

# Adiktologie v preventivní a léčebné praxi

# N<sup>o</sup> 4

---

PŮVODNÍ PRÁCE

**Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevalenční odhady pacientů a klientů**

**Rolová, G., Miovský, M., Barták, M.**

---

PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK

**Práce v adiktologické ambulanci pro děti a dorost**

**Sedláčková, S., Hamplová, L., Veselý, Z., Dobrinič, K., Mládková, P.**

---



**INDEXOVÁNO V**

Bibliographia Medica  
Čechoslovaca

**ISSN 2570-8120**

**MKČR E 23254**

[www.aplp.cz](http://www.aplp.cz)

Vydává SCAN, z. s.

**Toto číslo časopisu bylo finančně podpořeno projektem Nadace Sirius „Zajištění udržitelnosti a rozvoje specializované adiktologické péče pro děti a dorost v České republice“, který realizuje Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (VFN) v letech 2018–2019.**



Toto číslo časopisu vzniklo ve spolupráci s projektem OPVVV „Zvýšení kvality vzdělávání na UK a jeho relevance pro potřeby trhu práce“ č. CZ.02.2.69/0.0/0.0/16\_015/0002362.



EVROPSKÁ UNIE  
Evropské strukturální a investiční fondy  
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



# Adiktologie v preventivní a léčebné praxi

## VYDÁVÁ

SCAN, z. s.

## VE SPOLUPRÁCI S

Klinikou adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Českou asociací adiktologů, z. s.

## POD ZÁŠTITOU

1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti  
Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP  
České neuropsychofarmakologické společnosti  
Katedry psychologie FF UP v Olomouci  
Psychologického ústavu AV ČR

## S LASKAVOU FINANČNÍ PODPOROU

Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy  
Magistrátu hlavního města Prahy  
Ministerstva zdravotnictví

## PROJEKT JE REALIZOVÁN ZA FINANČNÍ PODPORY

Úřadu vlády České republiky a Rady vlády pro koordinaci  
protidrogové politiky.

## KORESPONDENČNÍ ADRESA

Časopis *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, Klinika  
adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná  
fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

## E-MAIL & WEB

journal@aplp.cz, www.aplp.cz

## CITACE

*Adiktol. prevent. léčeb. praxi*,  
1(3), 215–273.  
Appendix 1, 1–3.  
Appendix 2, 1–85.

## INDEXOVÁNO V

Bibliographia Medica  
Čechoslovaca

ISSN 2570-8120

MKČR E 23254

# REDAKČNÍ RADA / EDITORIAL BOARD

## VEDOUCÍ REDAKTOR / EDITOR-IN-CHIEF

### **doc. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.**

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta,  
Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní  
nemocnice v Praze

Department of Addictology,  
First Faculty of Medicine, Charles Uni-  
versity and General University Hospital  
in Prague, Czech Republic

## ZÁSTUPCE VEDOUCÍHO REDAKTORA / DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

### **PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.**

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta,  
Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní  
nemocnice v Praze

Department of Addictology,  
First Faculty of Medicine, Charles Uni-  
versity and General University Hospital  
in Prague, Czech Republic

## REDAKTOR / EDITOR

### **PhDr. Michaela Malinová**

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta,  
Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní  
nemocnice v Praze

Department of Addictology,  
First Faculty of Medicine, Charles  
University and General University  
Hospital in Prague, Czech Republic

## VÝKONNÁ REDAKČNÍ RADA / EXECUTIVE EDITORIAL BOARD

### **Prevence / Prevention**

prof. PhDr. Olga Orosová, CSc.

### **Léčba / Treatment**

MUDr. Jakub Minařík  
MUDr. Miroslav Grohol  
MUDr. Miroslava Mašlániová

### **Harm reduction**

Mgr. Barbara Janíková  
Bc. Artem Vartanyan

### **Ekonomika / Economics**

doc. Ing. Beáta Gavurová, Ph.D., MBA

### **Sociální vědy / Social science**

doc. PhDr. Peter Brnula, Ph.D.  
doc. PhDr. Ladislav Vaska, Ph.D.  
PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

### **Psychologie / Psychology**

Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.  
Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

### **Právo / Law**

Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.  
JUDr. Michaela Štefunková, Ph.D.

### **Biostatistika / Biostatistics**

Mgr. Jaroslav Vacek

### **Historie / History**

Mgr. Jaroslav Šejvl

## REDAKČNÍ KRUH / ASSOCIATED EDITORS

PhDr. Ladislav Csémy

Doc. MUDr. et PhDr. Kamil Kalina,  
CSc., MSc.

prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

MUDr. Ľubomír Okruhlica, CSc.

MUDr. Petr Popov, MHA

PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.

Mgr. Vladimír Sklenář

PharmDr. Magdaléna Šustková-Fišerová,  
Ph.D.

Mgr. Jarmila Vedralová

MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

## CÍLE A ZAMĚŘENÍ / AIM & SCOPE

Časopis *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* vznikl jako reakce na poptávku různých profesních skupin v adiktologii a v příbuzných oborech směřující k intenzivnějšímu a hlubšímu dialogu a propojení soudobého vědeckého poznání a jejich každodenní praxe. Jeho cílem je zprostředkovávat čtenářům nové informace a inspirativní myšlenky, na důkazech založené postupy, a přispívat k jejich uplatnění v praktické práci s různými populacemi a k jejich kritické reflexi respektující každodenní preventivní a klinickou praxi.

Časopis se zaměřuje na podporu oboustranné komunikace. Zpřístupňuje aktuální výsledky vědeckého poznání těm, kteří se věnují klientům a pacientům v praxi. Současně nabízí prostor pro sdílení praktických poznatků a propojení praxe s výzkumem v oboru adiktologie.

Časopis publikuje recenzovaná původní sdělení, krátká sdělení, přehledové referáty, kazuistické studie, doporučené postupy, studentské práce, zprávy o projektech, komentované překlady, rozhovory, knižní recenze, zprávy z oboru, diskuse a dopisy čtenářů. Přijímá příspěvky věnované tématu legálních a nelegálních psychoaktivní látek, nelátkových závislostí a další komorbidní zátěže z pohledu prevence, léčby, veřejných politik, ekonomického a sociálního kontextu.

Časopis se hlásí k zásadám redakční práce Mezinárodní společnosti editorů adiktologických časopisů – International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE), včetně dodržování etických norem a doporučení vyplývajících z Farmingtonské úmluvy (<http://www.isaje.net/farmington-consensus.html>).

*Addictology in Prevention and Treatment Practice* was established in response to the growing demand on the part of various groups of addiction professionals and practitioners from other related fields who were calling for a more intensive and in-depth dialogue and ways to facilitate closer links between the latest scientific knowledge and their day-to-day practice. By providing its readers with the most recent findings, inspiring ideas, and evidence-based approaches, the journal seeks to contribute to applying such information to work with different populations and reflecting on it critically in the light of everyday prevention and clinical practice.

The journal aims at promoting two-way communication. It is intended to make the latest evidence available to practitioners in the field, as well as offering space for sharing practical knowledge and connecting addiction-specific practice with relevant research.

The journal publishes peer-reviewed original research – including short reports – reviews, case studies, guidelines, student papers, project reports, commented translations, interviews, book reviews, news from the field, opinions, and letters. Submissions are expected to address legal and illegal psychoactive substances, non-substance addictions, and other comorbidities in terms of prevention, treatment, public policies, and the economic and social context.

The journal espouses the editorial principles adopted by the International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE), including the ethical standards and recommendations set out in the Farmington Consensus (<http://www.isaje.net/farmington-consensus.html>).

### TIRÁŽ / IMPRINT

© SCAN, z.s., 2018

**Adiktologie v preventivní a léčebné praxi**

**Vydává |** SCAN, z.s., Třebotov, Pod Nemocnicí 220, 252 26, [www.scan-zs.cz](http://www.scan-zs.cz), datová schránka: tyggfyfs

**Vedoucí redaktor |** doc. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.

**Zástupce vedoucího redaktora |** PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

**Redaktor |** PhDr. Michaela Malinová

**Jazyková redakce |** PhDr. Vojtěch Hanus

**Anglická redakce |** Mgr. Jiří Bareš a Simon Gill, MA

**Adresa redakce |** Klinika adiktologie, 1. LF UK, Apolinářska 4, 128 00 Praha 2, tel. 224 968 271

**Design & Layout |** Missing Element & Vladimír Vašek, [www.missing-element.com](http://www.missing-element.com)

**Produkce |** NLN, s.r.o., Náprstkova 10, Praha 1

Rukopisy zasílejte vyhradně na elektronickou adresu redakce [journal@aplz.cz](mailto:journal@aplz.cz). Distribuce, informace a objednávky předplatného na adrese vydavatele, e-mail [scan@scan-zs.cz](mailto:scan@scan-zs.cz), [www.aplz.cz](http://www.aplz.cz).

Inzerce na adrese redakce, e-mail [scan@scan-zs.cz](mailto:scan@scan-zs.cz).

Vychází čtyřikrát ročně.

**Cena časopisu |** 103 Kč

**Cena vč. poštovního |** 135 Kč

**ISSN 2570-8120**

**MKČR E 23254**

Toto číslo vyšlo v prosinci 2018.

Otištěné příspěvky nejsou honorovány, autor obdrží bezplatný výtisk. Za obsah a jazykovou úpravu inzerátů odpovídá inzerent. Kopírování a rozmnožování za účelem dalšího rozšiřování není možné bez předchozího písemného souhlasu vydavatele.

**Příští číslo vyjde 30. 3. 2019.**

Redakční uzávěrka zpráv a oznámení je 15. 3. 2019. Redakce si vyhrazuje právo zaslané zprávy krátit a redakčně upravovat. Nepodepsané příspěvky pocházejí z redakce.

 [fb.me/avplp](https://fb.me/avplp)

 <https://twitter.com/avplp>



# LÉČBA CHRONICKÉ HEPATITIDY C

# MAVIRET®

glekaprevir/pibrentasvir

KOMBINACE 2 DAA\* V 8TÝDENNÍM PANGENOTYPOVÉM REŽIMU<sup>1</sup>

= 8 TÝDENNÍ  
LÉČBA

DOSUD NELÉČENÍ PACIENTI BEZ  
CIRHÓZY, PACIENTI S INFEKČÍ GT1-6<sup>†</sup>

98%<sup>2</sup>  
ITT<sup>‡</sup>  
VYLÉČENÝCH PACIENTŮ\*\* (SVR12)

Napříč GT 1–6 (n = 943/965)<sup>2</sup>

\*DAA = přímo působící antivirotika.

\*\*Vyléčení = setrvalá virologická odpověď (SVR12) definovaná jako HCV RNA nižší než LLOQ za 12 týdnů po ukončení léčby a byla primárním účinnostním cílovým ukazatelem ve všech studiích.

<sup>†</sup>8týdenní léčba je také doporučena u pacientů bez cirhózy dříve léčených pomocí pegIFN + RBV s nebo bez SOF nebo SOF + RBV s HCV infekcí genotypu 1, 2, 4, 5 a 6.

<sup>‡</sup>ITT = do analýzy jsou zahrnuti všichni pacienti, kteří byli zařazeni do studie.

## Zkrácená informace o přípravku: Maviret 100 mg/40 mg potahované tablety

**Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje glekaprevirum 100 mg a pibrentasvirum 40 mg. **Indikace:** Léčba chronické virové hepatitidy C u dospělých. **Dávkování a doba léčby:** Doporučená perorální dávka přípravku Maviret je 300 mg/120 mg (tři tablety 100 mg/40 mg) jednou denně s jídlem. Doporučená doba trvání léčby viz SPC. **Zvláštní populace:** U pacientů s poruchou funkce ledvin a lehkou poruchou funkce jater není třeba dávku upravovat; u pacientů se středně těžkou poruchou funkce jater se Maviret nedoporučuje, těžká porucha funkce jater – viz kontraindikace. U pacientů po transplantaci jater nebo ledvin s cirhózou nebo bez ní je doporučená doba léčby 12 týdnů. Další informace týkající se dávkování viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Pacienti s těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh C). Současné použití s léčivými přípravky obsahujícími atazanavir, atorvastatinem, simvastatinem, dabigatran-etexilátem, přípravky obsahujícími ethinylestradiol, silnými induktory P-gp a CYP3A (např. rifampicinem, karbamazepinem, třezalkou tečkovanou (*Hypericum perforatum*), fenobarbitalem, fenytoinem a primidonem). **Těhotenství a kojení:** Údaje o podávání glekapreviru nebo pibrentasviru těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Přípravek Maviret není z preventivních důvodů během těhotenství doporučován. **Zvláštní upozornění:** Reaktivace viru hepatitidy typu B: Pacienti s koinfekcí HBV/HCV jsou vystaveni riziku reaktivace HBV, a proto mají být monitorováni a má jim být poskytnuta péče podle aktuálních standardních léčebných postupů. Screening HBV má být u každého pacienta proveden ještě před zahájením léčby. Porucha funkce jater: Maviret se nedoporučuje u pacientů se středně těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh B) a je kontraindikován u pacientů s těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh C). Současné podávání přípravku Maviret s léčivými přípravky, které inhibují P-gp a BCRP (např. cyklosporin, kobiciclat, dronedaron, itraconazol, ketokonazol, ritonavir), může zpomalit eliminaci glekapreviru a pibrentasviru a tím zvýšit plazmatickou expozici antivirotik. Léčivé přípravky, které inhibují OATP1B1/3 (např. elvitegravir, cyklosporin, darunavir, lopinavir), zvyšují systémové koncentrace glekapreviru. Pacienti léčení antagonisty vitamínu K: Během léčby přípravkem Maviret se může změnit funkce jater, je doporučeno pečlivé monitorování hodnot INR. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: bolest hlavy a únava. Časté: průjem, nauzea, astenie. Zvýšení celkového bilirubinu nejméně na 2násobek horní hranice normálních hodnot (ULN) bylo pozorováno u 1,3 % pacientů v souvislosti s inhibicí transportéru bilirubinu prostředkovanou glekaprevirem a jeho metabolismem. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** PVC/PE/PCTFE blistr s Al fólií, balení obsahuje 84 (4x21) tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Ludwigshafen, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/17/1213/001. **Poslední revize textu:** 06/2018. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete. \* Všimněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Reference: 1. SPC Maviret. 2. Puoti M. et al: High SVR12 with 8-week and 12-week glekaprevir/pibrentasvir therapy: An integrated analysis of HCV genotype 1-6 patients without cirrhosis. J Hepatol. 2018 Aug;69(2):293-300.

abbvie

AbbVie s.r.o., Metronom Business Center, Bucharova 2817/13, 158 00 Praha 5 – Nové Butovice, tel.: 233 098 111, fax: 233 098 100, www.abbvie.cz

CZ-MAVI-180016

# Obsah / Contents

## EDITORIAL

**Dětská a dorostová adiktologie vytvořila samostatnou sekci při SNN ČLS JEP a sdílí ji s dalšími společnostmi**

221

MIOVSKÝ, M.

---

## PŮVODNÍ PRÁCE / ORIGINAL ARTICLE

**Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevenční odhady pacientů a klientů**

224

*Publicly available data sources and prevalence of substance use in pregnant women, children and adolescents and the use of these data for patients' and clients' prevalence estimates*

ROLOVÁ, G., MIOVSKÝ, M., BARTÁK, M.

---

## PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY / REVIEW ARTICLES

**Práce v adiktologické ambulanci pro děti a dorost**

236

*Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents: Intervention Possibilities*

SEDLÁČKOVÁ, S., HAMPLOVÁ, L., VESELÝ, Z., DOBRINIČ, K., MLÁDKOVÁ, P.

**Školská zařízení a adiktologická problematika**

246

*School Facilities and Addiction-Related Issues*

TOMAN, J.

---

## PŘÍPADOVÁ STUDIE

**Přístup založený na důkazech ve školní prevenci znamená každodenní boj: případová studie zkušeností v České republice s národními standarty kvality a národním certifikačním systémem**

254

*An evidence-based approach in school prevention means an everyday fight: a case study of the Czech Republic's experience with national quality standards and a national certification system*

MIOVSKÝ, M.

---

## ZPRÁVY Z OBORU

**K novému vizuálu kampaně Centra veřejného zdraví se zaměřením na alkohol 1. LF UK a VFN v Praze pro cílovou skupinu dospívajících**

260

BARTÁK, M.

## PEDIATRICKÉ SLUŽBY

### Adiktologická ambulance pro děti a dorost ADA+ Kladno

262

Štáfková, M.

### Ambulance dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

264

Kunc, S., Franzová, M., Šťastná, L.

### SANANIM – Adiktologická ambulance pro mladistvé

265

Petrošová, B., Rataj, M.

### Ambulance pro gambling SANANIM, z.ú.

266

Ambrož, M.

### Program pro rodiče-uživatelé drog a jejich děti (SANANIM)

268

Preslová, I.

### Prev-Centrum, z.ú., Nížkoprahové služby

270

Franková, A., Roubalová, A.

### Terapeutická komunita Karlov, Sananim, z.ú.

272

Jandáč, T.

---

## PŘÍLOHY: DOPORUČENÉ POSTUPY

### APPENDIX 1

Doporučené postupy pro identifikaci a management užívání návykových látek a poruch spojených s užíváním návykových látek v těhotenství

1–3

### APPENDIX 2

Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek

1–85



## Dětská a dorostová adiktologie vytvořila samostatnou sekci při SNN ČLS JEP a sdílí ji s dalšími společnostmi

Vážení kolegové, čtenáři, přátelé,

od momentu, kdy jsme společně s Petrem Popovem v časopise *Adiktologie* publikovali editorial pod názvem *Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace* (Miovský, Popov, 2016), uplynulo dost vody a některá z témat se usadila, vyjasnila a dostala jasnější obsah. Je dnes pravděpodobně mnohem více početný okruh kolegů, kteří toto téma začali vnímat a pro které je lépe uchopitelné. Postesk nad tím, že některé vznikající provozy nemají plnou obsazenost, je v tomto kontextu především o dvou základních problémech. Tím prvním je zřejmě neochota si přiznat, že za touto netrpělivostí stojí především obava o rozpočet „na dospělácké služby“. To je ale obava zcela oprávněná a má být předmětem otevřené diskuse a nikoli pasivně agresivního skrývání se „za pochybnosti o smyslu a oprávněnosti“ dětských provozů. Nedostatek peněz je všudypřítomný a je společným závažným problémem. Vznik a rozvoj dětské adiktologie by neměl ohrožovat služby pro dospělé a neměl by vést ještě do větší krize, než v jaké jako obor jsme. Pojďme to tedy transparentně pojmenovat a řešit. Je to systémový a závažný problém a prioritou celého oboru v segmentu ambulantní péče musí být revitalizace a stabilizace služeb pro dospělé. To je jasné a musí to být jasně opakováno. Neznamená to ale nesmyslně mlčet a bát se udělat jakýkoli krok do neznáma a čekat „na lepší časy“ – nikdy nepřijdou a naše povinnost je rozvíjet obor a artikulovat problémy, které vidíme a pro které máme oporu ve vědě a klinické praxi.

Druhým základním problémem, který není dostatečně pojmenován a doutná a souvisí s předchozím tématem, je fakt, že za nedostatkem klientů a pacientů některých provozů stojí prostě nepochopení nebo neochota věnovat se hlavním cílovým skupinám dětských provozů. Každý by měl samozřejmě rád ony motivované klienty pro tu „pěknou a vrcholovou“ psychoterapii. Jenže takových klientů je málo a mnozí z nich za exkluzivní služby rádi zaplatí i jinde. Ale dětská a dorostová adiktologie je dominantně o opačném konci, stojí na nemotivovaných a problematických rodičích, pokud vůbec rodiče jsou, protože to je především o dětech z ústavní výchovy a péče. Například dětské domovy jsou plné dětí, které potřebují alespoň základní adiktologickou péči – a tato péče pro ně v potřebné podobě dnes dostupná není – včetně toho, aby je v případě potřeby viděl dětský psychiatr. O diagnostických ústavech nemluvě. Vedle toho asi nebudou jásat mnohé těhotné ženy mající adiktologický problém, že s ním jsou konfrontovány a jim je nabídnuta pomoc. O náctiletých klientech probační a mediační služby asi není třeba hovo-

řit, stejně jako klientech OSPOD v konfliktu se zákonem. Ilegální migranti a u nás žijící menšiny, resp. jejich děti, asi též není třeba představovat. Drtivá většina této klientely není nikým chtěná a rozhodně není lehká na práci. Dobrovolnost, zájem a motivace jsou asi logicky v jejich případech velmi choulostivá témata. Jeden z klíčových článků tohoto čísla, zabývající se mj. výpočtem prevalence potenciálních dětských pacientů a klientů pro dětské provozy (Rolová et al., 2018), nenechává na pochybách, o jakých číslech se bavíme. Navazuje úzce na provedené analýzy publikované již dříve (např. Miovský et al., 2014). Není důstojné nechat padnout diskusi o tak závažných věcech na úroveň otázek, kolik vznikajících nových typů služeb mělo za posledních téměř 30 let od Sametové revoluce v roce 1989 podobnou evidenci a řádně provedené analýzy potřeb. Kolik let mnoha novým službám trvalo, než našly svůj profil a klientelu, a kolik z nich mělo problém s nedostatkem klientů a jak dlouho. Přitom není pochyb o jejich užitečnosti a naléhavosti z hlediska jejich existence. Je to nejen nedůstojné, je to i neucta k obrovskému nasazení a těžké práci kolegů, kteří v dětské péči již mnohé dokázali a udělali a nejsou v situaci „hledání profilu a klientely“. Pojďme tedy tyto problémy dospěle pojmenovávat a diskutovat a nebojme se nepříjemných otázek s nelehkými odpověďmi. Ten dialog je potřebný.

Právě proto, že dětské služby v adiktologii za sebou mají od roku 1957 dlouhý vývoj a na tomto poli je mnohé odpracováno a hotovo, nabízela se logicky varianta vzniku něčeho lépe organizovaného a pevnějšího. Po delší diskusi se tak zrodil nápad založit Sekci dětské a dorostové adiktologie při SNN ČLS JEP (dále též Sekce DaDA). V dubnu 2018 pak byla tato myšlenka formálně schválena výborem SNN a vznikl kratičký koncepční návrh postupu a priorit pro rok 2018, který výbor schválil a podpořil na své pravidelné schůzi. Formulován byl pracovní návrh pojetí dětské a dorostové péče v adiktologii charakterizované ve schváleném dokumentu: *„Dětská a dorostová adiktologie je vymezena primární cílovou skupinou dětí do 15 let a dospívajících do 18(19) let, včetně těhotných žen, rodinných příslušníků a dalších vztahových osob. Primárním posláním sekce SNN ČLS JEP bude postupná kultivace klinické práce s touto cílovou skupinou, rozšiřování preventivních, diagnostických a léčebných nástrojů a intervencí vztahujících se k ní a jejím specifickým potřebám. Je striktně interdisciplinárně založená a zohledňuje jak celé spektrum relevantních odborností (dětská psychiatrie, dětská klinická psychologie, sociální práce, dětská adiktologie atd.), tak institucí specializujících se na práci s touto adiktologickou klientelou, včetně širší sítě relevantních institucí a partnerů jako např. OSPOD, ústavní výchovy a péče, kojeneckých ústavů atd.“*

Jde samozřejmě pouze o pracovní návrh podléhající další diskusi a vývoji. Jedná se o segment služeb a budoucí část oboru, která není dnes pevně usazena nikde ve světě.. Sekce DaDA si definovala na počátku tyto priority:

- Koncepční usazení specializace dětské a dorostové adiktologie v oboru závislosti.
- Vytvoření pracovního návrhu Koncepce páteří sítě služeb v DaDA v ČR, jeho předložení do diskuse a zahá-

jení diskuse o jeho postupné implementaci a podmínkách implementace.

- Diskuse o promítnutí témat dětské péče do vzdělávání všech dotčených odborností.
- Nastartování vědecko-výzkumné činnosti v dětské adiktologii a vytváření podmínek pro její rozvoj.

Autoři publikovaného editoria z roku 2016 (Miovský, Popov, 2016) zdůraznili, že **mluvíme-li o dětské a dorostové adiktologii, mluvíme skutečně o aplikaci mezioborového modelu, důsledně dodržujícího integrativní rámec a charakter adiktologických služeb**. Ani samotná rodinná a párová terapie, ani individuální psychoterapie, ani sociální práce, ani výchova či veřejnozdravotní intervence, ani farmakoterapie ani další jednotlivé složky a komponenty péče nejsou všeobíhající a samy o sobě dostačující. Jsou jen dílčími částmi mozaiky a každá ze základních odborností a jí doporučených intervencí má své místo a toto místo je nezastupitelné a není nadřazené jiným. Jasně jsme formulovali požadavek a de facto imperativ pro další rozvoj celého segmentu služeb, tedy že **o kvalitním a efektivním programu dětské a dorostové adiktologie lze hovořit tehdy, když léčba odpovídá potřebám a charakteru cílové skupiny, tedy dítěte, jeho případných sourozenců, rodičů, případně jiných blízkých osob a širšího sociálního rámce, ve kterém se pohybují**. Velmi ilustrativně to mohou dokládat některé publikované kazuistiky (např. Chládková, Miovský, 2016) a další dokumenty. Není dětské a dorostové adiktologie bez skutečně reálného zastoupení odborností, které jsou pro takovou péči relevantní a bez nástrojů, terapeutických strategií a intervencí, které jsou ověřené, fungující a prokazatelně přinášejí výsledky. Mezitím byl k dispozici český překlad doporučených postupů z Velké Británie (Gilvarry et al., 2016), určených pro práci s mladými lidmi a ten byl rychle rozebrán. I proto jej přetiskujeme v tomto čísle APLP, aby postupy byly dostupné pro další diskusi a práci. To je relevantní také pro blížící se zásadní moment ve vývoji našeho oboru. V roce 2019 totiž náš obor obdrží přímou finanční podporu TAČR (Technologická agentura ČR) pro zpracování vlastních, mezioborově založených klinických doporučených postupů. Základní podmínkou zadání pak je samostatné zpracování právě také doporučených postupů pro děti a dorost. Britské doporučené postupy a další dostupné postupy publikované ve světě se tak stávají důležitou součástí vstupující do naší práce a otevírají diskusi o tom, co a jak z nich lze promítnout do našich vlastních postupů.

Historickým milníkem se v letošním roce stalo první ustanovující setkání zájemců o vznik Sekce DaDA usku-tečněné ve čtvrtek 15. listopadu 2018 v aule Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Velmi rychle došlo mezi přítomnými ke shodě na všech programových bodech a prioritách a zápis z celého setkání je k dispozici na stránkách SNN ([www.snncls.cz](http://www.snncls.cz)). Na ustavující schůzi sekce byl potvrzen záměr sdílet tuto sekci mezi SNN ČLS JEP a Českou asociací adiktologů (ČAA) a navrženo bylo také projednat sdílení této sekce s Asociací nestátních organizací (A.N.O.). Všechny tři výbory byly obeslány a informovány. Současně kolegové navrhli také další klíčová

partnerství a sdílení informací. Atmosféra byla velmi přátelská a pracovní, a tak se dokonce podařilo ihned na místě diskutovat, navrhnout a zvolit vedení nově vzniklé Sekce. Ze šesti zájemců byla sestavena a schválena kandidátka a schválena byla také procedura hlasování. Předsedkyní Sekce DaDA byla 20 hlasy zvolena Michaela Štáfková z Dětské ambulance v Kladně a dalšími dvěma členy vedení byli zvoleni, shodně oba 16 hlasy, Libor Chvíla z Dětské ambulance v Ostravě a Blanka Petrošová z Dětské ambulance Sananim. Zbývající tři kandidáti budou tvořit užší jádro vedení Sekce a spolupracovat se zvoleným výborem a pomáhat s aktivitami. Rovnou se vedla širší diskuse k plánovaným výstupům Sekce směrem dovnitř i ven adiktologické obce a prioritními aktivitami a komunikací byla, kromě využití samotného APLP, navržena také Purkyňka jednou ročně (žádost a návrh podány na výbor SNN). Členové Sekce projeví dále zájem o pravidelný blok a prostor (symposium) na AT konferenci a zájem o pravidelnou účast na akcích směrem k Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Nově zvolené vedení si odneslo předané dokumenty a podklady. Současně bylo vysloveno poděkování za podporu v rozjezdu činnosti Sekce přítomné zástupkyni Nadace Sirius paní Kamile Badové. Sekce tak na svoje první krůčky získala důležitou podporu a kromě spolupráce s Nadací Sirius se chystá oslovit také další partnery, včetně např. Odborné společnosti pro prevenci rizikového chování (OSPRCH). Rád bych nově vznikajícímu seskupení popřál vše dobré do startu a neutuchající energii tolik potřebnou pro jejich klienty a pacienty. Přál bych si, aby jak samotná Sekce, tak hlavně vznikající a rozvíjející se služby měly podporu a zázemí a aby jim zbývající část oboru byla ochotna naslouchat, vyjádřit zájem a vést s nimi dialog.

V Praze 1. prosince 2018

**Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.**

přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze  
a vědecký sekretář Společnosti pro návykové nemoci  
ČLS JEP pověřený koordinací vzniku Sekce dětské  
a dorostové adiktologie

## LITERATURA / REFERENCES

- Rolová, G., Miovský, M., Barták, M. (2018). Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodičů, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevalenční odhady pacientů a klientů. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 224–235.
- Gilvarry, E. et al. (2016). *Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze/Královská akademie všeobecných lékařů, UK.
- Chládková, N., Miovský, M. (2016). Adolescentní pacientka užívající návykové látky komorbidní s mentální bulimií: klinická kazuistická studie. *Adiktologie*, 1(4), 360–367.
- Miovský, M., Čablová, L., Štátná, L., Školníková, M., Miklíková, S. (2014). Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje. *Adiktologie*, 1(4), 10–21.
- Miovský, M., Popov, P. (2016). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace? *Adiktologie*, 1(4), 272–279.

# JASNÁ CESTA ZE ZÁVISLOSTI!



**SUBOXONE** 2 mg/0,5 mg, 8 mg/2 mg a 16mg/4 mg sublingvální tablety, buprenorfinum/naloxonium **Složení:** Suboxone 2 mg/0,5 mg: buprenorfinum 2 mg (jako buprenorphini hydrochloridum) a naloxonium 0,5 mg (jako naloxoni hydrochloridum dihydricum). Suboxone 8 mg/2mg: buprenorfinum 8 mg (jako buprenorphini hydrochloridum) a naloxonium 2 mg (jako naloxoni hydrochloridum dihydricum). Suboxone 16 mg/4mg: buprenorfinum 16 mg (jako buprenorphini hydrochloridum) a naloxonium 4 mg (jako naloxoni hydrochloridum dihydricum). **Pomocné látky:** monohydrát laktózy, mannitol, kukuřičný škrob, povídon K30, kyselina citronová, dihydrát citronanu sodného, magnesium-stearát, draselná sůl acesulfamu, přírodní citronové a limetové aroma **Indikace:** Substituční léčba závislosti na opioidech v rámci lékařské, sociální a psychologické péče. Účelem složky naloxon je zabránit nesprávnému intravenóznímu použití. Léčba je určena pro užítí u dospělých a dospívajících nad 15 let, kteří souhlasili s léčbou závislosti. **Dávkování:** Léčba musí být prováděna pod dohledem lékaře, který má zkušenosti v léčbě závislosti na opioidech/návyku na opioidy. Podrobnější informace jsou uvedeny v Souhrnu údajů o přípravku. Doporučená zahajovací dávka je jedna až dvě tablety přípravku Suboxone 2 mg/0,5 mg. Další dávka jedna až dvě tablety přípravku Suboxone 2 mg/0,5 mg může být podána první den v závislosti na individuálních požadavcích pacienta. Dávka se titruje v krocích po 2-8 mg buprenorfinu podle opakovaného hodnocení klinického a psychologického stavu pacienta a neměla by překročit maximální jednotlivou denní dávku 24 mg. Po dosažení uspokojivé stabilizace může být frekvence podávání snížena na dvojnásobnou individuálně titrovanou denní dávku podávanou obden. Po dosažení uspokojivé stabilizace, a pokud pacient souhlasí, může být dávka postupně redukována na nižší udržovací dávku; v některých příznivých případech může být léčba přerušena. **Kontraindikace:** Hypersensitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku, závažná respirační insuficience, závažná jaterní insuficience, akutní alkoholismus nebo delirium tremens, současné podávání antagonistů opioidů (naltrexon, nalmeften) pro léčbu závislosti na alkoholu nebo opioidech. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Buprenorfin může být nesprávně použit, zneužit podobným způsobem jako opioidy, legálně nebo nelegálně. Rizika nesprávného použití a zneužití zahrnují předávkování, rozšíření virových nebo lokalizovaných a systémových infekcí přenesených krevní cestou, útlum dýchání a poškození jater. Pro minimalizaci rizika mají lékaři přijmout příslušná opatření při předepisování a výdeji buprenorfinu. Kombinace buprenorfinu a naloxonu v přípravku Suboxone je určena pro zabránění nesprávnému použití a zneužití buprenorfinu. Podrobnější informace jsou uvedeny v platném znění SPC bod 4.4. **Hepatitida a poruchy jaterních funkcí:** hlášené případy akutního poškození jater u osob závislých na opioidech v klinických studiích a v postmarketingových hlášeních o nežádoucích účincích (abnormality od přechodných symptomatických elevací jaterních transamináz až k případům hlášení selhání jater, nekrózy jater, hepatorenálního syndromu, hepatální encefalopatie a úmrtí). V případě podezření na případ jaterního poškození se vyžadují další biologická a etiologická vyhodnocení. Podle výsledků může být příjem opioidů vysazen tak, aby se předešlo abstinenčním příznakům a opětovné drogové závislosti. Pokud se v léčbě pokračuje, pečlivě sledovat jaterní funkce. **Porucha funkce jater:** hodnocena v postmarketingové studii. Buprenorfin a naloxon rozsáhle metabolizovány, zjištěny vyšší plazmatické hladiny buprenorfinu a naloxonu u pacientů se středně těžkou a těžkou poruchou funkce jater po podání jedné dávky. Musí být sledovány známky a příznaky vyvolané vysazením opioidů, toxicitou nebo předávkováním způsobeným zvýšenými hladinami naloxonu a/nebo buprenorfinu. Užívat přípravek s opatrností u pacientů se středně těžkou poruchou funkce jater (viz body 4.3 a 5.2 platné verze SPC). Užívání buprenorfinu/naloxonu je kontraindikováno u pacientů s těžkou jaterní nedostatečností. **Porucha funkce ledvin:** renální eliminace může být prodloužena (30 % podané dávky se vylučuje ledvinami). U pacientů s poruchou funkce ledvin dochází ke kumulaci metabolitů buprenorfinu. U pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin se doporučuje opatrnost při dávkování (viz body 4.2 a 5.2 platné verze SPC). **Použití u dospívajících (ve věku 15 až < 18 let):** Pečlivě hlídat pacienty v této věkové skupině vzhledem k nedostatku údajů u dospívajících. **Inhibitory CYP 3A:** Léky, které inhibují enzym CYP3A4, mohou vést ke zvýšení koncentrací buprenorfinu. U pacientů, kteří jsou již léčeni inhibitory CYP3A4, má být dávka kombinace buprenorfin/naloxon pečlivě titrována, snižena dávka může být dostačující (viz bod 4.5 platné verze SPC). Suboxone obsahuje laktózu, pacienti se vzácnou dědičnou intolerancí galaktózy by tento přípravek neměli užívat. **Obecná varování týkající se podávání opioidů:** mohou vyvolat ortostatickou hypotenzi u ambulantně léčených pacientů. Mohou zvýšit tlak mozkomíšního moku vznik záchvatů). Používat opioidy s opatrností u pacientů s úrazem hlavy, intrakraniálními lézemi (při okolnostech, kdy, může dojít ke zvýšení tlaku mozkomíšního moku), nebo u pacientů se záchvaty v anamnéze. Používat opioidy s opatrností u pacientů s hypotenzí, hypertrofií prostaty nebo stenózou uretry, u pacientů s myxedémem, hypotyreózou nebo adrenokortikální insuficiencí (např. Addisonova nemoc) a také u pacientů s dysfunkcí žlučových cest. Opioidy mají být podávány s opatrností starším nebo oslabeným pacientům. Souběžné užívání inhibitorů monoaminooxidázy (IMAO) může vyvolat zvýšení účinků opioidů, a to na základě zkušenosti s morfinem (viz bod 4.5 platného znění SPC). **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Neužívat společně s alkoholickými nápoji nebo léky obsahujícími alkohol (alkohol zvyšuje sedativní účinek buprenorfinu - viz bod 4.7 platného znění SPC). Suboxone má být užíván s opatrností, je-li podáván společně s: benzodiazepiny, s dalšími léky s tlumícími účinky na CNS, ostatními opioidními deriváty, některými antidepresivy, sedativními antagonisty H1-receptorů, barbituráty, anxiolyty (jiné než benzodiazepiny), neuroleptiky atd. Snižená pozornost může zvýšit riziko při řízení motorových vozidel a obsluze strojů. Dále inhibitory CYP3A4 a induktoři CYP3A4. Současné podávání během léčby buprenorfinem/naloxonem je kontraindikováno (potenciálně nebezpečná interakce, která může urychlit náhlý nástup dlouhých a intenzivních opioidních abstinenčních příznaků - viz bod 4.3 platného znění SPC). **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici žádné odpovídající údaje o použití u těhotných žen. Není známo, zda naloxon přechází do mateřského mléka. Buprenorfin a jeho metabolity jsou vylučovány do mateřského mléka u člověka. Kojení má být v průběhu léčby přerušeno. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastější patřily zácpa a účinky související s abstinenčními příznaky (např. nespavost, bolest hlavy, nauzea, nadměrné, pocení). Některá hlášení záchvatů, zvracení, průjmu a zvýšených jaterních testů byla považována za závažná. **Uchovávání:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Indivior UK Limited, 103-105 Bath Road, Slough, Berkshire, SL1 3UH, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/359/001-004 **Datum revize textu:** založeno na schválené revizi z listopadu 2015. **Hlášení podezření na nežádoucí účinky** Hlášení podezření na nežádoucí účinky pro registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosů a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky prostřednictvím Státní ústav pro kontrolu léčiv Šrobárova 48, 100 41 Praha 10, webové stránky: [www.sukl.cz/nahlasis-nezadouci-ucinek](http://www.sukl.cz/nahlasis-nezadouci-ucinek) **Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Podrobně o informacích o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury <http://www.ema.europa.eu/>. Přípravek 8 mg/2 mg hrazen ze zdravotního pojištění.**



# Publicly available data sources and prevalence of substance use in pregnant women, children and adolescents and the use of these data for patients' and clients' prevalence estimates

Rolová, G., Miovský, M., Barták, M.

Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Czech Republic

**Citation** | Rolová, G., Miovský, M., Barták, M. (2018). Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevalenceční odhady pacientů a klientů. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 224–235.

**Background** | The identification of the data and data sources regarding the substance use among children, youth, and pregnant women is one of the starting points of the creation of an addiction treatment services network for this population. The gradually forming network of specialized addiction treatment services for children and youth necessarily brings the need to refine the estimates of potential clients and patients of these facilities in practice. **Methods** | This overview article is based on the identification of publicly available data sources regarding the substance use among children, youth and pregnant women, including the so-called gray zone, and their descriptive analysis with an emphasis on number of individual substance users and gambling and gaming players. **Findings and conclusions** | In the population of children and youth there are up to

44,600 strong tobacco smokers, 114,400 people who drink alcohol excessively and 63,500 young people who use cannabis repeatedly. About 2,750 people currently use methamphetamine and 2,100 young people use heroin and other opiates. Up to 5,070 adolescents used cocaine and about 3,460 people injected drugs during their lifetime. The extent of substance use in children and youth and the availability of outpatient addiction treatment services do not correspond. The authors of the article tried to predict the actual prevalence of potential clients and patients forming the network of specialized outpatient services but at the same time they also tried to outline the direction of future refinement of these estimates and possibilities of working with public data in this field.

**Keywords** | Substance use – Children – Adolescents – Pregnant women – Czech Republic

**Submitted** | 5 November 2018

**Accepted** | 23 November 2018

**Grant support** | Progres Q06, Project to support the development of child addictology care by the Sirius Foundation (VFN).

**Correspondence address** | Gabriela Rolová, Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

# Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevalenční odhady pacientů a klientů

Rolová, G., Miovský, M., Barták, M.

Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

**Citace** | Rolová, G., Miovský, M., Barták, M. (2018). Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevalenční odhady pacientů a klientů. *Adiktol. prevent. léčeb. praxí*, 1(4), 224–235.

**Východiska** | Identifikace dat a datových zdrojů ohledně užívání návykových látek u dětí, mládeže a těhotných žen je jedním z výchozích bodů vytváření sítě adiktologických služeb pro tuto populaci. Postupně se tvořící síť specializovaných adiktologických zařízení pro děti a dorost s sebou nutně přináší potřebu zpřesnit odhady počtu potenciálních klientů a pacientů těchto provozů v praxi. **Metody** | Přehledový článek je založen na identifikaci veřejně dostupných datových zdrojů ohledně užívání návykových látek u dětí, mládeže a těhotných žen, včetně tzv. šedé zóny, a jejich deskriptivní analýze s důrazem na prezentaci počtu uživatelů jednotlivých návykových látek a hráčů gamblingu a gamingu. **Zjištění a závěry** | V populaci dětí a mládeže je až 44 600 silných kuřáků tabáku, 114 400 osob, které nadměrně pijí alkohol, a 63 500 mladých lidí, kteří opakovaně užívají konopné

látky. Pervitin aktuálně užívá okolo 2 750 mladých lidí a heroin a jiné opiáty 2 100 osob. Kokain užilo někdy v životě až 5 070 adolescentů a okolo 3 460 osob si někdy aplikovalo drogy injekčně. Rozsah užívání návykových látek u dětí a mládeže a dostupnost služeb spolu nekorrespondují. Autoři článku se pokusili jednak o reálný prevalenční odhad potenciálních klientů a pacientů tvořící se sítě specializovaných ambulancí, ale současně se také pokusili nastínit ve velmi jednoduché formě směr budoucího zpřesňování těchto odhadů a možností práce s veřejnými daty v této oblasti oboru.

**Klíčová slova** | Návykové látky – Užívání – Děti – Mladiství – Těhotné – Česká republika

Došlo do redakce | 5. listopadu 2018

Přijato k tisku | 23. listopadu 2018

Grantová podpora | Progres No. Q06/LF1 a projekt podpory rozvoje dětské adiktologické péče Nadace Sirius (VFN).

**Korespondenční adresa** | Mgr. Gabriela Rolová, Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

[gabriela.rolova@lf1.cuni.cz](mailto:gabriela.rolova@lf1.cuni.cz)

## 1 VÝCHODISKA

Souhrnným cílem předložené práce je nabídnout přehled datových zdrojů a epidemiologických údajů o užívání návykových látek u dětí a mládeže do věku 19 let a u těhotných v ČR za posledních maximálně deset let s tím, že prezentace nejnovějších údajů má vždy přednost. Účelem není prosté kopírování závěrů ani kritická reflexe závěrů již zveřejněných prací, ale představení a diskuse dostupných informačních zdrojů a informací, které se nabízejí pro realizaci prevence a léčby závislostí a také pro hodnocení aktuální sítě služeb z hlediska jejich kapacity a místní a typové dostupnosti. Výše uvedený souhrnný cíl je pro účely této práce rozdělen na několik dílčích cílů. Prvním dílčím cílem této studie je představení veřejně běžně dostupných datových zdrojů poskytujících údaje ohledně užívání návykových látek u dětí a mládeže ve věku 0–19 let a těhotných žen. Dalším dílčím cílem je stručné shrnutí konkrétních údajů o aktuální prevalenci užívání návykových látek u těchto populačních skupin. Posledním dílčím cílem je prezentace prevalenčních odhadů škodlivého užívání návykových látek u dětí a dospívajících, kteří by v budoucnu mohli vyžadovat intervenci ze strany zařízení specializujících se na léčbu problémového užívání a závislosti na návykových látkách.

Práce tak volně navazuje a rozšiřuje analýzu potřeb adiktologických služeb realizovanou v Praze a Středočeském kraji (Miovský a kol., 2014), zpracovanou na základě zadání Magistrátu hl. města Prahy. Ta přinesla první odhady počtu potenciálních klientů a pacientů pro tehdy zvažovanou pilotní ambulanci pro děti a dorost. Již tehdejší studie uzavírá, že množství informací v otevřených zdrojích není v potřebné míře průběžně aktualizováno, a to někdy ani tam, kde za obsah nese zodpovědnost jasně daná instituce či úřad. Nejdůležitějším zjištěním uvedené analýzy (Miovský a kol., 2014) je potvrzení vysoké potřebnosti zabezpečit specializovanou adiktologickou ambulantní a intenzivní ambulantní péči pro děti a dorost. V rámci zprávy a navazujícího projektu byl navržený směr řešení (Miovský a kol., 2016), a to adaptací konceptu adiktologické ambulance s posílenou lékařskou péčí a navazujícími stacionárními programy (denní a odpolední stacionář). Jako výhodné se ukázalo navázání na původní tradici provozu dětské a dorostové krajské ambulance (jejíž činnost byla původně zahájena v roce 1957) u Apolináře (dnešní Klinika adiktologie) (Miovský & Popov, 2016) a otestování nově navrženého modelu v aktuálních podmínkách (jako navazující evaluační studie). Toto řešení nabízí podle autorů studie (Miovský a kol., 2016) ekonomicky šetrnou adaptaci programu kombinujícího původní provoz s novými požadavky a prvky modifikovaného pojetí moderní adiktologické ambulance a umožňuje zahájení diskuse o budoucí možné podobě tzv. krajských specializovaných center dětské a dorostové adiktologické ambulantní péče v ČR (viz Miovský a kol. 2014, str. 5–6).

Předkládaná aktuální přehledová studie by měla představovat, respektive představuje standardní součást analýz potřeb při budování infrastruktury služeb pro

určitou specifickou skupinu klientů a pacientů, v tomto případě cílovou skupinu ambulantních služeb dětské a dorostové adiktologie.

Problematika analýzy služeb je standardně řešena také v rámci mezinárodního prostředí. Světová zdravotnická organizace (2006) uvádí potřebu hodnocení i konkrétní požadavky na sledovaná data. Odvolává se na potřebu analýzy v oblastech:

- mapování systému (struktura a kvalita systému),
- hodnocení potřebnosti adiktologických služeb, analýzu mezery mezi aktuálně dostupnými službami na jedné straně a potřebnými službami na straně druhé,
- systémové monitorování (spotřeba služeb, jejich návaznost, náklady),
- srovnávací výzkum (k zodpovězení politických otázek na národní úrovni).

Za významné datové zdroje jsou považovány především:

- populační indikátory (například dostupnost návykových látek a rozsah behaviorálních závislostí, data o škodlivých účincích látek a/nebo určitých druzích posuzovaného chování (behaviorální závislosti),
- indikátory vztažené ke službám, jejich místní a typové dostupnosti, charakteristikám cílových skupin, ale také výsledkům péče

Tento rámec je pak na úrovni jednotlivých států, včetně České republiky, dále rozpracováván a uzpůsobován místním podmínkám a možnostem.

## 2 METODY

Přehledový článek je zaměřen na identifikaci veřejně dostupných datových zdrojů poskytujících údaje ohledně aktuálního užívání návykových látek v populaci dětí a mládeže 0–19 let a těhotných žen. Veřejně dostupné zdroje byly identifikovány na základě on-line rešerše pomocí internetového vyhledávače [www.google.com](http://www.google.com). Jako klíčová slova byla použita slovní spojení vztahující se k prevalenci užívání návykových látek ve sledovaných populacích. V úvahu byly vzaty zdroje, které poskytují nejnovější údaje ohledně prevalence užívání návykových látek u dětí, mládeže a těhotných žen, které byly publikovány před maximálně 10 lety (rok 2009). Soustředili jsme se na národní a krajské výzkumné studie, průzkumy a závěrečné práce studentů. Při identifikaci datových zdrojů jsme se zaměřili na zdroje, které poskytují informace ohledně prevalence užívání návykových látek za posledních 30 dní, neboť je to vhodným ukazatelem aktuální situace ohledně užívání návykových látek. Kromě návykových látek jsme sledovali i prevalenci gamblingu a gamingu.

U populace dětí a mládeže 0–19 let jsme se soustředili především na školní populaci, ale také na specifické populace dětí a mládeže, jako jsou děti romské etnicity, děti navštěvující nízkoprahová zařízení pro děti a mládež



a děti umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy. Kromě prevalence užívání návykových látek u těhotných žen jsme zjišťovali i prevalenci fetálního alkoholového syndromu (FAS) v České republice.

Odhady počtu uživatelů legálních a nelegálních návykových látek byly provedeny na základě extrapolace dat ze školní studie ESPAD 2015. Údaje o prevalenci užívání návykových látek byly extrapolovány na celkový počet osob v populaci 14–19letých k 1. 1. 2017 dle Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2018). Získaná data byla zaokrouhlena na celé stovky v případě užívání legálních drog a konopí a na celé desítky v případě užívání nelegálních drog. U kokainu a injekčního užívání byla za kraje sledována pouze celoživotní prevalence, extrapolované údaje se tedy vztahují pouze k celoživotnímu užívání zmíněných návykových látek.

## 3 DATOVÉ ZDROJE

### 3.1 Užívání návykových látek ve školní populaci

#### Mezinárodní a národní úroveň

Užívání alkoholu, tabáku a dalších návykových látek u dětí a mládeže sledují především dvě celonárodní studie – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) a The Health Behavior in School-aged Children (HBSC). Jedná se o mezinárodní výzkumné studie zaměřené na školní populaci. Na prevalenci užívání tabákových výrobků mezi školní populací se speciálně zaměřuje mezinárodní studie Global Youth Tobacco Survey (GYTS).

*ESPAD.* Celoevropská studie ESPAD je zaměřená na hodnocení situace a jejího vývoje v oblasti užívání legálních i nelegálních návykových látek v populaci 16letých studentů. Studie je realizována každé 4 roky od roku 1995. V roce 2015 byla realizována šestá vlna sběru dat, které se zúčastnilo celkem 35 zemí. Národním koordinátorem projektu je v České republice Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ) ve spolupráci s Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti (NMS). V České republice bylo v roce 2015 zapojeno do studie celkem 6 707 studentů z 208 škol a 309 tříd. Cílovou skupinu představovali studenti narození v roce 1999, tj. studenti 9. tříd ZŠ a 1. ročníků SŠ (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016). Studie se zaměřuje na zkušenosti s kouřením cigaret, užíváním alkoholu a dalších nelegálních látek (extáze, amfetaminů, metamfetaminů, kokainu, cracku, halucinogenů, heroinu, GHB, těkavých látek) a zneužívání léků bez lékařského předpisu (trankvilizérů, sedativ, anabolických steroidů, léků proti bolesti). Nově také sleduje užívání nových psychoaktivních látek a prevalenci hraní hazardních her (gambling) a hraní počítačových her a her na internetu (gaming). Studie dále zjišťuje vnímání dostupnosti návykových látek a věk prvního užití. Součástí je také sledování trendů v oblasti užívání návykových látek (ESPAD Group, 2016). Za Českou republiku poskytuje NMS na základě údajů ze studie ESPAD také analýzu regionů.

Na základě překvapivých výsledků studie ESPAD 2015 ohledně užívání návykových látek v České republice provedlo NMS v roce 2016 validizační studii podle stejné metodiky ESPAD. Validizační studie se zúčastnilo 115 škol a zahrnovala 5 364 studentů (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

Hlavní výsledky mezinárodní studie jsou shrnuté v publikaci ESPAD Report 2015 (ESPAD Group, 2016). Dílčí výsledky za Českou republiku jsou uvedené především v publikaci Zaostřeno, Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015 (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016). Poslední dostupná data ohledně užívání návykových látek v krajích ČR jsou uvedeny ve Výzkumné zprávě Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011 (Chomynová, Csémy, Grolmusová & Sadílek, 2014).

*HBSC.* Mezinárodní průřezová studie HBSC se zaměřuje na zdraví a životní styl žáků základních škol ve věku 11, 13 a 15 let. Je koordinovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a uskutečňuje se v pravidelných čtyřletých intervalech od roku 1994. Poslední sběr dat probíhal ve školním roce 2013/2014 a do studie bylo zapojeno celkem 219 460 školáků ze 44 států Evropy a Severní Ameriky. Národním koordinátorem studie v České republice je Institut aktivního životního stylu Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Za Českou republiku se zúčastnilo studie 14 136 žáků z 243 základních škol a víceletých gymnázií. Z hlediska užívání návykových látek sleduje studie zkušenosti s užíváním tabáku, alkoholu a konopí. Kromě návykových látek se dotazník zaměřuje na zdraví, stravovací zvyklosti, sexuální chování, násilné chování, pohybovou aktivitu a volný čas, vrstevníky, rodinu a školu a školní prostředí.

Výsledky mezinárodní studie jsou uvedené v publikaci Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being, Health behaviour in school-aged study: International report from the 2013/2014 survey (Inchley et al., 2016). Výsledky za Českou republiku a další země Visegrádské čtyřky a Ukrajinu jsou publikované v Mezinárodní zprávě o zdraví a životním stylu dětí a školáků (Gecková et al., 2016).

*GYTS.* Studie Global Youth Tobacco Survey (GYTS) monitoruje užívání tabákových výrobků a znalosti a postoje ohledně tabáku ve školní populaci ve věku 13–15 let. Studie je součástí Globálního systému sledování tabáku (GTSS). Koordinátorem studie je WHO ve spolupráci s Centrem pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC). Realizátorem studie v České republice je Státní zdravotní ústav (SZÚ) za koordinace Ministerstva zdravotnictví. Poslední sběr dat se uskutečnil v roce 2016 a zapojilo se do něj celkem 3926 žáků 7. a 9. tříd ZŠ a víceletých gymnázií. Studie poskytuje data ohledně prevalence kouření cigaret a užívání dalších tabákových výrobků, informuje o pěti determinantách užívání tabáku, tj. dostupnost a cena, expozice pasivnímu kouření, zanechání kouření, vliv médií, reklamy a školních osnov.

Výsledky studie z roku 2016 lze najít v publikaci Czech Republic 2016 Country Report, Global Youth Tobacco Survey (GYTS) (Sovinová & Kostecká, 2016).

### Krajská úroveň

Analýzu užívání návykových látek ve školní populaci v krajích ČR zpracovává pravidelně NMS na základě dat získaných ze studie ESPAD. Pro dosažení reprezentativnosti souboru pro regionální analýzu se vzorek studentů navyšuje. V roce 2011 byl celkový počet dotázaných na krajské úrovni 5 074 studentů (rok narození 1995) (Chomynová, Csémy, Grolmusová & Sadílek, 2014).

Společnost A Kluby ČR pravidelně realizuje průzkum Mládež a drogy v Jihomoravském kraji. Při posledním sběru dat v roce 2014 bylo osloveno celkem 3 223 studentů ve věku 11–19 let ze 33 základních a středních škol v kraji (A Kluby ČR, o.p.s., 2014).

Přehled ohledně užívání návykových látek v jednotlivých základních a středních školách České republiky poskytuje často také bakalářské a diplomové práce studentů pregraduálních oborů.

Shrnutí hlavních výsledků celonárodních školních studií i menších průzkumů ohledně užívání návykových látek a gamblingu a gamingu poskytuje každoročně Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice a Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice, které zpracovává NMS.

## 3.2 Užívání návykových látek ve specifických skupinách populace dětí a mládeže

### Užívání drog u dětí romské etnicity

V roce 2010 byla pro Agenturu pro sociální začleňování v romských lokalitách zpracována „Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách“ zaměřená na romské lokality v Brně. Součástí Metodiky bylo dotazníkové šetření mezi žáky 6.–9. tříd základních škol, do kterého bylo zapojeno 117 žáků ve věku 12–17 let (80 % žáků romské etnicity) (SocioFactor, s.r.o., 2010).

### Užívání drog u dětí navštěvujících nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

V roce 2014 byl realizován celonárodní průzkum zaměřený na životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Studii koordinovala Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci ve spolupráci se sdružením Neposeda. Celkem se průzkumu zúčastnilo 499 klientů nízkoprahových zařízení a ve věku 11–19 let a 450 žáků základních a středních škol ve věku 11–17 let. Zkušenosti s návykovými látkami byly testovány pomocí nástroje VRCHA (Výskyt rizikového

chování u adolescentů). Průzkum se zaměřuje na užívání alkoholu, tabáku a marihuany (Zemanová & Dolejš, 2015).

### Užívání drog u dětí ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy

Prevalenci užívání návykových látek a hazardního hraní u dětí v diagnostických ústavech v České republice zpracovala v roce 2016 v rámci bakalářské práce Kovaříková (2016). Šetření probíhalo v libereckém a plzeňském dětském diagnostickém ústavu a v pražském a ostravském diagnostickém ústavu pro mládež. Cílovou skupinou byly děti a mládež ve věku 11–18 let a celkem se do výzkumu zapojilo 72 respondentů. Kromě zjištění prevalence užívání návykových látek autorka dále porovnávala výsledky s daty získanými během studie ESPAD (Kovaříková, 2016). Šimková (2013) zpracovala v rámci bakalářské práce průzkum zkušeností dětí z dětských domovů s legálními i nelegálními návykovými látkami. Studie probíhala v 5 dětských domovech ve Středočeském kraji a zúčastnilo se jí 48 dětí ve věku 11–16 let.

### 3.3 Užívání návykových látek u těhotných žen a žen po porodu

Užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku v těhotenství sleduje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR). Poslední dostupné údaje jsou z roku 2015. Výsledky jsou shrnuty v publikaci Rodička a novorozenec 2014–2015 (ÚZIS ČR, 2017c).

Bakalářská práce Olgy Jakubíkové (2017) se zaměřovala na užívání alkoholu a tabáku v těhotenství. Cílem její práce bylo zjistit kromě prevalence užívání alkoholu a tabáku i informovanost a povědomí těhotných žen o užívání návykových látek v těhotenství a zjistit jejich zdravotní gramotnost. Dotazníkové šetření se zúčastnilo celkem 120 těhotných žen navštěvujících fyziologickou prenatalní poradnu ve Fakultní nemocnici v Motole.

Výskyt fetálního alkoholového syndromu (FAS) sleduje v České republice ÚZIS. V publikaci Vrozené vady u narozených v roce 2013–2014 je diagnóza FAS Q86.0 – Alkoholový syndrom plodu (dysmorfie) vedena pod diagnózou Q86 – vrozené malformační syndromy způsobené známými zevními příčinami, nezařazené jinde. Poslední dostupná data za kraje jsou z roku 2014 (ÚZIS ČR, 2017a).

## 4 PREVALENCE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U DĚTÍ 0–19 LET A U TĚHOTNÝCH ŽEN

### 4.1 Užívání návykových látek ve školní populaci

**Tabák.** Dle studie ESPAD 2015 si za posledních 30 dní zapálilo cigaretu celkem 30 % studentů. Denní kouření bylo zjištěno celkem u 16 % studentů a silné kouření (11 a více cigaret denně) u 4 % studentů (Chomynová, Csémy & Mrav-

čík, 2016; ESPAD Group, 2016). Ve validizační studii ESPAD 2016 potvrdilo užívání cigaret za posledních 30 dní 27 % studentů, 12,9 % studentů kouří denně a 4,1 % jsou silnými kuřáky (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

Dle výsledků HBSC studie se denní kouření týká celkem 2 % třináctiletých studentů a 9 % patnáctiletých studentů. Alespoň jednou týdně si zapálí cigaretu 1 % jedenáctiletých dívek a 2 % chlapců, 4 % třináctiletých dívek a chlapců a 16 % patnáctiletých dívek a 11 % chlapců (Gecková et al., 2016; Inchley et al., 2016).

Dle výsledků studie GYTS za posledních 30 dní užilo tabákové výrobky 19,2 % studentů, 15,2 % studentů kouřilo cigarety, 9,1 % studentů kouřilo jiné tabákové výrobky a 4,7 % studentů užilo bezdýmny tabák. Celkem 5,8 % studentů kouřilo za posledních 30 dní 20 a více dní. Více než polovina studentů (57,1 %) vykazovala známky závislosti na tabáku (Sovinová & Kostecká, 2016).

**Alkohol.** Dle ESPAD 2015 pilo za posledních 30 dní alkohol 68 % studentů a 15 % studentů bylo intoxikováno alkoholem. Pítí 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti přiznalo celkem 42 % dotázaných, přičemž 12 % uvedlo pití nadměrných dávek třikrát a častěji ve sledovaném měsíci (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016; ESPAD Group, 2016). Dle validizační studie ESPAD 2016 pilo 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti za posledních 30 dní 40 % studentů a 12 % tak učinilo 3krát a častěji za poslední měsíc (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

Dle studie HBSC pijí alkohol nejméně jednou týdně 4 % jedenáctiletých dívek a 5 % chlapců, 5 % třináctiletých dívek a 9 % chlapců a 14 % patnáctiletých dívek a 20 % chlapců (Gecková et al., 2016; Inchley et al., 2016).

**Konopné látky.** Dle ESPAD 2015 užilo za posledních 30 dní konopné látky 13 % studentů (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016; ESPAD Group, 2016). Validizační studie ESPAD 2016 identifikovala 10,2 % studentů, kteří uvedli užití konopí v posledních 30 dnech (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

Z HBSC studie vyplývá, že konopí užilo za posledních 30 dní 7 % patnáctiletých dívek a 8 % chlapců (Gecková et al., 2016; Inchley et al., 2016).

**Další návykové látky.** Dle ESPAD 2015 užilo za posledních 30 dní nějakou návykovou látku 13,4 % studentů. Jinou než konopnou látku užilo za posledních 30 dní 1,8 % studentů. Extázi za posledních 30 dní užilo 0,6 % studentů, pervitin a amfetaminy 0,4 % studentů, kokain 0,3 % studentů, LSD 0,8 % studentů, halucinogenní houby 0,4 % studentů, anabolické steroidy 0,8 % studentů a těkavé látky 1 % studentů. Celoživotní prevalence užívání tranquilizérů a sedativ je u studentů 16 %. Nové psychoaktivní látky užilo za posledních 12 měsíců 4 % studentů (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016; ESPAD Group, 2016). Ve validizační studii ESPAD 2016 se objevily podobné výsledky, extázi za posledních 30 dní vyzkoušelo

0,8 % studentů, pervitin a amfetaminy 0,4 % studentů, kokain 0,3 % studentů, heroin a jiné opiáty 0,2 % studentů, LSD 0,7 % studentů, halucinogenní houby 0,4 % studentů, anabolické steroidy 0,6 % studentů a těkavé látky 1,8 % studentů (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

**Gambling a gaming.** Dle ESPAD 2015 strávili studenti ze sledovaných sedmi dní na internetu průměrně 6,2 dne. Na sociálních sítích trávilo za posledních 7 dní 4 a více dní 83 % školáků, 42 % se pravidelně věnovalo vyhledávání informací a surfování na internetu a 28 % se pravidelně zabývalo stahováním hudby, filmů apod. Celkem 26 % studentů strávilo za posledních 7 dní 4 a více dní na internetu hraním on-line her, 3 % studentů strávili stejný čas on-line hraním o peníze a 11 % se pravidelně věnovalo on-line nakupování nebo prodávání věcí. Hazardnímu hraní se za posledních 12 měsíců věnovalo 9 % studentů, z nichž 5 % uvedlo, že hraním o peníze se zabývají minimálně dvakrát za měsíc nebo častěji (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016; ESPAD Group, 2016). Dle validizační studie ESPAD 2016 se hraní hazardních her za posledních 12 měsíců věnovalo 11 % studentů, přičemž 2,4 % uvedlo hraní o peníze dvakrát týdně nebo častěji. Na základě výsledků screeningové škály Lie/bet bylo identifikováno celkem 8 % studentů (3,9 % z těch, kteří uvedli hraní hazardních her v posledních 12 měsících), kteří byli v riziku vzniku problémového hráčství. Pomocí druhého použitého dotazníku zaměřeného na výskyt problémového hráčství (Consumption Screen for Problem Gambling) bylo identifikováno 7,1 % studentů (11,4 % chlapců, 1,8 % dívek), kteří se nacházeli v kategorii rizika v souvislosti s hraním hazardních her, z nichž 4,1 % respondentů se nacházelo v kategorii vysokého rizika (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

#### Užívání návykových látek na krajské úrovni

Prevalence užívání návykových látek u dětí 0–19 let v jednotlivých krajích ČR je uvedena v *Tabulce 1* a *Tabulce 2*.

## 4.2 Užívání návykových látek ve specifických skupinách populace dětí a mládeže

### Užívání drog u dětí romské etnicity

Dle dotazníkového šetření realizovaného v rámci „Metodiky výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách“ užilo za posledních 30 dní tabákové výrobky celkem 40,6 % žáků, z nichž 25,4 % kouří denně a z toho 17 % kouří denně 6 a více cigaret. Alkohol za posledních 30 dní pilo 52,1 % žáků, z toho 21,3 % 5krát a vícekrát za poslední měsíc. Konopné látky za posledních 30 dní užilo celkem 18,8 % žáků. Zkušenost s inhalováním toluenu, ředidla nebo lepidla má za posledních 30 dní 1,7 % žáku. Heroin, pervitin nebo extázi užilo vícekrát za život 1,8 % žáků (SocioFactor, s.r.o., 2010).

Kraj	Tabák	Alkohol 6krát a vícekrát	Konopí	Extáze	Pervitin a amfetaminy	Heroin a jiné opiáty
Hl. m. Praha	43,5	31,0	20,1	0,2	0,4	1,0
Středočeský	41,6	32,4	13,4	0,2	0,0	0,0
Jihočeský	47,8	34,1	13,2	0,3	0,6	0,6
Plzeňský	37,6	31,0	15,3	0,3	0,7	0,0
Karlovarský	53,1	23,0	18,7	0,4	0,0	0,0
Ústecký	43,0	24,2	15,1	0,8	1,1	0,0
Liberecký	45,0	24,6	18,8	0,3	0,6	0,6
Královéhradecký	38,2	23,0	14,0	0,0	1,1	0,4
Pardubický	37,7	25,4	10,0	0,0	0,0	0,0
Vysočina	42,5	33,8	13,0	0,6	1,8	0,6
Jihomoravský	44,8	24,1	14,6	0,8	0,0	0,3
Olomoucký	43,9	24,2	17,3	0,3	0,0	0,3
Zlínský	43,4	25,5	13,1	0,0	1,2	0,6
Moravskoslezský	37,8	18,5	13,5	0,7	0,5	0,7

**Tabulka 1** | Prevalence užívání alkoholu, tabáku a dalších návykových látek za posledních 30 dní (%)

Zdroj: (Chomynová, Csémy, Grolmusová & Sadílek, 2014)

Kraj	LSD	Halucinogenní houby	Kokain	Anabolické steroidy
Hl. m. Praha	7,9	6,5	2,2	0,4
Středočeský	4,0	4,7	0,0	0,9
Jihočeský	5,0	10,0	1,6	1,2
Plzeňský	4,3	6,3	1,0	0,0
Karlovarský	5,1	7,1	1,2	0,8
Ústecký	4,3	5,1	1,1	0,5
Liberecký	5,3	7,9	0,6	0,3
Královéhradecký	3,2	6,0	1,1	0,4
Pardubický	2,4	4,8	0,0	0,3
Vysočina	5,1	9,3	1,5	0,9
Jihomoravský	3,3	5,2	0,8	0,8
Olomoucký	5,8	7,0	0,6	0,9
Zlínský	6,1	6,9	0,6	0,3
Moravskoslezský	4,8	8,2	1,0	0,7

**Tabulka 2** | Celoživotní prevalence užívání nelegálních návykových látek (%)

Zdroj: (Chomynová, Csémy, Grolmusová & Sadílek, 2014)

### Užívání drog u dětí navštěvujících nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Dle autorů studie „Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež aneb jak se liší od normálních adolescentů?“ pilo za posledních 30 dní alkohol 44,6 % dotázaných ve věku 11–15 let a 72,66 % ve věku 16–19 let. Opilost spojenou s problémy s chůzí, mluvením, zvracením, amnézií za posledních 30 dní uvedlo 16,18 % 11–15letých a 29,50 % 16–19 letých. Cigarety za posledních 30 dní kouřilo 47,48 % 11–15letých a 74,10 % 16–19letých. Více než 5 cigaret denně kouřilo 37,77 %

11–15letých a 59,71 % 16–19letých. Dle výsledků studie převyšují klienti NZDM ve věku 11–15 let školní populaci dětí ve všech sledovaných hodnotách. Obdobně jsou na tom klienti NZDM ve věku 16–19 let, kteří kromě položky pití alkoholického nápoje za posledních 30 dní také převyšují běžnou dospívající populaci (Zemanová & Dolejš, 2015). "

### Užívání drog u dětí ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy

Z práce Kovaříkové (2016), která se zabývala užíváním návykových látek u dětí v diagnostických ústavech, vy-



plývá, že za posledních 30 dní si zapálilo cigaretu celkem 90,3 % dotázaných. Denní kouření se za posledních 30 dní týkalo 70,9 % dotázaných a 30,6 % uvedlo, že vykouřili více než 10 cigaret denně. Alkohol za posledních 30 dní konzumovalo celkem 67,1 % dotázaných, z toho 4,5 % 10krát a vícekrát za poslední měsíc. Konzumaci pěti a více sklenic alkoholických nápojů při jedné příležitosti alespoň jedenkrát za poslední měsíc přiznalo 55,9 % dětí, z toho celkem 4,5 % dotázaných uvedlo, že se tak stalo nejméně 10krát za sledovaný měsíc. Užití konopných látek za posledních 30 dní bylo zjištěno u 53,5 % dotázaných, z nichž 10,5 % udalo užití nejméně 11krát. Pervitin užilo za posledních 30 dní 5,6 %, extázi 2,8 % a kokain 2,8 % dotázaných. S opiáty má zkušenost 18,8 % dotázaných, z nichž všichni jsou z jednoho sledovaného zařízení. Sedativa a léky na uklidnění užilo za posledních 30 dní 1,4 % dotázaných. S halucinogenními houbami mělo za posledních 30 dní zkušenost 12,5 % dotázaných, s LSD 9,7 % a s jinými přírodními halucinogeny 1,4 % dětí. S těkavými látkami má za posledních 30 dní zkušenost 4,2 % dotázaných. Nové psychoaktivní látky užilo za posledních 30 dnů 2,8 % dotázaných a anabolické steroidy 1,4 % dotázaných. Hazardní hry hrálo za posledních 30 dní 9,7 % dotázaných, kurzové sázky se týkaly 5,6 % dotázaných a hazardní hraní na internetu 6,9 % dotázaných (Kovaříková, 2016). Šimková (2014) se zabývala zkušenostmi s užíváním návykových látek u dětí a mladistvých umístěných v dětských domovech. Z výsledků vyplývá se za posledních 30 dní má zkušenost s alkoholem celkem 26,1 % dotázaných, s tabákovými výrobky 50 % dětí a s konopnými látkami 0,48 % dotázaných.

### 4.3 Prevalence užívání návykových látek u těhotných žen

V roce 2015 bylo v České republice podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR) evidováno celkem 7480 žen, které v průběhu těhotenství kouřily, 23 žen uvedlo užívání alkoholu a 98 užívání drog. Kombinace kouření a pití alkoholu byla zjištěna u 27 žen, 238 žen uvedlo kombinaci kouření a užívání drog, 1 žena uvedla kombinaci alkohol a drogy a 16 žen uvedlo kombinaci kouření, alkohol a drogy (ÚZIS ČR, 2017c).

Jakubíková (2017) se zabývala užíváním alkoholu a tabákových výrobků u těhotných žen. Celkem 13 % žen uvedlo, že během těhotenství kouřilo, z nichž 20 % kouřilo 5–10 cigaret denně. Alkohol během těhotenství konzumovalo 70 % žen, z nichž 5 % odpovědělo, že pily alkohol 1–2krát týdně. Zkušenost s jinými návykovými látkami mělo v těhotenství 23 % žen. Z nich 71 % uvedlo užití konopných látek, 18 % užití pervitinu a 11 % žen užilo halucinogenní houby, LSD nebo extázi.

Dle statistik ÚZIS se v České republice v roce 2014 vyskytly celkem 3 případy živě narozených s diagnózou Q86 – vrozené malformační syndromy způsobené známými zevními příčinami, nezařazené jinde, pod kterou spadá diagnóza Q86.0 – Alkoholový syndrom plodu (dy-

smorfni). Dle kraje bydliště dítěte se po jednom případě objevila tato diagnóza v Libereckém kraji, na Vysočině a v Moravskoslezském kraji. Incidence této diagnózy je 0,27/10 000 živě narozených (ÚZIS ČR, 2017a).

## 5 ODHADY POČTU UŽIVATELŮ JEDNOTLIVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK VZHLEDEM K POČTU AMBULANTNĚ LÉČENÝCH

Odhady počtu současných uživatelů alkoholu, tabáku a dalších návykových látek jsou uvedené v *Tabulce 3* a *Tabulce 4*. Z údajů vyplývá, že v České republice je v populaci 14–19letých až 44 600 silných kuřáků tabáku (11 a více cigaret denně) a 114 400 osob, které nadměrně pijí alkohol (5 a více sklenic 3krát a vícekrát za posledních 30 dní). Co se týče nelegálních drog, opakovaně užívá konopí (6krát a vícekrát v posledních 12 měsících) 63 500 mladých lidí, pervitin užívá 2 750 osob a heroin a jiné opiáty 2 100 osob. U kokainu a injekčního užívání byla za kraje sledována pouze celoživotní prevalence. Ze získaných údajů vyplývá, že užívání kokainu se týkalo celkem 5 070 osob a injekční užívání 3 460 mladých lidí.

V roce 2016 bylo v České republice v ambulantních psychiatrických zařízeních evidováno celkem 1407 dětí a dospívajících užívajících psychoaktivní látky. Z toho 92 dětí ve věku 0–14 let a 1315 dospívajících ve věku 15–19 let. Z věkové skupiny 0–14 let bylo v ambulantním psychiatrickém zařízení nejvíce dětí evidováno pro užívání alkoholu (36), kanabinoidů (20) a opiátů (13). Ve věkové skupině 15–19 let nejvíce dospívajících navštěvovalo psychiatrické ambulantní zařízení pro užívání konopí (401), stimulantů (363) a alkoholu (212) (ÚZIS ČR, 2017b).

## 6 DISKUZE A SHRNTÍ

Cílem tohoto přehledového článku bylo představit přehled běžně dostupných veřejných zdrojů poskytujících data ohledně užívání návykových látek u dětí a dospívajících a těhotných žen a kalkulace prevalenčních odhadů současných mladých uživatelů návykových látek. Přehled vznikl na podkladě analýzy užívání návykových látek u dětí a mladistvých pro potřeby plánování sítě ambulantní péče pro tuto specifickou věkovou cílovou skupinu a pro rozvíjející se diskusi o její budoucí podobě a profilaci (Miovský & Popov, 2016).

Poměrně přehledná je situace ohledně užívání návykových látek ve školní populaci. Česká republika je dlouhodobě zapojená do mezinárodních studií ESPAD, HBSC a GYTS, které přinášejí cenná data o zkušenostech žáků a studentů s návykovými látkami. Výhodou zmíněných studií je mezinárodní srovnání zejména s evropskými zeměmi. Detailní přehled ohledně užívání širokého spektra návykových látek pak poskytuje především studie ESPAD. Kromě užívání návykových látek se zaměřuje i na nelátko-

	Silní kuřáci tabáku (11 a více cigaret denně za posledních 30 dní)	Nadměrné pití (5 a více sklenic alkoholu 3x a vícekrát za posledních 30 dní)	Opakované užití konopných látek (6x a vícekrát v posledních 12 měsících)
Hl. m. Praha	5 600	13 600	7 700
Středočeský	5 000	16 200	6 900
Jihočeský	3 600	10 100	4 000
Plzeňský	1 600	5 500	3 100
Karlovarský	1 700	3 600	4 900
Ústecký	5 200	9 200	5 200
Liberecký	2 000	4 400	2 900
Královéhradecký	1 600	4 200	2 700
Pardubický	2 100	5 700	1 900
Vysočina	1 700	7 000	3 200
Jihomoravský	4 300	10 600	7 200
Olomoucký	3 100	7 300	4 900
Zlínský	2 700	7 100	3 100
Moravskoslezský	4 400	9 900	5 800
<b>Celkem ČR</b>	<b>44 600</b>	<b>114 400</b>	<b>63 500</b>

Tabulka 3 | Extrapolované odhady uživatelů tabáku, alkoholu a konopí v populaci 14–19 let

	Metamfetamin (za posledních 30 dní)	Kokain (celoživotní prevalence)	Heroin a jiné opiáty (za posledních 30 dní)	Injekční užívání (celoživotní prevalence)
Hl. m. Praha	220	1 190	540	220
Středočeský	0	0	0	640
Jihočeský	210	550	210	410
Plzeňský	200	290	0	0
Karlovarský	0	190	0	130
Ústecký	510	510	0	230
Liberecký	150	150	150	70
Královéhradecký	260	260	100	100
Pardubický	0	0	0	80
Vysočina	500	410	170	250
Jihomoravský	0	480	180	480
Olomoucký	0	200	100	300
Zlínský	370	190	190	90
Moravskoslezský	330	650	460	460
<b>Celkem ČR</b>	<b>2 750</b>	<b>5 070</b>	<b>2 100</b>	<b>3 460</b>

Tabulka 4 | Extrapolované odhady uživatelů nelegálních drog v populaci 14–19 let

vé závislosti – hraní hazardních her a hraní her. Vysokou přesnost výsledků dokazuje i v roce 2016 realizovaná validizační studie ESPAD, která přinesla obdobné výsledky. Studie ESPAD také jako jediná poskytuje analýzu užívání návykových látek v krajích ČR, kterou zpracovává NMS.

Ze shrnutí prevalence užívání návykových látek ve sledovaných populacích dle uvedených zdrojů vyplývá, že především užívání tabáku, alkoholu a konopných látek je mezi českou mládeží stále problematické. V celoživot-

ním užívání těchto tří látek je Česká republika na prvním místě ze všech sledovaných zemí ESPAD. Této skutečnosti nahrává i vysoká subjektivně vnímaná dostupnost návykových látek ze strany dětí a mládeže (Mravčík, 2017). Vysoko nad průměrem je také celoživotní prevalence užívání trankvilizérů a sedativ, kde se Česká republika řadí s 16 % na druhé místo hned po sousedním Polsku (17 %). Co se týče užívání tabákových výrobků a alkoholu za posledních 30 dní, mají čeští studenti oproti studentům z jiných zemí stále nadprůměrné zkušenosti (ESPAD Group, 2016).



Výhodou studie HBSC je širší věková kategorie zkoumané populace. Na rozdíl od studie ESPAD, která se zaměřuje na 16leté studenty, poskytuje HBSC studie údaje ohledně užívání návykových látek u žáků ve věku 11, 13 a 15 let. Spíše než na užívání návykových látek se ale soustředí celkově na zdraví a životní styl žáků. Ze zkoumaných návykových látek se zaměřuje pouze na alkohol, tabák a konopné látky. Podrobný přehled ohledně prevalence užívání tabákových výrobků ve školní populaci přináší studie GYTS, která rovněž umožňuje mezinárodní srovnání a zaměřuje se na žáky ve věku 13–15 let.

Co se týče zdrojů dat ohledně užívání návykových látek ve specifických skupinách populace, zde je situace o něco méně přehledná. Dle našich znalostí neexistuje žádná systematická studie na národní úrovni mapující užívání návykových látek u dětí a mládeže se sklony k rizikovému chování. Během vyhledávání datových zdrojů jsme identifikovali celkem tři studie, které se zaměřují na užívání návykových látek u dětí, které mohou být více ohroženy rizikovým chováním. Jedná se o studie zaměřené na děti romského původu, děti navštěvující nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a děti umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy. Poměrně významným zdrojem dat, zvláště pro poslední zmíněnou populaci, jsou závěrečné kvalifikační práce studentů různých oborů, kteří se touto problematikou zabývají. Nevýhodou těchto bakalářských a diplomových prací je ale často malý výzkumný soubor a nepravděpodobnostní metody výběru, které zamezují zobecnitelnosti závěrů. Nedostatek kvalitních studií, které by se touto problematikou zabývaly, může být způsoben jednak tím, že v případě dětí romské etnicity se jedná o poměrně těžko dosažitelnou populaci, a jednak neochotou vedoucích pracovníků diagnostických ústavů a dětských domovů o analýzu jejich zařízení. Systematické zmapování užívání návykových látek v těchto specifických populacích by napomohlo k objasnění situace a aplikaci preventivních opatření a dalších intervencí. Zejména v případě dětí umístěných ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy tušíme, že situace ohledně užívání návykových látek může být daleko závažnější než v běžné populaci stejně starých dětí.

Při porovnání výsledků školní populace zkoumané v rámci ESPAD 2015 s romskými dětmi mají děti romské etnicity větší zkušenosti s užíváním tabáku za posledních 30 dní a s denním kouřením. Užívání alkoholu bylo naopak za posledních 30 dní častější u školní populace. Častější zkušenosti s konopnými látkami měly romské děti. Zkušenosti s užíváním těkavých látek byly u obou populací srovnatelné. Při tomto srovnání je však důležité mít na paměti, že srovnávaná studie se metodicky liší od studie ESPAD 2015. U dětí navštěvujících nízkoprahová zařízení pro děti a mládež provedli srovnání se školní populací sami autoři. Zjistili, že kromě konzumace alkoholu za posledních 30 dní ve věkové skupině 16–19 let překračovaly děti z nízkoprahových zařízení běžnou populaci ve všech sledovaných hodnotách (Zemanová & Dolejš, 2015). Rovněž Kovaříková (2016), která se zabý-

vala užíváním návykových látek u dětí z diagnostických ústavů, provedla srovnání se školní populací ESPAD 2011. V rámci její studie se potvrdila hypotéza, že děti umístěné do diagnostických ústavů užívají návykové látky častěji než obecná populace.

Ohledně užívání návykových látek u těhotných žen je situace ještě nepřehlednější než v předchozích případech. Autorům se nepodařilo najít žádný relevantní zdroj informací, který by se touto problematikou zabýval. Data, která zveřejňuje ÚZIS, se nejeví jako správná, což je pravděpodobně zapříčiněno nedostatečným sledováním užívání návykových látek v této populaci a neochotou rodiček užívání drog přiznat. Dílčím zdrojem informací jsou u této populace opět studentské závěrečné kvalifikační práce. Z práce autorky Jakubíkové (2017) vyplývá, že kouření cigaret i konzumace alkoholu jsou mezi ženami rozšířené, i když v případě alkoholu se jednalo často spíše o takzvané příležitostné pití méně než jednou týdně. Téměř čtvrtina žen také přiznala konzumaci nelegálních návykových látek, z nichž nejčastější byla konzumace konopných látek.

V rámci užívání návykových látek v těhotenství jsme sledovali i výskyt fetálního alkoholového syndromu. Poslední statistické údaje jsou z roku 2014 a poskytuje je ÚZIS. Data jsou sice průběžně sbírána, ale v potřebném rozsahu a časovém rámci nejsou rutinně publikována.

Vzhledem k prvotnímu účelu článku jsme se zaměřili i na prevalenční odhady dětí užívajících návykové látky. Pro tyto účely jsme se zaměřili na indikátory, ze kterých vyplývá potřeba intervence se strany dětských adiktologických ambulancí. V případě užívání kokainu a injekčního užívání byly k dispozici za kraje pouze údaje na úrovni celoživotního užívání, které nám nedávají žádnou informaci o aktuálních uživatelích těchto návykových látek. Srovnání počtu dětí a mladistvých, kteří byli léčeni pro užívání návykových látek v roce 2016 v ambulancích psychiatrických ambulancí, a odhadovaných problematických uživatelů návykových látek na základě ESPAD 2015 ukazuje na naprosto nedostatečnou kapacitu těchto zařízení. Děti, které by už nyní potřebovaly intervenci ohledně užívání návykových látek, je mnohonásobně více, než kolik jich bylo léčených v roce 2016.

Pokud srovnáme zjištění Miovského a kol. (2014) se závěry provedené analýzy, můžeme konstatovat, že vysoká potřebnost zabezpečit specializovanou adiktologickou ambulancí a intenzivní ambulancí péči pro děti a dorost stále trvá a tuto existující potřebu nelze uspokojit pouze v rámci současného systému služeb, které kapacitně nemohou existující potřebu saturovat (viz též Miovský & Popov, 2016). Lze se domnívat, že tento stav může vést k určitému zúženému pohledu různých aktérů, a to vzhledem k chybějícímu nadhledu posuzování místní situace.

V rámci připravovaného posledního čísla časopisu *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, které bude kompletně věnováno dětské péči (APLP 04/2018 v přípravě) jsou

představovány různé služby pro cílovou skupinu matek a dětí/mladých lidí ve věku do 19 let. Budou zde diskutovány aktuální vývojové trendy, včetně přístupu ke kontinuální práci na úrovni rodička–novorozenec, zdůrazňování sociálního kontextu problémů a v neposlední řadě důraz na preventivní aktivity a ambulantní péči, respektive nastavení jejího vhodného rozhraní k péči lůžkové. To víceméně též postupně ukazují některé klinické práce (např. Chládková & Miovský, 2016) a je patrné, že náročnost a specifika této klientely budou stále více vyžadovat týmovou práci a schopnost integrovat různé, konkrétním pacientům na míru upravené terapeutické postupy aplikující interdisciplinární perspektivu a case management. Také zde se ukazuje potřeba jednotného přístupu k datovým zdrojům, které umožňují efektivní řízení služeb.

Na závěr diskuze je třeba uvést, že cílem práce nebyla systematická rešerše všech běžně dostupných veřejných zdrojů dat, ale spíše přehled snadno dohledatelných aktuálních zdrojů. Práce tudíž nemusí být zcela vyčerpávající.

## 7 ZÁVĚR

Přehledový článek nabízí přehled veřejně dostupných zdrojů dat poskytujících informace o užívání návykových látek u dětí, mladistvých a těhotných žen, výčet aktuálních zkušeností sledovaných populací s návykovými látkami a prevalenční odhady problematického užívání návykových látek mezi dětmi a dospívajícími.

Z mezinárodního srovnání vyplývá zejména potřeba akutního řešení situace ohledně užívání alkoholu, tabáku a konopí u mladistvých. Výsledky také poukazují na potřebu primární prevence, a to především větší dostupnost selektivní a indikované prevence. Zvláštní pozornost ohledně užívání návykových látek by nadále měla být věnována dětem romské etnicity a dětem umístěným do zařízení pro výkon ústavní výchovy. Data ohledně užívání návykových látek v těchto specifických populacích jsou zatím roztříštěná a chybí relevantní reprezentativní studie. To samé platí v případě údajů o užívání návykových látek u těhotných žen.

Prevalenční odhady problematických uživatelů návykových látek nejsou příznivé a indikují větší potřebu a dostupnost specializované ambulantní adiktologické péče pro děti a dospívající.

**Role autorů** | Gabriela Rolová zpracovala rešerši datových zdrojů a připravila první verzi rukopisu. Michal Miovský vedl projekt, jehož součástí bylo provedení také této studie, inicioval vznik článku a podílel se na přípravě rukopisu. Miroslav Barták se podílel na rešerši datových zdrojů a navrhl strukturu první verze rukopisu. Všichni autoři se podíleli na vytvoření finální verzi textu.

**Konflikt zájmů** | Autoři nedeklarují žádný střet zájmů.

## LITERATURA / REFERENCES

- A Kluby ČR o.p.s. (2014). *Statistika Mládež a drogy JMK 2014*. Retrieved from: [https://akluby.cz/wp-content/uploads/2018/04/DrogyAMladez-Vyzkum\\_2014-JMK.pdf](https://akluby.cz/wp-content/uploads/2018/04/DrogyAMladez-Vyzkum_2014-JMK.pdf)
- Chomynová, P., Csémy, L., Grolmusová, L., & Sadílek, P. (2014). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*. Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády ČR.
- Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2016). *Zaostřeno*. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. Praha: Úřad vlády ČR
- Český statistický úřad [ČSÚ]. (2018). *Věkové složení obyvatelstva – 2017*. Retrieved 10. 7. 2018 from <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2017>
- ESPAD Group. (2016). *ESPAD report 2015: Results from the European school survey project on alcohol and other drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Gecková, A. M., Dankulincová, Z., Sigmundová, D., & Kalman, M. (2016). *Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě výzkumu studie Health Behaviour in School-Aged Children realizované v roce 2014. Česká republika, Slovenská republika, Maďarsko, Ukrajina a Polsko*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Chládková, N. & Miovský, M. (2016). Adolescentní pacientka užívající návykové látky komorbidity s mentální bulimií: klinická kazuistická studie. *Adiktologie*, 16(4), 360-367.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim T., Augustson, L. ... & Barnekow, V. (2016). *Health policy for children and adolescents, no. 7. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Jakubíková, O. (2017). *Návykové látky v těhotenství (alkohol, tabák)* (Diplomová práce). Praha, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Štátná, Ph.D.
- Kovaříková, V. (2016). *Užívání návykových látek a hazardní hraní u dětí v diagnostických ústavech v České republice* (Bakalářská práce). Praha, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Barbora Drbohlavová.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., ... & Vopravil, J. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mioviský, M. & Popov, P. (2016). Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), 292–318.
- Mioviský, M., Štátná, L. & Popov, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), 330–341.
- Mioviský, M. & Popov, P. (2016). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace? *Adiktologie*, 16(4), 272–279.
- Mioviský, M., Štátná, L., Školníková, M., Čablová, L. & Miklíková, S. (2014). *Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje – Závěrečná zpráva z výzkumu*. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze: Praha.
- SocioFactor, s.r.o. (2010). *Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách – pilotní šetření*. Retrieved from: [www.socialni-zaclenovani.cz/.../ostatni/metodika...navykovych...mezi.../download](http://www.socialni-zaclenovani.cz/.../ostatni/metodika...navykovych...mezi.../download)
- Sovinová, H., & Kostecká, L. (2016). *Czech Republic 2016 Country Report Global Youth Tobacco Survey (GYTS)*. Retrieved from: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/Country\\_Report\\_2016\\_GYTS.1.2018.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/Country_Report_2016_GYTS.1.2018.pdf)
- Šimková, T. (2013). *Analýza rizikových faktorů užívání návykových látek u dětí z dětských domovů ve Středočeském kraji měřených pomocí dotazníku SURPS* (Bakalářská práce). Praha, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Štátná, Ph.D.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS ČR]. (2017a). *Vrozené vady u narozených v roce 2013–2014*. Praha: ÚZIS.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS ČR]. (2017b). *Zdravotnická ročenka České republiky 2016*. Praha: ÚZIS.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS ČR]. (2017c). *Rodička a novorozenec 2014–2015*. Praha: ÚZIS.
- WHO (2006). *Technical Consultation on the Assessment of Prevention and Treatment Systems for Substance Use Disorders: Report*. Geneva: WHO.
- Zemanová, V. & Dolejš, M. (2015). *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež aneb jak se liší od „normálních“ adolescentů?* In: Eva Maierová a kol. (Ed.), PhD existence 2015. Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech (pp. 280–297). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

# Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents: Intervention Possibilities

Sedláčková, S.<sup>1,2</sup>, Hamplová, L.<sup>3</sup>, Veselý, Z.<sup>4</sup>, Dobrinič, K.<sup>5</sup>, Mládková, P.<sup>2</sup>

**1** | University of Defence, Faculty of Military Health Sciences, Hradec Králové, Czech Republic

**2** | Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents, Family Centre for Psychosocial Services and Clinical Addictology, Prague, Czech Republic

**3** | Medical College, Prague, Czech Republic

**4** | DROP IN Substitution Programme Centre, Prague, Czech Republic

**5** | Central Bohemia Regional Pedagogical and Psychological Counselling Centre, Hořovice, Czech Republic

**Citation** | Sedláčková, S., Hamplová, L., Veselý, Z., Dobrinič, K., Mládková, K. (2018). Práce v adiktologické ambulanci pro děti a dorost. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 236–245.

**Summary** | The article addresses the mode of operation of the Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents, which will become a part of the Family Centre for Psychosocial Services and Clinical Addictology starting from 1 January 2019. This facility will pursue preventive and social medicine, with addictology playing an important role. It discusses the screening examinations of children who were exposed to drugs during pregnancy and underlines the importance of early intervention. The need for addictologists to work with other professions is pointed out, given the key relevance of this developmental period in terms of both child psychology and addictology. In addition to addictologists, child psychologists and psychiatrists and social workers

should be involved in the screening procedures. With schoolchildren, a distinction should be drawn between an examination conducted by school psychologists and clinical ones. The emerging possibilities of addictologists' liaison with other experts in individual work with children in the outpatient facility are outlined. The importance of cooperation with paediatricians and other specialists and practitioners providing services for children and adolescents is noted. It is essential to point out the possible risks which can result in a child becoming disadvantaged and inclined towards risky behaviour. The clinic also deals with developmental disorders. The findings summarise frontline work which was not primarily intended for research purposes.

**Keywords** | Outpatient addiction treatment clinic for children and adolescents – Anamnesis – Centre for the family – drugs – screening

**Submitted** | 30 August 2018

**Accepted** | 29 October 2018

**Grant support** | The article was made possible thanks to the GCDPC Grant No. A-64-16, institutional support programme Progres No. Q06/LF1, and Project No. L01611 with financial support from the Ministry of Education, Youth, and Sports under the NPU I programme.

**Correspondence address** | Simona Sedláčková MSc., Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents, Family Centre for Psychosocial Services and Clinical Addictology, Gallašova 10, 163 00 Prague 6, Czech Republic

[sedlackova.adiktologie@seznam.cz](mailto:sedlackova.adiktologie@seznam.cz)

# Práce v adiktologické ambulanci pro děti a dorost

Sedláčková, S.<sup>1,2</sup>, Hamplová, L.<sup>3</sup>, Veselý, Z.<sup>4</sup>, Dobrinič, K.<sup>5</sup>, Mládková, P.<sup>2</sup>

- 1 | Univerzita obrany, Fakulta veřejného zdravotnictví, Hradec Králové
- 2 | Adiktologická ambulance pro děti a dorost, Centrum pro rodinu PSS a klinické adiktologie, z. ú.
- 3 | Vysoká škola zdravotnická, Praha
- 4 | Centrum substitučních programů Drop In, o. p. s.
- 5 | Pedagogicko-psychologická poradna Středočeského kraje

**Citace** | Sedláčková, S., Hamplová, L., Veselý, Z., Dobrinič, K., Mládková, K. (2018). Práce v adiktologické ambulanci pro děti a dorost. *Adiktol. prevent. léčeb. praxí*, 1(4), 236–245.

**Souhrn** | Článek pojednává o způsobu práce v adiktologické ambulanci pro děti a dorost Centra pro rodinu adiktologické ambulance pro děti a dorost, která volně přechází od 1. 1. 2019 pod Centrum pro rodinu PSS a klinické adiktologie, z. ú. Toto zařízení půjde cestou preventivní a sociální medicíny, kde má adiktologie svůj nezastupitelný význam. Zaměřuje se na screeningová šetření u dětí, které byly v těhotenství ovlivněny návykovou látkou, a upozorňuje na význam včasné zahájené intervence. Zdůrazňuje nutnost spolupráce adiktologa s dalšími obory, jelikož v případě dětské psychologie i adiktologie se jedná o důležité vývojové období. Dále se zaměřuje na nezbytnost komplexních screeningových šetření u všech dětí, které by mohly být potenciálně ohroženy závislostním

nebo rizikovým chováním. U screeningových šetření považujeme za nezbytné jak vyšetření adiktologem, tak dalšími odborníky, jako je dětský psycholog a psychiatr, sociální pracovníce. Dále je nutné u školních dětí oddělit vyšetření školním psychologem a dětským klinickým psychologem. Současně je zde vytvořen prostor pro prohloubení spolupráce adiktologa s odborníkem v případě individuální práce s dětmi v adiktologické ambulanci. Za důležité považujeme též spolupráci s pediatry a dalšími specialisty a odborníky z oblasti péče o děti a dorost. Důležité je odhalení možných rizik, která mohou vést dítě ke znevýhodnění a následně i k rizikovému chování. Ambulance je zaměřena i na vývojové poruchy u dětí.

**Klíčová slova** | Adiktologická ambulance pro děti a dorost – Anamnéza – Centrum pro rodinu – Drop In – Návykové látky – Screening

Došlo do redakce | 30. srpna 2018

Přijato k tisku | 29. října 2018

**Grantová podpora** | Tento článek byl podpořen projektem RVKPP č. A-64-16, institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1 a projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I.

**Korespondenční adresa** | Mgr. Simona Sedláčková MSc., MHA, Adiktologická ambulance pro děti a dorost, Centrum pro rodinu PSS a klinické adiktologie, z.ú., Gallašova 10, Praha 6, 163 00

sedlackova.adiktologie@seznam.cz



## 1 ÚVOD

Adiktologická péče o děti a dorost je v souvislosti s utvářející se sítí odborných pracovišť aktuálním tématem propojujícím celou řadu oborů i odborníků pracujících s uvedenou cílovou skupinou. Vzhledem ke specifitě práce s populací dětí a dospívajících se níže pokoušíme představit principy adiktologické péče vycházející z praxe konkrétního zařízení s cílem přiblížit tyto postupy nejen odborné obci.

Systém práce na pracovišti adiktologické ambulance Centra pro rodinu, Drop In, o.p.s., byl zahájen na základě předchozího projektu Slunečnicová zahrada – Centrum pro rodinu, Drop In, o.p.s., díky realizaci grantu EU.

Realizace projektu byla zahájena v roce 2010, kdy došlo k počátečnímu navázání kontaktu s klientkami – těhotnými ženami uživatelkami a matkami uživatelkami a pokračovala po celou dobu jejich léčby v našem zařízení až po diagnostické, speciálně pedagogické zhodnocení vývoje jejich dětí, navržení individuálního plánu práce s každým dítětem a jeho realizaci. V příspěvku vycházejícím z naší praxe uvádíme konkrétní, praxí ověřené metody využívané v práci s rodiči a s dětmi z této cílové skupiny.

Ambulance je zaměřena i na vývojové poruchy u dětí. Jedná se o přehled komplexní přímé práce, která nebyla ještě primárně zaměřena na výzkum. Činnost tohoto programu byla zahájena 1. 1. 2017, plynule navazovala na úspěšně běžící dlouhodobý projekt, který byl v letech 2010–2015 realizován za finanční podpory ESF a který pokračuje nadále jako longitudinální činnost odborného pracoviště. Výzkumná část a poznatky z tohoto projektu byly již publikovány v časopisu Adiktologie (2016).

Počet vyšetření dětí za období 2015–2017 dosáhl 174 vyšetřených jedinců. Informace o programu adiktologické ambulance pro děti a dorost byly získány z pracoviště Střediska prevence a léčby drogových závislostí Drop In, o.p.s., Centra pro rodinu a Adiktologické ambulance.

V kapitolách níže jsou popsány principy práce s uvedenou cílovou skupinou, včetně členění na jednotlivé kategorie, ke kterým jsou dále přiřazeny jednotlivé postupy a doporučení.

## 2 ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ CÍLOVÉ SKUPINY

Vzhledem k tomu, že děti a dospívající přicházející do kontaktu s pracovištěm tvoří poměrně různorodou skupinu, je třeba hned v úvodu spolupráce s klienty vydefinovat konkrétní typ péče, které ambulance může nabídnout. Pro přehlednost je v rámci zařízení cílová skupina rozčleněna na jednotlivé níže uvedené podkategorie, na základě kterých jsou nabízeny další služby centra. Jedná se o kategorii dětí s anamnézou užívání návykových látek jejich matkami v těhotenství bez vývojových

poruch (I. kategorie), děti s anamnézou užívání návykových látek jejich matkami v těhotenství s vývojovými poruchami (II. kategorie) a dále děti intaktních matek z hlediska užívání návykových látek v těhotenství (jedná se o matky, kde nebylo UNL v těhotenství prokázáno), avšak u těchto dětí byla následně diagnostikována vývojová porucha včetně ADHD, nepozornosti, impulzivita (III. kategorie).

V rámci tohoto členění jsou tedy determinujícími faktory užívání návykových látek v průběhu těhotenství a přítomnost vývojových poruch, což následně koresponduje s typem nabízené péče jak pro děti, tak jejich rodiče.

Z hlediska nabízených intervencí bylo dále nutné rozdělit cílovou skupinu dětí dle věkových kategorií na mladší školní věk, starší školní věk a dorost.

Dětští klienti, kteří mají v anamnéze užívání návykových látek matkami v těhotenství, jsou zařazeni do screeninového šetření a na základě analýzy potřeb je vytvořen individuální plán práce s dítětem. V rámci uvedeného plánu dochází k posilování oblastí, kde byl zaznamenán deficit. V případě absence deficitu (I. kategorie klientů) jsou děti zařazeny pouze do programu Slunečnicová zahrada, kde je sledován jejich další vývoj dle potřeb dítěte, nejdéle však 18 měsíců. Dítě je monitorováno každé tři měsíce dle předem vytvořených škál, které jsou skórovány na stupnici 1–10. V případě, že dítě vykazuje ve všech sledovaných oblastech vývojovou normu, tedy spadá do škály 8–10, je zařazeno pouze do dispenzáře na dobu pěti let. V případě, že rodiče souhlasí, mohou ambulanci s dítětem navštívit vždy 1× ročně za účelem průběžného sledování a vyhodnocení, spolupráce je tedy čistě na jejich vůli. V případech, kdy je nutné pracovat i nadále s rodiči, tak není dítě docházením do ambulance nijak stigmatizováno.

V rámci celkového zhodnocení je důraz kladen také na sledování zdravotního stavu se zaměřením na identifikaci alergií, astmatu, infekčních onemocnění včetně virových hepatitid apod. U dětí, kde je zaznamenán vývojový deficit (II. kategorie klientů) a současně vykazujících skóre na škále 1–3, je provedena diagnostika multidisciplinárním týmem odborníků a dětem je navržen individuální plán péče včetně případné medikace dětským psychiatrem. U této kategorie klientů je zpravidla žádoucí spolupráce s pediatrem, neurologem, dětským psychiatrem ev. dalšími odborníky.

Třetí kategorií jsou nejčastěji adolescenti, kteří jsou již sami přímo ohroženi látkovou i nelátkovou závislostí a je u nich nutné provést nejen komplexní diagnostiku, ale i vyhodnocení možností, jak nastavit léčbu nebo sekundární prevenci. V těchto případech obvykle po odebrání základní anamnézy dochází k mapování rizikových oblastí, které naznačují potřebu zaměření další péče, včetně spolupráce např. se školskými zařízeními, pedagogicko-psychologickými poradnami, orgány sociálně-právní ochrany dětí apod.



### 3 METODY PRÁCE S CÍLOVOU POPULACÍ

Pod pojmem „metody“ jsou v tomto případě rozuměny metody práce s cílovou skupinou, nejedná se o klasické metody výzkumného charakteru, neboť realizátoři uvedené postupy publikují s cílem možnosti použití uvedeného vypracovaného materiálu k tvorbě manuálu. Jednotlivé metody práce se liší podle potřeb klientů programu vyplývajících z analýzy zdravotnické dokumentace, výsledků screeningu, z individuálních a léčebných plánů.

Základním principem je komplexnost poskytované péče vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu, který je v rámci oboru adiktologie uznávaným paradigmatem (Kalina, 2015). Smyslem práce s nejmladší cílovou skupinou je včasná intervence a prevence, čímž v této souvislosti není myšlena specifická primární prevence. Vzhledem k tomu, že se jedná o cílovou skupinu dětí mnohdy i mladších 3 let, nelze v tomto kontextu užívat označení jako selektivní a indikovaná prevence, ale jedná se spíše o komplexní prevenci a často i terapeutickou intervenci v rámci vývojových poruch.

Možnosti, jak pracovat s cílovými skupinami, jsou pestré. Vzhledem k tomu, že vyzrálост nervové soustavy je úzce spjata s motorickou činností, je již v období šest týdnů po narození nejen možné, ale i nezbytné dítě vyšetřit rehabilitačním specialistou. Za tímto účelem Centrum pro rodinu úspěšně spolupracuje např. s Klinikou Monáda, s.r.o., jejíž tým vyučuje na 2. LF UK fyzioterapii a tělesnou výchovu a podílí se na výzkumné činnosti Neuropsychiatrické společnosti. Tým tohoto zařízení disponuje rehabilitačním specialistou, který ve spolupráci s lékařem provádí screeningové vyšetření dle Vlacha et al. (1972) a dle individuálních potřeb dítěte navrhuje konkrétní rehabilitační plán.

Rané zhodnocení a případné odhalení vývojových poruch u dětí, včetně poruch chování, respektive i opožděného psychomotorického vývoje, umožňuje včasné zahájení aplikace nápravných metod, ke kterým patří i fyzioterapeutické přístupy. S ohledem na výstupy realizované studie *Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice* (Rubášová, Kalina, Miovský, Čablová a Šťastná, 2015), která prokázala vysokou prevalenci ADHD mezi uživateli návykových látek a současně tak i poukázala na vliv neuropsychické poruchy na pozdější vulnerabilitu jedince, je v tomto kontextu možné o výše popisovaných nápravných metodách uvažovat také jako o prevenci užívání návykových látek u dětí.

Z analýzy dokumentace našich dospělých uživatelů návykových látek, ale i klientů s problematikou nelátkových závislostí z období let 2004–2017 vyplývá následující skutečnost: Populaci, která se později uchýlila k rizikovému chování, nejsou pouze osoby ze sociálně znevýhodněného prostředí nebo z rodin vyznačujících se hyperprotektivním přístupem k výchově, ale i osoby

s vývojovými poruchami či dysfunkcemi, které během školní docházky často vedou ke školní neúspěšnosti. Patří sem ale i osoby se zdravotním znevýhodněním. V rámci komplexní terapeutické péče byly využity následující metody: studium zdravotnické dokumentace, anamnestické rozhovory s rodiči a dětmi, nástroje určené k psychologickým a adiktologickým vyšetřením.

Postupy, kterými se pracuje v adiktologické ambulanci pro děti a dorost, tedy spočívají v analýze zdravotnické, sociální a případně i školní dokumentace, dále jsou realizovány rozhovory s rodiči a dětmi a je provedeno vyhodnocení dětí prostřednictvím adekvátních škál a testů.

Nejčastěji jsou využívány testy školní zralosti dítěte, Wechslerova škála inteligence WISC III (Krejčířová, Bosche & Dan, 2002), orientační vývojová škála dle Hoškové (Hošková in Sedláčková et al., 2013), diagnostická vyšetření dětí, hodnocení attachmentových vazeb aj. Po celkovém zhodnocení stavu jsou dle indikace aplikovány nápravné metody v oblasti senzorycké integrace a terapeutické přístupy speciální pedagogiky (jemná, hrubá motorika, edukace, posilování dovedností v oblasti sebeobsluhy, analýzy a syntézy myšlení, poznávání a učení). U dětí s rysy dyspraxie jsou aplikovány pohybová cvičení a nápravy. U mladších dětí lze uplatnit přístupy KBT terapie spíše formou poznávání a učení, u starších dětí je možné zařadit psychoterapeutické intervence, nejčastěji ve skupině, ale vhodná je i herní terapie.

S rodiči se obvykle pracuje individuálně nebo v rámci společné terapie a videotréninků.

### 4 PŘIJÍMÁNÍ KLIENTELY A POČÁTEČNÍ SCREENING DĚTÍ

Přijímání dětí probíhá bez předchozího doporučení, cílovou skupinou jsou děti klientek a klientů adiktologického Centra pro rodinu nebo jiných odborných pracovišť, dále jsou přijímáni klienti na vlastní žádost, případně na žádost rodičů či sociálních pracovníků.

Možnost nástupu do programu mají i děti s problémovým chováním, s ADHD, poruchami učení, nebo již konkrétním závislostním chováním. Rodiče absolvují vstupní pohovor se sociální pracovnící a následně s adiktologem a s dalšími odbornými pracovníky, speciálním pedagogem, psychologem, lékařem. Nezbytné je klást důraz na osobnost a multidisciplinaritu přijímajícího pracovníka, který je schopen predikovat vhodnost a načasování jednotlivých vyšetření, což je žádoucí zejména z důvodu stanovení vhodného individuálního plánu práce.

Jedná se, zejména o podporu dítěte, které nikdy samo bezdůvodně „nezlobí“ nebo nevykazuje rizikové chování. Často se ovšem takové dítě stává terčem, že ono je příčinou všeho zlého. Taková situace je však pro dítě dlouhodobě neúnosná.

Nezanedbatelným faktem je nutnost zjištění, zda dítě není v náhradní rodinné péči nebo adopci, případně neprošlo náhradní rodinnou péčí nebo adopcí v minulosti.

Odborný pracovník využívá své empatie a naslouchá, rodičům nevytýká jejich předchozí ani současný životní styl nebo neefektivní výchovné metody, nýbrž je povzbuzuje a dává jim najevo, že v rámci spolupráce mohou dosáhnout pozitivního ovlivnění vývoje svého dítěte.

V prvotní fázi je vhodné klást důraz na podporu dítěte, které samo bezdůvodně „nezlobí“ nebo nevykazuje rizikové chování, ovšem může u něho dojít k postupné negativní sebeidentifikaci, což současně může být pro daného jedince dlouhodobě neúnosné.

Při této práci je ve výhodě pracoviště, jehož pracovníci již mají předchozí zkušenosti s dospělými rodiči, například v rámci jejich předchozí terapie a léčby. Další výhodou je i dostupnost komplexní zdravotnické dokumentace rodičů, která umožňuje objektivnější posouzení všech získaných informací.

#### 4.1 Vstupní screening

Při vstupu dítěte do ambulance je důležité stanovit odborného garanta (adiktologa), který klade důraz na provázanost a multidisciplinaritu případu a který také vede celou kazuistiku dítěte a jeho rodiny. Adiktolog se dobře uplatňuje v pozici casemanagera, je nutné, aby jeho rozhled byl širší, než je jen čistě adiktologická znalost problému, ale aby uměl posoudit situaci komplexně a uplatnit tak další postupy jak v oblasti zdravotní, sociální i psychologické a terapeutické. Garant má zároveň za úkol prostudování veškeré dokumentace dítěte včetně všech dostupných informací a doplňujících údajů od rodičů. Ambulance pracuje s dětmi od tří let, ale je v kontaktu s dětmi již po narození, pokud se jedná o děti, jejichž matky v těhotenství užívaly návykové látky, léky nebo alkohol. Z tohoto důvodu je nutné se vývojem těchto dětí zabývat skutečně komplexněji.

V první řadě je nutné důsledně pracovat s matkou, informovat se o průběhu těhotenství, porodu, zdravotním stavu matky, ale vhodné je také vyžádat si od ní zprávu z porodnice, pokud matka souhlasí. Musí být kladen důraz na etiku a vhodný přístup k matce, která je zpravidla klientkou ambulantního programu pro matky. Zjistit závažná onemocnění v rodině, a to somatického i psychického charakteru, suicidia a psychiatrické léčby. V případě, že se jedná o novorozence matky, která užívala návykové látky v těhotenství, měl by již být vyšetřen neurologem a následně od šesti týdnů je možné odeslat ho na vhodné vyšetření na rehabilitační kliniku. U osobní anamnézy staršího dítěte zjišťujeme jeho zdravotní stav, prodělané nemoci. Vývojová úroveň dítěte je vyhodnocována po stránce psychologické, speciálně pedagogické, neurofyziologické, zdravotní a sociální, významná je anamnéza užívání návykových látek v rodině, vývojové poruchy v rodině, kombinovaná

postížení, psychiatrické poruchy, ADHD, PAS, aj. Součástí screeningu u dětí matek uživatelky je i neurologické vyšetření a posouzení motorického vývoje dítěte.

U dětí od šesti týdnů doporučujeme neurologické vyšetření opakovat a zejména u nedonošených dětí, pracovník ambulance s medicínským vzděláním může provést Vyšetření podle Vlacha, které se provádí do 3 let dítěte. V tomto věku se dá včas intervenovat v oblasti psychomotorického vývoje, který má výrazný vliv na pozdější vývoj dítěte i jeho školní úspěšnost a s tím související oblibu v kolektivu a zdravé sebevědomí. Ambulance spolupracuje také s dětskými psychiatry. U dětí od 4 let lze provádět vyhodnocení inhibice primárních reflexů, které se vyskytují po narození a jejichž vývoj probíhá asi do 3,5 let. Do doby, než dítě dosáhne věku nástupu školní docházky, by tyto reflexy měly být fyziologicky nahrazeny posturálními reflexy (Blythe, 2009, p. 26).

U školních dětí disponuje tým ještě poradenskou psychologickou, která posuzuje školní zralost, případně doporučí odeslat dítě včas do pedagogicko-psychologické poradny. Tato situace se vztahuje i na děti, které spadají do kategorie mladšího školního věku, a to z důvodu, aby dítě dostalo včas asistenta v základní škole. Jako pomocného orientačního evaluačního nástroje je využíváno i škálové hodnocení. Nástroje byly vytvořeny realizačním týmem projektu, který hodnotil vývoj dětí dle orientačních vývojových škál a anamnestických listů dle Hoškové, které byly pro tento účel vytvořeny autorkou a členkou týmu Mgr. Hoškovou-Dobrinič a které vycházely z modelů ověřených autorů (Strassmeier, 2011; Langmeier, Krejčířová, 2006; Allen, Marotz, 2008).

Děti, u kterých jsou požadované úkoly splněny pouze od 0 do 29 %, se odesílají do specializovaného zdravotnického nebo odborného zařízení nebo speciálního pedagogického centra. Děti, které plní požadované úkoly mezi 30–79 %, (střed), jsou hlavními klienty programu Slunečnicová zahrada, který využívá zejména speciálně pedagogických metod směřujících ke zlepšení funkce oslabené oblasti. Děti, které dosahují výsledky hodnocení nad 80 %, jsou zařazeny do kategorie, kde jsou odchylky od škál minimální, není tedy potřeba intervenovat v rámci uvedeného programu. Děti jsou tedy pouze dispenzarizovány.

U dětí, kde je diagnostikována vývojová porucha dětským psychiatrem, je nutné nastavit plán terapie tak, aby ve spolupráci s dětským psychiatrem a dětským psychologem vedl ke snížení projevů symptomů dané poruchy. Zde je nutné pracovat s rodinou dítěte, kdy se nejčastěji pracuje se s testem rodinného zázemí. Je nutné monitorovat, jak fungují v rodině pravidla, identifikovat, zda se neděje v rodině něco závažného.

Následně je v rámci týmu vytvořen individuální plán, který je revidován.

U dospívajících je adiktologem obvykle předkládán screeningový dotazník SURPS -Substance Use Risk Profile Sca-

le (Dolejš, Mioviský a Řehan, 2012) sloužící jako škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek. Dále se na vstupním screeningu podílí sociální pracovník, který se zaměřuje na sociální anamnézu dítěte, rodinného prostředí a sociální zázemí rodiny.

U dětí se v rámci vyšetření zaměřujeme komplexně na celou škálu medikace, zejména psychofarmaka, antikonvulziva, antialergika, neboť právě tyto léky mohou snižovat pozornost dítěte natolik, že zásadně zkreslí výsledky prováděných testů. Vyšetření provádí adiktolog dle příručky *Příklady z naší praxe – Práce s dětmi a žáky ze znevýhodněného prostředí Slunečnicová zahrada. Praha: Drop In o.p.s., (Sedláčková, S., Hošková, K., Bulvová, H. a kol. (2013)*, aby mohl zajistit další potřebná specializovaná vyšetření. Následně po vstupním screeningu je navržen individuální plán práce s dítětem a jeho rodiči či zákonnými zástupci.

## 4.2 Adiktologické, speciálně pedagogické, psychologické a psychiatrické vyšetření

Psycholog pedagogicko-psychologické poradny se zaměřuje na školní zralost dítěte, na prevenci rizikového chování, ale nemůže často zohlednit zdravotní stav dítěte a propojit dítě s vhodnými medicínskými přístupy, jelikož jeho cílem je navržení správného vzdělávacího programu, nikoliv léčba. Často se stává, že rodiče předávají informaci o dítěti např. o enuréze školnímu psychologovi, ale klinický psycholog nebo zdravotnické pracoviště se již o tomto fenoménu nedozví. Je tedy důležité rozlišit školního, nebo poradenského psychologa s příslušností k pedagogicko-psychologické poradně a dětského klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví. Centrum pro rodinu, v rámci adiktologické ambulance, doporučuje spolupráci s dětským klinickým psychologem.

V případech, kdy dítě vykazuje deficity, je navržen systémem posilování senzorycké integrace a rozvíjení dané oblasti dle „*Pracovních listů*“ (Keblová et al., 2013). Hodnocení je zaměřeno na oblasti sebeobsluhy, myšlení, analytické schopnosti, sociální zralost a zdravotní stav včetně neurofyziologického vývoje.

Po zhodnocení speciálním pedagogem může být dítě i již v předškolním věku vyšetřeno psychologem, a to zejména v případech, kdy je nesoustředěné, zamklé, hyperaktivní, a také v případech, kdy je nám známo, že v rodině dítěte dochází, nebo docházelo k násilí.

Zhodnocení dětským psychologem je důležité i v případech, kdy dítě bylo odebráno matce a je v náhradní rodinné péči, v případech, kdy dochází ke znovuobnovení kontaktu s matkou, nebo když se dítě vrací z náhradní rodinné péče zpět do původní rodiny. Na doporučení dětského psychologa i garanta může být dítěti zprostředkováno i psychiatrické vyšetření, a to v případech, kdy nadměrně pláče, sebepoškozuje se apod. Navíc u suspektních poruch autistického spektra i u ADHD diagnostikuje vývojovou poruchu vždy dětský psychiatr.

U dětí, kde je diagnostikována vývojová porucha dětským psychiatrem, je nutné nastavit plán terapie tak, aby ve spolupráci s dětským psychiatrem a dětským psychologem vedl ke snížení projevů symptomů dané poruchy.

## 4.3 Sociální šetření

Probíhá na základě dotazníků a doplňujících informací získaných od rodičů nebo zákonných zástupců, kteří o dítě pečují, zajišťuje ho zpravidla sociální pracovník programu nebo adiktolog.

Sociální anamnéza dítěte se zaměřuje na zmapování následujících oblastí, a to zejména jak funguje dítě v rodině, v kolektivu, cílí na jeho rodinné zázemí, domácí podmínky, sociální dovednosti rodičů, sociální zázemí, ekonomické podmínky, hygienické návyky, sebeobsluhu apod.

Šetřením v sociální oblasti je zajištěn přehled o spolupráci s rodiči, postojích rodičů k dodržování denního režimu, důslednosti, uspokojení bazálních potřeb dítěte a jejich působení na rozvoj osobnosti dítěte. Garant dítěte zařazuje děti do programu dle možností:

- **Individuální práce s rodičem.** Jedná se o ty situace, kdy vnímáme, že výchovné praktiky rodiče jsou neefektivní, neproduktivní nebo kontraproduktivní. Může se jednat jak o edukaci a KBT, tak o poradenství nebo formu skupinové terapie či jiná případná doporučení.
- **Práce s rodičem a s dítětem.** Ta je doporučena zejména u předškolních dětí, kdy rodiče sice zajišťují bazální potřeby dítěte, ale nijak se nepodílí na jeho vývoji, nevytváří, nebo vytváří málo podnětné prostředí. Rodič se učí hrát si s dítětem, je kladen důraz na situace, kdy se na sebe mohou dítě a rodič pozitivně naladit.

Tato metoda se týká také situace, kdy jsou děti předávány zpět z náhradní rodinné péče biologickým rodičům, nebo i po delší odluce, kdy si na sebe obě strany musí zvyknout. Společná práce může sloužit i náhradním rodičům pro vzájemné napojení. V této situaci je vhodné pracovat na upevnění attachmentových vazeb.

## 5 INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S DÍTĚTEM NEBO PRÁCE SE SKUPINOU DĚTÍ

### 5.1 Rozdělení dle věku dítěte

Pro skupinové aktivity a pozitivní rozvoj byly děti děleny do následujících skupin:

**Novorozenci** – Jedná se o skupinu dětí výhradně matek s předchozí anamnézou užívání NL v těhotenství, případně psychofarmak. S uvedenou cílovou skupinou je nutné provést včasný screening podle Vlacha (viz výše). V naší ambulanci se obvykle ocitají děti v šestém týdnu po narození, péče o novorozence patří do kompetence neonato-

logů a později neurologů a fyzioterapeutů. V adiktologické ambulanci může dojít ke zprostředkování odborných kontaktů. V budoucnu plánujeme vyšetření neurologem nebo odborným lékařem přímo na našem pracovišti, a to z prostého důvodu, aby byla zjištěna indikace. V případě, že matka dítěte nespolupracuje a dítě je indikováno k terapii, vnímáme to jako zcela zásadní problém.

I spolupracující rodiče či pečující osoby je nutné průběžně kontrolovat, aby nedocházelo k zanedbání péče o dítě v tomto směru.

**Věk 3–4 roky** – V této věkové kategorii ještě není jasně stanovena diagnóza ADHD, PAS, ani dalších vývojových poruch. V tomto věku je nutné pravidelně sledovat vývoj dítěte a včas se zaměřit na tzv. opožděný vývoj. Situaci nelze bagatelizovat. Může jít o situaci, kdy dítě vývojově má své rezervy a s naší pomocí, nebo i bez ní deficit dožene. Z tohoto důvodu je nutné provádět pečlivý screening a problematikou se dále zabývat.

Dítě je třeba přiměřenými metodami posouvat a provádět pravidelné kontrolní škálové hodnocení každé 3 měsíce a v případě potřeby je nutné včas děti odeslat k externím odborníkům. Nezbytné je sledovat a také pracovat s prostředím dítěte, a pokud je to možné i s oběma rodiči. V této věkové kategorii je již možné se věnovat i dětem s intaktní anamnézou matky. Děti, které vycházejí v průměrném hodnocení screeningu jako 80–100% odpovídající vývojové fázi, mohou docházet pouze na krátkodobá setkání a v dispenzární péči zůstávají pouze děti s anamnézou UNL matkami v těhotenství.

**Věk 5–6 let** – V této věkové kategorii je cílová skupina vyhodnocována v rámci výše uvedeného screeningového šetření, ale spadá sem i vyšetření školní zralosti. Je navržen plán péče a vypracován je i návrh, jak docílit i školní úspěšnosti. Pracuje se s rodinou, ale je nutné věnovat pozornost i trávení volného času a počínající problematice nelátkových závislostí, jako jsou tablety, PC hry a telefony. Děti a rodiče jsou motivováni k efektivnímu trávení volného času a je nutné vyhodnotit, jak dítě funguje ve vrstevnické skupině. Ve všech případech je kladen důraz i na attachmentové vazby. Sledována je adiktologická problematika u rodičů nebo nevhodné vedení. Jedná se například o časté pouštění pohádek na tabletu a PC, když rodiče chtějí mít pro sebe čas, tento jev se vyskytuje již v mladším období, a to i u relativně zcela intaktní populace rodičů.

**Mladší školní věk** – Zde je již dítě zařazeno do primárního vzdělávacího programu, je tedy důležité respektovat školský zákon, kdy má hlavní slovo pedagogicko-psychologická poradna, která může v doporučení ŠPZ pro vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami doporučit vytvoření individuálního vzdělávacího plánu. Adiktologická ambulance by neměla rozhodně suplovat poradenský systém. Následně poradna sama navrhne náplň reedukace a další metody, které děti čerpají v rámci školy. Adiktologická ambulance má zde své místo a úlo-

hu v případě současných problémů rodiče, který sám patří do cílové skupiny adiktologické péče.

V souvislosti s léčebnými a terapeutickými metodami sledujeme, jak je rodič motivován k péči o dítě a k podpoře svého dítěte v rámci získávání školních kompetencí.

V případě školních nezdarů dítěte, poruch chování a dalších zjištěných faktorů je možné ve spolupráci s poradnou a školou vyhodnotit i stav dítěte dětským klinickým psychologem, pomoci rodičům zprostředkovat kontakty nebo indikovat dítě k vyšetření u dětského psychiatra a úlohou adiktologa je spíše uvedené činnosti koordinovat a kontrolovat.

Nezastupitelnou úlohou adiktologa je koordinovat již uvedený multidisciplinární přístup, který má v současné době obor adiktologie podrobně vypracovaný. V tomto kontextu je vhodné zmínit přístup case managementu, kdy terapeuti jezdí i do přirozeného prostředí klientů domů v případech, kdy jsou děti často nemocné a intervence by se tak nikam dále neposouvala. V našem případě se tak děje zejména v případech časté nemocnosti školou povinných dětí, kdy žák skutečně vykazuje konkrétní somatické či psychosomatické obtíže.

Ve spolupráci s rodiči je možné pomoci žáka umístit do ozdravovny, dále je možné ve spolupráci s odborníky pátrat po psychosomatické příčině. V takovýchto situacích je vhodná intenzivní práce s celou rodinou, dále i s dalším odborným zařízením, kterým bývá zpravidla pracoviště dětského klinického psychologa, pokud jím adiktologická ambulance přímo nedisponuje.

U dětí mladšího školního věku se současně aplikuje screening neuromotorické vývojové terapie a následné cvičení, kterým se Centrum pro rodinu zabývá. V ČR jsou tyto programy realizovány jako INPP Školní intervenční program, nebo jsou praktikovány např. v Red Tulip paní Marjou Volemanovou, která je jednou z průkopnic této terapie (Volemanová, 2013).

**Starší školní věk** – Jedná se o kategorii žáků, kteří jsou již seznámeni s problematikou látkových i nelátkových závislostí a procházejí preventivním programem školy v rámci školní docházky. Je tedy vhodné v případě, že nás rodina osloví, spojit se se školou, případně s realizátorem preventivních programů na škole, nebo se školním metodikem prevence. V této věkové kategorii se setkáváme s poruchami příjmu potravy, sebepoškozováním, kyberšikanou, aj. U mentální anorexie se skutečně jedná o velmi závažné a křehké téma a vzhledem ke specifice problému se domníváme, že by se do něj adiktolog bez psychoterapeutického výcviku a bez spolupráce s psychiatrem, odborníkem na poruchy příjmu potravy a psychologem se specializací na PPP neměl pouštět.

Zde ovšem v současném systému vnímáme problém, kdy děti s diagnózou poruch příjmu potravy nejsou prioritně přijímány na interní, nebo metabolické jednotky,



jak bychom se mohli domnívat. Doporučujeme rodiče na odborná pracoviště, nejčastěji FN Motol, Thomayerovu nemocnici či Nemocnici Bulovka. Naše pracoviště má vytipovanou síť odborníků, avšak nemocnice mají psychiatrická lůžka plná několik měsíců dopředu. Při velmi nízké váze adolescentky je určitě důležité rodičům doporučit bezodkladně kontaktovat interní Dětskou kliniku Praha 2, Ke Karlovu 3, kde následně po infuzní terapii je dítě přeloženo na psychiatrické lůžkové oddělení.

Adiktologická ambulance může také provádět depistáž dalších rizik, je nutné si všimnout situací, kdy klientka trvá pouze na určitém druhu stravy a velmi extrémně trvá na veganství nebo vegetariánství. Někdy jsou v tomto extrémním výběru jídel děti podporovány již od svých rodičů, u kterých nemoc může skrytě probíhat dlouhodobě. Zde spolupracujeme s Klinikou adiktologie, ambulancí pro děti a dorost a jejich terapeutickým týmem.

Zásadní cílovou skupinou naší ambulance jsou však také již dorůstající děti našich klientek, které byly matkám odebrány před delším časovým úsekem (14 let i více) a svěřeny do náhradní rodinné péče obvykle k biologickým babičkám. Tato cílová skupina dětí a zejména pak dívek ke svým matkám inklinuje, pravidelně se s nimi vidá při pravidelných návštěvách, ovšem z hlediska rodičovské autority jsou tyto matky uvedenou cílovou skupinou vnímány spíše jako starší sestry, či objekty sourozenecké rivality. U těchto dětí tedy figurují dvě matky, jedna biologická a jedna babička a v drtivé většině případů se i tyto babičky samy matkami nazývaly. Tento jev zcela výrazně zasahuje do dětské duše, jeho priorit a identifikace se světem. Popsaná situace pak bez dalšího terapeutického zásahu může svou měrou přispívat k progresi potíží s identifikací vlastního já a negativního sebepojetí.

V tomto věkovém období již lze pracovat s dětskou terapeutickou skupinou, ale je nutné jí zaměřit na pozitivní zážitkové aktivity, přijetí v terapeutickém kontextu a prožitá traumata a zážitky probírat pouze individuální formou. Nedomníváme se, že by zpracovávání témat spojených s užíváním návykových látek (např. zvládání cravingu apod.) bylo efektivní probírat v rámci této vrsťevnické skupiny, jelikož v tomto věku děti mezi sebou mnohdy rivalizují a skupinové aktivity v tomto kontextu mohou zafungovat jako spouštěcí mechanismus.

**Dorost, adolescence** – Věková hranice pro tuto cílovou skupinu by měla být 18 let, ovšem je možné v některých případech pracovat i se staršími klienty. U klientů se nejlépe osvědčuje rodinná terapie, individuální terapie, skupinová terapie, ale také např. pobyt v terapeutické komunitě Karlov, dále Centrum následné péče Drop In a Klinika adiktologie. Důležité je v rámci terapie rodiče upozorňovat na dlouhodobý proces související s vývojovou etapou dospívajícího, který může být způsoben nedostatečným respektováním vývoje dospívajícího.

V neposlední řadě se setkáváme i s klienty s vývojovou poruchou ADHD, impulzivitou, nepozorností, apod. Mezi

naše klienty patří i osoby, které pod vlivem návykové látky opakovaně řídí motorová vozidla, a to i bez ŘP, páchají trestnou činností (zejména krádeže), propadly gamblingu.

S těmito klienty se pracuje v rámci adiktologické ambulance již jako s dospělými klienty, je jim poskytována individuální a skupinová terapie a poradenství po předchozím vstupním a kontrolním zhodnocení dle Standardů pro poskytovatele služeb UNL.

**Práce s rodiči** – Je nezastupitelnou částí práce v adiktologické ambulanci, jedná se o zcela zásadní článek při výchově dětí. S Centrem pro rodinu spolupracují již rodiče, kteří sami byli klienty centra, zejména matky, bývalé uživatelky, které již abstínují. V případě, že neabstínují, jsou zařazovány do samostatného programu. Abstínující rodiče jsou podporováni ve vytvoření reflexe svých výchovných postupů. Dále přichází rodiče dospívajících a starších dětí, kteří nebyli v předchozím kontaktu s ambulancí. S příchozími je možné zvolit dvě varianty péče. V případě, že přivádí adolescenta nebo starší dítě, je možné zahájit rodinnou terapii, následně však v případě indikované terapie individuální by neměli jednotliví členové rodiny docházet ke stejným terapeutům, jelikož dochází ke zkruslení rodinných systémů.

V opačném případě, když nás navštíví rodič sám a posléze přichází s dítětem, může být poskytnuto rodinné poradenství, ale nedoporučuje se provádět rodinnou terapii v této posloupnosti, jelikož je zde ve výhodě ten, co nás dříve kontaktoval. U problematiky starších dětí a rodičů se aplikují metody rodinné terapie, individuální terapie a poradenství dle individuálních plánů.

## 6 ZÁVĚR

V současné době je při práci s klienty věnována zvýšená pozornost rodinnému zázemí a rodinné terapii se věnuje celá řada zařízení, včetně práce s dospívajícími klienty. Centrum pro rodinu přichází do kontaktu velmi často s malými dětmi a též s dětmi mladšího školního věku.

Je pravdou, že v době inkluzivního vzdělávání probíhá perfektní odborná diagnostika, ale nejsou dostatečně aplikovány metody při řešení problémů a odchylek ve vývoji, např. specifických poruch školních dovedností, ADHD, PAS apod. U dětí a žáků se specifickými poruchami školních dovedností jsou jejich deficity sice již školou akceptovány, probíhá edukace a spolupráce s asistenty pedagogů, je však důležité aplikovat další moderní metody řešení této problematiky, například psychomotorická cvičení.

Neurovývojová terapie není samospásná bez odborného komplexního multidisciplinárního přístupu, jakým je již zavedený systém adiktologických služeb, rodinného a individuálního poradenství i terapie, ambulantní a ústavní léčby, case managementu aj., ovšem tyto terapeutické způsoby práce s cílovou populací dětí je vhodné zahrnout



do celkového systému péče. Ve výše uvedených výzkumech (Rubášová et al., 2015) byla prokázána zvýšená prevalence ADHD u uživatelů návykových látek a vliv neuropsychických poruch na zvýšenou vulnerabilitu z hlediska pozdějšího užívání návykových látek v dospělosti. Rodiče dětí mají své omezené možnosti a vychází ze situace, které sami rozumí. Porozumět jedinci s ADHD nebo nedostatečně inhibovanými primárními reflexy je velmi těžké, jedná se skutečně o stav, který je klienty popisován jako podobný stavu syndromu z odnětí, strachu, úzkosti, špatné koordinaci, dezorientaci apod. Dospělí uživatelé se často domnívají, že se jedná o stav, který mají po odeznívání účinků drog, objevuje se i po užití THC a halucigenů u neurotických klientů (lékaři tento stav diagnostikují jako stav neurovegetativní lability). Málokterý rodič a dospělý, který tento stav nezažil, je schopen pochopit, jak se takové dítě cítí. Zde je možná kořen neefektivních rodičovských přístupů, se kterými samozřejmě pracujeme, nicméně rodič v této fázi již obvykle nemá možnost svépomocí tyto stavy ovlivnit. V terapii se dá pracovat se strachem, s ohrožením, s asertivitou, ale jak již bylo výše uvedeno, v zahraničí, zejména ve Velké Británii i na Slovensku a Maďarsku, aplikují psychologové a dětské terapeuti metody senzorycké integrace, INPP (neurovývojová cvičení). Česká republika stále neumožnila legislativně zakotvit u náplně práce psychologa práci s tělem, částečně je zakotvena u speciálních pedagogů. Řada postupů je realizována v praxích fyzioterapeutů a neurologů.

V současné době jsou čekací termíny na vyšetření neurologem několik měsíců a neurovývojovou terapii, která je velmi drahá, provádí pouze úzká část fyzioterapeutů v privátní praxi. Běžné dítě, natož dítě ze znevýhodněného prostředí, nemá obvykle možnost tuto terapii vůbec čerpat. Nejčastěji se jedná o děti dyspraktické, úzkostné a méně sebevědomé. Tato skutečnost vede často k vyčlenění dítěte z kolektivu a později může vést k rizikovému chování ve snaze získat si oblibu vrstevníků. Řešením však není zařazení dyspraktického dítěte do sportovního oddílu, kde bude opět neúspěšné, neboť opakovanou stimulací přetrvávajících primárních reflexů dochází totiž k jejich posilování, nikoliv k jejich inhibici. Možností řešení je systematická práce, která kromě rodinné terapie a práce s rodiči zahrnuje i posilování v oblasti psychomotorické nezralosti dítěte, kde jsou jednotlivé pohybové na sebe navazující stereotypy sestaveny tak, aby vedly k efektivním výsledkům.

V České republice je navíc situace komplikována skutečností, že odborníci, kteří ovládají metody neuromotorických cvičení, jsou z řad fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Úhrada uvedené terapie je prováděna buď ze všeobecného zdravotního pojištění na doporučení lékařů, nebo si ji rodiče musí hradit. Uvedené terapeutické postupy nejsou zatím příliš rozšířeny v působnosti pedagogicko-psychologických poraden, mezi psychology a speciálními pedagogy, pracovníky preventivní medicíny ani adiktology. Doporučení z praxe se přiklání ke skutečnosti, aby vyšetření u dětí bylo realizováno již v předškolním věku a došlo k multioborovému propojení, včetně aplikace te-

rapeutických metod, jako je neurovývojová terapie. Smyslem práce je snaha propojit diagnostiku s terapií nejen rodinnou a individuální, ale také s herní terapií a zakotvit senzoryckou integraci a neuropsychoterapii do spektra odbornosti psychologů a adiktologů. To s sebou nese fakt, že pro práci s dětskou cílovou skupinou je nutné rozšiřovat další vzdělání, legislativu a terapeutické výcviky na uvedené téma, včetně čerpání zkušeností ze zahraničí.

V adiktologické ambulanci pro děti a dorost a v programu Slunečnicová zahrada je tým připraven uvedenými metodami pracovat a intenzivně spolupracovat s dalšími odborníky.

Závěrem lze říci, že v rámci podpory a ochrany veřejného zdraví, preventivního lékařství a adiktologie je nutné zohledňovat řadu faktorů, které ovlivňují vývoj dětské populace tak, aby preventivní působení mělo v důsledku celkově pozitivní vliv na veřejné zdraví populace.

V oboru adiktologie se do roku 2017 s výjimkou Kliniky adiktologie cílové skupině věnovaly pouze programy primární prevence a pedagogicko-psychologické poradny. Před rokem 1989 to byla vždy zdravotnická zařízení, zejména pediatrii, pedagogové, dětské psychologové a psychiatři, včetně dalších odborností a o kazuistikách dětí spolu komunikovali. Již prof. Matějček sledoval, jak na dítě působí rodinné prostředí a prostředí ústavní, a byl to právě on, který se zasloužil o významné téma zdravého vývoje dítěte, kam nepochybně patří prevence adiktologických poruch. V oboru adiktologie se multidisciplinární odborná veřejnost shoduje s tím, že adiktologický problém je až sekundární důsledek problému primárního.

**Doporučení** – V oboru dětské adiktologie doporučujeme rozšířit vzdělání adiktologů, již není možné vycházet pouze ze základní akademické průpravy, práce s dětskou populací vyžaduje nejen znalosti ze speciální pedagogiky a vývojové psychologie, ale i znalosti komplexní neuropsychoterapie. Do doporučení patří neustálé propojování adiktologie s komplexními přístupy v medicíně. Ze zkušeností ze zahraničí (např. Blythe, 2009) je patrné, že terapeutické intervence zaměřené na práci s tělem mají příznivý vliv na optimální vývoj dětí i dospívajících, proto doporučujeme zařadit tyto metody do adiktologické péče o dětskou populaci. Jak uvádí Hampl (2003), každá léčebně-preventivní péče by měla zahrnovat prvky bio-psycho-sociální (Hampl in Kalina, 2003, p. 174.), proto je vhodné i k uvedené cílové skupině přistupovat v souladu s celostním modelem lidské osobnosti.

**Role autorů** | Mgr. Simona Sedláčková, MSc., MHA, vychází z přímé práce realizátora adiktologické ambulance pro děti a dorost a projektu Slunečnicová zahrada. Prováděla analýzu dat a zajišťuje komplexně a odborně program adiktologické ambulance pro děti a dorost. Doc. MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D., provedla rešerši k zvolenému tématu a podílela se na vyhodnocení dat. MUDr. Zdenek Veselý se zabývá dědičnými faktory, které ovlivňují užívání návykových látek v dospělosti. Mgr. Kateřina Dobri-

niž se věnovala překladu do anglického jazyka, dále její specializací je pedagogicko-psychologické poradenství a je externí členkou týmu a autorkou škál dle Hoškové. Bc. Petra Mládková navrhla design a metodiku projektu, odbornou a věcnou realizaci celého projektu.

Všichni autoři souhlasí s konečnou podobou textu.

**Konflikt zájmů** | Bez konfliktu zájmů

## LITERATURA / REFERENCES

- Adameček, D., Libra, J., & Šedivá, D. (2015). D. *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)*. Praha: Vláda ČR
- Binder, T., Vavříčková, B. (2006). *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton.
- Blythe Goddard, S., Beuret, L., Blythe, P. (2009). *Attention, balance, and coordination: the A.B.C. of learning success*. Wiley: Malden, Mass.
- Čermáková, M., Papežová, H., Uhlíková, P. (2015). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD). Příručka pro dospělé*. PRVOUK P26/LF1/4 a P03/LF1/9, [on line] cit. 29.07.2018. Dostupné z <www.nepozorni.cz>
- Dolejš M., Miovský, M., & Řehan, V. (2012). *Testová příručka ke škále osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS–SUBSTANCE USE RISK PROFILE SCALE)*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Drobná, H., Velemínský, M. (2000). *Problematika drogových závislostí matiek a novoroďencov*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity.
- Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, M. et al. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing.
- Hampl, K. (2003). Lékařská ambulantní péče o závislé. In: Kalina, K. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Hjerkin B. et al. (2010). Neuropsychological screening of children of substance-abusing women attending a Special Child Welfare Clinic in Norway, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5(17).
- Hulínský, P., Hamplová, L., Němcová, J. (2014). Prevence šíření HIV/AIDS ve vybraných komunitách. *Zdravotnictvo a sociální práce*, Supplementum 9, 56–59.
- Hulínský, P., Hamplová, L. (2013). Řešení problematiky HIV/AIDS v České republice. *Zdravotnictvo a sociální práce*, 8(3), 8–17.
- Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA. (1999). Brief intervention for alcohol use in pregnancy: a randomized trial. *Addiction*, 94, 1499–1508.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup I. a II.* Praha: Rada Evropy/Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kastnerová, M., Sedláčková, S., Žižková, B. (2006). *Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity.
- Kessler, R. C. et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163(4), 716–23.
- Krejčířová, D., Boschek, P., & Dan, J. (2002). WISC–III. *Wechslerova inteligenční škála pro děti*. Wechsler, D., česká verze. Praha: Testcentrum.
- Libra, J., Miovský, M., Mravčík, V. (2012). *Koncepce sítě zdravotních služeb oboru adiktologie*. Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP.
- Mioviský, M. (ed.) a kol. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Togga.
- Mioviský, M. (2003). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí. In: Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup I. a II.* Praha: Úřad vlády ČR.
- Rubášová, E., Kalina, K., Mioviský, M., Čablová, L., & Šťastná, L. (2015). Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice - pilotní studie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 111(5), 228–235. Retrieved from <http://www.cspychiatr.cz/archiv.php>
- Preslová, I. (2008). Možnosti a meze při práci s těhotnými uživatelkami drog. In: M. Velemínský, M., B. Žižková, *Péče o těhotné ženy, užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton.
- Rozsypal, H., Rozsypalová, B. (2006). Význam vyhledávacích sérologických vyšetření v graviditě. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 15(3), 436–445.
- Sedláčková, K., Žižková, B. (2007). Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství. *Sestra*, 7–8, p. 35–36.
- Sedláčková, S., Žižková, B. (2007). Jeden ze systémů péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v České republice. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 3(1), 45–50.
- Sedláčková, S. (2009). *Prevence specifických vývojových poruch u dětí, jejichž matky užívaly v těhotenství návykové látky, Slunečnicová zahrada*. Praha: Sananim, o.p.s.
- Sedláčková, S., Hošková, K., Bulvová, H. a kol. (2013). *Příklady z naší praxe – Práce s dětmi a žáky ze znevýhodněného prostředí Slunečnicová zahrada*. Praha: Drop In, o.p.s.
- Sedláčková, S., Keblová, A., Hošková, K. a kol. (2013). *Metodika pro rodiče – Obáváte se problémů s chováním a učením vašeho dítěte?* Praha: Drop In, o.p.s.
- Sedláčková, S., Hamplová, L., Dobrinič, K. (2016). Metodika péče o matky užívající návykové látky a jejich děti v projektu Slunečnicová zahrada. *Adiktologie*, 18(4), 352–359.
- Trávníčková, I. (2001). *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Vavříčková, L., Mioviský, M., Libra, J. (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP.
- Volemanová, M. (2013). *Přetrvávající primární reflexy: opomíjený faktor problému učení a chování: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha: Red tulip.
- Wilke J. D., Kamata, A., Cash, S. J. (2005). Modeling treatment motivation in substance-abusing women with children. *Child Abuse and Neglect*, 29(11), 1313–1323.

# School Facilities and Addiction-Related Issues

**Toman, J.**

Youth Detention and Educational Care Centre, Prague, Czech Republic

**Citation** | Toman, J. (2018). Školská zařízení a adiktologická problematika. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 246–253.

**Summary** | School facilities established under Act No. 109/2002 have dealt with addiction issues in the long term. Particular challenges arise from compulsory placements where little account is taken of the child's motivation or the resources of the institution. With motivated addiction clients, school facilities use

services provided by health programmes or non-governmental organisations. Some facilities have established their own addictological programmes, such as *Cesta Řevnice*. The pressing nature of addiction-specific issues requires prompt structural responses undertaken as part of the prevention system.

**Keywords** | Residential setting belongs to Ministry of Education – Foster care – Risky behavior – Adictological comorbidity – Comprehensive conception – Interdepartmental strategy

**Submitted** | 26 September 2018

**Accepted** | 23 November 2018

**Correspondence address** | PaedDr. Jan Toman, Youth Detention and Educational Care Centre, Na Dlouhé mezi 19, 147 00 Prague 4, Czech Republic

[toman.jan@dum-praha.cz](mailto:toman.jan@dum-praha.cz)

# Školská zařízení a adiktologická problematika

**Toman, J.**

Diagnostický ústav a Středisko výchovné péče, Praha 4-Hodkovičky

**Citace** | Toman, J. (2018). Školská zařízení a adiktologická problematika. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 246–253.

**Souhrn** | Školská zařízení zřizovaná podle zákona 109/2002 Sb. řeší problematiku adiktologického typu velmi dlouho zejména jako problém obligatorně umístěného dítěte bez ohledu na motivaci či úroveň kompetencí pracoviště. U motivovaných adiktologických klientů využívají školská zařízení

služeb programů ve zdravotnictví či u neziskových organizací. Některá zařízení zřídila vlastní adiktologické programy. Příkladem je program Cesta Řevnice. Nárůst této problematiky vyžaduje urychlené koncepční řešení v systému prevence.

**Klíčová slova** | Školská zařízení – Obligatorní (institucionální) náhradní péče – Rizikové chování – Adiktologická komorbidita u dětí a mládeže – Stávající programy zaměřené na adiktologickou problematiku ve školských zařízeních – Ucelená koncepce prevence ve školství – Meziresortní strategie

## 1 ÚVOD: PROMĚNA SPOLEČENSKÉHO KONTEXTU A VNÍMÁNÍ ÚSTAVNÍ VÝCHOVY A PÉČE

Je obtížné strukturovaně charakterizovat současný stav adiktologicky orientovaných programů ve školských zařízeních bez krátké rekapitulace vývoje a jeho fází v různých obdobích vývoje problému, jeho teoretického poznání, společenského nahlížení a reálných možností pro praktické postupy k pomoci, k úzdavě. Školská zařízení od devadesátých let pracují s klientelou dětí a dospívajících, která, ač jako skupina z demografického pohledu marginální, je svým způsobem reprezentativní jako nositel rizik u dětí a mládeže, která odpovídají vždy aktuální situaci ve společnosti. Právě zde jsou zachyceny signály napovídající o blížícím vývoji některých problematických jevů či patologií.

Tato samotná skutečnost vedla jednotlivá zařízení s odpovědným vedením k hledání reálné a účinné metodiky k práci s jednotlivými riziky, mezi která patří také, při vysoké komorbiditě, problematika psychotropních látek a závislostního chování.

V začátcích snahy o systémový přístup lze připomenout využívání prvků zahraničních zkušeností, zejména z USA a Polska, a samozřejmě renomovaných systémů a přístupů té doby reprezentovaných jmény Nešpor, Heller, Prešl, Douša.... Současně ale byly také využívány – a dosud efektivně využívány jsou, specializované terapeutické programy neziskových organizací v čele se Sananimem, který dlouhá léta suploval úkoly státu.

V průběhu posledních dvaceti let ale došlo k prudkému vývoji v této oblasti. Změnily se empirické souvislosti, vnímání problematiky většinovou společností, některé z psychotropních látek prošly v nebývalé krátkém čase standardním vývojem od prohibice přes aboliční přístup až k reglementaci, tedy legalizaci na úrovni zákonné normy. Především ale byl díky několika protagonistům (prof. Miovský, doc. Kalina a další) konstituován vědní obor adiktologie, zahájeno řádné vysokoškolské studium zaměřené na tuto disciplínu. Otevřel se tak pro školská zařízení prostor ke standardizaci přístupu k problematice ve školské praxi, vznikl příslib možnosti zapojit do týmů ve školských zařízeních specializované odborníky. Vývoj problematiky od let devadesátých do jisté míry korespondoval s vývojem ve společnosti. Současně však byl ve školských zařízeních provázen potížemi organizačními, tradičním hodnocením či bodovacím systémem v práci s klienty (srovnej Kalina 2013, p. 318), různými dogmaty či profesními stereotypy.

Diagnostický ústav v té době realizoval každoročně několik projektů zaměřených na hledání nových metodických přístupů, které by odpovídaly potřebám klientely a jisté anticipaci také ve vývoji problematiky adiktologické. Nakolik se zdá rekapitulace společenských změn pro dané téma z různých důvodů redundantní, specifickým

problémem je, že úkol pro školská zařízení není o jednoznačné, vyhraněné zakázce, např. adiktologického typu, ale dítě je často do zařízení obligatorně svěřeno k plnému přímému zaopatření, k všestranné péči s cílem optimálního rozvoje, vzdělání, a zařízení se tak dostává do jisté míry do role rodiče, který musí vyhodnotit všechny okolnosti a s plnou odpovědností naplánovat s dítětem dlouhodobou perspektivu. V této souvislosti bylo jen na úrovni například právě adiktologické nezbytné reflektovat vývoj:

- V politice – od ignorace (vyjádřené neochotou nejen problém řešit, ale vůbec jej připustit jako významný) k toleranci (což reprezentuje překonání stádia bulvarizace, politického zneužívání problematiky, strašení a zběsilé medializace až k politicky přijatelnému postoji „realistické tolerance“).
- V zahájení řešení problému u klientely – od experimentu k užívání. To přirozeně přinesl prostup problematiky společností. Většinu kontaktů s drogou u mladistvých v letech devadesátých bylo možno charakterizovat jako experiment. V současné době je experiment v daném věkovém období považován za reálnou součást zkušenosti mládeže většinové společnosti, snad i obecně iniciačního charakteru referenčních skupin. Klient, který dnes přichází s problémem (rozuměj také rodiče, škola, kurátor, tedy častí iniciátoři intervence), by experiment jako problém ještě rozhodně nevnímal.
- Ve vnímání „drogy“ u dospívajících v kontextu společnosti – od dobrodružného objevování k uživatelským zkušenostem. Většina současné dospívající klientely užívá konkrétní drogu pro její konkrétní vlastnosti. Netápe, poučí se „vzděláváním“ ve společnosti. Má tak blízko k sebemedikaci. Stav, který považuje za zdůvodněný, etický a často nenahraditelný.
- Od zoufalého, náhodně zvoleného útěku od reality, případně od revolty, k tolerovanému životnímu stylu. Značná část většinové společnosti zabudovala do životního stylu drogu v podobě širokospektrých (nenarkotických) analgetik a jiných preparátů. Ty se staly facilitačním faktorem náročné každodenní reality. Je tak THC akceptovatelnou variantou?

Vývoj rovněž po mnoha generacích masivně prolomil hegemonii „tolerovaných“ či „legálních“ drog, zejména alkoholu a tabáku.

Při všech těchto změnách, široce mezioborových, jejichž výčet pro svoji rozsáhlost nelze dohlédnout, je zřejmé, že hledání „standardizovaného“ přístupu ve školských zařízeních nebylo v té době dost reálné. Realita v zařízeních tak odpovídala a dodnes často odpovídá míře osobních investic jednotlivců v jednotlivých zařízeních do dané problematiky.

V posledním desetiletí se ve většině zařízení, která jsou ochotna problematice věnovat, ustálil pod heslem „ZMĚNA“, cesta ke změně, nabídka změny, apod. Šlo o první koncepty založené na nějakém vědeckém základu, vyu-



žívající zkušenosti z terapeutických skupin a komunit. Základem ale byl a dosud ve většině těchto programů je **motivovaný klient**.

Zde je ale nezbytné připomenout, že původní „skálovský“ princip uplatňovaný u dospělých alkoholiků, „až na dno“ jako základ motivace ke změně, nelze u dětí a dospívajících akceptovat. Nejen s ohledem na skutečnost, že škody způsobené intoxikací v době propadání se „na dno“ jsou v období rozvoje a zrání organismu a osobnosti nedozírné.

## 2 DIAGNOSTICKÝ ÚSTAV A SVP, PRAHA 4

Diagnostický ústav je školské zařízení zřizované ministerstvem školství podle zákona 109/2002 Sb. Z pohledu spádovosti je odpovědné za síť zařízení obligatorní péče pro dívky ve věku 15–18 let. Před přijetím nového občanského zákoníku přijímalo ročně cca 300 klientek do základního diagnosticko-terapeutického programu, v současné době, kdy se proces zpomalil, je to asi třetina klientů v základním diagnosticko-terapeutickém pobytu ročně. Rozhodná většina klientek po absolvování základního programu přechází do ambulantní formy spolupráce (zpět do rodiny, se kterou se pracuje), případně do specializovaného programu.

U klientů, u nichž je primární problém významným způsobem komplikován užíváním psychotropních látek, nebo dokonce je užívání v samotném základu etiologie či zakázky, je hledána perspektivní strukturalizovaná cesta k pomoci či nabídce pomoci. Co však se stalo základním úkolem, při vědomí, že nikdy nezvládneme všechno, je **motivace** klientky ke změně.

Metody, které jsou v tomto smyslu využívány, stojí na skutečnosti některých věkových, genderových a jiných specifík a opírají se o několik klasických teoretických modelů. Z pohledu sociální psychologie a psychopatologie jsou to koncepce morálního zrání se všemi souvislostmi v tradičním pojetí Piageta a jeho koncepci vztahu k pravidlům, Kohlberga, Mertona či koncepcí Selmana, postavené na nahlížení morálního zrání přes schopnost vnímat, přijímat a respektovat sociální role, či Bar-Tala s koncepcí „Helping behavior“ (Atkinson, 2003).

Z pohledu sociálního učení pak jsou východiskem zejména známé studie Bandury (1977), ale také teorie sociálního učení zprostředkované Helusem (1973). Ve vztahovém prostředí individuální a skupinové práce jsou pak využívány vedle základních principů KBT také persuaze v práci s postoji, práce s „poslušností“, vyhověním v dynamice rolí, práce s konformitou. Některé z programů stojí na individualizované péči, jiné se opírají o skupinovou dynamiku.

Programy s vyšším podílem některého z přístupů se snažíme organizačně oddělit, což naráží na řadu obtíží formálních, finančních a personálních. Přesto byl v posled-

ních letech jednoznačně oddělován například rezidenční program Cesta Řevnice, zaměřený na klienty ohrožené závislostí, který byl koncipován jako uzavřený intenzivní program pro uzavřenou skupinu, postavený na principech KBT a zážitkové terapii – pedagogice Miladou Votavovou a Ivanem Platzem. Jednoznačně jsou odděleny programy nezletilých matek s dětmi, dlouhodobých pobytů (k dokončení školního roku apod.) stabilizovaných klientek, u kterých je zdrojem ohrožení vlastní rodina, o oddělení programu usilujeme v poslední době u „neproblematických uživatelek“, tedy klientek, které zvládají dobře obecné požadavky, ale při vyšší toleranci programu k minimalizovanému, kontrolovanému užívání.

V základním diagnosticko-terapeutickém programu diagnostického ústavu je primárním cílem motivovat ke změně. Program má poměrně vysokou dynamiku a vedle motivace klienta by měl ukázat na vhodnou cestu (metodu, program), která bude s ohledem na stávající stav optimální k dosažení cíle. Tento rezidenční program musí vycházet z poznatků diagnostické kognitivní analýzy při zvládání abstinence, změny způsobu života, změny v oblasti vrstevnických vztahů, přijetí nových autorit, pravidel. Současně míří podpora a tlak na obnovení přiměřených vztahů s rodinou, což u mnohých znamená otevírání základního konfliktu a zdroje bolesti.

## 3 PROBLEMATIKA DUÁLNÍCH DIAGNÓZ A TREND PSYCHIATRIZACE DĚTÍ

Velmi aktuálním problémem ve školských zařízeních je nebývalá psychiatrizace klientely. Teprve analýza jevu by ukázala, zda jde o důsledek problematické strategie ministerstva sociálních věcí, resp. pracovníků OSPOD, kteří pod tlakem zřizovatele řeší problémy klientů ve svém obvodu cestou zdravotnickou, kde nemusí navrhnout obligatorní péči a nemusí tak nic zdůvodňovat, či zda jde o důsledek tlaku reformy na psychiatrická lůžka nemocnic a ty prostě jen vyhánějí dětské zlobivé pacienty ze svých lůžek do školských zařízení. Adiktologická problematika (experiment) je často mostem ne příliš vítaným a šťastným. Důsledkem je významné zvýšení medikovanosti a promořenosti klientely zkušenostmi z různých typů pobytových programů a diagnostickými a terapeutickými nástroji.

### 3.1 Prevalence u klientely základního diagnosticko-terapeutického programu

Zvláštním a ilustrujícím ukazatelem pro zatížení adiktologickou problematikou u klientely přijaté do základního diagnosticko-terapeutického programu může být ukázka výsledků vyhodnocení dat (viz *tabulka 1*) sebraných s odstupem více než pěti let. Výraznější změnu dynamiky lze sledovat zejména u THC. Jde ale spíše o ilustraci, trend by bylo nezbytné statisticky vyhodnotit na hladině významnosti. Co však je zřejmé, je celkové zatížení respondentů. (*Tabulka 1*.)

PREVALENCE		IX. 2017 – IX. 2018 n = 64	%	IX. 2011 – IX. 2012 n = 176	%
CIGARETY	Ne	5	7,81	-	
	Do 5/den	13	20,31	24	13,64
	5–10/den	17	26,56	55	31,25
	10–20/den	25	39,06	36	20,45
	2 a více/den	4	6,25	14	7,95
ALKOHOL	Ne	31	48,44	-	
	Příležitostně	29	45,31	70	39,77
	Často	4	6,25	26	14,77
THC	Ne	18	28,13	-	
	Experiment	14	21,88	60	34,09
	Uživatel	32	50	35	19,88
PERVITIN	Ne	29	45,31	-	
	Experiment snif.	23	35,94	32	18,18
	Intraven./pravidelně	12	18,75	14	7,95
MDA – MDMA		12	18,75		
KOKAIN		4	6,25		
HEROIN		4	6,25		

Tabulka 1 | Celkové zatížení respondentů

Zatížení aktuálně zneužívanou látkou vychází z údajů udaných klientkami při vstupním rozhovoru základního diagnosticko-terapeutického programu a korekce údajů na základě vstupní diagnostické zprávy.

### 3.2 Specializované adiktologicky orientované programy ve školských zařízeních

Zejména obligatorní umístění přináší s sebou nezbytnost disponovat nejrůznějšími nástroji pro nejrůznější problematiku, se kterou klientela přichází. Přestože prvotní zakázka vyznívá zpravidla behavioralisticky, je etiologie individuálních problémů skutečně rozmanitá. Od týrání, zneužívání, nezpracovaných traumat, organického zatížení až po poruchy ve výchově. Adiktologickou problematiku v anamnézách lze pak vnímat jako komorbidní problém. Přes různou etiologii i různou hloubku závislosti je ve školském zařízení nezbytné vytvořit prostor pro přežití, dokonce bezpečný prostor pro vztah. Vznikaly tak postupně nástroje k minimalizaci důsledků odvykacích příznaků, podpůrné systémy a mechanismy od optimálního komfortu k zajištění základních a pozitivních potřeb přes prvky nutriční terapie až po strukturovanou restrikcii, například u protikuřáckého programu. Jako jednoznačně oddělený program pro klienty, u kterých byl adiktologický problém vyhodnocen jako primární, je program Cesta Řevnice, pro který však musí být klientka v průběhu základního diagnosticko-terapeutického programu motivována.

## 4 SPECIALIZOVANÝ PROGRAM CESTA ŘEVNICE (CHRDLOVÁ, 2018)

### 4.1 Cílová skupina programu

Program je určený mladistvým, kteří užívají návykové látky a v této souvislosti se vyznačují rizikovým chováním, které se může projevovat na široké škále od disociálního chování (např. lživost, vzdorovitost) přes asociální (např. úteky, záškoláctví) a někdy až k antisociálnímu/delikventnímu chování, které bývá přímo navázáno na životní styl uživatele návykových látek (např. krádeže, naplnění paragrafů 283–287 TZ...). Tito mladiství mívají potíže s respektováním autorit a bývají narušeny jejich vztahy. Mívají nízkou motivaci ke vzdělání, nechtějí či neumí se zapojit do běžných volnočasových aktivit, nerespektují roli rodiče, mívají problémy s přijetím běžných společenských norem a chybí jim schopnost řešit konflikty/problémy konstruktivním způsobem. Často jde o dospívající ze znevýhodněného prostředí. Program Cesty je specializovaným programem v rámci DÚ a SVP Praha 4-Hodkovičky.

### 4.2 Požadavky ke vstupu do programu

Zájemce musí splňovat základní požadavky ke vstupu do programu. Program je nastavený pro dívky věku 15–18 let, které dokončily základní školní docházku, aktuálně řeší problematiku naší cílové skupiny a mají

z výše jmenovaných důvodů nastavené předběžné opatření minimálně na dobu pobytu na oddělení. Důležitá je i podpora a součinnost rodičů v rámci pobytu.

### 4.3 Cíle programu

Cílem programu je posílení psychosociálních dovedností a kompetencí (resilience) dospívajících tak, aby mohli zdravě fungovat ve společnosti s minimalizací rizikového chování a sociálního selhání a tím i vyloučení. Ve vztahu k sobě posilovat silné stránky a dovednosti, otevírat nové možnosti při řešení a zvládání konfliktů, učit se rozpoznat rizika a předcházet jim. Poskytujeme a snažíme se zprostředkovat zážitek podpory, přijetí, důvěry a bezpečí. Také ukazujeme nové možnosti v trávení volného času a pomáháme hledat vhodné povolání. Podporujeme vzájemnou zdravou komunikaci v rodině, snažíme se posilovat rodičovské kompetence a snižovat rizika konfliktů mezi rodičem a dospívajícím. V případech potřeby motivujeme k následné terapeutické péči i mimo naše zařízení.

#### Cíle programu z hlediska konceptu resilience

S pozitivním vývojem mládeže je spojena koncepce tzv. „five Cs“, tedy směřování ke kompetenci (competence), důvěře (confidence), vztahům (connections), charakteru (character) a péči/soucitu (caring/compassion) (viz Eccles, Gootman, 2002). V průběhu pobytu vedeme klienty k osvojování nových sociálních a behaviorálních kompetencí a posilujeme ty osvojené (např. kontakt s institucemi, finanční plánování, domácí práce apod.). Již samotné absolvování celého programu je spojeno s pocitem úspěchu, zážitku jedince, že něco úspěšně dokončil, dokázal překonat sebe a náročné situace, které se vyskytly. Tento konečný fakt a s ním spousta dílčích zážitků budují zdravou sebedůvěru klientů a tím ruku v ruce i důvěru okolí – rodičů, institucí. S klienty, kteří absolvují pobyt až do konce, se nám v naprosté většině daří navázat kvalitní lidský až terapeutický vztah, což považujeme za vůbec nejnositelnější těžiště našeho programu. Zážitek pozitivního lidského vztahu přenesený na celou instituci dává naději do budoucna pro utváření dalších vztahů, spolupráci s institucemi, a tedy i přijetí místa ve společnosti. Tuto cennou devizu můžeme nabízet jedině díky dostatečnému personálnímu obsazení, které mj. poskytuje klientům pestrou škálu osobností a tedy modelů, ke kterým se mohou vztahovat, a rozšiřuje tak i jejich sociální kompetence. Kvalitativní podmínkou pro utváření pozitivních vztahů s klienty je rámec, či snad dokonce paradigma naší práce, kdy se v přístupu ke klientovi primárně nezaměřujeme na trestání nežádoucích projevů chování, na což je minimálně z poslední doby užívání návykových látek zvyklý (trest však může být v jiném kontextu přínosný a potřebný), nýbrž se upřímně zajímáme o jeho prožívání, situaci, snažíme se pochopit motivy chování jeho samotného i jeho okolí a společně toto reflektujeme. Aby klienti získali víru, že mohou změnit sebe, svoji životní situaci, potřebují tuto víru cítit i z někoho, komu důvěřují. Je to zážitek, který bývalí klienti hodnotí velmi přínosně i od-

stupem měsíců, či let. Pro vytvoření důvěrných vztahů – ať již mezi personálem a klienty, či mezi klienty samotnými – je potřeba dostatek kvalitně stráveného času a také jistá struktura a pocit bezpečí, které poskytuje komfort uzavřené skupiny.

Život v drogové subkultuře nutí jedince, aby se podvolil jejím normám, které jsou často v příkrém rozporu s morálkou většinové společnosti. Na cestě z drogového područí je nezbytné nejen přerušit návyk užívání určité látky, ale také antisociálního chování. Zážitek příjemného bytí ve slušné společnosti, která netoleruje chování, které by tuto společnost ohrožovalo, může vést ke změně struktury charakteru klientů (změna chování nemusí být pouze účelová, ale může nově být i zvnitřnělá) a zcela jistě vede k posílení morálních hodnot již zvnitřnělých, byť po dobu užívání návykových látek narušených. Program vychází či využívá prvky některých modelů péče a podpory.

Altruismus je jedním ze základních terapeutických faktorů skupinové terapie (Yalom, 2007). Fyzická blízkost na uzavřeném oddělení spojená s psychickou a emocionální blízkostí ve sdílení nabízí k péči nepřeborné možnosti a je námi aktivně podporována. Jiný program podpory/posilování resilience ve vývoji mládeže popisuje L. Winfieldová (1994). Rozpracovává čtyři protektivní procesy:

1. Zmírnění negativních dopadů. To v našich podmínkách probíhá zejména tím, že chráníme klienty před riziky okolního prostředí, především drogového světa. Tento proces bývá před nástupem započat již pobyt na detoxifikačním oddělení (DaDDC Pod Petřínem) a především na ostatních odděleních DÚ a SVP, Na Dlouhé mezi, Praha 4-Hodkovičky.
2. Zmírnění negativní řetězové reakce.
3. Vybudování a pomoc při udržení sebevědomí a sebeuplatnění jedince
4. Otevření prostoru pro nové příležitosti

### 4.4 Kapacita programu

Program disponuje 12 lůžky v rámci základního pobytu.

### 4.5 Forma programu

Program Cesty je rezidenční, adiktologicky zaměřený program, který vychází z minimálních standardů specializované péče o mladistvé uživatele. Jedná se o krátkodobou až střednědobou bytovou péči v trvání 5–14 týdnů. Pobyt je plánován na osm a půl týdne (zpravidla 59 dní). Program probíhá v bezpečném, uzavřeném prostředí, s předvídatelnou strukturou, které umožňuje klientům lépe odolat rizikovým vnějším vlivům a pomáhá jim s trénováním nových strategií. Samotný pobyt musí být naplněn činností, kterou lze za nastavenou časovou dotaci zvládnout a také uzavřít a vyhodnotit. Program je pestrý a rozmanitý a dá se v něm specifikovat několik nosných témat.

### Psychologické mapování a rodinné poradenství

Individuální přístup ke každému klientovi díky zmapování jeho osobnosti a anamnézy. To umožňuje každému postavit jeho „individuální program na míru“. Zahrnuje to představy klientů o sobě, své budoucnosti a také o postojích k drogám, o tom, co jim přináší a berou a jak s nimi zacházet. V rámci rodinného poradenství se zaměřujeme na optimalizování vztahů v rodině, zlepšení komunikace, identifikaci a posílení funkčních mechanismů v rodinném systému.

### Terapeutická výchova v rámci skupinové i individuální práce s klienty

Je umožněna díky tomu, že v průběhu pobytu pracujeme na zpravidla připravených tématech v bezpečí uzavřené skupiny. Témata se týkají především vztahu k sobě, k rodičům, k rizikovým situacím, pomáhají lépe pochopit své strategie zvládnání zátěže a změnit své osobní scénáře. V individuální práci s klientem pak hlavně rozvíjíme nastavený individuální cíl pobytu.

### Profesní poradenství

Podporujeme klientky v aktivnějším a odpovědnějším přístupu ke vzdělání a budoucímu povolání. Pomáháme s vhodným výběrem školy a podporujeme návrat školních návyků (pravidelné vstávání, čas věnovaný přípravě na povolání, individuální plánování studia).

### Tvořivostní a volnočasové aktivity

Výtvarné techniky, jako je koláž, kresba, malba, práce s fotografií, keramika ale i práce s jinými materiály (látka, příze přírodniny) vždy na nějaké zadané téma, rozvíjejí dovednost, představitivost a vhodně také vyplňují volný čas. Podporujeme i hru na hudební nástroje, tanec a další aktivity zaměřené na tvořivost a kreativitu, které mohou klienty inspirovat ve využití po návratu do domácího prostředí. Také zprostředkováváme kontakt s přírodou a její léčivou silou ať už pasivní přítomností, či aktivní kultivací životního prostředí.

### Zážitková pedagogika

Připravená témata učí klienty překonávat svůj strach a nepohodlí a zvládat přiměřeně fyzickou zátěž. Také ukazuje na možnosti trávení a využití volného času vhodnějším způsobem. V rámci těchto programů využíváme možnost práce s koňmi, klienti se naučí základům jízdy, ale také se naučí komunikovat s velkými zvířaty, která mohou u někoho budit respekt i strach. Naučí se tak porozumět svým emocím a zvládat je. Součástí pobytu jsou i výjezdy do terénu a také vyzkoušení si některých sportovních aktivit, které mohou podpořit rozvoj zdravého životního stylu (jízda na kole, turistika, fit tělocvičné programy atd.).

### Pracovní činnosti a režimová terapie

Pravidelné a cílevědomé činnosti, které podporují u klientů návrat ke školním i pracovním návykům a zlepšují tak jejich připravenost pro návrat do běžného života. Během programu s klienty pravidelně vaříme, pracujeme na zahradě, udržujeme jak vnitřek objektu, tak i jeho

okolí v čistotě. Každá činnost má svoje důležité místo v chodu oddělení.

### Výchova k rodičovství a zdravému životnímu stylu

Formou informací i aktivního zapojení vedeme klienty k tomu, aby se více zajímali o své tělo a zdraví, o to, jak se stravují, vyhýbali se rizikovému prostředí a také více plánovali v oblasti vztahů a sexuality.

### Finanční gramotnost

V průběhu programu si každý klient vede finanční deník, ve kterém vidí, jak nakládá se svými penězi. Za co utrácí a kolik může ušetřit. Dále formou rozpočtu připravujeme s klienty jídelníček a také jim přibližujeme reálné finanční potřeby v případě samostatného bydlení.

### Práce s relapsem

Mapování rizik a společná reflexe (v rámci možností i aktivní snižování – práce s rizikovým prostředím, jako jsou sociální sítě, rizikové skupiny). Spoluvytváříme plán činností na běžný den. Informujeme o formách a možnostech ambulantního doléčovacího programu. Společně s klientem a rodinou vyhledáváme vhodné formy doléčovacího a podpůrného programu, ať v rámci kmenového zařízení (DÚ a SVP Praha 4-Hodkovičky), či ambulantní práce v oddělení Cesta, nebo ambulantní zařízení v místě bydliště.

### Spolupráce s kurátory

Důležitou součástí programu je i setkávání klientů a kurátorů a společné doporučení další následné péče o klienta a jeho rodinu.

## 4.6 Struktura pobytu

Program je nastavený na osm a půl týdne s nástupem nejpozději v prvních třech týdnech běhu skupiny. Pokud je kapacita programu naplněna dříve, program se pro další zájemce uzavírá do následujícího běhu. V případě nenaplnění kapacity nebude možné po této době již přijmout dalšího klienta a také bude čekat až na další běh, a to z důvodu zajištění podpůrného a bezpečného prostředí pro stávající klienty. Po úvodních třech týdnech již pracujeme pouze s uzavřenou skupinou, což nám umožňuje jasně nastavit strukturu jednotlivých činností. V rámci programu je pro každého klienta zpracován individuální plán péče, podle kterého je práce s klientem směřována. Po ukončení programu může klient přejít do ambulantní péče v rámci zařízení.

### Vedoucí programu: MUDr. Michaela Chrdlová

**Kontakt:** [www.cestarevnice.cz](http://www.cestarevnice.cz)

## 5 NEZBYTNOST STRATEGIE PREVENCE

Zkušenosti z víceleté snahy o řešení problematiky ve prospěch a v zájmu dítěte ukazují, že přichází kritický stav a je nezbytné urychleně formulovat strategii prevence, která napříč resorty spojí síly k propojení a spolupráci programů u dětí a mládeže. Je zřejmé, že každá změna je ekonomicky náročná, zejména zpočátku. Zde se však ukazuje, že mnoho programů je funkčních. Řadu z nich historicky využíváme u neziskových organizací, zejména SANANIM je svými programy nezastupitelný, bez funkčních programů ve zdravotnictví, zejména detoxifikačního oddělení při nemocnici sv. Karla Boromejského či psychiatrických oddělení a nemocnic, by se chod školských zařízení zřejmě zastavil. Přesto není možné nevidět, že chybí koordinace na rovině společné doktríny, strategie, která musí být formulována jako komplexní preventivní systém s počátkem u primární prevence ve školství.

**Deklarace zájmů** | Bez střetu zájmů.

## LITERATURA / REFERENCES

- Atkinson, R. L. (ed.) (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci. (on-line: [http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2013/12/Dolejs\\_Martin\\_-\\_Efektivni\\_vcasna\\_diagnostika.pdf](http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2013/12/Dolejs_Martin_-_Efektivni_vcasna_diagnostika.pdf))
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Bandura, A., Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. New York, Holt, Rinehart & Winston.
- Chrdlová, M. (2018). *Informace o programu Cesta Řevnice*. Interní dokument DÚ a SVP Praha.
- Eccles, J., Gootman, J. A. (eds.) (2002). *Community programme to promote youth development*. Washington, DC, National Academy Press. (on-line: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED465844.pdf>).
- Helus, Z. (1973). *Psychologické problémy socializace osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, a.s.
- Winfield, L. F. (1994). *Developing resilience in urban Youth*. Urban Education Monograph Series. Naperville, NCREL's Urban Education Program (on-line: <http://ecap-webserver.crc.uiuc.edu/eecearchive/books/resguide/winfield.pdf>).
- Yalom, I. D. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.



# An evidence-based approach in school prevention means an everyday fight: a case study of the Czech Republic's experience with national quality standards and a national certification system

Miovský, M.

Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Czech Republic

*The article was originally published in *Addiciones*. Reprinted in Czech with permission of the author and publisher.*

**Citation** | Miovský, M. (2013). An evidence-based approach in school prevention means an everyday fight: a case study of the Czech Republic's experience with national quality standards and a national certification system. *Addiciones* 25(3), 254–259.

**Abstract** | The Czech Republic has reached the end of a 15-year-long period of the development of a nationwide preventive system in schools. Reflection on this development can offer an interesting case study that demonstrates the general difficulties involved in creating a national prevention policy and implementing the principles of an evidence-based approach. Through its historical context the up-to-date outputs of the latest projects are presented as “key documents” (quality standards, textbook, explanatory dictionary, examples of good practice etc.)

and a national system of assessment of quality called a certification procedure, which has a practical impact on the grant system of the Ministry of Education of the Czech Republic. This context is also used to show how certain European networks (EUSPR, IREFREA, etc.) can be very helpful in generalizing this idea across Europe. All the examples of activities on the national or international level seem to be promising and supportive of the increasingly noticeable trend of using research evidence in real practice and making the whole field more attractive for students and young researchers.

**Keywords** | School prevention – Preventive interventions – Quality – Evidence based – Preventive policy

**Submitted** | 20 October 2018

**Accepted** | 23 November 2018

**Grant support** | Institutional support PRVOUK-P03/LF1/9.

**Correspondence address** | Prof. Michal Miovský, Ph.D., Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

[michal.miovsky@lf1.cuni.cz](mailto:michal.miovsky@lf1.cuni.cz)

# Přístup založený na důkazech ve školní prevenci znamená každodenní boj: případová studie zkušeností v České republice s národními standardy kvality a národním certifikačním systémem

**Miovský, M.**

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

*Text původně vyšel v časopisu *Addiciones*, přetiskujeme jej v českém překladu s laskavým svolením autora a vydavatele.*

**Citace** | Miovský, M. (2013). An evidence-based approach in school prevention means an everyday fight: a case study of the Czech Republic's experience with national quality standards and a national certification system. *Addiciones* 25(3), 203–207. Český překlad: Miovský, M. (2018). Přístup založený na důkazech ve školní prevenci znamená každodenní boj: případová studie zkušeností v České republice s národními standardy kvality a národním certifikačním systémem. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 254–259.

**Souhrn** | Česká republika došla ke konci 15letého období vývoje národního preventivního systému ve školách. Rozvaha nad tímto vývojem může nabídnout zajímavou případovou studii, která ukazuje obecné obtíže, které jsou zahrnuté ve vytváření národní preventivní politiky a implementování principů přístupu založeného na důkazech. Prezentují se výsledky posledních projektů, jako jsou klíčové dokumenty (standardy kvality, učebnice, výkladový slovník, příklady dobré praxe a další) a národní systém hodnocení kvality, který se nazývá certifikační proces, který má praktické dopady

na grantový systém Ministerstva školství v České republice. Tento kontext je využit k poukázání toho, jak některé evropské platformy (EUSPR, IREFREA a další) mohou být velmi užitečné v zobecnění této myšlenky v Evropě. Příklady těchto aktivit na národní i mezinárodní úrovni se zdají být slibné a podporují čím dál tím více viditelný trend používání přístupu založeného na důkazech v praxi, čímž se celý obor stává atraktivnějším pro studenty a mladé vědecké pracovníky.

**Klíčová slova** | Školní prevence – Preventivní intervence – Kvalita – Přístup založený na důkazech – Preventivní politika

Došlo do redakce | 20. října 2018

Přijato k tisku | 23. listopadu 2018

Grantová podpora | Tato práce obdržela grantovou podporu od institucionálního programu č.PRVOUK-P03/LF1/9.

**Korespondenční adresa** | Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

michal.miovsky@lf1.cuni.cz

V prosinci 2012 jsem se svými kolegy konečně došel k závěru poměrně důležitého období ve změnách ve školní prevenci v České republice. Bylo to pro mě osobně citlivé téma a donutilo mě to přemýšlet nad tím, co se stalo během posledních 15 let v naší zemi, a to nejen z lokální perspektivy. Jsem si jistý, že tato reflexe má mnoho důsledků pro mezinárodní kontext a může být zajímavým příkladem a možná něčím jako cvičením v drogové politice, ale zejména ve školní prevenci. Bylo to 15 let domněnek a přání a řady chyb a lehce naivních očekávání. Na druhou stranu, bylo to období tvrdé práce a testování našeho vzdělávacího systému a našich vlastních dovedností jakožto výzkumníků a kliniků.

V druhé polovině devadesátých let jsme začali diskuzi o systému školní prevence a byli jsme v kontaktu s institucemi a mezinárodními organizacemi. Hlavní problém spočíval v integritě našeho národního konceptu prevence a iracionálních očekávání, že vládní orgány mají potenciál vytvářet koncept a implementovat základní principy přístupu založeného na důkazech. Naše první chyba a naše pravá startovní čára byl Phare Twinning Project v roce 2000, který jsme dělali společně s Rakouskem v letech 1999–2001. Obvykle nevěřím tomu, že je možné dosáhnout významného zlepšení jedním projektem. Dokonce jsme nedosáhli žádného důležitého zlepšení, ale použili jsme ho k tomu, abychom mohli určit, kde jsme měli obtíže a jaké jsou slabé stránky našeho systému; a co je tedy nutné změnit. V neposlední řadě vznikl vedlejší produkt toho projektu: vytváření reálných kapacit. Když jsme dali naše výsledky vládě skrze Ministerstvo školství, byl jsem velmi skeptický. Nemohl jsem uvěřit tomu, že by bylo možné vytvořit a vyvinout všechny věci, které jsme měli na vrcholu seznamu našich priorit. A několik prvních let po projektu opravdu odpovídalo tomuto scénáři. Byl zde nulový zájem od rozhodovacích orgánů a nulová podpora pro plánování aktivit. Situace byla v kontrastu s našimi zjištěními: množství terminologie, žádné standardy kvality nebo kontrolní systém, zneužívání grantového systému a nerovnováha v přístupu ke grantům pro neziskové organizace, špatný systém monitorování prevence, špatná národní strategie, nedostatek příkladů dobré praxe a další... Normální situace. Ale během tohoto období něco uzrálo. Do dnešního dne nevím, co přesně to bylo nebo je. Někteří moji kolegové z neziskových organizací si zvládli udržet svou motivaci a během let 2003 a 2004 vytvořili druhou verzi standardů kvality pro látkovou prevenci ve školách. Po několika měsících jsme získali schválení od Ministerstva školství a v roce 2005 se tyto standardy publikovaly oficiálně i pro školy. Skupina vytvářejících členů byla velmi nadšená a během následujících let jsme vytvořili systém pro kontrolu kvality pro poskytovatele a propojili jsme standardy kvality s grantovým systémem Ministerstva školství. V praxi to znamená, že bez certifikátu kvality není možné od ministerstva žádat o peníze na školní prevenci. Nezáleží na tom, že příspěvky ministerstva tvoří méně než 20 % národního rozpočtu pro školní prevenci, a nezáleží na tom, že tento krok měl výraznější dopad na neziskové organizace než na státní instituce.

Povedlo se ho zaběhnout a my byli opět nadšení, ačkoli také vytvořil problémy, konfliktů a spoustu nerovností. Ale vytvářel také tlak na systém. A byl to pravděpodobně důležitý důvod, proč jsme se rozhodli pro nejvíc ambiciózní projekt v naší historii.

## NÁRODNÍ STANDARDY KVALITY A SYSTÉM CERTIFIKACE KVALITY

Již od začátku (2005) jsme čelili mnoha útokům na tento kontrolní systém kvality, s masivní kritikou, samozřejmě ne od běžných poskytovatelů a leaderů na odborném poli, ale od různých lobby (prevence s vládní podporou je někdy, ve specifických případech, relativně dobrým businesssem, samozřejmě) a poskytovatelů, kteří byli v šedé zóně. To znamená poskytovatelů, jako je například golfový klub, fotbalový klub, scientologie a další... Někdy byl nutný dostatečně trpělivý přístup v práci s politiky, někdy to bylo spíše o spolupráci s médií a poskytování informací a zveřejňování výzkumných dat. Byli jsme víceméně úspěšní a od roku 2006 obsahoval systém nejen obecné standardy kvality (MŠMT, 2005, 2008), ale také sofistikovaný certifikační systém (Martanová, 2006). Vytvořili jsme systém pro hodnocení odborných kompetencí poskytovatelů školních preventivních programů, který se zaměřoval na formální uznání souladu mezi programem a kritérii kvality a srozumitelnosti, které byly určeny. Tento proces hodnocení má přesné normy a definice a bodovací systém s pravidly pro hodnotitele (Pavlas-Martanová, 2012a, 2012b). Standardy v jejich finální podobě (Pavlas-Martanová et al., 2012) definují základní termíny, cílové skupiny preventivního programu a principy efektivity. V první verzi standardů z roku 2005 (MŠMT, 2005) jsme zdůraznili potřebu pro bližší kontakt s realitou programů, zúžili standardy a vymazali duplikace, zpřehlednili jsme vysvětlení a evaluaci a adresovali jsme nové situace a změněnou legislativu. V poslední revizi z roku 2012 (Pavlas-Martanová et al., 2012) jsme se přesunuli na více univerzální aplikaci standardů na všechny typy rizikového chování.

Jádrem konfliktu nebyla samotná existence nebo obsah národních standardů kvality. Jádrem byl vztah s financováním a podporou od Ministerstva školství. Bez certifikátu kvality nebylo možné se o peníze z tohoto hlavního zdroje přihlásit. Tento systém má mnoho nevýhod a slabin. Na druhou stranu je to symbol. Od roku 2005 máme explicitní definici toho, co je kvalita a co hodnotíme, a od roku 2006 máme i definici toho, jak to hodnotíme. Od této doby zde byla období s tímto unikátním systémem a období, kdy byl tento systém přerušovaný různými politickými rozhodnutími. Mimochodem, nyní stále procházíme obdobím toho přerušování jako výsledek činnosti bývalého ministra školství. Nicméně došlo k významným změnám. Ředitelé škol jsou čím dál lépe orientovaní. Naši preventivní mají základní materiály a používají je – systém žije nezávisle, a to je jednoznačně důležitým zjištěním.

## KLÍČOVÉ DOKUMENTY VYTVÁŘEJÍ CELÝ SYSTÉM

Mnohokrát jsem se pokusil vyřešit základy otázky toho, jak vést preventivní systém na národní úrovni více profesionálně a jak ho propojit s principy založenými na důkazech, nejen v propagačních aktivitách a prázdných slibech, ale v realitě, a pravděpodobně se mi v minulosti nedařilo najít správné řešení. Naše zkušenost byla ve finále prostá. Chyběl nám základní set dokumentů, kterým říkáme klíčové dokumenty. Definujeme tyto dokumenty s vědeckou integritou jako základní terminologický, teoretický, praktický a technický rámec pro školní prevenci. Národní vize potřebuje mít jednotný rámec s jasnou terminologií a definicemi. Tudiž, v roce 2009 jsme se přihlásili a získali EU projekt, který financoval vytvoření národního systému pro prevenci, od edukačních standardů až k příkladům dobré praxe.<sup>1</sup>

Začali jsme se dvěma základními publikacemi: základní teoretická učebnice a český výkladový slovník terminologie (viz Gabrhelík & Miovský, 2012). Shrnuli jsme základní vědomosti z oblasti preventivní vědy v obou těchto monografiích, včetně vytvoření výkladového slovníku s 28 termíny. V druhém kole bylo důležité definovat základní vědomosti, schopnosti a kompetence preventivních odborníků. Jinak řečeno, snažili jsme se definovat základní požadavky na pracovníky v prevenci v naší zemi a pro tento účel jsme použili systém/koncept EU pro získané dovednosti, což je praktické a dává nám dostatek prostoru pro kreativitu. Náš model je postaven na tomto jednoduchém principu (Charvát, Jurystová & Miovský, 2012) a dává nám příležitost diskutovat základní kompetence pro pracovníky v prevenci bez ohledu na jejich původní vzdělání (pedagogika, psychologie, veřejné zdravotnictví, mentální zdraví a další...). Set dokumentů zabývající se standardy kvality a procesem certifikace byl již zmíněn výše. Poslední skupina dokumentů se zabývá praktickými aspekty každodenní preventivní práce. Vytvořili jsme obecnou strukturu preventivních aktivit pro základní školy v České republice. Nazýváme to Minimální preventivní program nebo obecný rámec pro preventivní aktivity v kontextu základních škol (Miovisky, Skacelova, Cablova, Vesela, & Zapletalova, 2012). Poslední, ale ne nejméně důležitý, dokument má velmi zajímavou roli – příklady dobré praxe (Siruckova, Skacelova & Miovisky, 2012). Bylo velmi důležité mít dostatek reálných a praktických příkladů a dostatek důkazů a odborných preventivních aktivit v naší republice (viz Nevalová, Pavlovská & Stastná, 2012). Byl to také důležitý symbol. Nebyl by problém přeložit mnoho zajímavých příkladů a preventivních nástrojů a preventivních metod z mezinárodních časopisů nebo od prestižních vydavatelů. Ale tohle má jinou hodnotu a jiný praktický dopad na naše přemýšlení a reflexi toho, co jsme doposud dokázali.

Rozhodnutí sesbírat praktické příklady přímo z oboru bylo založeno na jednoduchém očekávání – má to větší motivační potenciál a dopad na odborníky v oboru kvůli symbolickému původu.

Nebylo jednoduché všechny tyto dokumenty během tří let vytvořit v týmu více než 70 lidí (částečné úvazky), ale byla to přímá cesta a stále probíhající a opravdu obtížná implementace těchto dokumentů je dostatečným důkazem, že to stálo za to. Investování 15 let práce dnes dává smysl.

## CESTA NENÍ VŽDY JASNÁ A MNOHO ZEMÍ MÁ MNOHO ZKUŠENOSTÍ, ALE NEJDŮLEŽITĚJŠÍ JSOU PRAVIDLA A PRINCIPY

Důvodem, proč jsem se krátce vrátil ke svému příběhu s Českem, byla má návštěva na posledních dvou každoročních konferencích EUSPR (Evropská společnost pro výzkum v prevenci)<sup>2</sup>. Druhá mezinárodní konference EUSPR „Synergie prevence a podpory zdraví: individuální, komunitní a environmentální přístupy“ se konala v Lisabonu v prosinci 2011 a třetí mezinárodní konference EUSPR „Společné protektivní a rizikové faktory a prevence mnohonásobného rizikového chování“ v Krakově v prosinci 2012. Obě konference byly velmi zajímavé z perspektivy jejich otevřenosti – otevřenosti v diskuzi a komentářích a ve vysoké kvalitě kritiky. Byl to čerstvý vítr do naší společné diskuze a výzkumu v prevenci a byla to skvělá příležitost otestovat naši společnost. Samozřejmě bez aktivit, které všemu předcházely, jako například IREFREA (založena v roce 1988, viz [www.irefrea.org](http://www.irefrea.org)), je těžké si tak rychlý vývoj a skvělý feedback představit. Něco se od té doby změnilo, jak v naší širší profesní společnosti, tak v našem institucionálním kontextu. Více bych mohl mluvit o politicky zaměřených rozhodnutích, a to dokonce i nyní (mimo jiné v některých finančních programech), nynější posun je pozitivním signálem. Mohli bychom použít parafrázi instrukcí z londýnského metra pro nynější situaci v preventivním výzkumu: „Pozor na prázdný prostor (mind the gap) mezi vědou a děláním rozhodnutí“. Věřím, že všichni vědí o těchto problémech v národním kontextu a že nejsou žádnou výjimkou na mezinárodní úrovni. Pamatuji si meeting s Pompidou group v Praze v dubnu 2010, kde někteří delegáti prezentovali některé kampaně z některých zemí jako „velmi efektivní“ (a ano, samozřejmě s obrovskými rozpočty). Poté, co jsme se ptali po důkazech a výsledcích evaluací těchto programů, jsme dostali odpověď „Je to dobré, skvělá kvalita, a efektivní, protože oni si myslí a věří...“ Je dobře, že máme odborný orgán a platformu pro otevřenou diskuzi, kde je prostor a podpůrná atmosféra pro růst a kultivaci našeho pohledu na věc a našich názorů a argumentů, kde můžeme sdílet důkazy a získat kritikou zpětnou vazbu a hodnocení. Je to skvělá příležitost

1 | Pro více informací nahlédněte do speciálního vydání našeho časopisu Adiktologie (plný text je ve PDF dostupný i v angličtině) na našich stránkách: <http://www.adiktologie.cz/articles/detail/598/4024/Adiktologie-2012-3>.

2 | Více informací na <http://www.euspr.org>.



pro studenty a mladé vědce a zvyšuje šance vytvořit další komunikační platformy a pracovní skupiny s větší šancí a větším potenciálem pro vytváření mezinárodních skupin a týmů mezi orgány na mezinárodní úrovni pro nový výzkum a vývoj projektů. Spolupráce mezi orgány, jako je EUSPR nebo IREFREA a institucemi na národní úrovni, jako jsou univerzity, neziskové organizace a další, je zásadní. Přináší to nové výzvy pro různé evropské univerzity a pro naše studenty magisterských a PhD. oborů. Vidím v procesu paralely s ISAJE (International Association of Addiction Journal Editors), kde jsme před dvěma lety začali diskuzi o intenzivní spolupráci s odbornými mezinárodními orgány a evropskými univerzitami. Tento rok zkoušíme první produkt – letní školu<sup>3</sup> pro magisterské a PhD. studenty, která je bude vzdělávat v publikačních dovednostech. Tyto aktivity dělají náš obor více atraktivní pro více studentů a mladých vědců a mohou zlepšit situaci v preventivním výzkumu i praxi.

Myslím, že všechny tyto příklady jsou dobrým důkazem zlepšení aktuální situace nejen ve školní prevenci, ale v prevenci obecně. EDDRA systém<sup>4</sup> byl vytvořen a vyvinut EMCDDA a je k dispozici několik let. Je to náš společný katalog příkladů dobré praxe, které můžeme sdílet a ze kterých se můžeme inspirovat. Je dobré vědět, že naše problémy jsou podobné, všichni se musíme vypořádávat s těžkými situacemi v našich zemích a měli bychom si uchovat naši víru proti populistickým hlasům, které jsou často docela hlasité. Všechny příklady, které jsem použil z České republiky, byly výsledkem série frustrujících situací a těžké práce. Zjistili jsme, že naše vnitřní odborná diskuze je jenom jednou částí problémů. Další částí jsou média, politici, učitelé, rodiče a širší veřejnost... Tolik cílových skupin pro vyjednávání a diskuzi pro tak malou skupinu odborníků! Jak je zmíněno výše, inspirace a sdílení našich zkušeností je pro mě osobně jedním z největších obohacení. Na národní úrovni je spousta užitečných a kreativních příkladů jako například platforma vytvořená ve Španělsku v rámci iniciativy vedoucí národní odborné asociace, která se jmenuje *Socidrogaal-cogol*<sup>5</sup>. Je důležité vyzvednout, jak je pro nás důležité vědět o národních evropských projektech, jelikož nám to může pomoci vytvořit naše vlastní strategie. Například, před několika lety (a to historie našeho českého odborného časopisu *Adiktologie* není dlouhá) jsme byli konfrontováni s podivnou situací v naší redakční radě. Obdrželi jsme dva přehledové články o prevenci v noční zábavě a intervencích v klubech a open air festivalech a harm reduction programech. Oba tyto články měly velmi pozitivní výsledky a dvojí peer hodnocení a hodnotitelé vy-

zdvihovali nejen jejich kvalitu, ale také fakt, že by to bylo poprvé, co bychom měli článek o takové citlivé a důležité oblasti užívání drog a odborné pomoci a práci v našem časopisu. V této situaci jeden z mých velmi zkušených a vlivných kolegů vyjádřil svůj názor, že tento typ není vhodný k publikaci, a byl zásadně proti. Publikovali jsme oba články – a samozřejmě jsme přijali všechny následky. Toto bylo možné, protože ostatní evropské skupiny se tomuto tématu věnovaly již roky (Calafat, 2010; Calafat, Duch, Juan & Leckenby, 2012). Vybral jsem si tento příklad, abych mohl ilustrovat, jak je důležité mít možnost srovnávání a inspirace, a také jak je důležité mít odvahu udělat některá rozhodnutí, věnovat se důležitým věcem a následovat přístup, který je založen na důkazech, ne na politických strategiích, ale na každodenní práci v našich službách, časopisech a výzkumu. Chci poděkovat kolegům z časopisu *Adicciones* za možnost vyjádřit svůj názor a doufám, že spolupráce mezi našimi časopisy na platformě, jako je ISAJE, nebo mezi našimi týmy a institucemi na platformě jako EUSPR nebo vyměňování zkušeností v systému jako EDDRA je budoucnost. Možná je trochu optimistická, ale přináší nám naději v boji proti stereotypům, magickému myšlení nebo simplicistickým populistickým rozhodnutím a názorům.

3 | Pro více informací viz ISAJE Newsletter z prosince 2012, strana 27. Dostupný na <http://www.parint.org/isajewebsite/ISAJENewsletterDecember2012.pdf>.

4 | Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA): Více informací na: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52006EN.html?by=262&value=825>.

5 | Pro více informací navštivte stránky [www.prevencionbasadaenlaevidencia.net](http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net). Tato národní platforma provádí průběžné mapování situace ohledně prevence ve Španělsku, shromažďuje hlavní jedince v prevenci, vytváří katalog hlavních preventivních programů poté, co byly evaluovány na základě standardů kvality, vytváří databázi relevantních dokumentů pro odborníky v prevenci.

## LITERATURA / REFERENCES

- Calafat, A. (2010). *Life style and drugs*. Strasbourg: Council of Europe.
- Calafat, A., Duch, M., Juan, M., & Leckenby, N. (2012). Health and Safety European Standards for nightlife venues. *Adicciones*, 24, 355–364.
- Gabrhelik, R., & Miovsky, M. (2012). Basic texts for the further development of prevention created as part of the VYNSPI Project: Textbook, Dictionary, and Examples of Good Practice [Základní texty pro další rozvoj prevence vzniklé v projektu VYNSPI: ucebnice, slovník, příklady dobré praxe]. *Adiktologie*, 12, 232–243.
- Charvat, M., Jurystova, L., & Miovsky, M. (2012). Four-level model of qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system [Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství]. *Adiktologie*, 12, 190–211.
- Martanova, V. (2006). Certification of the Programmes of the Primary Prevention of Substance Use. [Certifikace programu primární prevence užívání návykových látek]. *Adiktologie*, 6, 514–519.
- Miovisky, M., Skacelova, L., Cablova, L., Vesela, M., & Zapletalova, J. (2012). School-based prevention of risk behaviour: proposed structure, scope, and content of the Basic Preventive Programme [Navrh struktury, rozsahu a obsahu Minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy]. *Adiktologie*, 12, 212–231.
- MSMT (2005, 2008). Standards of Professional Qualifications of the Providers of Programmes of Primary Prevention of Substance Use. [Standardy odborné způsobilosti poskytovatele programu primární prevence užívání návykových látek]. Praha: MŠMT.
- Nevoralova, M., Pavlovská, A., & Stastná, L. (2012). Evaluation of the school-based primary prevention of risk behaviour in the Czech Republic [Evaluace aktivit školní primární prevence rizikového chování v České republice]. *Adiktologie*, 12, 244–255.
- Pavlas Martanová, V. (2012a). Development of the Standards and the certification process in primary prevention – an evaluation study [Vyvoj Standardu a procesu certifikace v primární prevenci – evaluační studie]. *Adiktologie*, 12, 174–188.
- Pavlas Martanova, V. (2012b). Certification Rules and On-Site Inspection Guidelines for the Process of Certification According to the Professional Competency Standards of the Providers of Programmes of the Primary Prevention of Risk Behaviour. [Certifikační pravidla a metodika místního setření pro proces certifikace dle Standardu odborné způsobilosti poskytovatele programu školské primární prevence rizikového chování]. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Pavlas Martanova, V., Behouňková, L., Exnerová, M., Charvat, M., Jurystova, L., Kaufová, T., ... Stastná, L. (2012b). Standards of Professional Competency of the Providers of Programmes of the Primary Prevention of Risk Behaviour. [Standardy odborné způsobilosti poskytovatele programu školské primární prevence rizikového chování]. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Sirucková, M., Miovisky, M., Skacelova, L. (2012). School-based Prevention of Risk Behaviour: examples of good practice. [Příklady dobré praxe programu školské prevence rizikového chování]. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Mioviský, M. (2013). An evidence-based approach in school prevention means an everyday fight: a case study of the Czech Republic's experience with national quality standards and a national certification system. *Adicciones* 25(3), 203–207.

# K novému vizuálu kampaně Centra veřejného zdraví se zaměřením na alkohol 1. LF UK a VFN v Praze pro cílovou skupinu dospívajících

PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Centrum veřejného zdraví se zaměřením na alkohol

e-mail: miroslav.bartak@lf1.cuni.cz

V letošním roce došlo ke zpracování a prozatím dílčí implementaci grafického vizuálu se zaměřením na cílovou skupinu mladých a dospívajících.

Zaměření a vyznění tohoto plakátu může být chápáno jako provokativní, popřípadě jako možná až příliš silné či dokonce pohoršující. Zpracování právě tohoto vizuálu má však své opodstatnění. Téma rizikového sexuálního chování je relevantní pro mladé lidi, se kterými se ve své praxi často setkáváte. Z domácích i zahraničních zkušeností vyplývá, že právě alkohol má negativní vliv na výskyt rizikového sexuálního chování.

Mladí lidé slyší různá varování a moralizování ze všech stran – od příbuzných, ve škole, z rozmanitých kampaní. Díky tomu jsou proti této tonalitě podle mnoha zkušeností už poněkud odolní a považují ji za „malování čerta na zeď“. Kampaně zaměřené na mladé lidi se často snaží šokovat, ale jsou si podobné jako vejce vejci. Abychom se vymanili z komunikačního průměru a upoutali pozornost, sdělení jsme zabalili do překvapivého kontextu. Pro tento vizuál jsme si zvolili prostředí filmových hororů, téma oblíbené a blízké mladým lidem. Filmová zabíjáci jsou odjakživa ztělesněním odvrácené stránky lidské sexuality. Násilí ve filmech jako Psycho, Halloween nebo Texaský masakr je vždy silně sexualizované. Mnoho mladých lidí tyto filmy sleduje.

Záměrem vizuálu není zastrašovat, ale upoutat pozornost cílové skupiny. Proto jsme se vydali až na samou hranu (pro někoho vkusu, pro jiného možná profesionální komunikace veřejnozdravotních témat). Vizuál říká jasně sdělení – vybíráme-li si pod vlivem alkoholu sexuálního partnera, nemusí to dopadnout dobře. Bez ohledu na to, zda se jedná o pohlavně přenosnou nemoc, neplánované těhotenství, znásilnění, jde zkrátka o nebezpečí, jehož je motorová pila (a ostatní atributy hororových výrazových prostředků) metaforou. Zvolené ob-



jekty navíc slouží jako silný vizuální magnet – vaši mladí lidé pravděpodobně budou vždy raději věnovat pozornost vizuálu, kde vidí nečekané a atraktivní, než dalšímu, byť dobře míněnému, předání informací. V prvotní rovině nechceme hned předat sdělení na první dobrou. Důležitým momentem je po zachycení pozornosti sdělovat témata cílové skupině věcně a pravdivě. Záměrem je

publikum dovést k zamyšlení o vizuálu, čímž i zvyšujeme jeho zapamatovatelnost.

Umístění tohoto vizuálu plánujeme jak v tištěné reklamě, tak i na internetu a sociálních sítích, které mladí lidé ve věku 15–18 let hojně využívají. Například na Facebooku je to profi @alkoholpodkontrolou.cz nebo na Instagramu alkohol\_pod\_kontrolou. K dispozici jsou také průběžně aktualizované webové stránky [www.alkoholpodkontrolou.cz](http://www.alkoholpodkontrolou.cz)

Alkohol, jeho užívání a následky, ať již dlouhodobé nebo krátkodobé, jsou u skupiny mladých lidí velmi dobře popsány a hojně diskutovány. Víme, že téma negativních účinků užívání alkoholu u mladých lidí je vám dobře známo a velmi si v této souvislosti vážíme vašeho přínosu pro zdraví a kvalitu života mladých lidí. V případě vašeho zájmu nás, prosím, neváhejte kdykoliv kontaktovat. Oceníme všechny vaše náměty a připomínky na toto téma, které můžete směřovat na adresu [miroslav.bartak@lf1.cuni.cz](mailto:miroslav.bartak@lf1.cuni.cz)

*Článek vznikl v rámci realizace projektu „Rozvoj aktivit Centra veřejného zdraví se zaměřením na alkohol Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze a SZÚ“. Rozhodnutí č. OZS/45/4141/2018 o poskytnutí účelového neinvestičního příspěvku ze státního rozpočtu České republiky na rok 2018 přímo řízeným organizacím MZ ČR.*

## PEDIATRICKÉ SLUŽBY

### ADIKTOLOGICKÁ AMBULANCE PRO DĚTI A DOROST ADA+ Kladno

#### Mgr. Michaela Štáfková

Adiktologická ambulance pro děti a dorost ADA+ Kladno vznikla v září roku 2016 jako druhá adiktologická ambulance tohoto typu v ČR. Tato ambulance je specializovaným pracovištěm pro adiktologickou práci s klienty ve věku 12–19 let. Ambulance se primárně soustřeďuje na práci s celým rodinným systémem, služby jsou určeny dětem a mladistvým, kteří se potýkají se závislostním chováním, a jejich rodičům. Postupy práce představují individuální a skupinovou terapii, psychiatrickou, psychologickou a adiktologickou diagnostiku, socioterapii a rozvojové aktivity a jsou zprostředkovávány multidisciplinárním týmem ambulance. Součástí práce je úzká spolupráce s dalšími institucemi, jako jsou školy, orgán sociálně právní ochrany dětí, výchovné ústavy a další. Klienty zařízení jsou především uživatelé návykových látek, hlavně marihuany a stimulantů a také hráči počítačových her a nadměrní uživatelé mobilních telefonů. Terapeutický tým tvoří psychiatr, adiktolog, psychologové, sociální pracovníci a terapeuti.

Do adiktologické ambulance pro děti a dorost ADA+ dochází osoby mladší 18 let v doprovodu zákonného zástupce. Spolupráci nejčastěji iniciuje některá ze zmíněných institucí, případně samotní rodiče, kteří si službu vyhledají prostřednictvím internetu. Často přichází na doporučení pedagogů, pediatrů nebo známých. Většinou se jedná o matky, které bývají úzkostné a hyperprotektivní. Převážné množství klientů, kteří do adiktologické ambulance přijdou, pochází z rozvedených rodin s tím, že v péči je mají právě jejich matky. Otcové jsou často nepřítomni, ve velké míře fyzicky, ale také emočně a finančně. Na přijímací sezení někdy přichází celý rodinný systém, ve kterém jsou fungující oba rodiče. Přesto tito rodiče často nežijí ve společné domácnosti, ale dokáží se spolu domluvit a na léčebném procesu se tak podílejí oba dva. Malé procento docházejících klientů představují prarodiče, nejčastěji babičky s vnoučaty, u kterých pozorují problém v užívání návykových látek. Toto přijímací sezení je ve velké míře informativního charakteru a během něj je rodinnému systému představena služba a povinnosti, které s docházením do ambulance souvisí. Poté, co rodiče projeví zájem o docházení, snažíme se přistoupit k formulování zakázky. Zakázka rodičů je ve velké míře naprosto odlišná od zakázky adolescentních klientů. Ti jsou často v odporu a změnu v oblasti užívání návykových látek nebo závislostního chování nevyhledávají. V případě, že by adolescentní klient chtěl vyhledat pomoc z vlastního rozhodnutí a bez pomoci rodičů, je to možné pro osoby starší 15 let. Za poslední rok jsme se

v ambulanci setkali pouze s jedním takovým případem. Klienti, kteří do ADY+ docházejí, se nejčastěji potýkají s nadměrným užíváním návykových látek. Největší množství klientů užívá marihuanu. Konopné látky jsou dlouhodobě nejčastěji užívanou nelegální návykovou látkou v ČR (Mravčík et al., 2016). Dále je to alkohol, pervitin a experimentují i s užíváním jiných návykových látek, jako jsou další stimulanty a halucinogeny. Adolescentní klienti užívající návykové látky jsou nejčastěji ve věku 15–17 let. Od roku 2017 se v ambulanci specializujeme také na práci s mladistvými, kteří tráví velké množství času na počítačích, telefonech a sociálních sítích s věkovým průměrem 12–14 let. (Tabulka 1.)

	ADA+		2017
	Ada+ děti	Ada+ rodiče	CELKEM
počet registrovaných	104	174	278
počet skupin za rok	96	23	119
počet individuálů	2201	2013	4214
rodinná, párová terapie	274		274
komunitní setkání	5		5
počet klientů na skupinách za rok	576	161	737
jednorázové kontakty	21	11	32
počet akcí (výlety, aktivity, pobytové terapie)	10	4	14

Tabulka 1 | Ada+ Zařízení sociální intervence Kladno

Po příjmovém pohovoru pak následuje individuální terapeutická spolupráce s dětským klientem, které se v ambulanci věnujeme převážně. Individuální terapii s rodiči nebo jinými zákonnými zástupci, kteří dětského klienta do ambulance doprovázejí, zprostředkovává někdo další z terapeutického týmu. V pravidelných intervalech, nejčastěji každých 5–8 setkání, pak realizujeme rodinná setkání, případně rodinnou terapii. Tato setkání jsou prostředkem ke spolupráci v komunikaci s celým rodinným systémem, k vyjádření případných potřeb a nastavení pravidel. Kapacita pro práci s klienty v individuální terapii je asi 20–25 klientů, přičemž asi 60 % klientů je žen a 40 % mužů. Terapeutická spolupráce s klienty by měla být ideálně dlouhodobá, minimálně po dobu jednoho roku. Ukončuje se nejčastěji z důvodu samovolného vypnutí ze služby, nedodržení pravidel spolupráce, případně na vlastní přání adolescentního klienta, se kterým rodiče často souhlasí, a to přes doporučení terapeutů ve spolupráci pokračovat a přes to, že zakázka nebyla naplněna a klienti ještě stále návykové látky užívají.

Rigway et al. (2014) ve své publikaci Cesty k zotavení zdůrazňují jedenáct kroků léčby z pohledu recovery. Od přípravy na cesty přes zamýšlení se nad svými posto-



ji, vzkríšení naděje, pěstování odvahy, vnitřní řeči, píší autoři dále o motivaci klientů a dalším procesu změny směrem k zotavení. Klient by měl v procesu změny nalézt vlastní zodpovědnost, zdroje, vizi a ideály. Cílem této terapeutické práce je empowerment klienta, zatímco jej terapeut motivuje, pomáhá zlepšit komunikaci a budování sebedůvěry.

Významnou dovedností terapeutického týmu ambulance je orientace v matchingu – párování potřeb a intervencí v praxi. Do ambulance často přicházejí klienti, jejichž primárním problémem není užívání návykových látek nebo jiné závislostní chování. Tuto službu často vyhledávají i rodiče klientů, u kterých se vyskytují výchovné problémy aj. Během přijímacího pohovoru je tedy důležité zakázku rodinného systému správně vyhodnotit a případně klienty odkázat do jiné služby. V souvislosti s matchingem je pochopitelné, že služba musí reagovat na individuální potřeby klientů a je potřeba vyhodnotit, jak by měla spolupráce s klienty vypadat. Do ambulance přicházejí různé rodinné systémy a plošný přístup není možné zavést.

Kaminer (2011) definuje adiktologickou péči adolescentních klientů jako proces, do kterého je potřeba přispívat svým vedením, monitorováním a který vyžaduje individuální přístup založený na přizpůsobení jednotlivým potřebám klienta.

Zároveň se každý klient do terapeutického procesu zapojuje jinak, někteří klienti jsou otevření a o terapii projevují zájem – dokonce projevují zájem o terapeutickou skupinu. Jiní mladiství jsou naopak v silném odporu a je pro ně náročné docházet do individuální terapie a skupině se vyhýbají. Pracovníci terapeutického týmu se musí orientovat v nabízených službách jiných organizací, v případě, že dítě přichází s jiným primárním problémem, nebo pokud je nutné poskytnout komplexní péči spojenou s hospitalizací, výchovnou péčí, právními otázkami apod. V rámci terapeutického procesu se velmi často potýkáme s doprovodnými problémy typu – sebepoškozování, poruchy příjmu potravy, výchovné problémy, krádeže, útoky z domova, absence ve škole, nadměrné sledování pornografie a podobně.

V rámci ambulance jsme otevřeli terapeutickou skupinu pro všechny klienty, bez ohledu na návykový problém, věk nebo další kritéria. V průběhu jsme však zjistili, že klientela se významně liší v závislosti na užívané návykové látce nebo závislostním chování. Postupně jsme tedy otevřeli samostatnou skupinu pro klienty užívající návykové látky a druhou skupinu pro klienty, kteří přichází se závislostí na počítači a jiných technologiích nebo na vztazích. Tento další významný aspekt je reakce služby na individuální potřeby klientů. Významnou část klientů tvoří mladiství ve fázi doléčování po absolvování střednědobé ústavní léčby v psychiatrické nemocnici, kteří nyní abstinují, ale přesto je pro ně docházení do ambulance důležitou součástí léčebného procesu.

Témata, která klienti do této skupiny přinášejí, se soustředí především na užívání návykových látek, vztahy s rodiči, partnery a kamarády, efektivní trávení volného času a asertivní dovednosti. Další skupinu tvoří děti ve věku 9 až 12 let, které jsou ohrožené nelátkovou závislostí. Děti jsou spolupracující, jsou ochotné ke změnám např. v používání sociálních sítích, jsou velmi komunikativní a otevřené. Zajímají je otázky rodinných vztahů, politického dění ve světě, environmentální výchova, podoba lásky atd.

Aktivita klientů se také odvíjí od fáze, ve které se tito klienti nacházejí. Při vstupu do skupiny jsou klienti často pasivní a více poslouchají, po několika málo sezeních se však většinou rychle zapojí do skupinové aktivity. Později pak přinášejí témata a skupinu žádají o zpětné vazby. Poté, co již klienti ze skupiny načerpají to, co je potřeba, tak začnou být aktivnější v předávání zpětných vazeb a v kladení otázek ostatním klientům.

Do skupiny určené pro starší klienty potýkající se s nelátkovými závislostmi a jinými souvisejícími potížemi, přinášejí klienti často velmi hluboká témata, která souvisí s jejich intrapersonálními prožitky, suicidálními myšlenkami nebo sebevražednými pokusy v minulosti. Klienti přinášejí také vztahová témata, především vztahy s partnery nebo s rodiči. V současné době se služba zaměřuje na skupinovou práci s těmito klienty, jejichž míra motivace ke změně je podstatně vyšší než u skupiny klientů užívající návykové látky.

Terapeutická práce vychází z konceptu recovery, neboli uzdravení a potenciálu pro uzdravení. Závislostní chování je u dětí a adolescentů většinou důsledkem jiných závažných situací, jako je rozpad rodiny, výchovné problémy, záškoláctví, špatné školní výsledky, duševní potíže, sebepoškozování a potíže s nedostatečným bydlením. Tyto faktory jsou tedy spíše důsledkem těchto nepříznivých potíží než jejich příčinou (Gilvarry et al., 2012). Recovery přístup zdůrazňuje podporu pozitivních faktorů, které podporují klientovu spolupráci a mají vliv na jeho udržitelnost v terapii. Dětská a dorostová adiktologie je přístupem v léčbě závislostí, ve kterém se vyskytuje nízká motivace klientů k abstinenci. Terapeutická práce se tak často soustředí na jiná témata, než je trvalá a důsledná abstinence. Adaptace klientů na léčebný program probíhá skrze identifikaci potřeb klientů a v jejich podpoře a rozvoji. Cílem je zprostředkovat léčebný přístup tak, aby byli adolescentní klienti schopni z něj profitovat a úspěšně jej absolvovat.

## LITERATURA

Gilvarry, E., McArdle, P., O'Herlihy, A., Mirza K., Bevington, D., Malcom, N. (2012). *Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy související s užíváním návykových látek*. Královská akademie všeobecných lékařů, Alcohol Concern, DrugScope, Královská akademie psychiatrů.

Kaminer, Y. (2002). Adolescent substance abuse treatment: Evidence-based practice in outpatient services. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 416–421

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Ridgway, P. et al. (2014). *Cesty k zotavení*. University of Kansas School of Social Welfare

## Kontakt

Ada+ Zařízení sociální intervence Kladno

ada@zsi-kladno.cz, tel: 722 070 220

*Příspěvková organizace Zařízení sociální intervence Kladno je zřízena Středočeským krajem za účelem poskytování sociálních služeb (zejména služeb sociální prevence a odborného sociálního poradenství). Veškeré služby jsou financovány dotací a příspěvkem Středočeského kraje.*

## AMBULANCE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ ADIKTOLOGIE KLINIKY ADIKTOLOGIE 1.LF UK A VFN V PRAZE

**Mgr. Stanislav Kunc,**  
**Mgr. Martina Franzová,**  
**Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.**

Ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA) je denní ambulantní služba, která poskytuje dětem a dospívajícím komplexní léčebnou a preventivní péči zahrnující zdravotní, psychologickou a sociální složku podle biopscho-sociálního modelu závislosti.

### Spektrum aktivit a intervencí

**a) Základní informační a edukační úroveň:** konzultační a poradenský servis, screening, podporu depistážní práce a preventivní péče, propagace služby, edukace, krátká intervence. Nabízíme zorientování v problematice, kontakty na síť pomoci, rychlou intervenci.

**b) Komplexní diagnostika:** ambulance nabízí komplexní diagnostické zhodnocení (psychiatrická, klinicko-psychologická a adiktologická diagnostika) s ohledem na principy case managementu. Smyslem diagnostiky je navrhnout pacientům odpovídající péči, tj. zhodnotit vývoj a stav a závažnost obtíží, zjistit potřebnost jakékoli doplňkové péče řešící případně somatické či psychiatrické komorbidity a navrhnout individuální terapeutický plán odpovídající potřebám pacienta.

**c) Pravidelná individuální terapie a case management** vycházející zejména z principů a metod psychodynamické psychoterapie a integrativních psychoterapeutických směrů. Součástí péče mohou být doplňkové aktivity rozvíjející sociální dovednosti a kompetence či další metody práce (arteterapie, sandplay atd.). Součástí péče je řešení

rodinných, sociálních problémů, případně pedagogických a výchovných problémů, a to jak v rámci individuální terapie, tak prostřednictvím spolupráce s blízkými osobami a navazujícími institucemi a službami (OSPOD, škola atd.).

**d) Zapojení rodičů a blízkých osob:** rodičům nezletilých a dalším blízkým osobám v indikovaných případech nabízíme možnost individuálního rodinného poradenství, účasti na skupině pro blízké osoby závislých či zprostředkování rodinné terapie.

**e) Psychiatrická péče:** součástí spolupráce je pravidelná spolupráce s lékařem – psychiatrem, který je k dispozici zejména pro řešení psychiatrických komorbidit (např. deprese, úzkosti, ADHD) a pro farmakoterapii. Minimální spolupráce s psychiatrem probíhá na úrovni kontrolního vyšetření 1× za 3 měsíce.

**f) Skupinová psychoterapie:** otevřené a polootevřené skupiny pro pacienty se zaměřením na různé typy problémů a se specifickými potřebami. Skupiny běží jednou týdně 1,5 hod., avšak pouze v případě dostatečného naplnění účastníky.

**g) Prevence relapsu:** self-management, techniky a strategie zaměřené na podporu nerizikového zvládnání krizí a udržování změny návyků, zvyšování sebeuvědomění.

### Základní rámec průběhu péče ADDA

**a) Diagnostická fáze – vstupní diagnostika, krátká intervence a motivační práce** (zpravidla první 2 měsíce): komplexní posouzení každého pacienta z hlediska jeho obtíží, zdrojů, možností a potřeb (vstupní adiktologické a psychiatrické vyšetření, v indikovaných případech i komplexní psychologická diagnostika). Pacient vstupuje do služby na prvním vyšetření vždy s rodičem či jinou blízkou osobou, společně je proveden úvodní rozhovor a informování o podmínkách spolupráce, všichni přítomní se podílí na zmapování rodinného a sociálního kontextu závislosti a kontraktování cílů spolupráce. V další fázi se setkává pacient již individuálně se svým garantem – terapeutem. V průběhu dalších dvou měsíců se věnují navazování bezpečného terapeutického vztahu a procesu terapie, prohlubování diagnostických poznatků, motivační práci a formulování možností dalšího léčebného postupu. Zhruba po 10 setkáních je diagnostická fáze ukončena druhým setkáním s rodiči, kde informujeme o výsledcích a plánujeme další postup péče. Část pacientů indikovaných pro jiný typ péče je referována do příslušných zařízení zdravotnických, školských, sociálních služeb, s částí je spolupráce úspěšně ukončena touto krátkou intervencí a konečně další část je navržena pro pokračování v dlouhodobější péči.

**b) Terapeutická fáze:** s pacienty indikovanými k další péči v ADDA a jejich blízkými je sjednána dohoda na individuálním terapeutickém plánu, podmínkách a cílech spolupráce. Délka spolupráce není obecně stanovena, neboť vychází z potřeb pacienta a z dohody.

**c) Ukončování** – na základě úspěšného zvládnutí obtíží, potřeby intenzivnější péče např. v pobytovém zařízení, na základě dohody s pacientem a blízkými osobami, na základě porušení podmínek poskytování služby.

## Východiska a principy poskytování služby

Při poskytování služeb vycházíme z bio-psycho-sociálního modelu závislosti a poznatku, že závislostní obtíže dospívajících se vždy odehrávají v silném kontextu vývojovém, rodinném a sociálním. Nabízíme dlouhodobou kontinuální terapeutickou péči zaměřenou na řešení obtíží se závislostí, snižování rizik a podpory udržení abstinence a změny. Pro využívání služby není podmínkou abstinence. Přijímáme také nezletilé do soudně nařízené ochranné ambulantní léčby.

## Personální zajištění služby

Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D. – vedoucí služby, psycholog, adiktolog

MUDr. Pavla Hellerová – lékař psychiatr

Mgr. Stanislav Kunc – terapeut

Mgr. Martina Franzová – terapeut, psycholog

## Komu je služba určena

Ambulance dětské a dorostové adiktologie je určena dětským pacientům ve věku do 15 let a mladistvým pacientům do 18 let a jejich blízkým. Dominantním problémem indikujícím tento typ specializované péče jsou problémy s návykovými látkami (F.10–F.19) a problémy v oblasti nelátkových závislostí (gambling, nezvládnání informačních technologií atd.). Zejména jde o děti a mladistvé jakožto osoby experimentující s návykovými látkami, problémové uživatele návykových látek, osoby závislé či po absolvování léčby, patologické hráče a osoby s problematikou nelátkových závislostí. Sekundárně jsou cílovou skupinou i rodinní příslušníci a další blízké osoby pacientů. Díky integraci ADDA v Adiktologické ambulanci mohou pokračovat v kontinuální péči i pacienti, kteří dovrší 18 let. Adiktologická ambulance pokrývá zejména území hl. m. Prahy a Středočeského kraje. Provozní doba Adiktologické ambulance je od pondělí do pátku od 9:00 do 17:00.

## Kontakt

Ambulance dětské a dorostové adiktologie, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, Praha 2, 128 00. Kontaktní telefonní číslo: 224 968 253 (zanechte vzkaz na záznamníku), e-mailová adresa: addambulance@vfn.cz

## SANANIM – ADIKTOLOGICKÁ AMBULANCE PRO MLADISTVÉ

### Mgr. Blanka Petrošová, RNDr. Martin Rataj

Adiktologická ambulance SANANIM pro mladistvé a dospělé (dále AA) je sociální a zdravotnické zařízení s certifikátem odborné způsobilosti pro poskytování služeb ambulantní léčby vydaného RVKPP.

Smyslem našeho zařízení je nabízet a poskytovat léčebné ambulantní služby v intenzitě a kvalitě, která vede ke stabilizaci klientů ohrožených závislostí a k trvalé změně jejich životního stylu s ohledem na zvýšení kvality života. Na rizikové chování nahlížíme jako na symptom a vývojový problém. Během léčby se spolu s klientem snažíme odhalit příčiny rizikového chování, najít zdroje využitelné k jeho změně, ke zdravějšímu naplňování potřeb a spokojenějšímu životu. Tým AA tvoří adiktologové, psychologové, psychiatři a sociální pracovníci, všichni s absolvovaným psychoterapeutickým výcvikem.

AA realizuje dva programy: strukturovanou ambulantní léčbu závislostí a case management. Obě služby jak pro dospělé, tak od října 2017 i pro mladistvé klienty.

## Ambulantní léčba

Strukturovaná ambulantní léčba závislostí pro mladistvé byla koncipována na formátu léčby pro dospělé, kterou v AA provozujeme a modifikujeme od r. 2015. Je určena pro ohrožené závislosti na alkoholu, nelegálních návykových látkách nebo nelátkovou závislostí, ve věku od 15 do 18 let, kteří jsou otevřeni změně životního stylu a jsou nastaveni spolupráci s odbornou službou.

Ambulantní léčba pro mladistvé trvá zpravidla 9–12 měsíců. Dělíme ji na dvě fáze: motivačně indikační a léčebnou. Ve srovnání s léčbou dospělých bývá motivačně indikační fáze delší, někdy trvá půlku celé léčby. Kromě pravidelných individuálních terapeutických sezení jednou týdně, v případě potřeby i intenzivněji, je od září 2018 součástí léčby i účast na terapeutické skupině ve stejné frekvenci.

Specifikem léčby pro mladistvé je potřeba intenzivní spolupráce s rodinou, případně se zástupci výchovných institucí (dále blízcí), kde jsou naši klienti v péči. Právě oni jsou často iniciátorem nástupu mladistvého do léčby. Mladiství obvykle nevnímají rizikové chování jako problematické a většinou neoplývají vysokou motivací jakkoli ho regulovat. Motivačním faktorem ke vstupu do léčby tak bývají spíše problémy s okolím, které jejich chování neschvaluje, a tento faktor je možné využít. Od začátku léčby proto vyvíjíme tlak na zapojení blízkých do léčby. Jejich spolupráce je důležitá nejen jako motivační prvek pro setrvání mladistvého v léčbě, ale také z hlediska ovlivnění výchovných intervencí v prostředí, kde klient žije.

Na prvním sezení, kam přichází klient v doprovodu rodičů nebo zástupců výchovné instituce, dojednáme formu zapojení dalších vhodných osob do léčby a zároveň formu předávání informací mezi jednotlivými účastníky léčebného programu tak, aby zůstalo zachováno bezpečné a důvěrné prostředí pro našeho klienta i další zúčastněné. Osvědčuje se nám v rámci individuálního kontaktu přizvat pravidelně (v intervalu čtyř až šesti sezení) klientovy blízké a společně zhodnotit vývoj léčby, dojednávat změny potřebné pro spokojenější soužití, případně vytipovat oblasti, na kterých je třeba pracovat. Společných sezení se účastní kromě garanta/terapeuta také další přizvaný pracovník Adiktologické ambulance, případně terapeut z Poradny pro rodiče SANANIM (dále PPR), která je prostorově propojena s naším zařízením a se kterou úzce spolupracujeme. Když nestačí tento formát setkávání, doporučujeme klienta a jeho blízké do PPR, kde pak rodinná terapie probíhá samostatně, s jinými terapeuti, zároveň s léčbou v naší ambulanci.

Plánujeme rozšíření léčby pro mladistvé o fázi doléčování, dostupnou i mladistvým, kteří přicházejí z pobytové léčby, nyní se snažíme zajistit na to prostředky.

Momentálně je čekací doba pro zařazení do programu ambulantní léčby dva týdny až měsíc.

## Case management

Mladistvým se souběhem sociálních a zdravotních potíží, kteří neprofitují z běžného systému služeb, nabízíme program case managementu.

Jedná se nejčastěji o osoby s psychiatrickou komorbiditou, raným začátkem nebo vyšším výskytem rizikového chování, s nedostatečným rodinným zázemím, pácháním trestné činnosti v anamnéze nebo jen se sníženou schopností spolupráce s odbornými institucemi. Potřebují vyšší míru podpory pracovníka a ten přebírá větší část odpovědnosti za naplňování léčebného kontraktu než ve strukturované ambulantní léčbě. Také odpovídá za trvání spolupráce a udržení intenzity vztahu, a pokud klient z kontaktu vypadává, aktivně ho vyhledává (SANANIM, 2016).

Podmínkou úspěšné spolupráce je dobře vytvořený vzájemný a intenzivní vztah, který je neformálnější, než na jaký jsou klienti v léčebných institucích zvyklí. Menší formálnost vztahu usnadňuje klientovi získat důvěru, zvyšuje míru spolupráce a v ideálním případě vede k dobré zkušenosti s pomáhající institucí a sítí služeb vůbec. Na rozdíl od psychoterapie není spolupráce v takové míře zaměřena na introspekci a analýzu vztahu, jejím smyslem je pomáhat klientovi zejména při praktických činnostech a vyjednávání zdrojů podpory ve vnějším světě (SANANIM, 2016).

Program case managementu ani délka jednotlivých setkání nejsou časově omezeny, řídí se potřebami klienta

a kontraktem s pracovníkem. Doporučuje se intenzivní spolupráce, různé zdroje hovoří o minimální frekvenci šesti kontaktů do měsíce a vyšší časové dotaci na setkání (např. Libra, 2015). Spolupráce se odehrává častěji „na území“ klienta, účastníme se reálných situací, v prostředí, kde klient žije. Podporujeme ho v nich a koordinujeme potřebnou péči tak, aby klient mohl předcházet rizikovému chování a motivovali jsme ho ke zvyšování kvality života. Case manager se postupně stává pro klienta vazbovou (attachmentovou) osobou. Což umožňuje i v rámci řešení praktických záležitostí umožnit prohlubování klientovy schopnosti introspekce, rozpoznání a porozumění vlastních emocí a účelné zacházení s nimi, ozkoušení si konfrontací a testování hranic při jednání s lidmi i institucemi.

Momentálně je čekací doba na zařazení do programu case managementu pro mladistvé 4–6 týdnů.

## Vedoucí služby:

Bc. Tomáš Vejrych

## Kontakt:

Mgr. Blanka Petrošová, AA SANANIM, Praha 2, Žitná 51, tel. 724 521 913, 702 033 005, www.sananim.cz

## Zdroje

SANANIM. (2016). *Operační manuál Adiktologické ambulance SANANIM*. Praha.

Libra, J. (2015). Case management – prostor pro sjednocení zdravotní a sociální péče. In: K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

## AMBULANCE PRO GAMBLING SANANIM, Z. Ú.

### Bc. Marcel Ambrož

*„Ve hře, co hraje, nemůžeme vyhrát. Některé prohry jsou lepší než jiné, toť vše.“ – George Orwell*

SANANIM, z. ú., se koncem roku 2015 rozhodl akcentovat společenskou potřebu při řešení problematiky hazardu a rozšířil své odborné služby o program Ambulance pro gambling (dále též GA), která vznikla 1. 1. 2016 jako nedílná součást sítě základních programů organizace.

GA je specializované zařízení poskytující **komplexní ambulantní služby osobám ohroženým hazardním hrami nebo sázením a jejich blízkým**. Ambulance vznikla za finanční podpory Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) s cílem zavedení a poskytování odborných služeb v oblasti patologického hráčství.

Hlavním posláním GA je poskytování dlouhodobě udržitelných profesionálních a odborných služeb pro hazardní



hráče a jejich blízké. Služba reflektuje potřeby klientů, odborné veřejnosti a společnosti se zaměřením na území hl. města Prahy.

Klíčovým cílem je poskytovat klientům komplexní léčebné ambulantní služby v potřebné intenzitě a kvalitě vedoucí k trvalé změně životního stylu. Usilujeme prostřednictvím krátkodobého, střednědobého nebo dlouhodobého léčebně podpůrného programu pro hráče o minimalizaci negativních dopadů rizikového chování na život klientů-hráčů, jejich rodiny a ostatní blízké osoby s cílem zvýšit kvalitu jejich života, provést je náročným životním obdobím a pomoci jim redukovat problémy spojené s hazardním hraním.

GA nabízí své služby **osobám ohroženým rizikovým hraním a sázením nebo osobám s již rozvinutým problémem patologického hráčství**, které jsou alespoň v minimálním rozsahu otevření změně v jejich dosavadním životě a spolupráci. Doporučenou součástí při řešení problematiky hazardního hraní a sázení jsou **osoby blízké** (partneři/partnerky, rodiče apod.), kteří jsou jakýmkoliv způsobem problémem zasaženi. Dále je ambulance určena i pro abstynující (v současnosti nehrající/nesázející) osoby, kterým formou podporujících aktivit pomáháme v udržení dosažených změn životního stylu.

Dolní věková hranice našich klientů je 15 let, horní hranice není určena. U mladistvých klientů je uzavírán kontrakt jak s klientem, tak i rodičem (zákonným zástupcem).

Projekt GA je v hl. m. Praze ojedinělou službou, která reaguje zejména na neexistenci jakýchkoli specifických služeb pro tuto specifickou cílovou skupinu. Naši klienti tak u nás nalézají bezpečné prostředí bez potřeby konfrontace s uživateli návykových látek, což je oproti jiným poskytovatelům sociálních služeb výjimečné.

**Tým GA je multidisciplinární** a tvoří jej terapeuti, právnička, sociální pracovníci, zkušený tým profesionálů s průměrem praxe 17 let. Provozní doba je v běžné pracovní dny od 9,00 do 17,00. Vzhledem k tomu, že většina našich klientů je pracovníčně činná a dochází 1–2× týdně, často poskytujeme poradenství i v jiných, obvykle podvečerních hodinách. Skupinové aktivity jsou poskytovány výhradně v podvečerních hodinách.

## **GA – specializované zařízení pro hazardní hráče a jejich blízké**

Proč specializace? Jiná cílová skupina (oproti např. uživatelům drog), cílená orientace na „čisté hráče/sázkaře“ a jejich rodiny, jiné potřeby/řešení, hazardní hráči nejsou subkultura, specifická komunita, neexistence „hazardní scény“, dlouhodobé dopady na širší rodinu (dluhy, vztahy) – nutnost řešit jako celek.

**Typický klient/hazardní hráč** v GA je muž, zhruba 36 let, se středoškolským vzděláním, kvalifikovaný, pracu-

jící, s manželkou/partnerkou. Obvykle vede tzv. „double life“, kdy roky žije „spořádaný“ život – rodina, děti...+ tajný život hráče. Do ambulance přichází v době, kdy se tento systém hroutí, poněkud dříve v důsledku nezvládnutí splácení finančních závazků (dluhů) u nebankovních poskytovatelů půjček. „Double life“ může trvat u některých hráčů i 10 let.

## **Klienti gambleři a sázkaři**

Celkem 95 % klientů GA jsou muži. Zhruba polovina přichází s klasickým gamblingem (výherní automaty, ruleta), druhá polovina jsou „čistí sázkaři“, bez zkušenosti s klasickým hazardním hraním. Žen registrujeme minimum, v případě vyhledání naší služby se jedná obvykle o klasický hazard (majorita výherní automaty), ve spojení s alkoholem, tyto klientky používají gambling často jako nástroj automedikace, hraní jim přináší klid, útěchu, únik z reality a psychických problémů.

## **Další charakteristiky cílové skupiny**

Častou motivací pro kontaktování GA je značné zadlužení těchto osob a tlak blízkých. Průměrný dluh klienta GA je 1 000 000,- Kč, nejvyšší zhruba 20 milionů. V období zhroucení „double life“ systému se tak blízcí obvykle dozvídají pravdu, která v podobě zadlužení ohrožuje celý rodinný systém na řadu let. Registrujeme tedy tlak blízkých (partnerek) na hráče k nástupu do léčby. Evidujeme četné párové a rodinné sezení – přenesení zátěže na blízké, jejich pocit podvodu, nevěry, nedůvěry, apod.

Další typickou charakteristikou pro cílovou skupinu je např.: zacyklenost v magičnu, iracionalitě – „*dnes je ten den, kdy to porazím*“, *vsadím si, abych mohl zaplatit dluhy*“, u sázkařů se jedná v majoritě o online sázení a především live sázky – mnohokrát i v průběhu jednoho sportovního zápasu – „opakovaný orgiastický stav“ (dle klientů) – rizika velkých proher, virtuální peníze.

Peníze – nemají hodnotu, jsou pouze často virtuální prostředek k potřebné emoci/zbohatnutí. Za 1 noc výhra 250 000/nebo prohra není nic neobvyklého.

**Profil klientů** – individualisté, výkonová orientace, fabulující, umělci s penězi, přetvářka jako norma, strach z odhalení/čekání na odhalení, neschopnost hovořit o svých pocitech, stud, vztah jako motivace ke změně (obavy ze ztráty partnerky), nenaplněná očekávání/touhy...

Policista, voják, sportovec, makléř, řidič, kuchař, houslista, obchodník, majitel firmy, zaměstnanec, zaměstnanec nadnárodní společnosti, státní zaměstnanec, IT, inženýr, stavař.



## Poskytované služby

- Ambulantní léčba a následná péče
- Individuální poradenství, koučink a terapie
- Dluhové a všeobecné právní poradenství
- Sociální poradenství
- Podpůrná skupina pro krátkodobě abstinující hráče
- Následná skupina pro dlouhodobě abstinující hráče
- Edukace ve finanční gramotnosti, finanční management
- Krizová intervence
- Poradenské a terapeutické služby rodičům a ostatním blízkým osobám

## Strukturovaný ambulantní program

Základem celého léčebného procesu je strukturovaný ambulantní program, který je možno realizovat v rámci základního programu, individuálního programu a/nebo následné péče. **Standardní program ambulantní léčby trvá přibližně 6 měsíců.**

### – Individuální, skupinové poradenství

Východiskem kognitivně behaviorální přístupy, částečně dynamicky zaměřené přístupy, motivační rozhovory a systemický přístup zaměřený na řešení.

### – Řešení dluhů, právní poradenství

Pro klienty GA

### – Finanční poradenství

Analýza finančních postojů, finanční rozvaha

### – Rodinné, párové poradenství

Jedno až tři setkání, pravidla, vztahy, socioekonomické dopady na širší rodinu

– **Domácí cvičení** – klient participuje na své úzdravě formou zadaných tematických úkolů (časová osa, motivace, cíl, denní činnosti, impulsy, uvědomění apod.)

– **Specifické kontrakty** – kontrolované hraní, pouze individuální konzultace

## Dluhové a právní poradenství v GA

Bezplatné právní poradenství v GA je poskytováno právníčkou s praxí na exekutorském úřadu. Zhruba 95 procent klientů, kteří se ambulantně léčí v zařízení GA, má dluhy, jejichž vznik je spojen s gamblerským. Poskytována je pomoc a poradenství při jednáních s věřiteli ohledně různých novacích závazků, poradenství a vyhotovování podání v rámci exekučního práva a samozřejmě také mnoho klientů je v takové situaci, že již nedokáží své závazky zvládnout běžným způsobem, a tak je na místě podání insolvenčního návrhu, jehož zpracování klientům nabízíme.

## Resumé

Ambulance je od počátku svého založení velmi vyhledávanou službou a záhy získala dobré renomé, což se nám vrací z ohlasu klientů, kteří náš program absolvovali a mnohdy nás doporučují dál. Zakládáme si na své komplexnosti, klientovi nabízíme širokou škálu služeb a tím jsme schopni nejen zaujmout, ale především pomoci.

Většina našich klientů se velmi rychle stabilizuje, zachráněná narušená vztahy, zastaví kolotoč dluhů, přehodnotí svůj žebříček hodnot a vstoupí do nové etapy zdravějšího a úspěšnějšího životního stylu.

**Jen v roce 2017 jsme pracovali s 251 klienty v programu GA.** Z toho bylo 38 rodinných příslušníků (absolvovali převážně 1–3 společná sezení), dále jsme byli v kontaktu se 182 klienty v anonymním režimu - osoby povětšinou v jednorázovém kontaktu, mnohdy jako doprovod klienta, případně s žádostí o setrvání v anonymitě. V letošním roce evidujeme další nárůst klientů a jejich blízkých, za rok **2018 odhadujeme zhruba 350 klientů v programu GA.**

Zařízení je držitelem Certifikátu odborné způsobilosti pro ambulantní léčbu při RVKPP a je registrovanou sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

## Kontakt:

Ambulance pro gambling, SANANIM, z. ú.  
Žitná 51, Praha 1  
www.sananim.cz, gambling@sananim.cz  
tel: 774 701 070

**Vedoucí zařízení:** Bc. Marcel Ambrož

## PROGRAM PRO RODIČE–UŽIVATELE DROG A JEJICH DĚTI

### PhDr. Ilona Preslová

### Služby pro rodiče – uživatele návykových látek a jejich děti

Vedle služeb pro mladistvé uživatele návykových látek probíhá v SANANIM od 90. let 20. století péče, pomoc a podpora klientům s primární diagnózou závislosti na návykových látkách, kteří jsou zároveň rodiči nezletilých dětí. Tato práce probíhá **průřezově** v řadě jednotlivých zařízení a programů naší organizace. Jedná se o práci jednak s těhotnými ženami a matkami, případně otci, ale také s jejich malými dětmi.

## Program pro rodiče-uživatele drog a jejich děti

### Popis služby a její komponenty

#### 1. Nízkoprahové služby:

**Kontaktní centrum a Terénní programy** – zde probíhá první záchyt a kontakt těhotných klientek, navázání důvěry, podpora, edukace, doprovázení v průběhu gravidity, navázání na zdravotní a sociální služby, zprostředkování další léčby či jiné potřebné služby aj.

#### 2. Léčebné a následné služby

a) Ambulantní léčba a poradenství – Denní stacionář, Adiktologická poradna, Poradna pro rodiče, Specializované ambulantní služby CADAS, Centrum komplexní péče o dítě a rodinu (opakující se projekt)

b) Pobytové léčby – Terapeutická komunita Karlov a Doléčovací centrum s chráněným bydlením pro matky s dětmi

Práce s klientem velmi často začíná v nízkoprahových službách, kde v **terénních programech** nebo **kontaktním centru** dochází k prvnímu oslovení a navázání kontaktu, poté k zmapování a zhodnocení situace a zprostředkování další adekvátní péče. Právě u klientely rodičů a jejich dětí je obrovskou výhodou možnost pružné spolupráce mezi jednotlivými službami v rámci SANANIM, a tím adekvátní a rychlé pomoci klientovi i dítěti. V případě nutnosti léčby nabízíme jednak ambulantní léčbu nebo léčbu v intenzivním stacionárním programu v **Denním stacionáři**, a to v délce čtyř měsíců s možností pobytu matky s dítětem v Dětském centru v Praze, nebo léčbu v **Terapeutické komunitě Karlov** (společná léčba matek, případně otců s dětmi) s následným doléčováním v **Doléčovacím centru** a případným **chráněným bydlením** a chráněným pracovním zařízením v sociální firmě **Café Therapy** nebo v chráněné keramické dílně. Tyto služby umožňují matce absolvovat léčbu bez přerušování mateřské vazby a péče o její dítě. I když léčbu dokončí, mohou kdykoliv v budoucnosti využít nabídky současného projektu **Centra komplexní péče o dítě a rodinu**, kde mohou v bezpečném a podpůrném prostředí řešit své otázky a pochybnosti ohledně zvládnutí péče o dítě, rodičovské role a kompetence. Tento projekt se ukazuje jako velmi potřebný a vyhledávaný, protože řada klientů stále není plně adaptována ve svém prostředí a obtížně vyhledávají běžně nabízené služby, ať už z nedostupnosti či po negativních zkušenostech s nepřijetím či stigmatizací.

#### Východiska a principy poskytování služby:

Základním principem služeb pro tuto cílovou skupinu je přesvědčení, že i uživatelé drog mohou být kvalitními rodiči, pokud vyřeší otázku užívání a zároveň dostanou potřebnou pomoc a podporu v přijetí a zvládnutí své rodičovské role.

Nejčastější okolnosti zahájení služby:

#### 1. Gravidní klientka kontaktního centra/terénního programu

Při určité důvěře, kterou již docházení do nízkoprahových služeb předpokládá, lze usilovat o usnadnění základní prenatální péče, o vyhledání a doprovod do zdravotnických služeb, edukaci ohledně rizik užívání, řešení sociální situace a poskytnutí základní podpory, kterou klientka v těhotenství a následně po porodu potřebuje.

#### 2. Navázání kontaktu na doporučení ze strany orgánů sociálně právní ochrany dítěte

Klientka nás kontaktuje na základě doporučení orgánu sociálněprávní ochrany dítěte, případně zdravotnického personálu či rodiny, a to nejčastěji po zjištění pozitivních testů na návykové látky u novorozence po porodu nebo po intervenci v rodině v případě ohrožení či selhání péče o dítě.

#### 3. Vlastní aktivita klientů

Klienti se na nás obracejí sami na základě vlastního rozhodnutí s potřebou získat informace o rizicích užívání, podporu při řešení složitých životních situací v souvislosti s užíváním a těhotenstvím nebo péčí o dítě. Kontakt mají již z předchozí spolupráce nebo od jiných klientů, v poslední době také stále více užívají možnost anonymní poradny.

#### Personální zajištění služby

Multidisciplinární tým odpovídá typu služby, obvykle bývají určeni pracovníci, kteří se na práci s rodiči a dětmi specializují.

#### Cílová skupina služby

- těhotné uživatelky návykových látek
- uživatelé nealkoholových drog (případně s kombinací) = rodiče nezletilých dětí mající v péči jedno nebo více dětí
- klienti, jimž bylo dítě na základě předběžného opatření či soudního rozhodnutí odebráno z péče
- nezletilé děti klientů (v doprovodu s rodiči)

#### Založení služby

Od poloviny 90. let, kdy jsme systematicky začali pracovat s touto cílovou skupinou, jsme vycházeli nejdříve ze zkušeností s dětmi z rodin alkoholiků a souvisejících studií, které byly v naší zemi provedeny. Nutno říct, že očekávání, že děti rodičů užívajících nealkoholové drogy budou prokazovat mnohem horší projevy, jsme byli nuceni poměrně brzy přehodnotit.

Zásadním přelomem bylo otevření **Terapeutické komunity Karlov** pro společnou léčbu matky s dítětem (**provoz zahájen v r. 1998**) a rozšíření nabízených léčebných možností o ambulantní a stacionární programy pro matky s dětmi (**Denní stacionář založen v r. 1996**). Zajímavým momentem v souvislosti s pomocí a léčbou matek, která byla vedle Terapeutické komunity Karlov původně soustředěna v Denním stacionáři v Praze, byl fakt, že zde souběžně s nárůstem matek došlo k navýšení počtu bezdětných uživatelů, které byly do tohoto zařízení přivedeny právě klientkami s dětmi. Dlouhodobě, oproti jiným adiktologickým zařízením v ČR, vykazovala statistika Denního stacionáře poměr mužů a žen výrazně ve prospěch žen, což by potvrzovalo smysluplnost bezpečných programů pro uživatelky návykových látek.

Jedním ze zásadních momentů stabilizace služeb byla oblast spolupráce státních a nestátních organizací, případně zdravotnických a sociálních služeb, kdy právě práce s klientelou rodičů uživatelů a s jejich dětmi tyto, dříve často velmi oddělené světy, spojila. Nutnost spolupráce přinesla mimo jiné také nutnost lepší informovanosti a znalosti o spolupracujících organizacích.

Dalším významným prvkem bylo předávání našich znalostí z práce s klienty užívajícími návykové látky právě pracovníkům orgánů sociálněprávní ochrany dětí formou systematického vzdělávání, ale i jednorázových konzultací a setkání.

V posledních několika letech reagujeme na řadu změn v rámci sociálněprávní legislativy, které se týkají našich klientů a jejich dětí, jako např. pěstounská péče na přechodnou dobu, kde se ukazuje, že vysoké procento dětí umístovaných do této péče je právě od rodičů-uživatelů. Tento fakt znovu otevírá nutnost multioborové spolupráce.

## Kontakt

**PhDr. Ilona Preslová**  
**odborný garant programů SANANIM, z.ú.**  
 www.sananim.cz, www.mamaadrogy.cz  
 e-mail.: preslova@sananim.cz, tel. 702 036 237

## PREV-CENTRUM, Z. Ú., NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY

**Bc. Anna Franková,**  
**Mgr. Alexandra Roubalová**

Prev-Centrum, z.ú. je zapsaný ústav zabývající se již 20 let prevencí, terapií a psychosociální pomocí pro děti, mládež a rodiny ohrožené závislostmi a dalšími formami rizikového chování.

Posláním Prev-Centrum, z. ú., Nízkoprahové služby, je doprovázet děti a mládež v období dospívání, poskytovat jim informace, nabízet jim odbornou podporu a pomoc

v nepříznivých životních situacích. Usilujeme o pozitivní změnu v životním stylu ohrožených dětí a mládeže a vytváření podmínek pro jejich začlenění do společnosti

V rámci širšího spektra služeb tímto pediatrickým programem realizujeme:

- adiktologickou ambulanci pro děti a dospívající,
- nízkoprahový klub pro děti a mládež,
- sociálně terapeutické skupinové aktivity,
- volnočasové aktivity/zátěžové programy pro děti a mládež (výjezdy, příměstský tábor atp.).

V rámci adiktologické ambulance pro děti a dospívající poskytujeme ambulantní léčbu a následnou péči pro děti, dospívající a jejich blízké. Služby jsou určeny dětem a dospívajícím ve věku od 10 do 20 let, kteří jsou ohroženi látkovou a/nebo nelátkovou závislostí. Současně poskytujeme poradenství pro rodiče a blízké našich klientů.

### Mezi stanovené cíle Adiktologické ambulance pro děti a dospívající patří:

- zmapování rizikových situací a oblastí života, nalezení adaptivních způsobů jejich řešení,
- motivace klienta ke zdravějšímu životnímu stylu a směrem k abstinenci od návykových látek/závislostiho chování,
- stabilizace a zlepšení psychického stavu a sociální situace dítěte,
- abstinence či minimálně omezení rozsahu užívání návykových látek, event. minimalizace návykového chování – změna životního stylu klienta.

### Primární cílová skupina:

- děti a dospívající, jejichž motivace ke spolupráci v rámci řešení experimentů s návykovými látkami či problémy s nezvládnutím moderních technologií je vratká, založená na vnějším tlaku okolí, či kteří nejsou ke spolupráci motivováni,
- děti a dospívající, kteří mimo užívání návykových látek mají i specifické výchovné a vzdělávací potřeby, poruchy učení a chování,
- děti a dospívající, kteří nejsou schopni plnit své povinnosti ve škole (záškoláctví, problémy se školním prospěchem, předčasné ukončení studia, vyloučení ze školy),
- děti a dospívající, kteří se dostávají do konfliktu se společensky uznávanými normami i se zákonnými normami nejen z důvodu experimentování či užívání návykových látek (výchovné problémy, vandalismus, drobná trestná činnost, distribuce THC),
- děti a dospívající se závislostní problematikou, kteří jsou v péči kurátorů trestné činnosti dětí a mládeže,
- děti a dospívající experimentující s užíváním návykových látek či nezvládající moderní technologie, kteří zažívají obtížné životní události (rozpad rodiny, rozvod, nefunkční rodina, problémy ve škole se spolužáky nebo s učiteli, šikana),

- děti a dospívající, kteří jsou na základě nepříznivé situace v péči veřejných institucí (sociální odbory, pedagogicko-psychologické poradny, Probační a mediační služba ČR, výchovní poradci ZŠ a SŠ),
- děti a dospívající experimentující s užíváním návykových látek či nezvládající moderní technologie na základě doporučení OSPOD (dysfunkční rodinné prostředí, neúplné rodiny, pěstounská péče).

### Sekundární cílová skupina:

- Kromě dětí a dospívajících spadají do cílové skupiny programu i jejich rodiče, zákonní zástupci a osoby blízké. S ohledem na věk primární cílové skupiny je úzká spolupráce s rodinou a spolupracujícími subjekty při řešení situace velmi žádoucí.

### Poskytované služby:

#### a) Ambulantní a následná péče pro děti a dospívající

Ambulantní péče je zaměřena v první fázi na práci s motivací a odporem klienta, který problémy bagatelizuje či popírá. Práce se orientuje též na edukaci a předání relevantních informací o rizicích, účincích a důsledcích užívání návykových látek. Pozornost je v průběhu ambulantní péče věnována i vztahům klienta k jeho sociálnímu okolí na ose rodina, přátelé, škola. Význam v práci s dětmi a mladistvými uživateli návykových látek a nelátkovými závislostmi spočívá i v case managementu, tj. v koordinaci péče v rámci spolupracujících subjektů, kterých může být celá řada – rodiče, škola, OSPOD, pedagogickopsychologická poradna, lékař, psychiatr atp.

Následná péče se orientuje na udržení dosažených změn, popřípadě abstinence, na podporu a pomoci úspěšně zvládat běžné situace v životě, mapovat rizikové situace a vztahy, které by mohly vést u klienta k relapsu či dalšímu užití návykové látky a pomoci mu vyplnit volný čas.

#### b) Poradenství pro rodiče, zákonné zástupce a osoby blízké

Služby poskytované rodičům, zákonným zástupcům, pěstounům, příbuzným a jiným blízkým osobám. Poradenství může mít formu edukace rodičů ohledně závislostního chování, návykových látek a rizicích s užíváním návykových látek spojených. Velký důraz je kladen na motivaci rodinných příslušníků ke spolupráci, která je nezbytnou složkou procesu u této cílové skupiny.

#### c) Skupinová práce

Skupina rozšiřuje možnosti péče o ohrožené děti a mladistvé. Zvolené metody práce eliminují rozvoj rizikového chování u ohrožených dětí a mládeže, a předchází tak či brání recidivě jejich trestního jednání, páchaní přestup-

ků vůči zákonu a závažnějším prohřeškům vůči společenským normám.

#### d) Další poskytované (doplňkové) služby

Jedná se o služby, které doplňují spektrum poskytovaných služeb adiktologické ambulance. Patří sem zejména služby poskytované na půdě NZDM, tzn. sociálně-pedagogická práce se skupinou, vzdělávací činnosti, vedení ke zdravému životnímu stylu a k aktivnímu trávení volného času. Tyto činnosti a aktivity reagují na související problémy spojené s věkem cílové skupiny a jejími potřebami.

### Personální zajištění služby:

Službu zajišťuje multidisciplinární tým pracovníků ve složení adiktolog, psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník v celkové výši 3,2 úvazku. Tým pracuje pod pravidelnou externí supervizí.

### Založení služby:

Provoz Adiktologické ambulance pro děti a dospívající byl spuštěn 1. 1. 2017 v pilotním provozu. V září 2017 proběhlo místní šetření certifikační komise s výsledkem udělení certifikátu RV KPP na 4 roky.

### Kontakt:

#### Prev-Centrum, z. ú., Nizkoprahové služby

Meziškolská 1120/2, 169 00 Praha 6  
tel.: 242 498 334, 775 161 159  
e-mail: vedouci.nzdm@prevcentrum.cz  
www.prevcentrum.cz

**Vedoucí programu:** Bc. Zuzana Kapusňáková

#### Provozní doba služby

Den	Čas
Pondělí	9:00 – 18:00
Úterý	9:00 – 18:00
Středa	9:00 – 18:00
Čtvrtek	9:00 – 17:00
Pátek	9:00 – 16:00



## TERAPEUTICKÁ KOMUNITA KARLOV, SANANIM, Z. Ú.

### Mgr. Tomáš Jandáč

Terapeutická komunita Karlov poskytuje rezidenční léčbu klientům dvou základních specifických skupin trpících poruchami způsobenými škodlivým užíváním návykových látek či závislostí na nich. První skupinou jsou mladiství a mladí dospělí ve věku od 16 do 25 let a druhou skupinou jsou matky s dětmi – v této skupině je rozhodujícím kritériem zejména věk dítěte, kdy TK poskytuje péči matkám s předškolními dětmi a těhotným ženám. Obě cílové skupiny sdílejí většinu skupinového programu a rozvrh se liší jen v dílčích detailech. Pro potřeby tohoto textu se zaměříme zejména na skupinu mladistvých a mladých dospělých. V TK Karlov je kladen důraz na vyváženost odborného terapeutického programu a trénink odpovědnosti, který se zobrazuje v širokém spektru činností. Klienti přebírají starost za chod velkého hospodářství a areál budov. Pro představu podoby Karlova – jedná se o bývalý knížecí statek na vzdáleném okraji malé vesnice u Čimelic v jižních Čechách. Klienti se v sezóně starají o několik prasat, hejno krůt, slepic, hus a kachen. Díky sociálnímu podnikání se zde nachází kozi farma čítající přibližně 50 hlav. V areálu se nachází ovocné stromy, bylinková zahrada a záhony s různými druhy zeleniny. Psychoterapie se odehrává zejména ve skupinovém prostoru, každý klient má svého garanta, ke kterému dochází na individuální terapii, poradenství a plánování. Farmakoterapie a péče psychiatra je zajištěna velmi zkušeným lékařem. Základní lékařská péče je zajištěna v nedalekých Čimelicích a je stvrzena letitou spoluprací. Dobré vztahy udržujeme i s různými odděleními písecké nemocnice. Časté onemocnění virovou hepatitidu řešíme nejčastěji spoluprací se zařízením Remedis, které ctí přístup treatment as prevention. Socioterapie se odehrává nejen formou oblíbených zátěžových akcí, kdy komunita vyjíždí na akce typu sjíždění řeky, pobyt na horách, plování na kolech nebo jen na krátké víkendové slézání skal. Socioterapie se odehrává také v každodenních rituálech společného jídla nebo společného programu v komunitě. Díky evropskému projektu se v TK uskutečňuje velmi kvalitní sociální práce s klienty, kdy máme pro tuto oblast vyčleněn jeden celý úvazek. Velký důraz je kladen na spolupráci s rodinou. Vzhledem k věku cílové skupiny považujeme za nezbytné spolupracovat s rodinou tak, aby osobní růst klienta koreloval s růstem a vývojem rodinných vztahů. Zároveň je nutné připravit prostředí pro zdravou separaci klienta. Každou první sobotu se konají rodičovská setkání, během kterých se na dvou skupinových sezeních formou poradenství setkávají členové terapeutického týmu s nejbližšími rodinnými příslušníky.

### Východiska

Cílem programu je integrace, životní spokojenost a plnohodnotné zapojení klienta do běžného života, kdy prostředkem dosažení tohoto cíle je abstinence. Pracujeme

na zvýšení odpovědnosti klientů za jejich vlastní jednání a na zvýšení odolnosti proti selhání. Klienti mohou v komunitě získat základní sociální dovednosti, komunikační dovednosti, osvojit si pracovní a hygienické návyky, mohou usilovat o zlepšení svého zdravotního stavu, zvýšení fyzické a psychické kondice. Snažíme se stabilizovat sociální situaci klienta. To vše se děje skrze přijetí a poznání sebe sama, skrze získání náhledu na své dosavadní chování. Klienti poznávají své možnosti a limity.

U mladistvých specificky pracujeme na konstruktivním zvládnutí období dospívání, spoluvytváříme hodnotový systém a rozvíjíme základní životní postoje. Připravujeme mladé klienty na zdravé partnerství. Věnujeme se stabilizaci vztahů v rodině a porozumění mechanismům fungování rodiny. Motivujeme k dalšímu vzdělávání a získání kvalifikace, klienty připravujeme na profesní a pracovní život. Na druhou stranu jsme si vědomi toho, že součástí života je také zábava a trávení volného času. Vnímáme, že poskytujeme službu klientům s velmi komplikovanou osobní historií, proto respektujeme, že někteří klienti přichází bez vyřízených osobních dokladů nebo finančních prostředků. Celý pobyt na Karlově je možný financovat ze základních sociálních dávek klientů.

### Principy

Základ péče v terapeutické komunitě vychází z principu respektu ke klientovi, z respektu k jeho vývojovému stádiu a vývojovým úkolům. Komunita staví na důvěře ve společenství a ve skupinové procesy. Za nezbytnou složku dobré léčby považujeme navázání dobrého terapeutického vztahu mezi klientem, garantem a terapeutickým týmem. Důležité je i navázání vztahu se skupinou klientů. Hloubka všech těchto vztahů vytváří potenciál dobře pracovat s přenosovými a protipřenosovými fenomény.

### Personální zajištění

O zajištění služby se stará multidisciplinární tým, který je složen z adiktologů, psychologů, pedagogů volného času, speciálních pedagogů, sociálních pracovníků a pracovních terapeutů. Psychiatrickou ambulanci zajišťuje na částečný úvazek odborný lékař. Práci s dětmi zajišťují dvě vychovatelky. Psychoterapeutický background je také rozličný, část týmu vychází z psychodynamicky orientovaných výcviků, někteří z gestalt teorie, zastoupena je také arte terapie a v neposlední řadě výcvik rodinné terapie a psychosomatické medicíny.

### Cílová skupina

Léčba je určena mladistvým a mladým dospělým ve věku od 16 do 25 let, kteří problémově užívají nebo vykazují známky závislosti na návykových látkách, dále přijímáme klienty žijící velmi rizikovým způsobem života, jehož součástí je užívání návykových látek. O léčbu se mohou



ucházet klienti se soudně uloženým podmíněným, alternativním trestem nebo se soudně nařízenou léčbou. Přijímáme také klienty z ústavů výchovné péče. Nástup do léčby v TK je dobrovolný a pro motivované jedince, plánovaná standardní délka léčby je v rozmezí od 2 do 8 měsíců. U klientů nemůže být přítomno psychotické onemocnění v akutním stádiu. U mladistvých klientů je nutný písemný souhlas zákonných zástupců. Pobytu předchází detoxifikace ve specializovaném zdravotnickém zařízení.

## Historie zařízení

Komunita byla založena v zimních měsících roku 1998 pro cílovou skupinu mladistvých klientů, pro které v té době žádná specifická služba neexistovala. Komunitní principy byly do komunity přeneseny prostřednictvím mladých klientů z TK Němčice, kteří do TK Karlov přešli na počátku roku 1999. V roce 2001 byl oficiálně zahájen program pro matky s dětmi, první klientky byly přijaté již předchozí rok. Od roku 2015 se v komunitě rozvíjí sociální podnikání.

### Vedoucí služby:

Mgr. Karel Chodil

## Kontakt

Mgr. Tomáš Jandáč  
zástupce vedoucího TK Karlov  
Karlov 3  
Smetanova Lhota, pošta Čimelice 398 04  
GSM: 605 915 990  
www.sananim.cz  
jandac@sananim.cz

# Doporučené postupy pro identifikaci a management užívání návykových látek a poruch spojených s užíváním návykových látek v těhotenství

World Health Organization

**Souhrn** | Používání alkoholu, nelegálních drog a dalších psychoaktivních látek během těhotenství může vést k mnohým zdravotním a sociálním problémům jak pro matku, tak pro dítě. Užívání alkoholu během těhotenství může způsobit fetální alkoholový syndrom a další hrozbou je například samovolný potrat, porod mrtvého dítěte, nízká porodní váha, předčasný porod a vrozené vady. Závislost na alkoholu a dalších drogách může závažně ovlivnit schopnost jedince vykonávat roli rodiče, partnera či manžela, může podněcovat či spouštět

genderové či domácí násilí, čímž značně ovlivňuje fyzický, mentální a emoční vývoj dětí.

Těhotenství může být pro ženy, jejich partnery a další členy domácnosti, příležitostí ke změně jejich užívání alkoholu a dalších látek. Zdravotníci pečující o ženy s poruchami z užívání návykových látek během těhotenství musí porozumět komplexnosti jejich sociálních, mentálních a fyzických problémů, aby mohli poskytnout dostatečnou péči a podporu během těhotenství a v poporodním období.

## PROČ BYLY TYTO POKYNY VYTVOŘENY

Tyto pokyny byly vyvinuty, aby umožnily profesionálům pomoci ženám, které jsou těhotné, nebo nedávno porodily dítě, a užívají alkohol nebo drogy nebo mají poruchy z užívání návykových látek, dosáhnout zdraví pro sebe, jejich plod či dítě. Byly vytvořeny v reakci na žádosti organizací, institucí a jednotlivců o postupy k identifikaci a práci s užíváním alkoholu, dalších látek a poruch z užívání návykových látek u těhotných žen. Jsou vyvinuty v souladu s WHO doporučeními pro prevenci a zvládání užívání tabáku a pasivního kouření v těhotenství. Momentálně nejsou k dispozici žádné globální směrnice, které by využívaly doporučení na základě důkazů k identifikování a práci s užíváním látek a poruch z užívání návykových látek v těhotenství. Ačkoliv několik vysoko příjmových zemí má k dispozici vlastní pokyny k řešení těchto problémů, země se středními a nízkými příjmy tuto možnost postrádají.

## KDO BY MĚL TYTO POKYNY VYUŽÍVAT

Tyto pokyny byly primárně napsány pro zdravotníky, kteří pracují s ženami od začátku těhotenství až po porod, během postnatálního období a s jejich kojenci.

## CÍLE A ROZSAH POKYNŮ

Tyto pokyny mají za cíl poskytnout technické rady založené na důkazech pro zdravotníky v identifikování a zvládání užívání látek a poruch způsobených z užívání návykových látek u těhotných žen, což by umožnilo praktikům ve zdravotnictví použít vědecké principy přístupu veřejného zdravotnictví v jejich vlastních zemích. Stejně důležitým cílem je umožnit těhotným ženám dělat zdravá rozhodnutí ohledně užívání alkoholu a dalších látek v kontextu těhotenství a kojení.

Po obsáhlém posouzení potřeb této populace a výzev, kterým čelí poskytovatelé zdravotní péče pracující s těhotnými ženami s poruchami z užívání návykových látek, bylo rozhodnuto, že by se pokyny měly věnovat šesti oblastem:

1. screeningová vyšetření a krátká intervence
2. psychosociální intervence
3. detoxikace
4. zvládání závislosti
5. výživa kojence
6. zvládání odvykacího stavu kojence

## JAK BYLY TYTO POKYNY VYVINUTY

Vývoj těchto pokynů začal v polovině roku 2012 jako společné úsilí WHO oddělení *Mental health and Substance Abuse* a *Tobacco Free Initiative*, které vedlo k vytvoření návrhu pokynů a online setkání *Guideline Development Group* (GDG) a následné schválení návrhu pokynů od WHO *Guide-*

*line Review Committee*. GDG se scházelo skrze telefonické konference, online setkání a také dvě osobní setkání. Na prvním setkání, které se odehrávalo ve Washingtonu DC, USA (29. ledna až 1. února 2013), kde se probíraly důkazy různých vzorců užívání alkoholu a drog během těhotenství, včetně stanovení rozsahu a původu důkazů. Na druhém a posledním setkání, které se konalo v centrále WHO v Ženevě (11 až 13. září 2013) se důkazy prezentovaly za pomoci profilů a GRADE tabulek (viz přílohy) a byla zformulována finální doporučení. GDG evalulovalo všechny důkazy a společně s dalšími informacemi o škodlivosti, výhodách, hodnotách, preferencích, užitych zdrojích a proveditelnosti nastavili váhu těchto doporučení (viz tabulky a seznamy důkazů v přílohách):

**Váha doporučení** se určila jako:

**„důrazné“:** což znamená, že GDG si je jistá, že kvalita důkazů ohledně dopadů, společně s *jistotou* o hodnotách, preferencích, výhodách a proveditelnosti, vytváří doporučení, které by se mělo předat ve většině případech a okolnostech:

nebo

**„podmínečné“:** což znamená, že zde byla menší míra jistoty ohledně kvality důkazů a hodnot, preferencí, výhod a proveditelnosti tohoto doporučení. Tudíž budou existovat situace a okolnosti, kdy by se toto doporučení nemělo uplatnit.

## DOPORUČENÍ

### Hlavní principy

GDG poznamenala, že některé principy se dají uplatnit na všechna níže uvedená doporučení. Tyto principy by měly být jistým vodítkem v procesu plánování, implementování a vyhodnocování nejvíce vhodných a relevantních doporučení vzhledem k národnímu kontextu a dostupným zdrojům.

**1. Upřednostňování prevence.** Prevence, snížení a ukončení užívání alkoholu a drog během těhotenství a v období po porodu jsou zásadní kompetenty v optimalizování zdraví a spolenosti žen i jejich dětí.

**2. Zajištění dostupnosti prevence a léčby.** Všechny těhotné ženy a jejich rodiny ovlivněné poruchami z užívání návykových látek by měly mít přístup k dostupným preventivním a léčebným programům a intervencím s důrazem na důvěrnost, v souladu s místními zákony a mezinárodními lidskými právy; ženy by neměly být vyloučeny z možnosti využívat zdravotní péče kvůli jejich užívání návykových látek.

**3. Respekt samostatnosti pacienta.** Samostatnost těhotných a kojících žen by měla být vždy respektována a ženy s poruchami z užívání návykových látek by měly

být informovány o rizicích a výhodách pro ně, pro jejich plod a děti a o možnostech léčby, když dělají rozhodnutí ohledně jejich zdravotní péče.

**4. Poskytnutí komplexní péče.** Péče pro těhotné a kojící ženy s poruchou způsobenou užíváním návykových látek by měla mít úroveň, která je odpovídající komplexitě a mnohostranné povaze poruch z užívání návykových látek.

**5. Ochrana před diskriminací a stigmatizací.** Prevence a léčebné intervence by měly být poskytnuty těhotným a kojícím ženám takovým způsobem, aby zabránily stigmatizaci, diskriminaci a marginalizaci a podporovaly ideu rodinu, komunity a sociální podpory, stejně jako sociální inkluzi díky vytváření silných vazeb s dostupnou péčí o dítě, prací, vzděláním, bydlením a dalšími relevantními službami.

## ÚVOD

Užívání alkoholu, nelegální drog a dalších psychoaktivních látek během těhotenství je běžné a může vést k mnohým zdravotním a sociálním problémům jak pro matku, tak pro dítě.

Užívání alkoholu během těhotenství může způsobit fetální alkoholový syndrom a další hrozbou je například samovolný potrat, porod mrtvého dítěte, nízká porodní váha, předčasný porod a vrozené vady. Závislost na alkoholu a dalších drogách může závažně ovlivnit schopnost jedince vykonávat roli rodiče, partnera či manžela, může podněcovat či spouštět genderové či domácí násilí, čímž značně ovlivňuje fyzický, mentální a emoční vývoj dětí. Injekční užívání drog je také spojené s vyšším rizikem přenosu HIV a žloutenek z těhotných žen na jejich děti.

Užívání alkoholu a dalších látek těhotnými ženami a dalšími lidmi, kteří s nimi žijí není pouze škodlivé pro zdraví matky a dítěte – což jsou témata UN Millennium Development Goals 2, 4, 5 a 6 – ale může i podmiňovat možné sociální a zdravotní posuny dosažené zeměmi s nízkými a středními příjmy.

Těhotenství může být pro ženy, jejich partnery a další členy domácnosti, příležitostí ke změně jejich užívání alkoholu a dalších látek. Zdravotníci pečující o ženy s poruchami z užívání návykových látek během těhotenství musí porozumět komplexnosti jejich sociálních, mentálních a fyzických problémů, aby mohli poskytnout dostatečnou péči a podporu během těhotenství a v poporodním období.

## PROČ BYLY TYTO POKYNY VYVINUTY

Tyto pokyny byly vyvinuty, aby umožnily profesionálům pomoci ženám, které jsou těhotné, nebo nedávno porodily dítě, a užívají alkohol nebo drogy nebo mají poruchy z užívání návykových látek, dosáhnout zdraví. Momentálně nejsou k dispozici žádné globální směrnice, které by využívaly doporučení na základě důkazů k identifikování a práci s užíváním látek a poruch z užívání návykových látek v těhotenství. Ačkoliv několik vysokopříjmových zemí má k dispozici vlastní pokyny k řešení těchto problémů, země se středními a nízkými příjmy tuto možnost postrádají.

Projekt byl zahájen jako odpověď na žádosti organizací, institucí a jednotlivců o postupy k identifikaci a práci s užíváním alkoholu, dalších látek a poruch z užívání návykových látek u těhotných žen. Jsou vyvinuty v souladu s WHO doporučeními pro prevenci a zvládání užívání tabáku a pasivního kouření v těhotenství.

Tyto pokyny jsou také odpovědí na *World Health Assembly Resolution 63.13* (popisující a schvalující *Global Strategy To Reduce the Harmful Use of Alcohol*) a na *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation Towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem* (odsouhlaseno na 52. setkání *Commission of Narcotics Drugs*, CND).

Vývoj těchto pokynů je součástí aktivit, které provádí WHO oddělení Duševního zdraví a užívání návykových látek, MSD (*Department of Mental Health and Substance Abuse*). Mezi tyto aktivity patří vývoj a šíření ASSIST nástrojů pro screeningová vyšetření užívání návykových látek ve zdravotnickém prostředí; ASSIST manuál krátké intervence: balíček intervencí pro zvládání prioritního duševního zdraví a poruch chování od WHO mhGAP; WHO směrnice pro psychosociálně doplněnou farmakologickou léčbou závislosti na opiátech; diskuzní článek od UNODC/WHO o principech léčby závislosti na drogách a program od UNODC/WHO o léčbě a péči u drogové závislosti.

*Text byl přeložen ze str. X-XI a str. 1 publikace:*

### **Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy**

ISBN 978-9-24-154873-1

© World Health Organization 2014

Královská akademie všeobecných lékařů  
Alcohol Concern  
DrugScope  
Královská akademie psychiatrů

# DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRÁCI S MLADÝMI LIDMI S PROBLÉMY SOUVISEJÍCÍMI S UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK

## Editoři:

Profesor Eilish Gilvarry,  
Dr. Paul McArdle,  
Anne O'Herlihy,  
Dr. KAH Mirza,  
Dr. Dickon Bevington,  
Dr. Norman Malcolm

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Praha, 2016

Dotisk: Praha, 2017

Původní publikace v českém překladu je již rozebrána.  
Formou tohoto dotisku dáváme text k dispozici dalším  
zájemcům.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ



Český překlad a vydání *Doporučených postupů* bylo finančně podpořeno v rámci naplňování Bilaterální smlouvy o spolupráci uzavřené mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Regionálním úřadem Světové zdravotnické organizace (WHO) pro Evropu na období 2016–2017 a dále programem institucionálního rozvoje a podpory psychologických věd na Karlově Univerzitě PRVOUK č. P03/LF1/9.

Partnery českého vydání *Doporučených postupů* jsou odborné společnosti Česká asociace adiktologů (ČAA) a Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (SNN ČLS JEP), které mj. zajistily recenzní řízení a materiál doporučily pro pilotní ověření v podmínkách České republiky.

Publikace je určena pro studijní účely a ověřování v praxi spojené s postupnou adaptací, doplněním a přípravou budoucích tuzemských doporučených postupů pro práci s dětmi a mladistvými v oboru adiktologie. Vydáno ve spolupráci se Sdružením SCAN, z.ú. a časopisem Adiktologie.

**Překlad:** Mgr. Silvia Miklíková  
**Odborná redakce a úprava:** prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.  
**Recenzenti:** prim. MUDr. Petr Popov, MHA (SNN ČLS JEP)  
Mgr. Ondřej Sklenář (ČAA)

Tyto doporučené postupy navazují na CAMHS komunitní síť pro kvalitu při (QNCC) viz [www.rcpsych.ac.uk/quality/quality,accreditationaudit/communitycamhs.aspx](http://www.rcpsych.ac.uk/quality/quality,accreditationaudit/communitycamhs.aspx).

Pro nejlepší postup týkající se „informací, informovaného souhlasu a dodržování důvěrnosti“ a „práva a zajištění bezpečí“ relevantních pro mladé lidi, prosím, použijte tyto normy QNCC. Královská akademie psychiatrů je charita registrovaná v Anglii, Walesu (228636) a Skotsku (SC038369). [www.rcpsych.ac.uk](http://www.rcpsych.ac.uk)

Červen 2012. Číslo původní publikace: CCQI 127

Tyto normy platí pro většinu mladých lidí vstupujících do podpůrných služeb a péče nejen z CAMHS.

Vydala Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze  
ve spolupráci s Nakladatelstvím Albert v Boskovicích  
a Sdružením SCAN, z.ú. a časopisem Adiktologie  
Praha, 2016  
ISBN  
[www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)

Neprodejné.

© 2012 Královská akademie všeobecných lékařů, UK (originál dokumentu)  
© 2016 Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Silvia Miklíková (český překlad)  
© 2016 Michal Miovský (úvodní slovo k českému vydání)



