

Adiktologie v preventivní a léčebné praxi

PŮVODNÍ PRÁCE

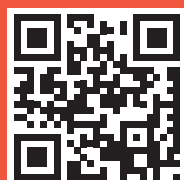
**Kde má adiktolog v ČR své
místo na trhu práce? Výzkum
pracovní uplatnitelnosti
z pohledu absolventů studijních
programů adiktologie**

Pavlovská, A., Miovský, M., Vacek, J.

PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK

**Chemsex jako sexualizované
užívání návykových látek**

Uholyeva, X.



INDEXOVÁNO V

Bibliographia Medica
Čechoslovaca

ISSN 2570-8120

MKČR E 23254

www.aplp.cz

Vydává SCAN, z. s.

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 buprenorfini hydrochloridum) a naloxonium 0,5 mg (jako naloxoni hydrochloridum dihydricum). Suboxone 8 mg/2mg: buprenorfinum 8 mg (jako buprenorfini hydrochloridum) a naloxonium 2 mg (jako naloxoni hydrochloridum dihydricum). Suboxone 16 mg/4mg: buprenorfinum 16 mg (jako buprenorfini hydrochloridum) a naloxonium 4 mg (jako naloxoni hydrochloridum dihydricum). **Pomocné látky:** monohydrát laktózy, mannitol, kukuřičný škrob, povidon K30, kyselina citronová, dihydrát citrónanu 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, nalmefen) 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, ůtlum 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:** hlášeny 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 přípravek opatrně 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 buprenorfinu/naloxonu 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 zkušeností 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 přínosu a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky prostřednictvím Státního ústavu pro kontrolu léčiv Šrobárova 48, 100 41 Praha 10, webové stránky: www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek **Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Podrobné o informace 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.**

Adiktologie v preventivní a léčebné praxi

Nº 3

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), 113–214.

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, datová schránka: tyggys

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, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2, tel. 224 968 271

Design & Layout | Missing Element & Vladimír Vašek,
www.missing-element.com

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

Rukopisy zasílejte výhradně na elektronickou adresu redakce journal@aplp.cz.

Distribuce, informace a objednávky předplatného na adrese vydavatele,

e-mail scan@scan-zs.cz, www.aplp.cz.

Inzerce na adrese redakce, e-mail scan@scan-zs.cz.

Vychází čtyřikrát ročně.

Cena časopisu | 103 Kč

Cena vč. poštovného | 135 Kč

ISSN 2570-8120

MKČR E 23254

Toto číslo vyšlo v listopadu 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 17. 12. 2018.

Redakční uzávěrka zpráv a oznámení je 30. 11. 2018.

Redakce si vyhrazuje právo zaslání zprávy krátit a redakčně upravovat.

Nepodepsané příspěvky pocházejí z redakce.



Obsah / Contents

EDITORIAL

Novinky ve světě vzdělávání v prevenci rizikového chování

119

MIOVSKÝ, M.

PŮVODNÍ PRÁCE / ORIGINAL ARTICLES

Kde má adiktolog v ČR své místo na trhu práce? Výzkum pracovní uplatnitelnosti z pohledu absolventů studijních programů adiktologie

120

*Addiction Specialists in the Czech Republic: What is their Place on the Job Market?
A Survey among Graduates in Addictology*

PAVLOVSKÁ, A., MIOVSKÝ, M., VACEK, J.

Klienti Národní linky pro odvykání kouření v roce 2017: zhodnocení adiktologických charakteristik po osmi měsících činnosti

128

Clients of the National Tobacco Quitline Czech Republic in 2017: evaluation of addiction characteristics after eight months in operation

FIŠEROVÁ, K., KULHÁNEK, A., MRAVČÍK, V.

Případová studie Červeného Dvora – část první (1591 až 1971)

136

Červený Dvůr Case Study – Part I (1591 to 1971)

DEBNAR, A., ŠEJVL, J.

PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK / REVIEW ARTICLE

Chemsex jako sexualizované užívání návykových látek

148

Chemsex as Sexualised Substance Abuse

UHOLYEVA, X.

KAZUISTIKY / CASE STUDIES

Dostatečně vysoká dávka buprenorfinu jako základ úspěchu substituční léčby – kazuistika

158

Sufficiently High Doses of Buprenorphine as the Precondition for Successful Substitution Treatment: a Case Study

MINAŘÍK, J., SKOŘEPOVÁ, H.

Adiktolog vstupující do praxe: kazuistická studie terapeutické skupiny

164

Addictologist Entering Practice: case study of a therapeutic group

VONDROVÁ, A.

Alkohol jako lék u dívky s disharmonickým vývojem osobnosti**172***Alcohol as Medication in a Girl with Disharmonic Personality Development*

KROFTOVÁ, S., VÁVROVÁ, J., KMONÍČKOVÁ, J.

Kongenitální hepatitida C u dětí: kazuistika a přehled literatury**176***Congenital Hepatitis C in Children: a case study and literature review*

EL-LABABIDI, N., FRÜHAUF, P.

Kazuistika pacienta se závislostí na alkoholu s opakovanými hospitalizacemi na detoxifikačním oddělení**182***Case Study of a Patient with Alcohol Dependence Repeatedly Admitted to a Detoxification Unit*

PURMOVÁ, V.

DOPISY ČTENÁŘŮM**O významu morálky ve společnosti a u pacientů závislých na drogách z hlediska adiktologa****186**

RIESEL, P.

ZPRÁVY Z OBORU**Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v ČR****191**

VALENTOVÁ, M.

K aktuální terminologii v oblasti alkoholu**194**

ŠEJVL, J., BARTÁK, M.

XV. ročník mezinárodní konference PPRCh**198**

ŠEJVL, J.

Prevence návykových nemocí a nadměrného stresu u lékařů**204**

NEŠPOR, K.

ODBORNÉ SPOLEČNOSTI**208**

ZPRÁVY**181****203****207**

POKYNY PRO AUTORY**213**

Novinky ve světě vzdělávání v prevenci rizikového chování

V posledních letech jsme svědky velmi zajímavého vývoje v oblasti vzdělávání v prevenci. Naše čtenáře jsme v minulosti vícekrát upozornili na vznik Mezinárodní asociace univerzit vzdělávajících adiktology (ICUDDR), která neformálně vznikla v roce 2016 a v průběhu roku 2017 byla registrována v USA jako nezisková organizace. Její vznik je doprovázen rozvojem dvou hlavních mezinárodních vzdělávacích plánů pro léčbu a pro prevenci. Vedle prosazování postupů založených na důkazech (tzn. vytváření účinných preventivních programů a jejich zavádění do praxe) jsme svědky postupného procesu profesionalizace oblasti prevence rizikového chování. Jsou to právě preventivní pracovníci, kteří musí mít odpovídající znalosti a dovednosti pro výkon své profese. Česká republika zažila poprvé tuto diskusi v kontextu projektu VYNŠPI II a ověřování tehdy přepracovaného čtyřúrovňového modelu posuzování kvalifikace preventivních pracovníků. O potřebnosti pregraduálního i celoživotního vzdělávání víme dlouho, nicméně konkrétní příklady uceleného modelu komplexního vzdělávání byly dosud k dispozici jen omezeně. V rámci výše zmíněné asociace univerzit ICUDDR se rychle rozvíjela myšlenka konferenčních setkání, která se pomalu stávají tradicí. Druhá mezinárodní konference se konala v červnu 2017 v Praze a třetí pak v San Diegu v Kalifornii v červnu 2018. Čtvrté setkání je plánováno na červenec 2019 v Peru. Podrobné informace k celému procesu i vzniku asociace ICUDDR (International Consortium of Universities on Drug Demand Reduction) lze najít na stránkách www.icuddr.com.

Jedním z klíčových témat se logicky stala právě vzdělávací kurikula univerzit, která se dnes používají, kdy každá univerzita a země má jiné kurikulum, pokud vůbec nějaké má. Zásadním momentem pro prevenci se ale stal právě až vznik prvního mezinárodního kurikula pro prevenci UPC (Universal Prevention Curriculum), na jehož vzniku se podílelo několik desítek předních světových kapacit v oblasti prevence. Tým vedla ikona současné moderní prevence, prof. Zili Sloboda (USA), která řídila též workshop pro zájemce o UPC v Praze v roce 2017 (viz foto). Vzniklé kurikulum prošlo několika koly úprav a vývojem a začalo ovlivňovat diskusi v různých zemích o podobě vzdělávání v prevenci. To se pochopitelně dotklo také České republiky, a to nikoli pouze v oblasti vzdělávání adiktologů na 1. LF UK a na úpravě našeho tuzemského kurikula. Tématu jsme věnovali úvodní přednášku na konferenci Primární prevence rizikového chování (PPRCH) 2018 přednesené letos 15. října. Autoři editoria- lu zde představili několik typů vzdělávacích modulů, které jsou založeny na více než dvaceti letech výzkumu v prevenci a uplatnění získaných poznatků v reálném světě preventivní praxe: (1) Mezinárodní kurikulum v prevenci UPC (Universal Prevention Curriculum) a jeho adaptaci do podmínek pregraduálního vzdělávání na 1. lékařské



Prof. Zili Sloboda v Praze (2017)

fakultě Univerzity Karlovy, (2) Jednosemestrální předmět pro studenty vysokých škol, (3) Vzdělávací modul pro koordinátory prevence a odborníky finančně zainteresovaných subjektů, (4) e-learningový modul – deset e-learningových prezentací, které obsahují ucelený, ale časově únosný modul vzdělávání. Očekáváme, že toto kurikulum se stane jedním z klíčových témat následujících diskusí jak na úrovni vysokoškolských poskytovatelů vzdělávání v prevenci (pedagogické fakulty, lékařské fakulty atd.), tak na úrovni různých vzdělávacích agentur či neziskových organizací. Naším cílem je formálně zahájit odbornou diskusi a navrhnout další směřování a moderování celého vzdělávacího procesu prostřednictvím existujících společností SNN ČLS JEP, České asociace adiktologů a OSPRCH (Odborné společnosti pro prevenci rizikového chování), ale také ČASA (České asociace studentů adiktologie), případně dalších studentských organizací. Vzdělávací kurikulum UPC je postupně implementováno také do bakalářského a magisterského programu adiktologie na 1. LF UK, čemuž jsme věnovali větší pozornost při prezentaci na konferenci EUSPR v Lisabonu 26. října 2018. Domácí profesionálové měli možnost se s těmito aktivitami seznámit také na prestižní akci konané 28.–29. listopadu v Lichtenštejnském paláci v Praze. Zde byly představeny poprvé hlavní výsledky Evropského projektu UPC-Adapt. Celá konference byla součástí vzdělávacích programů REITOX Academy pod patronací EMCDDA a spolu s Univerzitou Karlovou (partner projektu) ji organizoval Úřad vlády ČR a jeho NMS. Výsledky jsou též k dispozici na internetových stránkách EMCDDA a partnerů. Časopis APLP se bude k těmto výsledkům postupně vracet a přinášet podrobnější informace i reflexi celého vývoje.

V Praze 29. listopadu 2018

Prof. PhDr. Michal Mioviský, Ph.D.
Doc. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.

Addiction Specialists in the Czech Republic: What is their Place on the Job Market? A Survey among Graduates in Addictology

Pavlovská, A., Miovský, M., Vacek, J.

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

Citation | Pavlovská, A., Miovský, M., Vacek, J. (2018). Kde má adiktolog v ČR své místo na trhu práce? Výzkum pracovní uplatnitelnosti z pohledu absolventů studijních programů adiktologie. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 120–127.

Background | Research on the graduates' employability provides key feedback for universities, students, and decision-makers. The topic is important as the first international curricula (UPC/UTC) and professional platforms are being developed. **Aims** | To identify the rate and characteristics of the employability of addictologists on the labour market, whether they work in the field and under what conditions, and, if not, what prevents them from doing so. **Methods** | The study population comprised the graduates of the study programme Addictology from 2005 to 2016. Data was collected using an online questionnaire, with a 59% response rate, and analysed using MS Excel and IBM SPSS 22. **Results** | 58% of the respondents work in the field of addictology, mostly in low-threshold and outpatient services. 62% of them had already worked

during their studies. 53% work in Prague, two-thirds of them on a full-time basis. One-third has other employment and half of them work as addictologists. Men are more likely to work in the field. 69 persons do not work in addictology, with 39 never having looked for such a job. The reasons for the latter included low salaries, the offer of a different job, and a lack of work opportunities. Those working in addictology tended to rate both the quality of the study programme and the demand for the profession in more positive terms and they are also significantly more likely to be members of the Czech Association of Addictologists. **CONCLUSION** | The results are of great value and will be used for adjusting the study programmes to meet the requirements of practice and for the process involving the implementation of the UPC and UTC curricula.

Keywords | Addictology – Employability – Graduate – Profession – Study programme – University

Submitted | 3 August 2018

Accepted | 1 November 2018

Grant support | The research was supported by the Grant Agency of Charles University, No. 124317, Charles University, No. PROGRES Q06/LF1, Colombo Plan, and the United States Department, Bureau of Narcotics and Law Enforcement Affairs, Demand Reduction Division (INL).

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

amalie.pavlovska@lf1.cuni.cz

Kde má adiktolog v ČR své místo na trhu práce? Výzkum pracovní uplatnitelnosti z pohledu absolventů studijních programů adiktologie

Pavlovská, A., Miovský, M., Vacek, J.

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

Citace | Pavlovská, A., Miovský, M., Vacek, J. (2018). Kde má adiktolog v ČR své místo na trhu práce? Výzkum pracovní uplatnitelnosti z pohledu absolventů studijních programů adiktologie. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 120–127.

Východiska | Evaluace zkušeností absolventů vysokých škol se vstupem na trh práce poskytuje klíčovou zpětnou vazbu poskytovatelům studijních programů, uchazečům a decision makerům. Téma nabývá na významu také vznikem prvních mezinárodních kurikul (UPC/UTC) a odborných platform. Profese adiktologa je mladá a hledá postavení v systému služeb pro uživatele návykových látek, proto máme omezené údaje o úspěšnosti uplatnění absolventů studia adiktologie na trhu práce. **Cíle** | Zjistit míru a charakteristiky uplatnění profese adiktologa na trhu práce, zda absolventi studijních programů adiktologie pracují v oboru, za jakých podmínek, a pokud ne, z jakých důvodů.

Metodika | Populaci tvořili absolventi studia adiktologie z let 2005–2016. Data byla sbírána formou online dotazníku, s návratností 59 %, a zpracována pomocí MS

Excel a IBM SPSS 22. **Výsledky** | V oboru adiktologie pracuje 58 % respondentů, nejčastěji v nízkoprahových a ambulantních službách. Celkem 62 % z nich pracovalo již během studia, 53 % pracuje v Praze, 2/3 na plný úvazek. Třetina má ještě další zaměstnání, 1/2 pracuje na pozici adiktolog, častěji muži. Ti jsou v oboru zaměstnání statisticky významně častěji. Celkem 69 osob nepracuje v oboru, 39 tuto práci nikdy nehledalo. Mezi důvody patří nízký plat, jiná nabídka či nedostatek pracovních příležitostí. Pracující v oboru hodnotí pozitivněji kvalitu studia i poptávku po profesi adiktologa, taktéž jsou častěji členy České asociace adiktologů. **Závěr** | Výsledky studie jsou zásadní, budou využity k úpravě podoby studia více směrem k požadavkům praxe a také pro proces implementace kurikul UPC a UTC v rámci internacionalizace oboru adiktologie.

Klíčová slova | Absolvent – Adiktologie – Pracovní uplatnitelnost – Profese – Studium – Univerzita

Došlo do redakce | 3. srpna 2018

Přijato k tisku | 1. listopadu 2018

Grantová podpora | Výzkum byl realizován za finanční podpory Grantové agentury Univerzity Karlovy, č. 124317, Karlovy univerzity No. PROGRES Q06/LF1 a Colombo Plan and the United States Department, Bureau of Narcotics and Law Enforcement Affairs, Demand Reduction Division (INL).

Korespondenční adresa | Mgr. et Mgr. Amalie Pavlovská, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

amalie.pavlovska@lf1.cuni.cz

1 ÚVOD

Tým¹ Kliniky adiktologie od roku 2003 postupně vytváří a rozvíjí studijní obor adiktologie, plynule tak vznikla, byla akreditována a otevřena bakalářská (2004), magisterská (2007) a doktorská (2011) úroveň studia (Miovský, 2007; Miovský et al., 2016). Bakalářské studium (Bc.) poskytuje teoretické vzdělání a dovednosti pro case management, prevenci a léčbu komplikací spojených s návykovým chováním. Kombinuje základní znalosti a dovednosti z psychologie, sociální práce a nelékařských oborů. Navazující magisterské studium (Mgr.) připravuje klinické pracovníky, ale také budoucí manažery, tvůrce drogové politiky a vědce. Doktorské studium je úžeji zaměřeno na výzkum v adiktologii (podrobněji Miovský et al., 2016).

Autoři článku se jako členové tohoto týmu zaměřili na některá témata klíčová pro další rozvoj oboru adiktologie² jak v rámci České republiky, tak v mezinárodním kontextu. Za tímto účelem byl zahájen proces implementace mezinárodních kurikulů Universal Prevention Curriculum (UPC) a Universal Treatment Curriculum (UTC) do existujícího studijního programu. Smyslem je mj. lépe připravit absolventy pro výkon profese nejen v ČR, ale také v zahraničí a otevřít studium adiktologie mezinárodním studentům. Klinika adiktologie plní roli Koordinačního centra pro Evropu v rámci platformy ICUDDR, která celosvětově sdružuje univerzity nabízející vzdělání v adiktologii, a je tak v první linii aktuálního vývoje. Dostupnost specializovaného akademického vzdělání zvyšuje profesionalitu a atraktivitu celého oboru. V minulosti pracovali v adiktologických službách odborníci z jiných profesí, kteří neměli specializované vzdělání a mnohdy nechtěli primárně pracovat s cílovou skupinou uživatelů návykových látek (dále NL) (van Boekel, Brouwers, van Weeghel & Garretsen, 2014), případně jiní méně kvalifikovaní pracovníci či exuseri (Miovský, 2007). Vývoj směrem k vyššímu vzdělání je patrný i v zahraničí (např. Adams et al., 2017), kde existuje velké množství studijních programů a jiných možností vzdělávání v oblasti adiktologie, v Evropě najdeme více než 34 programů, v USA pak téměř 400 (Pavlovská, Miovský, Babor & Gabrhelík, 2017; Pavlovská et al., 2018; Taleff, 2003).

Adiktolog je však v kontextu střední Evropy stále relativně mladou profesí (Butler, 2011), v ČR je legislativně zakotvena od r. 2008 (zákon č. 96/2004 Sb.). Tzv. „pražský model studijního programu adiktologie“ (Miovský et al., 2016) vznikl a vyvíjí se samostatně, čímž vytváří vlastní profilaci absolventů, tzv. generických odborníků, kteří integrují terapeutické dovednosti s dovednostmi v ob-

lasti prevence a harm reduction (Miovský et al., 2015). Adiktolog má v ČR unikátní postavení odborníka kompetentního k samostatnému výkonu povolání ve zdravotnictví. Stále však hledá své místo ve stávajícím systému služeb pro uživatele NL a závislé a je důležité věnovat se tomu, jakým způsobem se to daří. Význam takového výzkumu je evidentní nejen v tuzemském, ale i v mezinárodním kontextu vývoje profese. Pro univerzity by pracovní uplatnitelnost jejich absolventů měla být klíčovou otázkou a informace z výzkumů mezi absolventy cenou zpětnou vazbou (Messum, Wilkes, Jackson & Peters, 2016). V jiných oborech jsou výzkumy úspěšnosti absolventů v uplatnění na trhu práce běžnou praxí (např. Polesná, 2016; Schneiderová, 2014; Šeďa & Šeďová, 2012), v adiktologii to zatím není obvyklé. Nicméně existují prvotní pokusy o evaluaci studia či získávání informací od absolventů. Na Novém Zélandu telefonicky kontaktovali absolventy programů, když zjišťovali úroveň vzdělání pracovníků v adiktologických službách (Adams et al., 2017). Na platformě 1. LF byly realizovány dva výzkumy, které se okrajově zabývaly tématem pracovní uplatnitelnosti adiktologů (Kačírková, 2015; Sklenářová Francová & Janouškovec, 2010), oba však byly primárně zaměřeny na evaluaci studia.

Článek představí první část studie pracovní uplatnitelnosti adiktologů, a to výsledky zahrnující 165 absolventů Bc. i Mgr. programu, kteří se zapojili do dotazníkového šetření.

2 METODIKA VÝZKUMU

2.1 Cíle studie a výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo zjistit míru a charakteristiky pracovní uplatnitelnosti profese adiktologa na trhu práce v České republice.

Autoři pracovali s výzkumnými otázkami: Jaký podíl absolventů studijních programů adiktologie pracuje v adiktologických službách? V jakých typech služeb jsou absolventi zaměstnáni? Měli absolventi primárně zájem o zaměstnání v oboru adiktologie? Za jakých podmínek absolventi ve službách pracují? Na jakých pracovních pozicích? Z jakých důvodů případně absolventi v oboru nepracují?

2.2 Výzkumný soubor

Základní soubor tvořilo 279 osob-absolventů pregraduálních studijních programů adiktologie za celou dobu jejich existence, tj. z let 2005–2016. Osloven byl celý základní soubor respondentů, 19 z nich se nepodařilo kontaktovat. Celkem 169 osob vyplnilo dotazník, po vyřazení nerelevantních odpovědí (respondent nebyl absolventem studia adiktologie) byl počet navrátilivších se dotazníků 165 (59,1 %). Celkový počet absolventů pouze Bc. studia byl 181 (odpovědělo 79 osob), celkem 24 absolventů

1 | Zvláštní poděkování patří core teamu pracujícím ve složení Jiří Libra, Kamil Kalina, Petr Popov, Hana Fidesová, Roman Gabrhelík.

2 | Obor adiktologie je v České republice chápán a definován jako samostatný obor a odbornost (kvalifikace) zabývající se prevencí, léčbou a výzkumem tzv. závislostního typu chování bez ohledu na to, zda je takové chování vázáno na určitou substanci (návykovou látku), či na určitou činnost (hra na výherních hracích automatech, hra na PC atd.), dochází-li k prokazatelné újmě či poškození jedince, jeho okolí (např. rodiny) nebo společnosti (Miovský, 2007, p. 35).

prošlo pouze navazujícím Mgr. studiem (odpovědělo 16). Oba programy absolvovalo celkem 74 respondentů (odpovědělo 70 osob). Z celkového počtu populace bylo 37 mužů a 242 žen, dotazník vyplnilo 25 mužů a 140 žen, návratnost dotazníků byla tedy vyšší u mužů než u žen. Více než 50 % respondentů bylo ve věku do 29 let, 34 % mezi 30 a 39 lety, 10 % pak nad 40 let. Polovina respondentů žije v kraji Praha, 24 osob v kraji Středočeském, v každém z ostatních krajů nalezneme do 10 osob. V Karlovarském a Ústeckém kraji je vyšší zastoupení mužů. Celkem 114 (69 %) respondentů má kromě adiktologie ještě další kvalifikaci, tj. vystudovali i jiný střed- či vysokoškolský obor. Z absolventů Bc. adiktologie má další kvalifikaci 53 % osob, mezi těmi, kdo studovali magisterské, ale nikoliv bakalářské studium adiktologie, má další kvalifikaci 93 % respondentů. Další kvalifikaci mají častěji absolventi kombinované formy studia a respondenti starší 30 let. Dvě třetiny studovaly v prezenční formě studia, třetina v kombinované. V prezenční formě studovaly častěji ženy a respondenti do 29 let věku, v kombinované formě je tomu naopak.

2.3 Metody tvorby a analýzy dat

Data byla získána formou dotazníkového evaluačního šetření. Dotazník byl vytvořen cíleně a konzultován se zástupci profesní asociace. Je složen z různých typů otázek, uzavřených s možnostmi, otevřených a škál. Obsahuje obecnou část o absolventovi (věk, pohlaví, typ absolvovaného studia, ročník ukončení, další kvalifikace, forma studia), poslední otázka „Pracujete aktuálně v oboru adiktologie?“ sloužila jako rozřazovací, kdy podle odpovědi byl respondent v dotazníku odkázán buď na druhou část pro pracující v oboru, nebo na třetí pro pracující mimo obor adiktologie. Tam již byly obsaženy specifické otázky věnované zařízení, kde jsou absolventi zaměstnáni, na jaké pozici pracují, jaké činnosti vykonávají, výši mzdy, hodnocení přínosu studia atd., případně důvodům, proč v oboru nepracují.

Sběr dat probíhal online prostřednictvím Google dokumentů, kde vznikl přímý odkaz na dotazník, následně jej mohl absolvent vyplnit bez nutnosti přihlášení. Tato forma sběru dat byla zvolena z důvodu snadného šíření. Dotazník byl rozeslán všem absolventům adiktologie prostřednictvím jejich e-mailových adres uvedených v SIS a adres, které si jednotlivé ročníky vytvářejí společně, a je tedy jejich prostřednictvím možné kontaktovat všechny studenty. Dotazník byl vyvěšen v období února–dubna 2017, absolventům byly rozeslány tři výzvy k vyplnění. Současně byl odkaz uveden na webových stránkách www.adiktologie.cz a na Facebooku Studium adiktologie, kam mají absolventi a studenti volný přístup.

Data byla získána v elektronické podobě, jejich zpracování proběhlo v tabulkovém procesoru MS Excel a IBM SPSS 22. Pro zjištění statistické významnosti rozdílů v četnostech byl použit test dobré shody (Pearsonův chí-kvadrát), pro zjištění statistické významnosti rozdílů v průměrech

Studentův dvouvýběrový t-test a pro korelaci pořadových proměnných bylo použito Kendallovo tau b.

2.4 Etické otázky

Výzkum byl dobrovolný, respondenti měli možnost se rozhodnout, zda se studie zúčastní, či nikoliv. Současně měli možnost kdykoliv od studie odstoupit přerušáním vyplňování dotazníku. Respondenti nepodepisovali ani ústně neudělovali informovaný souhlas s účastí, nicméně souhlas byl získán ve formě konkludentní, kdy otevřením příslušného odkazu a vyplněním dotazníku souhlasili s účastí ve výzkumu a zpracováním výsledků. Dotazníkové šetření proběhlo anonymně do té míry, že byl zachován údaj o roce ukončení studia. Všechny etické otázky a rizika byly transparentní součástí oslovovacího dopisu, jenž respondenti obdrželi v e-mailové formě. S účastí na studii nebyly pro respondenty spojeny žádné náklady ani jiné závazky. Dotazník a design studie byly schváleny Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze pod číslem 117/16 Grant GAUK 1. LF UK.

3 VÝSLEDKY

3.1 Charakteristiky respondentů aktuálně zaměstnaných v oboru adiktologie

V oboru adiktologie pracuje 96 respondentů výzkumu z celkových 165 (58 %), statisticky významně více mužů (19; 76 %) než žen (77; 55 %). Zatímco podíl pracujících a nepracujících v oboru je u studentů prezenční formy téměř vyrovnaný, u kombinované formy studia je významně více těch, kteří po ukončení studia v oboru pracují (70 ku 30 %). Celkem 62 % respondentů pracovalo v oboru již během studia, méně často pracovali respondenti do 29 let, ti také nejméně často pracovali na plný pracovní úvazek oproti starším kategoriím. Významně častěji pracovali během studia na plný úvazek studenti v kombinované formě (56 % oproti 6 % u studentů prezenční formy). Celkem 72,5 % těch, kteří pracovali v oboru již během studia, zde pracuje i nyní. Naopak 65 % respondentů, kteří během studia v oboru nepracovali, v něm nyní nepracuje.

Celkem 53 % respondentů je zaměstnáno v Praze. Více než 14 % respondentů pracuje ve Středočeském kraji, 11,5 % v kraji Ústeckém. V ostatních krajích se počet pracujících absolventů pohybuje do 10 % (1 až 7 osob). Geografická vzdálenost od Prahy umožňuje respondentům žijícím ve Středočeském kraji dojíždět za prací do hlavního města (4 osoby, 36 %). Lze říci, že absolventi, kteří žijí v jiných krajích než v Praze, velmi pravděpodobně ve stejném kraji i pracují v oboru adiktologie. Z výsledků vyplývá, že za prací dojíždí 20 % respondentů, významně častěji z Pardubického a do Středočeského a Ústeckého kraje.

Délka praxe v oboru a plat spolu korelují středně ($r_b=0,380$, $p<0,001$), což je jasná a silná vazba. V *tabulce 1* lze vidět průměr odhadů hrubého měsíčního platu adiktologa dle

	Délka praxe				
	méně než 1 rok	1 rok–2 roky	2 roky–5 let	5 let–10 let	více než 10 let
Průměrná hrubá mzda v korunách	13 750 Kč (536 EUR)	16 711 Kč (652 EUR)	19 792 Kč (772 EUR)	21 591 Kč (842 EUR)	25 833 Kč (1008 EUR)

Tabulka 1 | Délka praxe a průměrná výše hrubého měsíčního platu v Kč a v eurech (hrubý přepočít, směnný kurz ze dne 7. 12. 2017)

délky praxe. Částky jsou uvedeny v průměru, nezávisle na pracovní pozici. Co se týče spokojenosti s výší platu, 47 % osob je nespokojeno či spíše nespokojeno, naopak 27 % je spíše spokojeno či spokojeno, není rozdíl mezi pohlavími. Dotazovali jsme se také na skutečnost, zda je práce v adiktologické službě jediným zaměstnáním respondentů. Pro dvě třetiny tomu tak je (47 % mužů; 74 % žen), třetina má ještě další zaměstnání.

Rozložení absolventů v adiktologických službách ukazuje, že nejčastěji pracují v nízkoprahových službách – v kontaktních centrech a terénních programech (42 osob, 44 %), navíc platí, že statisticky významně častěji v tomto typu služeb pracují muži oproti ženám. Následují zařízení ambulantní léčby (29 osob, 30 %). Ostatní služby zobrazuje *tabulka 2*. Respondenti dále pracují v oblastech výzkumu (6,5 %), protidrogové politiky (4,7 %), státní správy (2,8 %). Polovina respondentů má v pracovní smlouvě svou pozici označenou „adiktolog“, 63 % mužů a téměř 50 % žen. Z těch, kdo mají pozici adiktolog, vykazuje 28 % adiktologické výkony k úhradě pojišťovně, 28 % o to usiluje a zbývajících 44 % tak nečiní.

Typ služby	Absolventi
Nízkoprahové služby (KC, TP)	42
Ambulantní služby (včetně denního stacionáře)	31
Střednědobá ústavní léčba, detox	23
Primární prevence	12
Substituční léčba	7
Terapeutické komunity	4
Vězeňství	3
Následná péče, doléčování	2

Tabulka 2 | Počet absolventů adiktologie v jednotlivých typech služeb

Celkem 42 % pracujících v oboru získalo své zaměstnání na základě odpovědi na uveřejněný inzerát. 14 % ho získalo díky doporučení, 13 % zaslalo životopis i bez vypsaného inzerátu a stejný podíl získal práci díky nabídce ve stávajícím zaměstnání, 11 % pak dostalo pracovní nabídku na základě absolvované odborné praxe v rámci studia. Žádný respondent nezískal pracovní místo prostřednictvím úřadu práce.

Výsledky ukazují, že 64 respondentů (67 %) by v horizontu 5–10 let rádo nadále pracovalo v adiktologických službách. Shodně 19 respondentů (20 %) uvedlo, že plánují otevření vlastní praxe či se vidí v managementu adiktologické služby (častěji muži), případně na mateřské dovolené. Mimo obor míří 7 osob (7 % respondentů).

3.2 Charakteristiky respondentů nepracujících v oboru adiktologie

Po dokončení studia nepracuje v oboru adiktologie 69 osob, 6 mužů a 63 žen. Jedná se o 40 % absolventů jen Bc. studia, 41 % absolventů obou stupňů vzdělání a 50 % absolventů pouze Mgr. studia, kteří mají jiné bakalářské vzdělání, a tudíž i další kvalifikaci. Téměř 60 % respondentů nepracujících v oboru v něm nepracovalo ani během studia. Jen 30 osob z celkových 69 si primárně po studiu hledalo zaměstnání v oboru, 39 nikdy o takovou práci neusilovalo.

Mezi důvody, které respondenty vedly k tomu, že nepracují v oboru adiktologie, byly nejčastěji zmíněné nedostatečné finanční ohodnocení (39x), zajímavá pracovní nabídka v jiném oboru (30x) a nedostatek pracovních příležitostí (28x). Čtyři respondenti uvedli jako důvod nezájem v oboru pracovat. Pakliže by respondenti měli možnost zvolit si typ adiktologické služby, kde by rádi pracovali, 16 % (20 osob) by volilo ambulantní léčbu. Shodně 16 respondentů by se rádo vidělo v doléčovacím programu a v nízkoprahových službách. Preference se mezi pohlavími odlišují, muži statisticky významně častěji preferují práci v terénních programech.

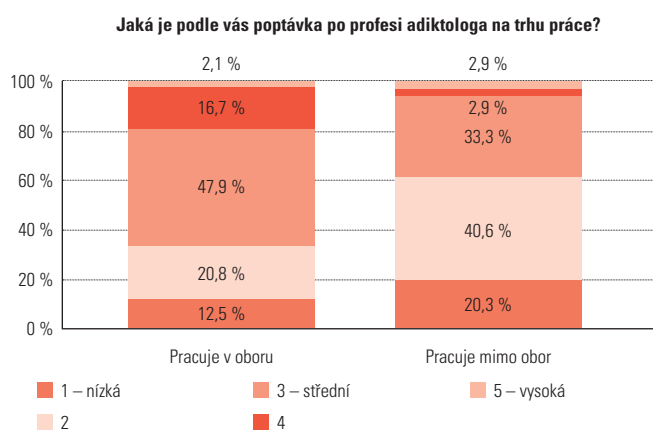
3.3. Srovnání skupin pracujících a nepracujících v oboru adiktologie

Ve vnímání kvality vzdělání získané studiem adiktologie se neukázaly výrazné rozdíly, respondenti hodnotili na škále (1–5, od nízké po vysokou). Nižší hodnocení uvedlo více respondentů pracujících v oboru, shodně ale častěji hodnotili kvalitu studia jako spíše vysokou a vysokou. Statisticky významný rozdíl je patrný při subjektivním hodnocení poptávky po profesi adiktologa na trhu práce (škála 1–5, od nízké po vysokou), kdy absolventi nepracující v oboru hodnotí poptávku jako nižší (průměrně 2,28) oproti těm, kteří mají zaměstnání v adiktologii (průměrně 2,75) (procentuální rozdělení ukazuje *graf 1*).

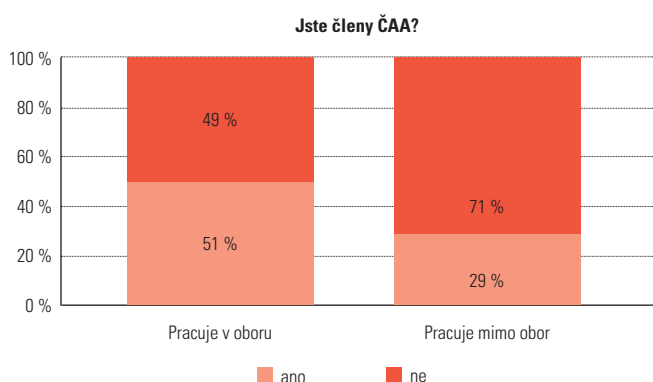
Absolventi pracující v oboru jsou statisticky významně častěji členy České asociace adiktologů, a to v 51 %, oproti 29 % respondentů z řad zaměstnaných mimo obor (*graf 2*).

4 DISKUSE

V oboru adiktologie je po dokončení studia zaměstnáno 58 % absolventů. Tento výsledek se zdá pozitivní, potvrzují ho i dřívější průzkumy Kačírkové (2015) a Sklenářové Francové & Janouškovce (2010), které shodně uvádí



Graf 1 | Hodnocení míry poptávky po profesi adiktologa na trhu práce, srovnání skupin respondentů pracujících a nepracujících v oboru adiktologie



Graf 2 | Srovnání míry členství v České asociaci adiktologů u skupin pracujících v oboru a mimo něj

míru uplatnění 52 %, avšak vliv mohla hrát nízká míra nezaměstnanosti, která u 15–64letých dosáhla v červnu 2017 úrovně 2,9 % a meziročně se snížila o 1,3 procentního bodu. Míra zaměstnanosti téže skupiny činila 73,3 % (ČSÚ, 2017).

Určujícím faktorem budoucího zaměstnání se ukazuje být indikátor práce v oboru již během studia. Statisticky významně častěji jsou v oboru zaměstnaní muži, jedná se však o nízký počet osob (19). Celkový počet mužů mezi studenty adiktologie je taktéž nízký, ve sledovaném období jich bylo 37. Nad možným vysvětlením, proč je v pomáhajících profesích méně mužů než žen, se v kontextu sociální práce zamýšlí např. Paulík (2004). Kačírková (2015) shrnuje, že adiktolog-muž má vyšší šanci nalézt zaměstnání v oboru než žena. Platí však, že muži mají zároveň častěji kromě adiktologie ještě další zaměstnání, případně vyšší pracovní úvazky.

Průměrná výše měsíční mzdy adiktologa, bez ohledu na pohlaví a délku praxe, činí 19,5 tisíce Kč. Ve srovnání s podobnými pomáhajícími profesemi vidíme, že adiktolog je ve srovnatelné kategorii se sociálním pracovníkem (19 tisíc), nutričním terapeutem (20 tisíc) i všeobecnou sestrou (22,5 tisíce Kč) (Profesia CZ, 2017). Výše se pohybují klinický psycholog a lékař. Výsledky výzkumu

Reflex uvádějí průměrný měsíční příjem absolventa VŠ v prvních pěti letech kariéry 31 200 Kč, zároveň platí, že na příjem vyšší než 30 tisíc Kč dosáhne pouze třetina absolventů (Koucký, Ryška & Zelenka, 2014). Výše platů v naší studii může být zkreslena tím, že část respondentů je zaměstnána na nižší úvazek, ale otázka neupozornila na nutnost přepočtu platu na celý úvazek, výsledky jsou proto orientační. Nicméně, jak ukázaly již výzkumy Kačírkové (2015) i Sklenářové Francové & Janouškovce (2010), nízké finanční ohodnocení je jedním z hlavních důvodů, proč absolventi nehledají či postupně opouštějí zaměstnání v oboru. Dalším důvodem bývá také zajímavá nabídka, které dá absolvent přednost, a následně setrvá v zaměstnání mimo obor. Koucký et al. (2014) navíc upozorňují na skutečnost, že v mnoha případech zastávají absolventi vysokých škol místa, ve kterých by se v minulosti uplatnili pracovníci s nižším vzděláním. Tomu odpovídá naše zjištění ohledně pracovních pozic, kdy řada adiktologů je zaměstnána na kvalifikačně nižších pozicích, zejména se jedná o pracovníka v sociálních službách, kde je dle zákona č. 108/2006 Sb. definována podmínka středoškolského vzdělání. S tím souvisí také odlišné finanční ohodnocení. Jednou z možností by bylo usilovat o přiznání kvalifikace sociálního pracovníka prostřednictvím absolvování studia adiktologie (Kačírková, 2015), jelikož výsledky ukázaly, že mít další kvalifikaci v jiném oboru může vést ke zvýhodnění na trhu práce.

Vidíme výraznou míru centralizace absolventů v Praze. Zastoupení adiktologů v dalších krajích je nízké, některé kraje slouží více jako cílová destinace pro práci, kdy ale respondenti současně žijí v kraji jiném. Do budoucna by bylo vhodné se na tento jev zaměřit, stejně jako na plánované rodičovství u 20 % absolventek. Je možné, že v určitých obdobích bude zdanlivý nedostatek adiktologů na trhu práce, a to zejména v krajích mimo Prahu.

Nejvyšší počet adiktologů působí v nízkoprahových službách (shodně s výzkumy Kačírkové, 2015; i Sklenářové Francové & Janouškovce, 2010). V tomto typu služeb je možné začít pracovat již během studia, i na částečný úvazek, proto se mnohdy jedná o prvotní zaměstnání absolventů adiktologie. Nicméně ukazuje se, že nízkoprahové služby často slouží jen jako tzv. přechodné zaměstnání pro mladší respondenty, případně ho absolventi zcela přeskochí a primárně míří do služeb s „vyšším prahem“. To potvrzují výsledky u skupiny pracujících v oboru i mimo něj. Logicky je pak druhou nejvíce vyhledávanou oblastí ambulantní léčba, i vzhledem k rozvoji specializovaných adiktologických ambulancí a s nimi spojených výkonů (Sazebník výkonů) a úhrady ze strany pojišťoven.

Akreditační spis (2011) definuje profil absolventa adiktologie ve třech základních oblastech: v prevenci užívání NL a nelátkových závislostí, poradenství, léčbě a sociální reintegraci i ve veřejné správě, managementu, penitenciární a postpenitenciární péči. Je patrné, že výsledky potvrzují široké rozpětí možností pracovního uplatnění profese adiktologa. Absolventi uvedli zaměstnání v adiktologických službách (Libra et al., 2015), jak

zdravotních, tak sociálních, ale také ve výzkumu a protidrogové politice, státní správě či školství. Nicméně poměru absolventů pracujících v neklinických oblastech (naše studie 13 %, Sklenářová Francová & Janouškovec /2010/ uvedli 25 %) a těch, kteří se profilují v klinické práci (87 %), je důležité věnovat pozornost. Studium adiktologie je koncipováno tak, aby umožňovalo obě cesty profilace (Miovský et al., 2016), teoretický směr je však mezi studenty spíše upozaděn.

Mezi absolventy prezenční a kombinované formy se neukázaly významné rozdíly, vyjma délky praxe, výše úvazku a věku. Kombinované studium adiktologie bylo původně koncipováno právě pro potřeby studentů, kteří jsou již zaměstnaní, ale stojí o doplnění vzdělání. To potvrzují zjištěné výsledky: v kombinované formě pravděpodobněji budou studovat ti, kdo již v oboru pracují, mají za sebou několikaletou praxi a během zaměstnání si doplňují vzdělání ve své specializaci. Platí také, že pravděpodobně po absolvování studia v oboru setrvávají. K podobným závěrům dospěli také Adams et al. (2017), kteří původně prezenční studium uzpůsobili a otevřeli studentům z řad pracujících.

Pro zvyšování uplatnění absolventů a formování profesní identity adiktologů je tedy nezbytná kontinuální spolupráce mezi absolventy, univerzitami a zaměstnavateli v praxi. Krokem k efektivnější přípravě studentů může být úprava kurikulů dle potřeb praxe, např. za využití implementace specifických zahraničních kurikulů (UPC/UTC) (ICUDDR, 2017). Klíčové je vytvoření mezinárodního rámce přenosu vzdělávání mezi zeměmi, na čemž aktuálně pracuje International Centre for Credentialing and Education for Addiction Professionals (Colombo Plan, 2017). Cílem je, aby čeští studenti byli dobře připraveni jak teoreticky, tak prakticky, a to za využití našich historických zdrojů, ale i inspirace ze zdrojů zahraničních. Tyto modely mohou pomoci k přesnější formulaci profilu absolventa a vymezení odborných kompetencí adiktologa, což lze cyklicky využít pro efektivní propagaci profese mezi zaměstnavateli a zvýšení informovanosti laické i odborné veřejnosti o tom, kdo adiktolog je, co dělá a jak může spolupracovat s ostatními odborníky (Adams et al., 2017; Butler, 2011).

Studie je výjimečná svým záběrem, ať v počtu respondentů, tak v šíři zjištění. Na jejich základě je možné reagovat úpravami ve studijních plánech i v reálné praxi oboru adiktologie. Mezi možné limity patří zkreslení dané samovýběrem respondentů, kteří dotazník vyplnili, absence informací o těch, kteří ho nevyplnili, a samotný online sběr dat. Některé otázky v dotazníku nebyly formulovány správně, tudíž výstupní data mají nízkou vypovídací hodnotu, případně je není možné vyhodnotit. Autoři studie jsou spoluvůdci studijního programu, pro zajištění objektivit probíhaly konzultace se zástupci ČAA.

5 ZÁVĚR

S ohledem na mezinárodní vývoj studijních programů adiktologie (viz např. Babor, 2000; Taleff, 2003) i na diskuzi o první vzniklé dlouhodobé Koncepci vzdělávání v adiktologii v ČR (Miovský, 2014) přinesla naše studie důležité poznatky. Pražský model studia (Miovský et al., 2016) kvalifikuje absolventy dle platné legislativy pro práci ve zdravotnictví, to vytváří z hlediska tuzemského trhu práce a uplatnitelnosti absolventů velmi specifickou a od mnoha zemí odlišnou situaci. Mezi zásadní faktory patří možnost adiktologů otevřít a samostatně provozovat zdravotnické zařízení, být kontraktováni pojišťovnou, a získat tak pro péči o závislé tento zdroj financování. To je průlomový krok mající potenciál proměnit zdravotní péči o závislé, ale také postavení adiktologů v celém systému. Jde o unikátní model využitelný také v dalších zemích. Jeho ověřování přináší řadu otázek na profil a kompetence absolventů, jejich postavení vůči ostatním profesím a také financování.

Výsledky ukazují široké možnosti absolventů adiktologie při hledání zaměstnání v oboru a také schopnost včlenit tuto profesi do rozmanitého spektra oblastí a typů služeb. Budou dále využity jako zpětná vazba pro univerzitu i profesní asociaci.

Studie přinesla také podněty pro další výzkum, ať jde o již běžící zrcadlovou studii zaměřenou na pracovní uplatnitelnost absolventů adiktologie z pohledu potenciálních zaměstnavatelů – poskytovatelů adiktologických služeb, či o mapování motivace mužů a žen ke studiu a práci v oboru – výsledky ukazují genderové rozdíly. Je také žádoucí výzkum v této podobě opakovat, aby bylo možné mapovat průběžný vývoj na trhu práce.

Role autorů | Článek byl vytvořen v rámci doktorského studia první autorky za finanční podpory Grantové agentury UK. První autorka zpracovala kompletní rešerši, ve spolupráci s dalšími autory vytvořila dotazník a provedla sběr dat, následně interpretovala data a zpracovala výsledky. Druhý autor je školitelem první autorky, podílel se na tvorbě výzkumného designu a konzultoval podobu dotazníku, zajistil záštitu Kliniky adiktologie pro výzkum, spolupracoval při tvorbě článku. Poslední autor spolupracoval na přípravě dotazníku, poskytoval konzultace z pohledu statistika, následně analyzoval a zpracoval statistická data, spolupracoval při interpretaci. Všichni tři autoři přispěli ke vzniku článku a schválili konečnou podobu manuskriptu.

Konflikty zájmů | Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

- Adams, P. J., Sellman, D., Newcombe, D., Adamson, S., White, S., Deering, D. & Todd, F. (2017). Postgraduate alcohol and other drug practitioner training in New Zealand: Significant influences. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. May 2017, 468–474.
- Babor, T. F. (2000). Past as prologue: The future of addiction studies. *Addiction*, 95(1), 7–10. doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.95172.x.
- Butler, S. (2011). Addiction counsellors in the Republic of Ireland: Exploring the emergence of a new profession. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 18, 259–302. doi: 10.3109/09687637.2010.519360.
- Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. (2011). Akreditační spis studijního programu adiktologie.
- Colombo Plan. (2017). International Centre for Credentialing and Education for Addiction Professionals. Retrieved 2017-10-25 from <http://colombo-plan.org/icce/>.
- Český statistický úřad. (2017). *Míry zaměstnanosti, nezaměstnanosti a ekonomické aktivity – červen 2017*. Retrieved 26/7/2017 from <https://www.czso.cz/csu/czso/cric/miry-zamestnanosti-nezamestnanosti-a-ekonomicke-aktivity-cerven-2017>.
- International Consortium of Universities for Drug Demand Reduction. (2017). Curricula UPC/UTC. Retrieved 2017-11-05 from <http://www.icudr.com/curricula-upcut/>.
- Kačířková, R. E. (2015). *Evaluace prezenční formy bakalářského studijního oboru adiktologie z pohledu absolventů studia*. [Evaluation of full-time form bachelor's study field of Addictology from the perspective of graduates]. Praha, 2015. 156 s., 20 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Libra, Jiří.
- Koucký, J., Ryška, R. & Zelenka, M. (2014). *Reflexe vzdělání a uplatnění absolventů vysokých škol*. Výsledky šetření REFLEX 2013. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.
- Libra, J., Adameček, D., Herzog, A., Krutilová, D., Randák, D., Sklenář, V., & Šedivá, D. (2015). *Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog*. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
- Messum, D. G., Wilkes, L. M., Jackson, D. & Peters, K. (2016). Employability skills in health services management: perceptions of recent graduates. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 11 (1).
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
- Miovský, M. (2007). Zdravotnický obor adiktologie: reflexe vzniku, současného vývoje a budoucího směřování kvalifikačního studia. [Medical Discipline of Addictology: Reflections on the Origin, Recent Developments, and Future Orientation of the Specialised Academic Programme]. *Adiktologie*, 7(2), 30–45.
- Miovský, M. (2014). *Koncepce vzdělávání v oboru adiktologie pro období 2014–2020*. Praha: Klinika adiktologie.
- Miovský, M., Miller, P., Grund, J. P., Beláčková, V., Gabrhelík, R. & Libra, J. (2015). Academic education in addictology (addiction science) in the Czech Republic: Analysis of the (pre-1989) historical origins. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(5), 527–538.
- Miovský, M., Gabrhelík, R., Libra, J., Popov, P., Pavlovská, A., Kalina, K., Miller, P. M. & Grund, J.-P. C. (2016). The Prague comprehensive model of academic addictology (Addiction Science) education. *Adiktologie*, 16(1), 36–49.
- Paulík, K. (2004). *Ženy a muži v sociální práci*. Psychologické dny 2004: Svět žen a svět mužů. Polarita a vzájemné obohacování. Retrieved 20/6/2017 from <http://cmps.ecn.cz/pd/2004/texty/pdf/paulik.pdf>.
- Pavlovská, A., Miovský, M., Babor, T. F. & Gabrhelík, R. (2017). Overview of the European university-based study programmes in the addictions field. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 24(6), 485–491, doi: 10.1080/09687637.2016.1223603.
- Pavlovská, A., Peters, R. H., Gabrhelík, R., Miovský, M., Sloboda, Z., & Babor, T. F. (2018). Overview of the university-based addiction studies programmes in the United States. *Journal of Substance Use*. doi: 10.1080/14659891.2018.1505970.
- Polesná, P. (2016). *Uplatnění absolventů vysokých škol na trhu práce*. Praha, 2016. 81 s., 1 příl. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta podnikohospodářská. Vedoucí práce Legnerová, Kateřina.
- Profesia CZ. (2017). *Platy v kategorii: Zdravotnictví a sociální péče*. Retrieved 18/8/2017 from <http://www.platy.cz/platy/zdravotnictvi-a-socialni-pece>.
- Schneiderová, A. (2014). Uplatnění absolventů bakalářského studia jednooborové psychologie FF OU. *Psychologie a její kontexty*, 5 (2), 63–69.
- Skácelová, P. & Vojtěch, J. (2009). *Názory pracovníků úřadů práce na uplatnění absolventů škol v období ekonomické krize*. Praha: NÚOV.
- Sklenářová Francová, K. & Janouškovc, V. (2010). *Průzkum „Uplatnění současných absolventů oboru adiktologie“ provedený v roce 2010*. PPT prezentace retrieved 16/12/2016 from www.asociace-adiktologu.cz/wp.../Vyzkum-2010-uplatneni-absolventu-adiktologie.ppt.
- Šeda, V. & Šedová, K. (2012). *Uplatnění absolventů Vysokého učení technického v Brně v praxi: absolventi z let 2009 a 2010*. Brno: VUT.
- Taleff, M. J. & Csac, M. A. C. (2003). The state of addictions education programmes: Results of a national cross-sectional survey. *Journal of Teaching in the Addictions*, 2, 59–66. doi: 10.1300/J188v02n01_05.
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2014). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 92–98. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.09.012.
- Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Clients of the National Tobacco Quitline Czech Republic in 2017: evaluation of addiction characteristics after eight months in operation

Fišerová, K.¹, Kulhánek, A.^{1,2}, Mravčík, V.^{2,3,4}

1 | National Tobacco Quitline, Czech Republic

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

3 | National Monitoring Centre for Drugs and Addiction, Office of the Government, Czech Republic

4 | National Institute of Mental Health, Czech Republic

Citation | Fišerová, K., Kulhánek, A., Mravčík, V. (2018). Klienti Národní linky pro odvykání kouření v roce 2017: zhodnocení adiktologických charakteristik po osmi měsících činnosti. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 128–134.

Background | The National Tobacco Quitline Czech Republic (NLOK) was established in 2016 as a new service within the tobacco addiction treatment system in the Czech Republic. A qualified team of professionals and the continuous evaluation of the service, including the specific characteristics of its target group, are essential for improving the quality of telephone counselling. **Aims** | The aim of this work was to define the main characteristics of the clients of the NLOK, with a focus on their basic smoking history, including the degree of their physical and psychosocial dependence, the sources of their motivation for treatment, and the key supporting factors in relation to their cessation of smoking. **Methods** | The research group consisted of 120 regular tobacco smokers, clients of the National Tobacco Quitline Czech Republic, who from September

2016 to April 2017 underwent at least an initial smoking cessation consultation. The data used was obtained from the internal database of the service and subjected to statistical evaluation. **Results** | The results showed that the average client of the Quitline was likely (with no gender-specific differences) to be middle-aged, worry most about their health and finances in relation to smoking, and be looking for support in their closest relationships. **Conclusions** | The analysis helped in focusing the intervention, increasing adherence, and enhancing the effectiveness of the telephone counselling. It also highlighted the need for the better diagnosis of physical and psychological dependence and indicated new areas which it may be useful to explore as part of the systematic mapping of clients' smoking anamnesis during a telephone intervention.

Keywords | Smoking – Quitline – Smoking cessation – Evaluation – Tobacco dependence

Submitted | 5 December 2017

Accepted | 1 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. LO1611 with financial support from the Ministry of Education, Youth, and Sports under the NPU I programme.

Correspondence address | Adam Kulhánek, National Tobacco Quitline, Krkonošská 1534/6, 120 00 Prague 2,

adiktolog@bezcigaret.cz

Klienti Národní linky pro odvykání kouření v roce 2017: zhodnocení adiktologických charakteristik po osmi měsících činnosti

Fišerová, K.¹, Kulhánek, A.^{1,2}, Mravčík, V.^{2,3,4}

1 | Národní linka pro odvykání kouření

2 | Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

3 | Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Úřad vlády ČR

4 | Národní ústav duševního zdraví

Citace | Fišerová, K., Kulhánek, A., Mravčík, V. (2018). Klienti Národní linky pro odvykání kouření v roce 2017: zhodnocení adiktologických charakteristik po osmi měsících činnosti. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 128–134.

Východiska | V r. 2016 vznikla Národní linka pro odvykání kouření (NLOK) jako nová služba v systému léčby závislosti na tabáku v ČR. Pro zvyšování kvality telefonického poradenství je zásadní nejen kvalifikovaný tým odborníků, ale také průběžná evaluace služby včetně specifík její cílové skupiny. **Cíle** | Cílem práce je popsat hlavní charakteristiky klientely NLOK, konkrétně základní kuřáckou anamnézu včetně míry fyzické a psychosociální závislosti, zdroje jejich motivace k léčbě a hlavní podpůrné faktory ve vztahu k odvykání.

Metody | Výzkumný soubor tvoří 120 aktivních kuřáků tabáku, klientů NLOK, kteří absolvovali alespoň vstupní konzultaci zaměřenou na odvykání kouření, a to v období od září 2016 do dubna 2017. Použitá data pocházejí z interní databáze služby a byla statisticky zpracována. **Výsledky** | Výsledky práce ukazují, že

průměrný klient Národní linky pro odvykání kouření (muž nebo žena se stejnou pravděpodobností) je převážně ve středním věku, ve vztahu ke kouření má největší obavy o své zdraví a finance a podporu pro odvykání hledá ve svém nejbližším okolí. **Závěr** | Analýza přispěla k užšímu zacílení intervencí, posílení adherence klientů a výslednému zvýšení efektivity telefonického poradenství. Rovněž poukázala na potřebu zpřesnění diagnostiky fyzické a zejména psychosociální závislosti a ukázala další oblasti v systematickém mapování kuřácké anamnézy při telefonické intervenci.

Klíčová slova | Kouření – Linka pro odvykání kouření – Odvykání kouření – Hodnocení – Závislost na tabáku

Došlo do redakce | 5. prosince 2017

Přijato k tisku | 1. 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. Adam Kulhánek, Národní linka pro odvykání kouření
Krkonoská 1534/6, 120 00 Praha 2

adiktolog@bezcigaret.cz

1 ÚVOD

Kouření tabáku je nejen pro Českou republiku jedním z nejzávažnějších veřejnozdravotních problémů. Je spojeno jednak s přímými následky na aktivní kuřáky (zvýšená morbidita i mortalita), významně negativní zdravotní dopady má také na osoby vystavované tabákovému kouří a v konečném důsledku generuje vysoké společenské náklady (Zábranský, Běláčková, Štefunková, Vopravil & Langrová, 2011).

Prevalence užívání tabáku v České republice dlouhodobě dosahuje vysokých hodnot (Sovinová, Csémy & Kernová, 2014; Váňová, Skývová & Csémy, 2017). Dle aktuálních údajů Státního zdravotního ústavu (Váňová et al., 2017) bylo v roce 2016 v dospělé populaci až 28,6 % současných uživatelů tabáku, což koresponduje s hodnotami z předchozích let a potvrzuje trend vysoké míry kuřáctví v ČR. ČR se tak i nadále řadí k zemím centrální a východní Evropy, které v tomto srovnání zauímají první příčky (WHO, 2017).

Jedním z nástrojů Světové zdravotnické organizace pro kontrolu tabáku je nabídka pomoci při odvykání (WHO, 2008). Ta by měla být poskytována mimo jiné prostřednictvím specializovaných linek, v angličtině označovaných jako quitlines. Linky pro odvykání kouření jsou odbornou evidence-based službou zacílenou primárně na kuřáky tabáku ale také na osoby v jejich bezprostředním okolí (tj. rodinní příslušníci, přátelé, kolegové, zaměstnavatelé, lékařské a nelékařské profese apod.) (Ossip-Klein & McIntosh, 2003; WHO, 2011). Studie i zkušenosti ze zahraničí ukazují, že linky pro odvykání kouření jsou jak účinnými (Anderson & Zhu, 2007; Stead, Hartmann-Boyce, Perera & Lancaster, 2013), tak ekonomicky efektivními (Lal, Mihalopoulos, Wallace & Vos, 2014; Rasmussen, 2013; Tomson, Helgason & Gilljam, 2004) komponentami systému specializované péče pro kuřáky. Princip fungování linek spočívá v telefonickém poradenství, ať už krátkodobého charakteru (jednorázové dotazy), či dlouhodobé práci s klientem. Mnohé quitlines nabízejí také online podporu skrze webové stránky, e-mailové poradenství, online chat nebo webové či mobilní aplikace. Minimálním standardem těchto služeb bývá edukace kuřáků, podpora jejich motivace, poskytování svépomocných materiálů a kontaktů na další (face-to-face) služby, dále vedení odvykacího plánu, ale také intenzivní poradenství založené na opakovaných návazných hovorech (Stead, Perera & Lancaster, 2007; WHO, 2011).

Historicky první linka pro odvykání kouření byla v ČR zřízena z iniciativy prof. Králikové a České koalice proti tabáku v roce 2005. Služba byla zpoplatněna sníženou cenou dle místního hovorného a fungovala na poloprofesionální bázi, kdy konzultace poskytovali především studenti medicíny. V roce 2016 zahájila svoji činnost s pomocí dotační podpory Rady vlády České republiky současná Národní linka pro odvykání kouření (NLOK), a to již na plně profesionální platformě (Kulhánek, 2016). Provozovatelem NLOK je i nadále Česká koalice proti ta-

báku, projekt je dále zastřešen Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti v rámci Národních stránek pro podporu odvykání kouření – www.koureni-zabiji.cz. Linka je dostupná zdarma z celé ČR na telefonním čísle 800 350 000 v pracovních dnech, od pondělí do pátku mezi 10. a 18. hodinou. Služba umožňuje jak reaktivní volání (klient sám zavolá na linku), tak proaktivní volání (konzultanti zpětně kontaktují klienta dle dohodnutého termínu). Hlavními výhodami této služby je její nízkoprahovost, celonárodní dostupnost bez významných časových, místních či finančních omezení a z toho plynoucí přístupnost širokému spektru cílových skupin kuřáků tabáku. Webovou podporu projektu tvoří stránky www.bezcigaret.cz.

Úvodní konzultace na NLOK zaměřená na odvykání trvá zpravidla 45 minut a sestává z podrobného zmapování kuřácké anamnézy, diagnostiky závislosti a její specifity (poměr fyzické a psychosociální závislosti). Konzultanti evidují veškerá data o klientech do interního elektronického systému. Na základě těchto vstupních údajů a definované zakázky je následně možné nastavit společně s klientem další postup a tzv. odvykací plán. Klientovi jsou poté nabídnuty další návazné hovory, jejichž účelem je kontinuální podpora zacílená na plnění odvykacího plánu a řešení dílčích témat v procesu odvykání (krizové situace a spouštěče, zvyšování motivace, posilování self-efficacy, edukace o užívání náhradní nikotinové terapie, prevence relapsu apod.). Od úvodní konzultace tak bývají klienti, kteří pokračují v dlouhodobém programu, v kontaktu s NLOK v pravidelných intervalech po dobu minimálně 6 měsíců.

V článku se autoři zaměřují na definování profilu a adiktologických charakteristik klientů. Bližší pozornost bude věnována zhodnocení motivace klientů včetně nejčastějších motivů vedoucích k rozhodnutí přestat kouřit, intenzitě a poměru fyzické a psychosociální závislosti, podpůrným faktorům ve vztahu k udržení abstinence a dalším specifickým charakteristikám klientely využívající služeb NLOK.

2 METODIKA VYHODNOCOVÁNÍ HOVORŮ NÁRODNÍ LINKY PRO ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ

Výchozí data pro stanovení profilu volajících klientů pochází z interní databáze Národní linky pro odvykání kouření. Provoz hovorů a správu dat NLOK zajišťuje kombinace profesionálního softwaru X-lite a Sevio běžně užívaných pro telefonické služby typu call center, zákaznického servisu, ústředně apod. Tato infrastruktura umožňuje jednak rychlé spojení klienta s konzultantem, stabilitu hovorů a kvalitu přenášeného zvuku, ale také evidenci vstupních a výstupních dat, jejich export, následné vyhodnocení dle stanovených metrik a v neposlední řadě také vysokou míru zabezpečení (např. proti

Věkové složení výzkumného souboru (N=79)

Věkový interval	15 až 19 let	20 až 29 let	30 až 39 let	40 až 49 let	50 až 59 let	60 až 69 let	70 až 79 let	80 až 89 let	90 až 99 let
Počet	4	15	24	21	7	6	0	1	1
Podíl (%)	5,1	19	30,4	26,6	8,9	7,6	0	1,3	1,3
Průměrný věk:	38,5 let								

Tabulka 1 | Rozložení klientů NLOK dle věkových skupin v období 9/2016–4/2017

úniku nebo zcizení informací). Jelikož linka sídlí v prostorách Kliniky pracovního lékařství 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice, jsou data a hovory dále ochráněny interním bezpečnostním systémem nemocnice a šifrovanou internetovou sítí. Každý volající je před spojením s konzultantem informován o monitorování probíhajícího hovoru a následném zpracování dat pro účely evaluace služby. Souhlas se zpracováním údajů ve formě odborné publikace udělil autorům článku ředitel Národní linky pro odvykání kouření.

Pro účel této analýzy byla exportována data klientů pocházející od počátku spuštění provozu NLOK v září 2016 do konce měsíce dubna 2017. Vyhodnocovány byly pouze hovory klientů (aktivních kuřáků), kteří plně absolvovali úvodní konzultaci zaměřenou na odvykání kouření (trvající min. 45 minut). Z datového setu tak byly vyřazeny hovory informativní, testující či jinak nerelevantní (tj. 48 % hovorů ve sledovaném období). Výzkumný soubor po této redukci činí 120 záznamů (tj. klientů). Z evidovaných anamnestických údajů byly pro sledování vybrány tyto proměnné: pohlaví, věk, škála fyzické závislosti, škála psychosociální závislosti, počet vykouřených cigaret za den, celková doba kouření, počet absolvovaných odvykacích pokusů, motivace k odvykání kouření a podpora v odvykání kouření. Škálu fyzické a psychosociální závislosti konzultanti určovali na základě anamnestických údajů z úvodní konzultace. Jako ukazatel fyzické závislosti sloužil Fagerströmův test nikotinové závislosti (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerstrom, 1991). Míra fyzické a psychosociální závislosti byla dále škálována na stupnici 0–10 dle interního diagnostického postupu Národní linky pro odvykání kouření. Se škálami konzultanti pracují odděleně, kdy hodnotí každého klienta individuálně na základě vstupních anamnestických údajů. Analýza kvalitativních dat týkajících se mapování motivace a podpory odvykání byla provedena formou otevřeného kódování. Jednotlivé kategorie jsou dále prezentovány ve výsledcích. Pro analýzu dat kvantitativní povahy byly použity základní techniky deskriptivní statistiky, a to kombinací programů Sevio 2.5 a Microsoft Excel 2016.

3 VÝSLEDKY

Z celkem 120 klientů bylo 67 (55,8 %) mužů a 53 (44,2 %) žen. (Tabulka 1, tabulka 2.)

Vzhledem k tomu, že všichni klienti z výzkumného souboru neuvedli v úvodní konzultaci svůj věk (mohou se rozhodnout svůj věk nesděliti), analýza věku byla pro-

Průměrné hodnoty škály fyzické a psychické závislosti, doby kouření, počtu cigaret za den a počtu pokusů přestat ve výzkumném souboru (N=120)

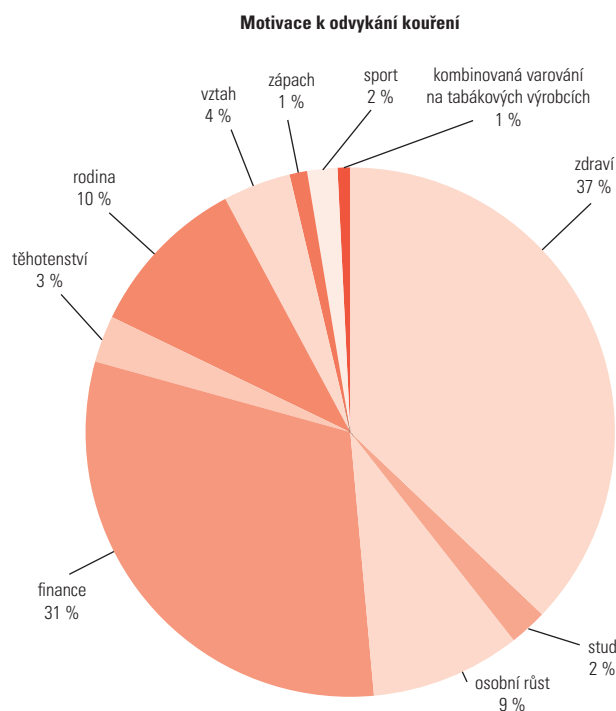
Ukazatel	Aritmetický průměr
Míra fyzické závislosti	5,5 bodů (na škále 0–10)
Míra psychické závislosti	6,9 bodů (na škále 0–10)
Délka kouření	18 let
Počet cigaret za den	20 cigaret
Počet pokusů přestat	5 pokusů

Tabulka 2 | Průměrné hodnoty u zkoumaných ukazatelů (škála fyzické závislosti, škála psychosociální závislosti, délka kouření, počet vykouřených cigaret za den, počet pokusů přestat) v souboru klientů NLOK v období 9/2016–4/2017

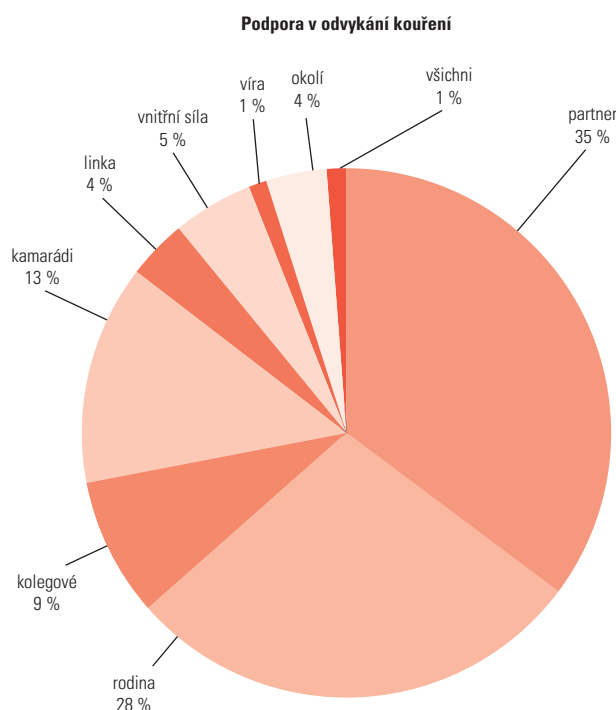
vedena na podsouboru 79 osob, u kterých tato informace byla dostupná. Průměrný věk činil 38,5 let, přičemž 45 (57,0 %) spadalo do skupiny 30–49 let. Přes 18 % volajících bylo v kategorii 50 a více let, obdobný podíl (19 %) zaujímal kuřáci do 30 let věku. Na jednoho klienta průměrně připadaly 3 hovory, přičemž průměrná délka jednoho hovoru byla 12 minut.

Průměrné hodnoty ukazatelů z kuřácké anamnézy ukazuje tabulka 2. Službu vyhledali lidé s vyšší psychosociální závislosti, míra fyzické závislosti dosahovala středních hodnot. Průměrná doba kouření klientů byla 18 let, přičemž si předtím průměrně prošli až pěti pokusy odvykání. Jelikož někteří klienti v rozhovoru uvedli, že již absolvovali „mnoho“ nebo „více“ pokusů, lze se domnívat, že tato hodnota může být reálně ještě vyšší. Spotřeba cigaret na den se v průměru pohybovala v počtu 20 cigaret denně. (Graf 1.)

Pro popis motivace k odvykání kouření bylo na základě kvalitativní analýzy definováno 10 samostatných kategorií. Každý z klientů mohl uvést více možných důvodů, a to vlastními slovy bez možnosti výběru z předem definovaných alternativ. Nejčastěji zmiňovanými faktory vedoucí klienty k odvykání kouření bylo zdraví (37 %) a finance (31 %). Dále se často vyskytovala motivace v podobě rodiny (10 %) anebo kategorie „osobní růst“, kterou uvedlo 9 % ze zkoumaného souboru. Kategorie „osobní růst“ byla klienty popisována jako vůle „se v životě někam posunout“, změnit své zvyky nebo jako rozhodnutí pro změnu životního stylu. Zvláště od kategorie rodina byla vyhodnocována také kategorie vztah (partnerský svazek), který zmínilo méně než 5 % klientů. Pro 3 % klientek kuřáček bylo důvodem pro zanechání kouření těhotenství. To bylo v analýze odlišeno od jiných zdravotních důvodů (tj. somatických onemocnění). V malém počtu se objevo-



Graf 1 | Podíl důvodů k započatí odvykání kouření v souboru klientů NLOK v období 9/2016–4/2017



Graf 2 | Procentuální zastoupení zdrojů podpory v odvykání kouření v souboru klientů NLOK v období 9/2016–4/2017

valy možnosti jako je stud (2 %), sport (2 %), zápach (1 %), ale i nově zavedená obrazová varování na obalech tabákových výrobků (1 %). (Graf 2.)

Poslední sledovanou oblastí bylo, koho nebo co klienti NLOK považují za podporu v jejich odvykání kouření. Proces kategorizace probíhal následně obdobně jako

u předchozí otázky. Nejčastěji subjektivně uváděnou podporou byl životní partner, kdy vlastního partnera či partnerku vnímá v procesu zanechání kouření jako podpůrný faktor více než třetina klientů. Význam osob v blízkém okolí kuřáků dokazuje také druhý nejčastěji prezentovaný zdroj podpory, a to rodina nebo děti, které tuto roli plní téměř u 30 % klientů. Nezanedbatelný vliv na kuřáky měli také jejich kamarádi (13 %). Méně než 10 % odvykajících kuřáků hledalo podporu u svých kolegů. V menší míře se dále objevovaly možnosti jako vnitřní síla, vliv okolí, podpora NLOK či víra v Boha.

4 DISKUZE

Výsledky analýzy ukazují, že průměrný klient NLOK je s poměrně vyrovnanou pravděpodobností muž nebo žena, převážně středního věku, ve vztahu ke kouření má největší obavy o své zdraví a finance a podporu pro odvykání hledá ve svém nejbližším okolí. Studie přináší první dílčí evaluační výstupy nově etablované služby pro kuřáky tabáku v ČR a dává možnost nahlédnout do charakteristik této klientely včetně podpůrných faktorů ovlivňujících jejich odvykání.

Vzhledem k tomu, že se jedná o vyhodnocení dat z prvních měsíců provozu této služby, byli jsme konfrontováni s několika metodickými omezeními. Komunikace s klienty probíhá formou telefonického rozhovoru (případně v kombinaci s dotazy přes webové rozhraní), možnosti ověření pravdivosti poskytnutých informací ze strany klienta jsou proto omezené. Diagnostika míry fyzické a psychosociální závislosti se může individuálně lišit podle přístupu konzultantů – roli zde hrají klinické a poradenské zkušenosti daného pracovníka, ale také specifika poradenství plynoucí z nepřímé telefonické komunikace. Ke zpřesnění stanovení škály psychosociální závislosti by napomohlo zpřesnění popisu jednotlivých úrovní typu či dimenze závislosti a jejich projevů ve vztahu k anamnestickým údajům ve vnitřním postupu NLOK a následná standardizace posuzovacího nástroje. Tento numerický škálovací nástroj byl vytvořen expertním týmem NLOK v rámci přípravy doporučených postupů vedení konzultací a je pilotně ověřován od počátku spuštění provozu služby. Potřeba užšího vymezení ve škálování fyzické a psychosociální závislosti vyplývá z interních potřeb služby, kde jednotlivé hovory s klientem mohou probíhat s jiným konzultantem. Proto je důležité, aby konzultanti měli možnost opakovaně zjistit stav klienta na těchto dvou škálách, a tak zaručili kontinuitu a stabilní přístup ke klientovi a jeho potřebám. Dle průběžných statistických výstupů služby kuřáci s dominantně psychosociální formou závislosti na tabáku tvoří podstatnou část klientely. Standardní diagnostické nástroje pro kuřáky tabáku (např. Fagerströmův test nikotinové závislosti) však hodnotí primárně fyzickou závislost na nikotinu. Při úvodní diagnostice tak klienti dosahují úrovně „mírné“ nebo „žádné“ fyzické závislosti, ačkoliv v kontextu kouření vykazují symptomy závislosti v souladu s obecnými kritérii syndromu závislosti dle MKN-10 (WHO, 1992). Důraz by tak měl být kla-

den také na zohlednění projevů tzv. psychosociální závislosti a diferenciaci jednotlivých příznaků.

Úskalí lze spatřovat také u mapování zdrojů motivace kuřáků. V této analýze byla provedena kategorizace jakožto druhý krok po shromáždění všech odpovědí vybraných klientů na otázky týkající se tématu. Celkem tedy bylo posuzováno 120 unikátních reakcí kuřáků. Vytvořené kategorie by mohly být implementovány do interního softwaru služby jako šablona pro poradenské vedení klientů i statistické zpracování v rámci procesu evaluace služby.

Při analýze jsme zjistili, že některé důležité položky v systému NLOK chybí. Např. otázka na to, jak se klient o službě dozvěděl. Zajímavé by mohly být i dotazy týkající se rozvoje kouření (první experiment s cigaretou a jeho setting, počátek pravidelného kouření apod.).

Obtížně vyhodnotitelné byly nekonkrétní odpovědi na otázku zjišťující počet předchozích odvykacích pokusů, které proto ani nejsou v této práci hodnoceny. Formulacím jako „mnoho“ nebo „několik“ je potřeba pro další zpracování dat předejít operacionalizováním na kvantifikovatelné číselné nebo intervalové proměnné. Cílem služby je dále provádět pravidelnou evaluaci nejen charakteristik klientů a podpůrných faktorů, ale také úspěšnosti odvykání s pomocí follow-up hovorů v definovaných intervalech. NLOK v tomto ohledu vychází z mezinárodních doporučení Světové zdravotnické organizace (2011) a Konsorcia severoamerických linek pro odvykání kouření (Campbell, Ossip-Klein, Bailey & Saul, 2007).

5 ZÁVĚR

Zpracování prvotních dat z Národní linky pro odvykání kouření přineslo důležité údaje pro zmapování její klientely a jejích adiktologických charakteristik. Přesnější určení cílové skupiny může napomoci k užšímu zacílení intervencí, vhodnějšímu matchingu posilujícímu adherenci klientů a výslednému zvýšení efektivity telefonického poradenství.

Hlavními charakteristikami klientů NLOK ve zkoumaném období tedy je průměrný věk 38,5 let, míra fyzické závislosti 5,5 (z 10), míra psychosociální závislosti 6,9 (z 10), délka kouření 18 let, denní spotřeba 20 ks cigaret denně a 5 absolvovaných pokusů přestat kouřit. Nejčastějším faktorem motivace k zanechání kouření je pro klienty NLOK zdraví, finance a rodina, nejvíc klientů pak udalo jako svou oporu při odvykání partnera a poté rodinu.

Výsledky práce přinášejí bližší pohled na potřeby klientů NLOK v procesu odvykání kouření, faktory ovlivňující jejich motivaci a podporující jejich sebeúčinnost. Dále práce poukazuje na potřebu užšího vymezení určování fyzické a zejména psychosociální závislosti a ukazuje možné další oblasti v systematickém mapování kuřácké anamnézy při telefonické intervenci. Analýza přispěje ke zlepšení systému vyhodnocování práce NLOK s cílem posílení párování potřeb a zvýšení flexibility a efektivity služby.

Role autorů | K. Fišerová sesbírala a vyhodnotila data, interpretovala výsledky, zpracovala jejich reprezentaci v textu a spolupracovala na tvorbě diskuze a závěrů. A. Kulhánek připravil rešerši zdrojů, zpracoval teoretická východiska textu, dále popsal metodiku práce, spolupodílel se na tvorbě diskuze a provedl formální a obsahovou úpravu textu. V. Mravčík se podílel na metodologii analýzy dat a na formální a obsahové úpravě textu článku.

Všichni autoři přispěli ke vzniku článku a schválili konečnou podobu manuskriptu.

Konflikt zájmů | Bez konfliktu zájmů

LITERATURA / REFERENCES

Anderson, C. M. & Zhu, S. H. (2007). Tobacco quitlines: looking back and looking ahead. *Tob. Control.*, 16 Suppl. 1, i81-86. doi:10.1136/tc.2007.020701.

Campbell, H. S., Ossip-Klein, D., Bailey, L. & Saul, J. (2007). Minimal dataset for quitlines: a best practice. *Tob. Control.*, 16(Suppl. 1), i16-i20. doi:10.1136/tc.2007.019976.

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br. J. Addict.*, 86(9), 1119-1127.

Kulháněk, A. (2016). National Tobacco Outline Czech Republic - a way to professionalization. *Adiktologie*, 18(4), 374-377.

Lal, A., Mihalopoulos, C., Wallace, A. & Vos, T. (2014). The cost-effectiveness of call-back counselling for smoking cessation. *Tob. Control.*, 23(5), 437-442. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050907.

Ossip-Klein, D. J. & McIntosh, S. (2003). Quitlines in North America: evidence base and applications. *Am. J. Med. Sci.*, 326(4), 201-205.

Rasmussen, S. R. (2013). The cost effectiveness of telephone counselling to aid smoking cessation in Denmark: a modelling study. *Scand. J. Public Health*, 41(1), 4-10. doi:10.1177/1403494812465675.

Sovinová, H., Csémy, L. & Kernová, V. (2014). Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let. *Tobacco and alcohol use in the Czech Republic: a review of the situation during the past ten years*. Retrieved from <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/uzivani-tabaku-a-alkoholu-v-ceske-republice-zprava-o-situaci>.

Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Perera, R. & Lancaster, T. (2013). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* (8), Cd002850. doi:10.1002/14651858.CD002850.pub3.

Stead, L. F., Perera, R. & Lancaster, T. (2007). A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tob. Control.*, 16 Suppl. 1, i3-8. doi:10.1136/tc.2006.019737.

Tomson, T., Helgason, A. R. & Gilljam, H. (2004). Quitline in smoking cessation: a cost-effectiveness analysis. *Int. J. Technol. Assess Health Care*, 20(4), 469-474.

Váňová, A., Skývová, M. & Csémy, M. (2017). Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2016. *The use of tobacco and alcohol in the Czech Republic in 2016*. Retrieved from http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_2016_konecny_17_7.pdf.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package*. Retrieved from Geneva: http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/.

WHO. (2011). *Developing and improving national toll-free tobacco quit line services: A World Health Organization manual*. Retrieved from http://www.who.int/tobacco/publications/smoking_cessation/quit_lines_services/en/.

WHO. (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies*. Retrieved from Geneva: http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/.

Zábranský, T., Běláčková, V., Štefunková, M., Vopravil, J. & Langrová, M. (2011). Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007. *Social expenses of alcohol, tobacco and illegal drugs use in the Czech Republic in 2007*. Retrieved from Praha: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/18/3596/Spolecenske-naklady-uzivani-alkoholu-tabaku-a-nelegalnich-drog-v-CR-2007>.

Adiktologie v preventivní a léčebné praxi

BŘEZEN 2018

Nº 1

ČERVEN 2018

Nº 2

ZÁŘÍ 2018

Nº 3

PROSINEC 2018

Nº 4

KRÁTKÉ SDĚLENÍ

**Zkušenosti klientů
dvou terapeutických
komunit s agresí
a násilím (na) blízkých
osob (ách)**

Kunc, S.

KOMENTOVANÝ PŘEKLAD

**Dunston et al.: Snižování
škod způsobených
alkoholem prezentované
ve veřejnozdavotních
kampaních**

Barták, M.



INDEXOVÁNO V
Bibliographia Medica
Čechoslovaca
ISSN 2570-8120
MKČR E 23254

www.aplp.cz
Vydává SCAN, z. s.

INDEXOVÁNO V
Bibliographia Medica
Čechoslovaca
ISSN 2570-8120
MKČR E 23254

www.aplp.cz
Vydává SCAN, z. s.

INDEXOVÁNO V
Bibliographia Medica
Čechoslovaca
ISSN 2570-8120
MKČR E 23254

www.aplp.cz
Vydává SCAN, z. s.

INDEXOVÁNO V
Bibliographia Medica
Čechoslovaca
ISSN 2570-8120
MKČR E 23254

www.aplp.cz
Vydává SCAN, z. s.

Sledujte časopis

Adiktologie v preventivní a léčebné praxi na sociálních sítích



fb.me/avplp



<https://twitter.com/avplp>

Červený Dvůr Case Study – Part I (1591 to 1971)

Debnar, A.¹, Šejvl, J.²

1 | Červený Dvůr Psychiatric Hospital, Czech Republic

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

Citation | Debnar, A., Šejvl, J. (2018). Případová studie Červeného Dvora – část první (1591 až 1971). *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 136–147.

Background | Alcohol treatment in institutions following the “Apolinar Model” has a long tradition in what is now the Czech Republic. Historically, there were three pivotal facilities of this type: Apolinar, the Lojovice alcohol institution, established in 1958 and later transformed into a women’s facility, and a treatment facility that was opened in Červený Dvůr. **Aims** | To map the history of the establishment and development of the Červený Dvůr institution. **Methods** | Data was collected using document analysis which involved the identification of relevant sources, particularly the “therapeutic aid” *Červený Dvůr Journey*, *Apolinar Records*, the specialist journals *Československá psychiatrie* [Czechoslovak Psychiatry] and *Alkoholický obzor* [Alcoholic Horizon], and primary records kept on file in the institution and the State Regional Archives in Český Krumlov. The library of the Regional Office of the National Heritage Institute

in České Budějovice also proved to be a valuable source of information. The documentary evidence was combined with semistructured interviews with the study participants, including one of the head physicians in the institution, Jiří Dvořáček, as well as Arnoštka Maťová, and Zbyněk Bohdal. Open coding was used to analyse the data. Then the data collected from the interviews was matched with data from the literature and archived records. Finally, the results were projected onto a timeline. **Results and conclusions** | The study points out issues which could also be encountered by other similar institutions in Czechoslovakia and what was later to become the Czech Republic. This could make it a useful guide to a more thorough understanding of the constitution of institutional treatment in our country.

Keywords | Červený Dvůr – Psychiatric Hospital – Development – Treatment Programme – Staff

Submitted | 30 August 2018

Accepted | 30 October 2018

Grant support | GA UK No. 12902/2018. Institutional support by Programme Progres No. Q06/LF1. Specific-purpose support from the Ministry of Health.

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

jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz

Případová studie Červeného Dvora – část první (1591 až 1971)

Debnar, A.¹, Šejvl, J.²

1 | Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

2 | Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Citace | Debnar, A., Šejvl, J. (2018). Případová studie Červeného Dvora – část první (1591 až 1971). *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 136–147.

Východiska | Protialkoholní léčba v institucích, které převzaly tzv. apolinářský model, má u nás dlouholetou tradici. Určitou „základní trojici“ zařízení založených na tomto modelu tvořil zmíněný Apolinář jako jeho nositel a vlajková loď. Další byla v roce 1958 protialkoholní léčebna Lojovice, později určená pouze pro ženy, a v 60. letech založená léčebna Červený Dvůr u Českého Krumlova, která se v roce 1970 stala největším specializovaným zařízením pro léčbu alkoholizmu na území tehdejšího Československa. **Cíle** | Zmapování historie vzniku a rozvoje léčebny Červený Dvůr.

Metody | Pro sběr dat byla použita analýza dokumentů, která představuje vyhledávání vhodných zdrojů. V tomto případě především tzv. léčebnou pomůcku Červenodvorská cesta a Zápisy z Apolináře, Československá psychiatrie, Alkoholický obzor, apod. Dále primární dokumentace z archivu léčebny a SOKA

Český Krumlov a fond a knihovna ÚOP NPÚ v Českých Budějovicích. Vše v kombinaci se semistrukturovaným interview s participanty J. Dvořáčkem, A. Maťovou a Z. Bohdalem. K analýze byla data otevřeně kódována, poté byly párovány údaje z rozhovorů s daty z literatury a archivních fondů, následně byl výsledek přiřazen na časovou osu. **Výsledky a závěry** | Studie ukazuje problémy, které mohly mít i další podobné instituce v bývalém Československu a později České republice, mohla by tak být dobrým vodítkem pro hlubší poznání formování institucionalizované léčby na našem území. V průběhu doby instituce narážela na problémy a lidi, kteří jí byli nakloněni, nebo naopak, ať již politicky či odborně. Přes různá úskalí se z psychiatrické léčebny v Červeném Dvoře stal pojem, který má v oboru adiktologie své stálé místo.

Klíčová slova | Červený Dvůr – Psychiatrická léčebna – Vývoj – Léčebný program – Personál

Došlo do redakce | 30. srpna 2018

Přijato k tisku | 30. října 2018

Grantová podpora | Tento článek byl zpracován v rámci grantu GA UK č. 12902/2018 a podpořen institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1 a účelové podpory Ministerstva zdravotnictví ČR.

Korespondenční adresa | Mgr. Jaroslav Šejvl, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz

1 ÚVOD

Rozvoj specifické institucionální ústavní léčby pro závislé na alkoholu má na našem historickém území významnou tradici, kterou ovlivnilo celé evropské protialkoholní hnutí. V její nejstarší části je reprezentována nejstaršími svépomocnými spolky, církevními pomocnými aktivitami a podpůrnou charitativní činností. Celá tato linie pak po přelomu století získává již v prvních dvou dekáдах na velkém významu a vytváří základ pro později velmi bohatě rozvíjenou tradici svépomocných programů a aktivit (Gabrhelík & Miovský, 2009). Od poloviny 19. století zahajovala po celé Evropě svůj provoz specializovaná zařízení, která se zaměřovala jen na léčbu závislosti na alkoholu. Přístup k léčbě závislosti na návykových látkách a k závislým je v moderní podobě založen na tzv. bio-psycho-sociálním modelu, kdy významným faktorem je rovněž spirituální složka (Kudrle in Kalina, 2008, p. 17). Nejedná se však o přístup nový. Pokud se podíváme na dílčí principy a zmíněný spirituální rozměr léčby, zjistíme, že na nich byl založen také Křížový spolek a pravděpodobně vůbec první protialkoholní léčebna na našem území ve Velkých Kunčicích, která fungovala v letech 1911 až 1915 (Šejvl & Miovský, 2017). Mezi další významná specializovaná zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu patřily Tuchlov (1923 až 1938) a Istebné nad Oravou (1937–1947). Na tento historický, kvalitní, systematický a léčebně orientovaný přístup k závislým na alkoholu částečně navázal Jaroslav Skála, který tento odkaz reflektoval a transformoval podle aktuálních potřeb (Skála, 1957; Walla & Skála, 2001).

Zdá se, že zformování linie profesionální, ústavní, abstinенně orientované léčby nijak negativně neovlivnilo existující starší svépomocnou linii a naopak se jeví, že jejich poklidná koexistence a vzájemná tolerance daly základ pozdějšímu vzniku unikátní kombinace obou linií v podobě vznikajícího programu u Apolináře v roce 1948, kdy dokonce socioterapeutický KLUS (Klub lidí usilujících o střizlivost) prakticky i formálně vznikl o celých 6 měsíců dříve (5. února 1948) než samotný léčebný lůžkový program (7. září 1948) při Psychiatrické klinice Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy (Miovský, Popov & Šejvl, 2018).

2 METODOLOGIE

Analýza byla provedena ve formátu jednoduché historické případové studie instituce, kdy autoři provedli identifikaci historických pramenů a v několika kolech provedli základní review a archivní výzkum. Následně provedli fixaci klasifikace získaných pramenů a jejich obsahovou analýzu (viz také Miovský, 2006). Prameny setřídili podle jejich vzájemného tematického vztahu v kontextu jejich vzniku, obsahu a vývoje ve vztahu k léčebnému zařízení v Červeném Dvoře. Základním výchozím bodem byla identifikace historických dokumentů, jejich fixace, setřídění, popis a kategorizace (Miovský, 2006, p. 98–103). Následovala fáze definování základních jednotek, tvorba systému kategorií a k nim přiřazení odpovídajících kódů. Postup při obsahové analýze odpovídal pojetí Plichtové (1996, p. 311–313),

kdy jednotlivé procedury byly rozděleny do vzájemně propojených fází. V rámci analýzy jsme využívali různých jednodušších metod podle Milese a Hubermana (1994).

Historické dokumenty byly identifikovány rovněž pomocí klíčových informátorů (členové pracovní skupiny pro studium historie léčby závislosti na historickém území Čech a Moravy, Jiří Dvořáček), pamětníků a hledáním v archivech a seznamech literatury dostupných děl.

Následně byly dokumenty otevřeně kódovány, vytríděné klíčové pojmy byly seskupeny do skupin vyššího řádu (kategorií). Dokumenty byly kategorizovány podle klíčových vlastností (například rok, autor, instituce atd.) a kategorie poté dimenzionalizovány (Miovský, 2006). Pro lepší přehlednost byla vytvořena časová osa klíčových momentů informacemi ze získaných dokumentů. Pomocí osy pak byly výsledky párování dat z rozhovorů a z dokumentů dávány do souvislostí.

3 ČERVENÝ DVŮR A DOBA PŘED VZNIKEM LÉČEBNY

Historie pozemků a nemovitostí na Červeném Dvoře je spojena se šlechtickými rody, které formovaly naši historii již v raném novověku – jednalo se zejména o rody Rožmberků, Eggenbergů a Schwarzenbergů. První zmínky ještě neuvádějí název Červený Dvůr, ale Nový chvalšinský dvůr, který byl založen v roce 1591 Vilémem z Rožmberka. Název byl odvozen od městečka Chvalšiny, v jehož blízkosti byl postaven. V roce 1592 Vilém z Rožmberka umírá a na jeho místo nastupuje jeho mladší bratr Petr Vok. Ten zde v roce 1598 založil rozsáhlou loveckou oboru. Dvůr byl útočištěm pro šlechtu jako příležitostné letní sídlo v době konání honů (Vlček, 1999). Současný název vznikl – podle Zálchy (1991) – z německého Rotenhof a byl odvozen od barvy jeho stavení. Petr Vok v roce 1601 nemovitost prodal společně se zámek Krumlov a dalšími nemovitostmi kvůli finančním problémům císaři Rudolfovi II. Habsburskému (Pánek, 1996). V roce 1622 získala tento majetek knížata z Eggenbergu. V roce 1672 zahájila hraběnka Marie Ernestina z Eggenbergu rozsáhlé stavební úpravy, kdy hlavní budova zámku, tak jak ji známe dnes, pochází z této přestavby. Po její smrti zdědil celé panství František Adam ze Schwarzenbergu a tím byla zahájena více než 200 let trvající vlastnická práva rodu Schwarzenbergů. Současnou podobu získal zámek stavebními úpravami provedenými v poslední třetině 18. století (Bezecný, Gaží & Putna, 2008). Dne 17. srpna 1940 byl veškerý schwarzenberský majetek zabaven gestapem a byla na něj uvalena nucená správa. Po druhé světové válce byl celý majetek převeden pod národní správu na základě dekretu prezidenta republiky¹, neboť na větev tzv. primogenitury na Hluboké n. Vltavou nebylo mož-

¹ Dekret prezidenta republiky č. 5/1945 Sb. II., o neplatnosti některých majetkově-právních jednání z doby nesvobody a o národní správě majetkových hodnot Němců, Maďarů, zrádců a kolaborantů a některých organizací a ústavů.

né aplikovat znárodnovací dekrety, proto byl připraven, schválen a následně aplikován tzv. Lex Schwarzenberg². Jednalo se o bezprecedentní zákon, který se týkal příslušníků jednoho rodu a jehož cílem bylo absolutní znárodnění jejich majetku³. Zákon byl vyhlášen dne 10. července 1947 a téhož dne nabyl účinnosti. Tímto aktem byla ukončena péče jak o zámek, tak i pozemky kolem zámku. V SOkA v Českém Krumlově je nespočet záznamů z korespondence o chátrajících budovách zámku i parku a nic neřešící opakované upomínky a stížnosti úředníků památkové péče. Např. zpráva s výzvou k odstranění závad v zámku a parku Červený Dvůr, které způsobily Československé státní statky, oborový podnik Šumava, jež měly zámecký areál v péči od počátku 50. let (Šálek, 1959).

3.1 Přípravy a MUDr. Vladimír Řezníček (1965–1967)

Na psychiatrické oddělení polikliniky v České Krumlově nastoupil dne 23. 11. 1964 psychiatr MUDr. Vladimír Řezníček. Tento lékař zahájil, mimo jiné, práci také v protialkoholní poradně, a to nejen v Českém Krumlově, ale i v Kaplici, kde byla v poslední době pro nemoc činnost poradny snížena na minimum. Od počátku MUDr. Řezníček důrazně upozorňoval na nutnost zvýšení úvazku SZP. Také z výkazu za následné období (Komentář k výkazu MZd o činnosti psychiatrického oddělení polikliniky v Českém Krumlově za 1. pol. 1965, 1965) vyplývá, že je v protialkoholní poradně úvazek SZP podhodnocen čtyřnásobně oproti celostátně doporučené relaci. Z tohoto důvodu naléhal na zvýšení úvazku SZP v souvislosti s plánovaným otevřením protialkoholního zařízení v Červeném Dvoře. Upozorňoval tím na důležitou návaznost ve spolupráci protialkoholní poradny a ústavní léčby (Komentář k výkazu MZd o činnosti psychiatrického oddělení polikliniky v Českém Krumlově za 2. pol. 1965, 1966). Obdobná situace s dlouhodobým nedostatečným personálním obsazením byla i v jiných částech republiky, viz např. Hanyšová ve své Zprávě o stavu práce v boji proti alkoholismu v JM kraji v r. 1967 (1968).

Právě v době, kdy zahájil svou práci v protialkoholní poradně, navštívil MUDr. Řezníček náhodou zámecký areál Červeného Dvora. V hospodářské části byl ustájen hovězí dobytek a bylo vidět, v jak žalostném stavu je hlavní budova. Prohlédl si zámecký park, kde bylo rovněž několik staveb, každá v „jiném stupni rozkladu“ (Řezníček, 1999). Ostatně do té doby vyšlo i několik kritických článků v Jihočeské pravdě. Jeden z nich upozorňuje na otevřený vchod do hlavní budovy zámku (Jako sedlák Jíra, 1962).

Dále článek Kalného, který již v době schválení návrhu o zřízení Protialkoholní léčebny v Červeném Dvoře rovněž kritizuje současného vlastníka, tedy Státní statky Kájov, a chválí záměr budoucího využití zámku jako protialkoholní léčebny (Kalný, 1966). Dále se v únoru 1966 objevila ve stejném deníku krátká zpráva, kde se psalo o plánu zrekonstruovat podle archivních plánů dlouho zanedbávaný zámecký park (Park podle archivu, 1966).

Když se Řezníček svěřil s nápadem zřídit v zámku léčebnu pro alkoholiky vedoucímu odboru zdravotnictví ONV MUDr. Josefu Pavlínovi, ten sice zůstal k návrhu zdrženlivý, ale požádal o jeho písemné vyhotovení. Doporučil osobní přednesení resp. předání návrhu jednotlivým funkcionářům státní správy a komunistické strany v okrese a kraji. Návrh musel obsahovat rovněž posudky a vyjádření památkářů, hygieny, stavebních institucí, vyčíslení nákladů na opravy, provoz zamýšlené léčebny atd. Po jeho komplikovaném vyhotovení, na kterém se zcela zdarma podílelo několik ochotných spolupracovníků, lokálních patriotů, nepřišla žádná požadovaná odezva. Bylo rozesláno, resp. osobně předáno celkem cca třicet vyhotovení návrhu, ale každá z navštívených institucí odkazovala na další a další byrokratické překážky. Slabou naději udržoval pouze zájem jednoho (nejmenovaného – pozn. autorů) pracovníka ministerstva zdravotnictví a dále potom MUDr. Jaroslava Skály z pražského Apolínáře (Řezníček, 1999). Ani po půlročním snažení se k návrhu nikdo nevyjádřil, a to i po opakovaných urgencích. Z tohoto důvodu požádal lékař o konzultaci na předsednictvu vlády. O průběhu jednání na předsednictvu vlády Řezníček píše, že byl vyzván, aby návrh přednesl v pěti větách. Překvapivě se mu dostalo kladné odpovědi. „*Pak jsem se jen zeptal, kdy, kde a na koho se mám obrátit. Po malém zaváhání jsem dostal jednoznačnou instrukci, a tak jsem se rozloučil. V létě roku 1966, zhruba dvanáct měsíců od podání návrhu, jsem v nově vzniklé Protialkoholní léčebně Červený Dvůr zahájil s několika spolupracovníci a spolupracovníky léčbu pacientů závislých na alkoholu*“ (Řezníček, 1999).

Dne 7. prosince 1965 proběhlo k založení protialkoholní léčebny jednání na ONV Český Krumlov. První bod programu se týkal účelnosti a vhodnosti vybudování protialkoholní léčebny. Jaroslav Skála zde zdůraznil naprostý nedostatek lůžek v oblasti protialkoholní léčby. Jejich celkový počet v celé zemi byl 660, když bylo potřeba 1000–1500 lůžek. Zřízení nové léčebny by mohlo pomoci řešit tento problém nejen v dané oblasti, ale v celé republice. Tuto skutečnost podpořil MUDr. M. Hlach, vedoucí odboru zdravotnictví Jihočeského kraje. Vedoucí plánovací komise ONV M. Svoboda seznámil komisi s možností uvolnit mzdové prostředky pro 5–6 pracovníků s tím, že otevření léčebny by bylo zahájeno k 1. 7. 1966 s kapacitou 30 lůžek. K roku 1970 se pak počítalo s rozšířením na 100 lůžek s 25 pracovníky. MUDr. J. Pavlín tlumočil výsledek jednání na finančním odboru KNV v Českých Budějovicích. Prostředky pro provoz léčebny budou k dispozici ke dni zahájení provozu. OSP v Českém Krumlově odhadl opravu a adaptaci objektu na 2.600 000,- Kčs. Rovněž padl názor, že je vhodné určit pracovníka, který by již od

2 | Zák. č. 143/1947 Sb., o převodu vlastnictví majetku hlubocké větve Schwarzenbergů na zemi Českou.

3 | Ve smyslu § 1 odst. 2 cit. zák. se jednalo o: „nemovitý majetek zemědělský, lesní, rybníční, průmyslový, obchodní a živnostenský, zapsaný knihovně na Josefa Adolfa knížete ze Schwarzenbergů, Jana knížete ze Schwarzenbergů a dr. Adolfa Schwarzenberga, v to počítaje všechny budovy a zámky s jejich zařízením, se všemi právy i závazky, dále živý i mrtvý inventář se zásobami a konečně veškeren provozní kapitál.“

začátku roku 1966 působil jako správce léčebny, zvláště k jednotlivým stavebním akcím a potřeb k zahájení provozu léčebny⁴. Skála souhlasil s personálním zajištěním v uvedených počtech, a pokud jde o název, navrhl „Protialkoholní léčebna“, což podle jeho mínění přinášelo určitý psychologický dojem na pacienta. Dále Skála poskytl příslib, že bude provádět metodickou pomoc (v dnešní terminologii supervizi). MUDr. J. Pavlín ještě informoval o tom, že Krajské středisko státní památkové péče a ochrany přírody nemá výhrady k využívání objektu zámku za výše uvedeným účelem. Jedinou podmínkou byla přítomnost personálu při užívání historických sálů (Č. Dvůr, st. zámek – využití, 1965). Posledním bodem jednání byl rozpočet. Na příští pětiletý plán měl ONV Český Krumlov zajistit prostředky do výše 1.350.000,- Kčs a další 1.300.000,- Kčs byly v kompetenci KNV České Budějovice. Prostředky na provoz byly plánovány v režii resortu zdravotnictví a prostředky na vybavení a mimořádnou údržbu do výše 200.000,- Kč ročně z fondu ONV až do vybudování léčebny. Následovala ještě fyzická prohlídka zámeckého areálu. Nutno dodat, že jméno MUDr. Řezníčka, který s návrhem přišel a odvedl minimálně roční práci na prosazení návrhu, nefiguruje na žádném z oficiálních jednání. Přesto je z Komentáře k výkazu činnosti protialkoholní poradny v Českém Krumlově z r. 1965 možné vyčíst, že návrh podal on. Důležitou roli zde však sehrál výše zmiňovaný zdravotní rada ONV MUDr. Josef Pavlín, který návrh podporoval a ze své funkce byl kompetentní k předložení návrhu MUDr. Řezníčka místním institucím.

Oficiální název Protialkoholní léčebna, který byl navržen před zahájením jejího provozu, se změnil poměrně brzy (od roku 1970) na Protialkoholní oddělení Psychiatrické léčebny Červený Dvůr (Komentář k výkazu MZd o činnosti PL v ČD za r. 1969, 1970a) a o rok později se uvádí pouze Psychiatrická léčebna Červený Dvůr. Změnami názvu se však statutárně v zařazení léčebny do systému OÚNZ Český Krumlov nic neměnilo až do její delimitace v roce 1992, kdy PL přestala být oddělením okresní nemocnice a stala se samostatnou institucí (Delimitační protokol, 1992).

Léčebna totiž nebyla zřízena jako samostatné zařízení (neexistuje ani zřizovací listina), ale byla samostatným oddělením Okresní nemocnice v Českém Krumlově, která v té době spadala do působnosti OÚNZ Český Krumlov.

3.2 Zahájení provozu léčebny a nastavení léčebného programu

Provoz léčebny byl zahájen dne 1. července 1966 (Komentář k výkazu MZd o činnosti PL za 2. pololetí r. 1966, 1967). Rozcházejí se údaje, které se týkají počáteční kapacity léčebny. V archivu léčebny z jednoho z dokumentů vyplývá, že zde bylo 25 lůžek (Oddělení podle diferenci-

ace pacientů v léčbě, n. d.) a další zdroj uvádí 30 lůžek (Řezníček, 1999). Rozhodující je zápis MUDr. Řezníčka o založení léčebny v aktuální době, kde sám uvádí 30 lůžek (Komentář k výkazu MZd o činnosti PL za 2. pololetí r. 1966, 1967). To dále potvrzuje i dokument o vyčíslení nákladů na vybavení nově založené léčebny, kde je údaj o 30 lůžkách a jejich ceně (Vyčíslení nákladů, 1966).

Po zahájení provozu léčebny sem byli na první dva týdny převezeni Jaroslavem Skálou pacienti z Apolináře. V článku deníku Jihočeská pravda se píše, že 6. 7. 1966 nastoupilo do léčby prvních 40 pacientů. Kapacita je třicet lůžek, takže pro 10 pacientů navíc, kteří se budou po dvou týdnech vracet do Apolináře, lůžka přidají (První pacienti, 1966). Jiný článek uváděl, že v 8 adaptovaných místnostech našlo dočasný domov 24 pacientů (Léčebna ze zámku, 1966). Zde je evidentní rozpor. Jak totiž uvádí Maťová (2016), přivezli dvacet pacientů i s manželkami některých z nich a v několika adaptovaných místnostech uváděli do chodu léčbu v novém zařízení. Z dalšího zdroje je podrobnější informace k této události. Šlo o čtrnáctidenní běh kolektivu 45 pacientů, jak již abstinujících, tak právě léčených, a dále manželek a dětí obou skupin. Jednalo se o rodinnou terapii za podmínek léčby v léčebně a ve stanech. Celá akce znamenala také instruktáž pracovníků nového protialkoholního oddělení (Skála, 1967). Část Apolinářských tedy spala ve stanech, což vysvětluje navýšení kapacity, v termínu zahájení provozu léčebny.

Model léčby, nazývaný podle Apolináře, či jeho zakladatele, byl dlouho považován za originální a v tomto smyslu byl přisuzován i v odborné literatuře Jaroslavu Skálovi. Poslední výzkumy ukazují (Šejvl & Miovský, 2017), že apolinářský (tzv. Skálův) koncept částečně vycházel a částečně navazoval na mnohem starší model. Jednalo se o model léčby aplikovaný již ve Velkých Kunčicích v letech 1911 až 1915, který byl částečně převzat z obdobných specializovaných léčeben ve Švýcarsku, Švédsku a v Německé říši. A dále samozřejmě i z protialkoholní léčebny Tuchlov (1923–1938). Koncept specializovaných zařízení určených výlučně pro léčbu závislosti na alkoholu se tedy úspěšně na našem území rozvíjel od roku 1911 a je spojen zejména s Koňářkem, Šimsou a Skálou.

Pokud jde o tým pracovníků, od počátku byly problémy s kádrovým obsazením (Komentář k výkazu MZd o činnosti PL za 2. pololetí r. 1966, 1967). Nepodařilo se získat stálého psychologa. Prozatím na dva měsíce přijala nabídku studentka psychologie za účelem praxe. Dále byl přijat na 0,2 úvazku pedagog, výtvarník a hudebník pro vedení arteterapie (PaedDr. Milan Kyzour, ředitel umělecké školy v Kaplici – pozn. autorů). Řezníček (1999) uvádí, že tehdy zahájil léčbu „s několika spolupracovníci a spolupracovníky“. Ze SZP měla předepsané vzdělání jen jedna sestra, paní Lamačová, která však nastoupila až koncem srpna (Lamačová, 1976). Další dvě sestry byly pouze NZP. Na jednání o organizačním začlenění léčebny ze dne 2. 7. 1966 je uveden MUDr. Řezníček jako ředitel a K. Klečatský jako správce, který řídí pracovníky ekonomického úseku. Údaje o kuchařce či údržbářích chybí a je otázkou,

4 | Prvním správcem léčebny se stal K. Klečatský.

jak bylo stravování a údržba v počátku řešeny (Zápis z jednání o organizačním začlenění a zásadách provozního řádu PAL Červený Dvůr, 1966). Dále je třeba dodat, že pracovní úvazek ve výši 0,13 měl Dr. Skála jako metodik, což vyplývá z jednotlivých komentářů za jednotlivé roky (Kubiček, 1973).

Jak píše Kubiček (1970b), z nově nastupujících pracovníků po zřízení léčebny nikdo neměl zkušenosti s psychoterapií, často ani s prací na psychiatrickém oddělení. Prošli pouze krátkým zaškolením v Apolináři. Přesto se podařilo vytvořit dobrý psychotherapeutický tým s jednotnou koncepcí a s velkým zájmem o tento druh práce. Tato informace není zcela přesná, protože neuvádí nic o prvním řediteli. MUDr. Řezníček byl již v době nástupu na psychiatrické oddělení polikliniky v Českém Krumlově v listopadu 1964 atestovaný psychiatr. Byl plně kompetentní k výkonu funkce vedoucího lékaře a ředitele. Na jaře 1966, tedy před otevřením léčebny, absolvoval dlouhodobou stáž na pražském protialkoholním oddělení (Řezníček, 1966b; Řezníček, 1967). Navíc v době otevření léčebny měl za sebou rok a půl trvající praxi v protialkoholní poradně, kterou mimochodem musel vykonávat na menší úvazek (jedenkrát v týdnu), dále již jako ředitel léčebny až do roku 1967. Jednalo se tedy především o SZP a NZP, který si nový styl práce musel osvojit.

Z úplného počátku provozu léčebny není k dispozici příliš mnoho záznamů o léčbě a jednotlivých složkách programu. Bohužel chybí další záznamy MUDr. Řezníčka. Dobrou výpovědní hodnotu má Výroční zpráva o prvním roce činnosti léčebny v Červeném Dvoře (Skála, 1968c). Důraz byl kladen na léčbu pomocí nejrozličnějších forem psychoterapie – skupiny, volná tribuna, přednášky, arteterapie a další vhodná činnost, jako kulturní večery, kvíz a tělocvik v týdenní dotaci 20 hodin, tedy stejně jako pracovní terapie a úklid. Jak autor doslova píše: „*Režim na oddělení byl zpočátku permissivnější a měkčí a přizpůsoben LSD terapii*“. V dalším období nebyla LSD aplikována a režim je důslednější a náročnější. Zdravotní dokumentace měla zpočátku značné nedostatky, v závěru období je podstatně zlepšena. Základní medikace, tzn. antabus – alkoholová reakce, byla prováděna ve všech indikovaných případech dříve, než šel pacient na první vycházku. Stejně jako v létě roku 1966, tak i v červenci roku 1967 proběhl letní pobyt pacientů s rodinami a pětičlenným týmem z Apolináře. Konkrétně to bylo v termínu 12.–26. července. Celkem přijelo 26 pacientů z Apolináře a Lojovic se 7 manželkami, 11 dětmi, dále 2 abstinující pacienti a jejich 2 manželky. Cílem bylo nejen školení zdejšího personálu v rodinné terapii a dalších bodech programu, ale také ovlivnění obou kolektivů pacientů a dále depsychiatrizace pacientů léčebny Červený Dvůr přítomností manželek a dětí pacientů (Skála, 1968e). Obdobně byl v září 1967 uskutečněn pobyt 27 pacientů a 5 členů personálu Červeného Dvora v protialkoholní léčebně Lojovice. Stejně jako v předešlém případě bydleli v zámku a ve stanech. V rámci pobytu navštívili památky Prahy, představení Národního divadla, zámek Konopiště, dále potom KLUS v Apolináři, záchytku a odstrašující uzavřené oddělení v léčebně

Bohnice (Skála, 1968e). Ve složení pacientů byla v roce 1966 převaha dobrovolných léčeb, od roku 1967 přibývají pacienti na výměr⁵.

Podle Lamačové (1976) byla sice léčba založena na režimu, ten však počátečních několik měsíců (do první poloviny roku 1967 – pozn. autorů) poněkud pokulhával. Začínalo se i s hodnocením a bodováním. Na této situaci se do určité míry podepsaly problémy, které se týkaly stavebních úprav, a to, že pacienti trávili velkou část programu v práci. V rámci pracovní terapie byli využíváni pacienti při adaptaci jižního křídla zámku. To se jistě v té době projevilo na kvalitě léčebného programu a pozice MUDr. Řezníčka jako ředitele nebyla v tomto ohledu jednoduchá. Další pacienti pak pracovali na pracovištích mimo léčebnu, kde nebyli pod přímou kontrolou (Skála, 1968c). Přesto některé složky programu, resp. způsob jejich vedení byly inovativní, což bylo zčásti dáno jistým uvolněním politické situace v době před srpnem 1968. Jednalo se především o experimentální léčbu LSD a arteterapii.

Po odchodu MUDr. Řezníčka z funkce ředitele došlo v podstatě k převzetí jednotlivých prvků programu léčby tak, jak vycházely z apolinářského modelu. Ze dne 5. 2. 1970 se dochovala poměrně podrobná Kubičkova zpráva, která byla otištěna nejen v Červenodvorské cestě (Kubiček, 1972a), ale dochovala se jako původní dokument v archivu ONV Český Krumlov (Kubiček, 1970b). Ze zprávy vyplývají následující skutečnosti: byl převzat model A (apolinářský), což je velmi účinný, dvacet let v praxi vyzkoušený a mezinárodně uznávaný systém. Kontrolně metodickou činnost provádí doc. MUDr. J. Skála a ze svých kontrolních návštěv předkládá pravidelně krajskému psychiatrovi a řediteli OÚNZ písemné zprávy. Režim je důsledný, náročný a účelný. Podle zkušeností četných autorů, kteří považují měkký a šetrný přístup k pacientovi – alkoholikovi, za kontraindikovaný (žádný z těchto autorů není uveden – pozn. autorů), je zaveden režim nepermissivní, důsledný a náročný. Realizován je především prostřednictvím bodovacího systému. V roce 1969 obsazoval Jihočeský kraj léčebnu z 62,5 %, přičemž by toto číslo mohlo být podstatně vyšší, jak ukazuje procento pacientů z okresu Český Krumlov, které činí téměř polovinu zbývajících Jihočeského kraje. Léčebna přijímala i pacienty z některých okresů Slovenska, zejména z těch, kde byla dobrá návaznost protialkoholní poradny před ústavní léčbou, ale také po jejím ukončení, tedy jako forma doléčování – jako dobrý příklad zpráva uvádí neuvěřitelný údaj 100 % abstinujících v okrese Martin.

3.3 Rozcvička a sprchování

Na parteru byly umístěny dvě sprchy, pod které si musel každý účastník rozcvičky stoupnout a vydržet několik vteřin, což bylo důsledně kontrolováno. Svůj zážitek z rozcvičky, přestože byl již měsíc září, píše pacient M. P.:

5 | Srov. zák. č. 87/1948 Sb., o potírání alkoholismu, a zák. č. 120/1962 Sb., o boji proti alkoholismu.

„Stále cvičíme jen v plavkách a po rozcvičce je venku studená sprcha, na což jsem si už za těch pět týdnů zvykl“ (Dopis z léčebny: M. P., 1978). Rozcvičku předcvičovala sestra či terapeut, někdy dokonce ředitel léčebny (Richter, 1972). Jak píše Kupka (1977), denně jsou za každého počasí rozcvičky v trvání 15 minut s následným povinným sprchováním, které se od května do září provádí studenou vodou v přírodě. Dále jde při rozcvičce o týdenní běh, kdy má pacient naběhat týdně 8 km, což za dobu léčby činí 100 km.

3.4 Terénní terapie

Právě terénní terapie se stala jistou specialitou léčebny. Jednalo se o výlety do blízkého okolí, které probíhaly (a probíhají dodnes) v jednom dni v týdnu, což umožňuje vhodná poloha léčebny díky okolní přírodě (Víte o tom, že, 1972). Častým cílem terénních terapií se stal vrchol hory Kleť. Jak uvádí Kupka (1977), každé úterý odpoledne je tzv. terénní terapie, sportovní vycházka, kde za 13 týdnů léčby každý pacient absolvuje celkem 200 km. Terénní terapie byla čas od času vlastně i hlavním denním programem, kdy jednotlivé komunity uspořádaly celodenní pěší výlet, např. na Šumavu. Také tento program po jeho absolvování přinášel pacientům nová témata v psychoterapii a především zprostředkoval pacientům zážitek.

3.5 Terapie LSD

Na začátku druhé poloviny 60. let probíhala po celém světě experimentální léčba duševních poruch pomocí halucinogenů, konkrétně LSD. Vzhledem k tomu, že používání této látky bylo v 70. letech zakázáno, je výzkum z té doby známý pouze úzkému okruhu zájemců o tuto problematiku. Tato experimentální léčba byla využívána také v léčbě alkoholiků v Červeném Dvoře v době působení prvního ředitele. Tvoří tak jednu z důležitých etap vývoje léčebného programu hned v jejím počátku.

Na počátku druhé poloviny dvacátého století patřilo tehdejší Československo ke světové špičce ve výzkumu účinků halucinogenních látek a výzkumné práce některých našich odborníků patřily k nejlepším v oboru (Miovský, 2003). Do naší země se LSD dostalo zpočátku jako dar od švýcarské firmy Sandoz, až v roce 1961 ing. Semovský z Výzkumného ústavu pro farmacii a biochemii v Praze syntetizoval LSD vlastní cestou. Švýcarsko a následně ČSSR byly jediné dvě země v Evropě, které v té době látku vyráběly. U nás započala jeho produkce v národním podniku Spofa v Komárově u Opavy pod obchodním názvem Lysergamid (Křemen, 2015). Látka se u nás zkoušela aplikovat na poli experimentální psychoterapie na mnoha cílových skupinách a oblastech. Dále se ověřovaly různé podobnosti mezi LSD intoxikací a psychózou jak v rovině biologického a psychologického, tak i v rovině sociálního fungování (Roubíček, 1961). Výzkumu byli podrobováni i odborníci z pomáhajících profesí. Těm se jednalo o to, co přináší pokus s halucinogeny na sobě samém pro profese psychoterapeuta nebo psychiatra (Vojtěchovský,

1966). Dalším cílem bylo také to, zda přispívá zážitek s LSD ke změně postojů u intoxikovaných (Hrůza, Kratochvíl & Fanfulová, 1969), v neposlední řadě vhodnost této látky, jako zprostředkovatele sebepoznání v rámci psychoterapeutického výcviku aj. Postupně se vytvořily tři směry LSD psychoterapie (Pahnke, Kurland, Unger & Savage, 1970). Jednalo se o psycholytickou terapii s převahou v evropských zemích. Opakovaně se užívaly malé a nízké dávky (25 až 150 mikrogramů) v kombinaci s psychoanalýzou. Droga umožňovala dostat se do nevědomí, které bylo za normálních okolností nepřístupné, a vzápětí prožít korektivní zkušenost. Psychedelická chemoterapie znamenala použití větší dávky (cca 200 mikrogramů). Hlavní význam v tomto pojetí byl v samotném účinku LSD, přičemž jeho zastánci nepovažovali za nutné doprovázet intoxikovanou osobu psychoterapeuticky. Psychedelická psychoterapie byla prováděna více v USA. Dávky LSD byly větší (cca 200 mikrogramů a více). Součástí sezení před i po intoxikaci byla intenzivní psychoterapie, byl kladen důraz na okolní prostředí včetně přípravy klienta a na jeho pozitivní osobnostní potenciál. Metoda byla využívána při léčbě závislosti na alkoholu a jiných drogách, sexuálních deviantů, psychopatů a delikventů. Kratochvíl (1969) k tomu píše: „Prožitek intoxikace je tak impresivní a otřesný, že hluboce zasáhne do osobnostní struktury, způsobí změnu pacientova systému hodnot, vede k náhlému náhledu nebo nadhledu nad osobní problematiku a k posuzování vlastního života i světa z jiné perspektivy“ (Hrůza, Kratochvíl & Fanfulová, 1969).

3.6 LSD a Červený Dvůr

Ze zdravotnické dokumentace léčebny z jejích počátků vyplývá, že léčba LSD byla prováděna u alkoholiků v letech 1966–1967, což zhruba odpovídá působení MUDr. Řezníčka ve funkci ředitele, jak již bylo uvedeno výše. Metoda byla zařazena do komplexního léčebného programu tehdejší léčebny, tedy nejednalo se o to, že by pacienti procházeli pouze léčbou LSD a nic jiného nedělali. Jednotlivá sezení byla prováděna ve stanovených intervalech. Každý pacient podepisoval explicitní souhlas s touto terapeutickou metodou. Z toho však nevyplývá, zda byla pro všechny povinná. Pokud měl pacient léčbu (myšleno odvykací léčbu na alkoholu – pozn. autorů) nařízenou výměrem či jako léčbu ochrannou, tedy soudně nařízenou, musel se léčebnému programu podřídit.

Pokud jde o množství látky, jednalo se o její postupné navyšování. Nejprve šlo o nízkou, psycholytickou dávku v množství 100 gama (mikrogramů). Další dávka již byla vyšší, cca 200 gama, přičemž u každého z chorobopisů je jiný interval další dávky. U jednoho pacienta byla 2. dávka podána po 3 dnech, u dalšího po 7 dnech a u třetího byl interval ještě delší. Třetí dávka již byla 300 gama, v jednom případě dokonce 400. Jak vyplývá z textu výše, takové množství již odpovídá psychedelické dávce. Dá se tedy říci, že šlo o jakési propojení psycholytického a psychedelického přístupu. Ze zdravotnické dokumentace lze vyčíst také to, že průběh intoxikace byl zaznamenáván,

příčemž v dochovaných chorobopisech se jednalo vždy o záznam od zdravotní sestry, která prováděla zápis. Tyto záznamy byly zakládány do složky chorobopisu. Ve všech případech byl zaznamenán datum a čas intoxikace. Další časové údaje byly v určitých intervalech zapisovány po straně papíru, na kterém byl text záznamu. Z něho je patrné, že se postupně dostavily změněné stavy vědomí, halucinace a pacient je měl po celou dobu verbálně vyjadřovat. Ze všech záznamů vyplývá, že prožitky byly v určitou chvíli negativní, později byl pacient v euforii, či naopak.

Sezení trvalo často velmi dlouhou dobu – cca 4 až 6 hodin. Zdravotní sestra tedy měla zcela jasně funkci tzv. sittera. Jejím úkolem bylo nejen pořizovat záznam verbálního projevu, ale také dohlížet na průběh intoxikace. Pokud jde o funkci sittera, ten v případě komplikací v průběhu sezení může zasáhnout, tedy verbálně intoxikovanou osobu uklidnit, apod. V extrémním případě lze intoxikaci přerušit nějakým blokátorem, antidotem. V šedesátých letech byly již dobré zkušenosti s chlorpromazinem (LSD made in ČSSR. Výzkum a zneužívání psychotropních látek v období komunistického režimu – seminář, 2016).

Pacient měl během intoxikace verbálně projevovat, co se s ním děje. Jindy byl podrobován analýze jeho výtvarný projev. Ze zdravotní dokumentace nelze vyčíst, kde, tedy v jakých prostorách léčebny, sezení probíhala. Z jednoho ze záznamů vyplývá, že byl pacient několikrát vyrušen, což nepříznivě ovlivnilo průběh jeho nálady. Vezmeme-li v úvahu, že v té době bylo v zámku minimum obyvatelných místností, mohlo se jednat o ordinaci nebo obytný pokoj. V jednom ze zápisů je z textu zřejmé, že pacient seděl na posteli, na které se při intoxikaci povaloval a bouchal do ní rukou. Pokud jde o průběh a výsledky působení této formy terapie, záznamů je příliš málo. Za zmínku stojí zápis o tom, že pacient na léčbu nereaguje a intoxikaci LSD si užívá. V časopise Červenodvorská cesta je zmínka o tom, jak jinému pacientovi LSD pomohlo. Jiný zdroj říká, že službu konající sestra zažila problematickou intoxikaci jistého pacienta Veverky a že to byla pro ni náročná zkušenost (Lamačová, 1976). Nikde nelze vyčíst nic o tom, zda byl někdo ze zmíněného středního zdravotnického personálu odborně proškolen. V léčbě se zachovaly chorobopisy i z pozdější doby, tj. z roku 1968 a dále. Tam již záznamy o léčbě LSD nejsou. Z osobního sdělení primáře Dvořáčka vyplývá, že po odchodu primáře Řezníčka z funkce ředitele byla tato léčba ukončena (Dvořáček, 2017). Z kontroverzního dokumentu České televize „LSD made in ČSSR“ vyplývá, že ve zdravotnických institucích proběhlo formální ukončení aplikace LSD v roce 1974. V té době již výzkum halucinogenů v Československu trval celých 22 let. Až po roce 1997 přinesla mezinárodní konference ve Švýcarsku podněty, které vyústily k revizi hodnocení výsledků výzkumů, prováděných v 50.–60. letech, a k navazující výzkumné práci (Miovský, 2003). Experimentální léčba LSD probíhala určitou dobu také u Apolináře. Jaroslav Skála je dokonce spoluautorem několika výzkumů, které byly následně prezentovány formou odborných článků. Bohužel z nich nevyplývá, na jakém pracovišti byly výzkumy prováděny.

Na otázku, jak probíhala léčba LSD v Apolináři, říká Arnoštka Maťová, že se příliš neosvědčila. „Jednou nám jeden pacient chtěl skočit do Vltavy z mostu. Z toho důvodu jsme se rozhodli s tím skončit“ (Maťová, 2016).

3.7 Arteterapie a Milan Kyzour

V počátku vzniku léčebny byla tehdejšími primáři MUDr. Řezníčkem zavedena do programu léčby tzv. terapie uměním (arteterapie). Primář oslovil kaplického umělce, výtvarníka a hudebníka PaedDr. Milana Kyzoura. Ten začal do léčebny jezdit jednou týdně, aby vedl zmíněný program. Z Řezníčkova zápisu o založení protialkoholní léčebny (PAL) (Komentář k výkazu MZD o činnosti PAL za 2. pololetí r. 1966, 1967) je uveden úvazek arteterapeuta 0,2. Skála za velkou přednost programu v léčbě považuje arteterapii, tak jak ji provádí PaedDr. Kyzour. Doslova píše: „...*takového pracovníka bych potřeboval v Apolináři*“ (Skála, 1968c). Bohužel, z pozdějšího reportu stejného autora lze vyčíst, že dne 5. října 1967 (tedy krátce po odchodu MUDr. Řezníčka – pozn. autorů) podal PaedDr. Milan Kyzour okamžitou výpověď (Skála, Zpráva o činnosti PAL ČD ve 4. čtvrtletí 1967, 1968d). Osoba PaedDr. Milana Kyzoura je pro českou arteterapii stěžejní. Mimo jiné měla na jeho pozdější práci vliv právě původní praxe v Červeném Dvoře, kam se ještě stačil po změně režimu v devadesátých letech vrátit. Je třeba podotknout, že MUDr. Řezníček a PaedDr. Kyzour si byli blízcí nejen profesně, ale i lidsky. Po odchodu primáře Kubíčka v roce 1995 se oba znovu setkali při práci v Červeném Dvoře, který v té době řídil MUDr. Spousta (Dvořáček, 2017).

3.8 Stacionář

Od roku 1967 byla odléčeným pacientům bez stabilního sociálního zázemí poskytována možnost pobytu na tzv. stacionáři. Pacienti dojížděli z léčebny za prací a vraceli se do stacionáře. Stravovali se na vlastní náklady, v mimopracovní době se účastnili léčebného programu, zejména KLUS, a pokračovali v medikamentózní léčbě (Anticol). Pokud potřebovali, měli dostupnou lékařskou či terapeutickou pomoc (sociální zásahy). Stacionář byl vhodný především pro pacienty, u nichž opakovaně selhaly pokusy o samostatný život mimo léčebné zařízení (Kubíček, 1970b). Kde byl v té době stacionář umístěn, se nepodařilo dohledat, ale dá se předpokládat, že byl od počátku ve stejné budově jako později zmiňovaný a do dnešních dnů stále funkční stacionář nad bývalou kotelnou.

3.9 Léčba žen

Od března 1969 přijímala léčebna k ústavní léčbě i ženy závislé na alkoholu a dalších návykových látkách (Kubíček, 1970b). Dosud byly ubytovány odděleně v jednom traktu hospodářských budov (podrobnější informace chybí), program léčby absolvovaly společně s ostatními ve skupinách. Skála (1971) uvádí, že od posledního čtvrt-

letí roku 1969 do září roku 1970 stoupl počet léčených žen v Červeném Dvoře z 5 na 19. Přes jisté komplikace koedukace v léčbě jsou však zkušenosti takové, že jen výjimečně bylo nutné přistoupit k radikálnějším opatřením (např. propuštění ženatého pacienta nebo jeho přeložení do jiného zařízení). Jak dále uvádí Kubiček ve své zprávě (1970b), v červenci 1969 byl podán doc. Skálou návrh ředitelství fakultní nemocnice v Praze. Týkal se 20–25 lůžek na budoucím oddělení C (dle diferenciací léčby – pozn. autorů) v léčebně Červený Dvůr, která by měla do budoucna obsadit Praha. Předpokladem k obsazování těchto lůžek pražskými pacienty je zřízení celostátní léčebny pro ženy v léčebně Lojovice, která je odbočkou Apolináře. Zde by byly přednostně umísťovány pacientky z Jihočeského kraje. Takové řešení by odstranilo stávající problémy koedukované léčby mužů a žen na jednom oddělení. Pokud jde o léčbu žen, další písemná zmínka o léčbě pacientek v léčebně v Červeném Dvoře je z léta roku 1970 (Vaněček, 1976) a dále deník pacientky ze Slovenska (Z deníků pacientů: Z. M., 1971).

Dne 1. října 1971 byla pod vedením doc. Skály a dr. Hellera zahájena v Lojovicích u Prahy činnost oddělení pro léčbu žen závislých na návykových látkách. Organizačně bylo oddělení začleněno pod protialkoholní oddělení „U Apolináře“ a k dispozici mělo 32 lůžek. Přizpůsobením Skálova léčebného systému byl vytvořen specifický program pro ženy, který se v určitých ohledech lišil od typicky mužského programu. Došlo tak k prodloužení délky léčby, rozšíření programu o relaxaci a určitý výběr edukačních témat. Dále se změna týkala systému fyzické zátěže a přetvoření bodovacího systému na systém informační, kde byla významnou složkou zpětná vazba. Léčebna Červený Dvůr i Apolinář se tím staly výlučně léčebnami pro muže. Od roku 2002 léčbu žen „U Apolináře“ obnovili po navrácení lojovického zámětku původním majitelům v restituci a zrušením zdejší léčebny (Popov, Heller & Pecinová, 2011). Pokud jde o Červený Dvůr, zde byl koedukovaný program obnoven již dříve. Spora-dicky byla nějaká žena přijata do léčby, např. v roce 1981, kdy si dvě pacientky v léčbě měly zapsat do deníku, jak na ně působí hudba Hectora Berlioze, což byla součást kulturní hodinky (Večer Hector Berlioz, 1981). V té době však jejich léčba nebyla v Červeném Dvoře běžná a ještě mezi roky 1990–1993 šlo o výjimky (Bohdal, 2017).

4 VEDENÍ LÉČEBNY

MUDr. Vladimír Řezníček (1966–1967)

Prvním ředitelem léčebny byl MUDr. Vladimír Řezníček, který se o prosazení návrhu jejího zřízení nejvíce zasloužil. Zajímavé je, že v léčebných pomůckách jeho jméno není nikde ve spojení se vznikem léčebny uvedeno. Pouze ze slov sestry Lamačové vyplývá, že ředitelem byl MUDr. Vladimír Řezníček, který však zde v této funkci setrval pouze krátkou dobu (Lamačová, 1976). Skála píše o prvním vedoucím lékaři léčebny, kterým byl mladý psychiatr. „Po jejím dobrém rozběhu však mezi ním a ředitelstvím

OÚNZ v Českém Krumlově došlo k zádrhelům. Řešením byla změna vedoucího lékaře“ (Skála, 1989a). K zahájení léčby v Červeném Dvoře stejný autor dále uvádí, že „režim na oddělení byl zpočátku permissivnější a měkčí a přizpůsoben LSD terapii. V roce 1966 nebyla LSD terapie aplikována a režim je důslednější a náročnější. Dokladem toho byla i moje poslední návštěva v léčebně, kdy během dvouhodinového terapeutického kolektivu s pacienty měl ostrý konflikt jak MUDr. Kubiček, tak i já sám“ (Skála, 1968c). Tento zápis neodpovídá realitě. LSD terapie byla prováděna až do r. 1967, jak vyplývá z chorobopisů léčebny (viz text výše). O MUDr. Řezníčkovi ve Skálově zprávě není jediná zmínka. V té době jej již ve funkci vedoucího lékaře resp. ředitele nahradil zmíněný MUDr. Kubiček. Další podrobnosti důvodu ukončení ředitelské funkce MUDr. Řezníčka z písemných dokladů nevyplývají. Zajímavé je, že po odvolání z ředitelské funkce ještě určitou dobu působil MUDr. Řezníček ve funkci primáře a přednosty oddělení, kde jeho úvazek činil 0,8, a další část úvazku měl v protialkoholní poradně Český Krumlov a Kaplice, jak vyplývá z výkazu z 1. pololetí 1967, kde je již jako ředitel uveden Kubiček, který má úvazek 0,3 a nadúvazek 0,1 (Kubiček, 1967). Pokud jde o dobu, kterou zde skutečně strávil, dá se celkem dobře určit podle razítek a podpisů na chorobopisech, které se dochovaly v archivu léčebny. Poslední razítko s podpisem MUDr. Řezníčka jako ředitele je z května 1967 a v červnu 1967 již je podepsán jeho nástupce. Z dalšího zdroje vyplývá, že MUDr. Řezníček již v říjnu 1967 v léčebně nepracoval (Skála, 1968d). Tento záznam je jediný, kde Skála nebo kdokoliv jiný zmiňuje Řezníčka jmenovitě, jak v Zápisech z Apolináře, tak v Červenodvorské cestě. Z celého kontextu lze usuzovat na rozdílný postoj či přístup k léčbě pacientů MUDr. Řezníčka a MUDr. Kubička, resp. MUDr. Skály, který se po odchodu zakládajícího ředitele změnil na již známý léčebný režim uplatňovaný v Apolináři. To potvrzují mimochodem také vzpomínky několika bývalých, ale i současných zaměstnanců, kteří si na MUDr. Řezníčka pamatují z doby jeho působení v léčebně po Sametové revoluci společně s PaedDr. Milanem Kyzourem.

MUDr. Vladimír Kubiček (1967–1995)

Pravděpodobně v červnu 1967 nastoupil do funkce ředitele a vedoucího lékaře MUDr. Vladimír Kubiček. Jeho osoba je zmíněna již v r. 1964 v souvislosti s prací v protialkoholní poradně v Kaplici, kde je zmiňován jako internista, který zde působí teprve od dubna (Komentář k výkazu MZd o činnosti PAP za 1. pol. r. 1964, 1964). Nebylo žádným tajemstvím, že byl Skálovým pacientem v Apolináři, kde se léčil se závislostí na opiátech a stal se jedním z prvních léčených toxikomanů (Skála, 1989a). V roce 1965 je podepsán jako pacient Apolináře pod autorským článkem zpracovaným podle přednášky Jaroslava Skály (Kubiček, 1965). Jak píše k této věci Skála (1989a), o vedoucím lékaři Červeného Dvora většina pacientů věděla, že se úspěšně léčil. Podle jeho slov šlo nejen o „našeho absolventa léčby, ale především o apolinářského žáka v tom nejlepší smyslu“. V té době měl vzdělání všeobecného lékaře, nějakou dobu pracoval jako hygienik a chyběla

mu atestace z psychiatrie, kterou si dokončil v rámci práce v léčebně. Ze záznamu v Zápisích z Apolináře (Skála, 1968d) lze vyčíst, že Kubiček jednou týdně jezdil do Českých Budějovic, aby dosáhl atestace. S jeho nástupem do funkce se zpřísnil režim a z programu léčby zmizela LSD terapie a arteterapie. Liberálnější přístup bývalého primáře Řezníčka byl nahrazen důslednou režimovou léčbou a apolinářským bodovacím systémem. V souvislosti s odvoláním bývalého ředitele není bez zajímavosti, že do funkce nového ředitele a primáře psychiatrické léčebny mohl nastoupit lékař bez psychiatrické atestace, kterou Kubiček dokončil až v roce 1969 (Husová & Palčová, 1997). Jak z výše uvedeného textu vyplývá, ve výměně ředitele hrál bezesporu velice významnou roli Jaroslav Skála, který byl od počátku založení léčebny odborným metodikem a byl také na výplatní listině léčebny. V roce 1968 je Skála uváděn Kubičkem v komentáři k činnosti léčebny jako jediný atestovaný psychiatr s úvazkem 0,13, který v léčebně vede psychoterapeutické skupiny a kontrolně-metodickou činnost. Tato informace dokazuje, že v té době byla léčebna v podstatě řízena MUDr. Skálou, a to až do roku 1969, kdy si MUDr. Kubiček dokončil atestaci z psychiatrie. Vedoucí lékař (MUDr. Kubiček – pozn. autorů), je zde uveden v úvazku 0,85 ve funkci ředitele a lékaře v té době zatím jediného oddělení. Další lékařský úvazek 0,13 měl MUDr. Skála. Žádný další lékař není nikde zmiňován (Kubiček, Komentář k výkazu činnosti PL za 1. pol. r. 1968, 1968).

5 REVITALIZACE AREÁLU LÉČEBNY

Od začátku roku 1966 byly zahájeny adaptační práce podnikem OSP Český Krumlov, v čase zahájení léčby v zámku byly prostory pro léčebný program velmi omezené a rekonstrukce se prováděla za plného provozu. Nejprve byla provizorně upravena část severního křídla zámku, kde byla od 1. července 1966 oficiálně zahájena léčba. Do stavebních prací byli zapojeni v rámci pracovní terapie také pacienti v léčbě, což mělo jistě vliv na uspořádání léčebného programu a režimu. Podle MUDr. Pavlína byly úplné počátky v léčebně vskutku pionýrské (Pavлін, Místo léčebny v soustavě zdravotnických zařízení, 1976). Vytápět se daly pouze dvě místnosti, za provozu probíhaly rekonstrukce, starostí bylo mnoho, což potvrzuje bývalá sestra paní Lamačová, která zde nastoupila v srpnu 1966. Vytápění několika místností zajišťovala petrolejová kamna, která zapáchala a příliš nehrála. Dlouhé tmavé chodby i pokoje působily neútně a stropy ve středním traktu budovy byly podepřené trámy (Lamačová, 1976). V době před zahájením a po zahájení provozu probíhalo mnoho jednání o stavebních a adaptačních úpravách, včetně připomínek památkářů k vybavení, osvětlení či využívání jednotlivých prostor v zámku. Především šlo o využívání tří nejprestižnějších místností ve střední části zámku. Jednalo se o tzv. Prokyšův, Flathův a Ranní salon. Památkáři požadovali již od počátku využívání těchto sálů pouze v přítomnosti personálu (Č. Dvůr, st. zámek – využití, 1965). Ranní salon, který měl poškozené vzácné tapety, byl předmětem mnohých jednání. Právě zde byly

v době správy státních statků nesmyslně uskladněny zemědělské plodiny. To bylo příčinou poškození části tapet, ale také historických parket původních podlah (Zoulová, 1972). Přes výše uvedené problémy však informace o uspořádané silvestrovské taneční zábavě v prosinci v roce 1966 dokazuje, že v té době se adaptace a stavební úpravy dařily. Silvestrovský program probíhal ve všech třech sálech a právě Ranní salon sloužil jako taneční parket, kde hrála kapela (Silvestr 1966, 1981). Bohužel, později byl zjištěn skutečný stav především střední části budovy, jejíž adaptace se nakonec protáhla až do osmdesátých let.

6 ZÁVĚR

Z předchozího textu vyplývá, že historický areál postupně zvelebovaly šlechtické rody a vrcholným obdobím bylo bezesporu působení Schwarzenbergů. Jím byl na základě poválečných politických rozhodnutí majetek bez náhrady zabaven a v podstatě ponechán osudu. Jak již bylo v textu uvedeno, po vyvlastnění areálu byl zámek i s parkem převeden pod správu Československých státních statků. Díky přístupu tohoto podniku areál pustl a chátral. Několik menších staveb podlehl zkáze úplně a samotný zámek byl ve finále rovněž v ohrožení. Traduje se, že v době před založením léčebny se vážně uvažovalo o jeho demolici. Dokument, který by to potvrdil, se v archivech dohledat nepodařilo, ale zámek byl velmi vážně poškozen především v souvislosti s děravými střechami, do kterých léta zatékalo.

Založení protialkoholní léčebny bylo z tohoto pohledu pro areál záchranou a ukázalo se, že symbióza zdravotnického zařízení s památkou funguje velmi dobře, především díky prostředí, které areál zámku pacientům v léčbě závislosti nabízí. Pokud jde o prostor hlavní budovy zámku, po dokončení adaptace jejího jižního křídla dne 5. 12. 1967 byly stavební úpravy dokončeny slavnostním otevřením nového oddělení (Skála, Zpráva o činnosti PAL ČD ve 4. čtvrtletí 1967, 1968d) s kapacitou 50 pacientů. Po přestěhování bylo započato se stavebními úpravami také v severním křídle. To původně sloužilo jako provizorní prostor pro zahájení provozu léčebny v červenci 1966. Práce v této části budovy byly zjevně komplikovanější. S datem dokončení je komplikace v tom, že existuje několik zdrojů, které uvádějí dva různé termíny, v každém případě jde v obou případech o duben 1970. Korunováno bylo otevřením druhého oddělení, které bylo slavnostně otevřeno paní Jay Moserovou, vědeckou pracovnící Světové zdravotnické organizace, dne 17. 4. 1970 (Otevření nového oddělení J. Moserovou, 1989). Oddělení dostalo označení „A“ a mělo kapacitu 50 lůžek. Tím se zvýšila celková kapacita na 100 lůžek a PL Červený Dvůr se stala největším specializovaným protialkoholním zařízením v tehdejší ČSSR (Slavnostní otevření oddělení A, 1972). Původní oddělení v jižním křídle dostalo označení a název „C“ a jeho vedoucím se stal pedagog J. Vaněček, nové oddělení „A“ si převzal primář MUDr. Kubiček, který jej potom vedl nepřetržitě až do devadesátých let (Dvořáček, 2017).

Samotný zakladatel, psychiatr MUDr. Vladimír Řezníček, který se nejvíce zasadil o vznik prakticky neznámého typu zdravotnického zařízení na jihu Čech – protialkoholní léčebny, byl v jejím dalším vývoji téměř vymazán z paměti. Přitom právě on odvedl největší podíl práce, protože v tehdejší totalitní režimu prosadit tak ambiciózní projekt je i z dnešního pohledu téměř zázrak. Jeho působení ve funkci prvního ředitele trvalo pouhý rok. Právě osoba MUDr. Řezníčka by v souvislosti s Červeným Dvorem neměla být zapomenuta, což je mimo jiné také ambicí tohoto článku. Ostatně v 90. letech se tento lékař po změně vedení na půdu Červeného Dvora ještě vrátil a krátce spolupracoval i s budoucím primářem MUDr. Jiřím Dvořáčkem. Autoři článku by mu tímto rádi vzdali hold.

Role autorů | Alexandr Debnar provedl vyhledání a fixaci historických dokumentů, následně jejich seřazení podle jejich vzájemného tematického vztahu v kontextu jejich vzniku, obsahu a vývoje a zpracování základního rámce článku. Jaroslav Šejvl provedl revizi tematického vztahu seřazených dokumentů, zpracoval článek a provedl jeho finální úpravu.

Konflikt zájmů | Žádný konflikt zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

- Bezecný, Z., Gaži, M. & Putna, M. C. (2008). *Schwarzenbergové v české a středoevropské kulturní historii*. České Budějovice: NPÚ ÚOP v Českých Budějovicích.
- Bohdal, Z. (20. 2. 2017). Osobní rozhovor. (A. Debnar, Tazatel).
- Č. Dvůr, st. zámek – využití. (3. 9. 1965). *Fond OÚNZ ČK, Ú-39, přírůstek č. j. 188/1984, bal. 21*. SOKA Český Krumlov.
- Delimitační protokol. (16. 3. 1992). *Interní dokument PL*.
- Dopis z léčebny: M. P. (1978). *Červenodvorská cesta. Léčebná pomůcka, 23–24*, 58–59.
- Dvořáček, J. (12. 3. 2017). *Osobní rozhovor*. (A. Debnar, Tazatel).
- Gabrhelík, R., Mioviský, M. (2009). History of Self-Help and 'Quasi-Self-Help' Groups in the Czech Republic: Development and current situation in the institutional context of drug services. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4 (3), 137–158.
- Hanyšová, B. (1968). Zpráva o stavu práce v boji proti alkoholismu v JM kraji v r. 1967. *Protialkoholický obzor*, 68 (2), 43–48.
- Hrůza, V., Kratochvíl, S. & Fanfulová, E. (1969). LSD intoxikace a změna postojů. *Československá psychiatrie*, 69 (4), 218–223.
- Husová, J. & Palčová, A. (1997). *Psychiatrie ČR v roce 1996*. Praha: Psychiatrické centrum
- Jako sedlák Jíra. (5. 1. 1962). *Jihočeská pravda*, 18 (4).
- Kalný, J. (16. 1. 1966). Zámek pro nezvyklé hosty. *Jihočeská pravda*, 22 (14).
- Komentář k výkazu MZd o činnosti PAP za 1. pol. r. 1964. (9. 7. 1964). *Fond OÚNZ ČK, Ú-86, přírůstek č. j. 34/2002, bal. 4, (neuspoř.)*. SOKA Český Krumlov.
- Komentář k výkazu MZd o činnosti PL za 2. pololetí r. 1966. (10. 1. 1967). *Fond OÚNZ ČK, Ú-86, přírůstek č. j. 34/2002, bal. 5, (neuspoř.)*. SOKA Český Krumlov.
- Komentář k výkazu MZd o činnosti psychiatrického oddělení polikliniky v Českém Krumlově za 1. pol. 1965. (10. 7. 1965). *Fond OÚNZ ČK, Ú-86, přírůstek č. j. 34/2002, bal. 4 (neuspoř.)*. SOKA Český Krumlov.
- Komentář k výkazu MZd o činnosti psychiatrického oddělení polikliniky v Českém Krumlově za 2. pol. 1965. (17. 1. 1966). *Fond OÚNZ ČK, Ú-86, přírůstek č. j. 34/2002, bal. 4, (neuspoř.)*. SOKA Český Krumlov.
- Křemen, P. (Režisér). (2015). *LSD made in ČSSR*, <https://www.youtube.com/watch?v=ZhdS6vC5Cok>, staženo dne 15. 8. 2016 [Film].
- Kubiček, V. (1965). Deset zásad o abstinenci. *Zápisy z Apolináře. Léčebná pomůcka*, 15 (6–9), 128–133.
- Kubiček, V. (1972a). Činnost PL v Červeném Dvoře. *Červenodvorská cesta. Léčebná pomůcka*, 15 (33), 4.
- Kubiček, V. (5. 2. 1970b). Činnost PL v Červeném Dvoře. *Fond ONV ČK, Ú-39, přírůstek č. j. 188/1984, bal. 21*. SOKA Český Krumlov.
- Kubiček, V. (5. 7. 1967). Komentář k výkazu MZd o činnosti PL za 1. pol. r. 1967. *Fond OÚNZ ČK, Ú-86, přírůstek č. j. 34/2002, bal. 5*. SOKA Český Krumlov.
- Kubiček, V. (5. 7. 1968). Komentář k výkazu o činnosti PL za 1. pol. r. 1968. *Fond OÚNZ ČK, Ú-86, přírůstek č. j. 34/2002, bal. 5*. SOKA Český Krumlov.
- Kubiček, V. (8. 1. 1973). Komentář k výkazu MZd za 2. pololetí r. 1972. *Fond OÚNZ ČK, Ú-86, přírůstek č. j. 34/2002, bal. 5*. SOKA Český Krumlov.
- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In: Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Kupka, A. (1977). Informace pro budoucí pacienty. *Červenodvorská cesta. Léčebná pomůcka*, 17–18, 4–6.
- Lamačová, J. (1976). Těžké začátky léčebny. In: *10 let psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Almanach k 10. výročí PL Červený Dvůr*. (stránky 38–39). Pracovní komise PL ČD. Tisk: Jihočeské tiskárny, n. p., Č. Budějovice, provoz 3, Prachatice.
- Léčebna ze zámku. (21. 7. 1966). *Jihočeská pravda*, 22 (173).
- LSD made in ČSSR. Výzkum a zneužívání psychotropních látek v období komunistického režimu – seminář*. (2016). Načteno z Ústav pro studium totalitních režimů: <https://www.ustrcr.cz/prednasky-ustr/cyklus-verejnych-historickych-seminaru-2016/lsd-made-in-cssr/>, staženo dne 16. 5. 2017.
- Mařová, A. (15. 9. 2016). *Osobní rozhovor*. (A. Debnar, Tazatel)
- Mioviský, M. (2003). Halucinogenní drogy. In: K. Kalina & J. Radimecký, *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (stránky 169–173). Praha: Úřad vlády ČR.
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mioviský, M., Popov, P. & Šejvl, J. (2018). *Klinika adiktologie „U Apolináře“ v perspektivě 70letého vývoje*. Praha: Tiskárny Havlíčkův Brod.
- Oddělení dle diferenciací pacientů v léčbě. (n. d.). *Psychiatrická léčebna Č. Dvůr*. Interní dokument PL.
- Pahnke, W., Kurland, A., Unger, S. & Savage, C. (1970). The experimental use of psychedelic (LSD) psychotherapy. In: J. Gamage & E. Zerkín, *Halucinogenic drug research: Impact on science and society*. Beloit, WI: STASH Press.
- Pánek, J. (1996). *Poslední Rožmberk*. Praha: Brána.
- Park podle archivu. (10. 2. 1966). *Jihočeská pravda*, 22 (35).
- Pavlin, J. (1976). Místo léčebny v soustavě zdravotnických zařízení. *10 let psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Almanach k 10. výročí PL Červený Dvůr*. Pracovní komise PL ČD. Tisk: Jihočeské tiskárny n. p. Č. Budějovice, provoz 3, Prachatice.

Popov, P., Heller, J. & Pecinová, O. (11. 10. 2011). *40 let specializované léčby závislých žen v Lojovicích a v Apolináři*. Načteno z Všeobecné fakultní nemocnice v Praze: <http://www.vfn.cz/priloha/4f2a77032d8c0/tz-40-let-olz.pdf>, staženo dne 16. 5. 2017.

První pacienti. (7. 7. 1966). *Jihočeská pravda*, 22 (161).

Richter, M. (1972). Nástup. *Červenodvorská cesta. Léčebná pomůcka*, 19–20, stránky 121–122.

Roubíček, J. (1961). *Experimentální psychosy*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

Řezníček, V. (10. 7. 1966b). Komentář k výkazu o činnosti psych. odd. v 1. pol. r. 1966. *Fond OÚNZ ČK, Ú-86, přírůstek č. j. 34/2002, bal. 4*. SOKA Český Krumlov.

Řezníček, V. (1999). Vznik PL v zámku Červený Dvůr. *Interní dokument PL*.

Řezníček, V. (9. 1. 1967). Komentář k výkazu o činnosti psych. odd. polikliniky ČK ve 2. pol. r. 1966. *Fond OÚNZ ČK, Ú-86, přírůstek č. j. 34/2002, bal. 4 (neuspoř.)*. SOKA Český Krumlov.

Silvestr 1966. (1981). *Červenodvorská cesta. Léčebná pomůcka*, 15 (33), 29–31.

Skála, J. (1957). *Alkoholismus*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

Skála, J. (1967). Zpráva o činnosti Apolináře za r. 1966. *Zápisy z Apolináře. Léčebná pomůcka*, 17 (1), 24–27.

Skála, J. (1968c). Výroční zpráva o prvním roce činnosti PAL v ČD. *Zápisy z Apolináře. Léčebná pomůcka*, 18 (1), 22–23.

Skála, J. (1968d). Zpráva o činnosti PAL ČD ve 4. čtvrtletí 1967. *Zápisy z Apolináře. Léčebná pomůcka*, 18 (1), 28–30.

Skála, J. (1968e). Zpráva o spolupráci PA oddělení ČD a Apolinář v červenci a září 1967. *Zápisy z Apolináře. Léčebná pomůcka*, 18 (1), 24–27.

Skála, J. (1971). Zpráva o činnosti PL v ČD od září 1969 do září 1970. *Zápisy z Apolináře. Léčebná pomůcka*, 20 (1–3), 54–58.

Skála, J. (1977). Běh pro zdraví při rehabilitaci alkoholiků. *Praktický lékař*, 57 (18), str. 658–659.

Skála, J. (1989a). Červený Dvůr. *Zápisy z Apolináře. Kronika AAA. Léčebná pomůcka*, 38 (1–6), 178–180.

Šálek, J. (19. 2. 1959). Odstranění závad v zámku a parku Červený Dvůr. *Spis Červený Dvůr, park*. NPÚ, ÚOP České Budějovice, hlavní spisovna.

Šejvl, J., Miovský, M. (2017). Nejstarší specializované lůžkové zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu na historickém území Čech a Moravy: případová studie protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911–1915). *Adiktologie*, 17 (2), p. 134–146.

Vaněček, J. (1976). Šest let od zřízení dvou oddělení léčebny. In: *10 let psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Almanach k 10. výročí PL Červený Dvůr*. (stránky 25–27). Pracovní komise PL ČD. Tisk: Jihočeské tiskárny, n. p., Č. Budějovice, provoz 3, Prachatice.

Večer Hector Berlioz. (1981). *Červenodvorská cesta. Léčebná pomůcka*, 33, 11–12.

Víte o tom, že. (1972). *Červenodvorská cesta. Léčebná pomůcka*, 1, 11–12.

Vlček, P. (1999). *Ilustrovaná encyklopedie českých zámků*. Praha: Nakladatelství Libri.

Vojtěchovský, M. (1966). Co přináší pro psychiatra pokus s halucinogeny na sobě. *Československá psychiatrie* 62 (5), 303–307.

Vyčíslení nákladů. (1966). *Fond ONV ČK, Ú-39, přírůstek č. j. 188/1984, bal. 21*. SOKA Český Krumlov.

Wala, P. (2001). Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc.: Na alkoholu není nic pozitivní. Dostupné z <http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/lekari/skala-doc-mudr-jaroslav-skala/ze-zivota-zivotni-pribeh-doc-mudr-jaroslav-skala/1395-doc-mudr-jaroslav-skala-csc-na-alkoholu-neni-nic-pozitivniho.html>, staženo dne 26. dubna 2017.

Z deníků pacientů: Z. M. (1971). Zápisy z Apolináře. *Léčebná pomůcka*, 20 (5–6), 154–155.

Záloha, J. (1991). *Zámecký park u Červeného Dvora*. Archivní rešerše. SOA Třeboň, pobočka Český Krumlov.

Zápis z jednání o organizačním začlenění a zásadách provozního řádu PAL Červený Dvůr. (2. 7. 1966). *Fond ONV ČK, Ú-39, přírůstek č. j. 188/1984, bal. 21*. SOKA Český Krumlov.

Zoulová, E. (16. 2. 1972). Restaurátorská zpráva o způsobu a průběhu prací na restaurování tapet v Ranním salonku zámku Červený Dvůr u Českého Krumlova. *Restaurátorská zpráva, sig. RZ 230*. NPÚ, ÚOP České Budějovice, specializovaná spisovna restaurátorské dokumentace.

Chemsex as Sexualised Substance Abuse

Uholýeva, X.

Česká společnost AIDS pomoc
Prev-Centrum, z. ú.

Citation | Uholýeva, X. (2018). Chemsex jako sexualizované užívání návykových látek. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 148–157.

Summary | Chemsex is one of many forms of sexualised substance abuse. It is associated with the gay community, frequent group sex, and a typical mix of addictive substances. While not a new phenomenon, chemsex has been on the rise in recent years. There is a specific subculture in which chemsex is beginning to be a synonym for sex. Dating applications such as Grindr play a significant role in the rise of chemsex. The motivation for chemsex has several layers: on the surface there is the desire for better, longer, more intensive sex, while underneath lies the need to establish contacts with other people and, even deeper,

the effort to avoid unpleasant emotions. High-risk sexual behaviours such as unprotected sex (inconsistent condom use or barebacking), very hard sex, and crossing boundaries (rape) seem to have become part of the chemsex culture. Substances used during chemsex always include stimulants and usually gamma-hydroxybutyrate. Chemsex requires specific harm reduction approaches. As a multi-faceted phenomenon, it can hardly be dealt with effectively without the relevant services going beyond the established practice framework and addressing both “chems” and sex.

Keywords | Chemsex – Crystal meth – Men who have sex with men – HIV – Stigma

Submitted | 21 May 2018

Accepted | 1 November 2018

Grant support | Community project “Men who have sex with men”

Correspondence address | Xenie Uholýeva, Ph.D., Železná 146/6, 250 02 Brandýs nad Labem-Stará Boleslav, Czech Republic

uholyeva@centrum.cz

Chemsex jako sexualizované užívání návykových látek

Uholyeva, X.

Česká společnost AIDS pomoc
Prev-Centrum, z. ú.

Citace | Uholyeva, X. (2018). Chemsex jako sexualizované užívání návykových látek. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 148–157.

Souhrn | Chemsex je jedna z mnoha podob sexualizovaného užívání návykových látek, je specifický svou vazbou na gay komunitu, častým výskytem skupinového sexu a typickým mixem užívaných návykových látek. Chemsex jako jev není nový, ale v posledních letech je na vzestupu. Vznikají specifické subkultury, kde sex začíná být totéž co chemsex. Výraznou roli v rozvoji chemsexu hrají seznamovací aplikace, jako je Grindr. Motivace k chemsexu má více vrstev, na povrchu leží snaha o lepší, delší, intenzivnější sex, hlubší je potřeba navazovat kontakty s jinými lidmi, ještě hlouběji je snaha vyhnout se nepříjemným emocím.

S chemsexem díky intoxikaci účastníků a specifické atmosféře souvisí rizikové sexuální chování, jako je nechráněný sex (nedůsledné použití kondomu nebo barebacking), tvrdší sexuální praktiky, překračování hranic (znásilnění). Základní návykové látky užívané během chemsexu jsou stimulancia a gama-hydroxybutyrát. Chemsex vyžaduje specifickou praxi v oblasti harm reduction. Chemsex je komplexní jev, který i od služeb vyžaduje překročení zažitého rámce, například propojení adiktologických a sexuologických služeb, práci jak s „chems“, tak se sexem.

Klíčová slova | Chemsex – Pervitin – Muži, kteří mají sex s muži – HIV – Stigma

Došlo do redakce | 21. května 2018

Přijato k tisku | 1. listopadu 2018

Grantová podpora | Komunitní projekt Muži mající sex s muži

Korespondenční adresa | Mgr. Xenie Uholyeva, Ph.D., Železná 146/6, 250 02 Brandýs nad Labem-Stará Boleslav

uholyeva@centrum.cz

1 ÚVOD

Prezentovaný literární přehled obsahuje obecné informace o chemsexu a slouží jako úvod do problematiky pro odborníky z praxe. Cílem studie je zhustit, systematizovat a interpretovat existující poznatky o chemsexu se zaměřením na evropské prostředí. Vysvětlíme, co je to chemsex, jaké má dopady, popíšeme motivaci uživatelů a jejich potřeby v systému péče. Zabývali jsme se výzkumnými zjištěními a sděleními z praxe, sdílenými na platformě European ChemSex Forum a na druhé evropské konferenci o chemsexu v Berlíně (2018), literaturou o chemsexu z databáze EBSCO a dalšími články z různých databází, které se objevily v průběhu psaní této přehledové práce. Největší část práce na přehledové studii proběhla ve druhém čtvrtletí roku 2018.

2 CO JE CHEMSEX

Chemsex v širším pojetí je sexualizované užívání návykových látek (jednotlivcem, dvojicí, skupinou). Spojení mezi sexem a návykovými látkami není nové, například sex pod vlivem alkoholu je běžný a společností dobře přijímaný. Jsou páry, které si dávají kokain „na sex“, muži a ženy, kteří tráví dny a noci tak, že se skleničkou alkoholu v ruce posílají cizím lidem své erotické fotky, také prostitutky a jejich klienti užívají stimulancia, aby zrychlili navazování kontaktu. Chemsex v užším pojetí je specifický svou vazbou na gay komunitu, rizikovými sexuálními praktikami, velkým počtem sexuálních partnerů, častým výskytem skupinového sexu a užíváním určitého mixu nelegálních návykových látek. Některé definice mluví o chemsexu přímo jako o sexu mezi muži pod vlivem návykových látek (Bourne et al., 2014).

„Chems“ (v českém prostředí „chemka“) odkazuje k návykovým látkám (chemikáliím). Některé definice chemsexu zahrnují výčet konkrétních návykových látek, nejčastěji pervitin (případně mefedron nebo jiná stimulancia), gamma-hydroxybutyrate (GHB)/gamma-butyrolactone (GBL) a ketamin (například Glynn et al., 2018). Jiné definice, které kladou důraz na užívané návykové látky, postupují vylučovací metodou a za součást chemsexu považují všechny drogy užívané při nebo těsně před sexem, s výjimkou alkoholu, konopí a poppers (například Knopps et al., 2015). Setkáváme se dokonce s definicemi, kde chemsex je chápán jako specifická (vázaná na sexuální kontext) forma rekreačního užívání návykových látek (Hockenhull, Murphy a Paterson, 2017). Zdá se, že v komunitě mužů, kteří mají sex s muži (dále MSM) v Londýně (Stuart, 2013) je metamfetamin (pervitin) užíván prakticky jenom v sexuálním kontextu (99 % respondentů), GHB/GBL ve většině případů (85 % respondentů), mefedron ve většině případů (75 % respondentů). V tomto textu budeme mluvit o chemsexu v užším pojetí jako o specifické formě sexualizovaného užívání návykových látek v komunitě mužů, kteří mají sex s muži, a zaměříme se na pro Česko aktuální pervitin, GHB/GBL a také na ketamin.

Nejrizikovější podoba chemsexu je „drug sex party“, kde sexualizované užívání NL probíhá ve skupině. Taková party může trvat i několik dní, často zahrnuje více partnerů a rizikové sexuální chování. Přestože chemsex není jenom chemsex party (chemsex je i užívání ve dvojici nebo individuálně při masturbaci), větší počet partnerů je součástí chemsexové kultury. Stuart (2013) uvádí počet 5 až 10 sexuálních partnerů během jedné epizody užití NL v sexuálním kontextu v Londýně. Podle Pakianathana (2018) téměř dvě třetiny jeho pacientů z kliniky pro sexuálně přenosná onemocnění se při chemsexu zúčastnili i skupinového sexu.

Za chemsexové „velmoci“ v rámci Evropy jsou považována velkoměsta, jako je Londýn, Barcelona, ale i Berlín. Mezi českými městy je z hlediska výskytu chemsexu nejvýznamnější Praha. Vyprávění současných a bývalých účastníků chemsex party (tzv. anecdotal evidence) z Česka a jiných evropských zemí odkazují k normalizaci užívání NL v sexuálním kontextu, takže muži, kteří hledají nezávazný sex s muži a nechťejí užívat NL, se cítí odmítáni. Knoops et al. (2015) realizovali kvalitativní výzkum mezi dlouhodobými uživateli chemsexu, ukázalo se, že čtvrtina z nich se vůbec poprvé setkala s nelegálními NL právě při chemsexu. I mnozí čeští muži se poprvé setkávají s pervitinem při chemsexu.

Chemsex není nový ani masový jev, ale je na vzestupu: v posledních letech došlo k nárůstu užívání NL v kontextu chemsexu (Sewell, Cambiano a Miltz, 2018; Glynn et al., 2018). Značný nárůst úmrtí spojených s užitím GHB/GBL v Londýně v posledních letech je možné interpretovat jako známku rozšíření chemsexu (Hockenhull, Murphy a Paterson, 2017). V roce 2014 se první zmínka o chemsexu objevila i ve zprávě Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (2014). V USA došlo k rozšíření chemsexu (v tamních podmínkách „party and play“) a problémů s ním spojených dříve než v Evropě (někdy v letech 2000–2005).

3 POTÍŽE SPOJENÉ S RIZIKOVÝM SEXUÁLNÍM CHOVÁNÍM PŘI CHEMSEXU

Nechráněný sex je v rámci chemsexu běžný. Může jít o nedůsledné používání kondomu, kdy únava, intoxikace a atmosféra během chemsexu vedou k neschopnosti dodržet pravidla bezpečného sexu. Ale nechráněný sex může být také vědomým a dopředu učiněným rozhodnutím. Termín barebacking se připisuje pornohvězdě Scottovi O'Harovi, který ho ve své knize Autopornography, vydané v roce 1997, použil pro označení sexu bez kondomu mezi HIV pozitivními muži (Bauermeister et al., 2009). Původně pojem z jízdy na koni (bez sedla) vyvolává představu neohroženého kovboje, mytickou reprezentaci muže, který si vystačí sám. V souvislosti s barebackingem se, podobně jako v souvislosti s chemsexem, mluví jak o dosažení příjemných prožitků, tak o vyhnutí se nepříjemným prožitkům, například erotizace rizika je spojená s pocitem viny (Bauermeister et al., 2009; Shernoff, 2005).

O barebackingu se hodně diskutuje jako o rizikovém chování MSM, ale týká se vlastně jen malé části gay komunity: například ve Švédsku jen 10 % účastníků online průzkumu uvedlo, že praktikovali barebacking v průběhu posledního roku, v Londýně 12 % respondentů (Berg, Tikkanen, Ross, 2011). V jiném švédském výzkumu (Persson et al., 2016) třetina respondentů uvedla nechráněný anální sex v posledních měsících. V New Yorku důsledně použití kondomů požadovalo jen 23 % žen, které provozoaly anální sex, ale 61 % MSM (Clarke, 2011).

Stuart (2013) poukazuje na to, že při hledání příležitosti k chemsexu hodně uživatelů používá „bareback“ stránky, kde jsou běžně dostupné NL a kde není zvykem mluvit o HIV. V Londýně lidé, kteří přiznávali zkušenost s chemsexem, měli mnohem častěji nedávno diagnostikované HIV (Pakianathan et al., 2018; Glynn et al., 2018), ale v jiných studiích rozdíly v počtu nově diagnostikovaných případů HIV mezi skupinou se zkušenostmi a bez zkušeností s chemsexem jsou minimální (Drückler et al., 2018). MSM komunita je dlouhodobě disproportčně zasažená HIV (Persson et al., 2016; Maulsby et al., 2013). Zároveň se zdá, že v poslední době AIDS ztratil svou smrtící reputaci, mladými muži je vnímán spíše jako chronické onemocnění (Shernoff, 2005; Clarke, 2011; Turban, 2018). Muži, kteří už jsou HIV pozitivní, jsou zranitelní vůči chemsexu, protože sexualizované užívání pervitinu jim umožňuje dočasně kompenzovat snížení vitality, potíže s nalezením dlouhodobého partnera, nízkou sebevědomí (Fawcett, 2016, p. 18). Stuart (2013) vidí značné epidemiologické nebezpečí chemsexu v tom, že HIV pozitivní muži (kteří pravděpodobně nevědí, že jsou HIV pozitivní, ani jak velká je jejich aktuální virová nálož) mají nechráněný sex s více partnery pod vlivem NL. Další sexuálně přenosné nemoci mohou učinit HIV negativní lidi zranitelnějšími vůči viru HIV nebo zhoršit zdraví HIV pozitivních mužů. Opakovaná několikadenní účast na chemsex party postupně vede k celkovému zhoršení zdravotního stavu kvůli horší adherenci k léčbě onemocnění, které účastník už má (HIV, HCV, ale i další chronická nebo i běžná a snadno léčitelná bakteriální onemocnění).

Novým problémem pro komunitu MSM je virová hepatitida typu C, podle Pakianathana et al. je HCV častější u MSM, kteří přiznávali chemsex v posledních 13 měsících (ale v jejich vzorku bylo jen velmi málo HCV pozitivních respondentů). Sexuální přenos HCV je považován za vzácný, ale v rámci chemsexu se objevily nové možnosti sexuálního přenosu (Page a Nelson, 2016). Existuje riziko přenosu HCV z jednoho receptivního partnera (bottom) na jiného, kdy po dlouhé a tvrdé anální penetraci nebo fistingu kapičky krve mohou ulpívat na pubickém ochlupení nebo ruce insertivního partnera (top), a v případě, že aktivní partner se dostatečně neočistí a nedezinfikuje, dochází k přenosu viru mezi dvěma „bottoms“ (Knoops et al., 2015). V případě i.v. užívání dochází k přenosu HCV přes sdílené jehly a paraferniále. Jiná sexuálně přenosná onemocnění (kapavka, syfilis) se také častěji vyskytují u MSM, kteří přiznali chemsex v posledních 13 měsících (Pakianathan et al., 2018). Mnozí uživatelé chemsexu jsou

smířeni se sexuálně přenosnými onemocněními, berou je jako součást svého životního stylu (Knoops et al., 2015). Zdá se, že rizikové sexuální chování nesouvisí přímo se znalostmi o rizicích, kterými uživatelé disponují (Persson et al., 2016).

Další skupinu potíží tvoří problémy se samotným sexem. Poruchy erekce, neschopnost dosáhnout vzrušení bez NL, postupné zhoršování sexuálního prožitku. Chemsex, který zpočátku je popisován jako lepší, delší, intenzivnější sexuální zážitek, postupně začíná být bezduchý a mechanický (Chakelian, 2017). Snad nejznámější chemsexová anekdota popisuje muže, který si domlouvá další schůzku na Grindr ještě v průběhu soulože. Knoops et al. (2015) popisují sexuální sobeckost pod vlivem pervitinu, kdy uživatel nemá zájem o nic jiného než o uspokojení vlastních potřeb. Pro řadu dlouhodobých účastníků chemsexových party je sex bez návykových látek nudný nebo příliš krátký, mají potíže s dosažením sexuálního vzrušení bez NL (Stuart, 2014). Když se ptáme dlouhodobých uživatelů chemsexu na to, kdy naposledy měli střízlivý sex, často se dozvíme, že to bylo před řadou let (Stuart, 2018). Uživatelé pervitinu pak věří, že jejich sexualita je nenávratně poškozená, obávají se, že sex bez pervitinu už nikdy nebude takový jako dřív, že budou odsouzeni k nesmyslnému vanilkovému sexu a k neustálému boji s euforickými vzpomínkami na chemsex (Fawcett, 2016, p. 14).

Dlouhodobým uživatelům chemsexu se často stává, že mají sex s lidmi, se kterými nemají žádný vztah ani s nimi nezažijí žádnou interakci, která přímo nesouvisí se sexem, například společná večeře, spát v jedné posteli (Stuart, 2018). Dlouhodobí uživatelé popisují chemsex jako plastový sex bez významu. Nedostatek dlouhodobých vztahů, problém s nalezením životního partnera může být ovšem jak příčinou, tak následkem dlouhodobého a intenzivního zapojení do chemsexu. Postupně uživatelé pervitinu ztrácejí zájem o sex s jinými lidmi, jejich sexuální život se nakonec omezuje na chat, sledování porna, masturbaci (Knoops et al., 2015).

Užívání NL a atmosféra během chemsexu vede k neuváženým rozhodnutím. Ward a Evansová na Chemsex fóru v Berlíně (2018) mluvili o nechtěných sexuálních zkušenostech ve spojitosti s chemsexem: lidé pod vlivem GHB/GBL a ketaminu (tím spíše, když jsou předávkovaní) nemusí být ve stavu, kdy jsou schopni poskytnout vědomý souhlas nebo nesouhlas se sexem, někdy účastníci mají pocit, že mít sex je za daných okolností nutné. Při chemsexu často chybí prostor pro dohodu o tom, co je ještě přípustné a které hranice se nebudou překračovat (Zane, 2017). Drtivá většina znásilnění na chemsex party se nikdy nenahlásí kvůli obavám z přístupu policie (stigma, předsudky, zpochybňování svědectví po užití drog, pátrání po původu nelegálních drog). Trauma ze znásilnění, o kterém není možné mluvit, může vést k tendenci uniknout, často do dalších chemsex party. Někteří lidé si nepamatují, co dělali při chemsexu, jiní cítí vinu a stud poté, co překročili vlastní hranice. Nevědí, zdali šlo o zná-

silnění, nebo všechno bylo „součástí hry“. Paradoxem je, že právě překročení hranic, které může vést k nechtěným sexuálním zkušenostem, se uvádí mezi hlavními benefity chemsexu (Knoops et al., 2015).

Dlouhodobé negativní následky chemsexu se mohou projevovat v práci (absence nebo špatný výkon po víkendových jízdách), v oblasti fyzického a psychického zdraví (dlouhodobé zhoršení zdravotního stavu, deprese, nízká sebevědomí, pocity viny), ve vztazích (nemožnost navázat vztah, který vydrží) a v sexu (potíže se sexuální apetencí). Krátkodobě jde zejména o sexuální přenosná onemocnění a o původně nezamýšlené, nechtěné a traumatizující sexuální zážitky. O rizicích, spojených přímo s užíváním NL, mluvíme v další části textu.

4 POTÍŽE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK PŘI CHEMSEXU

U závislostního sexuálního chování se uvádí komorbidita kolem 40 % s látkovými závislostmi (Carnes, Murray a Charpentier, 2005). Rituály spojené se sexuálním závislostním chováním a se závislostí na návykových látkách se postupně překrývají, závislost na sexu a závislost na NL postupně fúzí (tamtéž). Časem se objevuje řada potíží, které souvisejí přímo s NL užitými během chemsexu. Před několika lety Stuart (2013) zaznamenal změnu NL užívaných MSM. V letech 2004/2005 nejčastěji užívanými NL ve velké Británii byly kokain, extáze a ketamin, pervitin se v komunitě MSM (v UK) naopak prakticky nevyskytoval, GHB/GBL užívaly jen výjimky (3 z 200 lidí). Od let 2013/2014 tři nejproblematictější drogy už jsou mefedron, pervitin a GHB/GBL – jedná se o návykové látky, které jsou typické pro chemsex (Stuart, 2014). Podle Stuarta (2014) vede tento vývoj ke zhoršení potíží spojených s užíváním NL v komunitě MSM. NL užívané při chemsexu jsou lokálně specifické. Česká společnost AIDS pomoc mapovala užívání NL ve spojitosti se sexem v komunitě MSM, ukázalo se, že nejčastěji se v souvislosti se sexem užívá pervitin (14 % respondentů), extáze (12 %), GHB/GBL (8 %), mefedron (3 %), u další skupiny respondentů (15 %), která uváděla „jiné NL“, hádáme, že šlo o alkohol, konopí nebo poppers (chemsex drogy-info, 2016). V Dánsku (Knoops et al., 2015) se při chemsexu užívá pervitin, kokain, mefedron (a jiné syntetické katinony jako 3-MMC, 4-MEC), GHB/GBL, ketamin (a methoxetamine), extáze.

Pervitin, jehož výskyt byl dříve historicky omezený na území Česka a Slovenska, se začíná užívat i v jiných evropských zemích (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2016) a je důležitou součástí chemsex kultury (Knoops et al., 2015). Prevalence užívání pervitinu mezi MSM je neznámá – 5 až 29 %, výsledky studií se liší podle toho, jakým způsobem se rekrutuje výzkumný vzorek (Melendez-Torres, 2016; Drückler et al., 2018). Význam pervitinu pro chemsex v Česku potvrzuje průzkum realizovaný Českou společností AIDS pomoc

(2016): respondenti měli vysvětlit, co je pro ně chemsex, a pokud ve své odpovědi uváděli nějaké konkrétní návykové látky spojené s chemsexem, nejčastěji zmiňovali pervitin. Pervitin (*crystal meth, meth, Tina*) a jiná stimulantia umožňují „sexovat“ déle a energičtěji. Pervitin dokáže (dočasně) transformovat někoho, kdo si připadá osamělý, unavený, neviditelný, neatraktivní (Fawcett, 2016, p. 18). Díky pervitinu uživatel sice pocítí příval energie a je schopen několik dní nespát, ale mívá problémy s erekcí (Hammoud et al., 2018), proto většina uživatelů pervitinu na chemsex party běžně užívá Viagra a další léky na poruchy erekce (Knoops et al., 2015). Pod vlivem pervitinu si lidé často rozmyslí použití kondomu, ať už kvůli tonu, že barebacking je norma u partnerů-uživatelů, kvůli unesení euforií a pocitem neporazitelnosti, ale i z praktických důvodů, protože během několikadenní chemsex party není možné neustále měnit kondomy (Knoops et al., 2015). Sex pod vlivem stimulantů bývá tvrdší a agresivnější, častější je skupinový sex a také aktivity, jako je fisting nebo BDSM (Knoops et al., 2015). S pervitinem související vysychání sliznic znamená, že vysychá i hlen v rektu, při sexu pak spíše vzniknou drobné oděrky, a to zvyšuje riziko přenosu hepatitid a HIV (Knoops et al., 2015). V rámci harm reduction se pak doporučuje používat větší množství lubrikantu nebo měnit kondomy po 15 minutách. V mnoha evropských zemích je jednou z nejtypičtějších NL pro chemsex mefedron (Knoops et al., 2015; Bourne et al., 2014), rizika jsou podobná jako u pervitinu včetně rozvoje toxických psychóz (Dolengevich-Segal et al., 2016).

GHB (gama-hydroxybutyrát) bylo původně vyvinuto jako anestetikum, ale brzy se přestalo používat kvůli vedlejším účinkům. GBL (γ -butyrolakton) je chemické rozpouštědlo, ze kterého se vyrábí GHB přidáním hydroxidu sodíku a destilované vody, v těle se GBL velmi rychle mění na GHB (Bakker a Brecksema, 2018). Člověk pod vlivem GHB/GBL (slangově *G*, *Gina* nebo *tekutá extáze*) je zpočátku euforický, uvolněný, hovorný, vzrušený, ale jedná se o tlumivou návykovou látku. GHB/GBL se většinou užívá rekreačně, při pravidelném užívání se může vyvinout fyzická a psychická závislost. Nejčastěji se tyto látky vyskytují v podobě tekutiny slané chuti, která se přidává do nápojů, vzácně i v podobě prášku rozpustného ve vodě (Bakker a Brecksema, 2018). Je důležité vědět, zdali člověk užívá GHB nebo GBL (GBL je silnější), ale také jaká je koncentrace GHB. Dávkování těchto látek je obtížné, i 1 ml navíc může způsobit bezvědomí až úmrtí. Hammoud a kolektiv (2017) zkoumali užívání návykových látek v gay komunitě v Austrálii, ukázalo se, že 34 % respondentů, kteří užívali GHB, se někdy předávkovali. Podstatným rizikem je kombinace GHB/GBL s jinými tlumivými látkami (alkohol, benzodiazepiny, ketamin). „G-nap“ nebo „going KO“ jsou slangové výrazy pro spánek/bezvědomí po užití většího množství GHB/GBL. Většinou se člověk po několika minutách až hodinách probere sám (i proto se v takových případech běžně nevolá záchranná služba), jindy upadne do bezvědomí, dojde k útlumu dechového centra, poruše srdečního rytmu až k úmrtí (Broeks, Voogelaar, Diepen, 2018). Ukazuje se, že největší riziko pře-

dávkování hrozí lidem, kteří užívají GHB pravidelně (více než 200 užití v průběhu života), Tito lidé berou bezvědomí v důsledku předávkování jako součást užívání jak u sebe, tak u jiných (Gaalén, Bruin, Grund, 2015). Kromě velikosti dávky užití najednou je dobré dodržovat i dostatečné časové rozestupy mezi jednotlivými dávkami, alespoň dvě hodiny po GHB a alespoň tři hodiny po GBL (Bakker a Knoops, nedatováno). GHB bývá považováno za „znásilňovací drogu“, ale zdá se, že mezi nahlášenými zločiny, kdy oběť byla pod vlivem GHB/GBL, dominují spíše majetkové trestné činy (Kapitány-Fövény et al., 2017). Nechtěný sex pod vlivem GHB hlásily převážně ženy (tamtéž), autoři se domnívají, že muži sexuální zločiny nehlásí kvůli obavám ze stigmatizace.

Ketamin (slangově „K“, *keta*) je disociativní anestetikum, většinou se vyskytuje ve formě bílého prášku, ale i v tabletách nebo v tekuté formě. Malé dávky vyvolávají mírnou euforii, znecitlivění, zhoršenou kontrolu pohybu. „K-hole“ je nepříjemně prožívané odpojení mysli od těla po užití větší dávky ketaminu. Ketamin užívají častěji „bottoms“ (lidi, kteří jsou při sexu v receptivní roli), protože uvolňuje svaly. Dlouhodobé užívání vede k četným potížím (Bakker a Knoops, nedatováno) psychickým (úzkost, sebevražedné myšlenky) a fyzickým (zánět močového měchýře, poškozená játra a ledviny, dlouhodobé bolesti břicha, tzv. „K-cramps“). V rámci HR se doporučuje začít malou dávkou, nemít plný žaludek (u některých lidí ketamin způsobuje nevolnost), nastavit si minutku (dezorientace a ztráta krátkodobé paměti může způsobit, že člověk užije další dávku příliš brzy), zajistit si před užitím místo, kam se dá sednout nebo lehnout (kvůli typickému kolébání a motání se) a pít dostatek tekutin, protože ketamin může trvale poškodit močový měchýř (Woods, 2018).

Společně se změnou užívaných NL se mění i způsob aplikace – stimulancia jsou častěji aplikovaná i.v. (tzv. *slamming* – odkazuje k metafoře nájezdu jako bouchnutí dveří). Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost ve zprávě z roku 2016 popisuje injekční užívání metamfetaminu společně s jinými stimulanty a GHB/GBL v řadě zemí u malých skupin mužů, kteří mají sex s muži (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2016). Podle Pakianathana et al. (2018) 28 % pacientů dvou londýnských klinik zaměřených na sexuální přenosná onemocnění, kteří přiznávali chemsex v posledních 13 měsících, užívalo NL i.v. (ve skupině pacientů bez chemsexu v poslední době i.v. užívání NL se tykalo jen 0,3 % lidí). Také Knoops et al. (2018) mluví o častém i.v. užívání v kontextu chemsexu ve spojení s nedostatkem znalostí o bezpečnější injekční aplikaci. Je zajímavé, že 4 (z 27) respondenti uvedli, že sdíleli jehly. Ve všech 4 případech to nebylo z důvodu nedostatku čistých injekčních stříkaček, ale kvůli umocnění spojení s lidmi, se kterými sdíleli stříkačku se zbytkem krve (Knoops et al., 2015). Jiné studie uvádějí výrazně nižší výskyt i.v. užívání v kontextu chemsexu, například v Irsku jen 9 % uživatelů chemsexu aplikují i.v. (Glynn et al., 2018).

5 PROČ CHEMSEX

Mnoho lidí (jak gayů, tak heterosexuálů) příležitostně užívá návykové látky kvůli relaxaci nebo oslabení zábran, pro zlepšení nebo prodloužení sexuálního zážitku. Chemsex ani v podobě chemsex party nemusí hned vést k potížím, které jsme popsali. O lidech, kteří nepociťují problémy spojené s chemsexem, toho příliš nevíme, protože se nedostávají do služeb. Když dále v textu budeme mluvit o motivaci k chemsexu, bude se to týkat lidí, kteří spojují řadu svých potíží právě s chemsexem.

Motivaci k chemsexu popisovanou v literatuře můžeme zařadit do pěti širších skupin: a) lepší sex, b) navázat kontakt, c) uniknout nepříjemným emocím, d) najít své lepší Já, e) splynout se subkulturou. Poslední položka je spíše vnější pobídkou.

a) Lepší sex

Sex je významnou součástí gay kultury natolik, že se mluví o její hypersexualizovanosti (Moncrieff, 2014). David Stuart (2018) ve svém příspěvku na Chemsex fóru v Berlíně zdůrazňoval sex jako hlavní pohnutku, proč MSM užívají návykové látky. Chemsex je (zejména zpočátku) prožíván jako zahlcující, vzrušující, osvobozující, delší (pervitin oddálí orgasmus, zatímco erekce je udržována pomocí léků na erektilní dysfunkce), orgasmus jako intenzivnější (Knoops et al., 2015). Mnozí uživatelé ale pod vlivem pervitinu naopak nemohou dosáhnout orgasmu a mají potíže i s erekcí. Důležitá je zaplavující chuť na sex, která přetrvává dlouho po fyzickém vyčerpání (Fawcett, 2016, p. 12). Chemsex umožňuje posouvání vlastních hranic, sexuální explorační, nové a dříve netušené zážitky. Rozdíl mezi sexem a chemsexem uživatelé popisují jako rozdíl mezi černobílou a barevnou televizí.

b) Navázat kontakt

Často zmiňovanou motivací k chemsexu je snadnější navázání kontaktu s jinými muži. Společné užívání prolamuje ledy, rituál jako dříve cigarety – „Nemáš oheň?“ (Procházka, 2017). Téma usnadnění spojení s jinými lidmi díky chemsexu se často objevovalo v diskuzích na Chemsex fóru v Berlíně (2018). Také O'Byrne a Holmes (2010) chápou užívání NL jako způsob, jak překonat úzkost, inhibovanost a další omezení, která brání navazování kontaktu (ne nutně sexuálního) s jinými lidmi. Setkávání se s lidmi během chemsexu uspokojuje (dočasně) hlubší potřebu někam patřit. Primární důraz na sex ale nevede k vytváření skutečných vztahů k lidem. Naopak, když se celá sebedůvěra týká sexuality, člověk se necítí jako kompetentní partner v jiných oblastech (Turban, 2018). Po sexu bez jediného slova přicházejí pocity viny (Turban, 2018), ovlivňuje to sebeúctu a identitu – rychlý způsob jak nebyť sám nakonec může vést k osamělosti.

c) Uniknout nepříjemným emocím

Carnes (2001) si všímá potenciálu sexuálního chování odvádět energii od starých zranění, Fawcett (2016, p. 19) mluví o znečitlivění emočních zranění v kontextu chemsexu. Nepříjemné emoce, jako je hněv a stud, je možné sexualizovat a zbavit se jich díky sexuálnímu uvolnění (Carnes, 2001; Fawcett, 2016). Zdá se, že řada gayů pomocí chemsexu zvládá beznaděj, osamělost, strach z odmítnutí sexuálními partnery, sexuální zájem vlastního partnera o jiné muže, pocity viny za svou sexuální identitu (Deimel et al., 2016; Bauermeister et al., 2009; Turban, 2018). Mnoho mužů si nejsou jistí svou sexuální výkonností, vzezřením, svá přání považují za nesplnitelná. Chemsex jim pomáhá tyto nejistoty překonat (Knoops et al., 2015).

d) Najít své lepší Já

Gayové vedle vývojových úkolů a problémů, které zaměstnávají všechny adolescenty, si musí vytvořit gay identitu v heterocentrickém světě. Thomas et al. (2014) rozlišují 4 stadia formování gay identity: 1) odmítnutí zájmu o stejné pohlaví (nevšímá si, že je přitahován stejným pohlavím, nebo to odmítá akceptovat); 2) internalizovaná homofobie (vnímá náklonnost ke stejnému pohlaví jako postižení, provinění, připadá si psychicky narušený, dostává se do konfliktu se svým hodnotovým systémem, internalizuje odmítnutí); 3) chápe, že je jiný (znovu buduje svou sebeúctu, ale shlíží dolů na ostatní gaye, cítí se jiný než oni, oni mu připadají perverzní); 4) akceptování své sexuality (není to totéž co coming out, naopak, je to vnitřní posun k sebepřijetí, ale i k akceptaci jiných gayů). Nesnáze s přijetím sexuální orientace, ať už společnosti, blízkými lidmi nebo sebou samým se často objevovaly v rozhovorech s uživateli chemsexu v Dánsku (Knoops et al., 2015), například asi třetina respondentů popsala zážitek odmítnutí kvůli homosexualitě v mládí. Podobně vyznívají výsledky kvalitativního výzkumu v Německu (Deimel et al., 2016). Konstrukce gay identity je důležitá proto, že egodystonni gayové mají větší tendenci unikat, tendence unikat pak souvisí s rizikovým sexuálním chováním včetně barebackingu (Thomas et al., 2014). Také Knoops et al. (2015) považují za součást motivace k chemsexu celospolečenské normy přijatelného sexuálního chování (uživatel si bolestně uvědomuje, že jeho sexuální život není společností akceptován). Chemsex pak poskytuje únik od diktátu takové zvnitřněné normy. Internalizovaná homofobie vede k distresu a k excesivnímu hledání přijetí (Turban, 2018). Pocit, že člověk je jiný než ostatní, vede k pocitu osamělosti a sociální izolace, chemsex krátkodobě pomáhá, ale dlouhodobě prohlubuje uživatelův pocit, že vlastně nikam nepatří (Knoops et al., 2015). Zatížení studem sebepojetí je velkým tématem v psychoterapii lidí, kteří se snaží abstinovat od chemsexu (Schneider et al., 2005).

e) Splynout se subkulturou

Dalším aspektem motivace k chemsexu je vliv subkultury. Sociální sítě nebo tematické weby (barebacking) umožňují snadné a rychlé hledání partnerů na chemsex. Zdá se, že mezi lidmi, kteří mají v poslední době zkušenost s chemsexem, převažuje seznamování přes weby a seznamovací aplikace (Glynn et al., 2018; Hickson, 2018). Díky sociálním aplikacím, jako je Grindr, je chemsex hodně viditelný, proto účastníci chemsex party mají dojem, že drtivá většina jiných gayů užívá NL v sexuálním kontextu. Ve skutečnosti jde jen o malou část komunity MSM (Bourne et al., 2014). Profily uživatelů bývají sexuálně explicitní a zahrnují žádoucí sexuální scénáře, čímž zpětně ovlivňují normy pro sexuální chování (Nodin et al., 2011).

6 CHEMSEX JAKO VÝZVA PRO ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY

V současné době panuje mezi odborníky shoda v tom, že lidé, kteří se snaží o abstinenci od chemsexu, neprosívají v běžných adiktologických službách (například Stuart, 2018; Sewell et al., 2018; Moncrieff, 2014; Knoops et al., 2015; Peabody, 2018). Hledají pomoc spíše v místních centrech pro gaye a nevyhledávají specializovaná adiktologická zařízení, přestože jejich služby potřebují (Deimel et al., 2016). Uživatelé chemsexu, kteří se přece jenom do takových služeb dostanou, často předčasně ukončují léčbu (Knoops et al., 2015). Mezi důvody předčasného ukončení abstinence orientované léčby klienti často uvádějí absenci znalostí o chemsexu u pracovníků (Sewell et al., 2018; Knoops et al., 2015). Peabody (2018) připisuje mnoho relapsů tomu, že pracovníci adiktologických služeb pocítují diskomfort při mluvení o sexu.

Uživatelé chemsexu v roli klientů adiktologických služeb postrádají hlubší zamyšlení nad otázkami, proč vlastně užívají návykové látky (Moncrieff, 2014), nikoliv jen kolik a jak často užívají. Domnívají se, že užívají návykové látky z jiných důvodů než mainstreamová populace, proto sami sebe nevnímají jako „typické“ drogově závislé (Sewell et al., 2018; Deimel et al., 2016). Dalším problémem je, že lidé, kteří užívají NL v rámci chemsexu, mají velmi dlouho dojem, že zcela kontrolují své užívání (Procházka, 2018). NL jsou často součástí jejich sexuálního života, životního stylu, je to pro ně normální forma víkendové rekreace. Obecně chtějí mluvit více o sexu než o NL, pro ně jsou důležitá témata přijetí, sexuální závislosti, izolace. Tato populace skutečně má specifické problémy, například více sexuálně přenosných onemocnění, vyšší riziko nákazy HIV, často depresivní a úzkostné potíže. Chemsex je komplexní jev, který i od služeb vyžaduje překročení zažitého rámce, například propojení adiktologických a sexuologických služeb (Stevens a Forrest, 2018), práci jak s „chems“, tak se sexem.

Pokud respondenti dánské kvalitativní studie, realizované Knoopsem et al. (2015), mluvili o úspěšné léčbě, byla to léčba na klinikách, kde personál projevil alespoň

minimální znalost problematiky chemsexu. Pokud jde o skupinovou terapii, zdá se, že uživatelé chemsexu se cítili mnohem lépe ve skupinách se sexuálně závislými pacienty než ve skupinách drogově závislých, kde se báli mluvit kvůli obavám z toho, že jejich sexuální zkušenosti budou odpudivé pro ostatní členy skupiny i pro pracovníky (Knoops et al., 2015). Uvítali by výměnné programy a svépomocné skupiny. Ještě lepší by byl program specificky pro MSM a chemsex (Knoops et al., 2015).

Stuart (2018) doporučuje soustředit se v léčbě na strážlivý sex, na zlepšení sexuálního prožitku (protože chemsex už nepřináší tolik potěšení v době, kdy uživatel vyhledá pomoc), na nalezení kontaktu s vlastními emocemi. Navrhuje změnu narativu gay sexuality z původního „sex mezi gayi je odbržděná, zábavná party bez omezení, kde každý vypadá sexy“ na „lepší sex díky bohatšímu emočnímu životu“. Také Schneider et al. (2005) doporučují v terapii sexuálních závislostí pracovat na rozlišování mezi intenzivními emocemi a adrenalinovým vzrušením.

Uživatel chemsexu má pocit, že jeho sexualita je nenávratně poškozená, nevěří tomu, že by strážlivý sex mohl být pro něj ještě někdy vzrušující. Carnes (2001) upozorňuje na sebedestruktivitu fúze sexu a hněvu, důležité je dostávat se k nepříjemným emocím a ustát je. Dalším tématem v terapii bývá rozvíjení pozitivního sebeobrazu, nezatíženého studem (Schneider et al., 2005). Obavy ze stigmatizace, z odmítnutí a nepochopení pravděpodobně brání uživatelům chemsexu vyhledat pomoc.

Většina účastníků dánského kvalitativního výzkumu (Knoops et al., 2015) hledala informace o NL a harm reduction na internetu (často marně, protože stále není dostatek informací o NL vázaných na chemsexuální kontext), nejčastěji ale přebírali zkušenosti od zkušenějších uživatelů. Podobně vyznívají výsledky online průzkumu České společnosti AIDS pomoc (2016): informace o chemsexu čeští respondenti našli na internetu (28 %), z gay médií (11 %), od sexuálních partnerů (14 %) nebo kamarádů (12 %). Zdá se, že uživatelé chemsexu nevyhledávají primárně adiktologické služby. Pomoci kontaktovat populaci MSM – uživatelů chemsexu, mohou venerologické kliniky a další místa, kde probíhá testování na HIV, STI, HCV. Česká společnost AIDS pomoc nově vytvořila v Praze službu zaměřenou specificky na chemsex, která propojuje poradenství v oblasti léčby a prevence HIV, sexuologii, venerologii, adiktologii, psychoterapii. Současně vzniká web, který bude poskytovat informace o návykových látkách a harm reduction v kontextu chemsexu.

7 ZÁVĚR

O chemsexu zatím víme poměrně málo. Mezi poznatky o chemsexu převažují více nebo méně systematizovaná pozorování odborníků z praxe, více nebo méně reflektované osobní zkušenosti uživatelů a online výzkumy, které sledují prevalenci chemsexu v populaci. Chybí kvalitativní výzkum a systematizace poznatků.

SLOVNÍČEK POJMŮ

Barebacking – záměrný nechráněný anální styk s příležitostným partnerem

Bottom/bottoming – receptivní role při penetrativním análním styku

Coming out – situace, kdy člověk veřejně deklaruje nebo přestává tajit svou menšinovou sexuální orientaci. V českém prostředí se často setkáváme se slovesem „vyautovat se“

Fisting – sexuální aktivita, při které se vkládá ruka (nebo dvě) do rekta sexuálního partnera

Internalizovaná homofobie – souhrn negativních a zraňujících myšlenek a pocitů, které gayové a lesbičky zažívají v souvislosti se svou sexualitou. Homofobie je založená na heterocentrickém postoji k sexualitě

MSM – muži, kteří mají sex s muži, tedy nejenom gayové, ale i bisexuální muži nebo prostitutí

PEP (postexpoziční profylaxe) – využití antiretrovirotik po jednorázovém případě vysoce rizikového chování, aby se zabránilo množení viru HIV a jeho šíření v těle

PrEP (předexpoziční profylaxe) – lék pro HIV negativní osoby, které jsou ve vysokém riziku infekce tímto virem (zejména pro ty, kdo mají vyšší počet sexuálních partnerů)

Slamming – nitrožilní užívání NL (název odkazuje k nájezdu jako k hlasitému bouchnutí dveří)

Top/topping – převzetí aktivní, incertivní role při análním sexu

Vanilla sex – slangový výraz pro konvenční sexuální aktivitu, vanilla partner je ten z partnerů, který upřednostňuje tradičnější sexuální aktivity. Paralela s vanilkovou zmrzlinou je základ

Konflikt zájmů | Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

- Bakker, I. & Brecksema, J. (2018). It ain't just G. *Chems & Sex*, 16–19. Mainline.
- Bakker, I. & Knoop, L. (nedatováno). Chems for him: harm reduction tips on the most commonly used chems. *Chemsex Magazine*. Mainline Foundation.
- Bauermeister, J. A., Carballo-Díéguez, A., Ventuneac, A. & Dolezal, C. (2009). Assessing motivations to engage in international condomless anal intercourse in HIV risk contexts („bareback sex“) among men who have sex with men. *AIDS Education & Prevention*, 21(2), 156–168.
- Berg, R. C., Tikkanen, R. & Ross, M. W. (2011). Predictors of reporting bareback sex among a diverse sample of MSM recruited through a Swedish website. *AIDS Care*, 23(12), 1644–1651, doi:10.1080/09540121.2011.565035.
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres Rueda, S. & Weatherburn, P. (2014). *The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham*. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Broeks, T., Vogelaar, A., Diepen & G., van. (2018). Passing out from G: not all forms of sleep are the same. *Chems & Sex*, pp. 20–21. Mainline.
- Carnes, P. J., Murray, R. E. & Charpentier, L. (2005). Bargains with chaos: ex addicts and addiction interaction disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12(2/3), 79–120.
- Carnes, P. J. (2001). Cybersex, courtship, and escalating arousal: factors in addictive sexual desire. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8(1), 45–78.
- Clarke, C. (2011). Barebacking and being, passion and paradox. *Existential Analysis: Journal Of The Society For Existential Analysis*, 22(2), 244–254.
- Chemsex – drogy-info.cz. (2016). Ziskáno 20. květen 2018, z <https://www.drogy-info.cz/drogova-situace-2015/uzivani-drog-v-populaci-2015/uzivani-drog-ve-specifickych-skupinach-populace-2015/chemsex-2015/>.
- Česká společnost AIDS pomoc (2016). *Nepublikované materiály z online průzkumu Chemsex*.
- Deimel, D., Stöver, H., Höpfer, S., Dichtl, A., Graf, N. & Gebhardt, V. (2016). Drug use and health behaviour among German men who have sex with men: results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduction Journal*, 131–211.
- Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., Gómez-Arnau, J. & Sánchez-Mateos, D. (2016). Severe psychosis, drug dependence, and hepatitis C related to slamming mephedrone. *Case Reports In Psychiatry*, 1–5.
- Drückler, S., van Rooijen, M. S. & de Vries, H. J. C. (2018). Chemsex among men who have sex with men: a sexualized drug use survey among clients of the sexually transmitted infection outpatient clinic and users of a gay dating app in amsterdam, the Netherlands. *Sexually Transmitted Diseases*, 45(5), 325.
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (2014). *Evropská zpráva o drogách 2014: Trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/963/TDAT14001CSN.pdf>
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (2016). *Evropská zpráva o drogách 2016: Trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001CSN.pdf>
- Fawcett, D. (2016). *Lust, men, and meth: a gay man's guide to sex and recovery*. Florida: Healing path press.
- Gaalen, S. van, de Bruin, D. & Grund, J.-P. (2015). *Overdose prevention among people who use ghb at home in the Netherlands and Belgium (2014–2015): an exploration of the personal and environmental characteristics associated with overdosing and the opportunities for risk reduction*. Amsterdam: Mainline Foundation.
- Glynn, R. W., Byrne, N., O'Dea, S., Shanley, A., Codd, M., Keenan, E., ... Clarke, S. (2018). Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *International Journal of Drug Policy*, 52, 9–15.
- Hammoud, M. Bourne, A., Maher, L., Jin, F., Haire B., Lea T., Degenhardt L., Grierson J. & Prestage G. (2017). Intensive sex partying with gamma-hydroxybutyrate: factors associated with using gamma-hydroxybutyrate for chemsex among Australian gay and bisexual men – results from the Flux Study. *Sexual Health*, 15(2), 123–134.
- Hammoud, M. A., Vaccher, S., Jin, F., Bourne, A., Haire, B., Maher, L., Lea, T., Prestage, G. (2018). The new MTV generation: Using methamphetamine, Truvada and Viagra to enhance sex and stay safe. *International journal of drug policy*. In press.
- Hickson, F. (2018). Chemsex as edgework: towards a sociological understanding. *Sexual health*.
- Hockenull, J., Murphy, K. G. & Paterson, S. (2017). An observed rise in γ-hydroxybutyrate-associated deaths in London: Evidence to suggest a possible link with concomitant rise in chemsex. *Forensic Science International*, 270, 93–97.
- Chakelian, A. (2017). The trauma of the chemsex underworld. *New Statesman*, 146(5380), 16–17.
- Knoop, L., Bakker, I., Bodegom R. van, Zantkuijl P. (2015). *Tina & slamming: MSM, crystal meth and intravenous drug use in a sexual setting*. Amsterdam: Mainline, Soa Aids Netherlands.
- Maulsby, C., Sifakis, F., German, D., Flynn, C. P. & Holtgrave, D. (2013). HIV risk among men who have sex with men only (MSMO) and men who have sex with men and women (MSMW) in Baltimore. *Journal Of Homosexuality*, 60(1), 51–68.
- Melendez-Torres, G. J. Bonell, C. Hickson, F. Bourne, A. Reid, D. & Weatherburn, P. (2016). [Accepted Manuscript]. Predictors of crystal methamphetamine use in a community-based sample of UK men who have sex with men. *The International journal on drug policy*.
- Moncrieff, M. (2014) *Out of your mind: improving provision of drug and alcohol treatment for lesbian, gay, bisexual and trans people*. London: Friend.
- Nodin, N., Valera, P., Ventuneac, A., Maynard, E. & Carballo-Díéguez, A. (2011). The Internet profiles of men who have sex with men within bareback websites. *Culture, Health & Sexuality*, 13(9), 1015–1029.
- O'Byrne, P. & Holmes, D. (2010). Desire, drug use and unsafe sex: a qualitative examination of gay men who attend gay circuit parties. *Culture, Health & Sexuality*, 13:1, 1–13.
- Page, E. E. & Nelson, M. (2016). Hepatitis C and sex. *Clinical Medicine*, 16(2), 189–192.
- Pakianathan, M., Whittaker, W., Lee, M. J., Avery, J., Green, S., Nathan, B. & Hegazi, A. (2018). Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Medicine*, 0(0).
- Peabody, R. (2018). *The chemsex response is reshaping sexual health services and reinventing harm reduction*. Aidsmap. <http://www.aidsmap.com/The-chemsex-response-is-reshaping-sexual-health-services-and-reinventing-harm-reduction/page/3253518/>.
- Persson, K. I., Tikkanen, R., Bergström, J., Berglund, T., Thorson, A., Forsberg, B. C. & Bergström, J. (2016). Experimentals, bottoms, risk-reducers and clubbers: exploring diverse sexual practice in an Internet-active high-risk behaviour group of men who have sex with men in Sweden. *Culture, Health & Sexuality*, 18(6), 639–653.
- Procházka, I. (2017). *Chemsex*. Nepublikované materiály.
- Procházka, I. (2018). *Chemsex*. Prezentováno v XXX. bohnické sexuologické dny. Praha.
- Sewell, J., Cambiano, V., Miltz, A. et al. (2018). Changes in recreational drug use, drug use associated with chemsex, and HIV-related behaviours, among HIV-negative men who have sex with men in London and Brighton, 2013–2016. *Sex Transm. Infect. Published Online*.
- Shernoff, M. (2005). The sociology of barebacking. *Gay & Lesbian Review Worldwide*, 12(1), 33–35.
- Schneider, J. P., Sealy, J., Montgomery, J. & Irons, R. R. (2005). Ritualization and reinforcement: keys to understanding mixed addiction involving sex and drugs. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12(2/3), 121–148.

Stevens O. & Forrest J. I. (2018). Thinking upstream: the roles of international health and drug policies in public health responses to chemsex. *Sexual Health* 15, 108–115.

Stuart, D. (2013). Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nursing*, Spring, 6–10.

Stuart, D. (2014). Sexualised drug use by MSM (ChemSex): A toolkit for GUM/HIV staff. *HIV Nursing*. 14. 15–19. https://www.researchgate.net/publication/288651234_Sexualised_drug_use_by_MSM_ChemSex_A_toolkit_for_GUMHIV_staff.

Stuart, D. (2018). *Let's work together*. Prezentováno v 2nd European ChemSex Forum, Berlin.

Thomas, F., Mience, M. C., Masson, J. & Bernoussi, A. (2014). Unprotected sex and internalized homophobia. *Journal Of Men's Studies*, 22(2), 155–162.

Turban, J. (2018). *We need to talk about how Grindr is affecting gay men's mental health*. Získáno 12. květen 2018 z <https://www.vox.com/science-and-health/2018/4/4/17177058/grindr-gay-men-mental-health-psychiatrist>.

Ward, C. & Evans, R. (2018). *What do we know about chemsex and sexual assault, violence, breach of consent and/or rape?* Prezentováno v 2nd European ChemSex Forum, Berlin.

Woods, S. (2018). Do the K-check! *Chems & Sex*, pp. 12–13. Mainline.

Zane, Z. (2017). Blurred lines: chemsex & consent: it's time to talk about the elephant in the room. *Advocate*, Issue 1093.

Sufficiently High Doses of Buprenorphine as the Precondition for Successful Substitution Treatment: a Case Study

Minařík, J.¹, Skořepová, H.²

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

2 | Sananim, NGO, Czech Republic

Citation | Minařík J., Skořepová, H. (2018). Dostatečně vysoká dávka buprenorfinu jako základ úspěchu substituční léčby – kazuistika. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 158–163.

Summary | Opioid users account for approximately one quarter of all the problem (high-risk) drug users in the Czech Republic. Only about 18% of the problem opioid users are registered as being in treatment, out of whom about 70% are maintained on buprenorphine (Mravčík, 2017). The average daily doses are difficult to determine, partly because of the patients' connections with the secondary market, but tend to be generally low (Gluzová, 2014). Both clinical experience (Minařík, 2015) and literature (Fareed, 2012) suggest, however, that sufficient doses of substitution medication are needed to achieve the effective stabilisation of those receiving maintenance treatment. This paper presents a case

study of a patient maintained on 24 mg buprenorphine in the form of Suboxone®, where the sufficiency of the dose is considered the key factor leading to the patient's long-term stabilisation. It should be noted that medication was not the only treatment factor; the patient was also provided with parallel counselling and psychotherapeutic and sociotherapeutic support. While he also received this support repeatedly during his previous treatment episodes, involving both substitution and abstinence treatment, it was not until the administration of a sufficiently high dose of substitution agent that his condition stabilised and his long-term prognosis improved.

Keywords | Buprenorphine-Suboxone® – Substitution treatment – Sufficient dose – Stabilisation – Individualised approach

Submitted | 15 September 2018

Accepted | 1 November 2018

Correspondence address | Jakub Minařík, M.D., Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Apolinářské 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

jakub.minarik@lf1.cuni.cz

Dostatečně vysoká dávka buprenorfinu jako základ úspěchu substituční léčby – kazuistika

Minařík, J.¹, Skořepová, H.²

1 | Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze

2 | Sananím, z. ú.

Citace | Minařík J., Skořepová, H. (2018). Dostatečně vysoká dávka buprenorfinu jako základ úspěchu substituční léčby – kazuistika. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 158–163.

Souhrn | Uživatelé opioidů tvoří celkem asi čtvrtinu všech problémových uživatelů drog v ČR. V substituční léčbě je evidováno jen asi 18 % z problémových uživatelů opioidů, z tohoto počtu asi 70 % je substituováno buprenorfinem (Mravčík, 2017). Průměrná denní dávka bývá nízká a lze ji komplikovaně určit, mimo jiné i díky sekundárnímu trhu, který je na pacienty navázán (Gluzová, 2014). Klinická zkušenost (Minařík, 2015) i literární údaje (Fareed, 2012) přitom mluví o potřebě dostatečného dávkování substituční látky, aby mohli být substituováni dostatečně stabilizováni. V příspěvku předkládáme kazuistiku pacienta substituovaného 24 mg buprenorfinu ve

formě Suboxone®, kde dostatečnou dávku vnímáme jako klíčový faktor, který vedl k dlouhodobé stabilizaci pacienta. Podotýkáme, že preparát nebyl jediným léčebným faktorem, pacientovi byla poskytnuta současně poradenská, psychoterapeutická a socioterapeutická podpora. Ta mu byla poskytnuta opakovaně i v minulosti, jak v substituční, tak abstinenčně orientované léčbě, ale až s dostatečnou dávkou substituční látky došlo ke stabilizaci stavu a zlepšení dlouhodobé prognózy.

Klíčová slova | Buprenorfin-Suboxone® – Substituční léčba – Dostatečná dávka – Stabilizace – Individualizovaný přístup

Došlo do redakce | 15. září 2018

Přijato k tisku | 1. listopadu 2018

Korespondenční adresa | MUDr. Jakub Minařík, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

jakub.minarik@lf1.cuni.cz

1 TEORETICKÝ ÚVOD

Užívání opioidů je v České republice celkem rozšířené, uživatelé opioidních drog tvoří odhadem jednu čtvrtinu problémových uživatelů drog. Dle výroční zprávy z celkového odhadovaného počtu 46,8 tis. problémových uživatelů pervitinu a opioidů bylo 3,4 tis. uživatelů heroinu a 7,3 tis. uživatelů buprenorfinu (především Subutexu®) a 1,7 tis. uživatelů jiných opioidů. Uživatelů opioidů bylo tedy odhadem celkem 12,5 tis. (12,0–12,9 tis.) (Mravčík, 2017).

Počet osob léčených v opiátové substituční léčbě v posledních pěti letech stagnuje. V r. 2016 nahlásilo do NRLUD pacienty v substituční léčbě celkem 63 zdravotnických zařízení (stejně jako v r. 2015) a bylo evidováno 2266 léčených osob (2248 v r. 2015), 69,6 % pacientů užívalo buprenorfin a 30,4 % metadon. V posledních letech je patrný nárůst pacientů léčených přípravkem Suboxone® na úkor pacientů léčených monopřípravky buprenorfinu. Z 1575 osob léčených buprenorfinem užívalo 881 (55,8 %) monopřípravky (především Subutex®) a 697 (44,2 %) kombinovaný přípravek Suboxone®. V r. 2016 bylo v substituční léčbě registrováno 18 % z celkového odhadovaného počtu problémových uživatelů opioidů, z toho v Praze, kde se nachází cca 68 % odhadovaných problémových uživatelů opioidů v celé ČR, je podíl registrovaných v substituci 15,3 %. Finanční dostupnost substituční léčby zůstává nízká – téměř všichni pacienti užívací buprenorfin si jej musí zcela hradit, což představuje výdaje v řádu tisíců Kč měsíčně z vlastních prostředků (Mravčík, 2017).

Průměrná denní dávka buprenorfinu u jeho uživatelů je poměrně nízká, odhady se různí, mezi pacienty, kteří jej získávají z černého trhu, je kolem 3 mg na den (Gluzová, 2014). Doporučovaná denní dávka výrobcem (INDIVIDOR) je více než 16 mg, důležitost dostatečné dávky potvrzují i četné studie, shrnutí můžeme najít v metaanalýze Fareeda (2012). Naše klinická zkušenost také dokumentuje vliv dávky na zlepšení klinického stavu (Minařík, 2015). Důvodů pro poddávkování je mnoho, jako nejvýznamnější vnímáme komplikované vykazování úhrady zdravotním pojišťovám a navazující rezignaci na získání úhrady. Z rozhovorů s kolegy i pacienty víme, že důležitý je i psychologický moment vyšší dávky jak pro lékaře, tak i pro pacienta, na straně lékaře se na obavě podílí i obava z úniku látky na černý trh.

2 KAZUISTIKA

Kazuistika je tvořena autentickými záznamy z dokumentace, které byly vybrány a mírně upraveny, abychom zamezili identifikaci pacienta. Záznamy jsou zkráceny a sloučeny, abychom vystihli stav pacienta. Formulace v textu zachycují často přímou řeč pacienta nebo ji parafrázuji. Záměrně jsme ponechali tuto naturalnější formu, aby kazuistika byla plastičtější a narativnější.

V době přijetí byl pacient 35letý, jednalo se o uživatele drog s dlouhodobou kariérou s dobře zachovaným záznamem a dobrými vztahy s nukleární rodinou. Žije v trva-

lém svazku, má dítě, o které s partnerkou pečuje, práci, která mu přináší uspokojení. Stav pacienta a jeho fungování bychom hodnotili jako dobré, pacient po celou dobu kariéry celkem fungoval, měl obvykle zaměstnání, nepouštěl se trestné činnosti. V ohledu sociální stabilizace byl stav nadstandardně dobrý, ve srovnání s průměrem.

Drogová kariéra trvající 20 let s pauzami (nejdelší 4 roky). Abusus kombinovaný, preference opioidů a pervitinu, převažují opioidy. V anamnéze opakované pokusy o léčbu, včetně substituční léčby nízkými dávkami buprenorfinu. Po léčbě vždy následovalo selhání, resp. léčba v době, kdy mu bylo 23 let, byla relativně úspěšná se 4letou abstinencí. Pacient posledních 8 měsíců užívá medicínské opioidy získané na černém trhu.

2.1 Stav při přijetí

Status psychicus praesens: Orientovaný, upravený. Spontánní koherentní projev. Apsychotický, ale depresivní nálada, bilančně, situačně, mírně úzkostné ladění. Bez známek suicidální tenze. Intelekt nadprůměr. Bez známek intoxikace či odvykacího stavu. Náhled dobrý, motivovaný, fáze kontemplace.

Nynější onemocnění: Od listopadu bere Oxycodon (2 x 80 mg/den), předtím DHC (8 x 120 mg/den). Před asi rokem se těž detoxifikoval z podobných dávek, pomohlo 8 mg buprenorfinu, vysadil postupnou redukcí během měsíce. Není si jist, chce-li vysadit, anebo být na substituci. Důvodem relapsu bylo, že mu to (opiáty) prostě chybělo. Vždycky se snaží zavděčit, funguje, páchá heroické výkony, pak se odmění a vltne do toho. Ve chvíli relapsu nemá náhled, má dojem, že si dá jen jednou, aby se cítil lépe, aby se mu ulevilo.

Nálada jinak nic moc, spíše situačně, manželka je naštvaná, máma je naštvaná, všichni jsou naštvaní. Chtěl by s tím něco udělat.

Jiné drogy – tu a tam benzodiazepiny, konopí zřídka, pervitin neměl, kdyby měl, asi by ho bral. Má dojem, že kdyby byl jen na opiátech, zvládl by to.

Se ženou se mají rádi, ale kupí lži, protože se stydí, bojí se, aby se nenaštvala a neodešla, ... zítra jdou na manželskou terapii.

2.2 Anamnéza

Anamnéza návykových onemocnění: Drogová kariéra od 15 let, do 18 let užíval pervitin, od 18 let opioidy, často v kombinaci s pervitinem. S pauzičkami bral vlastně pořád, resp. nejdelší pauza byla 4 roky. Injekční uživatel do svých 32 let, nyní užívá per os.

Bezvědomí jen při předávkování, opakovaně, intervence záchranné služby.

Léčby: Jeden léčebný pokus v dlouhodobé terapeutické komunitě, několik pokusů o střednědobou odvykací léčbu – ukončil celkem dvě. Poslední ukončená léčba před 5 lety, po které následovalo úspěšně ukončené doléčování.

Psychiatrická anamnéza: Depresivní a úzkostné obtíže jej trápily vždy, léčil se pro ně od mládí, psychiatrická medikace od 16 let, v péči dětského psychiatra.

Osobní anamnéza: Od dětství pylové alergie, angíny, jinak zdravý, neprodělal virovou hepatitidu, pohlavní choroby také neguje, HIV negativní, rizikové chování včetně injekční aplikace drog naposledy před 3 lety.

Orientace heterosexuální, má syna.

V rodinné anamnéze – otec popíjí víno, lahvinku na večer, prarabota se léčila na psychiatrii. Děd prodělal infarkt myokardu.

Sociální a pracovní anamnéza: Pracuje jako redaktor, žije se ženou a dítětem, záliby četba a běh.

2.3 Vstupní zhodnocení – diagnostika a testy

Symptomy závislosti

Craving: ano

Kontrola nad užíváním: ztracena

Somatický odvykací stav, užívání k jeho odvrácení: ano, v minulosti i nyní

Tolerance: ano, užívá dávky mimo obvyklé terapeutické rozmezí

Zanedbávání zálib: částečně

Pokračování usu přes jasný důkaz následků: ano, rozhodně, přítomny jak zdravotní komplikace, tak narušení vztahu s manželkou a blízkými

Zungův sebemonitorovací dotazník: 54/68 (hladina středně těžké deprese)

Beckův inventář úzkosti: 34 (mírná porucha)

Schwarzův dotazník po hodnocení terapie: 17 (malá životní spokojenost)

Globální klinický dojem: 5 (zcela zřetelně nemocen)

Toxikologie: + na opioidy a amfetaminy

Závěr: Závislost na opioidech, aktivně užívá. Úzkostně depresivní porucha, která je možná příčinou/spouštěčem, podporovatelem abusu. Nasazen Sertralin v denní dávce 50 mg denně, Suboxone® 8/2 mg v denní dávce 8 mg denně.

2.4 Kontroly pacienta

Kontrola pacienta po týdnu

Není si jist stavem, možná má menší absták, cítí se takový připitomělý. Chutě má, na stupnici 1–10 odhaduje 6. Puls 96, pobledlý, mírně opocení, ale jinak se jeví klidný a spokojený. Toxikologie: buprenorfin+ (medikace), benzodiazepiny+ (+ hodnocena jako falešná v souvislosti s medikací – užívaný sertralin způsobuje typicky falešně pozitivní nález benzodiazepinů).

Závěr: Stav klinicky zlepšený, nedostatečná dávka substituční látky, zvyšujeme dosi Suboxone na 12 mg denně.

Kontrola pacienta ve 3. týdnu

Stav celkem dobrý, prima vista, nerelapsoval, ale vždycy, když se rozhodne přestat, tak mu někdo něco začne nabízet. Žena o substituci neví, doporučuji se sdělením vyčkat do doby, kdy bude trochu stabilizovaný, vzhledem k jeho dřívějším eskapádám.

Cítí se dobře, chutě po ránu, chvíli to bylo dobrý, ale pak se začal budit po ránu s pocitem odvykacího stavu. Stěžuje si, že se v noci cuká, má to spojené s užíváním opioidů. Nyní se to zklidňuje. Nicméně, bývá to i několik hodin. A žena je na to citlivá. Tu a tam křeče v lýtkách.

Obj.: stav v normě. Náhled verbalizuje, mluví o minulých zkušenostech se substitucí, obvykle dosi držel nízko, kolem 4 mg pro die, abstáky nebyly, ale také to moc nefungovalo.

Závěr: Fáze indukce, dose 12 mg nedostatečná, zvyšujeme na 16 mg, kontrola za týden. Sledovat křeče v lýtkách!!!

Kontrola pacienta po 1. měsíci

Doma to prasklo, je rád. Zpočátku to bylo složitější. Ale nyní dobré. Jen se žena bojí mít další děti, neb má dojem, že je ... nečistý?

Subj.: po 16 mg se cítí lépe, rozhodně rána jsou lepší, nicméně odpoledne a večer reportuje propad. Noční cuky má stále, křeče v lýtkách zmizely.

Závěr: Dosi navyšujeme na 20 mg pro die.

Kontrola pacienta: Měsíc a týden

Začal zase běhat, byl třikrát, není to sice taková radost, ale dobré. Běhá nyní 4 km, hlídá si, aby se nepřetrénoval, v sobotu běží Drážďany, večerní běh 13,5 km podél Labe. Přece jen ale chybí rauš, který bez užívání opioidů naběhl po asi 15 minutách běhu.

Cítí se lépe, nicméně navýšil by ještě kousek. Chutě na drogy ve formě melancholických vzpomínek. Chybí mu peaky spojené s užitím oxykodonu.

Globální klinický dojem: 2 (značně zlepšen, hraniční známky nemoci)

Toxikologie: buprenorfin+ (medikace), benzodiazepiny+ (falešná + sertralin)

Závěr: Klinický stav dobrý, subj. chutě přetrvávají, denní dávku navyšujeme na 24 mg buprenorfinu denně (forma Suboxone® 8/2 mg).

Kontrola pacienta: 1,5 měsíce

Společné sezení s pacientem a manželkou: Zevrubně vysvětlují smysl substituce, smysl vysoké dávky (pacient aktuálně užívá 24 mg buprenorfinu denně), časovou prognózu užívání. Podpůrné vztahové poradenství.

Plánuje cestu do Německa a na Slovensko, připravují potvrzení o užívání, vysvětlují pacientovi pravidla převozu opioidů do zahraničí.

Epikríza: 2. měsíc

Pacient je stabilizovaný na dosi 24 mg pro die, ve srovnání s minulými substitučními pokusy nižšími dávkami se jeví volba vyšší dase jako výrazně účinnější, pacient reportuje ústup chutí na heroin, a i jiné drogy, pozitivní změny objektivizovány rodinou (matka pacienta, manželka). Kontakt nyní 1x za 2 týdny, společná sese s manželkou plánována za 3 měsíce. Prognosa dlouhodobá, stávající dase 24 mg pro die, dosi měnit neplánujeme.

Kontrola pacienta: 4. měsíc

Jednorázově relaps Adipexem, před asi 2 týdny, našel jej náhodou doma, měl pocit, že zešílí. Stav, ve kterém se nacházel, byl vzhledem k relativně malé dosi poměrně intenzivní: tři noci nespál, nepoznával známá místa, ztráta logického myšlení, Stav depersonalizace. Stav se zcela normalizoval asi po týdnu.

Úkol: Spáchá pečlivou revizi domácnosti za účelem najít drogy ev. léky, které si uložil pro horší časy. Zreknou se i půdu, sklep, dílnu, auto, kolo, domácnost rodičů, zkrátka všechna místa, kde by se potenciálně mohlo něco nacházet. Požádá v této souvislosti své okolí o součinnost ve smyslu dohledu, aby to, co najde, vyhodil a neužil. Začne dnes. Hledat bude pečlivě a pravidelně, každý den, dokud nebude vše prohlédnuté a bezpečné. Když v tom bude, může při tom také spáchat předvánoční úklid, klidně i umýt okna a tak, aby z toho okolí něco mělo a odčinil svoje hříchy.

Bez viditelné psychopatologie, náhled a motivace velmi dobré.

Po půl roce

Pacient je stabilizovaný na dosi 24 mg buprenorfinu/den, dase vyhovující, zaznamenán 1x relaps farmaky nale-

zenými doma, zvládnutý (přiznaný relaps, prevence relapsu ve smyslu odstranění rizikových momentů – čistý dům), pozitivní změny opět objektivizovány ženou při společném sezení s pacientem.

Po 1,5 roce

Má se dobře. Podařilo se mu uklidit ve sklepě, jak si předsevzal. Nyní ho čeká přesouvání nějakých věcí z bytu tam a pak by se dělala přestavba v bytě. Sám sobě tedy dává úkol, že do konce roku to učiní. Chodí alespoň 1x týdně běhat. Bez relapsu, užití substituce vždy během rána, dokonce zjistil, že mu substituce zcela zablokovala chutě na alkohol. Minulý týden byl s kamarády na čundru a dal si dvě piva a pro něho to byl strop. Neměl chuť, a i tak to byl problém vypít.

Po 2 letech

V práci sami bez šéfa. S kolegyní si to užívají. Byli tak zvyklí fungovat dříve, vyhovuje jim to, dokážou se dohodnout bez tlaku.

Nespokojený s fyzickou, trénuje na podzimní maratón, ale vůbec mu to neběhá. Znechucený, nejraději by to zrušil. Má vybudovaný plán běhání. Snad se to zlomí.

V průběhu léta jezdí na chatu nebo po republice. Byli za známými v loutkářské Chrudimi. Užili si to tam. Dovolnou nemá jasně naplánovanou. Vnímám ho mírně podrážděného, tak by to stálo ke zvážení, aby si nějakou vzal.

Se substitucí vychází přesně, bez obtíží s užíváním, bez relapsů. Samozřejmě by rád jednou vyskočil ze substituce, ale neplánuje to v nejbližší době. Spokojený, že nerelapsuje na jiných návykových látkách

Po 3 letech

Narodila se mu dcera, jsou s matkou v pořádku. On se tam podíval na chvíli, vyfotil se, ukazuje fotky. Syn je u prarodičů. Jsou trochu oba nemocní, stále bojují se streptokokem. On chodí do práce, ale po příchodu ženy bude více odpočívat doma. Dnes si také ještě půjde lehnout, než vyzvedne syna. Dodělal rekonstrukci kuchyně a nyní bude ještě upravovat místo pro dceru, které vzniklo v pokoji po původní kuchyňské lince. Dovolnou si nebere, zatím, nějak se v práci dohodl. Vše plyne tak, jak má.

3 DISKUSE A ZÁVĚR

Předložená kazuistika zachycuje celkovou změnu pacienta v substitučním programu, od nasazení přes relaps až do dlouhodobé stabilizace. Je klíčové poznamenat, že byt vnímáme dávku substituční látky (24 mg buprenorfinu denně ve formě Suboxone®) pro stabilizaci pacienta jako důležitou, či dokonce klíčovou, na zlepšení se podílely i nefarmakologické intervence (poradenství, psycho-terapie, sociální práce a práce s rodinou). Rozsah podpo-

ry poskytované pacientovi je značný a samozřejmě vždy individualizovaný dle stavu, od několika schůzek týdně v případě nestability až po extenzivní režim s kontrolami po období delším než měsíc ve stavu dobré stabilizace. Individualizace kontaktu by měla dávat pacientovi podporu v době, kdy ji potřebuje, naopak rozvolnění kontaktu pacientovi pomáhá převzít kontrolu nad vlastním životem a podporuje úzdravu. Dostatečná dávka substitučního preparátu v tomto modelu je jakýsi základ, na němž je možné s terapeutickou podporou vybudovat dostatečně pevnou stavbu. Stavbu, jež má šanci vydržet lečjaké rozměry počasí, se kterými se v životě setkáváme.

Jako významný vnímáme i faktor úhrady preparátu. Bez úhrady by nebylo možné použít dostatečně účinnou dávku. Suma, kterou platí zdravotní pojišťovna, je 6 000 Kč měsíčně (72 000 Kč ročně) za substituční preparát, pacient by si takovou sumu za léky nemohl při svých příjmech dovolit. Bez substituce v optimalizované dávce by však nejspíše nevydělával, neplatil daně, pravděpodobně by byl opakovaně hospitalizován pro zdravotní komplikace, pokoušel se o odvykací léčbu, do finančních problémů by se dostala jeho rodina, nejspíše by se tak stala zátěží pro sociální systém. Analýza nákladů a výnosů by nejspíše při kalkulaci finančních prostředků vyšla ve prospěch substituce – se zápočtem takových hodnot, jako je kvalita života pacienta, jeho rodiny a dalších hodnot to vychází jednoznačně výhodně pro substituční léčbu.

Za povšimnutí stojí pacientova zkušenost s během. V souvislosti s užíváním opioidů, zvláště stabilní dávkou v substituci, si povšiml poklesu radosti z běhu, euforické pocity, které dříve zažíval, byly najednou obtížněji dosažitelné. Pravděpodobnou příčinou jevu je potlačení produkce endogenních opioidů a obsazení opioidních receptorů buprenorfinem.

Role autorů | První autor zpracoval data do podoby článku, druhý autor se podílel na revizi textu. Oba autoři přispěli ke vzniku článku a schválili jeho konečnou podobu.

Střet zájmů | Autoři prohlašují, že nejsou ve střetu zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

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., Vopravil, J. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016* [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic] Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

Fareed, A., Vayalapalli, S., Casarella, J., Drexler, K. (2012). Effect of Buprenorphine Dose on Treatment Outcome. *J. Addict. Dis.*, 31(1):8–18.

Gluzová, J. (2014). *Vzorce užívání buprenorfinu u klientů Terénního programu SANANIM* [Patterns of buprenorphine use among clients of Outreach Programme SANANIM]. Bc., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

INDIVIOR (2016). *Subuxone® Subutex®. Zeslabte craving pomocí 16 mg v jedné denní dávce*. Produktová publikace.

Minařík, J., Pavlovská, A. (2015). *Kolik stojí Suboxone®? Aneb zkušenosti s úhradou Suboxone® ze zdravotního pojištění*. AT konference 8. 6. 2015, dostupné z <http://at-konference.cz/wp-content/uploads/2015/02/minarik-j.-pavlovska-a.-skorepova-h.-kolik-stoji-suboxone-aneb-zkusenosti-s-uhradou-leku-vzp-ze-zdravotniho-pojisteni.pdf>

Addictologist Entering Practice: case study of a therapeutic group

Vondrová, A.

Department of Addictology, Women's Inpatient Ward, General University Hospital, Prague, Czech Republic
Department of Addictology, Research and Development Unit, First Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic

Citation | Vondrová, A. (2018). Adiktolog vstupující do praxe: kazuistická studie terapeutické skupiny. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 164–170.

Summary | Professional development is a lifelong journey, which always has a specific starting point. Using analysis of a conflict in a therapeutic group, this case study captures the beginning of one such journey. It describes and analyses therapeutic group sessions by means of the concepts of group process, psychotherapy, and conflict in addiction treatment. The setting is the women's treatment ward of the Department of Addictology at the General University Hospital. The study features two patients and the conflict between them as manifested in group sessions.

The objective of this report is to describe the personal experience and process of a beginner addictologist who uses a theoretical framework to gain an understanding of the group process and seek the significance of the situation for her further journey by treating specific patients. The purpose of this paper is to mediate casework experience, identify the needs of a beginner addictologist in group work, and, it is to be hoped, encourage other professionals, and not only newly qualified ones, to share the outcomes of their work.

Keywords | Group Psychotherapy – Group Process – Addictologist – Professional Growth – Case Study – Addiction Treatment

Submitted | 14 September 2018

Accepted | 29 October 2018

Grant support | Institutional support was provided by Charles University, Programme Progres No. Q06/LF1.

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

anna.vondrova@lf1.cuni.cz

Adiktolog vstupující do praxe: kazuistická studie terapeutické skupiny

Vondrová, A.

Klinika adiktologie, Lůžkové oddělení ženy, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze; Klinika adiktologie, Vědecko-výzkumné pracoviště, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Citace | Vondrová, A. (2018). Adiktolog vstupující do praxe: kazuistická studie terapeutické skupiny. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 164–170.

Souhrn | Profesní vývoj je celoživotní cesta, která vždy někde začíná. Tato kazuistická studie zachycuje prostřednictvím analýzy konfliktu v terapeutické skupině právě začátek této cesty. Práce popisuje a následně analyzuje terapeutické skupinové sezení pomocí konceptů skupinového procesu, psychoterapie a konfliktu v léčbě závislostí. Situace se odehrává na Klinice adiktologie, oddělení léčby žen při Všeobecné fakultní nemocnici. Hlavními aktérkami jsou dvě pacientky a jejich vzájemný konflikt manifestující se

v rámci skupinového sezení. Cílem kazuistiky je zobrazit osobní zkušenost a proces začínajícího adiktologa, který využívá teoretický rámec pro porozumění procesu ve skupině a hledání významu této situace pro další cestu léčbou konkrétních pacientek. Smyslem práce je zprostředkování zkušenosti práce s případem, pojmenování potřeb začínajícího adiktologa ve skupinové práci a snad i vybídnutí dalších, nejen začínajících profesionálů v této oblasti zveřejňovat svou práci.

Klíčová slova | Skupinová psychoterapie – Skupinový proces – Adiktolog – Profesní růst – Kazuistika – Léčba závislosti

Došlo do redakce | 14. září 2018

Přijato k tisku | 29. října 2018

Grantová podpora | Tento článek byl podpořen institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1.

Korespondenční adresa | Mgr. Anna Vondrová, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

anna.vondrova@lf1.cuni.cz

1 ÚVOD A VÝCHODISKA

V textu představím kazuistiku skupinové terapie, jejíž původní znění bylo zpracováno pro studijní účely. V kazuistické práci jsem se zabývala psychoterapeutickou skupinou, která proběhla v rámci programu léčby závislosti žen na Klinice adiktologie, Lůžkové oddělení ženy, Všeobecná fakultní nemocnice. Jako teoretický rámec jsem použila skupinové procesy shrnuté Yalomem a Leszczem (2016), členění Kaliny (2013) a čerpala jsem i z dalších autorů. Zaměřila jsem se na dvě ženy, které spolu prožily během léčby významný konflikt, a pokouším se skrze jejich příběhy a další vývoj v léčbě identifikovat užitek a změnu nejen ve vztahu k závislosti, kterou konflikt přinesl. V rámci skupiny konflikt kulminoval a zabývala jsem se jeho průběhem ve vztahu ke dvěma zmíněným ženám, celé skupině i terapeutovi. Nejprve jsem popsala skrze anamnestické údaje příběhy zmíněných dvou žen do momentu začátku jejich léčby. Dále jsem popsala skupinu, její průběh a pokračuji popisem dalšího vývoje po konfliktu. V poslední části jsem analyzovala proces skrze vybrané pojmy a v adiktologické rozvaze propojuji význam skupiny a jejich prvků s tématem závislosti u Radky (50 let) a Evy (32 let).

Cílem textu je nabídnout kazuistiku jako nástroj zkoumání vlastního procesu a hledání potřeb začínajícího adiktologa vstupujícího do skupinové terapie. Zmíněná kazuistika byla upravena pro účely textu, zejména je zde představen proces analýzy skupinového procesu, jeho význam pro léčbu závislosti daných pacientek a rozvaha. Důraz je v práci kladen na sebereflexi autora, která je popsána v závěru textu. Údaje o pacientkách byly změněny tak, aby nebyla možná jejich identifikace. Část údajů o pacientkách byla vynechána nebo zásadně pozměněna, ale zároveň byla zachována autentičnost kazuistické situace. Základním zdrojem informací je terapeutická skupina zprostředkovaná zkušeností autorkou práce.

2 TEORETICKÉ ZÁZEMÍ

2.1 Skupinová terapie, skupinový proces a konflikt v léčbě závislosti

Zde nabízím stručný přehled teoretických pojmů a autorů, z nichž jsem vycházela při zpracování původní práce. Většina pojmů je pracovníkovi s adiktologickými klienty srozumitelná, proto je zde dále nerozepisuji. Jsou jimi pojmy skupinová psychoterapie (tak, jak ji definuje například Kratochvíl, 2012), důležitost a specifika této intervence v práci se závislými (Kalina, 2013; Millerová, 2011; Popov, 2003). Reflektuji fakt, že adiktolog není primárně profesionálním psychoterapeutem a ani já nejsem absolventem psychoterapeutického výcviku. Nicméně se opírám o své vzdělání v adiktologii, které je významně protkáno psychoterapií, a definicí své profese, kdy mohu vykonávat adiktologickou terapii (Sklenář, 2013) a mohu být v pozici koterapeuta (zák. č. 55/2011, Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků). Dalšími pojmy jsou

mikrokosmos skupiny a účinné faktory psychoterapie z pohledu Yaloma a Leszcze (2016), psychoterapeutický proces, jak ho definuje a člení Kalina (2013).

Skupinovým procesem a prací s „tady a teď“ se zabývají Yalom a Leszcz (2016). V práci využívám jejich rozčlenění na dvě roviny – popis a sledování zřejmého, co se odehrává, kdo říká co komu, a druhá rovina je hledáním významu, porozumění, „co za tím stojí“. Jinými slovy, sledování nejen obsahu, ale i procesu, který vede k hlubšímu pochopení pacienta.

Yalom a Leszcz (2016) prozkoumávají také fenomén konfliktu ve skupině. Hovoří o něm jako o nepostradatelném prvku, který pohání vývoj skupiny i jejích členů, pokud proběhne v rámci norem skupiny. Předpokladem pro zvládnutí konfliktu je skupinová soudržnost a schopnost empatie ve smyslu porozumění souvislosti minulých zkušeností s nynějším chováním u protivníka.

3 PRŮBĚH TERAPEUTICKÉ SKUPINY

Jedná se o pondělní terapeutickou skupinu v rezidenční léčbě žen, kde se očekává referování o průběhu víkendu. Některé pacientky absolvovaly vycházky, některé setrvaly přes víkend v léčebně. V tuto chvíli je přítomno 5 členek skupiny (Eva, Radka, Lenka, Veronika a Lucie) a dva terapeuti. Ve skupině je znatelné napětí. Z ranního programu se otevřelo téma neshody Evy (32 let) a Radky (50 let). Obě měly za úkol odevzdat ráno svůj životopis, učinila tak pouze Eva.

3.1 Úvodní část

Členové jsou na skupině přivítáni a dotazováni, s čím přicházejí na dnešní skupinu. Eva, Radka a Veronika se dívají do země, Lucie se netrpělivě ošívá a těká pohledem z terapeutů na Evu a Radku. Lenka se ujímá slova a krátce referuje o dnešním individuálním pohovoru s terapeutem, kde si ujasnila průběh své vycházky, kdy se dostala do konfliktu se snachou. Lenka je starší dáma, která velmi dbá na svůj zevnějšek a na dojem svého chování na okolí. Na skupině se snaží vnést do dění úsměv a pozitivitu, mám dojem, že se snaží vyhnout konfliktu. Skupina se snaží Lenku poslouchat, ale vypadají, že jsou myšlenkami v jiných tématech. Každý člen skupiny podá krátkou zpětnou vazbu Lence. Eva je velmi aktivní v návrhu dalšího postupu jak pročistit vzduch se snachou a Lenka její rady oceňuje. V tématu strávíme zhruba 25 minut, Lenka pak téma uzavírá, že je spokojená s navrženými postupy a zamyslí se nad svým chováním vůči snase a synovi.

3.2 Oslovení napětí

Napětí ve skupině lehce polevilo, ale stále je znatelné, pokračujeme chvíli mlčením. Ptáme se, co se stalo. Radka rychle reaguje, že už nepotřebuje o ničem mluvit, Evě

prý už řekla, co měla na srdci, a zaznělo to v ranním programu. Eva se brání, že k tomu ještě má co říct, ale že to asi stejně nemá smysl. Lucie se znatelněji ošívá a chytá se za hlavu. Veronika jakoby zapadla hlouběji do sebe. Lenka strnule sedí a dívá se do země. Přesto členy podněcujeme k promluvení ke zřejmému konfliktu. Nejprve si vezme slovo Radka, ujistíme Evu, že poté dostane slovo ona. Radka popisuje situaci z víkendu. Eva i Radka měly odevzdávat životopis v pondělí ráno. Radka se rozhodla pro odložení první vycházky, čímž si odložila odevzdání o týden později. Eva prý začala životopis (pozn.: elaborát o minimálně 16 stránkách) psát až v neděli a dopisovala ho pozdě v noci za porušení pravidel. Eva s Radkou a Veronikou sdílejí jeden pokoj. Radka už nevydržela chování Evy a vzájemně na sebe začaly křičet a nadávat si. Eva elaborát ráno odevzdala, ale kvalita nebyla nijak valná, proto dostala úkol některé části dopracovat. Radka na skupině mluví o tom, že je pro ni nesnesitelné s Evou být, vadí jí její nezodpovědné chování a zaštiťuje se informací, že by celá skupina přišla o další vycházku, pokud by Eva životopis neodevzdala včas. Radka udává různé příklady Evina chování, které jí rozčiluje. Mluví lehce pohrdavým tónem. V Evě viditelně bublá agrese, občas se snaží do hovoru vstoupit, ale na gesto terapeutů opět mlčí.

Do dění aktivněji vstupuje Lucie, která začne vysvětlovat své chytání se za hlavu. Říká, že je jí celá situace velmi nepříjemná a od rána ji bolí hlava. Je pro ni důležité ostatní ujistit, že je poslouchá, a je pro ni důležité si zažít tuto situaci konfliktu, dříve musela rychle nabídnout řešení, ujistit ostatní, že je chyba na její straně a snažit se vše napravit za druhé. Vybízíme Veroniku, aby také promluvila o tom, co se v ní odehrává. Mluví o faktu, že s oběma sdílí pokoj a vnímá rozbroje, ale v tuto chvíli jí vyhovuje pozice, kdy to neřeší, a pokud se hádají, odejde. Má pocit, že se jí to už zkrátka netýká, že je „někde jinde“, když za chvíli ukončuje léčbu. Když se vracíme k tomu, jak je jí nyní, mluví o chuti zvednout se a odejít, vzpomíná na nekonečné hádky rodičů, kdy ona stála mezi nimi a nemluvila.

Prostor získává Eva, která vypráví svou verzi události. Je víceméně stejná. Říká, že si uvědomuje, že se chovala nezodpovědně, ale nesouhlasí se způsobem komunikace s Radkou. Místy se omlouvá a snaží se omluvu nabídnout Radce, ta ji však rychle shodí a skáče Evě neustále do řeči. Eva se pak stáhne zpět do naštvání a osočuje Radku z pletení se do věcí, do kterých jí nic není. Je těžké Radku udržet v pozici posluchače. Naštvaní z obou stran graduje a obě se navzájem obviňují a nadávají si. Radka výměnu utne větou: „Tebe bych rozhodně nechtěla mít za dceru.“ Komunikace se zastaví a neverbálně se probouzí ostatní členové skupiny, kteří tento výrok vnímají jako překročení hranice a reflektují to. Eva se v židli otáčí téměř zády ke skupině a nemluví.

3.3 Zkoumání konfliktu

V další části skupiny pracujeme s Radkou a Evou jednotlivě, kdy se k nim obracíme s dotazy, jak ony sebe vnímají

v tomto konfliktu, zda své chování zažívaly ve vztazích venku, snažíme se pojmenovávat, co vidíme, a obrátit jejich zrak směrem k sobě a ne k té druhé. Prvním dotazem je, jak to spolu měly od počátku léčby, kdy spolu strávily pět týdnů bez konfliktu.

Nejprve opět mluví Radka. Potkaly se spolu již na detoxu a Radka podporovala Evu v setrvání ve svém rozhodnutí jít do léčby. Vnímala se v mateřské roli. Toto poté potvrzuje i Eva. Radka se rozpovídá o pocitu, že nemá vše pod kontrolou, a nutkání zasahovat do chování Evy, protože nesnesla nezodpovědné chování. Nabízíme, zda poslední měsíce v zaměstnání také nezačala uklouzávat a nezvládala své úkoly. Toto přijímá bez námitek a říká, že ano. Ráno než usedla k práci, musela se nejdříve napít a výsledky práce pak nestály za to. Mnohokrát nedojela na místo schůzky, pokud ano, pak v takovém stavu, že musela být schůzka předčasně ukončena. Často svému okolí slíbila provedení úkolů, ale ke splnění nikdy nedošlo. Zdá se, že Radka začala vidět svůj obraz v Evě. Přesto dodává, že tak jako Eva by se nikdy nechovala, že u ní je to jiné. Dál mluví o svém vztahu k autoritám. Říká, že si je vybírá a pak jim věří. Pokud jí však někdo jako Eva začne dávat zpětnou vazbu, nemá to pro ni váhu. Mluví o tom velmi bezelstně a je pro ni v tu chvíli nemožné rozpoznat, že selektuje lidi kolem sebe dle jejich charakteristik na ty důležité a nedůležité. Nevnímá, že její chování má dopad na okolí a vyvolává to v něm emoce. Ostatní členové skupiny (zejména Veronika a částečně Lucie) se k tomuto vyjadřují a popisují, jak se cítí, když s nimi Radka jedná. Popisují pocity ponížení, devalvace a zklamání. Zkoumáme dál téma přijímání zpětných vazeb a Radka k sobě téma pomalu pouští. Nakonec požádá skupinu, aby, pokud by v nich vznikaly tyto pocity, když s nimi jedná, ať jí neverbálně upozorní dlaní jako signál stop, že by ráda začala více vnímat své chování vůči druhým.

Slovo nyní dostává Eva, která během hovoru Radky několikrát měla snahu reagovat, ale usměrnili jsme ji a nabídli jí direktivněji téma regulace emocí. Nejprve mluvila o výbušnosti jako své vlastnosti, taková zkrátka je. Dělo jí nejprve potíže zůstat u sebe a chtěla komentovat chování Radky, opět jsme ji vraceli k sobě. Mluvila o tom, že takto to zkrátka na ulici chodí a nenechá si nic líbit. Uvědomuje si nezodpovědnost svého chování, ale to je přeci její problém. Sdělujeme jí, že její rozhodnutí a setrvání v léčbě vnímáme jako chuť vymanit se z pouličního života a chuť vrátit se do fungování ve většinové společnosti. U tohoto se zastavuje, mění se jí výraz tváře, povoluje a říká, že ano, ale neví, jak dál. Dále mluví o víkendové situaci. Zmiňuje, že se celý víkend snažila „vydělat body“ pro skupinu a zapomněla na svou povinnost. Promítá se jí to do její kriminální zkušenosti, kdy se k mnoha věcem přimotala, případně na sebe vzala vinu za ostatní, aniž by přemýšlela nad důsledky pro sebe. Mluvíme o tématu neefektivních strategií řešení problémů a její touze být řešitelem konfliktů. Rozpovídá se o své roli v komunitě, kdy za ní spolupacientky chodí a dávají jí podněty o tom, kde kdo a jak co udělal, že by potřebovaly, aby to vyřešila. Ona vyhoví a dostane se často do potíží. Ptáme se, co jí

tato role přináší, a Eva mluví vlastně o ocenění, pocitu, že něco znamená. Dále hovor pokračuje více skupinově, kdy hledáme efektivní strategie a způsoby, kde je možné dostat ocenění v rámci fungování ve společnosti, nikoliv v podsvětí. Eva uzavírá prosbou o zpětnou vazbu v případě, že se bude opět zabývat více svým okolím než sebou.

3.4 Závěr skupiny

V závěru shrnujeme praktické výstupy a ptáme se ostatních členů, jak se cítí, co by rádi dodali. Lucie komentuje, že jí hlava bolí méně a je ráda, že si tímto prošla i přesto, že příliš nezasahovala a vyjádřila naději pro smíření obou členek. Lenka spíše povrchně komentuje, že je ráda, že se věci vyjasnily a jistě se už „holky“ nebudou hádat. Veronika popisuje, že během skupiny přemýšlela o své roli a ráda by se opět více otevřela komunitnímu dění, jelikož se jí to týká. Uvědomuje si svou roli důvěrnice skupiny, kdy by měla fungovat také jako prostředník ve sporech. Nabízí Evě a Radce možnost za ní přijít, pokud by soužití bylo stále nepříjemné. Pokud byla ve svém životě přítomna konfliktu nebo byla jedním z aktérů, většinou utekla a je ráda, že tentokrát zůstala a vydržela se svými negativními emocemi.

4 ANALÝZA PROCESU

V následující části byla terapeutická skupina zkoumána skrze pojmy skupinového procesu definovaných výše, a to ve vztahu ke skupině jako celku, ve vztahu k hlavním aktérkám – Evě a Radce, a ve vztahu k terapeutům.

4.1 Ve vztahu ke skupině a jejím členům

Základnou procesů je skupinová soudržnost. Skupina spolu fungovala v tomto složení již 6 týdnů. Díky pocitu sounáležitosti, který je v průběhu léčby podporován například soutěžením mezi skupinami, ale také nutností společně plnit různé úkoly, které vyžadují komunikaci a vzájemnou podporu, bylo možné vystoupit s konfliktem. Lenka nebyla na skupině příliš aktivní, ale často přinášela slova naděje ukončení sporu a nabádala ostatní členy k spolupráci a zahoezení válečné sekery. Skupina váhala, zda k tomuto tématu přistoupí, snad ze strachu z jeho destruktivní povahy. Nakonec možná hodnota, kterou pro jednotlivé členy skupina má, je vedla k prolomení hráze. Vstupem do procesu byl volný průchod emocí, které byly obrazem konfliktu. Nejprve mluvila Radka a poté Eva, daly najevo svůj vztek a nepohodlí a tzv. odhodily masky. Ve chvíli, kdy byly emoce vyřčeny, bylo pak možné pro Radku i Evu podívat se do sebe samých a hledat klíč v sobě a ne zámek v druhých. V této fázi bylo i pro Veroniku a Lucii snazší promluvit, snad když si uvědomily, že existuje cesta ven a že nejsou v situaci, kdy se hádají jejich rodiče. Sebereflexi a cestu k náhledu vnímám jako významnou uvolňující fázi pro celou skupinu. Veronika byla schopná pojmenovat své vyhýbání se zodpovědnosti

za skupinu a uvědomila si význam své role jako důvěrnice. Lucie alespoň v neverbální a somatické úrovni došla k uvolnění. V závěru skupiny bylo již možné komunikovat o strategiích efektivnější komunikace a chování a zvládnutí emocí.

4.2 Ve vztahu k Radce

Radka se v rámci konfliktu zřejmě setkala se svým zrcadlem – obrazem nezodpovědného chování, jehož důsledky jsou závažné a mají vliv i na další okolí. Radka vždy využívala skupiny velmi aktivně, často však jako by si prosazovala individuální terapii a trpěla tam ostatní a jejich názory. Skupina ji konfrontovala s jejím opovrhováním druhými a pocitem, že jí na nikom jiném než na ní nezáleží. Pro Radku toto byla zřejmě klíčová informace. Přes tři týdny měla kontrolu nad skupinou v roli důvěrnice a nyní se jí vymykaly věci z kontroly. Sdílela pokoj s „pouliční holkou“ a byla přesvědčena o svých dobrých úmyslech vůči Evě, která je však nepřijímala a chtěla si dělat věci po svém. Eva také nepřijímá autoritu a pro Radku toto mohlo být po dlouhé době setkání s vlastním obrazem. Na první pohled tak odlišná Eva, ale obě se léčí se svou závislostí, která je v jádru stejná. Setkání se sebou jako nemocnou ženou, kdy je skupina spíše nakloněna Evě, pro ni mohlo být zraňující. Na druhou stranu zážitek skupiny jako podpory v jejím dalším léčení jí mohlo pomoci. V závěru skupiny se pro ostatní zdála přijatelnější a ona sama přijala pomoc druhých.

4.3 Ve vztahu k Evě

Zdá se, že Eva byla pro skupinu přijatelnější ve své upřímnosti a schopnosti jisté sebereflexe již na začátku skupiny. Eva celkem šikovně nabízela řešení a omluvu, ale stále plná naštvání a pro druhého nebylo možné toto přijmout. Jako by to posilovalo Evinu pozici oběti – snaží se, ale ostatní nechtějí. Nabízí své dobré úmysly a snahu vše spravit. Když mluví o své roli ve skupině, je ztuhlá, že je na ni pyšná. Je pro ni důležitým zdrojem pocitu přijetí a důležitosti. Radka však její chování takto nevnímá a to mohlo být pro Evu jedním z podnětů ke vzteku vůči ní. Radka se také v počátku objevovala v mateřské roli, ve které ji Eva vlastně odmítla a dala jí najevo, že ji nepřijímá. Radka jí pak ve vzteku „jako dceru zavrhlá“, což mohlo být pro Evu velmi zraňující, opět nesplnila požadavky „rodiče“. Stejně jako Radka, i Eva byla schopna nahlédnout své chování ve vztahu k realitě venku. Její snaha zachraňovat ostatní i sebe, místo aby promyslela své jednání dopředu. Významným momentem byl návrat k motivaci léčit se – „z podsvětí do společnosti“. Radka pro ni také mohla být obrazem této „společnosti“, která ji vlastně odmítá a potvrzuje, že se stále chová nepřijatelně, že je nepřijatelná. Eva v závěru také využívá pomoci skupiny a je znát touha po usmíření.

4.4 Ve vztahu k terapeutovi

Role terapeuta či terapeutů ve skupinovém procesu je zejména provést skupinu a její členy z úrovně obsahu a dění ve skupině do metaroviny, kdy společně hledáme významy našeho chování, souvislosti se světem, v tomto případě venku. Tento moment nastal ve skupině po uvolnění emocí. Byl to okamžik, kdy se Eva s Radkou hádaly a začaly být vůči sobě vulgární. Z pozice terapeutů jsme proces v tomto bodě zastavili a vraceli členky zpět k sobě a k hledání souvislostí svého chování v realitě venku. Dalším momentem bylo nabízení souvislostí s pitím a užíváním drog – jak mé chování nyní ovlivňovalo mé užívání „tam venku“. Dodávání naděje, podporování, zaujetí neutrálního postoje bylo v této souvislosti obzvláště důležité. Vedoucí terapeut mohl zároveň využít konfrontace a koterapeut zachycoval reakce ostatních členů. V této skupině například koterapeut usměrňoval chování Evy, když mluvila Radka, a naopak. Z metod, které jsou specifické pro skupinu v léčbě závislostí, se zde uplatnila zejména strukturovanost a aktivní vybízení členů. Funkce nastavování hranic byla důležitá z hlediska přítomnosti silných emocí a jejich usměrnění.

5 ADIKTOLOGICKÁ ROZVAHA

V dalších řádcích se zamyslím nad významem skupiny a analýzou procesu ve skupině ve vztahu k diagnóze závislosti Radky a Evy. V kontextu léčby je významné dojít k přijetí svého onemocnění. Tedy uvědomění si svého problému, nahlédnutí na důsledky svého užívání, porozumění nutnosti změny. K tomu je klíčové objevení vlastní schopnosti změnit své chování, objevení potenciálu, který v sobě máme skrze pocity bezpečí, důvěry a přijetí v léčebném prostředí a další. V rámci skupiny a vývoji Radky a Evy se tyto faktory ukazují jako velmi důležité.

Radka byla ve svém životě, zejména matkou, hodnocena dle svých úspěchů. Atribut úspěšné a vzdělané ženy byl a je vstupenkou k uznání a objetí. Vnímání své selhání ve formě rozpadu manželství a následných neúspěchů způsobených pitím zřejmě nebylo snadné. Pití jako symbol neschopnosti kontrolovat se a pošlapání vybudovaného života. Pro Radku mohl alkohol sloužit jako úleva od vysokých nároků okolí, ale zejména od svých vlastních nároků přejatých od matky. Vysoké výkony byly pro Radku symbolem jejího úspěchu a hodnoty, ovšem jejich dosahování bylo na úkor jejího zdraví a zřejmě i mimo její skutečné možnosti a schopnosti. Její okolí ji v jejích očích přijímalo skrze její výkonnost a úspěchy a ve chvíli, kdy jich nebyla schopna, měla strach z odmítnutí. Zažití přijetí skupinou ne pro svou vzdělanost či schopnost vysokých výkonů pro ni může být klíčovým momentem, který jí může pomoci nahlédnout její závislost. Pak bude schopna přijmout opatření pro svou ochranu v abstinenci, komunikovat s rodinou o podmínkách svého dalšího fungování a vybrat si uspokojivé zaměstnání. Jako vhodné vnímám zapojení rodiny do její léčby například formou rodinné terapie. Partner, se kterým žije, by mohl zajistit

zpětnovazební prvek v jejím životě a Radka by v rámci terapie mohla zažít otevřenou komunikaci o svém problému s ním.

Eva 15 let svého života užívala pervitin a nezažila fungování ve společnosti. V současnosti řeší mnoho témat najednou. Snaží se přerušit kontakty s dalšími lidmi ze svého okolí, kteří užívají drogy. Hledá vztah ke své čtyřleté dceři a poprvé se dostává do kontaktu s faktem, že je matkou. Otvírají se problémy související s její kriminální kariérou. V rámci skupiny poprvé nahlédla na svou strategii chování, kdy jako řešitel potíží ostatních nebo také oběť získává alespoň zdánlivé ocenění. Její rodiče nebyli v období jejího dětství příliš na blízku, spoléhali na schopnosti své dcery, které mohla Eva vnímat spíše jako nezájem. Ať byla úspěšná (například ve škole), nebo dělala potíže v začátcích svého užívání, necítila zřejmě dostatečnou pozornost. V prvních pěti týdnech zopakovala své chování, které uplatňovala v životě s drogou. Nyní narazila na otázku včlenění se do společnosti a poprvé uvažuje, co vše to obnáší. Vnímám, že pro Evu bude důležité dále pracovat na přebírání zodpovědnosti za své činy a více sledovat své chování než chování okolí. Dále nabídnutí a motivování k pokračující léčbě v terapeutické komunitě pro prohloubení nově získaných efektivnějších sociálních dovedností. Zážitek skutečných vztahů a přátelství v léčbě může být pro Evu důležitým prvkem v přijetí sebe sama a v zanechání nefunkčních strategií a chování.

6 SEBEREFLEXE

V rámci fokusu na kazuistickou situaci jsem se snažila odfiltrovat část svých vnitřních procesů. Zde bych je ráda představila – introspektivní vhled do situace, a nabídla odpověď na otázku, jaké vnímám potřeby začínajícího klinického pracovníka adiktologa a jakým způsobem navrhuji tyto potřeby naplňovat. Situace konfliktu je náročná sama o sobě a zasahuje jak profesní, tak osobní rovinu.

Oblasti potřeb jsem roztrídila do tří časových rovin. První rovinou jsou předpoklady pro vstup do situace, druhou jsou potřeby a jejich naplnění v dané situaci probíhající skupiny a třetí jsou potřeby a jejich naplnění po skončení terapeutické skupiny. První rovinu bych nazvala potřebou připravenosti. Jedná se o vklad do sebe, proto, abych měla vyšší šance takovou situaci zdárně zvládnout. Pro mě byly klíčové znalosti a dovednosti získané vysokoškolským studiem, další vzdělávání (konkrétně dlouhodobý kurz krizové intervence a motivačních rozhovorů) a klíčová byla více než roční praxe, kdy jsem měla možnost seznámit se s principy daného zařízení a způsoby práce a nahlédnout do nich. Všechny tyto aspekty se velmi pravděpodobně promítly i do druhé roviny.

Důležitým prvkem v situaci sezení byla přítomnost druhého terapeuta. Situace byla rozložena na dvoje bedra a zkušenější terapeut mi zároveň ukazoval cestu. Spolupráci vnímám jako zásadní, obzvláště v období vstupu do praxe. Díky přítomnosti kolegy jsem vnímala zázemí,

podporu a bezpečí, umožnilo mi to více zkoumat dění „tady a teď“ ve vztahu k „tam a tehdy“. Měla jsem prostor zachytit nejen emoce pacientek, ale i své vlastní a zkoumat je, dívat se, jak se proměňují, na co reagují. Netížil mě v tu chvíli přílišný pocit zodpovědnosti za proces ve skupině, což neznamená, že jsem nebyla jeho součástí, ale měla jsem prostor učit se.

Potřebou v třetí rovině byla především rozmluva o celé situaci a její sdílení. Díky intervizi s kolegou jsme společně zpracovávali události, podali jsme si zpětnou vazbu a hledali další směřování terapeutické práce. Myslím, že stojí za to více se věnovat této rovině. V běžném programu zařízení není příliš mnoho času na zastavení. Je to velmi vzácná chvíle – sednout si a alespoň 30 minut sdílet své pocity, dojmy a hypotézy. Podle mé zkušenosti je to nesmírně důležité. Je to právě ten čas, kdy můžu začít třídit a zkoumat, „proč“ se celý děj odehrál, hledat souvislosti a další směr. Zmínila jsem také zpětnou vazbu. Někdy mě přepadá pocit, že je toto slovo zakleté. Všichni víme, jak je nesmírně důležitá, ale bojíme se ji poskytovat. Za svou krátkou profesní kariéru se musím přiznat, že prahnu po zpětných vazbách k mé práci, a pokud se mi nedostávají, cítím se jako ve vzduchoprázdnu. Používám svůj vnitřní systém hodnocení, ale ten zároveň obsahuje tolik pochybností a otázníků, že se časem začne hroutit. Vybavuji si zpětnou vazbu ke své intervenci ve výcviku krizové intervence. Dostala jsem informaci, že velmi často, ve snaze navodit atmosféru porozumění, opakuji slova klientů, která jsou velmi negativně laděna – hodně těžké, propad, velká bolest, apod., místo abych hledala slova, která pomáhají tento háv deprese pomalu sundat. Uvádím tento příklad z toho důvodu, že mě tato zpětná vazba velmi osvobodila. Sama jsem tušila, že někde dělám chybu, ale nebyla jsem schopna ji sama pojmenovat.

V souhrnu jsem jako hlavní potřeby vnímala potřebu zázemí a připravenosti neboli vnímání bazální kompetence pro tuto práci, dále potřebu spolupráce, podpory a supervize od zkušenějšího kolegy a následný prostor pro zpracování dané situace a její využití pro profesní růst. Nástroje naplnění těchto potřeb jsou vzdělání (jak teoretické, tak výcvik v praktických dovednostech), podpora a supervize zkušenějších kolegů a vytvoření prostoru pro zpracování procesů, tedy vstřícný a otevřený přístup pracoviště.

7 ZÁVĚR

Během svého pětiletého studia oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy jsem v rámci procesu učení se porozumění příběhu klienta zpracovala mnoho kazuistik. Byl patrný vývoj od prostého učení se porozumění jednotlivým aspektům klientova příběhu přes zdokonalování procesu diagnostiky a matchingu až po snad nejkomplikovanější proces trénování adiktologické rozvahy a hledání svého místa v procesu údravy klienta. V posledních dvou letech jsem v rámci svého pracovního úvazku byla ve skutečném a intenzivním kontaktu s pa-

cientkami a otázka mé role se v mých kazuistikách stala klíčovou. Nebyla jsem schopna tuto rovinu mapování vývoje svých dovedností a také pochybností odtrhnout v úvahách nad daným příběhem a otázky, zda postupuji správně a co by mohlo být provedeno jinak, se staly hlavním nadpisem mé práce. Díky zpětným vazbám a zázemí studia, supervize a týmové intervize jsem transformovala tuto rovinu pochybností a otázek do nové kvality mého profesního vývoje. Věřím, že mnozí, ne-li všichni, začínající adiktologové a terapeuti procházejí tímto procesem v počátcích své praxe. Objevila jsem ve zpracování kazuistik jedinečný nástroj osobního i profesního růstu podporující důkladnou sebereflexi a sebekritiku, která vede k prohlubování znalostí a dovedností, k sebepoznání a ke zkvalitňování práce s klientem (Yalom, 2003; Kalina et al., 2015). Také je pro mě srozumitelnější, co chceme po pacientech a klientech – získání „náhledu“ na své chování, myšlení a prožívání – a pokud to nebudeme trénovat my sami, pak bude cesta v pomoci druhým mnohem těžší. Chtěla bych vás podpořit ke sdílení své cesty a k trpělivosti a investici své energie do kolegů.

Konflikt zájmů | Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kratochvíl, S. (2012). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Grada Publishing.
- Popov, P. (2003). Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Dragy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Sklenář, O. (2013). Editorial. 919 – Zdravotní výkony adiktologa. *Adiktologie*, 13(1), 4–5.
- Yalom, I. D. (2003). *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2016). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.
- Zákon č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

LÉČBA CHRONICKÉ HEPATITIDY C

MAVIRET
glekaprevir/pibrentasvir

KOMBINACE 2 DAA* V 8TÝDENNÍM PANGENOTYPOVÉM REŽIMU¹

**= 8 TÝDENNÍ
LÉČBA**

DOSUD NELÉČENÍ PACIENTI BEZ
CIRHÓZY, PACIENTI S INFEKČÍ GT1-6^{††}

98%²
ITT[‡]
VYLÉČENÝCH PACIENTŮ** (SVR12)

Napříč GT 1–6 (n = 943/965)²

*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.

[†]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.

[‡]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 doporučena 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, kobicistat, dronedaron, itakonazol, 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 pečlivě monitorování hodnot INR. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: bolest hlavy a únava. Časté: průjem, nauzea, astenie. Zvýšený celkový bilirubin nejmenší na 2násobek horní hranice normálních hodnot (ULN) bylo pozorováno u 1,3 % pacientů v souvislosti s inhibicí transportérů bilirubinu prostředkem glekaprevir a jeho metabolismem. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** PVC/PE/PTFE 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

Alcohol as Medication in a Girl with Disharmonic Personality Development

Kroftová, S., Vávrová, J., Kmoníčková, J.

Child and Adolescent Detoxification Centre, Sisters of Mercy of St. Borromeo Hospital, Prague, Czech Republic

Citation | Kroftová, S., Vávrová, J., Kmoníčková, J. (2018). Alkohol jako lék u dívky s disharmonickým vývojem osobnosti. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 172–175..

Summary | A 16-year-old female patient was treated in our facility for daily alcohol use. This was preceded by her psychiatric treatment for an eating disorder (intermittent food restriction behaviours and bulimic binges), as well as depression and anxiety, including a suicide attempt. The eating disorder resulted in the patient being admitted to the psychiatric ward. The girl's mother had known about her daughter's alcohol use for a short time. She found out about half a year before her daughter started treatment at our centre. When under the influence of alcohol, the girl's behaviour aroused no

suspicion. The mother had no suspicion of any drug use. Her daughter admitted to experimenting with marijuana only. The patient drank alcohol on a daily basis; she expected the development of a withdrawal state after entering treatment. Prior to her treatment at our centre, she was hospitalised for a week in a psychiatric ward. She left there on her own responsibility. Shortly before being admitted to our centre, she cut her wrist in a suicide attempt while intoxicated by alcohol. The wound required surgical treatment.

Keywords | Alcohol abuse – Self harm – Mental bulimia – Impulsivity

Submitted | 26 May 2018

Accepted | 30 October 2018

Correspondence address | Světlana Kroftová, M.D., Child and Adolescent Detoxification Centre, Sisters of Mercy of St. Borromeo Hospital, Vlašská 36, 118 33 Prague 1, Czech Republic

kroftova@nmskb.cz

Alkohol jako lék u dívky s disharmonickým vývojem osobnosti

Kroftová, S., Vávrová, J., Kmoníčková, J.

Dětské a dorostové detoxikační centrum, Nemocnice Milosrdných sester sv. K. Boromejského, Praha

Citace | Kroftová, S., Vávrová, J., Kmoníčková, J.(2018). Alkohol jako lék u dívky s disharmonickým vývojem osobnosti. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 172–175.

Souhrn | Pacientka se u nás léčila ve svých 16 letech pro zneužívání alkoholu s denní frekvencí. Tomu předcházelo psychiatrické léčení pro poruchu příjmu potravy (restrikce stravy společně s bulimickými záchvaty), dále pro deprese, úzkosti a jeden sebevražedný pokus. Porucha příjmu potravy vyústila v hospitalizaci na psychiatrii. O zneužívání alkoholu věděla matka dívky krátce, asi půl roku před léčbou dívky u nás. Dívka se při opilosti nechovala podezřele. Podezření na užívání drog matka neměla, dcera se jen přiznala, že experimentuje s marihuanou. Pacientka pila

alkohol denně, při přijetí očekávala rozvoj odvykacího stavu. Před léčbou u nás byla hospitalizována týden na lůžkové psychiatrii, odešla sama na negativní reverz. Krátce před přijetím k nám se pořezala na zápěstí v sebevražedném úmyslu v opilosti, rána byla hlubší s nutností chirurgického ošetření. Během detoxifikace se nerozvinul odvykací stav, ale projevila se dysforie, naléhavá potřeba tlumit nežádoucí emoce a emoční stavy. K další léčbě byla dívka nemotivovaná, nebyla ani rozhodnutá něco změnit.

Klíčová slova | Abúzus alkoholu – Sebepoškozování – Mentální bulimie – Impulzivita

1 ANAMNÉZA

Rodinná: Otec (53) zdravý, kuřák, pracuje jako obchodní referent. Jeho rodiče – matka (71), biologického otce neznal. Matka (49) zdravá, nekuřačka, pracuje jako skladnice. Její rodiče – matka: DM II, HT, otec: + IM. Sourozenci – nevlastní bratři (28, 24), zdraví, vídají se. Neuropsychiatrická zátěž v rodině: matka matky měla problémy s alkoholem, otec matky byl alkoholik. Sestry matky mají rovněž problémy s alkoholem. První manžel matky zemřel na komplikace s alkoholem. Rodiče spolu žili 11 let. Pacientka se s otcem občas stýká.

Osobní: Z 3. těhotenství, normální průběh, bez komplikací, porod týden po termínu, porodní míry 3300/51, kojení do půl roku, raný psychomotorický vývoj v normě, nemocnost malá, čistotu udržovala včas. Prodělala boreliózu na podzim 2016, přeléčena ATB. Bezvědomí 0. EPI 0. Dispenzarizace 0. Očkování dle kalendáře + Cervarix.

Psychiatrická: Matka dívky uvedla, že první potíže zaznamenali v 8. třídě ZŠ, kdy se dívka vsadila s kamarádkou, že zhubne. Měla pěknou postavu, možná ne dokonale štíhlou, přesto začala hodně cvičit, hodně běhat. Psychologické vyšetření opakovaně, dochází k psycholožce, „protože si nerozumím s lidma.“ Psychiatrická ambulance 3 roky. Psychiatrická hospitalizace 2x – 1x detox Svitavy, 1x PL Brno pro PPP. První myšlenky na sebevraždu uvádí už v dětství. „Jsem chtěla skočit pod vlak, když jsme se třeba s děvčaty pohádaly, jsem si myslela, že je to moje chyba. Já se vlastně pořád bojím, co bude kde za malér a já ho nebudu umět vyřešit. Já mám neustále zapotřebí se za něco trestat. Když se někomu něco stane, tak potrestat sebe. Já mám dojem, že jsem si ještě dostatečně neublížila.“ Suicidální pokus v létě 2017 pořezením, hospitalizována, „... tak když jsem se probudila v nemocnici a tam mi řekli, že jsem málem skončila vedle na pitevně, tak mi to bylo jedno, jsem se začala smát.“

Gynekologická: Menses od 14 let, nepravidelně, P0, p0, PM před 2 měsíci. HAK 0. **Farmakologická:** Ciprallex 2-0-0.

Abúzus: Kouřit začala ve 13 letech, pravidelně již od 14 let, v současnosti 10–15/D. Alkohol pije od 13 let, ve 13 pila hodně, prakticky denně, od 1. ročníku SŠ „jsem do toho zase spadla“, od léta 2017 denně pije víno a pivo, občas tvrdý alkohol. Marihuanu poprvé zkusila v 13 letech, nikdy ne pravidelně, poslední joint v 1/2018. Pervitin 0. Jiné drogy neguje. Toxické psychózy 0. Peníze na drogy brala z kapesného, později především od kamarádů. Prostituci, krádeže, dealerství neguje.

Sociální: Bydlí v bytě 3+1 s matkou a jejím partnerem, má vlastní pokoj. Pacientka tvrdí, že mámin partner denně pije 2–3 piva. Vztah s bratry špatný, „nemám s nikým dobrý vztah.“ Matka si předloni koupila ve stejné obci statek, kde mají drůbež, králíky, ovce. Pacientka se o ně stará.

Od 3 let do MŠ, adaptace bez problémů. Na ZŠ šla od 6 let, na 1. stupni prospěch dobrý, chování dobré. Na 2. stupni

zhoršování prospěchu od 6. třídy, neopakovala, chování – snížená známka za záškoláctví a porušování řádů školy. Studuje SŠ zahradnictví a cestovní ruch, je ve 3. ročníku.

Zájmy: fotografování, tancování, sport. Sama se hodnotí jako agresivní, cynická, zlá, podrážděná. Vyhledává skupiny spíše starších kamarádek, žen asi o 10–15 let starších.

Socializace: S vrstevníky si „nemá co říct.“ Matka svoji dceru hodnotí jako „dobrosrdečnou, pracovitou, má ráda děti, je na ni spoleh.“

Kriminální: Neguje. Kurátorský dohled neguje. Sex – první styk v 15 letech, po kratší známosti. V současnosti přítele má, 3 měsíce. STD 0.

2 STAV PŘI PŘIJETÍ

Pacientka se dostavila v doprovodu matky, dle telefonického objednání. Nejeví známky intoxikace či odvykacího stavu, altest 0,4 promile. Lucidní, plně orientovaná všemi směry.

Upravená, čistá. Spolupráce bezproblémová. Verbální kontakt možno dobře navázat, na kladené otázky odpovídá adekvátně, verbální produkce je dostatečně bohatá. Dominují rysy hraniční, pacientka s nízkým sebehodnocením, žádnou sebeláskou, opakovaně depresivní epizody, ladění celkově negativistické. Psychomotorické tempo je přiměřené, mimika a pantomimika je živá.

Emoční reakce v normě. Nálada vyrovnaná, místy lehce pokleslá, odpovídá ale situaci, ve které se nachází, bez známek patické deprese. Dynamika myšlení přiměřená, bez inkoherecí, myšlení po strukturální a obsahové stránce bez poruch. Pozornost správně centrovaná na rozhovor. Paměť a intelekt orientačním klinickým vyšetřením v mezích normy. Osobnost s rysy emoční nestability. Bez známek auto- či heteroagresivity. Náhled parciální.

Tělesný nálezný při přijetí: Dítě při vědomí, orientované, spolupracující, hydratace i turgor v normě, kůže čistá, kostra bez deformit, tetování 0, piercing 0. Na LHK 6 stehů. Somatický nálezný bez známek patologie. Vyšetření: 20. 4. 2018, 11:45 – 23. 4. 2018, 07:10. JATERNÍ TESTY:

S--T-BIL: 11,0 S--ALT: 0,36 S--AST: 0,31. MARKERY HE-PATITID: S--HAV M: Nereaktivní,

S--HAV: Nereaktivní, S--HBsAg: Nereaktivní, S--aHBs: <10 S--aHBc M: Nereaktivní, S--aHBc: Nereaktivní, S--aHBe: Nereaktivní, S--HBe: Nereaktivní, S--HCV: Nereaktivní. OSTATNÍ: S--HIV1,2: Nereaktivní. TOXIKOLOGIE: U--AMP: negativní, U--OPI: negativní, U--BZO: negativní, U--THC: negativní, U--U-ALK: 0,43.

Chirurgické konsilium: Pacientka 9 dnů po sutuře incise na levém zápěstí ve Svitavách. Obj.: Rána zhojena, p.p.

stehy kompletně odstraněny. Novikov. Dop: Kontrola jen při obtížích.

Medikace: Cipralex 10mg 1-0-0; Quetiapine 25mg 0-0-0-2 tbl.

Souhrn diagnóz: Hlavní dg: F102 poruchy způsobené alkoholem – syndrom závislosti. Vedlejší dg: F501 atypická mentální anorexie, F172 poruchy způsobené tabákem – syndrom závislosti, F928 jiné smíšené poruchy chování a emocí, Z503 rehabilitace při drogové závislosti.

Zpráva z psychoterapie: Během pobytu dodržovala bez problémů režim oddělení, dobře vycházela s personálem i ostatními klienty. V dopoledních a odpoledních hodinách se účastnila volnočasových a terapeutických aktivit, na kterých velmi slušně spolupracovala na daných tématech a technikách. Dívka má celkem slušný náhled na užívání alkoholu a do budoucna je odhodlaná k abstinenci. Z našeho pohledu u ní však dominují hraniční osobnostní rysy, zejména pocity prázdnoty, nízké sebehodnocení, tendence k sebepoškozování. Do budoucna doporučujeme zvážit pobyt v některé z PN nebo stacionářů, které se zabývají touto problematikou. Dívka počítá s tím, že bude docházet ambulantně do terapeutické péče v místě bydliště. Průběh hospitalizace a doporučení: Pacientka byla přijata na naše oddělení pro problémy s alkoholem, již od příjmu však patrná hraničně formovaná struktura osobnosti v celém spektru – nízké sebehodnocení, absence sebelásky, chronická prázdnota, tendence k sebezničujícímu chování – ať již excesivním opíjením či sebepoškozováním. Z našeho pohledu je nutná dlouhodobá terapeutická podpora vedená k nahlédnutí na svoje povahové založení a zvládání všech nepříjemných pocitů, které k výše uvedeným osobnostním rysům patří. U pacientky vidíme jasné spouštěče intoxikací, a to je zklamání, frustrace, tíseň, vztek a zlost. Problémy řeší impulzivně, nerada se stýká s lidmi, na to konto si přijde odcizená, jiná, vadná. Spolupráce s pacientkou byla vyhovující, hezky o svých pocitech mluvila, motivace k abstinenci byla přítomna, náhled byl pouze částečný – nepije kvůli závislosti, ale právě kvůli tlumení výše uvedených pocitů. Trvale se nám zdála emocemi nepřítomná, odpojená, měla problém svoje emoce identifikovat, často proto využívala alkoholové opojení nebo bolest způsobenou sebepoškozováním k tomu, aby zesílila emoční prožitek. Chyběla sebeláska, snaha pečovat o svoje tělo a o svoje zdraví. Během léčby u nás se otevřelo mnoho témat ke zpracování v psychoterapii. V primární rodině figuroval otec jako alkoholik v případě bratrů a ten, kdo od rodiny odešel a již ji nechránil, v případě dívky.

3 DISKUSE

Je patrné, že dívka si alkoholem tlumila úzkost a podrážděnou náladu. Byla hostilní a podrážděná, v terapii bezradná a lehce negativistická, náhled byl dobrý, ale schopnost zvládat negativní emoce minimální. Kombinace poruchy příjmu potravy, sebepoškozování a abúzu

návykových látek vidíme často. U poruch příjmu potravy bývá přítomen syndrom záměrného sebepoškozování, ať již ve známé podobě pořezání se, ale také ve způsobu předávkování se medikamenty, které bývá v první diagnostické linii často hodnoceno jako suicidální pokus, přitom ale nemusí jít o záměr (byť ambivalentní) zemřít, ale spíše o snahu převést psychický diskomfort do podoby somatické bolesti. Sebepečování bývá často u narcistické a hraniční poruchy osobnosti, může mít i manipulativní aspekt. Osobnost zahrnuje to, jak člověk prožívá city, jak s nimi zachází, jaký vztah má sám k sobě, ke světu a jak reaguje ve stresové situaci. Na vývoj osobnosti mají vliv dědičné vlohy a rodina. Výchovný styl, jakým způsobem se v rodině komunikuje, jak se v ní s emocemi zachází, jaká je míra otevřenosti, jistoty a důvěry ve vztazích. Často vidíme děti, které emoce nemají s kým sdílet, a na našem oddělení často vidíme rodiče, kteří nemají ponětí o citových problémech svých dětí. U pacientů s poruchami příjmu potravy se ve významné míře vyskytuje suicidální chování. Suicidium je považováno za hlavní příčinu smrti u mentální anorexie, u mentální bulimie jsou častěji zastoupeny suicidální pokusy a sebepoškozování. Za rizikové komorbidní faktory je považována zejména depresivní porucha, hraniční porucha osobnosti a užívání návykových látek.

4 ZÁVĚR

Pacientka na našem oddělení prošla detoxikací a dostala nabídku následné odvykací léčby. Byla bohužel v obranné pozici a nepřístupná změně. Sebepečování i alkoholová intoxikace u ní představovaly kontakt s emocemi v patologické formě. U této pacientky by abstinenci léčba musela být propojená s léčbou na psychiatrickém lůžku a dlouhodobou psychoterapií. Výrazná byla i genetická zátěž abúzu alkoholu v rodině. Ukazuje se, že to, jak se doma k návykovým látkám chováme my, rodiče, děti ovlivňuje nejvíce. Kazuistika ukazuje zejména na to, že takto nemocné pacienty (nemotivované ke změně, sebepoškozující se, impulzivní, závislé) je velmi obtížné úspěšně na lůžku léčit, potažmo je velice obtížné je na lůžko jen umístit.

Role autorů | MUDr. Vávrová – příjmové vyšetření a propouštěcí zpráva, PhDr. Kmoníčková – vedení psychoterapeutických skupin a sezení, MUDr. Kroftová – vizity s primářem a individuální konzultace. Všechny autorky se podílely na tvorbě textu a souhlasí s konečným zněním.

Konflikt zájmů | Žádný konflikt zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

Kocourková, J., Koutek, J. (2014). Suicidální chování a sebepoškozování u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 15(2), 55–57.

Congenital Hepatitis C in Children: a case study and literature review

El-Lababidi, N., Frühauf, P.

Centre for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, Department of Pediatrics and Adolescent Medicine, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital, Prague, Czech Republic

Citation | El-Lababidi, N., Frühauf, P. (2018). Kongenitální hepatitida C u dětí: kazuistika a přehled literatury. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 176–180.

Summary | Hepatitis C is a major global issue with increasing incidence levels. At least 177.5 million people are estimated to live with this infection. The Hepatitis C virus (HCV) belongs among the RNA viruses from the *Flaviviridae* family. It is divided into six genotypes. The most common routes of HCV transmission include intravenous drug abuse, unprotected genital-genital and genital-anal sex, tattooing, and piercing. In the past the infection was also communicated by untreated blood

transfusions. HCV can be transmitted vertically from the mother to the foetus during pregnancy and/or while giving birth. The risk of the foetus being infected does not exceed 15%. Up to 20% spontaneous clearance of the virus by the age of four has been observed. Another 6–12% of those infected with HCV are spontaneously cured before they reach adulthood. This case study demonstrates the numerous changes which the therapy of HCV infection has undergone over time.

Keywords | Hepatitis C – Congenital infection – Eradication treatment – Interferon α -2a – Pegylated Interferon α -2b – Direct Acting Agents

Submitted | 16 August 2018

Accepted | 30 October 2018

Grant support | Ministry of Health grant No. RVO VFN 64165/2012.

Correspondence address | Nabil El-Lababidi, M.D., Centre for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, Department of Pediatrics and Adolescent Medicine, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital, Ke Karlovu 2, 121 00 Prague 2, Czech Republic

nabil.el-lababidi@vfn.cz

Kongenitální hepatitida C u dětí: kazuistika a přehled literatury

El-Lababidi, N., Frühauf, P.

Centrum dětské gastroenterologie, hepatologie a výživy, Klinika dětského a dorostového lékařství, 1. LF UK a VFN v Praze

Citace | El-Lababidi, N., Frühauf, P. (2018). Kongenitální hepatitida C u dětí: kazuistika a přehled literatury. *Adiktol. prevent. léčeb. praxí*, 1(3), 176–180.

Souhrn | Onemocnění hepatitidou C je závažným celosvětovým problémem s rostoucí incidencí. Odhaduje se, že tímto onemocněním je nakaženo minimálně 177,5 milionu obyvatel. Virus hepatitidy C (HCV) se řadí mezi RNA viry čeledi Flavivirů. Rozlišuje se šest genotypů. K nakažení HCV dochází nejčastěji při nitrožilním abúzu drog, nechráněným pohlavním stykem genitogenitálním nebo genitoanálním, tetováním a při zavádění tělesných ozdob (piercing). V minulosti

docházelo k infekci i neošetřenou krevní transfúzí. HCV se může přenést vertikálně z matky na plod během těhotenství a/nebo porodu. Riziko infekce plodu nepřekračuje 15 %. Až ve 20 % dochází do 4 let věku ke spontánní clearance viru, u dalších 6–12 % dochází k odeznění infekce před dosažením dospělosti. Terapie HCV infekce prošla v průběhu let mnoha změnami, jak demonstruje následující kazuistika.

Klíčová slova | Hepatitida C – Kongenitální infekce – Eradikační terapie – Interferon α -2a – Pegylovaný interferon α -2b – Přímo působící virostatika

Došlo do redakce | 16. srpna 2018

Přijato k tisku | 30. října 2018

Grantová podpora | Tento článek vznikl za podpory grantu Ministerstva zdravotnictví ČR RVO VFN 64165/2012.

Korespondenční adresa | MUDr. Nabil El-Lababidi, Centrum dětské gastroenterologie, hepatologie a výživy, Klinika dětského a dorostového lékařství, 1. LF UK a VFN v Praze, Ke Karlovu 2, 121 00 Praha 2

miroslav.bartak@lf1.cuni.cz

1 POPIS PŘÍPADU

Dívka z druhé fyziologické gravidity (1x abort na přání matky), průběh těhotenství a porodu bez komplikací. Po narození se rozvinula u dívky novorozenecká žloutenka, ale bez nutnosti fototerapie. Hyperbilirubinémie přetrvávala po dobu následujících 3 měsíců od propuštění do domácí péče. Vzhledem k plnému kojení a protrahované elevaci hladiny bilirubinu byl ikterus hodnocen jako žloutenka kojeného dítěte. Hladina bilirubinu se v dalším průběhu normalizovala, ale rozvinula se hepatopatie, zpočátku s izolovanou elevací GMT, následně i s elevací transamináz. Dívka byla široce vyšetřena a byla zjištěna pozitivita anti-HCV a následně i PCR HCV v její krvi. Při vyšetření matky byla zjištěna elevace transamináz a pozitivita anti-HCV protilátek při negativitě PCR. Dodatečně bylo zjištěno, že matka byla v minulosti drogově závislá na nitrožilně podávaných substancích. Hepatopatie dívky byla hodnocena jako kongenitální HCV infekce a ve věku 8 měsíců byla zahájena terapie interferonem α -2a (IFN) s podkožní aplikací 3x týdně. U dívky se objevily nežádoucí účinky běžně popisované při této terapii. Zpočátku byla po aplikacích febrilní, dále se rozvinula měnlivá neutropenie a anémie. Dávka IFN byla vždy modifikována dle aktuálních hodnot neutrofilů. Terapie interferonem byla, i přes opakované kúry v délce 2,5 let, neúspěšná a přetrvávala pozitivita PCR HCV. Terapeutické pokusy byly ukončeny a dívka byla nadále sledována ambulantně.

V průběhu času a s vývojem a větší dostupností diagnostických metod bylo zjištěno ve věku 11,5 let, že dívka je nakažená genotypem HCV 1b, který je považován za prognosticky negativní faktor pro úspěšnost léčby. Počet HCV partikulí zjištěný metodou PCR byl vysoký.

Ve věku téměř 14 let byla provedena jaterní biopsie k evaluaci aktivity zánětu a přítomnosti fibrotických či cirhotických změn. Jaterní biopsie prokázala jen mírnou chronickou hepatitidu bez event. cirhózy. Ve věku 15 let byla zahájena eradikační terapie HCV za použití tehdy doporučené kombinované terapie pegylovaným interferonem α -2b (PEG-INF) 1x týdně a ribavirinem podávaným 2x denně ústy. Terapie měla trvat po dobu 48 týdnů. U dívky došlo k rozvoji četných nežádoucích účinků terapie PEG-INF, a to jak na klinické (cefalea, únava, nechutenství, hubnutí, rozvoj ekzému), tak i laboratorní (leukopenie s intermitentní neutropenií a anémií) úrovni. Dívka měla negativní prognostické faktory pro úspěšnost terapie (HCV genotyp 1b, předchozí neúspěšné pokusy o terapii za použití IFN). Pravděpodobnost úspěchu terapie v takovém případě se, dle četných studií, pohybovala okolo 15 %. Dalším negativním prognostickým faktorem bylo nedosažení rapidní odpovědi neboli RVR (Rapid Virological Response, tj. negativita PCR HCV ve 4. týdnu terapie) a následně i kompletní časné virologické odpovědi, tzv. cEVR (Complete Early Virological Response, tj. negativita PCR HCV ve 4. a 12. týdnu terapie). Počet kopií HCV partikulí byl se stoupajícím trendem i ve 24. týdnu, což činilo pravděpodobnost dosažení setrvalé virologické od-

povědi (SVR – Sustained Virological Response) velmi nízkou. V 36. týdnu terapie bylo PCR HCV nadále pozitivní, terapie byla považována za neúspěšnou a byla ukončena, dívka zůstala nadále v ambulantním sledování. Po ukončení terapie došlo postupně k vymizení klinických obtíží spojených s léčbou a k normalizaci krevního obrazu.

S dalším rozvojem medicíny a vyvinutím nových léků byla na trh uvedena nová skupina léků, tzv. přímo působící virostatika neboli DAA (Direct Acting Agents), která jsou úspěšná v eradikaci HCV genotypu 1 až v 97 %. Po dosažení tehdy platné věkové indikace léčby v České republice (ČR), tj. 18 let věku, byla s ohledem na předchozí neúspěšné eradikační pokusy zahájena kombinovaná terapie elbasvirem s grazoprevirem v kombinovaném přípravku perorálně denně po dobu 12 týdnů při současném podávání ribavirinu taktéž denně. Efekt terapie byl promptní, již po měsíci bylo PCR HCV pozitivní, ale pod mez detekce pro danou metodu a při následných kontrolách a po ukončení terapie bylo PCR HCV negativní a svědčilo pro úspěšnou eradikaci viru.

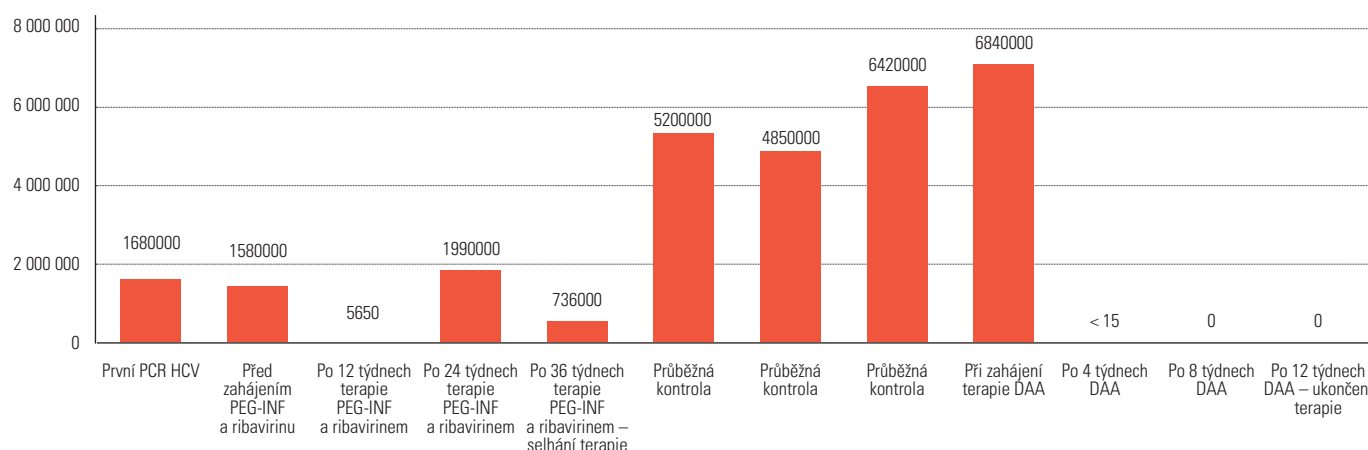
Graf 1 dokumentuje rozvoj počtu kopií HCV v krvi dívky od zavedení možnosti kvantitativního měření na dispenzarizujícím pracovišti.

2 DISKUSE

HCV infekce je celosvětovým problémem a její incidence se liší dle světadílů. Celosvětová prevalence infekce HCV se pohybuje okolo 3 %. Nejvyšší výskyt této infekce je v Africe, Jižní Americe a jihovýchodní Asii. Údaje o prevalenci HCV infekce u dětí a adolescentů jsou nepřesné. Předpokládá se prevalence ve Spojených státech a Evropě 0,05–0,36 % a v rozvojových zemích 1,8–5,8 %. ČR je považována za zemi s nízkou prevalencí HCV. V roce 2001 bylo zjištěno, že 0,2 % obyvatel ČR je HCV pozitivních. Za reálnější se však jeví prevalence kolem 0,4 %, dle některých studií i 1,67 %. Výskyt virových hepatitid je dle údajů Státního zdravotního ústavu (SZÚ) na vzestupu. Ročně se v ČR diagnostikuje v průměru 800–1000 nových případů HCV infekce, což je 10x častěji než výskyt infekce virem hepatitidy B (HBV). V současné době tvoří HCV hepatitidy 82 % všech chronických hepatitid a jsou příčinou 15,6 % transplantací jater.

Nejrizikovější skupinou pro infekci HCV jsou uživatelé nitrožilních drog, kteří tvoří 60 % všech pacientů. Druhou nejčastější cestou přenosu je pohlavní styk, 20 % pacientů se nakazí touto cestou. Ostatní způsoby přenosu jsou méně časté. Až v 90 % případů se podaří zjistit způsob infekce, u 10 % pacientů se však metodu přenosu nedaří určit.

Získaná hepatitida C je chronickou infekcí. Akutní průběh je v 70–80 % asymptomatický. Ve 20–30 % se mohou za 3–12 týdnů od nakažení manifestovat klinické příznaky. Obvykle se jedná o únavu, nechutenství a ikterus. V 15–25 % případů může dojít v průběhu prvních 6 měsí-



Graf 1 | Počet kopií HCV v průběhu času. PEG-INF = Pegylovaný interferon α -2b, DAA = Direct acting agent

ců od infekce ke spontánní clearance viru ale ve většině případů (75–85 %) přechází infekce do chronicity. Mezi rizikové faktory pro přechod HCV infekce do chronicity patří věk při nakažení nad 25 let (riziko přechodu do chronické formy u starších 25 let je 87 %, u mladších tohoto věku 56 %), mužské pohlaví, asymptomatický průběh akutní infekce, afroamerická rasa, současná HIV infekce (virus lidské imunodeficiency – Human Immunodeficiency Virus) a jiné stavy spojené s imunosupresí. K progresi poškození jater do stadia cirhózy dochází v 10–15 %. Mezi rizikové faktory pro progresi onemocnění do fibrózy jater se řadí konzumace alkoholu (> 30 g/den u mužů a > 20 g/den u žen), infekce ve věku > 40 let, mužské pohlaví, komorbidita a koinfekce HIV nebo HBV. Při dekompenzaci jaterní cirhózy se 5leté přežití pohybuje okolo 50 %. Chronická HCV infekce zvyšuje riziko rozvoje hepatocelulárního karcinomu (HCC – HepatoCellular Carcinoma) 17násobně v porovnání s HCV negativní populací. Roční incidence HCC při HCV indukované cirhóze je 1–4 %, v Japonsku až 7 %.

Vertikální přenos infekce z matky na plod je možný při PCR HCV pozitivitě těhotné ženy, při negativitě PCR je riziko přenosu extrémně nízké. Pravděpodobnost přenosu HCV na plod je vyšší u HIV pozitivních matek (13,9 %) než u HIV negativních (6,6 %). Až ve 20 % případů dochází v průběhu prvních 4 let života ke clearance viru, zbylých 80 % obvykle přechází do chronicity. Chronická HCV infekce u dětí je obvykle asymptomatická, v 10 % bývá mírná hepatomegalie a v 50 % je přítomná perzistující elevace transamináz.

Terapie HCV infekce by měla být zvážena u všech infikovaných dospělých a dětí. Na rozdíl od dospělé populace, kde se načasování terapie řídí stupněm fibrózy a cirhózy jater, přítomností mimojaterních projevů onemocnění a komorbidit, které by mohly urychlit progresi jaterního onemocnění do stadia fibrózy, lze být u dětí zdrženlivější. Jaterní onemocnění při kongenitální HCV infekci obvykle bývá mírného stupně a až v pětině případů může dojít v prvních 4 letech života k odeznění onemocnění. V dnešní době se v dětském věku preferuje neinvazivní sledování průběhu onemocnění (hladina transamináz,

sérologická vyšetření, PCR HCV) a jaterní biopsie se provádí jen při podezření na pokročilé onemocnění jater.

Prvním lékem používaným v léčbě HCV infekce byl IFN, který byl schválen FDA (U. S. Food and Drug Administration) v roce 1991. IFN se aplikoval 3x týdně podkožně po dobu 48 týdnů. Úspěšnost léčby nepřekračovala 9 % v případě infekce genotypem 1 a 30 % v případě genotypů 2 a 3. Terapie IFN měla řadu nežádoucích účinků a byla všeobecně špatně tolerována pacienty. Dvě třetiny pacientů měly anorexii, polovina trpěla nauzeou, velmi časté byly i hematologické nežádoucí účinky (leukopenie, neutropenie až agranulocytóza, trombocytopenie) a v menších počtech se vyskytoval syndrom podobný chřipce (Flu-like syndrome – únava, horečka, třesavka a bolesti hlavy, svalů a kloubů). K průlomům v terapii došlo v roce 1998, kdy byla zavedena léčba IFN současně s ribavirinem. Úspěšnost terapie genotypu 1 se zvýšila na 29 % a genotypů 2 a 3 až na 62 %. K dalšímu zlomu došlo v roce 2001, kdy byl uveden PEG-IFN na trh. PEG-IFN se také aplikuje subkutánně, ale jen 1x týdně. Úspěšnost terapie dosud neléčených pacientů při kombinaci PEG-IFN a ribavirinu je u genotypů 1 a 4 je 48 % zatímco u genotypů 2 a 3 90 %. Délka této kombinované terapie se liší dle genotypu HCV, při infekci genotypy 1 a 4 je 48 týdnů, zatímco u genotypů 2 a 3 je poloviční. Nežádoucí účinky PEG-IFN jsou časté a popisují se až u 75 % pacientů. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří neutropenie, trombocytopenie, poruchy paměti, koncentrace a vidění, bolesti hlavy, deprese, podrážděnost, agresivita, flu-like symptomy, rozvoj autoimunitní tyroiditidy, nauzea, zvracení, hubnutí, alopecie, zhoršení atopického ekzému a plicní fibróza. Ve 2 % musí být terapie ukončena pro velmi těžké nežádoucí účinky. V případě ribavirinu se může vyskytnout dráždivý kašel. Ribavirin je teratogenní a během jeho užívání je nutná sexuální abstinence nebo používání kontraceptiv.

K největšímu zlomu v terapii HCV došlo v roce 2011, kdy byla uvedena na trh DAA. DAA jsou skupinou léků, které působí proti několika virovým enzymům včetně virové NS3/4S proteázy, NS5B polymerázy, NS5A a NS4B. DAA obvykle bývají kombinací 2 a více virostatik a jejich

úspěšnost dosahuje až 98 %. Riziko relapsu onemocnění po ukončení terapie nepřesahuje 0,7 %. DAA se podávají perorálně ve formě tablet obvykle po dobu 12, méně často 24 týdnů. Až v 90 % se vyskytují nežádoucí účinky terapie, nejčastěji únava, cefalea, neuropsychiatrické příznaky a nauzea. Dosud nebyl publikován jediný případ, kdy musela být pro tíži nežádoucích účinků DAA ukončena terapie.

V roce 2017 byly v Evropě schváleny agenturou EMA (European Medicines Agency) dvě různé kombinace DAA v terapii dětí starších 12 let a s hmotností přesahující 35 kg. Jedná se o kombinaci ledispaviru se sofosbuvirem a sofobusvirem s ribavirinem. Do dnešního dne nebyl schválen FDA ani EMA jakýkoliv DAA u dětí mladších 12let.

Oficiální stanovisko ESPGHAN (European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition – Evropská společnost pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu) vydané v roce 2018 doporučuje terapii HCV pozitivních dětí s genotypy 1, 2, 3 a 4 ve věku nad 12 let a hmotností nad 35 kg jedním z EMA schválených DAA. V případě dětí mladších 12let se nedoporučuje paušální používání PEG-IFN a ribavirinu. V případě absence známek těžké jaterní léze a/nebo závažných komorbidit se doporučuje vyčkání s terapií do věku 12let, kdy lze použít DAA. Vzhledem k pozitivním zkušenostem s terapií DAA u dospělých se očekává, že v brzké budoucnosti dojde k rozšíření typů DAA schválených k použití u dětí a adolescentů a k poklesu věku, kdy je možné zahájení terapie za jejich použití.

Role autorů | MUDr. Nabil El-Lababidi byl ošetřujícím gastroenterologem dívky v období adolescence a vedl v té době její terapii. Současně je hlavním autorem publikace.

MUDr. Pavel Frühauf, CSc. Byl ošetřujícím gastroenterologem dívky v kojeneckém, batolecím předškolním a školním věku dívky. Současně revidoval a schválil konečnou podobu textu.

Konflikt zájmů | Autoři čestně prohlašují, že nemají jakýkoliv konflikt zájmů v souvislosti se zpracovaným tématem.

LITERATURA / REFERENCES

- Das, D., Pandya, M. (2018). Recent advancement of direct acting antiviral agents (DAAs) in hepatitis C therapy. *Min. Rev. Med. Chem.*, 18(7):584–596.
- Davidson, S. M., Mieli-Vergani, G., Sira, J. et al. (2006). Perinatal hepatitis C virus infection: diagnosis and management. *Arch. Dis. Child.*, 91(9):781–785.
- Indolfi, G., Hierro, L., Dezsofi, A. et al (2018). Treatment of chronic hepatitis C virus infection in children: A position paper by the Hepatology Committee of European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J. Ped. Gastroenterol. Nutr.*, 68(3):505–515.
- Krekulová, L., Řehák, V., Madrigal, N. et al. (2001). Genotypic and epidemiologic characteristics of hepatitis C virus infections among recent injection drug user and non user population. *Clin. Infect. Dis.*, 33:1435–1438.
- Medeiros, T., Salviato, C. M., do Rosário, N. F. et al. (2017). Adverse effects of direct acting antiviral-based regimens in chronic hepatitis C patients: a Brazilian experience. *Int J. Clin. Pharm.*, 39(6):1304–1311.
- Nevorál, J. et al. (2013). *Praktická pediatriká gastroenterologie, hepatologie a výživa*. Praha: Mladá Fronta, a. s.
- Němeček, V., Částková, J., Fritz P. et al. (2003). The 2001 serological survey in the Czech Republic viral hepatitis. *Cent. Eur. J. Public Health*, 11 Suppl.: S54–61.
- Chen, S. L., Morgan, T. R. (2006). The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection. *Int. J. Med. Sci.*, 3(2):47–52.
- Squires, J. E., Balistreri, W. F. (2017). Hepatitis C virus infection in children and adolescents. *Hepatol. Commun.*, 1(2):87–98.

NÁRODNÍ ADIKTOLOGICKÁ KONFERENCE

CENA ADIKTOLOGIE 2018

**22. 11. 2018 / PRAHA 2 / SOKOLSKÁ
490/31 / LÉKAŘSKÝ DŮM**

Konferenci moderuje prim. MUDr. Petr Popov, MHA

08:30 – 08:45 Úvodní slovo

prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.
prim. MUDr. Petr Popov, MHA

**08:45 – 09:15 Vyhlášení vítězů Ceny Adiktologie
a Ceny Kiron**

09:15 – 10:35 Přednáškový blok č. 1

Vondráčková, Dana: Léčba chronické bolesti drogově
závislých pacientů
Sedláčková, Simona: Spolupráce s odborníky pro rodinu
a děti
Houdková, Hana: František (kazuistika)
Houdková, Hana: Iva (kazuistika)

10:35 – 10:50 Coffee break

10:50 – 12:10 Přednáškový blok č. 2

Urbánek, Petr: Eliminace HCV v České republice
Šperl, Jan: Diagnostika a léčba HCV
Fraňková, Soňa: Verča, Martin a Céčko

12:10 – 12:30 Oběd

13:00 – 13:40 Přednáškový blok č. 3

Kalina, Kamil: Sdílení pacienti / klienti v modelu inte-
grované péče o duální poruchy v terapeutické komunitě
Těmínová, Martina: téma vyhrazeno

13:40 – 13:55 Coffe break

13:55 – 14:55 Přednáškový blok č. 4

Tulach, Martin: Strasti imunokompromitovaného pro-
blémového uživatele nitrožilních nelegálních drog
Krechler, Tomáš: Přidružené choroby zažívacího traktu
u adiktologických pacientů
Kmoč, Vladimír: Opioidní substituce v rezidenčních
službách

14:55 – 15:05 Slavnostní zakončení konference

Změna programu vyhrazena

POZVÁNKA

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze & SCAN, z. s. za podpory Ministerstva zdravotnictví a AbbVie s. r. o.

SI VÁS DOVOLUJÍ POZVAT NA NÁRODNÍ ADIKTOLOGICKOU KONFERENCE

CENA ADIKTOLOGIE 2018

SDÍLENÝ ADIKTOLOGICKÝ PACIENT / KLIENT

22. LISTOPADU 2018 od 8:30 do 15:30 hod.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ –
LÉKAŘSKÝ DŮM, SOKOLSKÁ 490/31, PRAHA 2

Case study of a patient with alcohol dependence repeatedly admitted to a detoxification unit

Purmová, V.

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

Citation | Purmová, V.(2018). Kazuistika pacienta se závislostí na alkoholu s opakovanými hospitalizacemi na detoxifikačním oddělení. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 182–185.

Summary | While repeated admissions to detoxification for alcohol and drug dependence are generally associated with patients' deteriorating physical and mental conditions, it is not always the case. For some patients their struggle with addiction is a long-term

proposition and lifelong abstinence an unrealistic goal, at least for the time being. This case study covers the repeated hospitalisations of an alcohol-dependent patient at the detoxification unit of the Department of Addictology.

Keywords | Alcohol – Addiction – Repeated hospitalisations – Detoxification – Liver function tests

Submitted | 21 June 2018

Accepted | 30 October 2018

Correspondence address | Veronika Purmová, M.D., Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

veronika.purmova@vfh.cz

Kazuistika pacienta se závislostí na alkoholu s opakovanými hospitalizacemi na detoxifikačním oddělení

PURMOVÁ, V.

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

Citace | Purmová, V.(2018). Kazuistika pacienta se závislostí na alkoholu s opakovanými hospitalizacemi na detoxifikačním oddělení. *Adiktol. prevent. léčeb. praxí*, 1(3), 182–185.

Souhrn | Opakované hospitalizace na detoxifikačním oddělení se závislostí na alkoholu a návykových látkách jsou většinou provázeny zhoršujícím se zdravotním i psychickým stavem pacienta. Ne vždy tomu tak musí být, pro některé pacienty je boj ze závislostí během na

dlouhou trať a doživotní abstinence nereálný cíl, alespoň prozatím. V kazuistice sleduji opakované hospitalizace pacienta se závislostí na alkoholu na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie.

Klíčová slova | Alkohol – Závislost – Opakované hospitalizace – Detoxifikace – Jaterní testy

Došlo do redakce | 21. června 2018

Přijato k tisku | 30. října 2018

Korespondenční adresa | MUDr. Veronika Purmová, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

veronika.purmova@vfn.cz

1 ÚVOD

Pacient je v kontaktu s naší klinikou od roku 2011. Zpočátku sporadicky docházel do ambulance kvůli potížím s alkoholem, kde probíhala hlavně motivační terapie. V březnu 2012 byl vyšetřen internistou se závěrem hepatopatie etylická a s doporučením k abstinenci, hodnota GMT byla 8,91. Interní kontroly proběhly dále v červnu a v září 2012 s příznivým laboratorním i klinickým trendem, pacient alkohol omezil, preferoval pivo. Abúzus alkoholu pokračoval dále.

2 POPIS PŘÍPADU

Z anamnestických údajů: Muž 42 let, svobodný, žije aktuálně u matky, v minulosti žil s přítelkyní, má syna z předchozího vztahu, se kterým se nevidají. Pacient je vyučen, pracuje jako zedník. Zdravotně je v pořádku, neléčí se s žádným onemocněním. Pravidelně sledován u psychiatra, kde medikován pro úzkosti a vnitřní napětí Tiapridalem a Mirtazapinem. Rodinná zátěž: Alkoholismus přítomen u otce, strýce, bratra a bratrance. Historie závislosti: Zhruba od 20 let chodil několikrát v týdnu do hospody na pivo a alkohol pil i během pracovní doby, souviselo to se zaměstnáním, prací na stavbách, chodil s kolegy, zvláště když přes týden pracovali mimo bydliště. Zlom přišel po třicátém roce, rozešel se s přítelkyní, začal si kupovat alkohol domů, začal pít víno, začal pít od rána.

První hospitalizace proběhla v červnu 2013. Přijatý se zbytkovým alkoholem. Přes den pije zhruba 6 piv, večer 2 litry vína, někdy kořalku, je nervózní, roztěkaný, trpí nespavostí, deprese zapíjí alkoholem, začíná pít po ránu, pracuje pod vlivem alkoholu, pije na hladinku. Propuštěn po týdnu po ukončení detoxifikace. Hladina GGT byla 5,7, ALT 1,58, AST 2,1.

Druhá hospitalizace proběhla v listopadu 2013. Po propuštění z detoxu v červnu abstinovat 2–3 měsíce, užíval Antabus, který byl po přepití vysazen. Při příjmu alcotest 1,93 ‰, pacient je překvapený, cítí se střízlivý. ALT, AST v normě, hodnota GGT 1,17. Po nekomplikované detoxifikaci pacient po týdnu propuštěn.

Třetí hospitalizace v srpnu 2014. Zrecidivoval od Nového roku, pije 12 piv denně a panáky kořalky, když jsou k mání. Při příjmu 2,19 ‰, opět překvapen, měl prý dvě piva. Občas bere Bupropion, když má deprese, měl by ho brát pravidelně. ALT, AST v normě, Hodnota GGT 7,6. Detoxifikace bez komplikací, propuštěn po týdnu.

Čtvrtá týdenní hospitalizace v lednu 2015, po detoxu domluven nástup na střednědobou ústavní léčbu. Altest při příjmu 2,06 ‰, v poslední době nejedl, občas zvracel. Úplně abstinovat po minulém detoxu asi 2 měsíce. Pije pivo, 7 denně, večer 4 l vína, k tomu příležitostně tvrdý alkohol. ALT 1,3, AST 1,48, Hodnota GGT 13,33.

Leden 2015 – duben 2015 proběhla střednědobá léčba závislosti na mužském oddělení Kliniky adiktologie VFN, pacient ji dokončil. Hodnoty jaterních testů při propuštění v normě. Adaptace v režimové léčbě byla dobrá, nebaví ho teoretizování, řeší konkrétní věci, které se ho bezprostředně týkají. Pracuje na vztahu s přítelkyní, kde má potíže se žárlivostí.

Ambulantně nasazen Antabus 2x týdně, dochází pro něj k obvodní lékařce.

Pátá hospitalizace na detoxu v červenci 2015. Pije 3 týdny, 3–4 l vína denně, doléčovací skupiny LOM navštívil jednou v červnu. Při příjmu 1,45 ‰. ALT, AST v normě, Hodnota GGT 0,92. Hospitalizace po týdnu ukončena.

Srpen 2015 týdenní opakovací léčba na mužském lůžkovém oddělení. Abstinuje.

Šestý desetidenní pobyt na detoxu v září 2015. Při příjmu 1,59 ‰. Recidiva trvá 14 dní. Ráno už 2 litry vína, denně 6 litrů. ALT 0,8, AST 0,86, GGT 3,61. Před nástupem na detox úraz v opilosti. Plánuje pokračovat v braní Antabusu, uvažuje o další ústavní léčbě v jiném zařízení.

Sedmý týdenní pobyt na detoxu v lednu 2016 – předcházela týdenní hospitalizace na psychiatrii, kde hospitalizován po ebrietě, 3 ‰, pil 3–4 lahve rumu denně, problémy se žárlivostí. ALT 5,4, AST 5,1, GGT 2,1. Má ambulantního psychiatra, začal užívat Tiapridal. Rozpil se na Silvestra, dal si plánovaně skleničku.

Osmá třídní hospitalizace na detoxu v březnu 2016 před přelčením recidivy na oddělení. Při příjmu 1 ‰, pije 3 dny, aby si užil před léčbou. Je to pro něj bez alkoholu těžké, trápí se. ALT, AST v normě, GGT 0,92.

Následovala měsíční hospitalizace na oddělení, odchází formou negativního reversu, nedokončil šestitýdenní pobyt, zdůvodňoval nutností nástupu do práce.

Devátá desetidenní hospitalizace v listopadu 2016. V mezidobí v červenci 2016 hospitalizace na jiném detoxu, pak byl 3 měsíce na Antabusu. Nyní pije 3 týdny. Při příjmu altest 1,3 ‰. Dochází k závěru, že Antabus nesmí vysadit. Rozpije se pak velmi rychle. ALT a AST v normě, GGT 1,2.

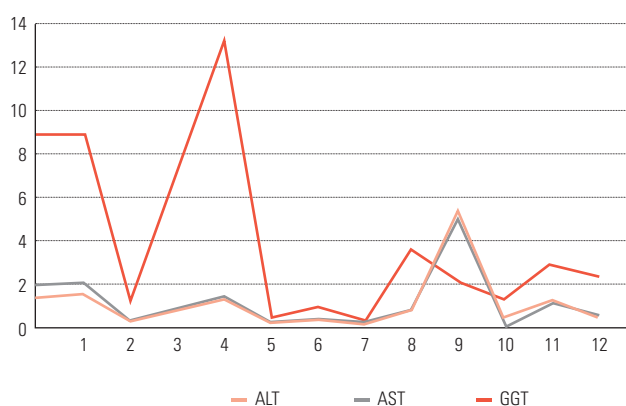
Desátá devítidenní hospitalizace na detoxu v dubnu 2017. Při příjmu 1,52 ‰. Pacient vydržel na Antabusu 4 měsíce, po dobrání opět třítýdenní recidiva, 4 l vína denně. Chodí pravidelně do psychiatrické ambulance, užívá Tiapridal, zklidňuje ho. ALT 1,3, AST 1,15, GGT 2,9.

Jedenáctá týdenní hospitalizace na přelomu ledna a února 2018. Na Antabusu vydržel 6 měsíců, pak ještě 2 měsíce abstinovat. Postupně recidiva, 3–4 l vína denně. Přes Vánoce byl na psychiatrii, uvažoval o sebevraždě, žije nyní s matkou, přivádělo ho to do stresů. 14 dní abstinovat a následovala 3týdenní recidiva. ALT, AST v normě,

GGT 2,3. Další ústavní léčbu nechce. Plánuje brání Antabusu alespoň tři čtvrtě roku.

Průběh hospitalizací na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie: 42letý pacient se závislostí na alkoholu přijatý k detoxifikaci při recidivě, opakovaný pobyt, pacientův interval abstinence je cca 3–4 měsíce. Hospitalizace probíhala bez komplikací typu epiparoxysmu či deliria, postupně jsme snižovali nasazený Heminevrin, odvykací příznaky ve smyslu třesu rukou, pocení, nespavosti odeznívají během dvou tří dnů, dochází ke stabilizaci nálady. Pacient spolupracuje, opakovaně popisuje vnitřní neklid, který částečně ustupuje po Tiapridalu, v jeho podávání pokračujeme, dále pokračujeme v podávání nové medikace Mirtazapinu, která byla nasazena ambulantním psychiatrem. V laboratoři elevace jaterních testů, doporučujeme kontrolu s odstupem. Po dokončené detoxifikaci pacienta propouštíme v kompenzovaném psychickém i somatickém stavu, odchází klidný, asuicidiální, apsyhotický, bez projevů auto/heteroagrese a nápaditostí v chování, kardiopulmonálně stabilní. Pacient byl edukován o nutnosti další důsledné abstinence od alkoholu a nealko návykových látek, o rizicích případné recidivy. Plánuje léčit se dále v psychiatrické ambulanci a docházet na Antabus.

Obrázek 1 ukazuje vývoj hodnot jaterních enzymů pacienta před léčením a během jednotlivých hospitalizací.



Obrázek 1 | Vývoj hodnot jaterních enzymů pacienta před léčením a během jednotlivých hospitalizací (na svislé ose hodnoty v mikrokatalitru, na vodorovné ose jednotlivé hospitalizace)

Přepis části motivačního rozhovoru s klientem, který se uskutečnil během jedné z hospitalizací. Odpověď na otázku, co ho znepokojuje na tom, že se opakovaně vrací na detox, obsahuje popis pacientova bažení:

Nic, já jsem přesvědčený vždycky, když odcházím tady odtud z detoxu, že pít nebudu, prostě nebudu pít. Vydržím to, opravdu, ani mě to neláká, když si někdo vedle mě, třeba v restauraci, dá pivo nebo cokoli, nebo moje přítelkyně, chodí za ní sousedka hodně často a ony si třeba jednou za 14 dní dají víno, skleničku, a mně to nic neříká, aby mě to nějak rozvášnilo, že bych si musel dát s nimi nebo měl nějaký bažení, to mi opravdu nic neříká. Mně to tak přijde, jako kdybych měl v sobě nějakého budíka, že prostě padne tři měsíce abstinence a začínám nad tím pře-

mýšlet, takový to, co kdyby náhodou, co kdybych jednou si dal, i když to vím, že nesmím ani to jednou, já to vím, že se to nabalí a potom už to jde jakoby zhurta... najednou to jde všechno najednou jak lavina, ale to tělo si to žádá, tak po těch třech čtyřech měsících to je pravidelně, po té léčbě, jak jsem byl poprvé, tak jsem to vydržel taky tak 4–5 měsíců nepít a to potom úplně samo se vám to nabaluje, to máte myšlenky, až je to protivný, teďka bych si dal, teďka večer, no... ne, dám si až zítra, až zítra a jako sám sebe se uklidňuju, omlouvám se, ale není to tak silný, že bych musel pít, to jen, že máte takového červíka v hlavě, a furt se vám to nabaluje, omílá, každý den, ráno, a potom jako když se vám zatmí, a řeknete, no tak jednou, teď si dám jenom na tu pohodičku, prostě jak to bylo minulý detox, tak takhle to právě začalo zrovna. Tak si dám jenom na tu pohodičku, vždyť už jsem 4 měsíce nepil, a mně to přijde jako strašná doba, jako kdybych nepil 10 let, pro mě je to strašná doba.

3 ZÁVĚR

Pacient se učí zacházet se sebou a se svou závislostí. Poslední interval mezi hospitalizacemi byl tři čtvrtě roku. Velkým pomocníkem pacienta se jeví Antabus, pacient už ví, že jeho vysazení vede k další recidivě. Vnitřní neklid mu pomáhá zvládat medikace Tiapridalem. Pacient je celou dobu zaměstnaný. Z hospitalizací příliš netěží, jsou pro něho za trest a slouží jako negativní motivace, je zavřený, cítí se jako lev v kleci a nemůže vydělávat, musí si pak půjčovat peníze od matky. Recidivy přichází zastavit poměrně včas, patrně i s přispěním okolí. Mírnění škod, udržování stacionárního zdravotního stavu, případně prodloužování doby mezi recidivami u pacienta se silnou rodinnou zátěží se dá dle mého názoru v tomto případě považovat za úspěch.

Konflikt zájmů | Žádný konflikt zájmů.

O významu morálky ve společnosti a u pacientů závislých na drogách z hlediska adiktologa

MUDr. Petr Riesel, CSc.

e-mail: riesel.vesela@volny.cz

MUDr. Petr Riesel, CSc., se narodil v Plzni. Po osvobození vystudoval lékařskou fakultu v Plzni. Pracoval v Chomutově jako závodní lékař a věnoval se protialkoholní léčbě, ordinuje v Kutné Hoře a v Mělníce.

Věnuji tuto krátkou esej nemocnici v Kutné Hoře a jejímu řediteli, primáři MUDr. Z. Heřmánkovi

Mnozí adiktologové přijali názor, že závislost má kořeny biologické, psychosociální a duchovní. Z velké oblasti spirituality mne nejvíce oslovily duchovní potřeby pacientů, což mi bylo, jako ambulantnímu adiktologovi, nejvíce přístupné.

Během doby mne zaujala problematika morálních hodnot závislých pacientů. Zajímalo mne, nakolik již premorbidní morální profil pacientů ovlivňuje léčbu a v jakém morálním prostředí v naší společnosti se léčba koná. Mnozí pacienti chybují v léčbě a selhávají. Příčinou není až tak tíže choroby, spíše špatná premorbidní morálka – netečnost, nezodpovědnost, atd., získaná v dětství. To znamená, že s obvyklými adiktologickými léčebnými projekty nevystačíme a musíme hledat rezervy. Péče o jejich mravní profil se tak stává součástí léčebné strategie snižování škod (harm reduction). Ze společnosti se pacientům nedostává mnoha významných podnětů, nehledě na to, že je ani neumějí rozpoznat a přijmout. Tolerantní, či spíše hypertolerantní postoj naší společnosti k abúzu alkoholu má negativní vliv i na léčící se pacienty.

Sociolog **M. Bútora** uvádí, že za posledních 200 let se ve společenských názorech na alkohol vyskytují tři základní pohledy. Alkoholismus je chápán jednak z morálního hlediska, jednak je považován za chorobu a je sociálním a mravním zlem. Proto se pokouším ovlivňovat morální názory, postoje a chování pacientů.

Naši vlažnou morálku kritizoval již náš první prezident **T. G. Masaryk**. V době nedávné nás filozof **J. Patočka** poučil, že mravnost formuje či pomáhá formovat člověka. Je-li konečným cílem naší léčby zralejší a zodpovědnější člověk, diskusi o mravním profilu se nevyhneme. Je součástí adiktologické péče.

Při studiu povahových rysů pacientů a hodnocení vlivu společnosti na ně se nemohu vyhnout poznámkám o naší civilizaci. Každá civilizace je formována příběhem, na kterém staví svůj obraz světa, svůj koncept dobra a zla a svou představu o hodnotě a smyslu života (součást předmluvy k Bibli 21. století). Základem každé civilizace je výchova, přijetí relevantních společenských norem a hodnot v daném prostředí. Kultura civilizaci humanizuje. Jediným spolehlivým zdrojem pokroku je lidský potenciál.

Mnohé autority z oblasti humanitní soudí, že technologický vývoj není u nás doprovázen pozitivními změnami v oblasti lidského vědomí, které se projevuje normami veřejného mínění a chování, v nás samotných jako úroveň mravnosti. Našemu „ateismu“ chybí ještě jiný model morálky – fungující občanské společnosti. Naše společnost klade důraz na výkon, úspěch v konkurenci a materiální zisk. Duchovní hodnoty vytěsnil zájem o ekonomii a hmotné statky. Nemáme ideály, současná česká společnost postrádá étos. V chování lidí narůstají tendence konzumní a hédonistické.

Joachim Prinze v jednom svém projevu v USA řekl, že když bůh stvořil člověka, stvořil ho jako bližního, přičemž bližní není geografický pojem. **Je to koncept morální.** Zdůrazňuje naši kolektivní zodpovědnost za zachování lidské důstojnosti a integrity. (J. Prinze byl předřečníkem M. L. Kinga, který v roce 1963 pronesl svou slavnou řeč „Mám sen“.)

Prof. M. Machovec je toho názoru, že pokrok nebude nesen až tak technickými vědami či klasickými náboženstvími, ale humanismem. Uvádí, že náboženské systémy u nás jsou v současné době nositelem etiky a morálních hodnot více než instituce současné občanské společnosti. Přijal by jakési necírkevní, neinstitucionální náboženství, které není rozpínavé, nepotřebuje nepřátele, nevyžaduje slepou víru, zbožnění ani přijetí dogmat.

E. Durkheim uvádí, že etika, víra, mravnost, vzdělání a aktivní smysluplné směřování by se měly stát jakýmsi občanským náboženstvím. **Pokles morálních hodnot u nás se dá prokázat.**

1 POKLES VZDĚLANOSTI

U nás v Čechách je průkazný pokles matematické gramotnosti, což vede k snížení logického myšlení. Intuitivní myšlení narůstá na úkor logiky. Úroveň humanitní vzdělanosti také vázne. Mladí lidé nečtou. **V. Tydlitátová** uvádí, že národ bez knihy je nahý. Roste obliba masové kultury a zábavy, která poskytuje fascinaci, extázi a únik od reality. Např. Finsko v roce 1996 přijalo projekt na podporu vzdělání v oblasti matematiky a přírodních věd. Výsledkem je finský úspěch v umístění v žebříčku matematické gramotnosti.

2 POKLES POCTIVOSTI

M. Preiss ve své práci, která navazuje na výzkumnou práci Kleinové, jež studovala podvádění vysokoškolských studentů na státní univerzitě v Midwesternu v Texasu, uvádí, že studenti, kteří se sami označili za duchovně orientované, měli menší tendenci k podvádění než ti, kteří se označili za pragmatiky. Nízká tendence k podvádění byla u studentů Dánska, Švédska, USA a Velké Británie. Nejhuře na tom byli studenti Portugalska a Brazílie, naši čeští studenti se k nim povážlivě přiblížili.

3 VÝSLEDEK ŠETŘENÍ AMERICKÉ AGENTURY BLOOMBERG

Ta seřadila 57 zemí z celého světa podle statistik dle 4 kritérií: spotřeby alkoholu, spotřeby tabáku, množství peněz utracených v hazardních hrách a rozšíření drog. Česko v součtu všech sociálně negativních kategorií obsadilo první místo s velkým náskokem před Slovinskem a Austrálií.

Časopis UK Forum 34/2016 uvádí aktuálnější údaje. Podle analýzy OECD obsadili Češi 4. příčku v žebříčku konzumace alkoholu. Ročně ho vypijí přes 11 litrů (spotřeba je přepočtena na litry 100% lihu na osobu.) Současný TV údaj mluví o spotřebě 13,7 litrů 100% lihu. V roce 2014 poskytly naše záchytné stanice pomoc 23 903 osobám. V tom roce bylo též zjištěno, že máme 36 400 uživatelů pervitinu. Jakoukoliv nelegální drogu užilo někdy v životě přes 31 % dotázaných ve věkové kategorii 15–64 let.

Proč se natolik věnují vztahu drog a morálky? Protože alkohol a ostatní drogy jsou jednou z příčin i důsledkem oslabené morálky lidí a společnosti.

4 POKLES MORÁLKY OVLIVŇUJE I SCHOPNOSTI KONKURENCE

U nás konečně začíná převládat názor, že ekonomika nemůže optimálně fungovat v obecně nemravném prostředí korupce a klientelismu. Časopis Respekt uvádí poznatky sestavené světovým ekonomickým fórem o tom, že Česko kleslo o 7 příček v žebříčku konkurenceschopnosti a to z 39. místa na 46. místo. Příčinou propadu je podle expertů špatné fungování našeho státu a jeho institucí, nedůvěra lidí v politickou reprezentaci a špatné školy. Politolog **P. Drulák** v novinovém článku „Kam kráčíš, Česko?“ charakterizuje náš polistopadový vývoj 4 fázemi: porevoluční euforie, transformační blouznění, evropské střídání a postupný úpadek.

Filozof **K. Popper** soudí, že hlavním filozofickým neduhem naší doby je mravní relativismus. Filozof **M. Machovec** nás nabádá, abychom nepodléhali orientaci na konzum, abychom překonávali sklon k „vegetování v dřímotě sytosti“. Expresident **V. Havel** ve své kritice společenských poměrů uvádí, že současný stav kultury a mravnosti v naší společnosti připomíná vnější konsolidaci za cenu duchovní a mravní krize společnosti. **E. Fromm** říká, že člověk se má především vztahovat ke svému bytí, neboť vývoj člověka nebyl dosud ukončen. **I. S. Grof** je toho názoru, že člověk je předurčen k dalšímu vnitřnímu růstu, především duchovnímu a mravnímu. Lidé by měli být otevřeni novým hodnotám, smyslům a perspektivám. Zmocňujeme se sice světa a přírody, ale se sebou si mnohdy nevíme rady.

Jak se pokoušet o zlepšení mravnosti?

Především rodinnou a společenskou výchovou, směřováním k humanizmu. Rodinná výchova může ovlivnit dědičné sklony. Nezáleží jenom na tom, co umíme, ale také na tom, jací jsme, co jsme ve výchově dostali. Člověk má v dětství dostávat lásku, vzdělání, výchovnou důslednost, humor, od rodičů se má naučit zodpovědnosti. Záleží tedy na hodnotě mateřského, otcovského a rodinného poselství. Když dítě a posléze mladý člověk prožívá adekvátní rodinnou výchovu, může později sám ze sebe dávat a předávat to, co sám prožil. Umění vychovávat děti není všem dáno, rodiče by měli mít možnost se tomu učit. Vzpomínám na jednoho pacienta z Chomutovska, který dosáhl v době hodnocení 18 let abstinence od alkoholu. Během let abstinence v ambulantní péči se mu podařilo doplnit si základní vzdělání, vyučit se, vystudovat průmyslovku a oženit se, vydělat si na auto a postavit garáž. Zeptal jsem se ho, zdali by přece jen chtěl mít vlastní děti. Řekl mi, že určitě ne, že by je neuměl vychovat, protože sám neprožil rodinnou výchovu, žil v dětském domově. Tam se měl dobře, vše potřebné dostával, ale rodinná výchova scházela. Nemá ji zažitou.

Škola nedostatečnou výchovu v rodině nahradit nemůže, její vliv může nedostatečnost výchovy jen minimalizovat. Učitelé se mají stát žákům vzorem v mnoha oblastech. Aktivní občan by neměl podléhat ideologiím, reklamě, dobovým trendům a módě. Očistné vlivy kultury a umění jsou bohužel málo účinné. Součástí života není jen práce a povinnosti, ale také hodnotné záliby, vzdělání a kultura, sport, občanské aktivity, pomoc potřebným (charita), zábava a odpočinek. Je z čeho vybírat. Nadějí je oživlý skauting a Sokol.

Zkusme posoudit a zabývat se tzv. „prekurzory“ mravnosti. Například vírou, nadějí, smyslem života, významem lásky, soucitu a zodpovědnosti. Měli bychom se vrátit k Desateru.

Jak jsme na tom s vírou?

Víra je předpokladem smysluplné existence. Víra znamená chtít věřit. Má vztah k naději. Víra je stav ducha, duchovní zkušenost, týká se pouze člověka. Víra je součástí naší výbavy a vyjadřuje naše základní nastavení (H. Klímová). K čemu nám slouží víra? Vyvádí člověka z vnitřní izolace, z pocitu marnosti, pomáhá překonávat extrémní situace. Víra, bez ohledu na to, zda je náboženská, či sekulární, dokládá člověka jako mravně odpovědného, vybaveného morálkou a svědomím.

Náboženskou vírou se rozumí, že božím výrokem byl uspořádán svět, takže to, co vidíme, nevzniklo z viditelného (Epištola sv. Pavla k Židům, 11/3).

Zdálo se, že se náboženská víra jako fenomén ztrácí s postupným rozvojem vědy a techniky, že je neustále méně významná. Biskup **T. Halík** soudí, že náboženská víra nezmezela, jen se privatizovala, pomáhá množství lidí v nesnázích a nouzi, stárnutí a nemoci. I závislým na alkoholu a drogách. Dvanáct kroků hnutí Anonymních alkoholiků je pro některé pacienty přínosem. Kroky 2,3,6, které se odvolávají na boží pomoc, používám v sekulární verzi. Boha zaměňuji za svědomí nebo za sílu, která se teprve rodí. **S. Kierkegaard** staví víru nad společenské normy, etiku, filozofii i náboženství. Oslabování náboženské víry bez náhrady je nebezpečné. Viz Dostojevského román „Zločin a trest“, kde je uveden výrok, který je současně varováním: „Není-li bůh, je dovoleno vše“, to je popření morálky. **T. Halík** je toho názoru, že pověry, mýty i zřejmé nepravdy a autosugesce, kterým podléháme, jsou nejen náhradou za víru, ale i důkazem její potřeby, kterou si neuvědomujeme, nebo se jí vyhýbáme. Někteří lidé deklarují svou víru nestandardně. Český spisovatel **B. Hrabal** se vyjádřil, že Kristus oproti Lao-c' je pro něho optimistická kružnice.

V poslední době je tendence nahrazovat víru náboženskou vírou sekulární (světskou). To je např. víra v přírodní zákony, vědecké poznatky, víra v sebe, v někoho nebo v něco. Psychiatr a kněz **M. Kašparů** zjišťuje, že víru proměňuje nová „Svatá Trojice“ – tolerance, korektnost a liberalismus (7). Sekulární víra má dle **T. Halíka** pozitivní aspekty. Odstraňuje staré modely a umožňuje nové

pojetí Boha a interpretace Písma. Současný **14. dalajláma** uvádí doslova: Z náboženství se vytrácí schopnost přinášet vzdělání o morálních a etických hodnotách. Lidstvo musí hledat jiné cesty, jak tyto hodnoty předávat, např. přes vzdělávací systém. **V. Havel** v projevu na Fóru 2010 konstatoval nárůst sekulární víry a řekl, že žijeme v první ateistické civilizaci, která ztratila vztah k nekonečnu a věčnosti a která hledá alternativy duchovního uspořádání. Já soudím, že by nám měla stačit víra v to, že být prospěšným a spravedlivým člověkem je správné, v minimalistickém pojetí snad i postačující. Svým pacientům to zjednodušuji s doporučením: neškodit, pomáhat, pečovat (o sebe i o druhé), být otevřen lásce a soucitu.

A. Einstein jednou ve společnosti údajně řekl, že rozdíl mezi ním a většinou tzv. ateistů je pocit pokory před neuchopitelným tajemstvím a harmonií kosmu. **B. Spinoza** uvedl, že důsledné používání rozumu nevede k odmítnutí boha. Protestantský teolog **D. Bonhoeffer** byl toho názoru, že sekulární svět je pro víru příhodnějším prostředím než svět plný náboženství. Člověk dle **M. Machovce** je předurčen k dalšímu vnitřnímu růstu, především duchovnímu a mravnímu. Sekulární víra nemusí nahrazovat víru náboženskou, může ji doplňovat. Víra bez nutnosti rozlišení dokládá člověka jako mravně odpovědného, svobodného, vybaveného morálkou a svědomím. Etika je jeden z pilířů víry, měřítko pravdy.

Dalším prekurzorem směřujícím k mravnosti je smysl života

Usilování o naplnění smyslu života je nejen součástí a potřebou, ale přímo výbavou našeho života. Pokud ji zanedbáváme, může dojít k málo srozumitelné frustraci, pocitu marnosti a existenciálnímu vakuu, které se projevuje mj. nudou a prázdnotou vedoucí k pocitu nicoty. Smysl života prožíváme jako něco, k čemu spějeme, co nám není dáno. Je to cesta a hledání. **D. Yalom** tlumočí postoje ateistů ke smyslu života. Ti soudí, že život žádný vyšší, zvenčí přidělený, smysl nemá, a proto svému životu každý musí či má smysl dát. **V. Frankl** a **D. Yalom** věří, že smysl života má být individuálně hledán a nalezen. Prožitek smyslu, tedy úkolu, který má být splněn, má sám o sobě mravní ozdravný potenciál. Víra a smysl života spolu s výchovou jsou cestou k mravnosti zakotvené v příběhu každého člověka.

Důležitým prekurzorem mravnosti je „výchovná psychoterapie“

Psychoterapie není pouze léčebnou metodou. Používá se také jako výuková a tréninková, je ji možno pojímat jako převýchovnou. Je přínosem i pro zdravé, pomáhá harmonizovat osobnost, umožňuje lépe hospodařit se sebou a orientovat se na optimální využití a uplatnění pozitivních vlastností a schopností. Asi před pěti lety mne napadlo doporučit ministerstvu školství, aby krátkému kurzu psychoterapie byli vystaveni studenti lékařství,

pedagogiky a práv. Studenti lékařství by se naučili lépe chovat ke svým pacientům. Studenti pedagogiky by se mohli naučit závčas analyzovat atmosféru mezi žáky, která mnohdy vede k šikaně, mohli by být odolnějšími ve vztahu k problémovým žákům. Budoucí soudci by měli rozhodovat nezávisle na svých emocích nejen dokonale profesně, ale také s ohledem na lidskou stránku věci. Se svým doporučením jsem neuspěl ani na ministerstvu školství, ani zdravotnictví.

Přimlouvám se za včasné a častější použití psychoterapie u problémových dětí a mladistvých. Může přispět k lepšímu vyzrání osobnosti. Psychoterapie není však všelékem, mnohdy je pouze součástí pomoci. Je málo pedopsychiatrů, kteří by ordinovali svým pacientům psychoterapii, a je málo psychoterapeutů, kteří by ji poskytovali.

Každá, byť malá změna v poctivosti a morálce nás může posunout k demokracii, která se nám neustále vzdaluje. Potřebujeme lidi, kteří by lépe ovlivnili současnou dobu, než ji ovlivňují všelijací „baviči a celebrity“. Potřebujeme elity, které jsou odolné vůči neoprávněnému zisku, vůči protekci, klientelismu a korupci. Takové lidi nazývá filozof **E. Kohák** humanitní inteligencí. Mravní prostředí má pro vývoj prosperity národa rozhodující význam. A k tomu se vyslovil i exprezident **V. Havel**, že bez rozmachu ducha a mravnosti jsou všechna pravidla demokracie pro kočku.

Učme se humanismu, směru vycházejícímu z renesance, který je založen na uznání hodnot člověka a jeho lidskosti.

Zařadit do léčby závislých oblast morálních hodnot je obtížné, ale možné

Je-li společnost ohrožena úpadkem morálky, což bylo prokázáno v předchozím textu, tím více jsou ohroženi mladí lidé, kteří zneužívají drogy. U některých pacientů je adiktologická léčba obtížná už tím, že odmítají léčebný program zaměřený na abstinenci od drog. Např. závislí pacienti na heroinu si vlastně přejí zůstat závislími. K tomu jim pomáhá léčebná strategie snižování škod, která na abstinenci netrvá a poskytuje substituční lék za heroin, jenž je také návykový opiát. Původně se předpokládalo, že pacienti budou užívat substituci buprenorfinem krátkou dobu, aby se zmírnily či vyloučily abinentní obtíže při ukončení užívání heroinu. K tomu nedošlo, pacienti se postupně stali závislími na substitučních lécích. Pacienti oceňují, že jim odborný lékař ordinuje substituční lék, jehož užití je bezpečné, pravidelné a laciné. Tato strategie je přínosem pro závislé i pro společnost. Mnozí pacienti závislí na opiátech odmítají psychoterapii a dávají nepokrytě najevo, že si přišli pouze pro substituci. Péče o morální hodnoty pacientů získané většinou premorbidně se tak stává součástí naší péče, pokud si připustíme, že to je **léčebná rezerva**. Naši pacienti nejsou pouze závislími na droze, vykazují také poruchy osobnosti, trpí duálními diagnózami, proto naše péče nemůže ulpívat pouze na adiktologickém přístupu.

V této péči jsem začátečníkem, hledám a zkouším. Lépe to jde, když se vytvoří terapeutický vztah a pacient je ochoten k dlouhodobé péči. Začínám dotazem, jaké máte dobré vlastnosti? Pomáhám je pacientovi formulovat a verbalizovat. Ptám se i na další dobré vlastnosti a pak se zeptám, s jakými svými vlastnostmi je pacient nespokojen nebo mu škodí. Daří-li se diskuse, dbám na to, aby se nemluvalo o zavinění, ale o chybě, kterou lze napravovat. Mnohdy lze prokázat, že když se závislý pacient přechodně zbaví své toxikomanické fasády, je možno zaznamenat, že se také trochu stydí a trpí výčitkami. V léčebném dialogu pacient také usiluje o sympatie, pochopení a soucit. Tato péče se daří někdy u někoho, ne u každého a ne vždy. Zaměřuji se na to, aby dané téma nevyznělo jako moralizování, ale spíše jako hra. Daří-li se, ptám se, kdo je pro tebe autoritou a proč? Jak vycházíš s rodiči, případně s partnerem? Jak jsi na tom s úctou ke starým lidem, čemu a komu věříš, čeho chceš dosáhnout, jak bys chtěl žít v budoucnu?

Spolupracujícímu pacientovi nabízím, aby se doma zamyslel nad souvislostmi, že je probereme při další návštěvě. Každý terapeut si může zvolit jiné vstupy a témata s ohledem na strukturu osobnosti pacienta a vlastní terapeutickou orientaci. Doporučuji pacientům vykonávat malé dobré skutky, které zvyšují sebeúctu. Např. pomáhat starým lidem i rodičům a partnerům, také se otevřít kulturním zájmům a sportu. Daří-li se dialog na tato témata, pochválím pacienta a často mu řeknu, že je v něm více pozitivního dobra, než sám soudí.

ZÁVĚR

Tento text není ani v nejmenším pokusem o odbornou analýzu mravnosti, civilizace a způsobů zlepšení. Je to pouhé zamyšlení ambulantního adiktologa, který si přeje a očekává, že mladší a poučenější kolegové se budou těmto tématům úspěšněji věnovat a že si snad vynutí i lepší podmínky pro svou práci.

Na fasádě budovy Galerie Kampa Praha je uveden citát Jana Mládky (zemřelý manžel zakladatelky této galerie, Medy Mládkové): **Přežije-li kultura, přežije národ.** Soudím, že se to vztahuje i na morálku a humanitu.

Právě tato malá práce by mohla být doplněna nějakým významným poselstvím. Například významní vědci **A. Schweitzer** a **A. Einstein** se zabývali také etikou a nezávisle na sobě byli toho názoru, že důležitá není jen věda, ale také lidská sounáležitost, lidé si mají poskytovat to optimální ze svého lidství.

Rozumím tomu tak, že nemají až tak usilovat o slávu, moc a výkon, který směřuje k úspěchu a materiálnímu zisku, ale mají si poskytovat respekt, lásku, pravdu, svobodu s možností volby, spravedlnost a zodpovědnost.

Mnozí náboženští i sekulární humanisté se vyjadřují obdobně.

LITERATURA / REFERENCES

Bútora, M. (1989). *Sociologické kapitoly z alkoholismu*. Martin: Osveta.

Červenková, R., Kolář, P. (2018). *Labyrint pohybu*. Praha: Vyšehrad.

Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (2016). Výroční zpráva 2014. In: *Časopis Univerzity Karlovy Forum*, 34/2016, Praha, p. 18, 19.

Riesel, P. (2017). Příspěvek ke studiu vlivu spirituality na vznik a rozvoj závislosti na drogách a na následné změny identity postižených osob, možné způsoby léčby. *Adiktologie*, 17(1), 56–62.

Riesel, P. (2012). *Protestují*. Plzeň: Měst. úřad. P. 27.

Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v ČR

Michaela Valentová

Odbor protidrogové politiky, Úřad vlády ČR

e-mail: valentova.michaela@vlada.cz

1 ÚVOD

Studie „Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v ČR“ vznikla jako součást projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“. Projekt Odboru protidrogové politiky Úřadu vlády ČR usiluje o systematizaci a koncepční rozvoj služeb, programů a dalších nástrojů naplňování protidrogové politiky České republiky a je podporován z Operačního programu Zaměstnanost Evropského sociálního fondu. Prvním krokem na cestě k lepšímu nastavení adiktologických služeb je zpracování několika poměrně rozsáhlých analýz, které v časopisu APLP čtenářům postupně představíme.

„Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v ČR“ zpracovaná Kryštofem Hanzlíkem za přispění konzultantů (Lucia Kiššová, Josef Radimecký, Daniel Dárek) se zabývá systémy zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice, tj. nástroji tvorby sítě adiktologických služeb a jejich institucionálním zářezem: tedy rámci protidrogové politiky, sociálních služeb a zdravotních služeb.

V ČR v současnosti neexistuje jednotný nástroj tvorby sítě adiktologických služeb, ani není jasné, kdo by měl síť spravovat. Současné nástroje jsou částečně sjednocené z normativního hlediska (některé definice služeb, normativních potřeb a cílových skupin, či některé standardy kvality), na institucionální úrovni ale zůstávají převážně oddělené a nejsou spolu reálně koordinovány. Resortní rámce fungují v ČR spíše jako paralelní systémy, které disponují vlastním právním a strategickým zakotvením, vlastními kritérii potřebnosti a dostupnosti služeb, procedurami tvorby sítě služeb, mechanismy financování či systémy vykazování údajů o službách.

2 STUDIE

Studie srovnává, jak jsou v jednotlivých institucionálních rámcích definovány normativní potřeby (tj. potřeby definované odborníky, tvůrci veřejných politik a dalšími aktéry), cílové skupiny a typy služeb, a jaké jsou v nich využívány nástroje tvorby sítě. Pokud jde o definice normativních potřeb, cílových skupin a typů služeb, studie konstatuje, že jsou často nominálně shodné či podobné, reálně ale mohou odkazovat k odlišným východiskům i praxi poskytování služeb. V institucionálním rámci **sociálních služeb** se osoby závislé a závislostí ohrožené řadí do cílových skupin osob v nepříznivé sociální situaci a osob se sníženou soběstačností. Primárním úkolem sociálních služeb a intervencí je předcházet tomu, aby se osoby v riziku dostaly do nepříznivé sociální situace, a podporovat sociální začlenění těch lidí, kteří se v této situaci ocitli. **Zdravotní služby** se převážně orientují na otázku zdraví a předcházení a léčbu nemoci, stanovení diagnózy a začlenění těchto potřeb do systému zdravotnictví, jemuž nemusí odpovídat vymezení adiktologických služeb stanovené protidrogovou politikou. Rámec **protidrogové politiky a adiktologických služeb** pak představuje nejvíce specializované – interdisciplinární – normativní zakotvení sítě služeb, integrující definice dané v rámcích sociálních a zdravotních služeb.

Porovnání definic konkrétních typů služeb v jednotlivých institucionálních rámcích rovněž ukazuje na výhody rámce protidrogové politiky z hlediska vysoce specifického, interdisciplinárního vymezení adiktologických služeb, zároveň však odhaluje některé jeho nedostatky.

- Stále chybí **konsensus na jednotné typologii adiktologických služeb**. *Standardy odborné způsobilosti RVKPP* pracují s ustálenou typologií v rámci procesů certifikace služeb a dotačního řízení RVKPP, odborná veřejnost ale diskutuje o alternativách, např. typologii specializovaných adiktologických služeb, jak ji definuje *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb*. Ta se zaměřuje především na rozlišení jednotlivých zdra-

votních adiktologických služeb, tedy chce ustavit specifické zdravotnické provozy, jako jsou lékařská ordinace pro návykové poruchy, adiktologická ambulance či adiktologický stacionář. Byla totiž vypracována při plánování vstupu adiktologických služeb do systému zdravotnictví, a obsahuje tedy jen okrajové zmínky o nízkoprahových programech a dalších aktivitách orientovaných převážně na sociální práci.

- **Typologie adiktologických služeb** podle standardů RVKPP i typologie navrhovaná v Koncepci sítě **nejsou vymezeny v legislativě**. Typologie adiktologicky relevantních sociálních a zdravotních služeb jsou oproti nim jednoznačně stanoveny v příslušných zákonech a vyhláškách (v případě sociálních služeb jako explicitně definované typy služeb, v případě zdravotních služeb jako kombinace druhů, forem a personálního zabezpečení, resp. oborové specializace pracovníků služeb). Typologie služeb podle *Standardů odborné způsobilosti* je uvedena pouze v usnesení vlády, které nemá závazný charakter.
- **Absence zakotvení adiktologických služeb v zákoně** se dále **promítá do omezené legislativní a institucionální opory jejich plánování**. Zatímco zodpovědnost za tvorbu sítě sociálních a zdravotních služeb je opět jednoznačně právně definována, adiktologické služby se mohou spoléhat pouze na zcela obecné vymezení uvedené v zákoně č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, a na strategické dokumenty protidrogové politiky, postrádající váhu právně závazných dokumentů. V předchozí právní úpravě, tj. v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, byly ještě vymezeny typologie služeb dle *Standardů odborné způsobilosti RVKPP* a stanovena povinnost krajů zřizovat krajské a místní koordinátory protidrogové politiky. V současnosti typologie adiktologických služeb není zákonem definována a provádění koordinace protidrogové politiky je ponecháno čistě na rozhodnutí krajů a samospráv.
- Klíčovou oporou **pro tvorbu sítě adiktologických služeb tak zůstává vyčlenění samostatné rozpočtové kapitoly pro financování** adiktologických programů v rámci dotačních řízení RVKPP. Tvorba sítě se tak omezuje na možnost rozdělování finančních prostředků a nezajišťuje systematické zjišťování potřeb a strategický přístup. Tato zavedená praxe tak jednak neumožňuje zakládat tvorbu sítě služeb primárně na zjištěných potřebách, jednak favorizuje služby operující v režimu sociálních či zdravotních služeb. Věcná kritéria jsou ovšem i v případě sociálních a zdravotních služeb vymezena velmi obecně a nepředstavují žádné závazné omezení pro rozhodování o podobě sítě služeb.
- **Paralelně k systému adiktologických služeb existuje nástroj zdravotně pojistných plánů** a smluvních sítí zdravotních pojišťoven. Ten si všímá více parametrů kvality a hospodaření než kritérií potřebnosti a dostupnosti.
- Pro všechny rámce platí, že **neexistuje jednotný systém zjišťování potřebnosti**; nejbližší k němu má rámec protidrogové politiky, kde jsou v rámci činnosti Národ-

ního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti pravidelně monitorovány epidemiologické indikátory, u certifikovaných služeb rovněž existuje solidní báze údajů o využití služeb.

Z uvedených závěrů lze odvodit několik **doporučení pro další vývoj systému** zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice. Jejich podrobnější rozpracování bude předmětem navazujícího dokumentu „Návrh nástroje zajišťování dostupnosti adiktologických služeb v ČR“. V tuto chvíli lze nicméně doporučit jako žádoucí následující změny:

- Úprava typologie adiktologických služeb s ohledem na zajištění maximální kompatibility s legislativně zakotvenými typy či druhy sociálních a zdravotních služeb při současném zachování multidisciplinarity a komplexního přístupu adiktologických služeb.
- Legislativní zakotvení adiktologických služeb a procesů/parametrů pro jejich strategické plánování, tvorbu a koordinaci.
- Vypracování systému hodnocení potřebnosti a dostupnosti adiktologických služeb.
- Propojení systému vytváření a správy sítě služeb se systémem financování sítě služeb a posílení prvku stability ve financování základní sítě služeb.
- Tvorba sítě služeb by měla nejen deklaratorně (jak je tomu nyní), ale i reálně vycházet v první řadě ze zjištěných potřeb. Současně by hodnocení potřebnosti služby mělo být dostatečně flexibilní a dát prostor pro etablování nových služeb či zohlednit specifické místní a další podmínky služby.
- Určujícím kritériem pro hodnocení služeb v síti by neměla být efektivita služeb, měřená např. indikátory úspěšnosti léčby, ale vycházet by se mělo spíše z procesních indikátorů, jako jsou údaje o míře využití služeb, parametry cílové skupiny, struktura výkonů apod.

Celá studie je zveřejněna na webových stránkách projektu v kapitole výstupy. (Ke stažení zde: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2018/09/Analyza-systemu-zajisteni-dostupnosti-adiktologickych-sluzeb-v-ceske-republice.pdf>).

Z podkladů autora K. Hanzlíka připravila M. Valentová



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Úřad vlády České republiky



email@aplp.cz

APLP DOMŮ ČLÁNKY ARCHIV POKYNY PRO AUTORY NÁVRH ČLÁNKŮ REDAKČNÍ RADY PŘEDPLATITELÉ INZERCE KONTAKT

Adiktologie v preventivní a léčebné praxi

Webové stránky odborného časopisu

AKTUÁLNÍ ČÍSLO ČASOPISU II/2018

Časopis pro odbornou veřejnost

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.

SCAD

Časopis vychází s finanční podporou:



Magistrátu hl. m. Prahy



Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy



Ministerstva zdravotnictví



Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky

(projekt byl realizován za finanční podpory Úřadu vlády České republiky a Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky)

K aktuální terminologii v oblasti alkoholu

Mgr. Jaroslav Šejvl, PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

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

e-mail: jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz

Alkohol je v adiktologických službách, stejně jako obecněji v prevenci rizikového chování, velmi frekventovaným pojmem, o kterém zpravidla uvažujeme tím způsobem, že se jedná o pojem naprosto jasný. V praxi se setkáváme naneštěstí s celou řadou problémů při používání jednotlivých pojmů v oblasti alkoholu, stejně tak jako s různými zkreslenými, neaktuálními, nebo dokonce zcela chybnými informacemi a interpretacemi. Rozsah problémů České republiky s negativními důsledky užívání alkoholu je dostatečně znám a analyticky i synteticky popsán, menší pozornost je však věnována, a to i v odborném adiktologickém, pedagogickém i širěji společenském diskursu s terminologickými debatami, které reflektují vymezení v rámci právního rámce ČR. Velmi často se setkáváme nejenom v historických, ale i v současných odborných článcích a diskusích s používáním rozličných názvů pro alkoholické nápoje, a někdy není snadné si jasně představit, co měl pod daným pojmem autor na mysli. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli nabídnout v článku základní přehled alkoholové terminologie, která vychází z právních úprav EU a ČR. Cílem článku je tak nabídnout stručný přehled a diskusi aktuální terminologie v oblasti alkoholu v ČR.

Metodologicky vychází článek z analýzy právních předpisů a další norem, které jsou relevantní pro Českou republiku v kontextu jejího členství v Evropské unii. Práce vychází z aktuální právní úpravy. Z hlediska struktury seznamuje nejdříve s terminologií v oblasti alkoholu, následně se věnuje pojmům v oblasti vína, piva a lihovin.

OBEZNĚ K VYMEZENÍ ALKOHOLU

Je nutné uvést, že v naší legislativě existuje pojem návykové látky, který má širší a užší vymezení. Širší vymezení je zakotveno v § 2 písm. a)¹, kde se návykovou látkou rozumí alkohol, tabák, omamné a psychotropní látky a jiné

látky s psychoaktivními účinky, jejichž užívání může vést nebo se podílet na vzniku a rozvoji duševních poruch a poruch chování. Užší vymezení je upraveno v § 130 trestního zákoníku.

Pojem alkohol je tedy podřazen pod pojem návykové látky; alkohol je tedy návykovou látkou. Alkoholickým nápojem obecně rozumíme takový nápoj, který obsahuje více než 0,5 % objemových ethanolu. Z toho vyplývá, že nealkoholickým nápojem je takový nápoj, který obsahuje nejvýše 0,5 % objemových ethanolu (měřeno při teplotě 20 °C), vyrobený zejména z pitné vody, pramenité vody, přírodní minerální vody nebo kojenecké vody, ovocné, zeleninové, rostlinné nebo živočišné suroviny, přírodních sladidel, sladidel, medu a dalších látek, a popřípadě sycený oxidem uhličitým.

Alkoholické nápoje se – zjednodušeně – dělí na víno, ovocná vína, ostatní vína a medoviny, pivo, konzumní líh, lihoviny a ostatní alkoholické nápoje.

VÍNO

Jakostním vínem se rozumí jakostní víno, jakostní víno s přívlastkem, jakostní šumivé víno stanovené pěstitelské oblasti, dále aromatické jakostní šumivé víno, pěstitelský sekt, jakostní perlivé víno, jakostní likérové víno, víno originální certifikace stanovené pěstitelské oblasti.

Nebaleným vínem se rozumí takové víno nebo jiný produkt uvedený pod kódem kombinované nomenklatury 2204 nebo 2205, s výjimkou moštu, uváděné do oběhu v jiném obalu než v obalu určeném pro spotřebitele ve fázi, která předchází prodeji spotřebiteli.

Sudovým vínem je takové víno nebo jiný produkt uvedený pod kódem kombinované nomenklatury 2204 nebo 2205, s výjimkou moštu, určené k prodeji spotřebiteli nebo prodávané spotřebiteli z jiného obalu než obalu určeného pro spotřebitele.

¹ Zák. č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů.

Čepovaným vínem se rozumí víno prodávané spotřebiteli k bezprostřední konzumaci v místě prodeje nebo jako zabalené v místě prodeje na žádost spotřebitele z jedno-
rázového obalu určeného pro spotřebitele s jediným ot-
vorem k plnění a nevyměnitelným výčepním ventilem.

Rozlévaným vínem víno prodávané spotřebiteli k bez-
prostřední konzumaci v místě prodeje z obalu určené-
ho pro spotřebitele o maximálním objemu 5 litrů a vin-
ným stříkem víno smísené s vodou, sodovkou (sifonem),
nebo minerálkou.

OVOCNÁ VÍNA, OSTATNÍ VÍNA A MEDOVINY

Bylinným vínem je takový nápoj, který je vyrobený z cuk-
ru zkvašeného s přídavkem vody nebo vyrobený ze slado-
vého vína, macerací částí bylin nebo dřevin, s výjimkou
hroznů révy vinné, nebo přidáním jejich výluhů; jeho
další úprava přidáním lihu, lihovin nebo jiných alko-
holických nápojů není přípustná. Obsah ethanolu musí
být nejméně 14 % objemových a obsah cukru smí být
nejvýše 120 g/l.

Likérové víno ovocné je takový nápoj, který je vyrobený
z nekvašené šťávy z ovoce, s výjimkou šťávy z hroznů
révy vinné, nebo z nekvašené šťávy z plodů černého bezu
s přidáním lihu nebo destilátu a cukru.

Ciderem je nápoj vyrobený úplným nebo částečným al-
koholovým kvašením čerstvé nebo koncentrované jab-
lečné šťávy nebo sušené jablečné šťávy, ke které byla
přidána voda, nebo jejich směsi; přídavek vody, cukru
a nejvýše 25 % objemových hruškové šťávy, a to před i po
kvašení, aromatizace přírodními aromatickými látkami
z ovoce a přídavek regulátorů kyselosti jsou možné; pří-
pustné je též přidání čerstvé nebo koncentrované jableč-
né šťávy po kvašení a upravení obsahu oxidu uhličitého
jeho přidáním nebo částečným či úplným odstraněním.
Obsah alkoholu musí činit nejméně 1,2 % objemového,
ale max. 8,5 %.

Ovocná vína se vyrábějí z rybízu, třešní, višní, jablek,
hrušky, šípku a borůvek. Ovocným vínem stolním se ro-
zumí ovocné víno, které nebylo po prokvašení přislazeno
a jehož obsah cukru je max. 20 g/l; obsah ethanolu musí
být nejméně 10 % objemových. Ovocné víno polosladké
je takové ovocné víno, které je doslazené přidáním cukru
na hodnotu více než 20 g/l, ale max. 80 g/l cukru a jehož
obsah ethanolu je nejméně 11 %.

Ovocné víno dezertní je takové ovocné víno s přidáním
cukru a lihu na hodnotu cukru více než 80 g/l a jeho ob-
sah ethanolu činí nejméně 14 %.

Ovocným vínem dezertním kořeněným se rozumí v praxi
takové ovocné dezertní víno, do něhož bylo přidáno ko-
ření nebo výluhy vyrobené z tohoto koření. A ovocným

vínem perlivým je takové ovocné víno, které je sycené
oxidem uhličitým na nejméně 0,1 MPa, popřípadě dosla-
zené, a jehož obsah ethanolu je nejméně 12 %.

Za medovinu je považován takový nápoj, který je vyrobe-
ný alkoholovým kvašením včelího medu rozředěného ve
vodě. Obsah cukru v medovině musí činit nejméně 40 g/l
a obsah ethanolu musí být nejméně 10 % objemových.

Perry je nápoj vyrobený úplným nebo částečným alko-
lovým kvašením čerstvé nebo koncentrované hruškové
šťávy nebo sušené hruškové šťávy, ke které byla přidána
voda, nebo jejich směsi. Přídavek vody, cukru a nejvýše
25 % objemových jablečné šťávy, a to před i po kvašení,
aromatizace přírodními aromatickými látkami z ovoce
a přídavek regulátorů kyselosti jsou možné; přípustné
je rovněž přidání čerstvé nebo koncentrované hruško-
vé šťávy po kvašení a upravení obsahu oxidu uhličitého
jeho přidáním nebo částečným či úplným odstraněním.
Obsah ethanolu musí být nejméně 1,2 % objemových, ale
max. 8,8 % objemových.

PIVO

Piva podle svého druhu dělíme na piva a nápoje na bázi
piva. Pivo, jako druh se dále dělí na skupiny: stolní pivo, vý-
čepní pivo, ležák, speciální pivo, porter, pivo se sníženým
obsahem alkoholu a nealkoholické pivo. Skupiny piva se
dále mohou členit na tyto podskupiny: pšeničné pivo, pivo
z jiných obilovin, kvasnicové pivo a ochucené pivo.

Produkty spojenými s pivem se rozumí:

1. pivem pěnivý nápoj vyrobený zkvašením mladiny při-
pravené ze sladu, vody, neupraveného chmele, upra-
veného chmele nebo chmelových produktů, který
vedle kvasným procesem vzniklého alkoholu (ethylal-
koholu) a oxidu uhličitého obsahuje i určité množství
neprokvašeného extraktu; slad lze do výše jedné tře-
tiny hmotnosti celkového extraktu původní mladiny
nahradit extraktem, zejména cukru, obilného škrobu,
ječmene, pšenice nebo rýže; u piv ochucených může
být obsah alkoholu zvýšen přídavkem lihovin nebo
ostatních alkoholických nápojů,
2. sladem obilná zrna ječmene, pšenice nebo jiných obi-
lovin, u nichž sladováním došlo k enzymatickým pře-
měnám endospermu a k vytvoření typických chufo-
vých aromatických látek a barvicích látek,
3. pivem spodně kvašeným pivo vyrobené za použití pi-
vovarských kvasinek spodního kvašení,
4. pivem svrchně kvašeným pivo vyrobené za použití pivo-
varských kvasinek svrchního kvašení a případně i spon-
tánní mikroflóry mléčných nebo octových bakterií,
5. světlým pivem pivo vyrobené převážně ze světlých sladů,
6. tmavým a polotmavým pivem pivo vyrobené z tma-
vých sladů, sladů karamelových, případně barevných
sladů ve směsi se světlými slady,
7. řezaným pivem pivo vyrobené při stáčení smíšením
světlých a tmavých piv,

8. stolním pivem pivo vyrobené převážně z ječných sladů s extraktem původní mladiny do 6 % hmotnostních včetně,
 9. výčepním pivem pivo vyrobené převážně z ječných sladů s extraktem původní mladiny 7 až 10 % hmotnostních,
 10. ležákem pivo vyrobené převážně z ječných sladů s extraktem původní mladiny 11 až 12 % hmotnostních,
 11. pivem speciálním pivo vyrobené převážně z ječných sladů s extraktem původní mladiny 13 % hmotnostních a vyšším,
 12. porterem tmavé pivo vyrobené převážně z ječných sladů s extraktem původní mladiny 18 % hmotnostních a vyšším,
 13. pivem se sníženým obsahem alkoholu pivo s obsahem alkoholu nejvýše 1,2 % objemových (1,0 % hmotnostních),
 14. nealkoholickým pivem pivo s obsahem alkoholu nejvýše 0,5 % objemových (0,4 % hmotnostních),
 15. pivem z jiných obilovin pivo vyrobené s podílem extraktu z použitého sladu jiné obiloviny než ječmene nebo pšenice vyšším než jedna třetina hmotnosti extraktu,
 16. pšeničným pivem pivo vyrobené s podílem extraktu z použitého pšeničného sladu vyšším než jedna třetina hmotnosti celkově dodaného extraktu,
 17. kvasnicovým pivem pivo vyrobené dodatečným přídatkem čisté kvasničné kultury nebo podílu rozkvašené mladiny do hotového piva,
 18. pivem ochuceným pivo vyrobené s přídatkem látek určených k aromatizaci potravních doplňků, potravin nebo surovin s vlastním aromatem, lihovin nebo ostatních alkoholických nápojů uvedených v § 16. Obsah alkoholu pocházejícího z lihovin a ostatních alkoholických nápojů přitom nesmí překročit obsah alkoholu v původním pivu,
 19. sladinou výluh ze sladu získaný za použití pivovarské technologie,
 20. nápojem na bázi piva kvašený sladový nápoj nebo míchaný nápoj z piva,
 21. kvašeným sladovým nápojem nápoj vyrobený ze sladiny pivovarskou technologií, popřípadě ochucený a
 22. míchaným nápojem z piva (Beercooler) nápoj vyrobený smícháním piva s nealkoholickým nápojem nebo s nápojovým koncentrátem pro přípravu nealkoholických nápojů a sodovou vodou.
- Nápoje na bázi piva se člení na tyto skupiny: kvašený sladový nápoj a míchaný nápoj z piva.

KONZUMNÍ LÍH, LIHOVINY A OSTATNÍ ALKOHOLICKÉ NÁPOJE

Lih, který se používá k výrobě lihovin a všech jejich složek, musí (smí) být výhradně zemědělského původu s obsahem ethanolu minimálně 96 % objemových. Alkoholické nápoje nesmějí obsahovat lih syntetického původu. Konzumním lihem se rozumí lih upravený přidáním pitné vody na nejvýše 80 % objemových ethanolu.

Mezi ostatní alkoholické nápoje se sníženým obsahem alkoholu nápoje obsahující více než 0,5 % objemových

ethanolu a nejvýše 1,2 % objemových ethanolu. Ostatními alkoholickými nápoji jsou nápoje, které obsahují více než 1,2 % objemových a méně než 15 % objemových ethanolu, kromě vaječného likéru podle přímo použitelného předpisu Evropské unie upravujícího lihoviny, piva, vína a částečně prokvašeného hroznového moštu – burčáku.

Borovičkou průtahovou nebo též borovičkovou průtahovou pálenkou se rozumí lihovina vyrobená destilací plodů jalovce v lihu zředěném vodou, přičemž výrobek lze přibarvit lihovinovým kulérem; přidání jalovcového oleje není přípustné.

Borovičkou kvasnou lihovina vyráběná z rozemletých bobulí jalovce zkvašených po přidání vody, přičemž přidavek cukru je nepřipustný; vzniklá zápara se destiluje bez přidání lihu a jalovcový olej je při destilaci oddělen; takto získaný borovičkový destilát je řezán, přičemž hotový výrobek musí obsahovat nejméně 5 % objemových ethanolu z borovičkového destilátu,

Tuzemákem se rozumí lihovina vyrobená z lihu, vody a rumových trestí, jejichž základ tvoří octan a mravenčan etylnatý, barvená lihovinovým kulérem, kdy přídatek vanilinu, vanilky a cukru je možný.

Názvem „Zlatá voda“ likér s přídatkem lístkového zlata s obsahem ethanolu nejméně 38 % objemových.

Obecně je lihovinou nazývána taková potravina (nápoj), která je rovněž definována v čl. 2 nařízení EU č. 110/2008; obecně lze uvést, že se jedná o takový alkoholický nápoj určený k lidské spotřebě, který má organoleptické vlastnosti bez zjištěné cizí příchuti (kromě příchuti surovin), o minimálním obsahu ethanolu 15 objemových procent. Kategorie lihovin jsou rum, whisky (též whiskey), obilná pálenka, vinný destilát, brandy (též weinbrand), matolinová pálenka (matolinovice), matolinovice ovocná, korintská pálenka (též raisin brandy), ovocný destilát, destilát z cideru a destilát z perry, pálenka z medoviny, hefebrand (též mlátovice), bierbrand (eau de vie de bière), topinambur (pálenka z jeruzalémského artyčoku), vodka, pálenka (s uvedením názvu ovoce) získaná macerací nebo destilací, geist (s uvedením názvu použitého ovoce nebo použité suroviny), hořcová pálenka, jalovcové lihoviny, gin, destilovaný gin, london gin, kmínové lihoviny, akvavit (aquavit), anýzové lihoviny, pastis, pastit de Marseille, anis, destilovaný anis, hořké lihoviny (bitter), aromatizovaná vodka, likér, crème de (po němž následuje název ovoce nebo použité suroviny), crème de cassis, guignolet, punch au rhum, sloe gin, sambuca, maraschino (marrasquino nebo maraskino), nocino, vaječný likér (advocaat nebo avocat nebo advokat), likér s přídatkem vajec, Mistrà, Vákevã glögi nebo spritglögg, Berenburg (Beerenburg), medový nebo medovinový nektar a ostatní lihoviny.

Mezi ostatní lihoviny patří *Rum-Verschnitt*. Jedná se o výrobek vyrobený v Německu a získaný řezáním rumu a lihu, přičemž minimální podíl ethanolu, který pochází z rumu,

musí v tomto výrobku činit 5 % z celkového množství ethanolu obsaženého v konečném výrobku. Minimální obsah ethanolu v *Rum-Verschnittu* je 37,5 % objemových. Pokud jde o označení a obchodní úpravu výrobku *Rum-Verschnitt*, musí být slovo *Verschnitt* v popisu, obchodní úpravě a na označení uvedeno písmem stejného typu, stejné velikosti a barvy a na stejném řádku jako slovo *Rum* a v případě láhve musí být uvedeno na přední etiketě. Jestliže je tento výrobek prodáván mimo trh Německa, musí být jeho alkoholové složení uvedeno na etiketě.

Slivovice se vyrábí v České republice a získává se tím, že se před konečnou destilací přidá do švestkového destilátu nejvýše 30 % objemového podílu lihu zemědělského původu. Tento výrobek musí být označován jako „lihovina“ a může rovněž používat název *slivovice* na stejném místě přední etikety. Jestliže je tato *slivovice* vyrobená v České republice uváděna na trh v Unii, musí být její alkoholové složení uvedeno na etiketě. Tímto ustanovením není dotčeno používání názvu *slivovice* pro ovocné destiláty podle kategorie 9 nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 110/2008 ze dne 15. ledna 2008 o definici, popisu, obchodní úpravě, označování a ochraně zeměpisných označení lihovin a o zrušení nařízení Rady (EHS) č. 1576/89.

Lihovina musí být vyrobena buď přímo destilací přírodně zkvašených surovin s přidanými látkami určenými k aromatizaci nebo bez nich, nebo macerací nebo podobným zpracováním částí rostlin v lihu zemědělského původu nebo v destilátech zemědělského původu nebo v lihovinách nebo přidáním látek určených k aromatizaci, cukrů nebo jiných sladidel nebo jiných zemědělských výrobků nebo potravin k lihu zemědělského původu nebo k destilátům zemědělského původu nebo k lihovinám.

DISKUSE A ZÁVĚR

Správné používání jednotlivých pojmů v oblasti alkoholu je zásadní pro další kultivaci odborné i celospolečenské debaty. Jednotlivé pojmy ve vztahu k alkoholu jsou vymezeny poměrně vysokým počtem předpisů různé právní síly. Předchozí text nabízí vymezení, které vychází z aktuální právní úpravy. Tato úprava je v mnoha ohledech širší ve srovnání s běžně využívanými pojmy, kdy jednotliví mluvčí používají názvy obecné, bez přesného určení. Terminologická znalost musí být kontinuálně doplňována v procesu celoživotního učení jednotlivých pracovníků a pracovníků, ať již v adiktologických nebo dalších službách. Je třeba vzít do úvahy, že jednotlivá vymezení mohou být předmětem změny a terminologického vývoje.

LITERATURA / REFERENCES

Vyhl. č. 289/2004 Sb., kterou se mění vyhláška č. 335/1997 Sb., kterou se provádí § 18 písm. a), d), h), i), j) a k) zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, pro nealkoholické nápoje a koncentráty k přípravě nealkoholických nápojů, ovocná vína, ostatní vína a medovinu, pivo, konzumní líh, lihoviny a ostatní alkoholické nápoje, kvasný ocet a droždí, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhl. č. 335/1997 Sb., kterou se provádí § 18 písm. a), d), h), i), j) a k) zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, pro nealkoholické nápoje a koncentráty k přípravě nealkoholických nápojů, ovocná vína, ostatní vína a medovinu, pivo, konzumní líh, lihoviny a ostatní alkoholické nápoje, kvasný ocet a droždí, ve znění pozdějších předpisů.

Zák. č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zák. č. 180/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony

Zák. č. 321/2004 Sb., o vinohradnictví a vinařství a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o vinohradnictví a vinařství), ve znění pozdějších předpisů.

Zák. č. 61/1997 Sb., o lihu a o změně a doplnění zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a zákona České národní rady č. 587/1992 Sb., o spotřebních daních, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o lihu), ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 110/2008 ze dne 15. ledna 2008 o definici, popisu, obchodní úpravě, označování a ochraně zeměpisných označení lihovin a o zrušení nařízení Rady (EHS) č. 1576/89.

Článek vznikl v rámci řešení projektu Rozvoj aktivit Centra veřejného zdraví se zaměřením na alkohol Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze a SZÚ (Rozhodnutí o poskytnutí účelového neinvestičního příspěvku ze státního rozpočtu ČR na rok 2018 přímo řízeným organizacím MZ ČR č. OZS/45/4141/2018) a Progres Q06/LF1.

XV. ROČNÍK MEZINÁRODNÍ KONFERENCE PPRCH

Mgr. Jaroslav Šejvl

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

e-mail: jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz

Ve dnech 15. a 16. října 2018 se v Praze, v prostorách Magistrátu hl. m. Prahy, konal již XV. ročník mezinárodní konference Primární prevence rizikového chování. Konference se letos zaměřila na téma vzdělávání v prevenci. Pro účastníky bylo v rámci dvou konferenčních dní připraveno více než 40 přednášek a workshopů, které probíhaly jak v hlavním sále, tak i paralelně ve dvou menších konferenčních sálech.

Po úvodních zdavicích přednesli v hlavním sále zásadní informace o současném vývoji a trendech ve vzdělávání preventivních pracovníků ve světě prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., a doc. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D., z Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Posluchačům představili unikátní projekt UPC (Universal Prevention Curriculum), jehož hlavním cílem je nejen sjednocení vzdělávání všech pracovníků, kteří se podílejí na prevenci, ale zejména dosažení jejich minimální úrovně kompetencí a dovedností. Sekundárním cílem tohoto programu je zajištění, aby preventivní programy a používané postupy odpovídaly a byly založeny na efektivních, racionálních a ověřených přístupech.

Po úvodní přednášce pracovníci Magistrátu hl. m. Prahy vyhlásili vítěze XI. ročníku AntiFetFestu a byly promítnuty vítězné spoty. Díky vstřícnosti Mgr. Jany Havlíkové a Bc. Ondřeje Pracného si mohli všichni účastníci konference odnést DVD s kompletními materiály této soutěže. Dále byli posluchači seznámeni s tím, jak středoškolští studenti hodnotí preventivní programy, kterých se účastnili. Součástí přednášky byla širší diskuse nad limity, omezeními a možnou změnou přístupů k efektivnímu měření (ne) úspěšnosti školní prevence užívání návykových látek a prevence dalších forem rizikového chování.

Dalším významným tématem, které rezonovalo v letošním obsahu konference, bylo vzdělávání vysokoškolských studentů na pedagogických fakultách v oblasti prevence, Vize – cíle a koncepce prevence. Neobyčejně zajímavá byla přednáška zaměřující se na mediální gramotnost a konfirmační zkreslení, a to nejen u dětí, ale i u dospělých, a problematika závislosti na hraní počítačových her se zaměřením na adolescenty v České republice.

Neméně zajímavá byla témata představující problematiku duševního zdraví a psychické odolnosti dětí a zejména pak bezpečnostní témata u prevence kyberkriminality dětí a mladistvých, představení kampaně „Say No“ a edukační seminář pro 1. stupeň základních škol s názvem: „Holky, kluci, pozor na kyberprostor.“



prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze



PaedDr. Ladislav Hrzal



Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA, ředitelka VFN v Praze



prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc., děkan 1. LF UK

Slovenští kolegové z Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košicích a z Katedry pedagogické psychologie a psychologie zdraví stejné univerzity přivezli zajímavá témata zabývající se vzděláváním vysokoškoláků v oblasti prevence a představili školské programy v prevenci v kontextu sebe-determinační teorie. Neméně zajímavým tématem byla analýza výsledků sebereflexe lektorů školského programu prevence a blok zabývající se hodnocením způsobilosti učitelů při řešení problémového chování žáků pomocí Q-metodologie.

Zdravotnická témata byla zastoupena odborníky na adiktologickou péči v rámci ambulance dětského psychiatra, na přístupy v dětské adiktologické péči a na screening a krátkou intervenci v oblasti návykových látek v praxi praktického lékaře pro děti a dorost. Státní zdravotní ústav připravil komplexní blok představující projekt „Čisté ručičky“, který je zaměřen na prevenci přenosu infekce, analýzu životního stylu a zdraví mládeže v kraji Vysočina, a projekt, který se zaměřil na prevenci úrazů a otrav dětí školního věku.

Konference se zabývala i etickými aspekty v rizikovém chování, a to na workshupu etika, odborná terminologie a vzdělávání v praxi rizikového chování.

Konference svými příspěvky a počtem posluchačů opět potvrdila, že je v České republice výjimečnou a ojedinělou akcí svého druhu, která se nejen zabývá problematikou prevence rizikového chování, ale svým zaměřením na cílovou skupinu dětí a dospívajících, výzkumem v této oblasti v celé své šíři a evaluací dostupnosti a efektivity primární prevence ve školství je významným vzdělávacím článkem. Její mezioborové pojetí, které reflektuje výzkum a vývoj v této oblasti nejen u nás, ale i ve světě, z ní činí stále významnější spojovací článek mezi vědou a praxí a všemi profesionály v oboru, kteří se na prevenci rizikového chování podílejí. Je jediným místem s možností setkání tak vysokého počtu odborníků v oblasti prevence rizikového chování, které umožňuje takto širokou výměnu informací.

Nelze opomenout, že kvalitu odborného programu konference dotvářelo i reprezentativní prostředí, které jsme měli díky vstřícnosti Magistrátu hl. m. Prahy a výbornému občerstvení zajištěnému díky SOŠ a SOU Čakovice.

Významné poděkování patří těm, kteří konferenci finančně podpořili a bez nichž by se konat nemohla – jsou jimi Hlavní město Praha, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a Středočeský kraj.

Projekt konference Primární prevence rizikového chování 2018 byl realizován za finanční podpory:



doc. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.



Mgr. Jana Havlíková



PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.



JUDr. Milan Fára



Školské programy prevencie v kontexte Seba-determinačnej teórie

Lucia Hricová, Mária Bačíková, Oľga Orosová

Katedra pedagogickej psychológie a psychológie zdravia, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Slovensko



VÝCHODISKÁ

Seba-determinačná teória (SDT)

sleduje motivačné procesy spojené s rizikovým správaním (abúzus návykových látok, internetu, dysfunkčné stravovanie...)

Frustrácia základných psychologických potrieb (autonómia, kompetencia, vzťahovosť) → substituované potreby (kontrola nad vlastným telom, nadobudnutie seba-účinnosti a získanie uznania okolia)

- Programy zdravotnej starostlivosti a psychoterapie
- Programy prevencie – SDT ponúka východiská pre:
 - porozumenie motívom a cieľom
 - zdôrazňuje orientáciu na základné psychologické potreby

2 CIEĽ

- ✓ podporiť kvalitu školských programov prevencie poznatkami založenými na aplikovaní rámca Seba-determinačnej teórie
- ✓ vysvetliť **dysfunkčné stravovanie** školákov prostredníctvom:
 - frustrácie základných psychologických potrieb
 - nespokojnosti s telom

3 METÓDY

Vzorka:

- 581 adolescentov z celého Slovenska (53,7% dievčat, priemerný vek=12,5, SD=0,59)
- zber ceruza- papier

Metodiky:

- subškála Túžba po štihlosti Inventáru porúch stravovania (EDI, Joiner a Heatherton, 1998)
- Škála detského obrazu tela (Truby a Paxton, 2002)
- Subškála frustrácie škály základných psychologických potrieb (Chen et al., 2015)

Analýza dát:

- štandardná viacnásobná regresia

5 ZÁVER

Nespokojnosť s telom a základné psychologické potreby hrajú dôležitú úlohu vo vysvetlení dysfunkčného stravovania školákov.

- čím viac je dieťa a nespokojné s vlastným telom
- a čím väčší sú frustrované jeho potreby autonómie a kompetencie
- tým je vyššia miera dysfunkčného stravovania
- **v prevencii a podpore zdravia** je dôležité zamerať sa okrem nespokojnosti s telom aj na sledovanie frustrácie potrieb kompetencie a autonómie.

4 VÝSLEDKY

Rodové rozdiely

- túžba po štihlosti a nespokojnosť s telom
- frustrácia autonómie a vzťahovosti



Tabuľka 1 Rodové rozdiely v premenných túžba po štihlosti, nespokojnosť s telom a frustrácia základných psychologických potrieb

	Chlapci	Dievčatá			
	$\bar{x}$ (S)/ medián (priemerné poradie)*	$\bar{x}$ (S)/ medián (priemerné poradie)*	t/U*	s.v./Z*	p
Túžba po štihlosti	15(241)*	17,5(298)*	28482,5*	-4,27*	<0,001
Nespokojnosť s telom	1(222)*	1(281)*	24107,5*	-4,78*	<0,001
Frustrácia autonómie	10,56 (3,33)	9,85 (2,83)	2,57	476	<0,05
Frustrácia kompetencie	10,99(3,44)	10,91(3,06)	0,253	484	0,8
Frustrácia vzťahovosti	10,42(3,37)	9,04(2,89)	4,8	468,18	<0,001

Pozn.: $\bar{x}$ - priemer; (S) - smerodajná odchýlka; údaje označené * sú výsledkami Mann-Whitney U-testu; údaje označené tučným písmom sú štatisticky významné

- model štandardnej viacnásobnej regresie bol významný ($F(4,407)=30,32, p<0,001$)
- vysvetľuje 22,5% variancie túžby po štihlosti ako indikátora dysfunkčného stravovania.

Tabuľka 2 Lineárny model vysvetľujúci dysfunkčné stravovanie prostredníctvom nespokojnosti s telom a frustrácie autonómie a kompetencie

Rod	B	Beta	t	p
Nespokojnosť s telom	1,99	0,12	2,68	<0,05
Frustrácia autonómie	2,79	0,36	7,98	<0,001
Frustrácia kompetencie	0,38	0,15	2,79	<0,05
Frustrácia kompetencie	0,25	0,10	1,78	<0,05

Pozitívne asociácie medzi túžbou po štihlosti a:

- nespokojnosti s telom
- frustrácie autonómie
- frustrácie kompetencie

Podakovanie

Realizované s finančnou podporou Ministerstva zdravotníctva SR – v rámci účelovej dotácie na podporu protidrogových aktivít na rok 2018. Zmluva č. 191/2018 a Agentúry na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-18-0662, APVV-0253-11.

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

Filozofická fakulta



Vzdelávanie v prevencii medzi vysokoškólákmi

Marta Kulanová¹, Marcela Štefaňáková², Oľga Orosová¹, Lucia Hricová¹

¹Katedra pedagogickej psychológie a psychológie zdravia, Filozofická fakulta, Univerzita P.J. Šafárika v Košiciach

²Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita P.J. Šafárika v Košiciach



1. Východiská

- Program univerzálnej prevencie užívania návykových látok a AIDS medzi vysokoškólákmi (PUNAV) poskytuje budúcim učiteľom vzdelávanie v prevencii a v lektorovaní programov prevencie. Jednou zo základných stratégií prevencie rizikového správania v PUNAV, okrem šírenia informácií a rozvoja životných spôsobilostí, je aj snaha o korekciu normatívnych presvedčení ohľadom rizikového správania.
- Okrem zážitkového učenia formou výcviku študenti absolvujú aj štyri workshopy s odborníkmi z praxe ku právno-kriminologickým, medicínskym a pedagogicko-psychologickým aspektom užívania návykových látok a AIDS.

CIEĽ: zistiť, či účast v PUNAV môže mať vzťah s normatívnymi presvedčeniami vysokoškólakov ohľadom viacerých foriem rizikového správania.



2. Metódy

Procedúra: Dáta boli zberané u kontrolnej (KS) a experimentálnej (ES) skupiny pred realizáciou PUNAV na začiatku zimného semestra ak. roku 2017/18 (pretest - T1) a po jeho realizácii na konci zimného semestra (posttest - T2).

Vzorka: V postteste (T2) ES tvorilo 136 a KS tvorilo 113 študentov UPJŠ (Mage=22,17, SD=2,48). 76% vzorky tvorili ženy. Ďalšie podrobnosti sú uvedené v Tab. 1.

Metodiky: Deskriptívne normatívne presvedčenia ohľadom rizikového správania:

NBA – ohľadom užívania alkoholu u študentov („Koľko študentov na Vašej Univerzite podľa vás pravidelne pije alkohol?“)

NBF – ohľadom fajčenia u študentov („Koľko študentov na Vašej Univerzite podľa vás pravidelne fajčí?“)

NBD – ohľadom užívania nelegálnych drog u študentov („Koľko študentov na Vašej univerzite podľa Vás vyskúšalo nelegálne drogy?“)

NBSX1 a NBSX2 – deskriptívne normatívne presvedčenia ohľadom sexuálneho styku pod vplyvom alkoholu („Koľko študentov (chlapcov) na Vašej Univerzite podľa vás malo pohlavný styk pod vplyvom alkoholu?“; „Koľko študentiek (dievčat) na Vašej Univerzite podľa vás malo pohlavný styk pod vplyvom alkoholu?“)

(1-takmer nikto; 2; 3; 4 – väčšina)

NBSX3 a NBSX4 – deskriptívne normatívne presvedčenia ohľadom počtu sexuálnych partnerov („Koľko sexuálnych partneriek podľa vás mal priemerný študent (chlapec) na Vašej Univerzite?“; „Koľko sexuálnych partnerov podľa vás mala priemerná študentka (dievča) na Vašej Univerzite?“) (0; 1; 2; 3; 4 a viac)

Analýzy dát: Na zisťovanie rozdielov v normatívnych presvedčeniach bol použitý Mann-Whitney U-test pre 2 nezávislé výbery pričom rozdiely medzi ES a KS boli analyzované pred realizáciou (T1) aj po realizácii (T2) PUNAV.

Kontakt:

Mgr. Marta Kulanová, PhD.
Katedra pedagogickej psychológie
a psychológie zdravia

FF UPJŠ v Košiciach
Moyzesova 9
040 59 Košice, Slovensko
E-mail: marta.kulanova@upjs.sk



Podakovanie ↔ APVV

Táto práca bola podporená Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-15-0662 a č. APVV-0253-11.

Tab. 1 – Deskriptívne charakteristiky vzorky (priemery a štandardné odchýlky) v skúmaných premenných v preteste (T1) a posteste (T2) u kontrolnej (KS) a experimentálnej (ES) skupiny

Premenná	Rozsah škály	Pretest (T1)			Posttest (T2)		
		Priemer vo vzorke (n=118)	Priemer u KS (n=55)	Priemer u ES (n=63)	Priemer vo vzorke (n=249)	Priemer u KS (n=113)	Priemer u ES (n=136)
NBA	1 - 4	3,5 (0,7)	3,6 (0,6)	3,4 (0,7)	3,3 (0,8)	3,6 (0,6)	3,1 (0,8)
NBF	1 - 4	3,4 (0,7)	3,5 (0,6)	3,3 (0,7)	3,2 (0,7)	3,5 (0,6)	3 (0,8)
NBD	1 - 4	2,3 (0,8)	2,2 (0,7)	2,3 (0,8)	2,3 (0,7)	2,4 (0,8)	2,2 (0,6)
NBSX1	1 - 4	3 (0,8)	3 (0,8)	2,9 (0,7)	2,8 (0,8)	3,1 (0,8)	2,7 (0,8)
NBSX2	1 - 4	2,9 (0,8)	3 (0,8)	2,8 (0,8)	2,8 (0,8)	3,1 (0,7)	2,6 (0,8)
NBSX3	0 - 4	3,7 (0,9)	3,9 (0,8)	3,6 (0,9)	3,6 (1)	3,9 (0,9)	3,4 (1)
NBSX4	0 - 4	3,7 (0,9)	3,8 (0,8)	3,6 (0,9)	3,5 (1)	3,8 (0,8)	3,3 (1)

U V zátvorkách za priemermi je uvedená štandardná odchýlka od priemeru. *p < 0,05; ***p < 0,001; NBA, NBF a NBD – presvedčenia ohľadom užívania alkoholu, fajčenia a užívania drog; NBSX1 a NBSX2 – presvedčenia ohľadom sexuálneho styku pod vplyvom alkoholu; NBSX3 a NBSX4 – presvedčenia ohľadom počtu sexuálnych partnerov

3. Výsledky

- Výsledky porovnania poukazujú na to, že u tých, ktorí sa zúčastnili PUNAV existuje nižšia úroveň normatívnych presvedčení týkajúcich sa toho, koľko študentov pravidelne pije alkohol, pravidelne fajčí a pravidelne užíva nelegálne drogy, ako aj ohľadom toho, koľko študentov malo pohlavný styk pod vplyvom alkoholu aj ohľadom toho, koľko sexuálnych partnerov mal priemerný študent a študentka ich univerzity v porovnaní s kontrolnou skupinou (priemerné hodnoty v T1 a T2 sú uvedené v Tab. 2).
- uvedené rozdiely boli zistené iba v čase T2, teda po realizácii PUNAV (Tab. 2).

Tab. 2 – Výsledky porovnania medzi kontrolnou (KS) a experimentálnou (ES) skupinou v skúmaných premenných v preteste (T1) a posteste (T2) prostredníctvom U-testu

Premenná	Pretest (T1)			Posttest (T2)		
	Mean rank u KS (n=55)	Mean rank u ES (n=63)	U-test	Mean rank u KS (n=113)	Mean rank u ES (n=136)	U-test
NBA	62,5	57	1571	146,8	106,9	5222***
NBF	63,4	55,8	1502	150,9	103,5	4761***
NBD	57,9	60,9	1642	134,2	117,4	6645*
NBSX1	61,6	57,7	1617	143,6	109,5	5580***
NBSX2	61,8	57,5	1608	147,6	106,2	5132***
NBSX3	61,6	57,6	1616	144	109,3	5542***
NBSX4	61,4	57,9	1630	144,1	109,1	5524***

*p < 0,05; ***p < 0,001; NBA, NBF a NBD – presvedčenia ohľadom užívania alkoholu, fajčenia a užívania drog; NBSX1 a NBSX2 – presvedčenia ohľadom sexuálneho styku pod vplyvom alkoholu; NBSX3 a NBSX4 – presvedčenia ohľadom počtu sexuálnych partnerov

4. Zhrnutie

- Tieto výsledky naznačujú potenciálny vzťah medzi účasťou v PUNAV a reálnejším uvažovaním o výskyte viacerých foriem rizikového správania u vysokoškolských študentov.
- Zreálnenie normatívnych presvedčení ohľadom rizikového správania môže mať ďalej potenciálny vzťah so samotným výskytom rizikového správania, čo je predmetom nadväzujúcich analýz.





ANALÝZA VÝSLEDKOV SEBAREFLEXIE LEKTOROV ŠKOLSKÉHO PROGRAMU PREVENČIE

Marcela Štefaňáková¹, Anna Janovská², Beáta Gajdošová², Oľga Orosová²

¹ Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

² Katedra pedagogickej psychológie a psychológie zdravia, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

PPRCH
2018

Vzdělávání
v prevenci

Východiská

Efektívnosť drogových preventívnych programov je ovplyvnená kvalitou ich implementácie (Carroll et al., 2007; Moore et al., 2014), ktorá vo veľkej miere závisí od tých, ktorí program zavádzajú do praxe. Lektori realizujúci preventívne programy na školách sú preto kľúčovými osobami a ich špecifiká (napr. vyučovacie metódy, záujem o prevenciu, skúsenosti, osobnostné charakteristiky) sú dôležitým komponentom posudzovania kvality implementácie preventívnych programov (James Bell Associates, 2009; Dusenbury, 2005; Ennett et al., 2011).

Ciele

Analyzovať výsledky sebareflexie lektorov školského programu prevencie užívania návykových látok Unplugged (<https://www.eudap.net/>) získané aplikáciou SWOT analýzy.

Výskumná vzorka

- 20 učiteliek základných škôl z celého Slovenska
- 9 z 20 učiteliek pôsobia ako koordinátori drogovej prevencie
- Priemerný vek 41 rokov
- Priemerný počet rokov praxe 17

Výsledky

Učiteľia za najsilnejší **osobnostný faktor** považujú **schopnosť komunikovať**. Ich silné stránky spočívajú v **trpezlivosti** pri práci so žiakmi, **empatii** a **zodpovednom prístupe** k prevencii, čo im umožňuje **motivovať žiakov**, **vcítiť sa** do ich situácie, **pružne reagovať** na situácie v skupine a **viest diskusiu** v skupine žiakov. Silnou stránkou je ich **odbornosť** - skúsenosti s prácou s deťmi a s realizovaním preventívnych aktivít, čo s odrazu v schopnosti **zodpovedne sa pripraviť** na realizáciu prevencie a **naplniť jej ciele**.

Zo **sociálnych kompetencií** vyzdvihujú svoje **organizačné schopnosti**.

Za svoju najväčšiu slabosť považujú z osobnostných faktorov **nerozhodnosť pri výbere preventívnej aktivity** a **prílišnú zodpovednosť**, čo vplyva na to, že pri realizácii prevencie častí **vyvíjajú prehnajú snahu** a **berú veci príliš vážne**. Svoje slabé stránky ďalej vidia najmä organizačných faktoroch a to **nedostatku času** a **zlom časovom manažmente**. Častým ohrozením je pre nich **nezáujem žiakov**.

Získané údaje boli analyzované a kategorizované. Výsledkom je niekoľko kategórií v rámci silných/slabých stránok (Obr.1) a príležitostí/ohrození (Obr.2). Podkategórie jednotlivých faktorov sú usporiadané podľa frekvencie od najčastejšie sa vyskytujúcej.

Obr.1



Záver

Účast lektorov na vzdelávaní v oblasti školskej prevencie je predpokladom pre efektívnu realizáciu prevencie. Výsledky podporujú dôležitosť prípravy lektorov založenej na implementácii metód aplikovanej sociálnej psychológie, ktoré podporujú sebaopoznanie lektorov a rozvíjajú ich spôsobilosť v práci so školskou triedou pri dosahovaní cieľov programov prevencie.

„Teraz už budem schopná reagovať v diskusii so žiakmi, viesť ich a komunikovať s nimi.“ (Respondent 1)

„Školenie zvyšuje moju kvalifikáciu v oblasti prevencie a pripravuje ma na zvládanie neočakávaných situácií počas programu.“ (Respondent 2)

Obr.2



Použitá literatúra

- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation science*, 2(1), 40.
- Dusenbury, L. Et al. 2003. A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. In: *Health Education Research, Theory and Practice*, vol. 18, no. 2, p. 237-256.
- Ennett, S. T., et al. Evidence-based practice in school substance use prevention: Fidelity of implementation under real-world conditions. *Health Education Research*, 2011, 26.2: 361-371.
- James Bell Associates (2009, October). Evaluation brief: Measuring implementation fidelity. Arlington, VA: Author
- Moore, G., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Cooper, C., et al. Process evaluation in complex public health intervention studies: the need for guidance. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(2):101-2.

Realizované s finančnou podporou Ministerstva zdravotníctva SR - v rámci účelovej dotácie na podporu protidrogových aktivít na rok 2018, Zmluva č. 191/2018 a Agentúry na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-15-0662 a Kultúrnej a edukačnej grantovej agentúry KEGA 016UPJS-4/2017

Marcela Štefaňáková, Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Moyzesova 9, Košice, SR, E-mail: marcela.stefanikova@upjs.sk

ZPRÁVY

REITOX AKADEMIE V PRAZE

**28.–29. listopadu 2018, Lichtenštejnský palác,
U Sovových mlýnů 506/4, Praha 1**

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) ve spolupráci s Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti a Klinikou adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze pořádá mezinárodní setkání s názvem REITOX Academy (REITOX akademie) na téma „*Scaling-up Prevention: Universal Prevention Curriculum*“ (Podpora primární prevence: Univerzální preventivní kurikulum).

Akademie se uskuteční jako součást závěrečné konference projektu „*Universal Prevention Curriculum (UPC) – Adapt*“. Projekt financovaný Evropskou komisí se zaměřuje na praktické využití vědeckých poznatků ve vzdělávání odborníků v oblasti prevence rizikového chování. Cílem projektu je podpora poskytovatelů primární prevence ve využívání osvědčených a na důkazech založených postupů a nástrojů.

Hlavním cílem REITOX akademie, hrazené z prostředků EMCDDA, je seznámení účastníků se standardizovanou studijní osnovou základního vstupního modulu Evropské adaptace univerzálního preventivního kurikula (basic level of European version of Universal Prevention Curriculum).

info@emcdda.europa.eu / emcdda.europa.eu

Prevence návykových nemocí a nadměrného stresu u lékařů

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická nemocnice Bohnice

www.drnespor.eu

1 ÚVOD

Podle zahraničních pramenů patří lékaři a další zdravotničtí pracovníci k nadprůměrně ohroženým skupinám. Lékaři přicházeli do našeho zařízení rozhodně častěji, než by odpovídalo jejich zastoupení v populaci. Příčiny je třeba hledat v poměrně specifických rizikových faktorech, viz následující přehled.

2 ZDRAVOTNÍCI, STRES A NÁVYKOVÁ RIZIKA (ČÁSTEČNĚ PODLE NEŠPOR, 2009)

2.1 Rizikové faktory

- Lékaři přicházejí do styku s bolestí, nemocí a smrtí. To může aktivovat jejich nevyřešené emoční konflikty.
- Negativní odezva pacienta nebo jeho rodiny, ať už oprávněná, nebo ne.
- V medicíně je často třeba rozhodovat se při neúplných informacích.
- Lékaři plní mnohdy konfliktní role a jsou vystaveni komerčním i administrativním tlakům.
- V medicíně existuje snadná dostupnost návykových látek.
- Lékaři mívají sklon k samoléčení, což je někdy nebezpečné.
- Náročná profese může negativně ovlivňovat soukromý život.
- Velká právní zodpovědnost.
- Častá práce v noci (pohotovostní služba atd.).
- Práce lékaře klade velké nároky na průběžné vzdělávání a v lékařské praxi bývá třeba rychle se adaptovat na změny.
- Lékaři se často identifikují se svým povoláním. Skutečné nebo zdánlivé profesní selhání prožívají bolestně a s pocity viny.
- Někde dochází ke konfliktům při týmové práci, jinde naopak pracuje lékař samostatně a cítí se izolován.
- Práce mívá nárazový charakter, např. velká zátěž během chřipkové epidemie.
- Časový stres, tj. lékař často plní své povinnosti v časové tísně.

2.2 Ochranné faktory

- Sem patří dobrá informovanost o prevenci a nefarmakologické léčbě (rehabilitace, psychoterapie, relaxační techniky).
- Práce lékaře má smysl, je užitečná a přináší uspokojení.
- Lékařská profese a práce zdravotních sester patří podle výzkumů veřejného mínění k těm nejrespektovanějším.
- Lékaři také bývají lépe informováni o možnostech léčby návykového problému.

3 OKRUHY JAK PŘEDCHÁZET NÁVYKOVÝM NEMOCEM A ZVLÁDAT STRES NEBO RIZIKOVÉ EMOCE

Následující kategorie se do značné míry překrývají a kombinují. Například jeden kolega-lékař se uklidňuje procházkami se psem. Uplatňuje se při tom fyzická aktivita i vliv okolní přírody. Navíc dochází k interakci se zvířetem, což má i citový rozměr.

3.1 Způsoby omezující vliv zevních podnětů vyvolávajících stres a zvyšujících riziko

- Některé z těchto zdrojů stresu nelze zcela eliminovat, většinu je ale možné alespoň omezit na únosnou mez. Lékař se těžko vyhne pracovnímu stresu, ale nemusí po pracovní době věnovat nadměrnou pozornost tomu, co nabízí většina televizních stanic, nebo pobývat v hlučných prostorách. Někdy se pacienti ptají, zda nebude jejich život ochuzen. Zkušenost učí, že je to právě naopak. Zřeknutí se několika málo rizikových možností otevře cestu mnoha jiným a lepším. Na okraj dodáváme, že zejména audiovizuální reklama alkoholu představuje rizikový faktor pro zneužívání alkoholu. Pro ty, kdo mají návykové problémy, jsou nebezpečné i filmy o drogách a reklama hazardu.

- Negativní působení časového stresu lze snížit dobrou organizací času. Doporučuje se plánovat i odpočinkové aktivity stejně jako důležité povinnosti. Odpočinek je také povinnost, a to vůči sobě.
- Pokud je to možné, lékař by měl vést jasnou hranici mezi pracovními povinnostmi a soukromím.
- K zevním rizikovým vlivům, kterým je třeba se vyhnout, patří alkohol, tabák, jiné návykové látky a hazard. Ve všech těchto případech se míra stresu zvyšuje, jen si ji jedinec hůře uvědomuje.
- Míru stresu sníží i to, že se lékař naučí pracovat s informacemi, chrání se před informačním přetížením a zvládne potřebné dovednosti.

3.2 Způsoby oslabující vliv vnitřních podnětů vyvolávajících stres a zvyšujících riziko

Sem patří hlad, dehydratace, spánková deprivace, únava, nedostatek pohybu, silné rizikové emoce a dlouhé sezení. Ani tyto faktory nelze zcela eliminovat, ale lze jejich působení omezit. Například při dlouhé práci vsedě se osvědčují mikropřestávky, což může být kratičké protáhnutí se nebo třeba i jen to, že lékař vstane, obejde ordinaci a vrátí se k práci.

3.3. Způsoby zlepšující uvědomování sebe a okolí

- Dobré uvědomování sebe i okolí (mindfulness) usnadňuje rozpoznávat stresující podněty a omezovat jejich působení (Gilmartin et al., 2017).
- Se sebeuvědomováním souvisí jednoduchá technika, kdy nezúčastněně pozorujeme myšlenky a nereagujeme na ně. To se někdy označuje jako „surfing“. Tím se myslí jakoby klouzat po povrchu myšlenek, aniž by se člověk „namočil“. Praktikující si udržuje odstup, nadhled a postoj pozorovatele. Tento postup se podobá některým tradičním meditačním technikám¹.
- Klidné a objektivní uvědomování vytváří dobré podmínky pro změnu vztahového rámce. Například plná čekárna může být zdrojem stresu, ale lze ji brát i jako projev důvěry pacientů.
- Dobré uvědomování umožňuje rozpoznávat uklidňující prostředí, situace nebo aktivity a lépe je využívat.

3.4. Práce s motivací

- Lze si připomenout minulé negativní zkušenosti s přetěžováním se.
- Podobně lze pracovat s pozitivní motivací a uvědomit si výhody rozumného způsobu života.
- Pracovní stres se lépe snáší, když se na něco těšíme, např. na relaxaci, cvičení nebo procházku pro práci.

- Odolnost vůči stresu také zvyšuje smysluplnost, pocit, že jedinec může svůj život ovlivňovat, a schopnost přijímat překážky jako výzvu (Kobasa, 1979).

4 UVOLNĚNÍ V ŠIRŠÍM SLOVA SMYSLU

Jedná se o účinné postupy mírnící stres, bažení po návykové látce i silné emoce jako např. úzkosti nebo deprese. Některé z nich vyžadují předběžný nácvik, na jiné stačí pouze pamatovat a využívat je.

- Relaxační a meditační techniky (např. Nešpor, 1998, řada z nich je volně na adrese www.drnespor.eu). Prvky relaxační techniky lze včlenit i do denních aktivit, které nevyžadují naprostou pozornost. Lze např. částečně uvolnit některou část těla nebo si uvědomovat dech. Relaxační techniky mírní stres i úzkost a projasňují náladu (např. Klainin-Yobas et al., 2015).
- Tělesné cvičení, chůze nebo tělesná práce. Klid, uvolnění a projasnění nálady se někdy objeví už během fyzické aktivity, jindy nastávají jejím skončením. Podobně jako v případě relaxace, lze i takto mírnit deprese a úzkost (např. Rebar et al., 2015). Tělesná aktivita také usnadňuje následné praktikování relaxační techniky. Výhodou jógy a některých tradičních čínských cvičení je to, že relaxaci a tělesný pohyb integrují do jednoho celku.
- Poradit se např. s kolegou. Nejde zde pouze o získání informace, ale také o emoční podporu a pochopení, které si mohou poskytovat lidé v podobné situaci.
- Příznivě působí i dobré a stabilní mezilidské vztahy v soukromém životě. Fungující síť vztahů do značné míry chrání proti stresu a zátěžovým událostem.
- Nenápadným a velmi užitečným způsobem jak se uklidnit je břišní (brániční) dýchání s prodlouženým výdechem. Lze tak mírnit stres, úzkost i depresi (Jerrath et al., 2015). Klidné břišní dýchání lze včlenit i do běžných denních aktivit, např. čekání. Je to také jednoduchý způsob, jak se uklidnit bezprostředně před usnutím. Břišní dýchání usnadňuje představa červené koule nebo vycházejícího slunce v břiše, které se při nádechu zvětšuje a při výdechu zmenšuje.
- Mnoha lidem se osvědčuje při zvládání stresu klidná a melodická hudba (Linnemann et al., 2015) a existují i pozitivní zkušenosti s využíváním hudby u pacientů s různými zdravotními problémy.
- Smích, veselost a humor vyvolávají změny v mnoha směrech podobné těm, které nastávají při relaxaci (více viz Nešpor, 2015).
- Větší pocit bezpečí a jistoty nachází řada lidí v duchovním životě, ať už se jedná o modlitbu, duchovní hudbu (Bradshaw et al., 2015), meditaci, rituály atd. Existují doklady o tom, že duchovní život působí příznivě na duševní i tělesné zdraví lékařů i pacientů (např. Counted et al., 2018). Duchovní život představuje sice ochranného činitele, ale nelze ho chápat jako dokonalou ochranu před stresem a návykovými nemocemi. Se závislostí na alkoholu se lze setkat i u kněží. Pro zajímavost dodáváme, že katolická církev povoluje, aby závis-

1 | Např. „meditaci vnitřního ticha“, jejíž nahrávka je volně na www.drnespor.eu.

lí kněží prováděli příslušné obřady s ovocnou šťávou, a totéž umožňují věřícím i některé evangelické církve.

- Lékař by se měl ve volném čase věnovat kompenzačním aktivitám, tj. zaměstnat jiné části svého těla a mozku než při práci. Paradoxně se stává, že někteří lékaři se necítí dobře v době, kdy by mohli odpočívat, a těší se, až půjdou do práce. Příčinou může být láska k povolání, ale také málo kvalitních mimopracovních zálib.

5 KRÁTKÁ INTERVENCE A LÉČBA

Zdravotník s počínající formou návykové nemoci by měl být dostatečně kritický a využít svépomoc, např. účast v organizaci Anonymních alkoholiků a svépomocné materiály. Je to projev odpovědnosti vůči sobě i pacientům. Tím spíše by se měl léčit lékař, u něhož návykový problém pokročil.

Prognóza závislých lékařů, kteří se léčí, je obvykle dobrá, většinou bývají silně motivováni udržet si zaměstnání a jejich výhodou je i nadprůměrná inteligence. Přece jen ale varování. Při léčbě závislostí nejde pouze o to získat informace, ale je třeba dobře zvládnout relevantní dovednosti. Dobře naučené vzorce chování lze použít i při stresu nebo bažení. Toho nelze dosáhnout jinak než častým opakováním. Dlouhodobé doléčování je proto důležité pro lékaře stejně jako pro jiné závislé pacienty.

6 ZÁVĚR

Stres, rizikové emoce jako podrážděnost, i pozitivní emoce jako laskavost se mezi lidmi snadno přenášejí. Přenos se děje snadněji z výše postavené osoby na níže postavenou. Lékaři jsou obvykle vedoucími zdravotnických týmů, jejich emoční rozpoložení proto podstatně ovlivňuje atmosféru na pracovišti i to, jak se tam pacienti cítí. Prevence návykových nemocí a stresu je důležitá pro lékaře i jejich okolí.

LITERATURA

- Bradshaw, M., Ellison, C. G., Fang, Q., Mueller, C. (2015). Listening to religious music and mental health in later life. *Gerontologist*, 55(6), 961–971.
- Counted, V., Possamai, A., Meade, T. (2018). Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: An integrative research review. *Health Qual. Life Outcomes*, 16(1), 75.
- Gilmartin, H., Goyal, A., Hamati, M. C. et al. (2017). Brief mindfulness practices for healthcare providers – A systematic literature review. *Am. J. Med.*, 130(10), 1219.e1–1219.e17.
- Jerath, R., Crawford, M. W., Barnes, V. A., Harden, K. (2015). Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety. *Appl. Psych. Physiol. Biofeedback*, 40(2), 107–115.
- Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Suzanne Yew, P. Y., Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: A systematic review. *Aging Ment. Health*, 19(12), 1043–1055.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 37(1), 1–11.
- Linnemann, A., Ditzen, B., Strahler, J. et al. (2015). Music listening as a means of stress reduction in daily life. *Psychoneuroendocrinology*, 60, 82–90.
- Nešpor K. (2009). Jak zvládat profesionální stres u pracovníků v oblasti duševního zdraví. *Psychiatrie pro praxi*, 10(1), 41–43.
- Nešpor K. (2015). Smích a medicína. *Praktický lékař*, 95(4), 187–189.
- Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D. et al. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychol. Rev.*, 9(3), 366–378.

ZPRÁVY

APOLINÁŘSKÉ VÝROČÍ

Na začátku letošního září proběhly oslavy sedmdesátého výročí vzniku prvního oddělení pro léčbu závislosti v pražském Apolináři. Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze připravila několik slavnostních akcí. Patřil k nim koncert v kostele Sv. Apolináře, běh apolinářskou zahradou, hojně navštívená „Purkyňka“ věnovaná milníkům oněch 70 let. V nádherných kulisách apolinářského komplexu proběhl happening s venkovní výstavou historických dokumentů, zakončený křtem publikace *Klinika adiktologie „U Apolináře“ v perspektivě 70letého vývoje* (Miovský, Popov, Šejvl).

Podrobněji se výročí budeme věnovat v některém z dalších čísel časopisu.

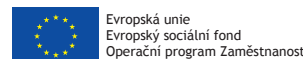


ODBORNÉ SPOLEČNOSTI

Na následujících stránkách přinášíme aktuality, přehledy a zajímavé odkazy pracovišť a institucí, které se věnují závislostem. Tentokrát většinu příspěvků nabízí A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním. V prvním příspěvku Mgr. Kantora z Terapeutického centra Renarkon, o. p. s. – předsedy *Sekce ambulantních služeb A.N.O.*, a Mgr. Švadlenové z DRUG – OUT Klubu, z. s. Ústí nad Labem, přináší zasvěcený přehled vzniku a rozvoje Sekce ambulantních služeb. Tato sekce je nejmladší, ale rychle se rozvíjející sekci A.N.O. V dalším příspěvku Bc. Tomáš Jandáč představuje *Terapeutickou komunitu Karlov*, kterou zřizuje *Sananim*, z. ú. Připomeňme, že TK Karlov je součástí Sekce terapeutických komunit A.N.O. Návazný příspěvek od Mgr. Daniela Randáka, předsedy Sekce Harm Reduction A. N. O., představuje v detailu *Sekci Harm Reduction (SHR)*, která sdružuje kontaktní centra a terénní programy (dále jen HR služby) zaměřené na práci s uživateli drog, závislé a jejich blízké osoby.

V neposlední řadě *Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS)* na svých internetových stránkách drogy.info.cz nabízí tzv. mapu pomoci – přehled poradenských a léčebných programů, které se věnují jednotlivým závislostem.

A.N.O. – ASOCIACE NESTÁTNÍCH ORGANIZACÍ



Jedná se o střešní organizaci sdružující adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním.

Sekce ambulantních služeb A.N.O. aneb jak přišla na svět.....

Sekce ambulantních služeb je nejmladší odbornou sekcí Asociace nestátních organizací (A.N.O.), která vznikla v r. 2016. I přes relativně krátkou dobu svého trvání má i ona svou historii a s jejím příběhem se můžete nyní seznámit.

Když vláda ČR dne 9. listopadu 2015 projednala a usnesením č. 915 schválila Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2015–2018 pro oblast hazardního hraní, bylo to historicky poprvé, kdy vznikl akční plán, který se zabýval touto specifickou oblastí integrované protidrogové politiky v ČR. Akční plán reaguje nejen na hlavní zjištění a doporučení zprávy o sociálně patologických dopadech hazardních her v České republice (Hazardní hraní v České republice a jeho dopady), kterou vláda vzala na vědomí dne 15. září 2014, ale vychází i z výsledků diskuse pracovní skupiny, jejímž úkolem byla příprava akčního plánu pro oblast hazardního hraní. Dále vychází ze zahraničních zkušeností a doporučení.

Jedním z pilířů protidrogové politiky ČR v oblasti hazardního hraní jsou léčba a další intervence určené problémovým hráčům. SWOT analýza, kterou vypracovala výše zmiňovaná pracovní skupina, identifikovala v této oblasti slabé stránky, kterými mimo jiné byly: nedostatečné rozšíření metodiky práce, doporučených postupů a příkladů dobré praxe. Jako příležitost definovala možnost vytvoře-

ní platformy pro odbornou komunikaci v oblasti patologického hráčství.

Toto byl pravděpodobně moment, který je v historii Sekce ambulantních služeb klíčový. Reakcí na výzvu byla podpora Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) směřována k A.N.O. Následně Asociace nestátních organizací iniciovala vznik pracovní skupiny poskytovatelů služeb patologickým hráčům, která měla diskutovat témata spojená s definováním cílové skupiny, dobré praxe atp. Pracovní skupinu vedl a její činnost organizoval Lukáš Carlos Hrubý, ředitel Společnosti Podané ruce, o. p. s., který s podporou A.N.O. koordinoval i vznik samostatné sekce, která byla pojmenována „Odbornou sekcí služeb pro hazardní hráče.“

Dne 12. 12. 2016 předsedkyně Asociace nestátních organizací Helena Rampachová prostřednictvím webu A.N.O. informovala, že „vznikla nová platforma služeb pro patologické hráče, jejímž úkolem je definovat odborné intervence a dobrou praxi ve vztahu ke specifické cílové skupině problémových hráčů a vytvářet institucionální kontext pro setkávání odborníků. Nová sekce bude sdružovat odborníky z členských organizací Asociace, kteří pracují s problémovými hráči“. Lukáš Carlos Hrubý dále doplnil, že „...sekce jakožto zastřešující platforma může vydávat doporučení pro jednotlivé služby o tom, jakým směrem by se měly v budoucnu ubírat a fungovat jako prostředník komunikace mezi ministerstvy a službami zejména pro oblast financování.“

Informaci o založení sekce Služeb v oblasti patologického hráčství A.N.O. obsahuje i Průběžné hodnocení Akčního

plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky pro oblast hazardního hraní k 31. 12. 2016. Hodnocení se vztahuje k plnění jednotlivých aktivit, konkrétně k metodické podpoře pracovníků ve službách pracujících s patologickými hráči.

K samotnému příběhu sekce, aby nebyl zavádějící, je ještě zapotřebí dodat informaci o její transformaci a přejmenování, o kterém rozhodla v říjnu 2017 Asociace nestátních organizací. Vzhledem ke skutečnosti, že problematika hazardního hraní není často v zařízeních řešena izolovaně, členové sekce pracují i s jinými typy závislosti a dochází k nárůstu ambulantních služeb, které si zaslouží zvýšenou pozornost, došlo ke kroku, který rozdělil Sekci následné péče a ambulantních služeb (IANP – intenzivní ambulantní a následná péče). Platforma služeb pro patologické hráče se tedy transformovala do Sekce ambulantních služeb.

Sekce ambulantních služeb, ačkoliv se její záběr rozšířil, však i nadále vnímá problematiku hazardního hraní jako podstatnou. Sociální služby v této oblasti teprve vznikají, vyčleňují se ze stávajících adiktologických ambulancí a přizpůsobují se aktuálním potřebám. Výzvou je rozvoj prevence či harm reduction v oblasti hazardního průmyslu, které jsou u drogových služeb letitou samozřejmostí. Vzhledem k původnímu zaměření sekce je důležité také zmínit její zájem o naplňování zákona 186/2016 Sb., o hazardních hrách, který je účinný od 1. 1. 2017, a jeho dopady v praxi.

Sekce ambulantních služeb, jejímž vedoucím je Břetislav Kantor, funguje na stejných principech jako ostatní sekce A.N.O. Web Asociace ji charakterizuje jako „*platformu pro setkávání odborníků z center poskytujících služby prevence a léčby pro osoby ohrožené rizikovým hraním, jejímž úkolem je definovat odborné intervence a dobrou praxi ve vztahu k cílové skupině.*“ Jejími členy jsou: Advaita, z. ú., Centrum protidrogové prevence a terapie, o. p. s. – Plzeň, Centrum sociálních služeb Děčín, p. o. – Děčín, Magdalena, o. p. s., Prev-centrum, z. ú. – Praha, Prevent 99, z. ú., Renarkon, o. p. s., Sananim, z. ú., Společnost Podané ruce, o. p. s., Spektrum Kolpingovo dílo ČR, Laxus, z. ú. Výbor sekce se schází 3x ročně. Jednou z prvních výzev výboru bylo sestavení „Akčního plánu v oblasti patologického hráčství“, který nasedá na aktuální situaci v ČR, tak jak byla popsána v Akčním plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2015–2018. Činnost sekce tak respektuje priority a výzvy AP.

Setkání sekcí probíhají na pracovištích jednotlivých členů Asociace tak, aby došlo k vzájemnému poznání pracovišť, popř. rozšíření kontaktů s ostatními pracovníky zařízení. V rámci jednotlivých setkání sekce dochází ke sdílení informací a zkušeností, příkladů dobré praxe, porovnávání různých metodických postupů, zvýšení povědomí o realizovaných programech či službách. Následně může výbor sekce vydávat doporučení pro A.N.O. a RVKPP, nastartovat mezinárodní spolupráci.

Momentálně posledním počinem Sekce ambulantních služeb byla aktivní spoluúčast na v pořadí 3. národní konferenci „**Hazardní hraní v České republice v roce 2018**“, pořádané Úřadem vlády České republiky, sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, ve spolupráci s Ministerstvem financí České republiky a A.N.O. – Asociací nestátních organizací, která se konala dne 15. 5. 2018 od 9:00 hodin v Lichtenštejnském paláci v Praze.

Konferenci zahájila úvodním slovem Alena Schillerová, ministryně financí ČR, jejíž sdělení shrnovalo aktuální stav v oblasti legislativy hazardního hraní v České republice. V prvním panelu s názvem „**Politika v oblasti hazardního hraní**“ jako první vystoupil Jindřich Vobořil, národní koordinátor pro protidrogovou politiku RVKPP, který se věnoval průběžné bilanci zaváděných opatření v oblasti hazardního hraní. Viktor Mravčík, vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti, uvedl aktuální statistická data v oblasti hazardního hraní v ČR a aktuální situaci v oblasti regulace hazardního hraní v ČR představil Karel Blaha, ředitel Odboru 34 MF ČR. Poté následovala tisková konference.

Panelové diskuse na téma „**Hazardní hry on-line**“ se zúčastnili Ivo Valenta, senátor, Senát Parlamentu ČR, Martin Sarnovský, vedoucí oddělení 3404 – Správní trestání, Státní dozor nad hazardními hrami, MF ČR, Martin Todt, expert oblasti hazardních her a bývalý generální ředitel Fortuny, a. s., František Trantina, provozovatel stránek neprohrajivot.cz, a Marcel Ambrož, vedoucí zařízení Gambling ambulance SANANIM, z. ú.

Druhá část konference, na jejíž přípravě se podílela Sekce ambulantních služeb A.N.O., byla věnována konkrétně tématu „**Služby pro gamblery**“. Jednalo se o představení jednotlivých zařízení, která se specializují na práci s patologickými hráči, jejich specifické přístupy, zkušenosti, dobrou praxi, slabiny i výzvy.

Paralelně s workshopem „**Léčba z vlastního pohledu klienta**“, který připravily Gábina Fritschová a Gabriela Píchová se svými klienty z Gambling ambulance Sananim, z. ú., probíhal 3. konferenční blok. Jako první v něm vystoupil se svým příspěvkem „**Neprohraj se v praxi**“ Jiří Koreš, vedoucí Poradny pro nelátkové závislosti PREVENT v Českých Budějovicích. „**Práci s patologickými hráči v terapeutických komunitách**“ představil František Jírový, zástupce vedoucího Terapeutické komunity Magdaléna. Inspiraci, jak pracovat v rámci ambulantních služeb s rodinnými systémy klientů, nabídla Jana Švadlenová, terapeutka DRUG – OUT Klub, z. s., v Ústí nad Labem, která vystoupila s příspěvkem „**Rodinná terapie v léčbě patologického hráčství.**“

Čtvrtý, závěrečný blok konference svým příspěvkem „**On-line hraní: společenská akceptace vs. rizika**“ otevřel Marcel Ambrož, vedoucí Gambling ambulance Sananim, z. ú. Navázal terapeut Ambulance pro nelátkové závislosti CPPT, o. p. s., v Plzni Martin Heřman Frys, a to příspěvkem „**Pesso Boyden – psychomotorická terapie a gam-**

bling“. O tom, jak lze využít „Postmoderní terapeutické přístupy při zotavení patologických hráčů“, hovořil Jan Horák, terapeut z Terapeutického centra Renarkon, o. p. s. Závěrečné slovo měla předsedkyně Rady Asociace nestátních organizací Helena Rampachová, která hovořila o tématu „Sítě služeb a jejího financování“.

Tím, co odlišovalo třetí národní konferenci „Hazardní hraní v ČR v roce 2018“ od těch předešlých, byla vyšší aktivní účast zástupců z praxe (včetně samotných klientů), osob, které s cílovou skupinou pracují a nabízejí přímou zkušenost. Právě tento fakt přilákal do publika i více pracovníků ze služeb. Navíc se jednalo o ukázkou dobré spolupráce subjektů, které se na poli hazardního hraní setkávají. Tímto velmi děkujeme všem, kdo se na pořádání konference aktivně i pasivně podíleli.

Mgr. Břetislav Kantor

E-mail: bretislavkantor@gmail.com
Vedoucí Terapeutického centra Renarkon, o. p. s.
Předseda Sekce ambulantních služeb A.N.O.
Supervizor, kouč, terapeut

Mgr. Jana Švadlenová

E-mail: jana.svadlena@seznam.cz
Terapeutka ambulantních adiktologických služeb, DRUG – OUT Klub, z. s., Ústí nad Labem
Studentka, Fakulta humanitních studií UK, Praha
Supervizorka

Zdroj: <http://www.asociace.org/>
<https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/proti-drogova-politika-72746/>

A.N.O. – ASOCIACE NESTÁTNÍCH ORGANIZACÍ



Představení Terapeutické komunity Karlov, Sananim, z. ú.

TK Karlov je součástí Sekce terapeutických komunit A.N.O. – Asociace nestátních organizací.

Sekce terapeutických komunit Asociace sdružuje terapeutické komunity České republiky, z nichž většina je certifikována Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky, registrovanou sociální službou anebo součástí zdravotnického zařízení. V současné době je součástí Sekce přes 15 zařízení.

Terapeutická komunita Karlov, Sananim, z. ú., poskytuje rezidenční léčbu osobám se závislostní poruchou způsobenou užíváním nelegálních návykových látek. V zařízení je léčba směřována ke dvěma cílovým skupinám – mladistvým a mladým dospělým od 16 do 25 let věku života a matkám s dětmi. U matek s dětmi je v indikaci limitací zejména věk dítěte, kdy se přijímá dítě předškolního věku. Zkušenosti ovšem máme i s dětmi raného školního věku. Do cílové skupiny matek s dětmi patří také těhotné uživatelky, které v komunitě procházejí předporodním obdobím, porodem a obdobím po porodu. Z definic cílových skupin klientů vyplývá, že důležitou součástí naší činnosti je spolupráce se sociálními pracovníky a pracovníci, zvláště z odboru sociálněprávní ochrany dětí. S tím, jak se rozvíjí obor dětské a adolescentní adiktologie, jde ruku v ruce potřeba vzniku doporučených postupů a nových metodik. Při studiu zahraniční literatury a při jednáních, která si dávají za úkol vymezit nový obor, docházíme k nutnosti komplexnosti přístupu ke klientům s důrazem na interdisciplinární povahu. S těmito pojmy se samozřejmě setkáváme v adiktologii obec-

ně, zde však vyvstává potřeba podtrhnutí. Vedle tradičního propojení s pedopsychiatrií, dětskými psychology a adiktologií je vyžadováno také zařazení dětských case manažerů a sociálních pracovníků a pracovníc, zejména z OSPOD. Tomuto trendu chceme jít naproti i v TK Karlov, proto jsme na 24. 4. 2018 připravili den otevřených dveří pro pracovníce OSPOD a jiných orgánů zabývajících se dětmi s rizikem setkání se s poruchou závislosti. Na prezentaci bylo přihlášeno 75 osob. Odborný program vedly odborná garantka a vedoucí Centra komplexní péče o dítě a rodinu SANANIM PhDr. Ilona Preslová, zástupkyně vedoucího TK Karlov a zároveň vedoucí programu pro léčbu matek s dětmi Mgr. Marcela Harbáčková a adiktoložka a terapeutka Mgr. Jana Putnová. Na pořadu dne byla přednáška Příprava klientů na nástup a možnosti nástupu (indikace, omezení...), dále pak informace o léčbě (specifika, možnosti, hranice...) a nakonec diskuse včetně možnosti individuálních konzultací. Věříme, že propojování služeb na konkrétní a osobní úrovni má smysl, proto svou snahu uvádíme do praxe. Doufáme, že jsme svým malým dílem přispěli k rozvoji a správnému síťování služeb v adiktologii.

Za TK Karlov

Mgr. Tomáš Jandáč,

adiktolog, zástupce vedoucího komunity
tomas.jandac@gmail.com

Mgr. Karel Chodil,

vedoucí komunity

A.N.O. – ASOCIACE NESTÁTNÍCH ORGANIZACÍ



Sekce Harm Reduction

Rádi bychom vám představili Sekci Harm Reduction – jednu ze sekcí sdružených pod hlavičkou A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním.

Sekce Harm Reduction (SHR) sdružuje kontaktní centra a terénní programy (dále jen HR služby) zaměřené na práci s uživateli drog, závislé a jejich blízké osoby. Tyto služby umějí vyhledat, kontaktovat a včas podchytit skupinu aktivních uživatelů návykových látek. Pracují tak s klienty, kteří jsou ve fázi aktivního a dost často rizikového (injekčního) užívání drog. Část práce spočívá v motivování klientů začít s abstinencí od drog a nastoupit do léčby. Bohužel ale řada z nich v této fázi uvažování není a drogy dál užívat chce, nebo v případě rozvinuté závislosti musí. U takových klientů je jedním z hlavních cílů HR služeb i to, aby sebe a své okolí nenakazili infekcemi (HIV, hepatitidy, syfilis, tuberkulóza atp.), a nezatěžovali tak zdravotní a sociální systém víc, než je nezbytně nutné.

Cílem HR služeb je zejména:

- snižování zdravotních, sociálních a dalších rizik spojených s problematikou závislosti na straně uživatelů (tzv. princip harm reduction),
- ochrana většinové společnosti před riziky plynoucími z drogové problematiky (tzv. princip public health).

Aby mohly tyto služby dobře fungovat, musí splňovat řadu podmínek a kritérií (např. certifikace odborné způsobilosti RVKPP, poskytování služeb dle zákona o soc. službách, atp.). A právě **v této oblasti nabízí Sekce Harm Reduction možnost spolupráce a rozvoje** těchto služeb, a to s ohledem na tzv. „dobrou praxi“. V tomto duchu se Sekce HR snaží prosazovat a hájit zájmy nejen členských služeb, ale obecně i celého oboru adiktologie, do kterého služby HR spadají.

Členskou základnu SHR v současné době tvoří 32 služeb z 11 organizací:

1. Centrum adiktologických služeb Benešov – Magdaléna, o. p. s.
2. Centrum adiktologických služeb Příbram – Magdaléna, o. p. s.
3. Drogová služba Vyškov – Společnost Podané ruce, o. p. s.
4. Jihočeský streetwork Prevent – PREVENT 99, z. ú.
5. KC Brno – Společnost Podané ruce, o. p. s.
6. KC Olomouc – Společnost Podané ruce, o. p. s.
7. KC Plzeň – CPPT, o. p. s.
8. KC Prevent České Budějovice – PREVENT 99, z. ú.

9. KC Prevent Prachatic – PREVENT 99, z. ú.
10. KC Prevent Strakonice – PREVENT 99, z. ú.
11. KC Prostějov – Společnost Podané ruce, o. p. s.
12. KC Rumburk – White Light I, o. s.
13. KC Sananim – Sananim, z. ú.
14. KC Teplice – White Light I, o. s.
15. KC Znojmo – Společnost Podané ruce, o. p. s.
16. KC Uherské Hradiště – Společnost Podané ruce, o. p. s.
17. Kontaktní a poradenské centrum Frýdek-Místek – Renarkon, o. p. s.
18. Kontaktní a poradenské centrum Spektrum – Kolpingovo dílo ČR, z. s.
19. Nízkoprahové středisko Drop In, o. p. s. – Drop In, o. p. s.
20. TP Benešovsko, Praha-východ – Magdaléna, o. p. s.
21. TP Berounsko, Rakovnicko, Praha-západ – Magdaléna, o. p. s.
22. TP Brno – Společnost Podané ruce, o. p. s.
23. TP Frýdecko-Místek – Renarkon, o. p. s.
24. TP Olomouc – Společnost Podané ruce, o. p. s.
25. TP Příbramsko – Magdaléna, o. p. s.
26. TP Sananim – Sananim, z. ú.
27. TP Spektrum – Kolpingovo dílo ČR, z. s.
28. TP Ulice – Spolek Ulice Plzeň
29. Terénní program sociálních asistentů – Streetwork – Drop In, o. p. s.
30. Víceúčelová drogová služba Blansko – Společnost Podané ruce, o. p. s.
31. Kontaktní centrum Point 14 Plzeň – Středisko pro prevenci a konzultaci drogových závislostí Point 14, z. ú., Plzeň
32. Terénní program Point 14 Plzeň – Středisko pro prevenci a konzultaci drogových závislostí Point 14, z. ú., Plzeň

Proč se stát členem SHR:

Široká členská základna je významným faktorem z hlediska možnosti podílet se na vyjednávání o směřování, podobě a vývoji služeb a práce s uživateli drog, závislými a jejich blízkými. Rovněž i z hlediska možnosti otevírat a efektivně řešit témata, obtíže a otázky, s nimiž se členové Sekce potýkají. **Členství v SHR (potažmo v A.N.O.) je tedy příležitostí být slyšet a moci záležitosti, které se nás týkají, skutečně ovlivňovat.** V neposlední řadě je zde také prostor diskutovat své zkušenosti a názory a vzájemně se tak obohacovat.

SHR např. aktivně řešila:

- revizi Seznamu a definice výkonů v drogových službách;
- stanoviska SHR např. v oblastech:
- výměnné programy a infekční odpad – podmínky pro realizaci služby (na žádost RVKPP),
- práce o samotě,
- testování na infekční nemoci,

- systém včasného varování (EWS);
- aktivity v pracovních skupinách (PS pro nelegální drogy RVKPP, EWS, RAS a aktivní účast na realizaci projektu HA-REACT...);
- distribuce naloxonu klientům – diskutovány možnosti a omezení;
- podklady NMS pro MZ ohledně metodiky screeningových testů;
- Etický kodex pracovníků v adiktologii – „propagace“ etického kodexu přijatého na základě odborného konsensu.

Jak se stát členem SHR:

Členství v SHR je vázáno na členství v zřizující organizaci A.N.O. Asociace je **odborným partnerem pro komunikaci** se sekretariátem RVKPP, vládou ČR, ministerstvy a dalšími státními a samosprávnými **institucemi, Certifikačním výborem, odbornými a politickými institucemi** atp. **Aktivně se podílí na tvorbě, směřování a rozvoji drogové politiky, služeb a přístupů v této oblasti v ČR.**

Asociace je v současnosti tvořena těmito sekcemi:

- Sekcí primární prevence,
- Sekcí Harm Reduction,
- Sekcí následné péče,
- Sekcí terapeutických komunit,
- Sekcí drogových služeb ve vězení,
- Sekcí ambulantních služeb.

Máte-li zájem o podrobnější informace (včetně finančních náležitostí), navštivte stránky www.asociace.org, kde je uvedeno vše potřebné.

Mgr. Daniel Randák

adiktolog

předseda Sekce Harm Reduction

E-mail: randak@prevent99.cz

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

kouření zabíjí / koureni-zabiji.cz

Národní stránky pro podporu odvykání kouření

- informace o rizicích kouření
- rady a tipy jak přestat kouřit
- kontakty na poradenské a léčebné programy
- národní linka pro odvykání kouření: **800 35 00 00, po–pá 10–18 hodin**

drogy info / drogy-info.cz

Národní internetová prezentace o legálních a nelegálních drogách a hazardním hraní

- informace o výzkumech Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti
- výroční zprávy o drogách a hazardním hraní
- publikace vydávané NMS a sekretariátem RVKPP
- mapa pomoci
- presscentrum, novinky, zprávy

alkohol škodí / alkohol-skodi.cz

Národní stránky pro podporu omezení konzumace alkoholu

- mýty a fakta o alkoholu
- testy a kalkulátory
- rady pro konzumenty i jejich blízké
- mapa pomoci
- národní linka pro odvykání alkoholu: **800 35 00 00, po–pá 10–18 hodin**

hazardní hraní / hazardni-hrani.cz

Národní stránky pro snížení rizik hazardního hraní

- fakta o hazardním hraní
- testy
- rady pro hráče i jejich blízké
- mapa pomoci
- odkazy na svépomocné weby
- národní linka pro odvykání hraní: **800 35 00 00, po–pá 10–18 hodin**

POKYNY AUTORŮM

1 PŘIJÍMANÉ PRÁCE, TECHNICKÉ PODMÍNKY, AUTORSTVÍ

Redakce přijímá příspěvky v češtině, slovenštině nebo v angličtině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky lze odevzdávat jako dokumenty MS WORD a EXCEL. Jiné formáty lze použít pouze po předchozí konzultaci s redakcí časopisu. Zaslání příspěvek musí být určen výhradně pro publikaci v časopisu **Adiktologie v preventivní a léčebné praxi** a musí být doplněn písemným prohlášením, že nebyl a nebude zadán k uveřejnění v jiném časopise. Otištěné články nesmějí být publikovány ani šířeny jakýmkoli způsobem v jakékoli podobě bez výslovného svolení vydavatele. Hlavní / korespondující autor je zodpovědný za to, že článek byl schválen všemi autory, s jejich rozbořením a závěry že zplnomocňují korespondujícího autora k jednání s redakcí. Redakce netrvá na „imprimatur“ vedoucího pracoviště autora.

Adiktologie v preventivní a léčebné praxi se řídí etickými normami a doporučeními vyplývajícími z Farmingtonské úmluvy (<http://www.isaje.net/farmington-consensus.html>).

2 RUBRIKY ČASOPISU A MAXIMÁLNÍ ROZSAH PŘÍSPĚVKŮ

2 / 1 Typy textů

Recenzované práce (zadávají se minimálně dva nezávislé oponentské posudky)

Původní sdělení: přináší vědecké zpracování studované problematiky při obvyklé struktuře textu: úvod, materiál a metodika, výsledky, diskuse, závěry. Text nesmí přesáhnout 14 rukopisných normostran (1 NS = 1800 znaků vč. mezer), bez literatury a obrazové dokumentace. Maximální počet literárních citací je 35, dokumentace může obsahovat až 6 obrázků (tabulek, grafů) a 2 fotografie (černobílé).

Krátká sdělení: jsou exaktně zpracované vlastní výsledky z oblasti pilotních studií, studií menšího rozsahu, diagnostiky a terapie, vlastní klinické zkušenosti. Maximální rozsah je 5 stran, literatura do 15 citací a dokumentace může obsahovat 2 obrázky (tabulky, grafy).

Přehledové články: jsou výstižným přehledem aktuální tematiky, přičemž vlastní zkušenosti autora tvoří hlavní náplň referátu. Maximální rozsah je 14 stran a nanejvýše 50 převážně časopiseckých citací. Těžiště literatury je v citacích, které nejsou starší 5 let.

Vzdělávání: Rubrika je věnována otázkám a problémům pregraduální či postgraduální výuky a celoživotního vzdělávání zejména v adiktologii, psychiatrii, psychologii, psychoterapii, sociální práci a politice, pedagogice a speciální pedagogice, ale i dalších oblastech, představuje přehledy vzdělávacích a doškolovacích akcí se vztahem k adiktologické problematice. Maximální rozsah příspěvku je 15 normostran. Maximální počet citací je 25.

Kazuistické studie: jsou příspěvky prezentující zkušenosti z oblasti prevence a léčby závislosti. Vedle zpracování formou klasické kazuistické studie se může jednat o představení doporučených postupů, popis praktických zkušeností s určitým léčebným postupem, metodou apod. Maximální rozsah je 8 stran. Maximální počet citací je 25.

Komentované překlady: zasazují do kontextu české adiktologie aktuální témata publikovaná v zahraničí. Maximální rozsah je 8 stran. Maximální počet citací je 15.

Nerecenzované práce (nezadávají se oponentské posudky)

Zprávy z oboru, diskuse a dopisy čtenářů, rozhovory: reagují věcným a výstižným komentářem na nedávno publikované články a veškeré odborné dění. Přináší shodné, doplňující či odlišné názory autora. Maximální rozsah 3 strany.

Knižní novinky a recenze: přináší zprávy o domácích a zahraničních nově vycházejících knihách z oboru adiktologie a oborů příbuzných. Hlavička zprávy (recenze) musí obsahovat stejné údaje jako citace monografie (eventuálně sborníku). Maximální rozsah 3 strany.

Zprávy ze světa: slyšeli nebo přečetli jsme za vás. Maximálně 1 strana.

Jiný rozsah příspěvků a použití barevné dokumentace je třeba konzultovat s redakcí.

2 / 2 Návod na zpracování textů

Redakce časopisu nabádá autory, aby při reportování randomizovaných kontrolovaných studií postupovali dle doporučených postupů, které poskytují návod pro práci s odborným textem.

Typy návodů pro zpracování různých typů textu jsou:

CONSORT randomized controlled trials
<http://www.consort-statement.org>

STARD studies of diagnostic accuracy
<http://www.consort-statement.org/stardstatement.htm>

QUOROM systematic reviews and meta-analyses
<http://www.consort-statement.org/Initiatives/MOOSE/moose.pdf>

STROBE observational studies in epidemiology
<http://www.strobe-statement.org>

MOOSE meta-analyses of observational studies in epidemiology
<http://www.consort-statement.org/Initiatives/MOOSE/moose.pdf>

3 FORMÁLNÍ NÁLEŽITOSTI RUKOPISU

Článek zasláný do redakce musí mít následující náležitosti. Absence kterékoliv z nich může být důvodem k vrácení textu k doplnění nebo vyřazení článku před recenzním řízením.

3 / 1 Formální náležitosti textu

1) Článek musí mít úvodní stranu, ve které jsou název (v českém i anglickém jazyce), adresa (včetně PSČ) všech autorů článku a plné kontaktní detaily včetně vědeckých a akademických titulů a plné kontaktní detaily pro korespondujícího autora (tj. včetně telefonů a e-mailů). Na úvodní straně uveďte počet znaků včetně mezer.

2) Abstrakt/souhrn v českém a anglickém jazyce (max. 250 slov) začínající na nové stránce.

Původní práce jsou opatřeny Abstraktem s doporučenou strukturou:

- Východiska / Background
- Cíle / Aims
- Metody / Methods
- Soubor / Sample
- Výsledky / Results
- Závěry / Conclusions

Práce v ostatních rubrikách mohou mít nestrukturovaný Abstrakt.

3) Klíčová slova v počtu 3–6 v českém a anglickém jazyce uvedená dole na stránce Abstraktu

4) Afilie ke grantu v českém a anglickém jazyce uvedené dole na stránce Abstraktu

5) Tělo článku podle instrukcí pro autory (viz kapitola pokynů 2). Další podnadvysy jsou povoleny (v doporučeném formátu 1; 1/1; 1/1/1; 1/2 ... 2/1 atd. Odrazujeme autory od užívání „poznámek pod čarou“). Tělo článku začíná na nové straně.

6) Pokyny pro práci s literaturou jsou uvedeny v kapitole pokynů 3 / 3. Autorům doporučujeme používat citační programy (Reference Manager, EndNote aj.).

7) Na konci těla článku (před použitou literaturou) autoři uvedou odstavec „Role autorů“ (krátká specifikace, co který autor v článku zpracovával) a odstavec „Konflikt zájmů“ (není-li žádný, pak uvedou „Bez konfliktu zájmů“). Dobrovolné je uvedení „Poznámky“.

Tyto tři části článku nejsou číslovány. Nadpisy jsou uvedeny tučným písmem. Na dalším řádku následuje text. Velikost písma je stejná jako předchozí text.

Příklady:

Role autorů: Autor X a Autor Y navrhli studii a navrhli design studie. Autor Z provedl statistické analýzy a podílel se na interpretaci dat a přípravě manuskriptu. Autor X navrhla počáteční podobu rukopisu. Autor Y provedl rešerši literatury a shrnutí souvisejících prací. Autor W dohlížel na statistické analýzy a podílel se na přípravě rukopisu. Všichni autoři přispěli ke vzniku článku a schválili konečnou podobu manuskriptu.

Konflikt zájmů: Klinická studie byla finančně podpořena farmaceutickou firmou Pharmaceuticals.

Poznámka: Autoři děkují prof. Novákovi za konzultace statistických analýz.

8) Obrazová dokumentace (viz kapitola pokynů 3 / 2). Je připojena na konci dokumentu za literaturou. Každá jednotlivá tabulka, graf nebo fotografie začíná na nové straně. V těle článku označte, kam přibližně umístit tabulku, graf nebo fotografii, písmo kurzívou: „[tabulku / graf / fotografii číslo X přibližně sem]“.

3 / 2 Formální náležitosti obrazové dokumentace

Tabulky a grafy

Jednotlivé soubory MS Excel (preferován) nebo Word, v úpravě dle APA (<http://www.apastyle.org/manual/related/sample-experiment-paper-1.pdf>), černá + odstín šedi, nepoužívat barevné značení. Název souboru vždy obsahuje jméno prvního autora. Tabulka musí mít vlastní stručnou legendu, číslovanou, v češtině (Tabulka 1).

Fotografie

Černobílé, digitální, jednotlivé soubory ve formátech .jpg, .tiff, .eps, minimální rozlišení 300 dpi. Název souboru vždy obsahuje jméno prvního autora. Obrázek musí mít vlastní stručnou legendu, číslovanou, v češtině (Obr. 1, Graf 1). „Schéma“ se označuje jako „obrázek“.

Tabulky, grafy a fotografie nesmějí být vloženy do textu. V textu jsou v závorkách obsaženy pouze odkazy (Tabulka 1, ...).

Články se zalomenými obrázky nebo tabulkami v textu budou autorům vráceny k úpravě.

3 / 3 Formální náležitosti Literatury, odkazy v textu, příklady

Literatura / References

Uspořádání literatury na konci článku je abecední podle příjmení autora (event. dalších autorů). Citace se nečíslovají, každá citace začíná na novém řádku. V seznamu literatury se užívá plné formy citací: příjmení a zkratka jmen všech autorů, plný název a popř. podnázev práce v jazyku originálu, časopis (resp. normalizovaná zkratka časopisu), rok, ročník, stránkový rozsah; u monografií místo vydání, vydavatel, rok vydání.

Při formální úpravě citací jednotlivých typů dokumentů se řiďte platnými citačními normami (viz citační manuál APA).

Citace článku jednoho autora:

Mellers, B. A. (2000). Choice and the relative pleasure of consequences. *Psychological Bulletin*, 126(10), 910–924.

Citace článku dvou autorů:

Klimoski, R., Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10–36.

Základní citace knihy:

Beck, C. A., Sales, B. D. (2001). *Family mediation: Facts, myths and future prospects*. Washington, DC: American Psychological Association.

Citace editované knihy:

Gibbs, J. T., Huang, L. N. (Eds.). (1991). *Children of color: Psychological interventions with minority youth*. San Francisco: Jossey-Bass.

Citace kapitoly v editované knize:

Kudrle, S. (2003). Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1* (pp. 83–89). Praha: Úřad vlády České republiky.

Citace publikovaného sborníku, publikovaného příspěvku na sympoziu:

Deci, E. L., Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation* (pp. 237–288). Lincoln: University of Nebraska Press.

Odkazy na literaturu v textu, příklady

V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora (nebo názvem zdroje) a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišuje písmeny malé abecedy. Má-li práce více než dva autory, uvádí se pouze první a zkratka „et al.“.

Plná citace musí být uvedena v použité literatuře na konci vašeho textu (viz výše).

Odkaz na práci jednoho autora, zdroje:

Charvát (2003) se opírá o vlastní výzkumné závěry...

...80,6 % žen je svobodných a současně bezdětných (Vacek, 2000).

V závěrečné zprávě (WHO, 2008) se uvádí, že...

Odkaz na více prací jednoho autora:

Klienti vnímali změny vždy velmi citlivě (Škoda, 2005, 2003) a terapeut by...

Odkaz na práci více autorů:

Novák et al. (2004) zkoumali na souboru...

Odkaz na práci několika autorů:

K tomuto jevu se shodně vyjadřuje většina autorů (Nemožný, 2004; Bílek, 2003). (V tomto případě se citace od sebe oddělují středníkem.)

Přímý odkaz na autora:

Při přímém odkazu se uvádí strana (z angl. „page“), na níž se pasáž v původní práci nachází.

Woller (2002) o participantech hovoří jako o „zpustlých duších“ (p. 96).

...neboť „citlivost je základním pilířem úspěšné práce“ (Papež, 2005, p. 180).

Totéž platí pro přímé odkazy na materiály v elektronické podobě. V případě, že dokument není číslován, lze odkázat na kapitolu a odstavec, jehož je citovaná pasáž součástí. Buď lze užít symbol pro odstavec: (Sobota, 2000, § 5), nebo anglickou zkratku pro odstavec (paragraph): (Neděla, 2000, Diskuse, para. 1).

4 ETICKÉ ASPEKTY

Je-li referováno o pokusech na lidech, uveďte, zda studie byla před zahájením schválena místní etickou komisí. U pokusů na zvířatech uveďte, zda byly dodrženy ústavní nebo národní předpisy a směrnice pro chov a experimentální používání zvířat nebo přiložte čestné prohlášení o souhlasu etické komise.

Pacienti mají právo na soukromí, které nesmí být porušeno bez jejich informovaného souhlasu. Identifikační údaje nesmí být uvedeny v psaném textu, na fotografiích nebo v rodokmenech, pokud není tato informace nezbytná z vědeckého hlediska a pokud pacient (nebo jeho rodič či opatrovník) neposkytl informovaný souhlas k uveřejnění těchto údajů. V tomto případě musí být pacient obeznámen s rukopisem. Poskytnutí informovaného souhlasu pacientem musí být oznámeno v otištěném článku. Blíže viz International Committee of Medical Journal Editors („Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals“). *J Pharmacol Pharmacother*. 2010 Jan-Jun; 1(1):42–58. PMID: PMC3142758.

Přiložte potvrzení, že článek nebyl odeslán do další redakce a je určen k publikování výhradně v časopisu **Adiktologie v preventivní a léčebné praxi**.

5 DORUČENÍ PŘÍSPĚVKU REDAKCI

Časopis přijímá příspěvky **pouze elektronicky, výhradně** na adrese **journal@aplp.cz**.

Příspěvky musí obsahovat:

1. Průvodní dopis
2. Textový soubor
3. Soubor(y) s tabulkami a další obrazovou dokumentací

Redakce potvrdí, že příspěvek byl doručen. Příspěvky odpovídající výše uvedeným požadavkům projdou dvojitým oponentským řízením, o jehož výsledku bude korespondující autor informován. Doručené příspěvky, které nebudou respektovat pokyny pro autory, budou vráceny k přepracování bez recenzního řízení.

6 REAKCE NA OPONENTSKÉ POSUDKY

Cílem redakce je kontinuálně zvyšovat kvalitu publikovaných článků a kultivovat tak odbornou komunikaci a výměnu zkušeností v oboru. Nabádáme autory – tam, kde je to relevantní – k přijetí konstruktivních návrhů oponentů. Snahou redakce i celého recenzního řízení je pomoci zvýšit kvalitu posuzovaného textu a jeho hodnotu pro čtenáře a kolegy z oboru, odstranit chyby či nedostatky.

Vzhledem k tomu, že je pravděpodobné, že rukopis bude vyžadovat revizi, po zapracování změn odesílá korespondující autor dvě verze článku: 1) konečnou podobu článku bez zvýraznění a změn, 2) text v režimu sledovaných změn. Dále korespondující autor pošle reakci na posudky jako samostatný dokument (formulář obdrží od redakce spolu s výzvou k přepracování článku), s podrobným popisem toho, jak vyřešil všechny vyznamenané připomínky a návrhy. Jen tak bude možno rychle a správně identifikovat provedené změny a umožní to redakci sledovat, jakým způsobem autor na doporučení reagoval. Nedostatečné je uvést pouze např. „přeformulováno“ nebo „změněno“ – je nezbytné uvést krátce a přehledně jakým způsobem, tj. popsat nebo vložit změněnou část textu. Evidujte všechny změny ve článku, kterými reagujete na recenzní posudek a cokoliv co v něm měníte, předkládáte či doplňujete.

Zapracujte připomínky a proveďte náležité změny v co nejkratším čase a zašlete nově verze rukopisu do redakce. Pokud doba úpravy textu zabere více než tři měsíce, bude článek vyřazen z recenzního řízení – revidovaná verze, která bude zaslána k pozdějšímu datu, bude považována za nově zasláný článek. Očekáváte-li zpoždění v odeslání revidovaného textu, prosím, dejte písemně vědět před uplynutím tříměsíční lhůty redakci časopisu **Adiktologie v preventivní a léčebné praxi** a dohodněte se s pracovníky redakce na přesném postupu i termínech.

Pokyny pro autory v aktuálním znění, stejně jako další potřebné informace autorům, předplatitelům a dalším zájemcům o časopis *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, naleznete na webových stránkách <https://www.aplp.cz/>

