Definitions and challenges of indicated primary prevention: The perspective of the Association of Addiction Services

Kolářová, J. [1]

1 | ADVAITA, z. ú.

Citation | Kolářová, J. (2026). Ukotvení a výzvy indikované primární prevence: Pohled Asociace poskytovatelů adiktologických služeb. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi, 9*(1). 52–61. https://doi.org/10.35198/APLP/2026-001-0005

Summary | The text addresses the topic of indicated primary prevention of risky behavior, responding to the need of providers associated with the Primary Prevention Section of the Association of Addiction Services (APAS) to define and anchor quality standards for this relatively challenging form of preventive work. Indicated prevention focuses on individuals with significantly increased risk or with initial (subclinical) manifestations of risky behavior, while its goal is to prevent progression to chronic forms or addiction. While indicated prevention is relatively well-anchored theoretically, in practice, we encounter a number of difficulties and challenges. The text includes among these a) the stagnation of expert discussion and insufficient systemic anchoring, which are related to services fragmentation and inconsistent terminology; b) furthermore, there is a certain imbalance in screening tools and the absence of criteria for some types of risky behavior to determine whether indicated prevention or treatment is suitable for the client – thus, the assessment of severity is highly dependent on the worker's erudition and qualifications; c) the boundary between indicated prevention and psychotherapy is also unclear – the text attempts to name some guidelines for differentiation – the absence of a clear boundary carries the risk of exceeding the preventive framework. In the second part, the practices of seven APAS member organizations are outlined in the areas of client definition and entry into the service, methods, staff qualifications, documentation, evaluation, and financing. In the conclusion, the article lists recommendations for further steps toward the quality provision of indicated primary prevention in the Czech Republic.

Keywords | indicated primary prevention – risky behaviours – quality in prevention – screening

Submitted | 19 October 2025 **Accepted |** 21 April 2026

Grant affiliation | Support for a systematic approach to primary prevention in the Czech Republic; Beneficiary of the grant: Association of Providers of Addiction Services, z.s.; Financial sponsorship by the Office of the Government of the Czech Republic.

Corresponding author | Mgr. Jitka Kolářová, ADVAITA, z. ú., Rumunská 14/6, 460 01 Liberec IV-Perštýn **kolarova@advaitaliberec.cz**

Ukotvení a výzvy indikované primární prevence: Pohled Asociace poskytovatelů adiktologických služeb

Kolářová, J. [1]

1 | ADVAITA, z. ú.

Citace | Kolářová, J. (2026). Ukotvení a výzvy indikované primární prevence: Pohled Asociace poskytovatelů adiktologických služeb. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi, 9*(1). 52–61. https://doi.org/10.35198/APLP/2026-001-0005

Souhrn | Text se zabývá tématem indikované primární prevence (IPP) rizikového chování a reaguje na potřebu poskytovatelů sdružených v Sekci primární prevence Asociace poskytovatelů adiktologických služeb, z.s. (APAS) definovat a ukotvit standardy kvality pro tuto poměrně náročnou formu preventivní práce. IPP se zaměřuje na jedince s výrazně zvýšeným rizikem nebo s počínajícími (subklinickými) projevy rizikového chování, přičemž jejím cílem je zamezit progresi k chronickým formám či závislosti. Zatímco teoreticky je IPP poměrně dobře ukotvena, v praxi se setkáváme s řadou potíží či výzev. Mezi ty text řadí a) stagnaci odborné diskuse a nedostatečné systémové ukotvení, které souvisí s fragmentací služeb a nejednotnou terminologií; b) dále určitou nerovnováhu ve screeningových nástrojích a absenci kritérií u některých typů rizikového chování pro určení toho, zda je pro klienta vhodná IPP nebo léčba – posouzení závažnosti je tak silně závislé na erudici a kvalifikaci pracovníka; c) nejasná je také hranice mezi IPP a psychoterapií – text se pokouší pojmenovat některá vodítka pro rozlišení – absence jasné hranice totiž nese riziko překračování preventivního rámce. V druhé části textu je rámcově popsána praxe sedmi členských organizací APAS v oblastech definování klienta a jeho vstupu do služby, metody práce, kvalifikace pracovníků a pracovnic, dokumentace, evaluace a financování. V závěru text pojmenovává doporučení pro další kroky směrem ke kvalitnímu poskytování indikované primární prevence v České republice.

Klíčová slova | indikovaná primární prevence – rizikové chování – kvalita v prevenci – screening

Došlo do redakce | 19. října 2025 **Přijato k tisku |** 21. dubna 2026

Grantová podpora | Podpora systematického přístupu k primární prevenci v České republice; Příjemce dotace: Asociace poskytovatelů adiktologických služeb, z.s.; Finančně podpořeno Úřadem vlády ČR.

Korespondující autor | Mgr. Jitka Kolářová, ADVAITA, z. ú., Rumunská 14/6, 460 01 Liberec IV-Perštýn **kolarova@advaitaliberec.cz**

1 CÍL A VÝCHODISKA

Tento text reaguje na potřebu poskytovatelů primární prevence sdružených v Asociaci poskytovatelů adiktologických služeb, z.s. v rámci Sekce primární prevence dobře definovat a ukotvit, co je to indikovaná primární prevence rizikového chování (dále též IPP) a jak ji dělat dobře. Jedná se o typ náročnější preventivní práce, který není poskytován v tak široké míře jako všeobecná a selektivní prevence, a proto odborné diskuse o tom, jak má indikovaná prevence vypadat, jsou zřídkavé, ale o to potřebnější. Cílem tohoto textu je tedy shrnout, o jaké odborné podklady se při realizaci IPP můžeme opřít, kde jsou slabá místa a jak s nimi do budoucna naložit, a jak vlastně vybraná praxe indikované primární prevence aktuálně v České republice vypadá.

2 METODOLOGIE

Článek vznikl na základě rešerše odborné literatury a tří facilitovaných skupinových diskusí zástupců poskytovatelů IPP sdružených v APAS přítomných na setkáních Sekce primární prevence APAS v letech 2024 a 2025 (dvě prezenční, jedno on-line, vždy v délce 90 minut). První setkání se věnovalo tomu, zda v praxi vidíme prostor pro indikovanou prevenci, zda ji dokážeme dobře odlišit od selektivní prevence, ale i léčebných intervencí, a jak klienty do IPP indikovat a kdy již pro ně služba není vhodná. V druhém a třetím setkání jsme mluvili o konkrétních formách programů IPP v jednotlivých organizacích z hlediska cílové skupiny, tematického zaměření, používaných metod, délky a struktury, kvalifikačních požadavků na lektory, dokumentace, financování a evaluace, a opět o hranicích s psychoterapeutickou intervencí. Předkládaný text shrnuje výsledky této práce.

3 CO JE IPP A KDO JI POSKYTUJE

Pro základní uchopení toho, co je indikovaná primární prevence rizikového chování, se dá opřít zejména o rozsáhlé monografie Kliniky adiktologie sdružené v „modré tetralogii“ *Prevence rizikového chování dětí a mládeže* (Miovský et al., 2015a, 2015b, 2015c) a tematickou zprávu *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Agentury Evropské unie pro drogy [EUDA] (dříve Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2009).

Zatímco Miovský a kolektiv (2015) vnímají indikovanou prevenci v kontextu poměrně širokého českého pojetí rizikového chování, EMCDDA/EUDA ji ukotvuje v adiktologii. Současné bádání v oblasti indikované prevence se poměrně intenzivně zaměřuje na prevenci duševních onemocnění a na tzv. preventivní psychiatrii (Fusar-Poli et al., 2021, podobně též Arango et al., 2018). Tento přístup vnímá indikovanou prevenci jako klíčový nástroj pro mladé lidi, kteří vykazují subklinické symptomy, jež sice nenaplňují diagnózu, ale způsobují distres a vyžadují pozornost dříve, než dojde k rozvoji plného onemocnění.

Miovský a kolektiv autorů (Miovský et al., 2015c, s. 61-62) definují IPP takto: „Indikovaná primární prevence je zaměřena na jedince, kteří jsou vystaveni působení výrazně rizikových faktorů, případně u kterých se již vyskytly projevy rizikového chování. Snahou je zde podchytit problém co nejdříve, správně posoudit a vyhodnotit potřebnost specifických intervencí a neprodleně tyto intervence zahájit. Jedná se o práci s populací s výrazně zvýšeným rizikem výskytu či počínajících projevů rizikového chování.“

Ve Výkladovém slovníku základních pojmů Miovský a kolektiv autorů doplňují, že „Cílem je zabránit progresi a přechodu do chronických forem (např. zabránit přechodu z experimentálního či příležitostného užívání k závislosti na návykové látce či skupině látek). Dále maximálně snížit dobu a frekvenci výskytu projevů rizikového chování (NIDA, 1997, in Miovský et al., 2015a, s. 205).“

Důkazy o vysoké účinnosti indikované prevence jsou patrné i v oblasti duševního zdraví, kdy např. rozsáhlá meta-analýza Stockings et al. (2016) prokázala, že při aplikaci IPP dochází ke snížení relativního rizika rozvoje depresivních a úzkostných poruch o více než polovinu v období do 9 měsíců po intervenci. Autoři zároveň upozorňují na fenomén společného efektu, kdy intervence zacílené na jednu oblast (např. depresi) mají často sekundární pozitivní vliv i na oblasti další (např. úzkost). Indikovaná prevence však zároveň má, oproti všeobecné, poněkud kratší účinnost a je třeba intervence IPP opakovat.

Tematická zpráva EMCDDA/EUDA (2009) shrnuje zjištění o indikované prevenci v oblasti zneužívání návykových látek takto:

- IPP je zaměřena na jednotlivce.
- Daný jedinec může vykazovat užívání návykových látek, ale nesplňuje kritéria pro závislost a/nebo vykazuje indikátory, které vysoce korelují s individuálním rizikem rozvoje zneužívání návykových látek později v životě (jako jsou psychiatrická porucha, školní neúspěch, antisociální chování). Užívání návykových látek tedy není nutnou podmínkou pro zařazení do preventivních intervencí.
- Cílem indikované prevence není nutně zabránit zahájení užívání nebo užívání látek, ale zabránit rozvoji závislosti, snížit frekvenci užívání a zabránit „nebezpečnému“ užívání látek (např. mírné pití namísto nárazového pití).
- Oproti selektivní prevenci více pracuje s individualizovanou povahou indikátorů. Od léčby se odlišuje tím, že nevyžaduje naplnění kritérií pro závislosti podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (American Psychiatric Association, 2013) nebo Mezinárodní klasifikace nemocí (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2026; World Health Organization, 2025).
- Jedinec do programu vstupuje na základě vlastního uvážení nebo doporučení od odborníka (vyučující, sociální pracovník, pediatr) nebo rodiče a na začátku se provádí odborné zhodnocení, screening.

V rámci systému primární, sekundární a terciární prevence je indikovaná prevence „posledním stupněm“ v primární prevenci, na nějž pak už navazuje léčba. Jako vhodné postupy s ní bývají zmiňovány také včasná diagnostika a krátká intervence (např. Miovský et al., 2015a). Současný trend v preventivní psychiatrii zde klade důraz na transdiagnostický přístup – screening by neměl hledat pouze riziko jedné konkrétní poruchy, ale identifikovat obecnou psychickou zranitelnost (Arango et al., 2018; Fusar-Poli et al., 2021). Jako nejvíce podložené se pro tuto skupinu jeví intervence založené na kognitivně-behaviorální terapii (KBT) či psychosociální podpoře (Arango et al., 2018; Stockings et al., 2016), ale i medicínských intervencích. Indikovaná prevence se v tomto pojetí posouvá k vysoce odborné klinické disciplíně se širokým záběrem.

Typickými cílovými skupinami indikované prevence jsou experimentátoři a rekreační uživatelé návykových látek, ale také děti v zařízeních ústavní výchovy, u nichž je přítomna řada rizikových faktorů i na individuální úrovni a některé subklinické projevy (agrese a šikana, experimenty s návykovými látkami, rizikové sexuální chování).

Z dostupných zdrojů lze soudit, že cílovou skupinou indikované prevence jsou především děti, dospívající nebo mladí dospělí, např. Fusar-Poli et al. (2021) uvádí, že většina duševních poruch se manifestuje před 25. rokem života, což činí z dospívání a mladé dospělosti kritické okno pro indikované intervence. Das a kolektiv (2016, s. 50) poukazují na propojení věku, rizikového chování a duševních onemocnění: „Dospívání je období, kdy se objevují projevy chování a stavů, které nejen ovlivňují zdraví v dané době, ale také vedou k poruchám v dospělosti. Nezdravé chování, jako je kouření, pití alkoholu a užívání nelegálních drog, často začíná během dospívání a úzce souvisí se zvýšenou morbiditou a mortalitou a představuje závažné problémy veřejného zdraví. Mnoho duševních poruch se objevuje v polovině až koncem dospívání a přispívá k existující zátěži nemocí u mladých lidí a v pozdějším životě. Více než 50 % duševních poruch u dospělých se objevuje před dosažením věku 18 let. Špatné duševní zdraví je spojováno s těhotenstvím mladistvých, HIV/AIDS, dalšími pohlavně přenosnými chorobami, domácím násilím, zneužíváním dětí, dopravními nehodami, fyzickými rvačkami, kriminalitou, vraždami a sebevraždami“.

Starší cílové skupiny nejsou v literatuře zmíněny a v praxi s nimi v rámci oslovených poskytovatelů sdružených v APAS také nikdo nepracuje.

3.1 Vstup klienta/klientky do služby

Jedinec vstupuje do služby na základě indikace: „Problém je identifikován oproti vlastní potřebě jedince řešit problém, doporučení od učitele, (školního) metodika prevence (např. agresivní student), na základě výsledku screeningových nástrojů. Musí být zmapovány rizikové a protektivní faktory jedince, jejich znalost je potřebná pro zvolení odpovídající intervence (NIDA, 1997). Nejčastěji je prováděna v prostředí specializovaných poradenských zařízení. Požadavky na odbornost jsou diktovány nezbytným odborným vzděláním v oborech zejm. psychologie, speciální pedagogika, adiktologie. Typickou intervencí jsou metody motivačních rozhovorů zaměřené na snížení nebo zamezení projevů rizikového chování“ (Miovský et al., 2015a, s. 205).

Pro screening k závislostnímu chování provedený na začátku vstupu do programu lze využít řadu nástrojů, např.: Škála osobnostních rysů představující riziko z hlediska užívání návykových látek (Substance Use Risk Profile – SURPS, Woicik et al., 2009), Dotazník CRAFFT – rizikové chování u dětí a dospívajících (Knight et al., 1999); Screening užívání alkoholu a krátká intervence pro děti a mládež (Národní institut pro užívání alkoholu a alkoholismus, n.d.), Chenova škála závislosti na internetu (Chen et al., 2003), které jsou i snadno dostupné na webu Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Další nástroje vyvíjí nebo do českého prostředí přináší Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, která se zaměřuje na „novější“ typy rizikového chování, jako jsou závislostní chování nebo agrese spojené s prostředím internetu [Dotazník hraní digitálních her (Suchá et al., 2019); Škála kompulzivního užívání pornografie (Suchá et al., 2026); Screening kyberagrese (Babilonová et al., 2025)], nebo poruchy příjmu potravy a vztah k jídlu [Dotazník vztahu k jídlu (Pipová et al., 2025)].

Nějaký druh odborného posouzení, respektive vyhledání jedinců s vyšším počtem rizikových faktorů a subklinickými projevy rizikového chování ale probíhá v podstatě průběžně ve školách při vyučování nebo při programech všeobecné a selektivní prevence apod., když vyučující, školní metodici prevence nebo lektoři externího poskytovatele prevence s dětmi a dospívajícími pracují. Indikátorem typů rizikového chování nezmíněných výše může být i jistá historie (anamnéza) jedince spojená s daným rizikovým chováním, kterou reportuje škola či jiná instituce anebo rodič. Například škola u svého žáka či žákyně zaznamenává opakované rasistické či homofobní útoky na spolužáky, řeší případ šikany nebo eviduje záškoláctví. Co se týče rizikového sexuálního chování, je to tak široká oblast (užívání pornografie dětmi a dospívajícími, předčasný nástup pohlavního života, sex za úplatu, pohlavní nemoci, nechtěné těhotenství, sexting, rizikové sexuální praktiky a sex pod vlivem návykových látek atd.), že pro screening je třeba velmi komplexní posouzení a znalosti i jiných typů rizikového chování, s nimiž se pojí.

Vidíme tedy určitou nerovnováhu v povaze a dostupnosti screeningových nástrojů k různým typům rizikového chování (ve smyslu posouzení školního metodika prevence versus ověřený screeningový nástroj), byť díky práci Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci se tato nerovnováha stále snižuje. To v praxi může přispívat k nejasnosti hranic indikované prevence rizikového chování a přináší to velký nárok na odbornost pracovníků a pracovnic v prevenci, aby dokázali dobře posoudit závažnost u některých typů rizikového chování.

Indikovaná prevence rizikového chování se poskytuje v řadě institucí: pedagogicko-psychologických poradnách, střediscích výchovné péče, na školách (individuální práce, obvykle školního psychologa nebo i metodika prevence), v nízkoprahových klubech pro děti a mládež, neziskových organizacích, a jak ukazuje praxe z APASu, i adiktologických ambulancích. Indikovanou prevenci některých typů rizikového chování v nějaké míře jistě provádějí i praktičtí lékaři (např. v oblasti zneužívání návykových látek, zdravého životního stylu, poruch příjmu potravy…).

4 POTÍŽE A NEJASNOSTI Z PRAXE

Již naznačené obrysy IPP v předchozích odstavcích ukazují, že je poměrně obtížné konkretizovat a standardizovat, co IPP je a jak by měla vypadat její realizace v praxi.

Níže uvádím několik aspektů, které byly identifikovány na základě vlastní praxe v indikované prevenci rizikového chování a na základě diskusí s kolegy z jiných neziskových organizací v rámci APAS.

4.1 Stagnace odborné diskuse

Odborná literatura k tématu v domácím kontextu není dostatečná, respektive nevyvíjí se. K dispozici máme již zmíněnou „modrou tetralogii“ týmu autorů sdružených kolem Miovského (2015a; 2015b; 2015c). Ta se na řadě míst indikované prevence dotýká, definuje ji a nabízí konkrétní příklady z praxe. Teoretické ukotvení je zde jasné, jakmile se však dostáváme k praktickým příkladům, velice často se objevuje formulace „program selektivní či indikované primární prevence“, jako by tyto úrovně prevence šlo snadno zaměňovat. U jiných příkladů je zase nejasná hranice mezi indikovanou prevencí a terapií.

Je to pochopitelné, protože preventivní praxe v ČR se stále vyvíjí, takže to, co splývalo v roce 2015, dnes již vnímáme jinak, a nelze vinit subjekty, které se na málo probádané pole indikované prevence vydávaly před 10 a více lety, z neodbornosti. Nicméně, ani Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027 (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [MŠMT], 2019) neuvádí konkrétnější či aktuálnější informace k indikované prevenci, než je to, co se dočteme u Miovského a kolektivu (2015a, 2015b, 2015c).

Potřebujeme tedy širokou diskusi o tom, jak si konkrétně indikovanou prevenci představujeme, jaká jsou její specifika a hranice, jak můžeme rámec teorie převést do konkrétních kontur konkrétních programů.

4.2 Množství poskytovatelů a nejednotnost terminologie

Vzhledem k šíři poskytovatelů IPP, zmíněných výše, se tato diskuse vede těžko, a to zřejmě i proto, že řada poskytovatelů své intervence nevnímá jako indikovanou prevenci. Například střediska výchovné péče nepochybně poskytují indikovanou prevenci: naplňují definici od Miovského uvedenou výše (2015c), ale i definici EMCDDA (nyní EUDA) (2009), protože často pracují s dětmi, které experimentují s návykovými látkami nebo je zneužívají, které mají potíže s nadměrným užíváním digitálních her nebo sociálních sítí. Některé mají i specifické programy indikované prevence, namátkou například Preventivně výchovný program KOMPAS, který poskytuje SVP Alfa působící na Svitavsku (SVP Alfa, 2025). Přesto označení indikovaná prevence spíše neužívají, a ani Ministerstvo školství tento pojem v souvislosti s nimi neužívá (viz zmíněná Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027, ale třeba i webové stránky MŠMT týkající se středisek výchovné péče, MŠMT, n.d.).

Je to zřejmě proto, že různé obory se vyvíjejí různým tempem a nesdílejí svou terminologii. Pojem indikovaná prevence jsme jako poskytovatelé zvyklí vnímat v kontextu navazujících pojmů selektivní a všeobecné prevence – a ty jsou v drtivé míře v praxi poskytovány ve školním prostředí. Indikovaná prevence ale již tak na školu vázaná není a často se poskytuje v jiných zařízeních, která mají své standardy a svá pojmosloví. To může být důvod určitého vakua, ve kterém se nyní jako externí poskytovatelé primární prevence ocitáme, když uvažujeme o indikované prevenci rizikového chování v naší praxi.

Zde je tedy zřejmě podstatná role MŠMT, aby jakožto orgán, do jehož gesce primární prevence rizikového chování spadá, ujednotilo používání terminologie u všech subjektů, které spravuje (jako střediska výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradny nebo školní poradenská pracoviště) nebo jejichž činnost odborně určuje standardy kvality nebo mantinely dotačních titulů v prevenci (jako jsou neziskové organizace – poskytovatelé primární prevence na školách).

4.3 Šíře typů rizikového chování a absence rozlišujících kritérií

Rizikové chování, na něž se v ČR soustředí preventivní práce, je tu definováno poměrně široce: Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027 vyjmenovává téměř dvacet typů rizikového chování. Pouze pro některé máme definovány jasné hranice, kdy klienta odkazovat do léčby a kdy do indikované prevence. Nejsnáze se to v praxi rozlišuje právě u závislostního chování, kdy máme k dispozici řadu definic závislosti a jasných kritérií. Pro posouzení závažnosti jiných typů rizikového chování takové nástroje spíše nemáme: respektive, řada těch nových byla představena poměrně nedávno a je třeba se o nich dozvídat a proškolit se v jejich užívání (k tomu slouží mimo jiné i nově vzniklý web DiagnostikaOnline.eu). Než se tak stane, musejí se pracovníci a pracovnice v prevenci řídit hlavně svou erudicí, aby stav klienta dokázali posoudit z dostupných anamnestických dat a doporučili vhodnou službu. To vyžaduje jak široké, tak i hluboké znalosti pracovníků z oblasti rizikových faktorů, projevů různých typů

rizikového chování, různých typů rizikových faktorů, ale i léčby a návazných služeb.

Předmětem odborné diskuse by tedy i nadále mělo být, jaká jsou rozlišující kritéria i pro další typy rizikového chování a jaké jsou indikace a kontraindikace klientů pro vstup do služby.

Miovský a kolektiv (2015b) uvádí několik příkladů indikované prevence (respektive, selektivní a indikovaná tu nejsou rozlišeny) z České republiky, které jsou velice rozmanité svým obsahem i formou. Jde např. o program Preventure, který je zaměřený na oblast návykových látek a vychází z dotazníku SURPS, na základě něhož staví konkrétní intervence; dále zřejmě již neexistující program Statečná srdce vedený Sdružením SCAN a zaměřený na děti z dětských domovů pracující s teorií attachmentu nebo „Multisystémový model dětské skupinové psychoterapie, model indikované a selektivní primární prevence – skupiny pro děti ze ZŠ s problémovým chováním a jejich rodiče“, který kombinuje práci s rodiči a dětmi a zřejmě do současnosti poskytován Pedagogicko-psychologickou poradnou pro Prahu 6. V rámci odborné diskuse k IPP by bylo jistě přínosné propojit dříve a v současnosti existující programy a ty, kdo je vytvářejí a vedou, aby bylo možné sdílet přístupy k této praxi, diskutovat možná zaměření a metody programů či to, jak lze využít dříve vyzkoušené cesty. Diskontinuita je dalším z problematických rysů poskytování indikované prevence v ČR.

4.4 Hranice mezi IPP a léčbou

Ze své podstaty je indikovaná prevence velmi blízko léčbě, která může spočívat ve farmakoterapii a psychoterapii, příp. psychologickému poradenství (v dalším textu bude hranice IPP vymezována pro zjednodušení pouze oproti psychoterapii). V IPP pracujeme s již velmi ohroženými klienty, kteří za sebou mohou mít zkušenost s traumatem, poruchu attachmentu, velmi nehostinné a ohrožující rodinné zázemí apod. Jde o klienty, u nichž často musíme počítat s velmi silnými obranami, posunutými normami chování a hodnotovým žebříčkem, často i prožíváním, které se odlišuje od toho, na co jsme jako preventisté z jiných úrovní prevence zvyklí. Jak s takovými lidmi pracovat, aniž bychom se jako preventisté pouštěli do oblastí již mimo prevenci a mimo naši kvalifikaci?

V Sekci primární prevence APAS jsme vůbec první diskusi o indikované prevenci vedli na téma, zda se vlastně o IPP vůbec pokoušet, nebo zda je hranice tak tenká, že je lepší vysoce ohrožené dětské a dospívající klienty odkazovat rovnou do léčby. Shodli jsme se, že IPP má své opodstatnění a své klienty, a to i proto, že síť služeb poskytujících adiktologickou, psychologickou/psychiatrickou a jinou léčbu je velmi přetížená. Dalším významným výstupem naší diskuse bylo, že indikovaná prevence není psychoterapie. Ač se to může zdát jako velmi banální tvrzení, navazuje na něj řada dalších charakteristik a limitů, které jsou shrnuty v následující tabulce.

Oblast	IPP	Léčba (ve smyslu psychoterapie)
Cíl	Předejít vzniku nemoci nebo plně rozvinutého problému, zastavit progresi rizikových faktorů	Zmírnit nebo vyléčit již existující, diagnostikovanou nemoc nebo stav; poskytnout úlevu od symptomů a zvýšit kvalitu života
		Může být spojena s farmakologickou léčbou
Zaměření	Posilování protektivních faktorů, snižování těch rizikových	Hlubší souvislosti, minulost, podstata problému
	Postoje a chování	Prožívání
Struktura	Pevnější, vedení a tematické zaměření, vysvětlování cílů aktivit, rámování	Volnější, témata dle aktuální situace, neovlivňujeme klienta tím, že bychom dopředu říkali, co to má přinést
Délka v čase	Časově omezená, relativně krátká	Podle potřeby klienta
	Když není zlepšení, doporučujeme do léčby	

Tabulka 1 | Rámcové odlišení IPP a léčby

Toto rozdělení má své limity, protože i v indikované prevenci se nevyhneme tématu prožívání klientů, a v dětské psychoterapii vždy dospělý více vede a strukturuje než se staršími klienty. Stejně tak se psychoterapie zaměřuje i na zdroje a protektivní faktory, může fungovat jako podpůrný a rozvojový nástroj, není vždy vázána na stanovenou diagnózu nebo se nemusí vždy zabývat minulostí či příčinami obtíží. Některé techniky a metody sdílí terapie i IPP. Přesto toto rozdělení může sloužit jako důležité vodítko. Absence jasně definovaného rozhraní mezi indikovanou prevencí a psychoterapií s sebou nese riziko překračování kompetenčních rámců. Pro pracovníky v prevenci je nezbytné udržet hranici preventivní zakázky a nevstupovat do hloubkové terapeutické práce, ke které nemají náležitou kvalifikaci. Současně je však tento nárok kladen i na samotné psychoterapeuty působící v této oblasti: ti musí kontinuálně reflektovat, zda se jejich intervence stále pohybuje v rámci prevence (tedy posilování odolnosti a včasného záchytu u subklinických projevů), nebo zda již přešli

do režimu léčby rozvinuté poruchy, což vyžaduje odlišný metodický i legislativní režim. V diskusi o IPP, kterou jsme v rámci APASu vedli, bylo zmíněno, že u individuální práce s klienty v rámci IPP se mnohem hůře hranice stanovuje i proto, že klienti a jejich zákonní zástupci očekávají spíše psychoterapeutickou práci. Podle zkušeností je snazší se vymanit z těchto očekávání u skupinového programu, který mnohým zákonným zástupcům může připadat spíše jako nějaký kroužek, růstová skupina a neasociují si ji tolik s psychoterapií. I zde tedy narážíme na to, že pojem indikované prevence není znám širší veřejnosti a obtížně se stanovují jeho hranice. Při tvorbě zakázky a stanovování cílů programu IPP je důležité toto mít na paměti a aktivně to do rozhovorů s klienty vnášet.

5 STANDARDIZACE PRAXE V APAS: ZKUŠENOSTI A KRITÉRIA KVALITY

Sekce primární prevence Asociace poskytovatelů adiktologických služeb, z.s. je velmi aktivní. Pravidelně se setkáváme a konzultujeme svou praxi. V řadě oblastí tak dochází k přiblížení, standardizaci našich služeb napříč organizacemi. Poměrně logicky se posouváme od diskusí nad všeobecnou a selektivní primární prevencí k IPP, kde narážíme na mnohem více nejasností než u prvních dvou úrovní prevence. Současně sledujeme, že do IPP vstupuje více organizací, jelikož vnímá její potřebnost a zároveň už má dostatečné odborné předpoklady na její realizaci. Aktuálně sedm členských organizací sdílelo, že IPP již poskytuje nebo začíná poskytovat: Proxima Sociale o.p.s.; Prev-Centrum, z. ú.; ADVAITA, z. ú.; P-centrum, spolek; Společnost Podané ruce o.p.s.; DO SVĚTA, z. s.; a Oblastní charita Jihlava.

Okruhy (kdo je klient a jak vstupuje do služby; užívané metody; nároky na kvalifikaci pracovníků; vedení dokumentace, financování a evaluace), které byly stanoveny v rámci diskuze týkající se kvality programů poskytovateli IPP v rámci Sekce primární prevence APAS, budou v následujícím textu blíže rozpracovány.

5.1 Kdo je klient IPP a jak vstupuje do programu

Vycházíme z uvedené odborné literatury: klientem je tedy jednotlivec, který už je výrazně ohrožen a už u něj lze zaznamenat nějaké formy rizikového chování / subklinické příznaky. Hlavními klienty IPP jsou stále děti nebo dospívající, byť spolupráce se zákonnými zástupci nebo jinými osobami v obdobné pozici je velmi důležitou součástí služby. Nejedná se ale o rodinnou terapii, ale o poradenství.

Oblasti rizikového chování, s nimiž mají klienti potíže, jsou (u výše jmenovaných organizací) šikana, závislostní chování a rizikové sexuální chování, a dále i práce s emocemi a fungování ve vztazích. Programy také nabízejí podporu v osobním rozvoji.

Klienta do programu obvykle doporučují školní metodici prevence, vyučující nebo vychovatelé, rodiče, ale i OSPOD nebo pracovníci nízkoprahových klubů pro děti a mládež. Obvykle jde o děti a dospívající na základních školách, případně děti z ústavní výchovy. Ne vždy se děti programů účastní z vlastní vůle a přesvědčení, že jim bude prospěšný – jsou do něj doporučeny nebo i přiměny dospělými. Často se tedy jedná o klienty nemotivované, v odporu, kteří mnohdy své rizikové chování nevnímají jako problémové, ba právě naopak – může jim přinášet určitý status, obdiv, zájem, může pro ně být jediným způsobem, jak přežít ve světě, o němž mají pocit, že jim nerozumí.

Na základě indikace klienta do služby následuje vstupní pohovor zaměřený na indikace a kontraindikace, jehož se účastní zákonný zástupce i klient.

Jako kontraindikace zmínění poskytovatelé uvádějí akutní psychiatrické obtíže a závažné formy rizikového chování (na úrovni závislosti, dlouhodobého sebepoškozování apod.).

5.2 Podoba programu, používané metody

Nabízí se skupinová i individuální forma, nebo obě a v kombinaci pro jednoho klienta. Používají se relaxační a KBT techniky, artefiletické techniky, nácviky, diskuse, sdílení, skupinová práce, práce s obrázky, kartami či figurkami, sebereflexe a sebepoznání s využitím připravených pracovních listů apod. Využívá se i metodika SPARK resilience. Nezbytné je předávání informací k danému typu rizikového chování, práce s postoji a motivací klienta apod. Techniky směřují k podpoře protektivních faktorů a omezování těch rizikových – zejména právě na úrovni jednotlivce.

U skupinové formy obvykle jde o 10 a více po sobě následujících setkání, u individuální práce o cca 5 až 10 setkání. Pokud klient, jeho zákonní zástupci nebo poskytovatelé nepozorují nebo nezměří na konci programu zlepšení, poskytovatel IPP klienta odkazuje do dalších návazných služeb.

Zákonní zástupci nebo jiné angažované osoby jsou zapojeni minimálně dvakrát: na začátku a konci služby, případně v průběhu a dle potřeby. Pro srovnání: program Pedagogicko-psychologické poradny Prahy 6 ve Vokovicích, který je popsán ve třetím dílu „modré tetralogie“ (Miovský et al., 2015b), do programu zapojuje rodiče i formou rodičovských skupin, společných setkání rodičů s dětmi, jde tedy o poměrně rozsáhlý a personálně a kvalifikačně náročný model.

Nevyjasněný pro nás zatím zůstává vztah mezi pojmy skupinová indikovaná prevence a růstová skupina. Pro někoho může být růstová skupina určitou formou nebo metodou v rámci IPP, jiní poskytovatelé je vnímají jako dvě odlišné formy. I zde narážíme na rozmanitost v podobě služeb, ale i v používání různých termínů, které nejsou vyjasněné nebo dostatečně známé širší veřejnosti.

Průběh programu také ovlivňuje prostředí, ve kterém se odehrává. Miovský a kolektiv (2015c) doporučují indiko-

vanou prevenci provádět v mimoškolním prostředí. Je to pochopitelné, protože prostředí školních tříd v sobě pro klienty může nadále nést atmosféru spojenou s vyučováním, s autoritami, hodnocením, prací z donucení, tlakem na výkon, selháním nebo rivalitou v kolektivu. Nicméně, ne všechny organizace mají své vlastní, pro děti a dospívající vhodné prostory, případně škola v místě bydliště klientů je dostupnější, než kdyby měli pravidelně každý týden dojíždět např. do krajského města. Například v ADVAITA, z. ú. tak součástí úvah lektorů a lektorek indikované prevence tak často bývá to, jak prostory u objednatele, kde program probíhá, upravit tak, aby umožňovaly efektivní práci v prostředí, které bude útulné a bezpečné.

5.3 Odborné požadavky na lektory a lektorky

Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství, který v praxi implementován není, ale funguje jako referenční rámec pro poskytovatele primární prevence, pro indikovanou prevenci požaduje třetí, pokročilou úroveň (Charvát a kol., 2012), která vyžaduje:

- dokončené vysokoškolské magisterské studium, které je svým obsahem zaměřeno na práci s lidmi (např. pedagogiku, speciální pedagogiku, psychologii, adiktologii, zdravotnictví, sociální práci atp.).
- absolvování pokročilého kurzu primární prevence, kumulativně s předchozími úrovněmi v rozsahu 200 hodin kurzu s podílem 64 hodin sebezkušenosti.
- minimálně 2 roky praxe v primárně preventivních aktivitách prováděných na 1. a 2. úrovni (Charvát a kol., 2012).

V rámci sdílení praxí v Sekci primární prevence APAS zjišťujeme, že řada poskytovatelů žádá u svých lektorů a lektorek IPP specializační studium pro metodiky prevence (nejméně 250 hodin), často ale i sebezkušenostní výcvik a kurz krizové intervence aj., právě s ohledem na náročnost práce s cílovou skupinou. Podobně je to ostatně zmíněno i v konkrétních příkladech, které uvádí Miovský a kolektiv (2015b): často jde o etopedy, psychology, adiktology s velmi vysokou kvalifikací.

Nutná je u těchto pracovníků a pracovnic intervize a supervize, ale i důkladná psychohygiena: v IPP často pracujeme s klienty, kteří testují naše hranice, vytvářejí ve skupině vlastní skryté mocenské struktury, nedodržují základní pravidla apod.

V současné praxi se ukazuje, že primární prevence rizikového chování zřejmě mnohdy bývá vnímána jako prostor, kde studující a začínající odborníci mohou získat praxi, a poté se přesouvají do oboru svého zájmu jako adiktologie, učitelství, psychologie, etopedie. Organizace poskytující primární prevenci proto trpí velkou fluktuací a je poměrně obtížné udržet pracovníky a pracovnice tak, aby získali potřebné vzdělání a praxi pro náročnější úrovně prevence. Zkušenost je taková, že ti, kdo se vypracují na úroveň nutnou pro poskytování IPP, leckdy odcházejí do psychoterapie, zakládají si vlastní praxe apod. Odborné kapacity pro indikovanou prevenci se tedy budují velmi pomalu. Nicméně, právě tato diskuse naznačuje, že zřejmě nyní již jisté kapacity máme a můžeme si dovolit přemýšlet o tom, jak v praxi dělat IPP.

5.4 Dokumentace

U členů Sekce primární prevence APAS panuje shoda ohledně toho, že určitým kritériem kvality je také dokumentace programu. Ta by měla jednak zahrnovat smlouvu s klientem (ideálně trojstrannou – služba – dítě – zákonný zástupce), která musí obsahovat práva a povinnosti všech stran, včetně mlčenlivosti pracovníků, a dále podmínky ukončení služby nebo možnosti podat stížnost. Dále služba pro formulaci zakázky a stanovování cílů programů musí vycházet z posouzení aktuálního stavu klienta (anamnéza, vstupní screening aj.). Součástí by měla být i závěrečná zpráva, kterou dostává klient a zákonný zástupce po ukončení služby.

5.5 Financování

Shledáváme také, že bez dotační podpory není možné indikovanou prevenci poskytovat. Je to služba náročná na průběžné vzdělávání a rozvoj pracovníků, je poměrně intenzivní (časově i zapojením angažovaných osob), a často pracuje s klienty, jejichž sociální situace nedovoluje si takový program uhradit v plné míře. Někteří poskytovatelé v rámci APASu využívají i spoluúčast klientů – fyzických osob, není ale vysoká a spíše plní motivační funkci.

5.6 Evaluace

Evaluace je klíčová pro případné doporučení klientů do návazných, léčebných služeb, proto musí být nezbytnou součástí programu. V rámci práce s klienty průběžně vyhodnocujeme, zda je pro ně program přínosný, konzultuje se i se zákonnými zástupci, důležitým nástrojem je srovnání stavu v průběhu nebo na konci programu s původním screeningem. Přesnost evaluace efektivity programu se může lišit podle dostupnosti vhodných screeningových nástrojů pro jednotlivé typy rizikového chování.

Shrneme-li výše uvedené, kvalitní programy IPP zahrnují:

- zmapování indikací a kontraindikací a potřeb klientů;
- uzavření písemné smlouvy s klienty (dětmi i zákonnými zástupci), kde jsou jasně vymezena pravidla spolupráce, vedení průběžné dokumentace, v závěru podání zprávy klientům;
- použití ověřených metod nebo již ucelených metodik, je možná individuální práce i skupinová;
- vedení vysoce kvalifikovanými pracovníky a pracovnicemi v prevenci (z praxe se ukazuje, že nároky na ně jsou o něco vyšší, než jak uvádí čtyřúrovňový model vzdělávání v prevenci; Charvát a kol., 2012).

6 ZÁVĚR A DISKUSE

Na základě teoretického vymezení a shrnutí aktuální praxe poskytovatelů sdružených v APAS tento text dokládá, že indikovaná primární prevence je klíčovým a oprávněným článkem v systému prevence rizikového chování, který stojí na hranici mezi primární prevencí a léčbou. Mnohdy je poskytována, aniž by však byla pojmenována jako indikovaná prevence.

6.1 Hlavní zjištění a výzvy

Potřeba systémového ukotvení: Odborná diskuse a dostupná literatura, stejně jako Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027 (MŠMT, 2019) neposkytují dostatečně konkrétní a aktuální rámec pro poskytování indikované prevence rizikového chování v praxi.

Nerovnováha nástrojů: Zatímco zejména pro adiktologický kontext existují ověřené screeningové nástroje, pro některé typy rizikového chování je posouzení situace klienta závislé především na erudici a kvalifikaci pracovníků a pracovnic. Je třeba taktéž podpořit dostupnost vzdělávání v této oblasti.

Kompetenční a etické rozhraní vůči psychoterapii: Zásadní výzvou v praxi zůstává precizní vymezení hranice mezi IPP a psychoterapií, a to především při individuální práci s vysoce ohroženou klientelou. Aby nedocházelo k překračování preventivního rámce jak ze strany preventistů, tak ze strany terapeutů, je nutné striktně ukotvit intervenci v preventivní zakázce, tj. včasné stabilizaci a zamezení progrese subklinických příznaků do klinického stádia.

6.2 Diskuze a doporučení pro další kroky

Je velmi důležité otevřít širokou mezioborovou diskusi (MŠMT a poskytovatelé IPP jím zřizovaní, nestátní neziskové organizace, zdravotnictví) s cílem standardizovat terminologii, vytvořit jasná indikační a kontraindikační kritéria pro vstup do IPP a ujasnit pozici jednotlivých poskytovatelů (např. střediska výchovné péče vs. neziskové organizace).

S ohledem na náročnost práce s cílovou skupinou a vysokou fluktuací pracovníků a pracovnic je nutné posílit odborné kapacity – ať už zvýšením nároků na vzdělání pracovníků a pracovnic v IPP (nad rámec stávajících minim) a/nebo systémovou podporou stabilizace kvalifikovaného lektorstva v primární prevenci. Posílení pozice a kapacit indikované primární prevence je podstatné v situaci, kdy terapeutické kapacity pro děti a dospívající jsou v ČR dlouhodobě nedostatečné.

Sekce primární prevence APAS svou činností mimo jiné usiluje o určitou standardizaci praxe v jednotlivých úrovních prevence nejen mezi svými členy (např. na úrovni zacílení služby, metod, dokumentace, kvalifikace lektorů a lektorek), ale i směrem ven. Totéž platí o našich diskusích o tom, jak vést odborně a kvalitně indikovanou prevenci, ale i kde jsou její slabá místa a jak s nimi můžeme nakládat: vnímáme je jako podstatné pro svou vlastní praxi, ale nabízíme dialog i dalším subjektům a lidem z oblasti primární prevence rizikového chování. To by se mohlo odehrát například na platformě IPREV nebo na konferenci PPRCH, kam jako Sekce primární prevence APAS toto téma může přinést.

Role autorů| JK vytvořila koncepci a obsah článku, provedla rešerši odborné literatury a následně zpracovala celý teoretický příspěvek.

Konflikt zájmů | Bez konfliktu zájmů.

Poděkování | Děkuji za pečlivou editorskou práci a laskavou podporu při psaní tohoto článku Mgr. Jaroslavě Suché, Ph.D.

LITERATURA / REFERENCES

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., et al. (2018). *Preventive strategies for mental health*. The Lancet Psychiatry, 5(7), 591–604. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9

Babilonová, T., Váňová, B., Višvaderová, H., Dolejš, M., & Suchá, J. (2025). *Dotazník Screening kyberagrese (CAS): Příručka pro praxi*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Lassi, Z. S., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent mental health: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, *59*(4), S49–S60. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: A review of the theory and evidence base of indicated prevention (Thematic papers)*. Office for Official Publications of the European Communities. https://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention

Fusar-Poli, P., Correll, C. U., Arango, C., Berk, M., Patel, V., & Ioannidis, J. P. A. (2021). Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry, 20*(2), 200–221. https://doi.org/10.1002/wps.20869

Gabrhelík, R. (2012). *Indikovaná prevence rizikového chování (a především užívání NL): Úvod do problematiky. Adiktologie*. https://www.adiktologie.cz/file/716/51-indikovana-prevence-2012.pdf

Charvát, M., Jurystová, L., & Miovský, M. (2012). *Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství*. Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Chen, S.-H., Weng, L.-J., Su, Y.-J., Wu, H.-M., & Yang, P.-F. (2003). Development of a Chinese Internet Addiction Scale and its psychometric study. *Chinese Journal of Psychology, 45*(3), 279–294.

Knight, J. R., Shrier, L. A., Bravender, T. D., Farrell, M., Vander Bilt, J., & Shaffer, H. J. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 153*(6), 591–596. https://doi.org/10.1001/archpedi.153.6.591

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2019). *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027* [Dokument]. https://msmt.gov.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (n.d.). *Střediska výchovné péče*. https://msmt.gov.cz/vzdelavani/socialni-programy/strediska-vychovne-pece

Miovský, M., Adámková, T., Barták, M., Čablová, L., Čech, T., Doležalová, P., et al. (2015a). *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování* (2. vyd.). Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Nakladatelství Lidové noviny.

Miovský, M., Aujezká, A., Burešová, I., Čablová, L., Červenková, E., Jírová Exnerová, M., et al. (2015b). *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi* (2. vyd.). Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Nakladatelství Lidové noviny.

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P., Barták, M., Bártík, P., et al. (2015c). *Prevence rizikového chování ve školství* (2. vyd.). Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Nakladatelství Lidové noviny.

Národní institut pro užívání alkoholu a alkoholismus. (n.d.). *Screening užívání alkoholu a krátká intervence pro děti a mládež* (A. Pavlovská, přel.). Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. https://www.adiktologie.cz/screening-uzivani-alkoholu-a-kratka-intervence-pro-deti-a-mladez

Pipová, H., Petr, K., Dolejš, M., & Suchá, J. (2025). *Dotazník vztahu k jídlu (DVJ). Příručka pro praxi*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Stockings, E., et al. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, *46*(1), 11–26. https://doi.org/10.1017/S0033291715001725

Středisko výchovné péče Alfa. (2025). *Preventivně výchovný program Kompas*. https://svpalfa.cz/preventivne-vychovny-program-kompas/

Suchá, J., Dolejš, M., Pipová, H. & Charvát, M. (2019). *Dotazník hraní digitálních her (DHDH). Příručka pro praxi*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Suchá, J., Kloučková, K., Reháková, T., Komrska, Š., Pipová, H., & Babilonová, T. (2026). Screening kompulzivního užívání pornografie v české populaci – aplikace metody CPUS-4. *Česká a slovenská psychiatrie, 122*(1), 15–25. https://doi.org/10.48095/cccsp202602

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2026). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10, aktualizace k 1. 1. 2026*. https://mkn10.uzis.cz/

Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The Substance Use Risk Profile Scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors, 34*(12), 1042–1055. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.07.001

World Health Organization. (2025). *MKN-11 pro statistiky úmrtnosti a nemocnosti* (verze 2025-01, česká verze). https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/cs