichž se tato problematika osobně dotýká. Nejzávažnějším úkolem zůstává prevence neboť svým neuváženým jednáním mohou být děti či dospívající poznamenáni psychicky i fyzicky na celý život – pokud přežijí.

Specifickou skupinou, která vyžaduje zvýšenou míru pomoci jsou dospívající jedinci, kteří mají ztížené podmínky pro orientaci v životě zejména z řad učňovské mládeže a etnických minorit.

V této práci bylo dosaženo vymezení rozdílů mezi sebepoškozením léky u dětí a dospívající mládeže.

Ve skupině dětí dochází k sebepoškození léky (otravám) poměrně často z celkového počtu otrav 37%. Z hlediska etiologie jde o otravy náhodné, v tomto věku se nesetkáváme se záměrným suicidiálním chováním. To se objevuje až v počátečním období puberty.

Ve skupině dospívajících je tomu přesně naopak. K sebepoškozování dochází záměrně a vědomě, ať již akutním sebepoškozením z předávkování léky – intoxikací (může však být i neúmyslná nebo postupným poškozováním různých systémů organismu dlouhodobým a nadměrným užíváním léků).

Tato problematika má stejnou důležitost a je stejně závažná jako tolik neustále diskutovaná drogová problematika. Je však o to závažnější, že není tolik mediálně odsuzovaná

a není ji přikládán takový význam, přičemž nebezpečnost je o to závažnější, že dostupnost léků, které je možno zneužít k sebepoškození je na rozdíl od drog daleko vyšší.

Resumé:

Obsahem a cílem bakalářské práce je formou systémového přístupu zjistit rozdíly, příčiny a možnosti sebepoškození léky v jednotlivých skupinách dětského věku a adolescence. Tato práce mapuje problematiku málo diskutovanou, zaměřuje se na vyhledávání rozdílných jevů jednotlivých věkových skupin. Snahou bylo také zachytit rizikové faktory ovlivňující možnost vzniku tohoto problému.

Summary:

Content and aim of this Bachelor's work is to find out the differences, causes and possibilities of self-poisoning in particular groups of childhood and adolescence by the way of systematic approach. This work describes the insufficiently discussed problems and aims at searching for different phenomena of the particular age groups. In my endeavour was to find out the risk circumstances which can influence the possible origin of this problem.

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

**Název práce: MOŽNOSTI SBEPOŠKOZENÍ LÉKY U DĚTÍ
A DOSPÍVAJÍCÍ MLÁDEŽE**

Autor: Miroslav Blaha

Vedoucí práce: MUDr. Peter Kováčik

Odborný poradce: Bc. Zuzana Blahová

Počet stran: 58

Rok obhajoby: 2006

Klíčová slova:

léky, lékové skupiny, účinky léků, prevence, sebepoškození, dětský věk, dospívající mládež, psychologie dětského věku, prevence, sociálně patologické jevy, negativní vlivy prostředí

Key words:

pharmaceuticals, pharmaceutilas groups, effects of pharmaceuticals, prevention, self harming – self poisonig, childhood, adolescent, psychology of childhood, prevention, sociálky psychological phenomena, negativ enviromental factors

LITERATURA

KNIHY A JINÉ MONOGRAFIE

- 1) Abrahams, P., Druga, R. Lidské tělo. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, s.r.o., 2003. 256 s. ISBN 80-7181-955-7
- 2) Gladkij, I. Úvod do zdravotní politiky, ekonomika a sociologie zdravotnictví. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 177 s. ISBN 80-244-0176-2
- 3) Heller, J., Pecinovská, O. Závislost známá neznámá. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 1996. 162 s. ISBN 80-7169-277-8
- 4) Hynie, S. Psychofarmakologie v praxi. 1. vyd., Praha: Galén, 1995, 312 s. ISBN 80-8524-17-5
- 5) Klidová, L., Rybárová, E. Vývojová psychologie. 3. upravené vyd. Praha: SPN, 1974. 157 s. ISBN 80-2459-023-4
- 6) Klimeš, L. Slovník cizích slov. 6. vyd. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, a.s., 2002. 862 s. ISBN 80-7235-023-4
- 7) Malátková, J. – vedoucí projektu et al. Ottova encyklopedie A – Ž. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, s.r.o., 2004. 1144 s. ISBN 80-7360-014-5
- 8) Mann, J. Jedy, drogy, léky. 1. vyd., Praha: Academia, 1996, 203 s. ISBN 80-200-0508-0
- 9) Mečíř, J. Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 156 s. ISBN-80-5406-101-5
- 10) Ministerstvo zdravotnictví ČR. WHO – Regionální úřadovna pro Evropu Zdraví 21 – Zdraví do 21. století. 1. vyd. Praha: MZ ČR 2001. 146 s. ISBN 80-85047-49-5

- 11) Nešpor, K., Csémy, L. Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. 1. vyd., Praha: PCP, 1996, 203 s. ISBN 80-85121-52-2
- 12) Novotná, J., Drogové závislosti – symptomatika a léčba pro praktické lékaře. Brno: Litera, 1997, 48 s. ISBN-80-8652-38-5
- 13) Nožina, M. Svět drog v Čechách. 1. vyd., Praha: KLP, 348 s. ISBN 80-85917-36-X
- 14) Provazník, K., Komárek, L., Horváth, M. et al. Manuál prevence v lékařské praxi. 1. vyd. Praha: SZÚ, 1993. 80 s. ISBN 80-7168-097-4
- 15) Vokurka, M., Hugo, J. Praktický slovník medicíny. 6. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4
- 16) Wasserbauer, S., a kol. Výchova ke zdraví. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. 130 s. ISBN 80-7071-145-0
- 17) WHO- Regionální úřadovna pro Evropu. Lemon 4. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Život, zdraví , prostředí, ochrana zdraví, Výchova ke zdraví, Zdravé rodičovství. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 160 s. ISBN 80-7013-248-5

ČASOPISY

- 18) Babáková, Libuše. Zdravotnické noviny ČR. Roč. 51, č.46 (2002). Příl. Lékařské listy, s. 11-13, Sebepoškození – farmakoterapie, psychoterapie ISSN 0044-1996
- 19) Čermák, Aleš – Pacík, D. – Hanák, T. – Kladenský, J. – Peška, I. Sebepoškození – etiologie, Psychologie, Motivace. Česká urologie., Roč. 5, č. 1 (2001), s. 4-8 ISSN 1211-8729
- 20) Houdek, František. Sebepoškozující chování u dětí hospitalizovaných na dětském oddělení psychiatrické kliniky ve

Fakultní nemocnici Brno-Bohunice. Zdravotnické noviny ČR, Roč. 50, č. 18 (2001), s. 28-29 ISSN 0044-1996

21) Hrubý, Stanislav. Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. Lékařské listy - příloha Zdravotnických novin, duben 2004, č.22, s.20-21 ISSN 0044-1996

22) Nešpor, Karel – Csemy, Ladislav. Psychoterapie – metody, Poruchy spojené s užíváním psychoaktivních látek, sebepoškozování, sebevražda – pokus. Adiktologie, Roč. 3, č. 1 (2003), s. 81-83 ISSN 1213-3841

23) Nešpor, K. – Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře. Folia Practica – Galén, 1998 ISBN 80-7262-002-9

24) Nešpor, K. – Csémy, L. Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996 s. 203 ISBN 80-7369-425-6

25) Nešpor, K. – Csémy, L. – Pernicová, H. Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách. Sportpropag, 1996, s. 156 ISBN 80-6524-026-7

26) Paclt, Iva – Florian, J. – Kellerová, P. – Hamanová, J. Sebevražda – epidemiologie, prevence a kontrola, terapie, deprese, úzkostné poruchy. Praktické lékařství, roč. 78, č. 9 (1998), s. 473-476 ISSN 0032-6739

27) Poledne, Rudolf. Medicínský výzkum kontra životní styl. Lékařské listy – příloha Zdravotnických novin, srpen 2004, č.40, s.8 ISSN 0044-1996

28) vedoucí lékař a kolektiv, prof. MUDr. Jan Dobáš CSc, Psychiatrie – učebnice pro praktické lékaře. Avicenum/Osveta 1984 s. 243 ISBN 73521-08/20-08-056-84

29) Yamamotová , Anna. Bolest – práh, analgezie, sebepoškozování, stres psychický. Psychiatrie pro praxi, roč. 3, č. 5 (2002), s. 213-218 ISSN 1213-0508

INTERNETOVÉ ADRESY

30) Drogy – základní informace. Způsoby odmítání. www.inext.cz/peer/

31) Informační servis MV ČR k juniorům bezpečně. www.mvcr.cz/aktualit/sdeleni/2001/delikven

32) Joukl, Zdeněk. Zdraví: Drogy, proč ne, ale...(2.) <http://archiv.neviditelnypes.zpravy.cz/hyena2002/dyn/st>

33) Koutek – Kocourková. Sebevražedné chování. Portál, 2003, s. 126 ISBN 80-7178-732-9. ukázka z knihy – sebepoškozování v adolescenci. <http://obchod.studovna.cz/scripts/detail>

34) Období školních let do puberty. www.stripky.cz/vychova

35) Práva jsou pro všechny. www.detskaprava.cz/prava/

36) Prevence návykových nemocí. www.zdravcentra.cz/cps

37) Průcha. Moderní pedagogika. Portál, 2002, s. 480 ISBN 80-7178-631-4, ukázka z knihy – Zkušený učitel (expert). <http://obchod.studovna.cz/scripts/detail.asp?id=966>

38) Psychologická první pomoc při intoxikaci halucinogeny. Zásady při poskytování psychologické první pomoci při nezvládnutí průběhu psychózy po intoxikaci některým z halucinogenů. <http://www.biotox.cz/enspyro/pj3opph.html>

39) Sám sebou – Léky. www.guild.cz/mojeskola/samsebou

40) Trapková, Barbora Mgr. Co je primární prevence – Základy prevence. www.odrogach.cz

41) Úvod – vývojová psychologie. <http://psychologie.nazory.cz>

42) Volf, Jaroslav, et.al. HELEN – Health, Life Style and Environment, Hodnocení zdravotního stavu – subsystém 6,

materiál zpracovaný na základě usnesení vlády ČR č.369/1991,
Ústředí systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva
ve vztahu k životnímu prostředí – Státní zdravotní ústav Praha.
Dostupné na internetu www.szu.cz

43) Základní problematika poruch intelektu a chování.
Psychopedie, etopedie. www.vysokeskoly.cz/maturitniotazky/

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1

Procentuální vyjádření nejčastějších příčin otrav u dětí - str. 34

Graf č. 2

Procentuální vyjádření příležitostně užívaných léků u dospívajících - str. 38

SEZNAM ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČR	Česká republika
et. al.	a ostatní
LMD	lehká mozková dysfunkce
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
např.	například
odst.	odstavec
popř.	popřípadě
příl.	příloha
r.	rok
roč.	ročník
s., str.	strana
Sb.	sbírky
tzv.	takzvaný
vyd.	vydání
WHO	Světová zdravotnická organizace
WHD	Světová deklarace zdraví