

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

PREVENCE POZDĚJŠÍCH PORUCH ZPŮSOBENÝCH UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK U OHROŽENÝCH DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

přehled teorie a důkazní báze indikované prevence

EMCDDA

TEMATICKÉ DOKUMENTY

Prevence pozdějších poruch způsobených užíváním návykových látek u ohrožených dětí a adolescentů

Přehled teorie a důkazní báze indikované prevence

Zpracovali

Jörg M. Fegert, Renate Schepker, Ferdinand Keller, Andrea G. Ludolph, Paul L. Plener, Anetter E. Williamson, Nora Volmer-Berthele, Laura E. Weninger (University of Ulm, Německo), Nestor D. Kapusta (Medical University of Vienna, Rakousko), Lisette 't Hart-Kerkhoffs (VU Unoversity Medical Centre, Amsterdam, Holandsko)

Vedoucí projektu v EMCDDA

Gregor Burkhardt

Právní upozornění

Tato publikace Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) je chráněna autorským právem. EMCDDA odmítá jakoukoli občanskoprávní či jinou odpovědnost za jakékoli důsledky vyplývající z použití údajů uvedených v tomto dokumentu. Obsah této publikace nutně neodráží oficiální stanoviska partnerů EMCDDA, členských států EU či jakékoli instituce nebo agentury Evropské unie nebo Evropských společenství.

Na internetu je dispozici velké množství doplňujících informací o Evropské unii, které jsou zpřístupněny prostřednictvím serveru Evropa (<http://europa.eu>).

Europe Direct je služba, která vám pomůže najít odpovědi na otázky týkající se Evropské unie.

Bezplatná telefonní linka (*)

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Někteří mobilní operátoři neumožňují volání na čísla 00 800 nebo tyto hovory zpoplatňují.

Doporučená citace:

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, Luxembourg (Tematické dokumenty. Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, Lucemburk) (k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).

Katalogové údaje:

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2009)

THEMATIC PAPERS – Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention

Lucemburk, Úřad pro úřední tisky Evropských společenství

2009 – 84 stran – 21 x 29,7 cm

ISBN 987-92-9168-349-9

DOI 10.2810/50435

© European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2009)

Reprodukce je povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisabon, Portugalsko

Tel.: +351 218113000, Fax.: + 315 218131711

publications@emcdda.europa.eu, <http://www.emcdda.europa.eu>

Obsah

Úvod	8
Pozadí vzniku zprávy	8
Sktruktura zprávy	9
Zkratky	10
Kapitola 1 Principy indikované prevence	11
1.1 Klasifikace prevence	11
1.2 Odhad rizikových faktorů	17
1.3 Závěr	19
Kapitola 2 Rizikové a ochranné faktory při rozvoji užívání návykových látek a poruch způsobených užíváním návykových látek	20
2.1 Úvod	20
2.1.1 Metody	21
2.2. Psychosociální a rodinné rizikové a ochranné faktory	22
2.2.1 Vrstevníci	22
2.2.2 Rodina	24
2.2.3 Sociální aktivity	25
2.2.4 Vysoce rizikové skupiny ve školách	26
2.2.5 Vysoce rizikové skupiny v rezidenční péči	26
2.3 Individuální rizikové a ochranné faktory	28
2.3.1 Genderové efekty	28
2.3.2 Osobnost a temperament	29
2.3.3 Psychopatologie	30
2.3.4 Rizikové trajektorie spojené s návykovými látkami	35
2.4 Neurobiologie závislosti	36
2.4.1 Úvod	37
2.4.2 Mozkový systém odměny a jeho spojení	39
2.4.3 Dráha odměny	39
2.4.4 Mechanismy účinku psychoaktivních látek	41
2.4.5 Shrnutí	45
2.5 Změny systému odměny u psychiatrických poruch predisponujících k závislosti	46
2.5.1 Změny u deprese	46
2.5.2 Změny u ADHD	46

2.5.3	Spojení mezi psychiatrickými poruchami a zneužíváním návykových látek u adolescentů	47
2.6	Genetické vlivy a užívání návykových látek	48
	Kapitola 3	50
	Pokyny a standardy pro posuzování a léčbu rizikových psychiatrických onemocnění v důsledku zneužívání návykových látek u adolescentů	
	Kapitola 4	57
	Strategie a programy indikované prevence	57
4.1	Úvod	57
4.2	Výsledky literární rešerše o indikované prevenci	58
4.3	Programy z literatury	59
4.4	Programy v Evropě – informace poskytnuté vládními agenturami	64
	4.4.1 Strategie rešerše	64
	4.4.2 Programy uvedené vládními agenturami	66
	4.4.3 Přehled programů indikované prevence	69
4.5	Shrnutí	70
	Kapitola 5	73
	Etické otázky	
5.1	Úvod	73
5.2	Respekt k lidem	73
5.3	Dobročinnost	75
5.4	Spravedlnost	77
5.5	Závěr	77
	Kapitola 6	79
	Závěry a doporučení	79
6.1	Závěry	79
6.2	Doporučení	82
	6.2.1 Definice	82
	6.2.2 Výzkum	82

6.2.3	Programy	83
6.2.4	Etika	84
6.2.5	Metodika postupů	84
6.3	Závěrečné poznámky	85
	Shrnutí	86
	Literatura	89
	Internetové zdroje	100
	Příloha	101
	Posuzovací nástroje	101
	Programy klasifikované jako „programy indikované prevence“	102
	Logické modely programů indikované prevence získané z literatury	110
	Logické modely programů indikované prevence získané z evropských vládních agentur	117

Úvod

Pozadí vzniku zprávy

Akční plán boje proti drogám EU (2005-2008) mezi své cíle zařadil také zlepšení programů pro snížení poptávky po drogách s ohledem na jejich rozšířenost, kvalitu a hodnocení jakožto i zajištění efektivního šíření postupů vyhodnocených jako nejlepších (cíl 7). Krom tohoto cíle si tento akční plán také dal za úkol zlepšení metod pro včasné rozpoznání rizikových faktorů a včasnou intervenci (cíl 10).

V roce 2006 vyhlásilo EMCDDA výběrové řízení za účelem přezkumu zásad a důkazní báze indikované prevence a za účelem určení nejlepších postupů intervence v této oblasti.

V zadávací dokumentaci veřejné zakázky byla zvýrazněna potřeba:

- 1) zvýšení vědomostí a pochopení rizikového chování se zaměřením na problémy duševního zdraví, které se objevují v dětství a zvyšují riziko vzniku problémů s drogami; a
- 2) určení modelů nejlepších postupů pro aktivity v rámci prevence užívání návykových látek se zaměřením na ohrožené děti ve členských státech EU, kandidátských zemích a Norsku.

Tuto zprávu vypracoval multidisciplinární tým lékařů, psychologů a pedagogů. Následující kapitoly představují přehled výzkumu, jak v členských státech EU, tak i mimo EU, a preventivních intervencí u této cílové skupiny. Tyto prevence rovněž zahrnují intervence určené rodinám s ohroženými dětmi nebo ohroženým rodinám. Zvláštní důraz je kladen na přehled literatury a bázi praktických znalostí o biologických a psychologických aspektech indikované prevence a o rizikových faktorech na individuální úrovni.

Studijní skupina se ve svém přístupu nejprve zaměřila na základní znalosti o neurobiologii a rizikových faktorech a poté se soustředila na otázky praktické použitelnosti. Krom systematického přehledu vědecké literatury tak byly také vyhodnoceny různé programy napříč Evropou za účelem poskytnutí obrazu o oblasti indikované prevence.

Proces zahrnutí co největšího množství dat o rozvoj užívání drog u mladistvých vedl k potřebě kladení zvláštního důrazu na rozvíjející se oblast vědomostí o neurobiologii závislosti.

I přesto, že přístup, který byl použit v této zprávě, by mohl být některými vnímán jako jakási „medikalizace“ drogové prevence, je hlubší pochopení složitých mechanismů vedoucích k závislosti nutné pro rozvoj a poskytování lepších služeb.

Při tvorbě tohoto přehledu bylo opakovaně patrné, že populace s vysokým rizikem rozvoje poruch způsobených užíváním návykových látek později v životě (např. populace v pěstounské péči s vysokou mírou psychiatrických poruch) často nejsou vůbec diagnostikovány a následně léčeny. Zdá se, že oblast péče o dobré životní podmínky mladistvých a medicína spolu často spíše koexistují jakožto vzájemně nesourodé entity, mezi kterými dochází k malé či žádné interakci v důsledku čehož zaniká příležitost pro určení a zabývání se potřebami vysoce rizikové populace.

Důležitou hlavní myšlenkou této zprávy je skutečnost, že k odhalení a léčbě vysoce rizikových jednotlivců je zapotřebí výraznější propojení jednotlivých entit. Hlavním cílem této publikace je

pomoci dosáhnout obecného porozumění potřebného k dosažení takové úrovně propojení mezi stranami zúčastněnými v péči o ohrožené mladé lidi.

Struktura zprávy

Kapitola 1 obsahuje úvod, který nabízí vysvětlení principů indikované prevence a odvození její pracovní definice, která byla použita v následném vyhodnocení.

Kapitola 2 představuje výsledky výzkumu o psychosociálním a individuálním riziku a ochranných faktorech. Kapitola nejen, že zahrnuje také důkazy z literatury o dobře známém psychosociálním a rodinném riziku a ochranných faktorech, ale také se věnuje vysoce rizikovým skupinám. Podstatná část kapitoly je také tvořena popisem individuálních a neurovývojových aspektů, který prezentuje nový pohled na vývojové dráhy. Zvláštní pozornost je věnována dobře známé dětské psychopatologii spojené s vyšším rizikem pozdějšího rozvoje zneužívání návykových látek. Následuje přehled longitudinálních studií, které popisují kariéru zneužívání návykových látek, s cílem použití trajektorie užívání návykových látek za účelem identifikace podskupin. Závěr kapitoly pojednává o neurobiologii závislosti.

Kapitola 3 uvádí pokyny a praktické parametry pro posouzení a léčbu specifických rizikových psychiatrických onemocnění v důsledku zneužívání návykových látek u adolescentů, jak jsou k dispozici v EU, Německu, Spojeném království a Spojených státech amerických.

Kapitola 4 uvádí přehled programů, které byly nalezeny v literatuře a o kterých informovaly vládní agentury či agentury spolupracující, případně programů, které byly nalezeny na internetu. V kapitole jsou rovněž obsaženy oddíly, které se vysvětlují metodiku posuzování relevantních informací.

Kapitola 5 se zabývá a posuzuje etické otázky a úvahy, které jsou diskutovány na profesních i veřejných fórech.

Kapitola 6 nabízí shrnutí výsledků výzkumu jakožto i existujících programů indikované prevence a podává doporučení pro učinění dalších kroků.

Zkratky

AACAP	Americká akademie dětské psychiatrie a psychiatrie dospívajících
ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V. (Asociace vědeckých lékařských společností v Německu)
BAG	Bundesamt für Gesundheit (Švýcarský úřad pro zdravotnictví)
CAP	Dětská a dorostová psychiatrie
CBCL	Seznam chování u dětí
CBT / KBT	Kognitivní behaviorální terapie (KBT)
CD	Porucha chování
CT / KS	Kontrolovaná studie (KS)
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Německá asociace dětské a dorostové psychiatrie)
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – 4. vydání
EMCDDA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost
ESCAP	Evropská společnost dětské a dorostové psychiatrie
ESPAD	Evropský školní průzkum o alkoholu a jiných drogách
EU	Evropská unie
FDA	Úřad pro kontrolu potravin a léčiv Spojených států amerických

GABA	Kyselina gama-aminomáselná
HaLT	Hart am Limit (německý program prevence)
IOM	Lékařský institut
IQ	Inteligenční kvocient
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize
MRI	Magnetická rezonance
NICE	Národní institut zdraví a klinické excelence
NIDA	Národní institut pro zneužívání drog
OR	Odds ratio (poměr šancí)
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
RKS	Randomizovaná kontrolovaná studie
SSRI	Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (antidepresiva)
THC	Tetrahydrocannabinol
UCPP	Utrechtský program zvládacích schopností
VSIP	Všeobecná, selektivní a indikovaná prevence
WHO	Světová zdravotnická organizace

Kapitola 1

Principy indikované prevence

1.1 Klasifikace prevence

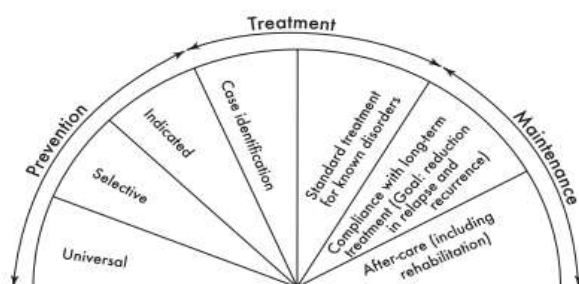
Indikovaná prevence může být vnímána jako třetí část „řetězce prevence“, který vede od všeobecné a selektivní prevence k indikované prevenci, přičemž jednotlivé části řetězce se vzájemně překrývají. Je zde předloženo několik obecně užívaných definic indikované prevence za účelem znázornění způsobu, jakým byla odvozena definice použita v této zprávě ⁽¹⁾.

Jednou z nejcitovanějších definic týkajících se přístupu k všeobecné, selektivní a indikované prevenci (dále jako VSIP) je definice Mrazeka a Haggertyho (1994), kterou vytvořili pro Lékařský institut (IOM). Tento model je graficky znázorněn na obrázku 1.1 a shrnut v tabulce 1.1.

Nový rámec IOM vytvořen Springerem a Phillipsem (2007) nejdříve poskytuje obecný popis cílů jednotlivých typů prevence (tabulka 1.2).

Springer a Phillips v propracovanějším popisu třech různých forem prevence poukazují na to, že „indikovaná prevence je určena jednotlivcům, kteří byli vyšetřeni pro zjištění raných problémů spojených se zneužíváním návykových látek“. Upozorňují na to, že pozorovatelné „příznaky nebo symptomy“ mohou přímo souviset se zneužíváním návykových látek nebo s k němu přidruženými problémy (nejsou však diagnózou podle DSM-IV).

Zdá se, že díky schopnosti rozpoznání symptomů, které mohou souviset s progresí ke zneužívání návykových látek, jakožto součásti dětské psychické poruchy, se tímto otevírá oblast, ve které je umožněna adekvátní léčba těchto symptomů.



Obrázek 1.1: Model kontinua péče podle Lékařského institutu

Příklad obrázku zleva doprava *pozn. překl.* Prevence: všeobecná, selektivní, indikovaná

Léčba: identifikace případů, standardní léčba známých poruch

Udržování: ve shodě s dlouhodobou léčbou (cíl: omezení relapsu a opětovného výskytu), následná péče (včetně rehabilitace)

¹ Koncept indikované prevence se liší od prevence primární, sekundární a terciární. Pro účely využití terciární prevence v psychiatrickém kontextu je užitečné se odvolat na prohlášení o konsensu vydaném Světovou psychiatrickou organizací (WPA), ve kterém jsou uvedeny tři hlavní cíle prevence (WPA, prosinec 2003). Primární prevence: byla doporučena identifikace a intervence u vysoce rizikových skupin, například u prenatalní péče, programy zdravého startu do života, dobré rodičovství, programy spolupráce s mnoha agenturami. Sekundární prevence: byla doporučena premorbidní intervence u duševních chorob jako deprese, posttraumatické stresové poruchy, zneužívání návykových látek nebo psychóza. Terciární prevence: byla definována jako včasná intervence u duševních chorob, například formou komunitní léčby a rehabilitačních programů. Světová psychiatrická organizace také definovala cíle ve vzdělávání společnosti o duševních chorobách (sekundární prevence) a redukci stigmatu (terciární prevence).

Tabulka 1.1: Klasifikace strategií prevence, lékařský institut (Mrazek a Haggerty, 1994)

Strategie prevence	Cílová populace	Příklady	Riziko/ negativní účinky	Náklady
Všeobecná	široká veřejnost populace, která není identifikována mírou individuálního rizika	imunizace v dětství programy proti rozvodům v předmanželském poradenství	nízké	výhoda: náklady na jednotlivce nízké
Selektivní	jednotlivci nebo pod- skupina s významně vyšším rizikem rozvoje poruchy riziko může být bezprostřední nebo celoživotní rizikové skupiny: biologické, psychologické, sociální	předškolní programy pro děti z chudých čtvrtí	minimální či žádné	výhoda: nepřevyšuje průměrnou míru nákladů
Indikovaná	vysoce riziková jednotlivci s minimálními, leč zjištěnými příznaky nebo symptomy, které předznamenávají poruchy ale ještě nedosahují hodnot diagnostických pro poruchu asymptomatictí jedinci se známkami a symptomatictí jedinci s časnými symptomy	nácvik interakce určité riziko rodič-dítě pro děti s problémy v chování		i přes vysoké náklady mohou být přijatelné

Tabulka 1.2: Revidovaná klasifikace přístupů k prevenci podle Lékařského institutu (Springer a Phillips, 2007)

Všeobecná prevence	Oslovuje širokou veřejnost či část celkové populace vykazující průměrnou pravděpodobnost, riziko nebo onemocnění vedoucí k rozvoji poruchy
Selektivní prevence	Specifická subpopulace s výrazně nadprůměrným rizikem, buď přímým, nebo celoživotním
Indikovaná prevence	Je určena identifikovaným jedincům s minimálními, leč zjištěnými příznaky nebo symptomy, které předznamenávají poruchu

Ačkoliv nový rámec IOM poukazuje na skutečnost, že opatření pro indikovanou prevenci jsou „kritickou fází v kontinuu péče“, zdá se, že tato oblast je spíše opomíjena a to vzhledem k faktu, že není vždy jednoduché získat financování pro skupinu, která potřebuje prevenci a může rovněž potřebovat léčbu. Skutečnost, že poskytnutí indikované prevence je finančně nákladné (jelikož musí často být poskytnuta na individuální bázi), je další překážkou pro zavedení takových opatření do plánů prevence.

Definování kritérií pro zavedení indikované prevence určuje cílovou populaci pro intervenci. Za tímto účelem navrhuje Springer a Phillips explicitně definovat typy kritérií použitých pro výběr a vzájemný vztah mezi těmito kritérii a rozvojem zneužívání návykových látek.

S použitím dalších studií shrnují podobné body:

- Cílem intervence je zamezit vývoji poruchy (dle DSM-IV);
- Spíše než na počátek a užívání by se měla indikovaná prevence zaměřovat na závislost a další s tím spojené újm;
- Ukazatelé by měly být v silnějším vzájemném vztahu se zneužíváním návykových látek než ukazatelé používané v selektivní intervenci;
- Je nutný nástroj či postup pro vyšetření za účelem identifikace ohrožených jedinců;
- Ukazatelé na úrovni rodiny, vrstevníků či společnosti nejsou vhodné; Vhodné jsou individuální ukazatelé (jako např. „selhání ve škole, problémy se zákonem, problémy zdravotní nebo duševní, násilí či agrese, nárazové pijáctví, přestupky spojené s užíváním návykových látek).

Existují tři hlavní metody náboru:

- Jedinec se přihlásí sám;
- Doporučení učiteli;
- Procesy prvotního vyšetření (např. násilní či užívající studenti jsou automaticky doporučeni na intervenci).

Za účelem získání výsledkových měřítek navrhuje Springer a Phillips, že v souvislosti s užíváním návykových látek by redukce užívání či obzvláště škodlivého užívání mohla sloužit jako výstupní proměnná. Vyskytují-li se mnohočetné či současně se odehrávající problémy, které jsou cílem intervence, měly by být také posuzovány výsledky těchto ukazatelů.

Pro shrnutí hlediska IOM a doplnění velice podobného přístupu Národního institutu pro zneužívání drog (NIDA) můžeme říci, že indikovaná prevence:

Je zaměřena na jedince s minimálními, leč zjiitelnými příznaky nebo symptomy užívání návykových látek nebo s tím souvisejícími typy chování;

- Je zaměřena na vysoce rizikové jedince s prvními ukazateli užívání drog (konzumace alkoholu, selhání ve škole, konzumace kanabisu), kteří ovšem nejsou diagnostikováni jako závislí podle DSM-IV;

- Jednotlivci musí být identifikováni před preventivní intervencí;
- Cílem intervence není zastavit počátek užívání nebo užívání samotné, ale zabránit vývoji do stádia závislosti a dalších korelujících poruch a snížit délku a četnost nebezpečného užívání;
- Definované ukazatele musí být v silnějším vzájemném vztahu se zneužíváním návykových látek než ukazatelé používané v selektivní intervenci;
- Individuální riziko a ochranné faktory musí být známy za účelem určení konkrétní intervence.

The United States Behavioral Health Services Division (Health Policy Commission - Komise pro zdravotnickou politiku) definuje cíle přístupů VSIP následovně:

- Všeobecná prevence je zacílena na širokou veřejnost
- Selektivní prevence je zacílena na jedince nadprůměrně ohrožené zneužíváním návykových látek
- Indikovaná prevence je zacílena na ty, kteří jsou již uživateli nebo vykazují jiná vysoce riziková chování, a klade si za účel zamezit chronickému užívání.

V souladu s klasifikací IOM poskytla Národní zdravotní služba ve Velké Británii definice, které jsou uvedeny v tabulce 1.3 (McGrath a další, 2006).

Jinak k definici kontinua VSIP přistoupil Meili (2004) ze zdravotnického úřadu ve Švýcarsku (Bundesamt für Gesundheit, BAG). Pokusil se demonstrovat přesah do konceptu primární, sekundární a terciární prevence (obrázek 1.2). V rámci tohoto konceptu by mohla být včasná intervence vnímána jako „indikovaná sekundární prevence“.

Toumbourou a další (2007) ve svém přehledu rozebírali různé koncepty prevence zneužívání návykových látek a závislosti u adolescentů s ohledem na jejich úroveň důkazů. Definovali tak pět rozdílných konceptů intervence. (viz. tabulka 1.4).

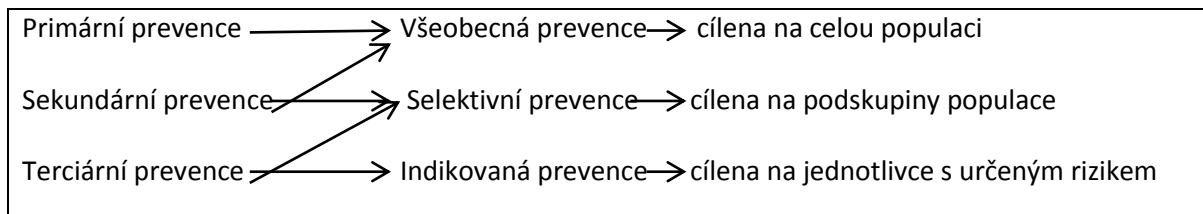
Všeobecnou, selektivní a indikovanou prevenci definují výhradně na „základě úrovně rizika poruchy u rozdílných cílových skupin.“

Zatímco všeobecná prevence je zaměřena na celkovou populaci s průměrným rizikem, selektivní prevence se zaměřuje na skupiny se zvýšeným rizikem a indikovaná prevence je zacílena na intervenci u jednotlivců s „časně vznikajícími problémy.“

Toumbourou a další (2007) představují model rizikových a ochranných faktorů pro užívání návykových látek a s tím spojených poškození, který vychází práce Loxleyho a dalších (2005). Tento model je založen na konceptu distálních (např. časné vývojové riziko, sociální a behaviorální riziko) a proximálních (např. vzorce a místa pro užívání drog) faktorů (Toumbourou a další, 2007). V rámci tohoto modelu ovlivňují jak individuální faktory z distální stránky a environmentální faktory z proximální stránky možnou úroveň újmy vzniklé v důsledku zneužívání návykových látek. Autoři argumentují, že zatímco distální faktory mohou být řešeny skrz vývojové, léčebné a újmu snižující intervence, proximální faktory lze řešit regulačními, krátkými, léčebnými a újmu snižujícími intervencemi.

Tabulka 1.3 Klasifikace prevence podle Národní zdravotní služby ve Velké Británii

Strategie prevence	Cílová populace	Příklady	Riziko/ negativní účinky	Cíl
Všeobecná	celá skupina populace	protidrogová prevence ve školních osnovách	očekávaný přínos pro všechny členy skupiny	zabránit mládeži ve vzniku užívání nepovolených látek
Selektivní	podskupiny populace, nadprůměrné riziko vzniku užívání drog: biologické, psychologické nebo environmentální rizikové faktory	mimoškolní programy pro děti s problémy s chováním	riziko stigmatu	
Indikovaná	jedinci s rizikem vzniku užívání drog, kteří však nesplňují kritéria závislosti podle DSM-IV	snížit konzumaci THC u neproblematických uživatelů	vyšetření za účelem posouzení míry rizika riziko stigmatu přítomnost rizikových faktorů nutně neznamená, že tyto vyústí v poruchu v důsledku užívání návykových látek	



Obrázek 1.2: Prolínání mezi typy prevence (Meili, 2004)

Tabulka 1.4: Hlavní typy intervencí a úrovně důkazů (Toumbourou a další, 2007)

	Procesy (populace)	Úroveň důkazů
Regulační	Využití práva, politik a prosazování legislativy za účelem nabídky a poptávky (všeobecná)	Potenciál účinnosti
Vývojová prevence	Zlepšení podmínek pro zdravý vývoj dětí a adolescentů (cílená a všeobecná)	Účinnost
Včasné vyšetření a krátká intervence	Krátké motivační intervence za účelem snížení vysokého rizika (cílená)	Účinnost
Léčba	Terciární prevence poruch způsobených užíváním návykových látek (cílená)	Nutné další vyhodnocení za účelem stanovení účinnosti
Snížení újmy	Snížení újmy, ale ne nutně míry užívání (cílená a všeobecná)	Potenciál účinnosti

DISTÁLNÍ FAKTORY		
Neurobiologické poškození, sociální a vývojové problémy		optimální neurobiologický vývoj a vazby
	psychické problémy s duševním zdravím, trestná činnost a antisociální chování	Pozdější počátek užívání návykových látek, zvyšuje se IQ
časný počátek užívání návykových látek, vývojové deficity		Dostupnost návykových látek se snižuje
MÍRA POŠKOZENÍ V DŮSLEDKU UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK		
Zvyšuje se dostupnost návykových látek		
Rizikové vzorce a riziková prostředí při užívání návykových látek		Vzorce a prostředí s nízkým rizikem při užívání návykových látek

PROXIMÁLNÍ FAKTORY

Obrázek 1.3: Ochranné a rizikové faktory pro užívání návykových látek (Toumbourou a další, 2007).

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) podává jinou definici.² Podle tohoto hlediska jsou strategie indikované prevence navrženy za účelem zabránění počátku zneužívání návykových látek u jedinců, kteří vykazují časně nebezpečné známky, jako je například zhoršující se prospěch ve škole, konzumace alkoholu a jiných průchozích drog.

Snaha je zaměřena na jednotlivce vykazující známky „chování korespondujícím s užíváním návykových látek na subklinické úrovni“ a jejím cílem se identifikovat tyto jednotlivce a zaměřit se na ně se speciálními programy.

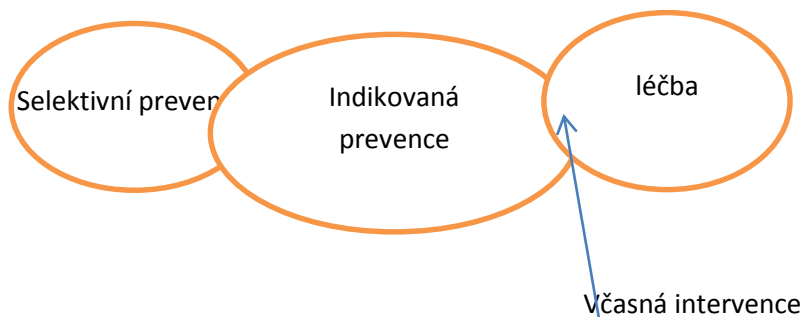
Jelikož jednotlivci s vysokým rizikem selhání při plnění vývojových úkolů (jako je škola, kontakt s vrstevníky) mají často predispozice k vyššímu riziku vzniku zneužívání návykových látek a mnohé dětské psychiatrické poruchy vykazují silný vzájemný vztah s vývojem závislosti, je tudíž zmíněna i důležitost vývojové psychopatologie a dětského psychiatrického výzkumu.

Indikovaná prevence popisuje preventivní, individualizovaný přístup, který je zacílen na osoby s vysokým rizikem vzniku zneužívání návykových látek či závislosti v pozdějším životě. Přítomnost výrazných ukazatelů pro vznik pozdější poruchy způsobené užíváním návykových látek jasně ukazuje potřebu indikované prevence.

² Viz: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index19259EN.html>

Jelikož indikovaná prevence může být vnímána jako metoda, která se nachází někde mezi léčbou a selektivní prevencí, je nutné určit místa, ve kterých se tyto definice prolínají. Důležitým faktorem v účinnosti vymezení definice této metody budou jistě i jasné definice cílových skupin pro jednotlivé intervence vytvořené na základě posouzení úrovně rizika v těchto skupinách.

Hranice mezi jednotlivými typy intervencí však nejsou zcela zřejmé (obrázek. 1.4). U vymezování definice indikované prevence je její prolínání s léčbou velice zajímavé, neboť zde dochází ke střetu dvou „světů“ prevence a léčby. Toto může mít za následek vznik problémů v době poklesu finančních zdrojů, jelikož každá ze stran může argumentovat tím, že o danou populaci by se mohla postarat strana druhá.



Obrázek 1.4: Kontinuum prevence

Úkol rozlišovat mezi léčbou a indikovanou prevencí činí obtížnějším i skutečnost, že léčba jako taková je zřídka jasně definována. V dokumentu s názvem „Pokyny pro měření poptávky po léčbě drogové závislosti“, vydaném OSN ve spolupráci s EMCDDA (UNODOC, 2006), se za „drogovou léčbu“ považuje jakákoliv strukturovaná intervence, jež se cíleně zaměřuje na užívání drog u dané osoby.“ Co do praktické použitelnosti je však tato definice vágní. Například pojišťovny zaplatí za léčbu klasifikovaných a definovaných poruch (MKN-10 nebo DSM-IV), nikoliv však za léčbu zdravotních potíží či onemocnění. Je ale nutné zdůraznit, že „léčba“ je nutná vždy, když se vyskytne definovaná porucha (zde porucha způsobená užíváním návykových látek).

V rámci skupiny, pro kterou je ručena indikovaná prevence, existuje podskupina, pro kterou je vhodná včasná intervence. Tato podskupina zahrnuje lidi, kteří vykazují výrazné ukazatele pro rozvoj užívání návykových později v životě a kteří jsou konzumenty drog, ale ne v takovém rozsahu, který by odpovídal diagnóze poruchy způsobené užíváním návykových látek nebo závislosti podle MKN-10 nebo DSM-IV. ve srovnání s jinými přístupy prevence je včasná intervence blíže léčbě a tudíž často vyžaduje účast zdravotního systému.

Včasná intervence popisuje postup, který se nachází mezi prolínajícími se poli indikované prevence a léčby. Cílovou skupinu tvoří jedinci, kteří jsou již uživateli drog, ale ještě nesplňují kritéria pro diagnózu zneužívání návykových látek nebo závislosti podle MKN-10 nebo DSM-IV.

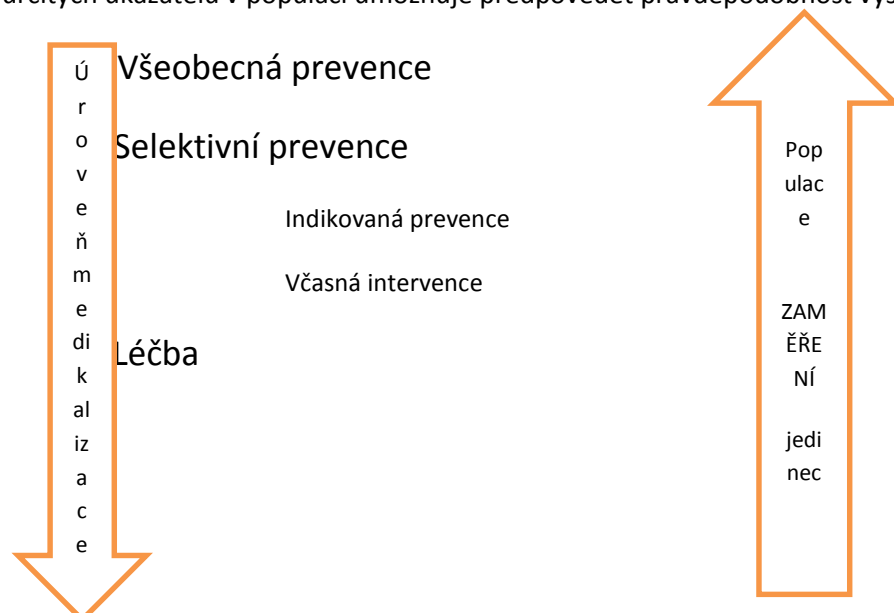
Včasná intervence může být klasifikována jako prevence, ačkoliv je v této fázi užívání návykových látek často vyžadována léčba.

1.2 Odhad rizikových faktorů

Jelikož jsou oblasti indikované a selektivní prevence odděleny podle prediktivního potenciálu jejich ukazatelů (určení pravděpodobnosti rozvoje poruchy způsobené užíváním návykových látek později v životě jedince), je nutné pochopit, jak jsou rizikové faktory využívány pro vyšetření jednotlivců.

Zde je nutné přezkoumat pojem podmíněných pravděpodobností, které mohou být vypočteny za použití Bayesova teorému.³ Ústředním prvkem přístupu Bayese je tvrzení, že „hypotéza je potvrzena jakýmkoliv množstvím údajů, které její pravdivost určí pravděpodobnou“. (Stanfordská encyklopedie filosofie, 2003).

Poznání založené na Bayesově teorému je obzvláště cenné při vyšetření určitých ukazatelů. U takového testu, jako je rozšíření či převaha určitých rizikových faktorů, dochází k použití termínů specifičnost a citlivost. Citlivost popisuje „opravdovou pozitivní“ míru, což znamená, že určitá část populace se specifickými ukazateli může být pomocí určitého testu vyhledána, zatímco specifičnost je „opravdovou negativní“ mírou, která popisuje část jedinců, kteří nevykazují žádné ukazatele, které byly v testech negativní. Znalost specifičnosti a citlivost určitého testu, společně se znalostí převahy určitých ukazatelů v populaci umožňuje předpovědět pravděpodobnost výsledku testu.



Obrázek 1.5: Kontinuum léčby VSIP.

Na základě tohoto přístupu mohou být „šance“ definovány jako pravděpodobnosti hypotézy rozdělené pravděpodobností své vlastní negace (je-li poměr šancí na výhru závodního koně 7:5, znamená to, že má 7 šancí z 12 vyhrát závod).

Aby bylo možné definovat ukazatele poruch způsobených užíváním návykových látek, je nutné se podívat na podmíněnou pravděpodobnost (význam: jaká je pravděpodobnost, že s danými ukazateli za daných okolností dojde u určitého jedince k rozvoji poruchy v důsledku užívání návykových látek), což je definováno následovně:

³ Autorem Bayesova teorému je Thomas Bayes. Teorém byl publikován posmrtně v roce 1764 v práci nazvané „An essay towards solving a problem in the doctrine of chances“ (*Esej o řešení problému v doktríně šancí*, pozn. překl.)

Podmíněná pravděpodobnost = nepodmíněná pravděpodobnost x prediktivní potenciál

Z této rovnice je jasné, že znalost prediktivního potenciálu určitých ukazatelů je základní podmínkou u tohoto přístupu prevence.

Na obrázku 1.5 je představen jiný přístup k definici vztahů mezi VSIP a léčbou. Zařazení do jedné ze skupin je určeno tím, zda je riziko poruchy v důsledku užívání návykových látek nebo riziko užívání návykových látek převažující. Jelikož jsou pro zařazení do skupiny indikované prevence nutné výraznější ukazatele, musí ukazatele odrážet specifické okolnosti jednotlivce ve větší míře, pokud se pohybujeme od selektivní prevence k indikativní a dále k léčbě.

1.3 Závěr

Indikovaná prevence může být shrnuta následovně:

- Preventivní intervence, které jsou zacíleny na jednotlivce;
- Jedinec se přihlásí sám nebo je poslán k odborníkovi, například rodičem, učitelem, sociálním pracovníkem, pediatrem;
- Jedinec je identifikován na individuální úrovni na základě hodnocení odborníka;
- Jedinec může vykazovat známky užívání návykových látek, ale nesplňuje kritéria závislosti (podle DSM-IV nebo MKN-10), nebo/a jsou patrné ukazatele, které jsou v silném vzájemném vztahu s individuálním rizikem rozvoje poruchy v důsledku užívání návykových látek později v životě (jako je psychiatrická porucha, selhání ve škole, antisociální chování). Užívání návykových látek není nutné podmínkou pro zařazení do preventivních intervencí;
- Od selektivní prevence se liší silnějším vzájemným vztahem a individualizovanou povahou ukazatelů pro rozvoj zneužívání návykových látek nebo závislosti;
- Od léčby se liší tím, že za účelem získání léčby je nutné splnit požadavek na splnění kritéria diagnózy zneužívání návykových látek podle DSM-IV nebo MKN-10;
- Cílem indikované prevence není nutné prevence počátku užívání návykových látek, ale prevence rozvoje závislosti, zmírnění četnosti užívání a prevence užívání „nebezpečných“ návykových látek (např. umírněné pití alkoholu na rozdíl od nárazového pijáctví).

Krom toho jsou některá opatření indikované prevence klasifikována jako včasné intervence, a tyto jsou charakterizovány následovně:

- Pojem „včasné intervence“ definuje intervence zaměřené na jedince s identifikovanými výraznými ukazateli a užívající návykové látky (ale u nichž není oprávněná diagnóza podle DSM-IV nebo MKN-10);
- Oblast „včasné intervence“ se nachází v místě prolínajících se hranic mezi indikovanou prevencí a léčbou.

V přehledu, který je představen v následujících kapitolách, je použita tato definice za účelem vyhodnocení úrovně prevence v rámci literatury a programového průzkumu. V předchozím textu byl podán přehled definic a rozsahu indikované prevence. Následující kapitola se bude věnovat faktorům, které mohou předcházet rozvoji poruchy v důsledku užívání návykových látek.

Kapitola 2

Rizikové a ochranné faktory při rozvoji užívání návykových látek a poruch způsobených užíváním návykových látek

2.1 Úvod

Dospívání je obdobím života, ve kterém obvykle dochází k experimentování s návykovými látkami. Adolescenti jsou velice citliví na sociální vlivy, mají nižší míru tolerance a stávají se závislými při dávkách nižších než u dospělých (Fowler a další, 2007). Většina adolescentů experimentujících s návykovými látkami se však nestane problémovými uživateli.

Tato kapitola nabízí přehled rizikových a ochranných faktorů při rozvoji užívání návykových látek a poruch způsobených užíváním návykových látek. Rizikové faktory zahrnují osobnost, sociální a biologické faktory, jako je vyhledávání vzrušení, pozitivní očekávání od zkušeností s alkoholem, rodinná dysfunkce, užívání drog vrstevníky a rodiči, genetická dědičnost a problémy spojené s duševním zdravím. Vlivy, které se dají označit za mírné nebo mohou zmírnit dopad rizikových faktorů, jsou považovány za ochranné faktory a mohou zahrnovat: sílu vazby či pouta mezi rodiči a adolescenty, osobnostní atributy jako pozitivní temperament a dispozice a pozitivní vnější podpůrné systémy. Trajektorie užívání návykových látek může být určena komplexními vztahy mezi rizikovými a ochrannými faktory, které byly například shledány u trajektorií pití (Masterman a Kelly, 2003). Příklady ochranných a rizikových faktorů z jiných oblastí činnosti jsou uvedeny v tabulce 2.1.

Tento přehled začíná širokým sociálním kontextem ohrožených populací a postupně se úzce zaměřuje na vysoce ohrožené jednotlivce. Po podání přehledu neurobiologických mechanismů, na základě kterých drogy fungují, bude detailně probrána neurobiologie specifických návykových látek.

Tabulka 2.1: Rizikové a ochranné faktory v šesti oblastech činnosti (*)

Oblast	Rizikové faktory	Ochranné faktory
Jednotlivec	agresivní chování v brzkém věku	sebekontrola
Rodina	nedostatek rodičovského dohledu	rodičovská kontrola
Vrstevníci	užívání návykových látek	akademické kompetence
Školy	dostupnost drog	protidrogová politika
Instituce	pěstounská péče, umístění mimo domov	profesionální monitorování, volnočasové aktivity
Komunita	chudoba	silná vazba na blízké okolí

* Převzato a rozšířeno podle Robertsona a dalších (2003) a Geeho a dalších (2006).

V odstavcích 2.3 až 2.5 je pozornost soustředěna na více individuální oblasti, včetně nejen osobnostních faktorů, ale také vztahu s neurobiologií a psychopatologií, jelikož se jeví, že status duševního zdraví výrazně ovlivňuje výsledek užívání návykových látek (alkohol, cigarety, kanabis a/nebo jiné nepovolené látky).

Odstavec 2.3.4 se zabývá průběhem užívání a zneužívání návykových látek. Jelikož existuje mnoho průřezových (retrospektivních) a krátkodobých longitudinálních studií o legálních drogách a kanabisu, pozornost zde bude věnována prospektivním longitudinálním studiím s několika časovými body a dostatečně velkým vzorkem. Dalším kritériem výběru je odpovídající statistická analýza změny, nejlépe u modelů, které berou v potaz odchylky v intra-individuálních trajektoriích změny a s tím související vznik rizika. Omezení důkazní báze, které bychom měli mít na paměti, pramení ze statistických problémů objevujících se při snaze vykonat sjednocené analýzy trajektorií (například, viz. Muthén, 2001), v důsledku čehož se většina těchto studií soustřeďuje na průběh užívání jedné návykové látky. U adolescentů se však často můžeme setkat s užíváním mnoha návykových látek.

2.1.1 Metody

Pro nalezení publikací zabývajících se rizikovými faktory, trajektoriemi zneužívání návykových látek, neurobiologie závislosti a programy indikované prevence byla provedena rešerše vědecké literatury. První rešerše byla provedena v databázi PubMed, přičemž se omezila na publikace vydané v období od ledna 1. ledna do 31. července 2007.

V rešerši byly použity termíny: „děti, dospívání“ a „závislost, užívání návykových látek, nesprávné užívání návykových látek, zneužívání návykových látek, nárazové pijáctví, nesprávné užívání alkoholu, chemická závislost, pití nezletilých“. V rešerši bylo nalezeno více než 13 000 abstraktů.

Následující termíny byly použity s cílem zaměřit se na aspekty komorbidit u výsledků: „agrese, antisociální porucha osobnosti, porucha nedostatku pozornosti/hyperaktivita, ADHD, komunita, porucha chování, deprese, rodina, impulsivnost, indikovaná prevence, duševní zdraví, porucha opozičního vzoru, rizikový faktor, PTSP, péstounská péče, závislí rodiče, deprivace, ústavní péče, umístění mimo domov.“ Byly vyloučeny dokumenty s pojmy „věznice, vězení, vazba a těhotenství“. Celkově z rešerše vyšlo 6 900 abstraktů, které byly jednotlivě posouzeny z hlediska relevantnosti, přičemž po tomto posouzení se došlo k výběru 390 studií pro detailní analýzu.

Dalším vyhledáváním v databázích EMBASE, Rejstříku citací společenských věd (SSCI), Kumulativního rejstříku literatury pro ošetřovatelství (CINAHL) a databázi PsycINFO bylo získáno z výše uvedených zdrojů v uvedeném pořadí 64, 254, 183 a 146 dodatečných abstraktů, z nichž 96 bylo vybráno po posouzení jejich relevantnosti.

Tyto studie byly buď zařazeny do zprávy jako součást rešerše programů indikované prevence v literatuře (viz. níže), nebo obsahovaly užitečné informace o rizikových a trajektoriích pro tuto kapitolu.

Při výkladu následných poznatků bychom měli mít na paměti následující dva body:

- Poznátky jsou „nevyhodnocené“, jinými slovy výsledky jsou uvedeny bez dalšího „hloubkového“ vyhodnocení kvality každé studie (design, nástroje hodnocení, velikost vzorku, statistická analýza). Jelikož všechny studie jsou publikovány v odborných recenzovaných časopisech, měla by jejich celková kvalita být velmi vysoká. Nicméně je zde absence metaanalýzy, která by mohla pomoci při odhadu absolutního a relativního rozsahu účinku pro každý faktor a jejich kombinaci.

- Výsledky studií patří pouze ke zkoumaným skupinám a mohou být zobecněny na populaci, ze které pochází zkoumaný vzorek. Výsledky pro jednu skupinu tudíž nemusí být platné pro skupinu s odlišným zázemím a už vůbec ne pro obecnou populaci adolescentů.

Těmto dvěma upozorněním se věnuje kapitola 6, která také podává jejich ucelený výklad. Další obecnou poznámkou je také skutečnost, že výběr studií byl určen kritérii rešerše a v této kapitole jsou obsaženy pouze publikované výsledky.

Výsledky jsou často prezentovány z hlediska poměru šancí (OR – odds ratio). Poměr OR určuje, do jaké míry existuje zvýšené riziko pro určitou skupinu ve srovnání s referenční skupinou. Například, pokud $OR = 2$, znamená to, že riziko rozvoje poruchy v důsledku užívání návykových látek je dvakrát vyšší ve srovnání s referenční skupinou. Pokud $OR = 1$, určuje to stejnou míru rizika. Pro statistický test významnosti je nutno vypočítat interval spolehlivosti OR a vyhodnotit, zda interval spolehlivosti zahrnuje $OR = 1$.

2.2 Psychosociální a rodinné rizikové a ochranné faktory

2.2.1 Vrstevníci

Užívání návykových látek adolescenty je výrazně ovlivněno skupinou vrstevníků. Preston a Goodfellow (2006) zkoumali vliv sociálního učení na užívání alkoholu u adolescentů (12 - 17 let). K tomuto průzkumu použili data ze studie Národní průzkum o užívání drog a zdraví v domácnostech pracujících s 17 709 adolescenty a publikované v roce 2002. Adolescenty pak rozdělili do dvou skupin – pijáci ($n = 6\,176$) a abstinenti ($n = 11\,533$). Ukázalo se, že proměnné sociálního učení ovlivňují frekvenci užívání a zneužívání alkoholu. Postoje vrstevníků (převaha norem ve prospěch deviantního chování), vlastní souhlas (přijetí deviantních norem) mají vliv na to, jak často adolescent pije alkohol, i na pravděpodobnost zneužívání alkoholu či závislosti na něm. Frekvence užívání alkoholu se zvyšuje v důsledku jak schvalování užívání alkoholu vlastního a vrstevníky, tak i počtem vrstevníků, kteří se opíjejí alespoň jednou týdně.

Ve Švýcarsku bylo náhodně posuzováno 3 925 studentů osmého a devátého ročníku (průměrný věk 15,3 roku) a jejich 220 učitelů. Účastníci průzkumu byli vybráni na základě seznamu všech tříd ve státních školách (Kuntsche a Jordan, 2006). Významným prediktorem užívání alkoholu a kanabisu studenty byl fakt, že tito měli okolo sebe skupinu vrstevníků užívajících návykové látky; výskyt ve škole (kdy studenti přišli do školy intoxikovaní) zvyšoval u studentů jejich vlastní užívání kanabisu, ne alkoholu; čím větší počet studentů intoxikovaných kanabisem byl učiteli odhalen v prostorách školy a čím větší skupina vrstevníků byla uživateli kanabisu, o to více se zvýšilo vlastní užívání kanabisu u jednotlivých studentů (Kuntsche a Jordan, 2006).

Barnow a další (2004) shromáždili v longitudinální studii s ročním pozorováním data od 147 adolescentů ve věku od 11 do 18 let a jejich rodičů. Jak očekávání od zkušeností s alkoholem, měřená s použitím dotazníku AEQ-3 (Alcohol Expectancies Questionnaire), tak delikvence/užívání návykových látek u vrstevníků (měřeno pomocí dotazníku vyhotoveného samotnými autory) predikovaly konzumaci alkoholu u adolescentů.

Kokkevi a další (2007) provedli průřezový průzkum školní populace v Evropě (ESPAD), do kterého bylo zahrnuto 16 445 16letých středoškoláků z Bulharska, Chorvatska, Řecka, Rumunska, Slovinska a Spojeného království. Studenti ve třídách vyplnili anonymní dotazník, pomocí něhož byla měřena sebeúcta, depresivní nálada, anomie a antisociální chování. Shromáždili data ze sebeposuzování jednotlivců ohledně užívání tabáku, alkoholu, kanabisu a jiných nepovolených látek. Souvisejícími kovariáty bylo užívání návykových látek vrstevníky a stračími sourozenci. Prokázali vysoký poměr OR pro trávení večerů venku, zejména ve vztahu ke kouření (OR = 3,0) a pro užívání návykových látek vrstevníky a staršími sourozenci: užívání kanabisu vrstevníky a staršími sourozenci bylo spojeno s užíváním kanabisu u adolescentů (OR = 2,5 – 3,6) a jakýmkoliv jinými nezákonnými drogami. (OR = 2,3 – 3,5. Kouření tabáku mezi vrstevníky souviselo s kouřením adolescentů (OR = 3,3 pro chlapce, 3,0 pro dívky).

Z dotazníku, pomocí kterého bylo v Holandsku posuzováno 3 361 studentů ve věku od 12 do 18 let (první až pátý stupeň střední školy), se jeví, že tamní pijáci a kuřáci jsou sebevědomější, společenější a agresivnější. Dotazník obsahoval otázky typu „hádej kdo“, u kterých měli studenti označit své vrstevníky a znaky chování jednotlivce v partě vrstevníků. Byly určeny dvě kategorie mladších adolescentů, kteří pijí a kouří více než ostatní: skupina těch, kteří jsou společenější a sebevědomí, a skupina těch, kteří jsou agresivní a emocionálně nejistí. Pijáci a kuřáci skórovali hůře ve výkonech a úspěších ve škole a lépe v agresivitě a nedostatku pozornosti (Engels a další, 2006).

Jako součást Národní longitudinální studie o zdraví adolescentů (Add Health) byla ve Spojených státech amerických provedena studie na 13 718 středoškolských studentech jedenáctého ročníku (průměrný věk 15,4 roku), která ukázala, že nejvýraznějšími prediktory u všech stádií užívání kanabisu (počátek experimentálního užívání, počátek pravidelného užívání, přechod k pravidelnému užívání, neschopnost přestat, experimentální užívání, neschopnost přestat, pravidelné užívání) byli vrstevníci se zkušeností s návykovými látkami, delikvencí a problémy ve škole. Z tohoto populačního vzorku se 13 % neužívajících v první vlně o rok později zapletlo s kanabidem (ve druhé vlně 10 % experimentálně a 3 % pravidelně). Více než polovina (55 %) adolescentů, kteří experimentovali s kanabidem v první vlně, pokračovala v experimentálním (37 %) nebo pravidelném (18 %) užívání kanabisu. Velká většina pravidelných uživatelů v první vlně zůstala zapletena s kanabidem (53 % pravidelně a 20 % experimentálně). Tato čísla nasvědčují tomu, že důsledkem iniciace bývá zpravidla pokračování v užívání (Van den Bree a další, 2005).

Niemela a další (2006) zkoumali populaci 2 306 finských chlapců narozených v roce 1981 a posuzovaných během povinného povolávacího rozkazu v roce 1999. Vyvodili závěr, že užívání alkoholu související s opilostí u 18letých finských chlapců je kulturně normativní a je spojeno se sociální způsobilostí; opilost je méně častá u jedinců s menšími sociálními dovednostmi.

Na užívání a zneužívání alkoholu mají vliv proměnné sociálního učení, postoje vrstevníků (převaha norem ve prospěch deviantního chování), vlastní souhlas (přijetí deviantních norem) a chování vrstevníků.

Konzumace alkoholu u adolescentů je predikována očekáváním od zkušeností s alkoholem a delikvencí vrstevníků.

Užívání kanabisu u adolescentů souvisí s chováním vrstevníků a starších sourozenců, trávicích většinu večerů venku a užívajících kanabis.

Existence problémů ve škole je výrazným prediktorem u všech stádií užívání kanabisu (počátek experimentálního užívání, počátek pravidelného užívání, přechod k pravidelnému užívání, neschopnost přestat, experimentální užívání, neschopnost přestat, pravidelné užívání).

2.2.2 Rodina

Existuje několik studií zkoumajících souvislost rodinných faktorů s užíváním návykových látek u adolescentů. Prediktivními faktory je zejména užívání návykových látek rodiči a sourozenci a rodičovský dohled.

Merikangas a Avenevoli (2000) předkládají některé výsledky Yaelské studie o rodině (Yale Family Study), ve které figurovalo z komunity vybraných 340 zkoumaných jedinců s poruchou způsobenou užíváním návykových látek, dále psychiatrická srovnávací skupina jedinců s úzkostnými poruchami a kontrolami. Byly shromážděny informace o 1 626 příbuzných prvního stupně. V rámci studie bylo 8 let sledováno 203 jedinců ve věku 7 – 17 let. Výsledky ukázaly seskupování návykových poruch dospělých a dětí v rodině.

Užívání návykových látek v rodině vede ke škodlivé dynamice ve vztahu rodič – dítě, což může zvýšit „zranitelnost“ dítěte vůči pozdějšímu užívání drog (Kumpfer a Bluth, 2004). U adolescentů, jejichž rodiče užívají návykové látky, je větší pravděpodobnost ovlivnitelnosti ze strany návykové látky užívajících kamarádů, než u těch, jejichž rodiče návykové látky neužívají (Li a další, 2002).

Ve studii, kterou provedlo centrum pro výzkum alkoholu u adolescentů v Pittsburgu, byli zkoumáni 14 – 17letí adolescenti (194 z programu klinické léčby a 174 ze zdrojů komunity). U adolescentů z komunity, kteří neměli dostatečný rodičovský dohled, byla větší pravděpodobnost pití alkoholu při různých situacích a existovala větší pravděpodobnost pro rozvoj poruchy v důsledku pití alkoholu (Clark a další, 2005). Na druhou stranu, tam, kde byla pozorována vysoká míra rodičovské podpory, jevila se tato jako nástroj pro zmírnění rizika: rodičovská podpora snižuje riziko spojené s očekáváním snížení napětí a s dispozicemi k vyhublému zvládání (Catanzaro a Laurent, 2004).

Autoritářské rodičovství bylo vyhodnoceno jako ochranný faktor, který zabraňuje či zmírňuje užívání cigaret nebo kanabisu, přičemž toto hodnocení vyplynulo ze studie provedené na populaci 1 461 studentů v Colorado Front Range (od šestého do osmého stupně státních škol) (Stephenson a Helme, 2006). Prosociální rodinné procesy (pravidla, kontrola a vazby) mají významný dopad na styky dítěte s vrstevníky, oslabují vztah k antisociálním vrstevníkům a mají negativní vliv na iniciaci užívání návykových látek (Oxford a další, 2001). Samostatné rozhodování se (např. svoboda ve výběru oblečení, jídla, času odchodu do postele a sledování televize a programů) predikovalo přechod k pravidelnému užívání u chlapců; činnosti s matkou (např. probírání známek ve škole a osobních problémů) predikovaly přerušování či zastavení pravidelného užívání kanabisu u chlapců a dívek (Van den Bree a další, 2005).

Adolescenti, kteří uvádějí zdravé vztahy a otevřenou komunikaci se svými rodiči, a kteří rovněž své rodiče vnímají jako osoby poskytující podporu, jsou méně zapojeni do užívání drog (Stronski a další, 2000). Sociální vazby adolescentů nezmírnilly vztahy mezi dětským chováním v brzkém věku a užíváním drog v dospělosti (Ensminger a další, 2002).

Rodinná kontrola a pravidla, rodinné konflikty a rodinná pouta predikují riziko jednice v započítání užívání nepovolených látek v období dospívání. Vřelé a podpůrné rodinné prostředí,

charakterizované silnými pouty mezi členy rodiny a nízkou mírou rodinných konfliktů, predikuje nižší riziko pro započetí užívání nepovolených látek v průběhu období dospívání. Dobrá rodičovská kontrola a dohled, které jsou charakterizovány bedlivým hlídáním ze strany rodičů a jasnými pravidly ohledně chování dětí, může významně snížit riziko započetí užívání nepovolených drog. Studie rovněž zjistila, že vyšší stupeň sociálních aktivit vrstevníků predikuje významně nižší riziko započetí užívání nepovolených drog (Guo a další, 2002).

Pochopení kultury pacienta a jeho rodiny může pomoci odborníkům ve zdravotnictví, kteří pečují o adolescenty, povzbudit ochranný způsob chování (Horigian a další, 2006).

Rodinnými rizikovými faktory v rozvoji užívání návykových látek jsou: známé užívání nebo zneužívání návykových látek v rodině a nedostatek rodičovského dohledu. Ochranné faktory jsou: vřelé a podpůrné rodinné prostředí, prosociální rodinné procesy (pravidla, kontrola) a vazby.

2.2.3 Sociální aktivity

Aleixandre a další (2005) zjistili, že jedinci, kteří udávají častou účast na společenských aktivitách, konzumují o 54 % více nápojů (destilovaný a fermentovaný alkohol) než ti, kteří udávají opak. Ti, kteří uvedli, že jezdí na výlety, měli ve srovnání s těmi, kteří se těmto aktivitám nevěnují, konzumaci destilovaných nápojů o 36 % vyšší. Výlety rovněž predikují větší konzumaci kanabisu. Jedinci udávající, že se obvykle účastní kulturních aktivit, konzumují o 48 % méně než ti, kteří se těchto aktivit neúčastní (o 2,24 méně cigaret s kanabidem týdně). Jedinci, kteří uvedli, že se účastní sportovních aktivit, konzumují o 59 % méně tabáku než ti, kteří sportovní aktivity neprovozují.

Náboženství (návštěva bohoslužeb, členství v mládežnických skupinách apod.) snížilo riziko počátku experimentálního užívání kanabisu u dívek, počátku pravidelného užívání u chlapců i dívek a pokračování v experimentálním užívání kanabisu u mladších dívek (Van den Bree a další, 2005).

V Holandsku v rámci průzkumu zdraví bylo hodnoceno sto středoškoláků v prvním (průměrný věk 12,29 roku) a ve čtvrtém ročníku (průměrný věk 15,53 roku) (Thush a další, 2007). Účastníci byli požádáni, aby co nejrychleji zařadili podněty v podobě slov (implicitní měřítko, které posoudí souvislosti mezi alkoholem a očekáváním) a odpovědi na výroky o (pozitivním) účinku alkoholu (explicitní měřítko). Vyšší známka a těžší pití byly asociovány se silnějšími implicitními a explicitními s alkoholem souvisejícími kognicemi, slabšími implicitními negativními s alkoholem spojenými kognicemi a silnějšími explicitními s alkoholovým vzrušením spojenými kognicemi. Byly nalezeny vzájemné vazby mezi pohlavím a pitím (explicitní negativní s alkoholem spojené kognice, implicitní s alkoholovým vzrušením spojené kognice a implicitní a explicitní s alkoholovým uklidněním spojené kognice). Implicitní měřítko významně přispěla k predikci nadměrného pití po roce, zatímco explicitní měřítko (jako skupina) nikoli. Interakce tří cest, tj. mezi ročníkem, pohlavím a negativními implicitními asociacemi významně predikovala nadměrné pití po roce. Pití u adolescentů se zdá být pod vlivem jak explicitních, tak implicitních kognicí spojených s alkoholem (Thush a další, 2007; Wiers a další, 2005).

Z pokračující longitudinální rodinné studie rizika poruch spojených s užíváním alkoholu a jiných návykových látek bylo zkoumáno 258 chlapců v předškolním věku s oběma biologickými rodiči (60 % rodin alkoholiků a 40 % kontrol, všichni Američané – běloši). Jako robustní ukazatel užívání návykových látek v adolescenci se ukázaly být problémy se spánkem v raném dětství. Potíže se

spánkem významně zvýšily pravděpodobnost časného počátku užívání alkoholu, kanabisu a jiných drog, včetně příležitostného i pravidelného kouření cigaret (Wong a další, 2004).

Sociální aktivity zvyšují konzumaci alkoholu a výlety zase konzumaci kanabisu, kulturní aktivity snižují konzumaci kanabisu a sportovní aktivity konzumaci tabáku.

Pobožnost působí jako ochranný faktor proti započetí užívání kanabisu.

Zdá se, že pití u adolescentů je ovlivněno jak explicitními, tak implicitními kognicemi týkajícími se alkoholu.

Potíže se spánkem v raném dětství významně zvyšují pravděpodobnost časného počátku užívání alkoholu, kanabisu a jiných drog.

2.2.4 Vysoce rizikové skupiny ve školách

Existují populace, které mohou být označeny za vysoce rizikové. Jak ukazuje studie provedena Sussmanem a dalšími (2000), drogy jsou užívány větším procentem mládeže v navazujících středních školách (v Kalifornii alternativní škola pro mladé do 18 let, kteří nejsou schopni se udržet v běžném školním systému) než v běžných školách. Výchozím hodnocením ($n = 702$) bylo měřeno užívání drog v posledním měsíci: cigarety 57 %, alkohol 65 %, kanabis 55 %, stimulanty 21 %, halucinogeny 13 % a všechny ostatní drogy 5-8 %. U studentů desátého ročníku všeobecných středních škol ($n = 1208$) vypadalo užívání v posledním měsíci následovně: cigarety 24 %, alkohol 36 %, kanabis 22 %, stimulanty 2 %, halucinogeny 2 % a všechny ostatní drogy 1-3 %.

Autoři zdůrazňují, že navazující střední školy nezpůsobují užívání drog u adolescentů. Nejkonzistentnějšími prediktory zneužívání návykových látek a závislosti byly v této studii sklony k závislosti, aktuální užívání a záměry a užívání drog kamarády (Sussman a další, 2000).

2.2.5 Vysoce rizikové skupiny v rezidenční péči

Jak bylo zjištěno ve studii se 406 zkoumanými jedinci ve věku 17 let umístěnými v pěstounské péči v Missouri, u mladistvých s diagnózou poruchy chování (prostřednictvím diagnostického rozhovoru pro DSM-IV pro současnou a celoživotní diagnózu duševní poruchy) existuje vyšší míra výskytu užívání návykových látek a poruch v důsledku užívání návykových látek. Přičemž byly zjištěny silné vazby mezi diagnózou poruchy chování a všemi typy užívání návykových látek a poruch způsobených užíváním návykových látek, jak současných, tak celoživotních. Téměř polovina mladistvých v tomto souboru již někdy ve svém životě užila nepovolenou návykovou látku. Více než třetina těchto mladistvých v pěstounské péči splňovala kritéria pro poruchu způsobenou užíváním návykových látek. Mladiství v pěstounské péči, kteří užívají návykové látky, je mohou užívat až nebezpečně nebo je mohou zneužívat či trpět poruchou způsobenou užíváním návykových látek (Vaughn a další, 2007).

Děti a zvláště adolescenti žijící v rezidentní péči vykazují jiné rizikové faktory než děti a adolescenti žijící v domácnostech. Ford a další (2007) zkombinovali tři průzkumy u britských dětí, o které pečovaly místní úřady ($n = 1453$) a jeden průzkum u dětí žijících doma ($n = 10\,428$). U dětí žijících v péči byla větší prevalence duševních poruch než u nejvíce znevýhodněných dětí žijících doma. Proměnné související s poskytováním péče významně souvisely s duševním zdravím. Status péče měl nejsilnější vazbu na poruchy, u nichž se má za to, že hlavní roli u nich hrají faktory prostředí, jako jsou

například posttraumatická stresová porucha a poruchy chování. U dívek je to potenciálně spíše posttraumatická stresová porucha a u chlapců diagnóza hyperkinetické poruchy a poruchy chování nebo opozičního vzdoru.⁴

Schmid a další (2006) zkoumali 689 adolescentů s průměrným věkem 14,4 roku (SD = 2,9) z 20 zařízení rezidenční péče. Poznatky vyplývající z jejich výzkumu nasvědčují tomu, že adolescenti v rezidenční péči představují vysoce rizikovou skupinu, co se týče duševních poruch a užívání či zneužívání návykových látek (tabulka 2.2).

Vysoce rizikové skupiny adolescentů lze identifikovat. Jsou to studenti navazujících středních škol a adolescenti v pěstounské nebo rezidenční péči. Adolescenti v rezidenční péči trpí častěji určitou psychickou poruchou a jsou náchylnější k užívání návykových látek.

Tabulka 2.2: Převaha různých psychiatrických diagnóz

Diagnóza	Převaha Rezidenční péče	Široká veřejnost
Porucha chování (F 91, F 92)	26 % (+ 22 % F 90,1)	6 %
ADHD (F 90,0 + F 90,1)	24 %	3-6 %
Deprese (F 32, F 34)	10,4 %	1-5 %
Úzkost	4 %	1,8-5,3 %
Enuréza	6 % (14letí)	2 %
Užívání návykových látek	8,8 % (14letí)	4 % alkohol (16letí) 1 % kanabis (14letí)

Společný výskyt vysoké míry duševních poruch a vysokého rizika rozvoje poruch v důsledku užívání návykových látek v určité podskupině mladé populace ukazuje potřebu důkladně se podívat na duševní poruchy mladistvých na více individuální úrovni.

⁴ Porucha opozičního vzdoru: MKN-10:F91.3. podle Americká akademie dětské psychiatrie a psychiatrie dospívajících jde o „vzorec nespolutracujícího, vzdorovitého a nepřátelského chování vůči autoritám, které vážně narušuje každodenní fungování mladistvého“. Mezi symptomy patří: „časté záchvaty vzteku, nepřiměřené hádání se s dospělými, otevřený odpor, odmítání vyhovět požadavků, a pravidlům dospělých, úmyslná snaha otrávit a rozčílit lidi, obviňování druhých za vlastní chyby a špatné chování, často jsou nedůtkliví a snadno je druzí rozzlobí, častý hněv a zatrpkllost, nenávisť a zlostná mluva v rozčilení, snaží se mstít“. Další informace jsou k dispozici na http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/children_with_oppositional_defiant_disorder

2.3 Individuální rizikové a ochranné faktory

2.3.1 Genderové efekty

Existují důkazy, že některé rizikové a ochranné faktory mají odlišný vliv na chlapce a dívky.

Zdá se, že pubertální zrání má vliv na užívání alkoholu. Ve vzorku 4 500 žáků ze státních škol v Severní Karolíně ve věku 9, 11 a 13 let predikovalo předčasné pubertální zrání užívání alkoholu u obou pohlaví a poruchu v důsledku užívání alkoholu u dívek. Vliv morfologického vývoje byl nejsilnější u předčasně zrajících jedinců. Nejvyšší riziko užívání alkoholu bylo pozorováno u předčasně dozrávajících mladistvých s poruchou chování a deviantními vrstevníky. Laxní dohled predikoval užívání alkoholu u předčasně dozrávajících dívek, zatímco chudoba a rodinné problémy byly predikátory u předčasně dozrávajících chlapců (Costello a další, 2007).

Dívky, u kterých proběhla předčasná puberta, vykazují ve srovnání s jejich později dospívajícími protějšky větší pravděpodobnost přechodu na užívání návykových látek (Chung a další, 2005).

U ostýchavých žen je také menší pravděpodobnost, že se stanou uživatelkami kanabisu v dospělosti než u neostýchavých (Ensminger a další, 2002).

Essau a další (1998) ve svém přehledu uvádí, že převaha poruch způsobených užíváním návykových látek u adolescentů je výrazně vyšší u mužů než u žen. Přestože míry expozice jsou u mužů i žen celkem podobné, u mužů je dvakrát vyšší pravděpodobnost, že budou užívat pravidelně, než u žen a čtyřikrát vyšší, že se stanou silnými uživateli (Rey a další, 2004).

Za použití sebesposuzovacích zpráv adolescentů v rezidenční péči zjistil Schmid a další (2006), že 27,4 % chlapců uvedlo občasné problémy a 19 % zřetelné problémy s užíváním návykových látek, zatímco u děvčat byly příslušné hodnoty 21,2 % a 9,5 %. Ve zprávách pečovatelů byla procenta užívání návykových látek o něco nižší (Schmid a další, 2006).

V populaci uživatelů drog z centra města v rezidenční péči uvedly ženy větší míru užívání cracku nebo kokainu a byla u nich větší pravděpodobnost, že budou ve srovnání se svými mužskými protějšky na těchto drogách závislé. Nebyly však prokázány žádné konzistentní pohlavní rozdíly v užívání jiných drog a závislosti na nich. Nebyly zjištěny žádné pohlavní rozdíly u jiných návykových látek od alkoholu, kanabisu až po halucinogeny (Lejuez a další, 2007).

Bylo zjištěno, že chlapci, nikoliv však dívky, s anamnézou deprese vykazují vyšší riziko vzniku poruchy v důsledku užívání návykových látek. Úzkost zvýšila riziko vzniku poruchy v důsledku užívání návykových látek u 16letých dívek (Sung a další, 2004).

Souvislost mezi užíváním návykových látek a antisociálním chováním byla u dívek výraznější než u chlapců (Kokkevi a další, 2007).

Náboženské vyznání snížilo riziko počátku experimentálního užívání kanabisu u děvčat a u mladších děvčat riziko pokračování v experimentálním užívání. Pokud jde o rodinné rizikové faktory, pak samostatné rozhodování se predikovalo u chlapců přechod k pravidelnému užívání kanabisu (Van den Bree a další, 2005).

Obecně je riziko užívání návykových látek vyšší u chlapců než u děvčat. Pokud jde o duševní poruchy, převaha poruch chování je vyšší u chlapců, ovšem internalizující poruchy a posttraumatická stresová porucha jsou častější u děvčat. Nicméně u dětí s antisociálním chováním vykazují vyšší riziko užívání návykových látek děvčata, nikoliv chlapci.

2.3.2 Osobnost a temperament

Vyšší riziko užívání návykových látek je spojenos s některými osobnostními rysy a postoji. Temperament souvisí s užíváním návykových látek a strukturální modelování ukazuje prostřednictvím konstruktů sebekontroly na nepřímé vlivy (Wills a další, 2001). Ze závěrů práce vyplývá, že dobrá sebekontrola vede k vyšší akademické kompetenci a má přímý vliv na nižší užívání návykových látek u vrstevníků a adolescentů, zatímco nedostatečná sebekontrola vede k většímu počtu životních událostí a stýkání se s deviantními vrstevníky (Wills a další, 2001). Bergen a další (2004) rovněž ukázali, že akademické selhání predikuje užívání alkoholu, tabáku a kanabisu, dokonce i po korekci sociodemografických faktorů a deprese, úzkosti a antisociálního chování.

Stydlivost byla ochranným faktorem u užívání kanabisu (Ensminger a další, 2002): u stydlivých osob ženského pohlaví existovala menší pravděpodobnost stát se uživatelkami kanabisu v dospělosti než u nestydlivých. Sociální vazba v dospívání nezmírnila vzájemnou vazbu předchozí dětské poruchy a užívání drog v dospělosti (Ensminger a další, 2002).

Catanzaro a Laurent (2004) zkoumali některé důvody pro pití alkoholu pomocí dotazníků o očekávání výsledku užívání alkoholu (AOEQ), rozsahu regulace negativní nálady (NMR scale) a rozsahu důvodů pro pití. Slabá očekávání týkající se regulace negativní nálady potencovala každé takové riziko. Nedávné pití, celoživotní pití a opilost byly vesměs pozitivně spojeny s většími očekáváními ohledně snížení napětí alkoholem, přičemž pití za účelem zvládnání života bylo jasným zprostředkovatelem těchto vztahů. Nejvyšší míra pití za účelem zvládnání života a opilost byly zaznamenány u těch, kteří dosáhli nejvyššího skóre na „nejrizikovějších“ koncích obou vzájemně na sebe působících měřících nástrojů pro stanovení predikce (např. vysoká míra vyhybavého zvládnání a očekávaného snížení napětí).

Očekávání od alkoholu, měřené pomocí dotazníku AEQ-3 (Alcohol Expectancies Questionnaire), predikovala u adolescentů konzumaci alkoholu (Barnow a další, 2004).

Posouzení vyhledávání vzrušení pomocí škály Brief Sensation-Seeking Scale (BSSS) a užívání cigaret a kanabisu, záměrů a postojů ukázalo, že vyhledávání vzrušení pozitivně korelovalo s 9 ze 12 výstupních proměnných kouření a užívání kanabisu (např. celoživotní užívání, pravidelné užívání kanabisu, pozitivní postoje ke kouření) (Stephenson a Helme, 2006).

Cohen a další (2007) zkoumali adolescenty v průměrném věku 13,7 roku. Porucha osobnosti souvisela jak s vyšším rizikem zároveň se vyskytující poruchy způsobené užíváním návykových látek, tak s vyšší pravděpodobností následného počátku užívání kanabisu. Je ovšem třeba dodat, že na symptomy dětí v tomto věku by mělo být nahlíženo spíše jako na osobnostní rysy, neboť diagnóza poruchy osobnosti by se neměla stanovovat před 16. rokem života.

Dobrá sebe kontrola vede k menšímu užívání návykových látek u adolescentů. Nesmělost může působit jako ochranný faktor u žen při užívání kanabisu. Slabá regulace negativní nálady, větší

očekáváními ohledně snížení napětí alkoholem a pití za účelem zvládnání života zvyšují riziko pití alkoholu. Vyhledávání vzrušení je spojeno s užíváním cigaret a kanabisu.

2.3.3 Psychopatologie

Na rozvoj užívání návykových látek mají velký vliv problémy s duševním zdravím. Například převaha problémy s chováním, jako je antisociální chování, zranění, depresivní nálada nebo sebevražedné pokusy, je u uživatelů kanabisu jednoznačně vyšší než u neuživatelů, a u uživatelů nepovolených drog jiných než kanabis existuje převaha ještě vyšší (Stronski a další, 2000).

Dokonce i duševní poruchy chování v dětství jsou předzvěstí problémů s alkoholem v dospívání. Jsou spojeny s přetrváváním problémů s alkoholem v dospívání a predikují vznik poruchy v důsledku užívání alkoholu (Clark, 2004).

Chabé adaptivní fungování a psychologické problémy souvisejí s nenormativní orientací na opilost. Jak u chlapů v pozdním dospívání, kteří se vyhýbají opilosti, tak i u těch, kteří se opíjejí často, může být potřebné posouzení jejich duševního zdraví. Častá opilost je pozorována v pozdním dospívání u jedinců, kteří využívají službě v oblasti duševního zdraví (Niemela a další, 2006). Psychické poruchy jsou výrazně spojeny s rozvojem poruch v důsledku užívání návykových látek, a to jak jako premorbidní rizikové faktory, tak jako jejich důsledek. Adolescenti s poruchou vzniklou užívání návykových látek mají řadu problémů, včetně komorbidních psychiatrických poruch (Bukstein a další, 2005).

Ze studie vypracované pro ministerstvo zdravotnictví v Anglii (Meltzer a další, 2003) vyplynulo, že 32 % ze zkoumané skupiny 11-17letých osob bylo aktuálních kuřáků a pouhých 36 % nikdy kouření nezkusilo. U dětí s duševní poruchou existovala mnohem větší pravděpodobnost, že budou kouřit. Více než polovina mladých lidí s duševní poruchou byla aktuálními kuřáky, přičemž pouze 19 % bylo kuřáků bez duševní poruchy. U dětí s emocionální poruchou kouřilo aktuálně 65 %. Studie prokázala, že 45 % ze zkoumané skupiny 11-17letých osob nikdy nemělo alkoholický nápoj a čtvrtina pila alespoň jednou měsíčně. Děti s duševní poruchou vykazovaly větší pravděpodobnost stát se pravidelnými pijáky, než tomu bylo u dětí bez duševní poruchy: 5 % dětí s duševní poruchou uvedlo, že pije téměř každý den, přičemž žádné z dětí bez duševní poruchy nepilo takto pravidelně. Mezi dětmi s poruchou chování pilo 6 % téměř každý den, a čtvrtina dětí s emocionální poruchou pila jednou nebo dvakrát týdně.

U dětí s duševní poruchou byla větší pravděpodobnost, že začnou pít v brzkém věku: 27 % dětí s duševní poruchou začalo pít ve věku 10 let nebo i dříve, zatímco u dětí bez duševní poruchy byl tento jev pozorován u 11 %.

Nejběžnější uváděnou drogou byl kanabis, jehož užívání v určité době v průběhu jejich života uvedla pětina ze zkoumané skupiny 11-17letých. Z těchto dětí dále polovina (11 % ze všech dětí) užila kanabis během posledního měsíce. Užití kanabisu převládalo u chlapů a mezi staršími dětmi. U dětí s duševní poruchou existovala tři krát větší pravděpodobnost, že užily kanabis během posledního měsíce, než u dětí bez duševní poruchy: 19 % oproti 6 %.

U dětí s duševní poruchou je větší pravděpodobnost, že začnou pít v brzkém věku a že užily kanabis během posledního měsíce.

2.3.3.1 Externalizující a internalizující psychopatologie a užívání návykových látek

Výzkum komorbidity je často vykládán jakožto ukazatel modelu dvojí cesty, ve kterém jsou užívání návykových látek a porucha způsobena jejich užíváním dosaženy jak v důsledku deviantního chování (zvláště poruchy chování), tak případně v důsledku internalizujících poruch (včetně úzkosti a deprese). Při analýze dat ze studie Addhelath našli Dierker a další (2007) určitou podporu pro hypotézu dvojí cesty: u mladých dospělých žen deprese jednoznačně predikovali zařazení se mezi kuřáky. King a další (2004) zjistili, že deprese může v raném dospívání predikovat započetí užívání zákonem povolených látek v brzkém dospívání. Zatímco tyto výsledky se týkají pouze kouření, Witcchen a další (2007) mohli ukázat, že internalizující poruchy (depresivní poruchy a hypománie či mánie) jsou spojeny s užíváním kanabisu a poruchy způsobené jeho užíváním nezávisle na externalizujících poruchách (ADHD, porucha opozičního vzoru, porucha chování).

Porucha chování a agresivní chování: Nejlepší důkaz je podán pro korelaci mezi externalizujícími poruchami, jako jsou ADHD a porucha chování. Ovšem problémové chování, jako je agresivní chování (Unger a další, 2003) či antisociální chování (Kokkevi a další, 2007) výrazně koreluje s užíváním návykových látek. Fyzická agrese, měřena u 631 studentů navazujících středních škol v Kalifornii pomocí 14položkové škály převzaté z původního Conflict Tactic Scale, byla spojena s vyšším rizikem užívání cigaret, alkoholu, kanabisu a jiných drog. Neagresivní chování bylo spojeno s nižším rizikem užívání cigaret.

Symptomy poruchy chování byly silným prediktorem pro rozvoj poruch v důsledku užívání alkoholu u populace 506 chlapců zkoumaných v rámci Pittsburské studie mládeže (Pittsburgh Youth Study), tj. longitudinální studie studentů na sedmém stupni v letech 1987-1988, posuzování po dvacátém roku života, průměrný věk 20,4 roku (Pardini a další, 2007).

U studie provedené na 2 436 norských středoškolácích ve věku 12 až 16 let byl včasný počátek problémů s chováním také shledán jakožto faktor, který zvyšuje citlivost jedince vůči pozdějšímu užívání kanabisu (Pedersen a další 2001). Výrazná souvislost mezi problémy s chováním a započatím užívání kanabisu je také patrná na míře problémů s chováním, která jsou nejpravděpodobněji subklinická, což vyplývá z měření podle Olweusovy škály antisociálního chování. Účinky byly výrazně silnější u dívek (Pedersen a další, 2001).

Delikventní chování (měřeno podle CBCL, Child Behaviour Checklist, pozn. překl.) bylo výrazným prediktorem užívání drog (Ferdinand a další, 2001). Mason a další (2003) zjistili, že delikvence predikovala nárůst užívání návykových látek, ale užívání návykových látek nepredikovalo nárůst delikvence.

Studie přirozeného průběhu poruchy chování a agresivního chování ukazují, že u hlavní skupiny těchto pacientů existuje vysoké riziko delikvence. Z přehledů o zatčených mladistvých delikventech je současně patrná vyšší míra zneužívání návykových látek a poruch v důsledku užívání návykových látek u delikventů obecně ve srovnání s širokou veřejností. Friedman a Terras (1999) ze skupiny 350 dospívajících mužů se soudním rozhodnutím, kteří byli označeni jako delikventi, zjistili, že rizikové proměnné sociálního chování a vztahů s vrstevníky souvisely s mírou užívání a zneužívání návykových látek výrazně více než rizikové proměnné rodinných vztahů (36 % oproti 12 %). Ochranné faktory jako přizpůsobivé sociální chování a tradiční utváření pout a vztahů byly co do predikce odpovědi na léčbu a predikce výsledků závažného zneužívání návykových látek silnější než míra rizikových faktorů

sociálního chování. Z tohoto důvodu se tudíž řada strategií u dětí a adolescentů s agresivním chováním a časnou delikvencí zaměřuje na tzv. multisystémové intervence. Přehled o multisystémové terapii mládeže ve věku 10-17 let se sociálními, emocionálními a behaviorálními problémy autorů Littella a dalších (2005), v rámci kterého provedli vyhledávání v databázi Cochrane a posoudili 266 článků a abstraktů, ovšem neprokázal jednoznačné výsledky. Autoři z těchto článků určili 35 specifických studií a došli k závěru, že sice neexistuje důkaz o škodlivosti multisystémové terapie u mladistvých, ovšem důkazy o účinnosti multisystémové terapie ve srovnání s jinými intervencemi jsou ve vzájemném rozporu. Woolfenden a další (2006) provedli na základě databáze Cochrane přehled se zaměřením na rodinné a rodičovské intervence u dětí a adolescentů s poruchami chování a delikvencí. Z celkových 970 titulů zkoumaných v rámci literární rešerše pouze 8 studií splňovalo kritéria kvality pro jejich zařazení do přehledu. Celkem bylo náhodně vybráno 749 dětí žijících v rodinách do skupiny pro rodinné či rodičovské intervence nebo do kontrolní skupiny. Jak naznačují důkazy z těchto experimentů, zmiňované intervence pro mladistvé delikventy a jejich rodiny jsou prospěšné a mají vliv na zkrácení času stráveného v zařízeních pro mladistvé a možná i na snížení počtu následných zatčení.

Některé delikventní děti a děti s poruchou chování žijí před uvězněním na ulici jako tzv. děti ulice nebo děti na útěku. Thompson a další (2005) u utíkající mládeže popsali zvláště vysoké riziko zneužívání návykových látek. Autoři porovnali mladistvé na útěku žijící v azylových domech s dětmi ulice žijícími v nápravných zařízeních pro mladistvé ve Spojených státech a zjistili, že zadržené děti ulice v nápravných zařízeních ($n = 121$) vykazovaly úměrně vyšší míru problémového chování, včetně užívání návykových látek, než mládež přijata do azylových domů ($n = 156$). Užívání alkoholu a kanabisu bylo u obou skupin úzce spojeno s užíváním návykových látek.

Závěrem lze konstatovat, že podle dostupných důkazů je externalizující psychopatologie, zejména tedy porucha chování, agresivní chování a delikvence, spojena s vyšším rizikem vzniku pozdějších poruch v důsledku užívání návykových látek a včasného návykového chování. Speciální podskupiny mohou být cílem přístupů indikované prevence na individuální úrovni. Výběrové procesy vedou k nekonzistentnímu výběru vzorků z těchto vysoce rizikových skupin v dětských domovech a ústavech, azylových domech pro děti bez domova a mládež na útěku a také z mladistvých v trestněprávním řízení. Pro tyto vysoce rizikové skupiny by tudíž mohly a měly být navrženy specifické intervence.

Problémy s chováním, agresivní chování a delikvence jsou výraznými prediktory užívání návykových látek.

ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou byla některými výzkumnými pracovníky identifikována jako rizikový faktor pro rozvoj užívání nebo zneužívání návykových látek. Přibližně jedna čtvrtina jednotlivců, kteří nastupují hospitalizační léčbu užívání návykových látek, splnila kritéria DSM-IV pro diagnostikování poruchou ADHA (Schubiner a další, 2000).

V rámci Pittsburské studie mládeže (Pittsburgh Youth Study) bylo zjištěno, že následně po kontrole souběžně existujících forem psychopatologie, měly symptomy ADHD malý nebo vůbec žádný dopad na rozvoj poruch v důsledku užívání alkoholu. Nejvyšší riziko pro rozvoj poruch v důsledku užívání alkoholu dospívající mládeží bylo spojeno se souběžně se vyskytujícími symptomy deprese a poruchy chování (Pardini a další, 2007).

Lynskey a Hall (2001) došli ve svém přehledu k závěru, že mnohá spojení mezi časnou ADHD a pozdějším užíváním návykových látek mohou být vysvětlena spojením mezi ADHD a problémy s chováním, které, jak se dle studií jeví, mají vliv na pozdější sklony ke vzniku užívání a nesprávnému užívání návykových látek. Zdá se tedy pravděpodobnějším, že existuje větší pravděpodobnost spojení problémů s užíváním návykových látek u hyperaktivního podtypu ADHD.

Fergusson a další (2007) provedli v nedávné době test tří modelů vztahů mezi problémy s chováním, s pozorností a s poruchami vzniklými užíváním návykových látek.

Tyto tři modely mohou být formulovány následovně:

- problémy s chováním a pozorností odráží obecnější dimenzi externalizujícího chování;
- problémy s chováním a pozorností mají vysoce specifické následky (teorie dvojí cesty);
- problémy s chováním a pozorností se neaditivně kombinují a ovlivňují tak pozdější výsledky.

Fergusson a další (2007) prokázali, že:

- problémy s chováním obecně souvisejí s pozdějším zneužíváním návykových látek
- problémy s pozorností do značné míry nesouvisí s pozdějším zneužíváním návykových látek, pokud dochází ke kontrole problémů s chováním a jejich spolučinitelům (výjimka: užívání kanabisu).

Mnohá spojení mezi časnou ADHD a pozdějším užíváním návykových látek mohou být vysvětlena spojením mezi ADHD a problémy s chováním.

Internalizující chování: Spojení mezi závislostí na alkoholu nebo jeho zneužíváním a depresivními poruchami demonstroval Spak a další (2000) ve švédské víceúčelové populační studii pod názvem „Ženy a alkohol v Geoteborgu“. Zkušenost s psychologickými nebo psychiatrickými problémy před dosažením věku 18 let predikovala jak alkoholovou závislost nebo zneužívání alkoholu, tak depresivní poruchy. Zkušenost s psychologickými nebo psychiatrickými problémy v době vývoje a růstu, jakožto i včasná zkušenost s alkoholovou intoxikací byly spojeny jak s alkoholovou závislostí nebo zneužíváním alkoholu, tak depresivními poruchami. Psychologickými nebo psychiatrickými problémy nebyly bohužel specifikovány. Nebyla shledána žádná významná spojení mezi vysokou konzumací alkoholu nebo vysokým epizodickým pitím a depresivními poruchami.

Ve skupině adolescentů se souběžně se vyskytující velkou depresivní poruchou a poruchou v důsledku užívání návykových látek existovala výrazně vyšší pravděpodobnost rozvoje závislosti na kanabisu u těch, u kterých se nejprve projevila deprese (Libby a další, 2005).

Co se sebevražedného chování týče, pak skupiny adolescentů, vybrané jak z klinických, tak komunitních skupin, kteří svou sebevraždu dokonali, a adolescentů, kteří se o ni pokusili, vykazovaly ve srovnání s adolescenty bez sebevražedných sklonnů zvýšenou míru užívání alkoholu a nepovolených drog a s tím spojených problémů. Komorbidní psychopatologie, která je běžná u adolescentů zneužívajících návykové látky, podstatně zvyšuje riziko dokonaných sebevražd i sebevražedných pokusů. Procento sebevražedného chování je u adolescentů s poruchami v důsledku užívání návykových látek vyšší. Akutní účinky alkoholu mohou působit jako proximální rizikové faktory sebevražedného chování (Esposito-Smythers a Spirito, 2004). Dá se předpokládat, že existuje reciproční účinek deprese nebo sebevražednosti a užívání návykových látek.

Adolescenti s internalizujícími problémy týkajícími se úzkosti nebo uzavíráním se do sebe, zdá se, vykazují nižší riziko rozvoje poruch v důsledku užívání alkoholu (Pardini a další, 2007).

Užívání kanabisu je spojeno s depresí (nezávisle na věku) (Fergusson a další, 2002). Rovněž jsou také deprese, úzkost a užívání kanabisu spojeny nezávisle na rodinném prostředí a zázemí jedince (včetně pohlaví dítěte, vzdělání matky, rodinného příjmu, rodinného stavu matky a kvality). Časté užívání je spojeno se zvýšenou úzkostí nebo depresí (Hayatbakhsh a další, 2007).

Wittchen a další (2007) ve své 10leté prospektivní longitudinální studii zjistili, že poruchy nálady (včetně bipolárních poruch – hypománie a mánie) predikovaly zvýšenou míru užívání kanabisu a vzniku poruch v důsledku jeho užívání. Výjimkou byla dystymie, která poruchu způsobenou užíváním kanabisu nepredikuje. Tato predikce by mohla být dokonce potvrzena kontrolou přítomnosti externalizujících poruch. Co se týče poruch úzkosti, výsledky se různily, což by mohlo být vysvětleno zjištěním, že v prvních dekádách života mají poruchy úzkosti relativně nízkou stabilitu Wittchen a další, 2007).

Depresivní poruchy jsou spojeny se zneužíváním alkoholu nebo závislostí na něm a na kanabisu. Existují rovněž reciproční účinky sebevražednosti a užívání návykových látek. Poruchy nálady (včetně bipolárních poruch – hypománie a mánie) predikovaly zvýšenou míru užívání kanabisu a vzniku poruch v důsledku jeho užívání. Co se týče poruch úzkosti, výsledky se různily.

Stresové životní události a PTSP: Ve skupině adolescentů ve věku 13-15 let žijících v komunitě v Austrálii a na Novém Zélandu bylo sexuální zneužívání v raném dětství spojeno užíváním návykových látek jak u chlapců, tak u dívek (Bergen a další, 2004).

U mladých s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSP) byla zjištěna míra užívání návykových látek a poruchy užíváním vzniklé. Zároveň bylo zjištěno výrazné spojení mezi diagnózou poruchy chování a všemi typy užívání návykových látek a poruch následně vzniklých, jak aktuálních, tak celoživotních (Vaughn a další, 2007).

Lipschitz a další (2003) zkoumali 104 adolescentů, kteří obdrželi lékařskou péči na klinice pro adolescenty. Dívky s kompletní nebo částečnou PTSP vykazovaly ve srovnání s traumatizovanými dívkami bez PTSP významně vyšší procento pravidelného užívání nikotinu, kanabisu a/nebo alkoholu.

Míra zneužívání a zanedbávání v dětství byla vysoká v Turecku v populaci závislých osob hledajících péči. Poznatky podporují domněnku, že zneužívání a zanedbávání v dětství přispívá k vysoké převaze deprese, PTSP, specifické fobie a poruch osobnosti v populacích závislých na návykových látkách. Navíc závažnost deprese a úzkosti souvisela se zneužíváním a zanedbáváním v dětství (Evren a další, 2006 a,b).

Morojele a spolupracovníci (Mojorele a další, 2006 a,b; Mojorele a Brook, 2006) došli k následujícímu závěru. Čím větší byla míra zapletení se adolescentů do užívání různých drog, tím větší byla u nich pravděpodobnost, že se stanou oběťmi jednoho či více typů násilí. Větší zapojení se do delikventního chování bylo rovněž shledáno jako faktor související s větší viktimizací. Užívání alkoholu a kanabisu vrstevníky taktéž souviselo s mnohonásobnou viktimizací. Užívání cigaret a alkoholu rodiči predikovalo u adolescentů pravděpodobnost, že byli vícekrát oběťmi.

Časný počátek poruchy chování je spojen s časným užíváním kanabisu a užíváním více drog o pět let později. Ti, kdo uvedli, že měli velice brzy ve svém životě negativní zkušenosti s diskriminační averzí (před 12 rokem života), vykazovali větší pravděpodobnost projevů problémů s chováním a časného užívání drog. Kombinace časně diskriminace a časných problémů s chováním tyto jedince staví před vyšší riziko pozdějšího užívání a případně také zneužívání (Gibbons a další, 2007). Tyto poznatky by však měly být vykládány s opatrností, neboť dvě proměnné (porucha chování a diskriminace) mohou být matoucí. Údaje o diskriminaci byly založeny na sebezposouzení jednotlivců a nebyly podloženy objektivními daty.

Zneužívání a zanedbávání v dětství a posttraumatická stresová porucha souvisí s užíváním a zneužíváním návykových látek.

Z důkazů je patrné, že individuální proměnné mohou výrazně ovlivnit rozvoj užívání a zneužívání drog, jeví se tudíž jako nutné, abychom se zaměřili na znalosti o subtypech a individuálních trajektoriích užívání návykových látek.

2.3.4 Rizikové trajektorie spojené s návykovými látkami

Mnohé studie poskytují longitudinální informace o průběhu užívání a zneužívání návykových látek u adolescentů. Většina z nich se zabývá průběhem konzumace alkoholu, a pouze několik z nich užívání kanabisu. Jak je uvedeno v odstavci 2.1, jsou upřednostňovány studie, které poskytují adekvátní analýzu změny a jsou založeny na dostatečných časových obdobích a velikostech zkoumaných vzorků populací.

U longitudinálních studií lze metodologicky rozlišit dva přístupy. Přístupy založené na měření proměnných se obvykle opírají o velké vzorky populace, souhrnné statistiky (průměry, standardní odchylky) a standardní nebo logistické regresní modely, aby mohly vyvodit závěr o proměnných pro určitý vzorek jakožto celek, nebo pro vzorek rozložený na části v důsledku určitých významných sociodemografických faktorů (Windle a Wiesner, 2004). Přístup zaměřený na jedince explicitně rozpoznává důležitost změny v intra-individuální variabilitě trajektorií. Je tedy nutné pomocí statistického modelování určit, zda celková trajektorie skupiny v sobě obsahuje další podskupiny, jejichž trajektorie mají jiný tvar (a také jiné předcházející události a důsledky). Ve zbylé části tohoto odstavce se zaměřujeme na přístup zaměřený na jedince. S použitím informací o průběhu subtypů a jejich potenciálních ovlivňujících faktorech mohou být úvahy o intervencích a jejich následné plánování více propracované, rovněž díky pochopení a práci se současnými vývojovými trendy mohou být lépe zohledněny různé nuance.

Existuje několik studií o průběhu užívání a zneužívání alkoholu v dospívání, zejména tedy o nárazovém pijáctví. Chassin a další (2002) popsali čtyři trajektorie nárazového pijáctví: brzy těžce pijící skupina, později umírněně pijící skupina a nečasto pijící skupina (trajektorie skupiny nenárazových pijáků, tj. 40 % ze zkoumaného vzorku, byla známa již předem). Všechny tři pijící skupiny zvyšovaly ve srovnání se skupinou nenárazových pijáků riziko pro pozdější užívání návykových látek či závislost, přičemž skupiny brzy těžce pijících jedinců vykazovala riziko nejvyšší (Chassin a další, 2002).

Podobná klasifikace byla rovněž provedena Hillem a dalšími, (2000). V rámci projektu Sociálního rozvoje v Seattlu (*Seattle Social Development Project*) určili čtyři odlišné trajektorie nárazového

pijáctví: časní těžcí pijáci skupina, pijáci stupňující konzumaci, pozdě začínající pijáci a nenárazoví konzumenti.

Jedny z nejzajímavějších výsledků přinesla studie Mitchella a dalších (2006), kteří analyzovali údaje o 464 amerických indiánech nejen s ohledem na konzumaci alkoholu, ale také s ohledem na očekávání výsledného účinku alkoholu. Určili pět podskupin (latentní případy). Největší podskupina ($n = 198$) měla zkušenosti s počátečním zvyšováním konzumace alkoholu a pozitivní výsledky očekávání do 20 let věku a poté došlo k poklesu. Druhá skupina se vyznačovala těžkým počátečním užíváním a poté došlo k poklesu. Ostatní skupiny byly označeny jako mírně konzumující/s poklesem, nižší konzumace/se zvýšením a pomalé počátky. Jelikož pozitivní očekávání výsledného účinku alkoholu bylo spojeno se změnou v užívání alkoholu, byla by tato očekávání logickým místem pro intervenci u takové skupiny. Nicméně možnosti intervence by měly být pro každou podskupinu odlišné. Skupina s těžkým počátečním užíváním a pozdějšího k poklesu by pravděpodobně měla prospěch z včasného rozpoznání problému a následné léčby, zatímco mírně konzumující/s poklesem by nutně intervenci nevyžadovali. Nicméně pro tvůrce jednotlivých programů by mohlo být pochopení strategií použitých těmito skupinami k omezení konzumace alkoholu napříč v průběhu let extrémně informativní. Další tři skupiny rovněž nutně nepotřebují žádnou (doplňkovou intervenci) (Mitchell a další, 2006). Jak však uvádí autoři, i tato studie má svá omezení (např. fakt, že se jednalo pouze o jediný kmen amerických indiánů), ovšem ukazuje, že podobné tvoření podtypů je důležitou pomůckou pro zacílení zdrojů na skupiny, které to nejvíce potřebují.

S ohledem na kanabis, Windle a Wiesner (2004) shledali odlišné trajektorie u zkoumaného vzorku adolescentů školou povinných. Skupiny byly označeny jako abstinenti, experimentující uživatelé, jedinci snižující konzumaci, jedinci zvyšující konzumaci (3,6 %) a vysoce chroničtí uživatelé (1,7 % ze zkoumaného vzorku v první vlně, průměrný věk 15,5 roku). Coffey a další (2000) také došli k závěru, že největší konzumace kanabisu zůstávala ve formě příležitostného užívání, ale eskalovala do potenciálně škodlivého každodenního užívání v pozdějším školním období u 12 % časných uživatelů. Adolescenti s pravidelným užíváním kanabisu se zdají být na problematické trajektorii (Patton a další, 2007). Tyto výsledky byly založeny na logistické regresi; analýza křivky růstu nebyla provedena. Kategorické tvoření subtypů bylo vyhodnoceno Baborem a dalšími (2002). Ti dospěli k závěru, že kategorické tvoření subtypů může být relevantní v souvislosti s rozvojem léčebných intervencí (aniž by podpořili své závěry trajektoriemi).

Tvoření subtypů jednotlivců podle jejich společné trajektorie užívání návykových látek (např. časní těžcí uživatelé, později umírněně pijící konzumenti) může být slibným krokem k rozpoznání časných předcházejících faktorů a k predikování výsledků pro jednotlivé subskupiny.

Než se blíže podíváme na individualizaci, mohlo by být užitečné načrtnout neurobiologické mechanismy, prostřednictvím kterých zde pojednávané návykové látky působí na mozek.

2.4 Neurobiologie závislosti

Závislost je dnes brána jako chronické onemocnění mozku, které sebou nese množství komplexních interakcí mezi opakovanou expozicí drogám, biologickými (tj. genetické a vývojové) a environmentálními (tj. dostupnost drog, sociální a ekonomické proměnné) faktory.

Nora Volkow, NIDA, 2005

2.4.1 Úvod

Tato část obsahuje přehled biologického a fyziologického pozadí závislosti. Proč jsou dospívající tak citliví vůči poruchám v důsledku užívání návykových látek? Proč mají závislí lidé často jiné duševní choroby nebo – naopak – proč u duševně nemocných adolescentů dochází k rozvoji chování typického pro závislost poněkud často?

Ze dvou důvodů bude pozornost zaměřena zejména na mozkový mesolimbický dopaminergní systém, který je součástí tzv. systému odměny v mozku. Zaprvé, většina nesprávně užívaných drog zvyšuje hladinu neurotransmiteru dopaminu.⁽⁵⁾ Zadruhé se jedná o část mozku, která figuruje u většiny duševních poruch. Zvláštní pozornost bude věnována období dospívání.

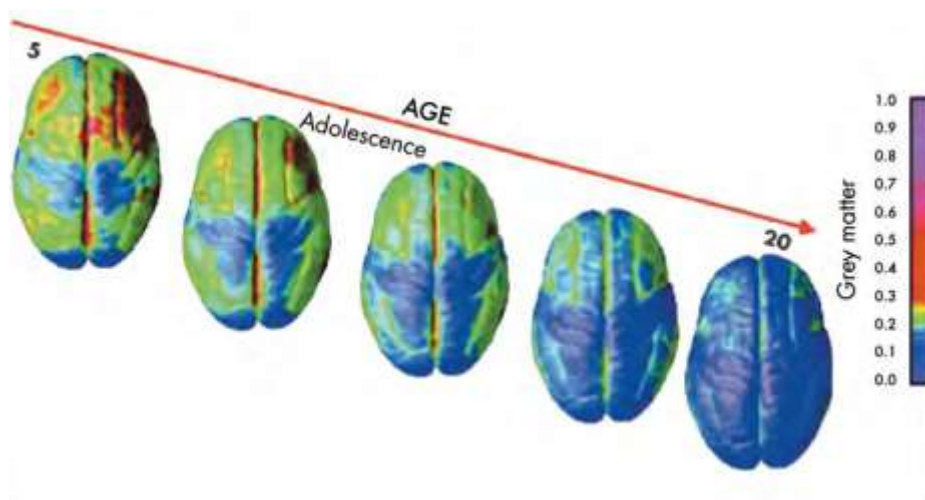
Adolescenti činí mnohá rozhodnutí, která by průměrné devítileté dítě označilo za pitomost.
Ronald E. Dahl, NYAS Magazine, listopad 2003

Dospívání je obdobím života, ve kterém u zdravého lidského mozku dochází k dramatické transformaci, jež vede jak k regionálním, tak k obecným změnám objemu mozku (obrázek 2.1). Definice období dospívání se často vztahuje na druhé desetiletí života, ačkoliv někteří výzkumní pracovníci rozšiřují své definice dospívání na první roky ještě krátce po dosažení dvacátého věku života. Výzkum mozku dospívajícího jedince je zvláště důležitý, za předpokladu, že toto období považujeme za vrchol dospívání, ve kterém dochází k neutrální reorganizaci, která přispívá k běžné variaci kognitivních dovedností a osobnosti. Mimo to je dospívání vnímáno jako období začátku vážných duševních nemocí, jako je například schizofrenie. Navzdory rostoucímu počtu důkazů o výrazných uvedených změnách jak ve struktuře, tak funkci mozku během dospívání a rané dospělosti, několik málo studií prozkoumalo tento vztah přímo s použitím zobrazovacích metod in vivo. Je tedy stále málo informací o vztahu mezi adolescentním chováním a účincích dospívání na morfologické a funkční aspekty mozku.

Jaké znalosti jsou doposud známy? U dospívajících jedinců napříč rozmanitými živočišnými druhy lze pozorovat nápadné vývojové proměny prefrontální kůry a limbických oblastí mozku (obrázek viz. níže a 2.2), což jsou změny, které znamenají viditelný posun v rovnováze mezi mesokortikálním a mesolimbickým dopaminovým systémem. Nedávné studie provedené s využitím magnetické rezonance s vysokým rozlišením (MRI) zdůrazňují účinky probíhající myelinizace, které nasvědčují silnému procesu dozrávání (viz. obrz. 2.1). Vývojové změny v těchto na stres citlivých oblastech, které jsou rozhodující pro přisuzování incentivní salience (pobízející výraznost) drogám a jiným podnětům, jsou pravděpodobně zodpovědné za jedinečné charakteristiky dospívání (Spear, 2000). Nedávný výzkum odhalil nerovnoměrný vývoj oblastí mozku, což zjevně přispívá k riskování adolescentů (Galvan a další, 2005, 2006). Impulzivita a riskování v období dospívání nejsou zvýšeny pouze ve srovnání s dospělými, ale i s dětmi. Inkriminovaná nezralost prefrontální kůry a zejména kůry orbitofrontální tak tudíž často nemůže být jediným vysvětlením, neboť i u dětí je tato oblast nezralá. Nicméně pouze adolescenti mají sklon k riskantním rozhodnutím. Svoji hypotézu, že častější vývin nucleus accumbens (součást systému odměny, viz. níže a obrázek 2.2) vztahující se k orbitofrontální kůře, podmiňuje riskantní chování adolescentů, Galvan a další opravdu potvrdili. V zobrazovací studii (funkční MRI), která zkoumala chování s vyhledáváním odměny, byla oproti dětem a dospělým u

⁵ Neurotransmitery jsou chemické látky, které slouží k předávání, zesílení a modulaci signálů mezi neuronem a další buňkou.

adolescentů prokázána přemrštěná aktivita nucleus accumbens vztahující se k prefrontální aktivitě. Autoři došli k závěru, že existují rozdílné časové průběhy vývoje těchto oblastí, přičemž tento závěr nabízí jako vysvětlení jedinečného chování adolescentů spojeného s vyhledáváním rizika.



Obrázek 2.1: Výše uvedené kompozitní zobrazení mozku pomocí magnetické rezonance znázorňují při pohledu seshora posloupnost dozrávání šedé hmoty na povrchu mozku. Výzkumníci zjistili, že se v raném věku objem šedé hmoty zvětšuje, následuje trvalý pokles a ztenčování s počátkem v pubertě, což je ve vzájemném vztahu se stoupajícími kognitivními schopnostmi. Vědci se domnívají, že tento proces odráží lepší organizaci mozku, který prořezává nadbytečná spojení, a přibývání myelinu, který zlepšuje přenos signálů v mozku.

© Autorská práva původního obrázku jsou majetkem Akademie věd Spojených států amerických.

Překlad obrázku zleva doprava *pozn. překl.* VĚK, dospívání, šedá hmota, obrázek převzatý z Gogtay N. a další (2004). Dynamické mapování vývoje lidské mozkové kúry během dětství až do časné dospělosti. PNAS 101 (21), 81748179, obrázek 3

Tabulka 2.3: Třídy neurotransmiterů

Aminokyseliny	Monoaminy		Rozpustné plyny
Acetylcholin	Katecholaminy	Indolaminy	
Glutamát	Dopamin	Serotonin	Oxid dusný
Aspartát	Adrenalin		Oxid uhelnatý
Glycin	Noradrenalin		
GABA			

Následující odstavce se pokusí objasnit různé mechanismy, které se podílejí na procesech dozrávání, neurotransmitery, kterých se to týká, a způsob, jakým mohou drogy ovlivnit tento zranitelný mozkový systém adolescenta. Tyto informace by mohly pomoci při vytváření cílených intervencí přizpůsobených speciálním potřebám adolescentů.

2.4.2 Mozkový systém odměny a jeho spojení

Dopamin je jedním z mnoha neurotransmiterů, tedy přenašečů informace mezi nervovými buňkami (tabulka 2.3) centrálního nervového systému (obrázek 2.2). Nervová zakončení jsou spojena v místech zvaných synapse. Neurotransmitery, jako je dopamin, jsou chemicky syntetizovány presynapticky (obrázky 2.3A a 2.3B). Elektrické podráždění nervové buňky - neuronu – vede k uvolnění neurotransmiteru, což má za následek fyziologický účinek na druhý neuron (postsynapticky) prostřednictvím interakce s receptory, jež jsou vazebními místy na postsynaptickém neuronu. Aktivita je ukončena enzymatickou degradací neurotransmiteru a jeho zpětným vychytáním do presynaptického neuronu.

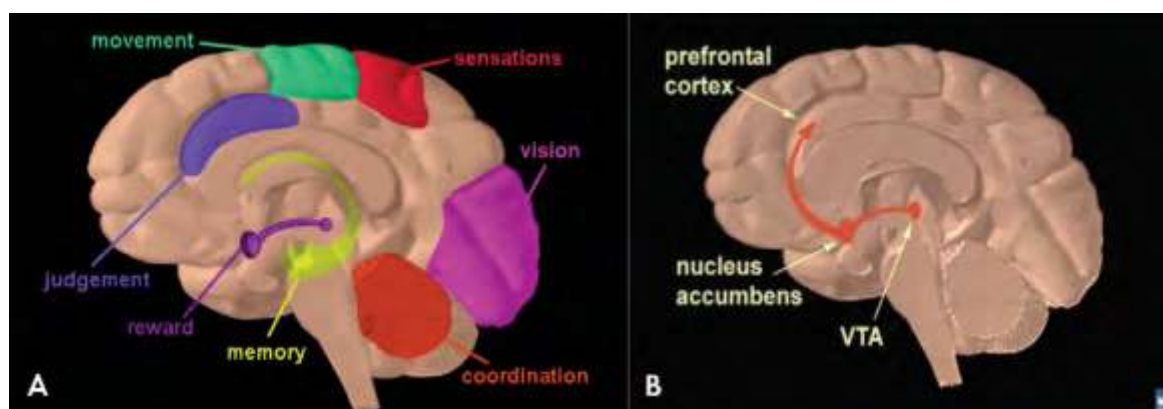
Dopamin si od psychofarmakologů vysloužil zvláštní pozornost, neboť hraje zřejmou roli v regulaci nálady a afektu a má vliv na procesy motivace a odměny. I přesto, že v mozku existuje několik dopaminových systémů, považuje se mesolimbický dopaminový systém (obrázek 2.2) jako ten nejdůležitější co do jeho role v motivačních procesech. Většina návykových látek vděčí za svůj mohutný účinek na chování zvýšení dopaminové aktivity v mesolimbickém systému.

U adolescentů se citlivost na odměnu zdá být odlišná ve srovnání s dospělými a pobízí je ve větší míře k vyhledávání nového a k stimulaci za účelem dosažení stejného pocitu potěšení.

(Setkání Newyorské akademie věd v roce 2003 s názvem: „Vývoj dospívajícího mozku: citlivost a příležitost“.)

2.4.3 Dráha odměny

Obrázek 2.2 nabízí pohled na řez přesně středem mozku. Je znázorněna důležitá část systému odměny (obrázek 2.2B) a jsou zvýrazněny hlavní struktury: ventrální tegmentální oblast (VTA), nucleus (jádro) accumbens a prefrontální kůra (kůra). Prefrontální kůra hraje roli v takových vlastnostech člověka, jako je vůle, plánování, rozhodovací procesy a afekt. V této oblasti se odehrává kódování a aktualizace cílů a jejich hodnot, tato je tudíž součástí systémů obvodů účastnících se na sociálních interakcích. Nucleus accumbens je částí ventrálního striata. Striatum se skládá z kaudáta a putamenu, což jsou části bazálních ganglií. Nucleus accumbens hraje nejspíš důležitou roli v procesech odměny, smíchu, potěšení a závislosti. Dráha propojující tyto struktury je na obrázku zvýrazněna (obrázek 2.2B). Informace cestují z ventrální tegmentální oblasti do nucleus accumbens a poté do prefrontální kůry. Dráha je aktivována podnětem odměny.

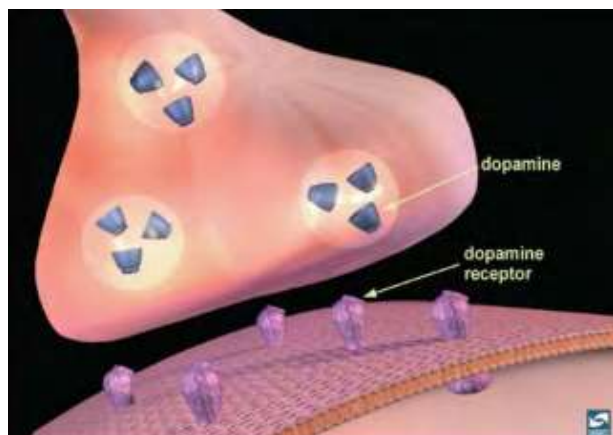


Obrázek 2.2: Středové sagitální řezy mozku ilustrují uložení systému odměny. (A) Oblasti mozku a nervové dráhy. Určité oblasti mozku ovládají určité funkce. Například mozeček je odpovědný za koordinaci (červeně) a

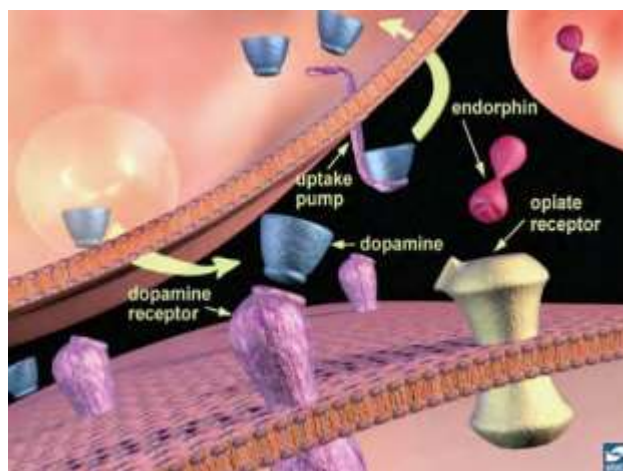
hipokampus za paměť. Nervové buňky nebo neurony cestují po drahách z jednoho místa na druhé, přičemž předávají a zachycují informace. (B) Dráha odměny. Tělo neuronu je ve ventrální tegmentální oblasti (VTA) (purpurová) a připojuje se k nucleus accumbens a poté k prefrontální kůře. Tato dráha se aktivuje v okamžiku, kdy osoba dostane pozitivní posílení určitého chování („odměna“). K její aktivaci dojde tehdy, užije-li člověk návykovou látku. Zdroj původního obrázku: <http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/Teaching.html>, autorská práva neomezena.

Překlad obrázků zleva doprava proti směru hodinových ručiček, *pozn. překl.:*

A Pohyb, úsudek, odměna, paměť, koordinace, zrak, čití **B** prefrontální kůra, nucleus accumbens, VTA



Obrázek 2.3A: Dopaminergní synapse. V momentě, kdy elektrický signál dorazí k zakončení, spustí se pohyb vezikul obsahujících neurotransmiter, např. dopamin (modře) směrem k membráně. Vezikuly splynou s membránou zakončení, a uvolní tak svůj obsah (v tomto případě dopamin). Jakmile je dopamin v synaptické šterbině (prostor mezi dvěma neurony), začne se vázat na specifické proteiny nazývané dopaminové receptory (růžově) na membráně sousedícího neuronu. Zdroj obrázku: <http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/Teaching.html>, autorská práva neomezena.



Obrázek 2.3B: Dopaminová transmise a modlace endogenními opioidy. Na obrázku je znázorněn detail dopaminergní synapse. Neurotransmitter dopamin se syntetizuje v nervovém zakončení a je zabalený ve vezikulách (presynaptický neuron je v levém horním rohu). Vezikuly splývají s membránou a uvolňují dopamin. Molekuly dopaminu se tak mohou vázat na dopaminový receptor (růžově).

Po navázání se z receptoru uvolní a je odstraněn ze synaptické šterbiny pumpami pro vychytávání (což jsou také proteiny), které se nacházejí na zakončení (šipka ukazuje směr pohybu). Tento proces je důležitý, protože zajišťuje, aby v žádném okamžiku nezůstalo ve šterbině příliš velké množství dopaminu. Nacházejí se tam rovněž

sousedící neurony, které uvolňují další látku zvanou neuromodulátor. Neuromodulátory pomáhají stupňovat nebo inhibovat neurotransmisi, která je řízena neurotransmitery, jako dopamin. V tomto případě je neuromodulátorem endorfin (červeně). Endorfiny se vážou na opiátové receptory (žlutě), které se nacházejí na postsynaptické buňce (znázorněno zde) nebo v některých případech na zakončeních jiných neuronů. Endorfiny jsou spíše rozkládány enzymy než odstraněny pumpami pro vychytávání.

Překlad obrázků zleva doprava proti směru hodinových ručiček, *pozn. překl.*:
dopaminový receptor, dopamin, pumpa na vychytávání, opiátový receptor, endorfin

Dopamin je syntetizován v cytoplazmě presynaptického neuronu z aminokyselin fenylalanínu a tyrozinu. Dopamin působí na postsynaptický neuron prostřednictvím interakce s dopaminovým receptorem (obrázek 2.3). Tyto receptory pro změnu aktivují systém druhých posílů, což vede ke změně aktivity enzymů nebo jiných proteinů v buňce (Dunlop a Nemeroff, 2007).

2.4.4 Mechanismy účinku psychoaktivních látek

2.4.4.1 Alkohol

Z průzkumů adolescentního chování a užívání návykových látek vyplývá, že alkohol je po nikotinu u adolescentů nejběžněji užívanou návykovou látkou (Deas, 2006).

Alkohol nepřímo stimuluje uvolňování dopaminu ve ventrálním striatu (viz. obrázek 2.2, striatum se skládá z nukleus caudatus a putamenu, což jsou části systému odměny). Do neurobiologických mechanismů alkoholismu je zapojeno mnoho různých neurotransmiterů, zejména GABA-ergní a glutamátergní systém (GABA – kyselina gamaaminomáselná). GABA a glutamát jsou neurotransmitery (viz. tabulka 2.3). Předpokládá se, že alkohol může tlumit GABA-ergní zakončení ve ventrální tegmentální oblasti, a naopak tak podporuje dopaminové neurony v této části mozku. Podobným způsobem může alkohol tlumit glutamátergní zakončení, která zásobují nervovými vlákny neurony v nucleus accumbens. Tyto systémy zpětně působí na uvolňování dopaminu.

Alkohol tlumí neurotransmitery GABA a glutamát, což vede ke zvýšenému uvolňování dopaminu.

Vezmeme-li v potaz dramatické změny, ke kterým v mozku dochází, není se tedy čemu divit, že alkohol působí v mnoha ohledech na adolescenty jinak než na dospělé.

Během raného vývoje mozku (od třetího trimestru gravidity do třetího roku života – tzv. růstový spurt mozku) dochází k nadprodukci nervové tkáně.

Během dospívání dochází v rámci procesu přetváření mozku k prořezávání nebo eliminaci (proces apoptózy – buněčné smrti) mnoha synapsí a dokonce i neuronů. Tyto procesy jsou alespoň částečně ovlivněny interakcí s prostředím. Jedním z environmentálních faktorů, které mají vliv na tyto procesy, je užívání či zneužívání návykových látek. K nejintenzivnějším změnám dochází ve frontálních lalocích, které dozrávají až do 20. roku života let nebo i později. (viz. obrázek 2.1).

Temporální laloky, které zásadním způsobem ovlivňují a působí při formování paměti, dosahují maxima objemu šedé hmoty kolem 16. a 17. roku.

V důsledku těchto procesů dozrávání se adolescenti zdají být více zranitelní vůči některým účinkům alkoholu a méně zranitelní vůči jiným vlivům (White a další, 2000; 2002).

Jsou mnohem více citliví, pokud jde o utváření paměti (tj. jsou více citliví vůči účinkům alkoholu na dlouhodobou potenciaci, což je neuronový děj, při kterém dochází k přeměně elektrických impulzů na chemické sloučeniny, viz výše). Ve srovnání s dospělými má u adolescentů alkohol mnohem větší dopad na aktivitu NMDA receptorů (podjednotka vazebných míst glutamátu). Tato zvýšená aktivita blokuje vnitrobuněčné změny potřebné k utváření paměti.

U adolescentů konzumace alkoholu poškozuje schopnost učení ve větší míře nežli u dospělých.

Na druhou stranu má u adolescentů alkohol slabší tlumící funkci. Rovněž mají méně problémů s rovnováhou a svalovou koordinací. Tyto skutečnosti ovšem vedou k ještě větší konzumaci a k přehnanému přesvědčení o schopnosti tolerovat alkohol.

2.4.4.2 Nikotin

Nikotin je primární návyková složka tabákového kouře. Pro většinu běžných kuřáků je obtížné s kouřením přestat právě vzhledem k jejich závislosti na nikotinu. I přesto, že u náhražkové nikotinové terapie je z hlediska klinického patrné hodnotné a významné zlepšení co do počtu v závěru úspěšných pokusů přestat, účinnost⁶ této terapie zůstává i nadále neuspokojivě nízká (Balfour, 2004).

Existují důkazy o komplexních interakcích mezi nikotinem a chováním probíhajících v mozku. Chaudhri a další (2006) předpokládají, že závislost na nikotinu se rozvíjí následkem jak nikotinu, tak nefarmakologických podnětů v kontextu samo podávání drogy.

Nikotin stimuluje uvolňování dopaminu v nucleus accumbens. Běžní kuřáci stimulaci nucleus accumbens často opakují, čímž vyvolávají závislost v důsledku komplexní aktivace jádra i pláště nucleus accumbens (Balfour, 2002). Výzkum naznačuje, že na vytvoření závislosti na nikotinu se podílejí opioidní receptory GABA B, kanabinoidní C1 a dopaminové D2 receptory (Berrettini a Lerman, 2005).

Nikotin podporuje uvolňování dopaminu, což často vede ke stimulaci nucleus accumbens, který tvoří důležitou část systému odměny mozku. Tento mechanismus způsobuje závislost.

Krom těchto účinků může samotné užívání tabáku představovat „rizikový faktor“ a jeho užívání bylo důkladně zkoumáno v kontextu rozvoje pozdějšího užívání návykových látek.

Experimentální užívání tabáku v raném dospívání může vést během několika let k závislosti (Best a další, 1988). Mezinárodní studie ukazují, že převaha současného kouření mezi mladistvými začíná být zjevná ve věku 13 nebo 14 let (Bauman a Phongsavan, 1999).

Důvody pozdějšího rozvoje nikotinové závislosti jsou rozmanité. Existují důkazy, že dospívání u lidí představuje období zvýšené biologické citlivosti vůči návykovým účinkům veškerých psychoaktivních látek. Chambers a další (2003) předpokládají, že za experimentální užívání drog může být odpovědná součinnost větší motivační hnací síly u mladistvých a nevyvinutého kontrolního inhibičního systému (součást neuronálního obvodu soustavy motivace). Autoři se domnívají, že přímý farmakologický

⁶ Je třeba rozlišovat účinnost a potenciál účinnosti. Podle Marleyho (2000) je účinnost měřítkem toho, jak dobře funguje určitá pokusná intervence (často randomizovaná kontrolovaná) (snaží se zodpovědět otázku: „Co může fungovat?“). Potenciál účinnosti lze definovat jako míru, do jaké určitá intervence dosáhla zamýšleného účinku v obvyklém klinickém uspořádání (snaží se odpovědět na otázku: „Co funguje?“). Jak však zdůrazňují Windeler a Antes (2007), definice účinnosti i potenciálu účinnosti se v literatuře značně liší.

účinek psychoaktivní návykové látky jako tabák na dopaminový systém může být období v dospívání vyšší a může vést k trvalým nervovým změnám.

Existují další běžné zprostředkující faktory, které mohou v dospívání přispět k citlivosti vůči psychoaktivním látkám, jako je nikotin. Kouření jako takové významně souvisí s počtem nepříznivých zkušeností v dětství (emocionální, fyzické a sexuální zneužívání), s odloučením rodičů či vyrůstáním s členem domácnosti, který zneužívá návykové látky, je duševně nemocný nebo pobývá ve vězení (Anda a další, 1999). Jiné studie ukazují, že duševní nemoci jako ADHD, deprese a úzkost, souvisejí s kouřením, a domnívají se, že adolescenti často užívají tabák jako samoléčbu těchto poruch (Moolchan a další, 2000). Kromě těchto komorbidních faktorů nám genetické studie pomocí důkazů polymorfismu dopaminových genů zapojených do rozvoje závislosti na nikotinu ukazují, že dědičné faktory mají u adolescentů (Haberstick a další, 2007) vliv na určité složky nikotinové závislosti (např. naléhavá potřeba kouřit) (Timberlake a další, 2006).

V závislosti na genetické a psychické citlivosti zvyšuje experimentování s tabákem a samoléčba tabákem riziko konzumace jiných psychoaktivních látek. Existují hojné důkazy o tom, že kouření tabáku je spojeno s užíváním dalších psychoaktivních látek. Epidemiologické studie ukazují, že u adolescentů spolu souvisí kouření tabáku a užívání alkoholu a kanabisu (Degenhardt a další, 2001; Merrill a další, 1999; Wagner a Anthony, 2002). Tyto poznatky získané prostřednictvím dotazníků byly částečně replikovány na základě biologických markerů užívání návykových látek (Kapusta a další, 2007). Navíc bylo zjištěno, že časné zkušenosti s alkoholem a tabákem ovlivňují u adolescentů pozdější rozvoj užívání jiných návykových látek (Höfler a další, 1999; Sutherland a Willner, 1998). S použitím dat z Výzkumu rizikového chování mládeže z roku 1995 (Youth Risk Behavior Survey) zjistili Merrill a další (1999), že u jedinců, kteří kouřili cigarety před třináctým rokem života, bylo vyšší procento užívání kanabisu a alkoholu než u těch, kteří nikdy nekouřili.

Někteří výzkumní pracovníci tvrdí, že cigarety jsou vstupní drogou, resp. „bránou“ k dalším psychoaktivním látkám (Torabi a další, 1993; Lai a další, 2000). U mládeže s ADHD byl prokázán přechod od kouření cigaret k závislosti na nikotinu a k dalším poruchám způsobených užíváním psychoaktivních látek (Biederman a další, 2006). Toto podporuje hypotézu, že citlivost dopaminového systému (jak bylo zjištěno u ADHD) hraje významnou roli v biologické náchylnosti k psychoaktivním látkám. Tvzení o „vstupní droze“ lépe objasňuje biologický model. Během experimentování s tabákem by bylo vhodnější mluvit o farmakologické infiltraci než o tabáku jako „vstupní droze“.

Započetí kouření a přechod k závislosti na nikotinu a jiným poruchám způsobeným užíváním návykových látek jsou komplexní souhrou biologických, psychologických a sociálních faktorů (Moolchan a další, 2000). Vystavení tabákovému kouři je jedním z mnoha rizikových faktorů ovlivňujících regulaci dopaminergního systému odměny. Kouření samotné kvůli neurobiologickým

vlivům na vyvíjející se mozek zvyšuje pravděpodobnost užívání jiných psychoaktivních látek i tělesných nemocí. Tato skutečnost by tedy měla být vzata v úvahu při aplikování metod indikované prevence u mládeže. Takové intervence by měly obsahovat cíle jako přestat kouřit nebo alespoň kouření omezit.

2.4.4.3 Amfetaminy a metylfenidát

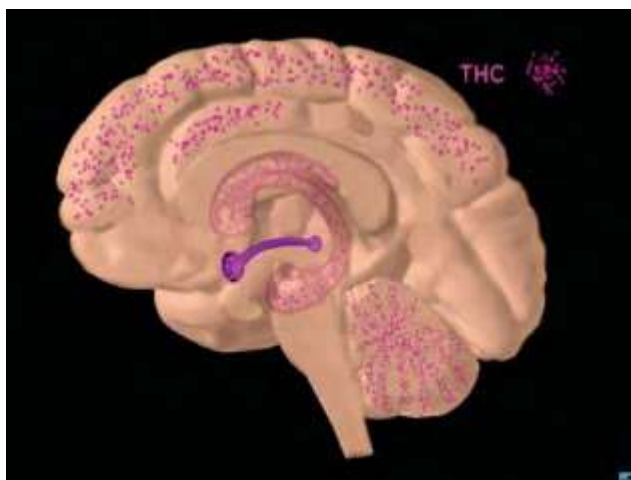
Amfetaminy jsou chemicky příbuzné s přirozeně se vyskytujícími katecholaminovými neurotransmitery noradrenalinem a dopaminem (viz. tabulka 2.3). Navzdory chemické podobnosti nejsou amfetaminy schopny aktivovat postsynaptické buňkové receptory, které jsou za normálních okolností stimulovány noradrenalinem nebo dopaminem. Místo toho působí přes stimulaci uvolňování těchto přirozených neurotransmiterů. Amfetaminy nejenom blokují transportér zpětného vychytávání dopaminu (obrázek 2.3b, „pumpa pro vychytávání“), ale jejich nejvýznamnější účinkem je obrácený transport dopaminu transportérem jeho zpětného vychytávání (Hyman, 1996).

Na rozdíl od amfetaminů není metylfenidát vychytáván do zakončení mechanismem vychytávání. Místo toho blokuje transportér, a zabraňuje tak zpětnému vychytávání dopaminu. Koncentrace dopaminu v synaptické štěrbině se zvyšuje, což vede k pozměněné stimulaci dopaminových receptorů.

Psychostimulanty rovněž zvyšují hladinu dopaminu prostřednictvím tlumení zpětného vychytávání do neuronálních buněk. Tímto procesem opět dochází ke zvýšení míry stimulace v systému odměny.

2.4.4.4 Kanabis

Pokud určitý jedinec kouří kanabis, dochází u něj k tomu, že jeho aktivní složka – kanabinoidy, zejména tetrahydrocannabinol čili THC – rychle cestuje do mozku. THC se váže na THC receptory, které se koncentrují jak v oblastech v rámci systému odměny, tak i v oblastech dalších (obrázek 2.4). Působení THC v hipokampu vysvětluje jeho schopnost interferovat s pamětí a působení v mozečku je odpovědné za přivolení ztráty koordinace a rovnováhy.



Obrázek. 2.4: Distribuce THC v mozku. Jsou zvýrazněny oblasti ventralní tegmentální, nucleus accumbens, nucleus caudatus, hipokampus a mozeček, kde se THC soustředí. Zdroj originálního obrázku: <http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/Teaching.html>, autorská práva neomezena.

V posledních několika letech probíhala intenzivní studie s cílem určit, kde a jak THC působí. Jedna teorie říká, že se chová obdobně jako opiáty. V nucleus accumbens se THC váže na THC receptory sousedícího zakončení dopaminergního neuronu, a do dopaminového zakončení tak vysílá signál o

uvolnění dopaminu. THC receptor je pravděpodobně presynaptický receptor na interneuronech GABA, které řídí uvolňování dopaminu.

THC zvyšuje uvolňování dopaminu prostřednictvím stimulace THC receptorů.

2.4.4.5 Kokain

Kokain tlumí zpětné vychytávání dopaminu, což zvyšuje dostupnost dopaminu na synapsi a jeho působení na postsynaptické neurony. Zvýšená dopaminová aktivita zlepšuje náladu a přivolává euforii. Účinek kokainu je obvykle krátký, což uživatele vede k opakovanému užití s cílem znovu prožít jeho intenzivní subjektivní účinky.

Při kouření nebo šňupání se kokain rychle dostává do mozku. Přestože se dostane do všech oblastí mozku, koncentruje se v některých specifických oblastech: ve ventrální tegmentální oblasti, nucleus accumbens a nucleus caudatus. Kokain se koncentruje především v oblastech odměny, které jsou bohatě zásobeny dopaminovými synapsi. Akumulace kokainu v dalších oblastech jako nucleus caudatus může vysvětlit jeho další účinky, kterými je nárůst stereotypního chování (přecházení, kousání nehtů, škrábání se atd.).

Pokud je kokain přítomen v synapsi, váže se na vychytávající pumpu a brání tak odstranění dopaminu ze synapse. To má za následek více dopaminu v synapsi a dochází k aktivování více dopaminových receptorů.

Následkem působení kokainu v nucleus accumbens z něj vycházejí silnější impulzy aktivující systém odměny. S pokračujícím užíváním kokainu spoléhá tělo na tuto drogu, aby si udrželo pocity odměny. Jedinec není nadále schopen pociťovat pozitivní posílení nebo příjemné pocity z přirozených odměn (potrava, voda, sex).

2.4.5 Shrnutí

Veškeré zneužívané drogy aktivují systém odměny prostřednictvím zvýšeného přenosu dopaminu.

Každá návyková látka (alkohol, nikotin, amfetaminy, THC, kokain) zvyšuje aktivitu dráhy odměny prostřednictvím zvýšení dopaminové transmise. Dochází k tomu i přesto, že drogy účinkují skrz odlišné mechanismy. Jelikož tyto drogy aktivují konkrétní mozkovou dráhu odměny, může dojít k jejich zneužívání.

Jelikož dochází ke stupňování znalosti o neurobiologii závislosti i neurobiologii duševních poruch, dochází také k určení společných drah, což vede k domněnkám o vzájemných interakcích mezi drogami a psychiatrickými poruchami na velmi elementární úrovni. Důkazy nasvědčují tomu, že podobně jako drogy dokážou změnit u jedince stav mysli, tak i stav mysli jedince určuje, alespoň částečně, jeho reakci a citlivost vůči drogám.

Pro bližší prozkoumání tohoto zjištění se bude následující odstavec zabývat neurobiologií systému odměny u některých běžných psychiatrických poruch a rolí, jakou může hrát užívání drog.

2.5 Změny systému odměny u psychiatrických poruch predisponujících k závislosti

Pro pojem internalizujícího a externalizujícího chování jsou uvedeny dva příklady.

2.5.1 Změny u deprese

Dospívání je období s vysokým rizikem rozvoje jak deprese, tak poruch způsobených užíváním návykových látek (Rao, 2006). Adolescenti s anamnézou deprese nebo úzkosti vykazují dvakrát vyšší riziko pozdějšího zneužívání návykových látek ve srovnání s adolescenty, kteří těmito poruchami netrpěli (Christie a další, 1988). U adolescentů, u kterých probíhá začátek vzniku poruchy v důsledku užívání návykových látek, existuje větší pravděpodobnost, že se u nich projeví depresivní symptomy a pokusí se o sebevraždu (Bukstein a další, 1993).

Důkazy z mnohých zdrojů podporují teorii, že u velké deprese hraje roli oslabená dopaminergní transmise (Dunlop a Nemeroff, 2007). Motivace, psychomotorika, koncentrace a schopnost příjemného prožitku mají společné to, že jsou částečně regulované okruhy obsahujícími dopamin. Narušení těchto funkcí je hlavním znakem deprese. Fyziologické změny spojené se snížením dopaminového signálu u deprese mohou být způsobeny oslabeným uvolňováním dopaminu z presynaptických neuronů nebo narušeným přenosem signálu, možná v důsledku změn počtu receptorů nebo jejich funkce. Možnou příčinou může být i změna zpracování signálu uvnitř buňky.

U některých pacientů s depresí může být narušení související s dopaminem zlepšeno léčbou antidepressivy, jež podle všeho působí na serotoninergní nebo noradrenergní okruhy, které pro změnu ovlivní funkci dopaminu.

Jelikož zneužívané látky dokáží zvýšit hladinu dopaminu v synaptické štěrbině a u deprese může hrát svou roli změněná dopaminová transmise, jsou někteří adolescenti s depresí schopni používat drogy k „samoléčbě“.

2.5.2 Změny u ADHD

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je vysoce prevalentní neurobehaviorální porucha, která začíná v raném věku. Je charakterizována genetickou, environmentální a biologickou etiologií, která u poměrně velké části postižených dětí obou pohlaví přetrvává do dospívání i dospělosti. Charakteristickými znaky této poruchy jsou behaviorální symptomy nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity napříč životním cyklem a je spojena s významnou morbiditou a handicapem. Komorbidita je zřetelnou klinickou charakteristikou ADHD jak u dětí, tak u dospělých. Ačkoliv její etiologie zůstává nejasná, objevující se důkazy hovoří o výrazných eurobiologických a genetických příčinách (Spencer a další, 2007).

Myšlenka, že v pozadí ADHD stojí dysregulace dopaminových a noradrenalinových okruhů, je původně odvozená z mechanismu účinku léku na tuto poruchu, který zvyšuje dostupnost neurotransmiterů v synapsi (Biederman a Faraone, 2005), a u zvířat, u kterých bylo zjištěno, že léze v dopaminových dráhách, zkoumáno u vyvíjejících se potkanů (Shaywitz a další, 1978) a opic (Schneider

a další, 1994), vytváří zvířecí modely ADHD. Jeden z nejpřesvědčivějších zvířecích modelů ADHD, tj. u spontánně hypertenzních potkanů (Sagvolden, 2000), ukazuje abnormality v uvolňování dopaminu v podkůrových strukturách (Russell, 2000).

2.5.3 Spojení mezi psychiatrickými poruchami a zneužíváním návykových látek u adolescentů

Zvýšená dopaminergní neurotransmise v mesolimbickém systému zprostředkovává posilující účinky zneužívaných drog, např. nikotinu, etanolu, psychostimulancií, opiátů.

Citlivost vůči vzniku drogové závislosti je ovlivněna kombinací genetických a environmentálních faktorů (Kreek a další, 2005). Poslední jmenované jsou podrobně popsány v odstavci 2.2.

Užívání a zneužívání návykových látek, včetně alkoholu, nikotinu, kanabisu, inhalantů a dalších drog se u adolescentů běžně vyskytuje společně s psychiatrickými poruchami. Tato duální diagnóza vyžaduje zvláštní pozornost a léčbu, zejména z toho důvodu, že užívání návykových látek často začíná v průběhu tohoto vývojového období. Adolescenti mohou být diagnostikováni na zneužívání návykových látek, závislost na nich nebo na poruchu způsobenou užíváním návykových dále jinak neurčené, což indikuje problém s rozvojem užívání návykové látky, u kterého se sice vyskytují příznaky, ale který nesplňuje kritéria pro závislost na návykových látkách („diagnostičtí sirotkové“).

Psychiatrické poruchy v dětství a dospívání predisponují jedince k návykovému chování a závislosti.

Psychiatrická komorbidita u adolescentů, kteří zneužívají návykové látky, je spíše pravidlem než výjimkou a obvyklé komorbidity zahrnují depresi, úzkostnost, bipolární poruchu, poruchu chování a ADHD. Léčba duševní poruchy často pomáhá zmírnit poruchu způsobenou užíváním návykových látek.

Počáteční rozhodnutí jedince užít drogu je ovlivněno genetickými, psychosociálními a environmentálními faktory. Jakmile se jednou droga dostane do těla, může tam přímým působením na mozek povzbuzovat další vyhledávání drogy. Provedený výzkum vede k lepšímu pochopení nervových procesů, které tvoří základ takového chování.

U většiny psychiatrických poruch hraje roli narušený dopaminergní systém. Změny, které jsou součástí dozrávání mozkových systémů, jsou v dospívání příčinou psychologických a emocionálních poruch a v jejich důsledku jsou adolescenti citliví vůči rozvoji psychiatrických poruch. Ve chvíli, kdy dojde k rozvoji takové poruchy, je duševně nemocný vysoce citlivý vůči rozvoji návykového chování, pokud začne návykové látky užívat. Jako příklad uvedeme dospívajícího, který má trvale špatnou depresivní náladu, částečně také v důsledku omezené neurotransmise v dopaminergním a serotoninergním systému. Látky jako alkohol, nikotin či kanabis mohou neurotransmisí v těchto systémech zvýšit, a pomoci tak adolescentovi cítit se mnohem lépe. Toto užívání může být vnímáno jako „samoléčba“, což se forma užívání, která se odlišuje od užívání spojeného s „vyhledáváním nového“ či „zvýšené riskantní chování“, které jsou pro období dospívání běžné. Je však zřejmé, že tato forma samoléčby je kontraproduktivní. U adolescentů s psychiatrickými poruchami jsou mozkové transmitterové systémy, zejména tedy mesolimbický dopaminergní systém, vysoce reaktivní, což může vést k rychlejšímu vytvoření vzorců návykového chování. Zneužívané návykové látky zhoršují hlavní psychiatrické poruchy, neboť mají široký, různorodý a rychlý dopad na transmitterové

systémy. Jak je ukázáno na obrázku 2.5, struktura a funkce synapse je podmíněna genetickými a environmentálními faktory. Toto je součástí sítě, která je u psychiatrických poruch patologicky změněna, což ji zase činí citlivou vůči změnám, ke kterým nutně dochází při rozvoji závislosti.

Konzumace návykových látek (alkohol, kanabis, kokain) může vést k relapsům psychiatrických poruch.

Jsou to však i vlivy prostředí, které rovněž mohou vést ke změnám morfologie mozku (lze je pozorovat v podobě strukturálních změn po závažném traumatu nebo deprivaci). Lepší pochopení neurobiologie tudíž nemůže vést k pouhému biologickému determinismu, neboť je nutné brát v úvahu i roli vnějších faktorů a jejich vliv na vývoj jedinců.

2.6 Genetické vlivy a užívání návykových látek

V pokračování Minnesotské studie dvojčat (Minnesota Twin Family Study), která zahrnovala 1 080 dvojčat (průměrný věk 20,7 roku, 17,5 roku při vstupním hodnocení), byl objeven důkaz pro existenci vysoce dědičného faktoru, který ovlivňuje spojení mezi mnohočetnými formami desinhibující nebo „externalizující“ psychopatologie (McGue a další, 2006). Problematické chování adolescentů je slabě dědičné; existuje ale silná fenotypové spojení mezi raným problematickým chováním a desinhibující psychopatií. Toto spojení se jeví jako převážně genetická, a nikoli zprostředkovaná prostředím, v důsledku čehož tedy jedinci se zděděnou citlivostí vůči desinhibující psychopatii aktivně vyhledávají prostředí (např. vrstevníci, vysoce riziková prostředí), které posílí vyjádření této citlivosti (McGue a další, 2006).

Rose a další (2001) zjistili, že u finských dvojčat bylo 76 % celkových rozdílů u abstinence nebo u pití objasněno běžnými účinky prostředí.

Fowler a další (2007) zkoumali vztah mezi genetickými a environmentálními vlivy na užívání návykových látek v Cardiffské studii (1 214 párů dvojčat ve věku 11-19 let z Walesu a severozápadní Anglie). U všech tří látek (cigarety, alkohol, kanabis) měly vlivy prostředí, které hrají roli v podobnosti si dvojčat (společné prostředí), tendenci být spouštěči počátečního užití, zatímco genetické vlivy byly silnější u těžkého užívání. Fowler a další z toho vyvodili závěr, že by bylo efektivnější, kdyby se intervence určená uživatelům alkoholu zaměřila spíše na rizikové faktory rozvoje těžšího užívání než na faktory spojené se započatím užívání. Naopak intervence zacílené na snížení rizika počátečního užití cigaret nebo kanabisu by mohly být koncipovány vhodněji (Fowler a další, 2007).

Rhee a další (2006) u adolescentů zkoumali příčiny komorbidity mezi alkoholovou závislostí a závislostí na nepovolených látkách. Bylo testováno 13 různých hypotéz příčin komorbidity a výsledky nasvědčují tomu, že komorbidita je projevem jediné obecné náchylnosti k rozvoji závislosti na návykových látkách.

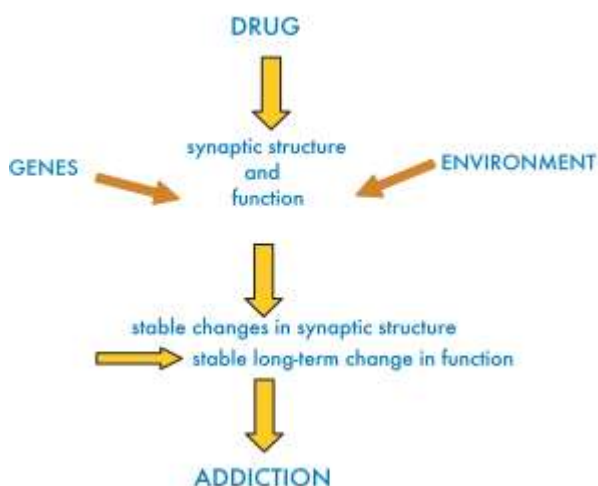
Studie v oblasti genetických vlivů naznačují dědičnost u externalizujícího chování. Zdá se, že genetické faktory mají větší vliv na rozsah užívání než na jeho počátek.

Zatímco rozšířená genotypizace není praktickou možností (vzhledem ke genovému polymorfismu a skutečnosti, že genová exprese závisí na vzájemném působení genů a prostředí), neurobiologie nabízí možnost vytvoření souhrnnějšího „klinického“ obrazu ohrožené osoby, tj. zejména takových osob, u nichž se kumulují několik rizikových faktorů (např. včasná konzumace, alkoholu, ADHD a selhání ve

škole; nebo alkoholová závislost rodičů, deprese a porucha chování). Ústavy zabývající se adolescenty se zvýšeným rizikem vzniku poruchy v důsledku užívání návykových látek v pozdějším životě, kteří ovšem aktuálně trpí poruchou, která je sama o sobě rizikovou poruchou, by tudíž měly být dobře informovány o strategiích a partnerech indikované prevence, a to i přesto, že část indikované prevence se nevyhnutně stane i léčbou dané poruchy.

Ve snaze opovědět na otázky týkající se osob, na které by se měla činnost zaměřit, jak a kde mají být určeny a co je nutné vzít na vědomí z hlediska neurobiologie, budou následující kapitoly věnovány vysvětlení způsobů intervence.

Stávající modely standardů nejlepších postupů mohou vytvořit základ, na kterém by v budoucnu mohly být vypracovány standardy intervence. Vzhledem k tomu, že u adolescentů s psychiatrickými poruchami existuje vysoké riziko rozvoje poruchy vzniklé v důsledku užívání návykových látek v pozdějším životě, zdá se býti rozumným podat zprávu o pokynech pro léčbu výše zmíněných poruch, za účelem zdůraznění nutnosti léčby, a také představit odůvodnění vysvětlující, jak může tento druh pokynů podpořit myšlenku dostatečných a na důkazech založených intervencí.



Obrázek 2.5: Schéma znázorňující genetické a environmentální faktory, které společně ovlivňují proces, při kterém v důsledku opakovaného vystavení se zneužívání drog dochází ke vzniku závislosti. (upraveno podle Nestlera, 2000).

Překlad obrázku zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.*:

DROGA, GENY, ZÁVISLOST, PROSTŘEDÍ, synaptické struktury a funkce, trvalé změny v synaptické struktuře, trvalé dlouhodobé změny funkce

Kapitola 3

Pokyny a standardy pro posuzování a léčbu rizikových psychiatrických onemocnění v důsledku zneužívání návykových látek u adolescentů

Jak je patrné z literatury (viz. kapitola 2.3), představují různé poruchy v dětství rizikový stav pro pozdější zneužívání návykových látek (depresivní, úzkostné a jiné internalizující poruchy, agresivní chování, poruchy chování, ADHD a jiné externalizující poruchy). Byly probádány databáze a domovské stránky evropských asociací dětské psychiatrie (související s domovskou stránkou Evropské společnosti pro dětskou a dorostovou psychiatrii (ESCAP), www.escapnet.org) za účelem nalézt stávající pokyny a standardy. Rovněž byl prezidentovi ESCAP odeslán dopis (na který doposud neodpověděl). Byly získány pokyny z NICE ve Spojeném království a z AWMF v Německu, které v této kapitole slouží jako příklad včasné intervence a léčby. Existují i další pokyny (např. v Holandsku), které však nemohly být do přehledu zařazeny, neboť nebyly obdrženy včas.

Tyto dokumenty se svým charakterem od sebe liší. Pokyny NICE prošly schvalovacím procesem zdravotnického systému Spojeného království po přezkoumání důkazů a hledisek klinických, zájmových skupin (včetně zástupců pacientů) i ekonomických. Německé metodické pokyny AWMF pro dětskou a dorostovou psychiatrii (CAP) jsou ve fázi I a II: byly předloženy důkazy, ovšem nedošlo ke konsensuálnímu procesu mezi jednotlivými obory lékařství, reprezentanty zdravotnické péče či kapitálovými účastníky.

Zdá se, že jediným existujícím konsensem na evropské úrovni je nejspíš publikace v časopise *European Neuropsychopharmacology* o konsensuální konferenci na téma ADHD. Ovšem tato publikace nebyla doposud schválena asociacemi dětské a dorostové psychiatrie (CAP). Vzhledem k neexistenci formálně uznaných evropských pokynů citujeme tuto publikaci níže. Čtenář však může zaznamenat, že navzdory skutečnosti, že publikace prezentuje názory některých významných odborníků, neodpovídá standardům pokynů. Mimo tyto uvedené zdroje byly rovněž prostudovány i standardy ze Spojených států amerických vydané v časopisu *Americké akademie dětské psychiatrie a psychiatrie dospívajících* (*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*).

Veškeré nalezené dokumenty byly podrobeny kvalitativní analýze textu a hodnoceny co do stanovisek ohledně:

- toho zda popsany stav může či nemůže predisponovat k pozdějšímu zneužívání návykových látek;
- speciálních nástrojů vyšetření nebo posuzování, které slouží k identifikaci jedinců, u kterých je riziko rozvoje poruchy nebo jí již trpí;
- standardů terapeutických intervencí pro časná stadia.

Výsledky, zdroje informací, literatura a internetové odkazy jsou uvedeny v následujících tabulkách.

Tabulka 3.1: Zavedené pokyny pro posouzení a léčbu úzkostných poruch

	Spojené království	Německo AWMF	USA AACAP
Diagnostická kritéria, posouzení	Standardy DSM-IV a MKN-10 pouze pro dospělé	F41; F93.0 MKN-10, DSM IV	DSM IV-TR
Symptomy	Schéma symptomů	Kontrolní seznam Symptomy následkem medikace či zneužívání drog?	Klinický obraz, věkové rozdíly
Diagnostické postupy	Průzkum osobní anamnézy, samoléčba, kulturní a individuální charakteristiky, sebesouzovací nástroje vyšetření Komorbidity, zejména zneužívání	Podle schématu Průzkum (dítě, rodiče, případně škola) Tělesné vyšetření Testování Kinder-Angst-Test II, Angstfragebogen für Schüler – AFS, Selbstbeurteilungsbogen Angst – SBBANG, CASI – index citlivosti na úzkost v dětství	1) Doporučeno rutinní vyšetření (rodiče ohlašují děti do 8 let, nad 8 let děti ohlašují samy sebe), např.: Multidimenzionální škála úzkosti pro děti, Škála pro emoční poruchy dětí související s úzkostí 2) Pokud je vyšetření pozitivní, následuje formální vyhodnocení (části ADIS – formulář pro rozhovor ohledně úzkostných poruch) 3) Zvažuje se diferenciální diagnóza jiných tělesných a duševních poruch, které mohou napodobit příznaky úzkosti (léky na předpis a bez předpisu)
Léčba, terapeutické postupy	1) Intervence v primární péči, s psychologickou terapií (KBT - kognitivně behaviorální terapie) 2) Farmakoterapie (SSRI, zhodnocení po 12 týdnech – může být potřebná změna) 3) Svěpomoc (biblioterapie) Je rozdíl mezi panickou poruchou a úzkostnými poruchami	Multimodální léčba – je rozdíl mezi panickou poruchou a úzkostí 1) Psychologická terapie, behaviorální terapie nebo rodinná terapie 2) Farmakoterapie – může být první volbou u těžkých panických poruch a generalizované úzkosti, první volbou jsou SSRI, krátkodobě benzodiazepiny, betablokátory	Multimodální léčebný přístup 1) Psychologická terapie s účastí rodičů 1.1 KBT založená na expozicích 1.2 Psychodynamická psychoterapie 1.3 Intervence rodič-dítě nebo v rodině 2) Farmakoterapie 2.1 SSRI 2.2 Jiné – noradrenergní antidepresiva, buspiron, benzodiazepiny, venlafaxin
Intervence	1) Intervence primární péče 2) Odeslání ke specialistovi 3) Péče ve specializovaných zařízeních pro duševní zdraví	Ambulantní vyhodnocení léčby po 4 týdnech (nejpozději) – může být nutná hospitalizace Hospitalizace Rehabilitace - podle závažnosti postižení a dalších kritérií	Prevence (např. vyšetření v komunitě) Ambulantní léčba Programy pro nácvik rodičovských dovedností Hospitalizace není konkrétně zmíněna „Odborník - po vyhodnocení... dostupných diagnostických a léčebných možností se musí závazně rozhodnout ohledně péče o konkrétního pacienta“
Výsledek	Všechno krátké dotazníky, vyplněné samostatně		
Komentář k riziku zneužívání	Zeptat se jako na konkrétní komorbiditu	Potvrzena komorbidita, zejména u mládeže	Děti s úzkostnou poruchou vykazují vyšší riziko zneužívání alkoholu nebo závislosti v dospělosti (Schuckit a Hesselbrock, 1994)

Vyhodnocení	Vyhodnocené všechny druhy léčby, vyhodnocení léčby je nutné	Provedeno vyhodnocení různých metod léčby nebo medikace	Vyhodnocení různých metod léčby nebo medikace provedena prostřednictvím studií
Výzkum	www.nice.org.uk	DGKJP (ed.), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007 http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/II_028.htm	J. Am. Child Adolesc. Psychiatry, 46:2, Feb 2007, 284-299

Pozn.: Pro tuto poruchu neexistují pokyny EU.

Tabulka 3.2: Zavedené pokyny pro posouzení a léčbu deprese u dětí a adolescentů

	Spojené království	Německo AWMF	USA AACAP
Diagnostická kritéria, posouzení	Metodické pokyny pro příznaky DSM-IV, MKN-10	F32; F33, F34 MKN-10, DSM-IV, MAS	Diagnóza podle DSM-I
Symptomy	Schéma symptomů	Schéma symptomů - podle věku Symptomy následkem medikace či zneužívání drog?	Symptomy dle DSM-IV
Diagnostické postupy	Vyšetření dětí a rodičů Dotazníky: MFQ – sebeposuzovací dotazník nálad a pocitů, HoNOSCA – škála pro děti a adolescenty – celonárodní měřítko nebo SDQ – dotazník silných a slabých stránek	Podle schématu Podrobný rozbor (dětí, rodiče, případně škola) Tělesné vyšetření, komorbidita Testování: IQ, část narušení výkonu, TGT, Schwarzfuss-Test, Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIJK), Depressions-Test für Kinder (DTK), Attributionsstil-Fragebogen (ASF)	Podrobný rozbor (dětí, rodiče, případně škola) Tělesné vyšetření, komorbidita Testování: IQ, část narušení výkonu Je požadováno několik diagnostických klasifikačních systémů – standardizované rozhovory, graf nálad v průběhu života, kontrolní seznam příznaků, hodnotící škály
Léčba, terapeutické postupy	1) Psychologická terapie podle závažnosti deprese 2) Podpora rodičů 3) Farmakoterapie pouze pro těžké deprese. Fluoxetin jako první volba (žádný paroxetin, venlafaxin a tricyklika) 4) Elektrokonvulzivní terapie pouze v případech život ohrožující deprese, nebo pokud závažné nebo neléčitelné příznaky nereagují na jinou léčbu - nedoporučuje se pro děti (5-11 let)	Podle schématu 1) Psychologická terapie (behaviorální, individuální, rodinná terapie) 2) Farmakoterapie – tricyklická antidepresiva, SSRI, inhibitory monoaminoxidázy, SNRI, noradrenergí a selektivně serotoninergní antidepresiva, NDR	Akutní fáze: 1) Psychoterapie (KBT, interpersonální, rodinná terapie) 2) Farmakoterapie (může být první volbou u psychotické deprese, závažných příznaků, které brání účinné psychoterapii), první volba jsou SSRI 3) Psychoedukace – pacienta, rodičů a učitelů Fáze pokračovací terapie (trvání 6 až 12 měsíců): 1) Psychoterapie 2) Medikace, pokud je potřebná Fáze udržovací terapie – pokud je potřebná
Intervence	Preferuje se ambulantní léčba 1. krok: zdravotníci primární péče 2. krok: zařízení péče o duševní zdraví dětí a adolescentů, stanovena kritéria pro doporučení Hospitalizace: zvažována pouze u pacientů s rizikem sebepoškození, potřebují-li intenzivní léčbu či dohled, který nelze zajistit jinak Rehabilitace	Preferuje se ambulantní léčba Léčba v denních stacionářích Hospitalizace (sebeпоškození) Rehabilitace	Nejméně omezující léčba, která je bezpečná a účinná Preferuje se ambulantní léčba Léčba na část dne či na celý den v denním stacionáři, hospitalizace, rezidenční léčba jako alternativy

Výsledek	Požadován dotazník		Komorbidity: 90 % dětí s depresí trpí další psychickou poruchou, 20 - 30 % trpí poruchami způsobenými zneužíváním návykových látek
Komentář k riziku zneužívání	Riziko se musí teprve posoudit, „rizikový faktor“	Potvrzena komorbidity, zvláště u mládeže	Je známo, že je často doprovázena zneužíváním drog
Vyhodnocení	Hodnoticí schéma léčby, další sledování nejméně 6 měsíců Vyhodnocení různých metod léčby a medikace	Vyhodnocení různých metod léčby a medikace	Vyhodnocení různých metod léčby a medikace Vyhodnocení medikace po 6 týdnech, vyhodnocení psychoterapie po 6 měsících
Výzkum	www.nice.org.uk	DGKJP (ed.), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007 http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/II_028.htm	J. Am. Child Adolesc. Psychiatry, 37:10, říjen 1998

Pozn.: Pro tuto poruchu neexistují pokyny EU.

Tabulka 3.3: Zavedené pokyny pro posouzení a léčbu nedostatku pozornosti s hyperaktivitou

	Spojené království	Evropský znalecký posudek	Německo AWMF	USA AACAP
Posouzení	DSM-IV a MKN-10	DSM-IV a MKN-10	F90	DSM-IV-TR
Diagnostická kritéria	Na pokynech se pracuje		MKN-10/DSM-IV	
Symptomy	Kombinace hyperaktivity, impulzivity, nepozornosti po dobu alespoň 6 měsíců	Narušení pozornosti a/nebo hyperaktivita a impulzivita	Kontrolní seznam Deficit pozornosti Hyperaktivita a/nebo Impulzivita Začátek do 6 let, více než 6 měsíců	Deficit pozornosti, hyperaktivita a/nebo Impulzivita Začátek v dětství 6/9 příznaků, resp. dle seznamu v DSM-IV Poruchy ve >2 oblastech = vážné narušení
Diagnostické postupy		Měl by být proveden lékařem z oboru duševního zdraví dětí 1) Klinický rozhovor Zapojit by se měly rozmanité oblasti (škola, domov a komunita) a více informátorů (rodiče, učitelé, mládež) 2) Zjišťovány by měly být senzorické poruchy (zhoršení zraku nebo sluchu), tělesná onemocnění, vývojová opoždění, zneužívání návykových látek 3) Měly by být použity hodnoticí nástroje - kategoriální a/nebo dimenzionální, kulturně validované (Rozhovory: DISC, DICA, K-SADS, CAPA; dimenzionální škály: CBCL, IOWA CTRS, SKAMP, Conners, NCBRF)	Podle schématu 1) Prozkoumání (dětí, rodiče, škola) symptomů, anamnézy, komorbidit (DROGY?), podmínek prostředí 2) Pozorování 3) Tělesné vyšetření 4) Testování (IQ, část narušení výkonu, DiSYPS)	1) Rozhovor s rodiči 2) Standardizované škály, kontrolní seznam symptomů dle DSM-IV, škály (Academic Performance RS, Brown ADD RS, Child-Behavior-Checklist, Conners Parents and Teacher Rating Scales, Comprehensive Teacher Rating Scale, Barkley Home and School Situation Questionnaires (HSQ-R, SSQ-R), IOWA, SNAP-IV, SKAMP (viz www.ADHD.net); Vanderbiltova škála 3) Rodinná anamnéza a fungování 4) Diagnostický rozhovor s dítětem 5) Zdravotní prověrka (např. fetální alkoholový syndrom)

				6) Odeslání k dalším testům (neuropsychologické vyšetření), pokud indikované (dle příznaků, anamnézy pacienta) 7) Posouzení komorbidit, starší adolescenti by měli být vyšetřeni na poruchu způsobenou zneužíváním návykových látek
Léčba, terapeutické postupy	Pro děti nad 3 roky stále ve stádiu vývoje Zahrnuje management běžných komorbidit u dětí, mládeže a dospělých	Hlavní je určit cílové symptomy na začátku léčby ADHD bez poruch chování: 1) Psychosociální intervence a trénink rodičů 2) Stimulancia (metylfenidát je první volba), může být první volba pro děti starší 6 let, první hodnocení reakce po 2-4 týdnech léčby ADHD s poruchami chování: Psychosociální intervence a stimulancia (první volba metylfenidát) První hodnocení reakce po 2-4 týdnech, titrace do max. dávky, přidání risperidonu, hodnocení po 46 týdnech léčby, titrace dávky dle potřeby	Multimodální terapie a) Trénink rodičů, trénink ve škole, sebeřízení b) psychologická, behaviorální nebo rodinná terapie c) Farmakoterapie: 1) metylfenidát – pokud není v sociálním prostředí známo zneužívání léků nebo drog 2) atomoxetin – druhá volba; první, pokud je známo zneužívání léků nebo drog	Různá pro každou věkovou skupinu – komplexní léčebný plán 1) Psychoedukace rodičů a dětí 2) Medikace a/nebo behaviorální terapie Při mírných až středně těžkých symptomech se začíná s behaviorální terapií Medikace: první volbou jsou stimulanty (schválené FDA), také s prodlouženým účinkem, druhá volba: bupropion, tricyklicka, alfa-adrenergni agonisti. Atomoxetin se zvažuje, pokud dochází k aktivnímu zneužívání návykových látek 3) Propojení s komunitní podporou a dalšími školními zdroji 4) Pravidelný přezkum
Intervence	Stále ve stádiu vývoje – pokrývá péči poskytovanou profesionály z primární, komunitní a sekundární zdravotní péče	Pro ADHD bez poruch chování: 1) primární péče 2) specialista Pro ADHD s poruchami chování: 1) odeslání specialistovi, pokud je k dispozici 2) hospitalizace nebo v místě bydliště po 12 týdnech neúčinné léčby	Ambulantní léčba Hospitalizace Umístění dítěte nebo mladistvého do péstounské péče nebo dětského domova nebo zvláštní školy	Ambulantní – bez konkrétního komentáře k hospitalizaci
Výsledek	Stále ve stádiu vývoje	Navrhované nástroje pro hodnocení výsledku: CTRS-R, CPRS-R, IOWA CTRS, CTRS, SKAMP, SNAP-IV, NCBRF- CBRF		Přerušeni léčby, pokud je pacient bez příznaků více než rok „Mnoho dětí s ADHD bude mít i v dospělosti potíže vyžadující léčbu—
Komentář k riziku zneužívání	Nesprávné užívání potvrdilo komorbiditu v dospělosti	Žádný u ADHD, mladiství s ADHD a poruchou chování - vysoké riziko rozvoje návykové poruchy v dospělosti	Potvrzena komorbidita, zvláště u mládeže	15-19 % pacientů s ADHD začne kouřit nebo bude trpět jinou návykovou poruchou

			Poznámka, že adolescenti mohou medikaci nesprávně užívat nebo prodávat	
Vyhodnocení	Stále ve stádiu vývoje	Mezinárodní setkání o konsensu pro pokyny 2002 – žádné oficiální setkání EU nebo ESCAP	Nutné trvalé hodnocení léčby (při medikaci 1-2 podrobná vyšetření za rok) Vyhodnocení různých podstoupených způsobů léčby a medikace	Kontinuita léčby se zkušeným klinickým pracovníkem Sledování potřebnosti psychosociální intervence, účinnosti medikace a vedlejších účinků Vyhodnocení různých podstoupených způsobů léčby a medikace
Výzkum	www.nice.org.uk	www.elsevier.com/locate/euroneuro European Neuropsychopharmacology 14 (2004) 11-28	DGKJP (ed.), Deutscher ÄrzteVerlag, Köln 2007 http://www.uni-duesseldorf.de/awmf	J. Am. Child Adolesc. Psychiatry 2007, 46:7, 894-921

Pozn.: Pro tuto poruchu neexistují pokyny EU.

Tabulka 3.4: Zavedené pokyny pro léčbu poruchy chování / poruchy opozičního vzdoru

	Spojené království	Německo AWMF	USA AACAP
Posouzení	MKN-10/DSM-IV	F91, F92	DSM-IV-TR: porucha opozičního vzdoru
Diagnostická kritéria	Žádný standard léčby – přehled „Trénink rodičů nebo vzdělávací programy pro zvládání dětí s poruchami chování“	MKN-10, DSM-IV	
Symptomy	Velice se liší v projevech	Kontrolní seznam symptomů – dle věku	Symptomy charakteristické dle věku
Diagnostické postupy	1) Posouzení založené na pozorování a rozhovorech s dětmi, rodiči a učiteli 2) Několik kontrolních seznamů (např. CBLC) 3) Rizikové faktory prostředí, rodina nebo děti samotné (zneužívání návykových látek)	Dle schématu Prozkoumání (dítě, rodiče, škola) symptomů, anamnézy, komorbidit (DROGY?), podmínek prostředí Tělesné vyšetření Testování (IQ, část narušení výkonu)	Nastavení parametrů v praxi: Prozkoumání (dítě, rodiče, škola) symptomů, anamnézy, komorbidit (DROGY?), podmínek prostředí Tělesné vyšetření Testování (IQ, část narušení výkonu) Používané nástroje jako pomoc při diagnostice - speciální schéma
Léčba, terapeutické postupy	1) Trénink rodičů nebo vzdělávací programy (zaměřené na ně bývá krátkodobé) 2) Terapie zaměřená na dítě – zahrnuje behaviorální léčbu, kognitivní terapii, nácvik sociálních dovedností, kognitivní trénink 3) Rodinná terapie 4) Farmakoterapie vyžadována pouze v případě komorbidit	1) Trénink rodičů, ve školách, sebeřízení 2) Psychologická léčba 3) Farmakoterapie (metylfenidát, pipamperon, risperidon, kyselina valproová)	Je nutná dlouhodobá léčba v závislosti na věku 1) Prevence 2) Léčba komorbidních poruch 3) Intervence v rodině: trénink rodičů, uspořádání léčby (návykové látky) 3) Individuální nebo skupinová terapie 4) Nácvik psychosociálních dovedností 5) Farmakoterapie – neměla by být jedinou intervencí (stimulancia, atomoxetin)
Intervence	Ambulantní Hospitalizace	Přednostně ambulantní léčba Hospitalizace – pokud se současně vyskytují jiná	Léčba by měla být prováděna nejméně omezujícím způsobem

		vážná onemocnění Rehabilitace Oddělení od vrstevníků Umístění dítěte nebo mladistvého do pěstounské péče nebo dětského domova – vedení sociálního případu	Ambulantní léčba Hospitalizace pouze kvůli zvládnutí krize Denní stacionáře a rezidenční či nemocniční zařízení v případě, kdy rodina nechce nebo nemůže spolupracovat, upřednostňují se komunitní, mimo domov umístěné alternativy nebo modely zachování rodiny
Výsledek	Prognóza je zvláště nepříznivá v případě poruch chování s časným počátkem, což umocňuje důležitost včasné a efektivní léčby. Více než 60 % tříletých dětí má pořád potíže i v 8 letech, mnoho problémů přetrvává do adolescence a dospělosti Přibližně 50 % dětí s poruchami chování je později diagnostikováno jako antisociální osobnosti, zneužívají návykové látky nebo jiné		
Komentář k riziku zneužívání	Nesprávné užívání návykových látek je rizikovým faktorem Potvrzená komorbidita, zvláště u mládeže	Potvrzena komorbidita, zvláště u mládeže	Komorbidita s užíváním návykových látek Prevence poruch chování viz.stránky o prevenci zneužívání návykových látek www.modelprograms.samhsa.gov
Vyhodnocení	Vyhodnocení různých metod léčby a medikace Dlouhodobé hodnocení a efektivita nákladů u rozličných forem rodičovských tréninků	Vyhodnocení různých metod léčby a medikace	Vyhodnocení různých metod léčby a medikace pomocí randomizovaných studií
Výzkum	www.nice.org.uk Národní zdravotnická knihovna (National Library for Health) www.mentalneurologicalprimarycare.org	DGKJP (ed.), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007 http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/II_028.htm	J. Am. Child Adolesc. Psychiatry 46:1, 126-141, 2007

Pozn.: Pro tuto poruchu neexistují pokyny EU.

Kapitola 4

Strategie a programy indikované prevence

4.1 Úvod

Cílem této kapitoly je poskytnout náhled do stávajících programů indikované prevence. Předložené informace jsou výsledkem systematického vyhledávání ve vědecké literatuře (viz. níže) a jsou dále doplněné o údaje poskytnuté vládními agenturami v reakci na žádost o informace o evropských modelech indikované prevence.

Pro účely podání přehledu byly programy klasifikovány jako jednoznačně preventivní intervence, pokud měly:

- definovanou cílovou skupinu;
- definované trvání a frekvenci;
- postup vyhodnocení (nepovinné).

Všechny programy byly označeny třemi úrovněmi podle „postupu pro klasifikaci revidovaných projektů na základě úrovně kvality“ (Hillebrand a Burkhardt, v tisku) a ke všem programům, které splnily kritéria úrovně 3, je připojen vývojový diagram vycházející z logického modelu autorů Hillebrand a Burkhardt (v tisku).

Programy byly odborně hodnoceny na základě konsensu.

Tudíž programy klasifikované jako „indikovaná prevence“ byly popsány formou tabulky obsahující obecné informace (např. země, frekvence, vyhodnocení) a grafického znázornění podle článku týkajícího se kvalitativních kritérií a logického modelu pro účely databáze EMCDDA autorů Hillebranda a Burkhardta (v tisku). Logický model umožňuje vizualizaci jednotlivých součástí intervence a přehledně ukazuje jejich vzájemná propojení (obrázek 4.1). Logický model také pomáhá určit jak složky, které jsou součástí návrhu projektu, tak složky, které mohou chybět.

Úroveň 1	Úroveň 2	Úroveň 3
Teoretický základ jasně související s cíli	Slibné projekty	Modelové projekty
Vyhodnocení ukazatelů souvisejících s cíli, počáteční situace	Jasně výsledky Projektu	Teoretický základ jasně související s cíli, počáteční situací a ukazateli
Jasný popis návrhu hodnocení Projekt musí být alespoň jeden rok starý	Teoretický základ jasně související s cíli, počáteční situací a ukazateli	Návrh výzkumu – kontrolní skupina (KS/RKS, je logický model přijatelný?)
	Jasný popis návrhu Hodnocení	Funkční důležitost a psychometrická kvalita měřitek
	Smysluplný celkový popis	Poskytnutí všech materiálů programu, jakož i nástrojů vyhodnocení

Hillebrandova a Burkhardtova klasifikace kvality programů.

Informace o: cílové skupině situaci v komunitě		Posouzení potřeb
Pracovní hypotéza	Ověření proveditelnosti	Cíle
Teoretické modely		Ukazatelé
Komponenty (definuj komponentu)		Výsledky hodnocení

Obrázek. 4.1: Logický model intervencí v drogové prevenci EMCDDA

„Logické modely, především v oblasti drogové prevence, vám umožňují prokázat a graficky znázornit, že vaše intervence se skládá z koherentního propojeného souboru složek, které na sebe logicky navazují. Logický model zvyšuje potenciální účinnost intervence jemným vyladěním jednotlivých prvků mezi sebou a tím, že umožňuje průběžnou kontrolu těchto logických vztahů...“ (Hillebrand a Burkhart, v tisku).

4.2 Výsledky literární rešerše o indikované prevenci

Rešerše v databázi PubMed vedla k výběru původního vzorku přes 6 900 abstraktů, z kterých bylo na základě užšího výběru vybráno 3 390 studií k dalšímu posouzení. Rešerše provedené v dalších databázích (EMBASE, Rejstřík citací společenských věd (SSCI), Kumulativní rejstříku literatury pro ošetřovatelství (CINAHL) a databáze PsycINFO přinesly 647 studií, z kterých bylo vybráno dalších 96 abstraktů. Vybrané studie pak hodnotil tým odborníků, kteří následně našli pouze 21 programů indikované prevence, jež splňovaly kritéria pro zařazení do této zprávy.

Studie byly označeny třemi úrovněmi podle „postupu klasifikace revidovaných projektů podle úrovně kvality“ (Hillebrand a Burkhart, v tisku).

Ze zkušeností je známo, že určité vysoce rizikové skupiny, jako jsou děti v dětských domovech, mládež v azylových domech pro mladé na útěku a mladiství delikventi, mohou být cílovou populací pro indikovanou prevenci. Jelikož rešerše literatury nevedla k mnoha odkazům na studie v této oblasti a i vyhledávání v evropské „šedé“ literatuře odhalilo pouze tři programy (z Polska, Maďarska a Norska), byla provedena další rešerše, která tentokrát nezahrnovala pouze články publikované v odborných recenzovaných časopisech, ale i dizertace a další vědecké práce (databáze: CDSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR, CINAHL, PsychINFO, klíčová slova pro vyhledávání byla zneužívání návykových látek a dospívání a delikvence, zveřejnění po roce 2000). Tato rešerše určila 78 prací, které v předchozím vyhledávání nebyly nalezeny. Nicméně ani tato strategie nepomohla nalézt vyhodnocené přístupy indikované prevence v těchto vysoce rizikových populacích. Několik diplomových prací upozorňovalo na potřebu systematického vyšetřování uvězněných mladistvých tím, že ukázaly, jak jsou standardizované testy významně úspěšnější v odhalení problémů spojených se zneužíváním návykových látek než standardní neformální

rozhovory. Existuje celá řada publikací na téma vedení motivačních rozhovorů a dalších motivačních technik, avšak tyto studie byly provedeny s delikventy, u nichž se vědělo, že trpí poruchou způsobenou užíváním návykových látek.

Motivační rozhovory mohou být chápány jako specifický úvod do léčby. Zdá se, že tyto podskupiny mladistvých mají poněkud obtížný přístup k preventivním intervencím. Dostane se jim léčba, pouze pokud trpí nepopíratelnou poruchou, což má dopad na jejich chování, např. během uvěznění.

Jelikož adolescenti ve vazbě, nápravných zařízeních a ve věznicích jsou vysoce rizikovou skupinou, k níž mají výzkumníci a pracovníci podílející se na sledování snadný přístup, byl proveden ještě obsáhlejší průzkum včetně evropských doktorandských prací a abstraktů z konferencí. V rámci tohoto průzkumu však nebyly určeny žádné vyhodnocené programy indikované prevence.

Programy jsou rozděleny do kategorií. Tj. na programy, které využívají motivační intervence, intervence se zaměřením na rodinu, intervence zaměřené na mládež s delikventním a disruptivním chováním a další.

4.3 Programy z literatury

Tabulka 4.1 představuje programy získané rešerší literatury. Logické modely mohou být nalezeny v příloze.

Tabulka 4.1: Programy z literatury

Studie	Popis	Návrh	Země	Populace	Nástroje	Výsledek	Úr.
Motivační intervence							
Marsden a další, 2006	Krátké motivační intervence s uživateli extáze a kokainu: 45-60 min., intervence podle manuálu	RKS versus skupina, která dostala pouze informace	UK	16-22 let $n = 342$	Vytvořené vlastní nástroje MAP: Profil závislosti podle Maudsley (Maudsley Addiction Profile) (Marsden a další, 1998) SDS: škála závažnosti závislosti (Topp a Mattick, 1997) AUDIT: identifikační test pro poruchy spojené s užíváním alkoholu (Conigrabe a další, 1995)	6měsíční sledování: pro snížení užívání stimulantů a alkoholu není efektivnější než jednoduchá informace	1
Walker a další, 2006	Adolescenti užívající kanabis (min. za poslední měsíc): 2 sezení terapie zvýšení motivace (MET)	RKS: léčba vs. kontrolní skupina čekatelů na léčbu	USA	14-19 let $n = 97$	GAIN-I: celkové posouzení individuálních potřeb -první verze (Dennis a další, 2004a)	3měsíční sledování: omezení užívání v obou skupinách, žádné známky účinnosti intervencí	1
White a další, 2006	Studenti, kteří porušili školní pravidla užitím alkoholu nebo drog. Zpětná vazba poslaná domů vs. motivační rozhovor	RKS	USA	prům. věk: 18,6 roku $n = 222$	SDS: škála sociální vhodnosti (Andrew a Meyer, 2003) Modifikovaný dotazník ohledně každodenního pití (Dimeff a další, 1999) RAPI: Rutgersův index problémů s alkoholem (White a Labouvie, 1989)	3měsíční sledování: užívání omezeno (alkohol, nikotin, kanabis), není rozdíl mezi intervencemi	3
McCambridge a Strang, 2005	Adolescenti užívající zakázané drogy: jedno motivační rozhovor (1 hod.)	RKS	UK	16-20 let $n = 200$	Strukturovaný rozhovor	Bez efektu po 12 měsících, kontrolní skupina se rovněž zlepšila	1
McNally a další, 2005	Motivační intervence v 3 sezeních pro hodně pijící studenty středních a vyšších škol 30 min. (vyšetření), telefonický kontakt a randomizace, druhé a třetí sezení	RKS	USA	prům. věk: 18,85 roku $n = 73$	AUDIT (Saunders a další, 1993) Vyšetřující test pro problémy s alkoholem u mladých dospělých (Hurlbut a Sher, 1992) Dotazník každodenního pití (Dimeff a další, 1999)	6týdenní sledování: významné omezení (počet drinků za týden, excesivní pití atd.)	2
Tait a další, 2004; Tait a další, 2005	Krátká intervence na pohotovosti v případech týkajících se požití alkoholu nebo drog Poskytnuta informace, kde hledat pomoc	RKS	Austrálie	12-19 let $n = 127$	Dotazník užívání drog u teenagerů (Ovenden a Loxley, 1994) FAD: nástroj pro hodnocení rodiny (Epstein a další, 1983) GHQ-12: dotazník obecného zdraví - 12 (Goldberg a Williams, 1988)	4měsíční sledování: „méně hazardní“ užívání drog, méně u osob v terapii, více adolescentů se dostalo do léčby 12měsíční sledování: méně příjmů na pohotovost kvůli alkoholu a jiným drogám	3

McCambridge a Strang, 2004	Adolescenti užívající nepovolené drogy (stimulancia a kanabis), nábor přes vrstevníky: motivační rozhovor	RKS	UK	16-20 <i>n</i> = 200	SDS: škála závažnosti závislosti (Gossop a další, 1995) DAS: škála postojů k drogám (Parker a další, 1998) GHQ: dotazník obecného zdraví (Goldberg a Williams, 1988)	3měsíční sledování: zmírnění užívání drog Velikost účinku: cigarety: 0,37 alkohol: 0,34 THC: 0,75	3
Baer a další, 2001	Vysoce riziková pijáci: jednorázový osobní motivační rozhovor, osobní analýza zasláná jednotlivcům, telefonický kontakt s vysoce rizikovými pijáky	RKS	USA	19 let <i>n</i> = 659	Vytvořené vlastní nástroje Rutgersův index problémů s alkoholem (White a Labouvie, 1989) Dotazník každodenního pití (Collins a další, 1985) ADS: škála závislosti na alkoholu (Skinner a Horn, 1984)	4leté sledování: větší omezení užívání alkoholu v intervenční skupině	2-3
Walters, 2000	Umírnění až těžcí pijáci: osobní zpětná vazba odeslaná zpět jim	RKS (2 hod. informace + zpětná vazba vs. pouze zpětná vazba vs. žádná intervence)	USA	<i>n</i> = 40	DCU: prověrka pijáků (Miller a Sovereign, 1993) AUDIT	6týdenní sledování Velikost účinku: 1,01 s odeslanou zpětnou vazbou vs. 0,36 bez intervence vs. 0,60 s intervencí i zpětnou vazbou	2
Intervence se zaměřením na rodinu							
Kamon a další, 2005	Adolescenti s nejméně jedním užitím kanabisu za poslední měsíc: vedení v rodině, plán pro všechny případy (peníze za vzorek moči bez drog). 14 týdnů, 1 sezení týdně. Adolescenti a rodiče odděleně	Pilotní	USA	15-18 let <i>n</i> = 19	TLFB: zpětné sledování v čase (Sobell a Sobell, 1992) CBCL, YRS Vermontský strukturovaný rozhovor (Hudziak a další, 2004) Alabamský dotazník rodičovství (Frick a další, 1999)	30denní sledování: efektivní vs. užívání návykových látek a externalizující chování	2
FACS: Rodinné a dovednosti zvládání života (Curry a další, 2003)	Užívání návykových látek a deprese u adolescentů: části KBT a intervencí v rodině. Trénink rodičů, skupinová a rodinná sezení	Pilotní	USA	14-18 let <i>n</i> = 13	CAPA: psychiatrické vyšetření dětí a adolescentů (Angold a Costello, 1995) CDI: Inventář deprese u dětí (Kovacs, 1992) Vlastní instrumenty	3měsíční sledování: míra deprese snížena, omezení užívání návykových látek	2
BSFT: krátká strategická rodinná terapie (Robbins a další, 2002)	Chování adolescenta v kontextu s prostředím, většinou 12-6 sezení (3-4 měsíce)	Různé studie: RKS vs. kontrolní skupina čekatelů na léčbu	USA	6-17 let, 79 rodin (Coatsworth a další, 2001)	RBPC: revidovaný kontrolní seznam problémů s chováním (Quay a Peterson, 1993) ASI: škála závažnosti závislosti (McLellan a další, 1984) FES: škála rodinného prostředí (Moos a Moos, 1983) SFSR: strukturovaná škála rodinných systémů (Szapocznik a další, 1991)	Omezení konzumace kanabisu, nikoli však alkoholu (Coatsworth a další, 2001)	3

CYT: léčba mládeže užívající kanabis (Dennis a další, 2002, 2004a)	Užívání kanabisu v posledních 90 dnech, jeden příznak závislosti Intervence: MET, KBT, síť rodinné podpory, ACRA – přístup komunitního upevnění pro adolescenty, multidimenzionální rodinná terapie	RKS	USA	12-18 let $n = 600$	GAIN: celkové posouzení individuálních potřeb	12měsíční sledování: všech 5 intervencí zvýšilo počet dnů abstinence a procento zotavujících se adolescentů. Nejefektivnější z hlediska nákladů: MET nebo KBT (5 sezení), MET nebo KBT (12 sezení), ACRA	3
Intervence ve škole							
Preventure (Sully a Conrod, 2006)	Školní program: UK (z Kanady) Pouze pro adolescenty s určenými rizikovými faktory. 4 druhy osobností: citliví vůči úzkostem, vyhledávající vzrušení, impulzivní, s negativním myšlením Trvání: 1x90 min. + 1x60 min.	KS	UK	13-16 let	SURPS: rizikový profil užívání drog (Conrod a Woicik, 2002)	12měsíční sledování: nárazové pijáctví, frekvence a množství pití omezeny (rovněž zmírnění deprese, záškoláctví, panických atak a impulzivity) Zvlášť účinné u osob vyhledávajících vzrušení	3
Možnosti projektu (Brown a další, 2005)	Adolescenti, kteří alespoň 1x požili alkohol, ve škole, 6 sezení, zvyšování motivace, nácvik dovedností, zpětná vazba, individuální intervence nebo intervence prostřednictvím internetu	KS: sám se obrátí na intervenční skupinu (nic vs. individuální vs. internet)	USA	Průměr: 15,9 roku $n = 1249$	Sledování budoucích průzkumů (Johnston a další, 2003) Průzkum rizikového chování mladých (CDC, 1990)	Po intervencích: nejlepší efekt ve skupině těžkých pijáků	1-2
Intervence zaměřené na mládež s delikventním a disruptivním chováním							
UCPP (Utrechtský program síly zvládat život; Zonneville Bender a další, 2007)	Kognitivní terapie dle manuálu, 23 sezení, týdně, 1,5 hod. děti a rodiče Rodiče musí platit	RKS vs. obvyklá léčba vs. zdravé kontroly	Holandsko	8-13 let, s disruptivní poruchou chování $n = 61$		5leté sledování: omezení kouření, užívání kanabisu, žádné rozdíly v delikventním chování	3
ATTAIN (Gil a další, 2004)	Mladiství delikventi	RKS: individuální KBT vs. Intervence v rodině (řízená změna sebe sama) vs. kontrolní skupina čekatelů	USA	Průměr: 15,7 roku $n = 213$	TLFB: zpětné sledování v čase (Sobell a Sobell, 1992) Strukturovaný rozhovor PRQ: dotazník na rozpoznání problémů (Cady a další, 1996)	Omezení konzumace alkoholu a kanabisu v obou intervenčních skupinách	2
Jiné							

Solhkhah a další, 2005	Retardovaný bupropion u adolescentů s ADHD nebo poruchami nálady	Otevřená naturalistická studie	USA	12-19 let <i>n</i> = 14	DUSI-R: revidovaný inventář vyšetření užívání drog kontrolní seznam symptomů ADHD HAMD – Hamiltonova škála pro depresi CGI: celkový klinický dojem	6měsíční sledování: snížení skóre v DUSI, ADHD, HAMD	2
Battjes a další, 2004	Mírný až střední stupeň abúzu návykových látek. Terapeutický skupinový přístup dle manuálu, 19 sezení		USA	<i>n</i> = 194	GAIN: celkové posouzení individuálních potřeb (Dennis a další, 2002) Škála pro okolnosti, motivaci a připravenost (DeLeon a další, 2000) Formulář hodnocení klienta (Simpson a Chatham, 1995)	6 a 12měsíční sledování: omezení užívání kanabisu, užívání alkoholu zůstalo stejné	2
Supra-f (Meili, 2004)	Adolescenti s problematickým chováním. Příjem přes školy, soudy pro mladistvé, rodiče 6 měsíců, 1-5 x týdně Práce ve škole a zaměstnání, analýza problému, dovednosti, v řešení problému, nácvik sociálních kompetencí		Švýcarsko	11-20 let		Návrh je prezentován	2
Waldron a další, 2001	12 hod. (24 hod.) terapie u jednoho ze 4 terapeutických sezení s adolescenty užívajícími kanabis	RKS: KBT vs. funkční rodinná terapie (FRT) vs. kombinace vs. skupinová psychoedukace	USA	13-17 let <i>n</i> = 120	CBCL: kontrolní seznam chování dítěte (Achenbach, 1991) TLFB: zpětné sledování v čase (Sobell a Sobell, 1992) POSIT (McLaney a další, 1994)	4měsíční sledování užívání kanabisu: FRT a kombinace: méně dní, kdy užíli. FRT, KBT a kombinace: více adolescentů na minimální úrovni užívání 7měsíční sledování: kombinace a skupina: méně dní, kdy užíli FRT, kombinace a skupina: více adolescentů na minimální úrovni užívání	1

Zkratky: RKS - randomizovaná kontrolovaná studie; KBT - kognitivně behaviorální terapie; follow-up = sledování

4.4 Programy v Evropě – informace poskytnuté vládními agenturami

4.4.1 Strategie řešerše

Za účelem získání dalších informací o stávajících programech nebo programových iniciativách v evropských zemích jsme provedli metodu dotazování se jednotlivých zemí ohledně jejich aktuálních programů indikované prevence. Na základě informací dostupných na internetu byly získány adresy, a pokud to bylo možné, i kontaktní osoby z ministerstev zdravotnictví, sociálních věcí, školství a spravedlnosti. V některých případech nebylo z důvodu organizace vládních služeb nebo chybějících verzí internetových stránek v anglickém jazyce možné zjistit kontaktní adresy. Celkem bylo odesláno 100 poštovních zásilek vládním úřadům nebo agenturám ve 29 evropských zemích.

Byly obdrženy odpovědi od alespoň z jednoho ministerstva nebo úřadu ze 70 % dotazovaných zemí. Obdržené odpovědi se co do kvality značně lišily. Nejdříve byly od kontaktních osob odesílány nové adresy nebo oznámení o přeposlání dopisu kompetentní osobě příjemcem. Mimo to má několik zemí speciální instituce pro monitorování drog, např. Národní drogová komise, Rezort pro kontrolu drog, které spadají do pravomoci vlády příslušné země. Většina kontaktovaných vlád nám poskytla více než jeden zdroj informací. Odpovědi přicházely nejčastěji z ministerstva zdravotnictví (49 %) a ministerstva spravedlnosti (21 %) (viz. obrázek 4.2).

Z odpovědí vládních agentur může být učiněn závěr, že preventivní programy se v jednotlivých zemích značně liší. Definice indikované prevence se rovněž lišily: i přesto, že bylo získáno hodně informací o mnoha programech, většina z nich by mohla být definována jako obecná nebo selektivní prevence. Většina programů byla vytvořena bez jakéhokoli vyhodnocení (nebo bez dostatečných informací o vyhodnocení). Rovněž se zdá, že příslušná ministerstva nebo agentury nejsou dostatečně informovány o jiných preventivních aktivitách ve své zemi.

Z 21 publikací, které splňovaly kritéria pro programy indikované prevence, lze 16 klasifikovat jako programy na úrovni 2 nebo 3. 6 programů z těchto 16 pocházelo z Evropy a 4 lze klasifikovat jako programy na úrovni 3.

Byly rovněž získány informace o internetových stránkách a domovských stránkách projektů, epidemiologických studiích, politických záměrech, výzkumných institucích, definicích prevence, jakož i o obecných a specifitějších programech. K získávání informací napomáhal i fakt, že řada domovských stránek byla dostupná i v angličtině. Přehled získaného materiálu je uveden v odstavci „Programy uvedené vládními agenturami“. Vyhodnoceny byly všechny internetové stránky uvedené ministerstvy a v dopisech týkajících se národních projektů. Byly prohlédnuty všechny odkazy na webové stránky, přičemž zvláštní pozornost byla věnována odkazům na programy indikované prevence.

Intervence identifikované jako programy (tj. u nichž byla definována cílová skupina a záměr a popsána intervence) byly hodnoceny podrobněji. Pokud byly k dispozici informace ohledně teoretického rámce, délky projektu, strategií financování a hodnocení, byla poznamenána příslušná klíčová slova.

Zahrnuté programy byly hodnoceny skupinou odborníků na základě konsensu (tři znalci hodnotily programy nezávisle a poté v rámci skupinové diskuse dospěli ke konečnému zařazení každého programu do příslušné kategorie) a roztříděny do kategorií všeobecná, selektivní a indikovaná prevence.

Programy klasifikované jako „indikovaná prevence“ musely splňovat definici uvedenou na začátku této kapitoly. Proces skupinového konsensu zahrnoval i další kvalitativní kategorie pro zařazení a vyřazení, teprve poté bylo možno přistoupit k dalšímu kroku popisu programu.

Programy nebyly označeny jako „indikovaná prevence“ a tudíž nejsou dále popsány v této zprávě, pokud:

- byly intervence navrženy pro celou školní populaci, přestože se konaly ve školách pro děti s potížemi v chování a neobsahovaly konkrétní, na zneužívání návykových látek zaměřené intervence (např. v Estonsku a Maďarsku);
- byla zajištěna školení pro profesionály a personál, ale nebyla cílena na jednotlivce (např. na Slovensku);
- nebyla specifikována cílová skupina anebo byla specifikována pouze obecně, např. „rizikové skupiny“;
- jednotlivci byli vybíráni bez jakéhokoli posouzení rizika u jednotlivce (např. psychologický problém rodiče, jednotlivé behaviorální známky, delikvence) jen na základě toho, že bydlí ve znevýhodněné oblasti nebo patří k nějaké etnické podskupině apod. (např. Irsko, Slovensko);
- bylo v programu uvedeno, že je „ve stádiu vývoje“ nebo „vytváří síť“ (např. Polsko) bez dalšího upřesnění;
- program se zakládal na počátku utváření svépomocných skupin (např. Polsko);
- program se skládal převážně z léčebných intervencí nebo snížení újmy (např. výměna jehel);
- se jednalo o neintervenční studii nebo program;
- cílovou skupinou byli mladí dospělí starší 18 let.

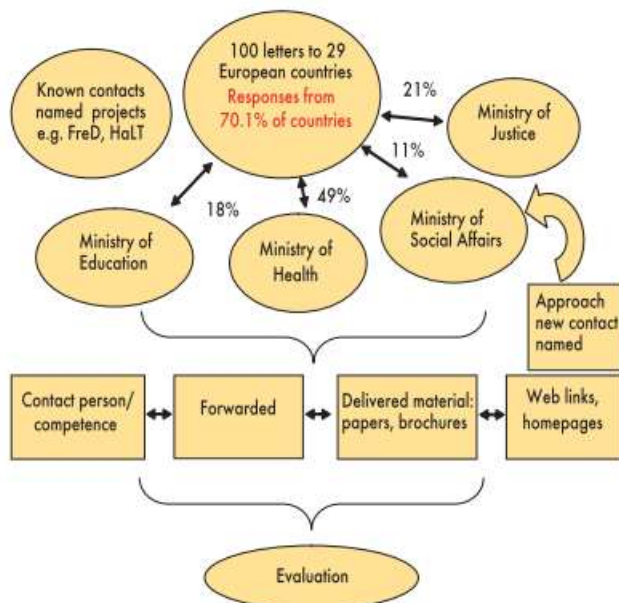
Z 53 vybraných internetových stránek bylo nakonec 23 programů klasifikováno jako indikovaná prevence.

Po vyhodnocení těchto 23 programů splňoval pouze jeden kritéria pro zařazení do úrovně 3, dva dosahovaly úrovně 2 a pět úrovně 1. Patnáct programů nebylo ohodnotit pro žádnou úroveň nebo neobsahovaly dostatek informací. Dva programy dosahovaly požadovaných standardů indikované prevence a úrovně 3 (IPL3), jak je definováno v této kapitole.

Kromě jednoho programu ze Švýcarska jsme nenalezli žádné programy, které by byly uvedeny jak v literatuře, tak vládami.

Ve výsledku mohlo být pouze několik studií označeno za empiricky důkladné a efektivní, a tudíž vhodných pro použití jako modely nejlepších postupů v praxi. V mnoha dalších studiích je síla důkazu omezena krátkým intervalem sledování nebo nedostatečným počtem účastníků. Aby bylo možné se takovým problémům vyhnout, musely by studie dodržovat určitou úroveň hodnotících standardů. Tvůrci metodiky postupů zde mohou jednat tak, že stanoví adekvátní hodnocení jako podmínku pro získání finanční podpory projektů prevence. Studie by se v budoucnu měly opírat o

randomizované kontroly a měly by být založeny na dostatečně velkém počtu jedinců (podle toho, jakou otázku je třeba řešit). Mělo by být dodrženo alespoň měsíční sledování. Je klíčové, aby byly zveřejňovány i výsledky neúspěšných intervencí, aby další výzkumníci a zúčastnění jednotlivci neopakovali preventivní programy, které se jeví jako nevhodné.



Obrázek. 4.2: Strategie vyhledávání programů v různých zemích.

Překlad obrázku zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.*:

109 dopisů do 29 zemí, **Odpověď ze 70,1 % zemí**; známé kontakty uvedly projekty, např. FreD, HaLT; Ministerstvo školství; Ministerstvo zdravotnictví; Ministerstvo sociálních věcí; Ministerstvo spravedlnosti;

Kontaktní osoba/kompetence; Přeposláno; Doručený materiál: dokumenty, brožury; Odkazy na webové stránky, domovské stránky; Navázání nového uvedeného kontaktu

Vyhodnocení

Konec překladu obrázku, *pozn. překl.*

4.4.2 Programy uvedené vládními agenturami

Tabulka 4.2: Programy uvedené vládními agenturami

Země původu	Uvedené zdroje	Celkové informace	V	S	I	?	EI
Česká republika	www.p-centrum.cz		X	X	1		
Německo	www.lwl.org/ksdownload/downloads/publikationen/Cannabis-Expertise.pdf		X	X	1		
Maďarsko	www.drogfokuszpont.hu	X	X	X	2		X
Holandsko	http://www.lsp-preventie.nl/index.asp?content_id=37	X			6		
Polsko	www.para.pl/parpaeng		X	X	3		
Slovensko	www.infodrogy.sk		X	X	1		
Švédsko	http://www.socialstyrelsen.se/en/Subjects/	X	X	X	2		X

Švýcarsko	www.supra-f.ch				1		
Spojené království	www.drugs.gov.uk		X	X	1		X
Spojené království	http://guidance.nice.org.uk/type	X	X	X	1		X
Česká republika	www.prevcentrum.cz	Pouze v češtině					
Česká republika	www.web.telecom.cz/filia	nenalezeno	X				X
Česká republika	www.podaneruce.cz		X				X
Česká republika	www.extc.cz	Pouze v češtině					
Česká republika	www.poradenskecentrum.cz	Pouze v češtině					
Česká republika	www.anima-os.cz	Pouze v češtině					
Česká republika	www.auritus.cz	Pouze v češtině					
Česká republika	www.pppbruntal.cz/citadela	Pouze v češtině					
Česká republika	www.mestokladno.cz		X				
Česká republika	www.vrakbar.wz.cz	Pouze v češtině					
Česká republika	www.kcentrum.cz	Pouze v češtině					
Česká republika	www.cnnfm.cz	Pouze v češtině					
Česká republika	www.os-semiramis.cz		X		X		
Česká republika	www.fokusvysocina.cz	Pouze v češtině					
Estonsko	http://euks.tai.ee/?lang=en	X	X				
Francie	http://www.education.gouv.fr/cid1116/prevention-desconduites-addictives		X	X			X
Francie	http://www.drogues.gouv.fr/article94.html	X					
Francie	www.sante.gouv.fr	X					
Německo	www.dbdd.de			X			
Německo	www.forumpraevention.de	X					
Německo	www.gesundheitsforschung-bmbf.de	X					
Maďarsko	www.gov.hu	X	X				
Irsko	www.sphe.ie		X	X			
Irsko	www.provail.ie/en/NationalDrugsStrategy/NationalDrugsStrategyFAQs						
Lotyšsko	www.narcomainia.lv						
Lotyšsko	www.aids.gov.lv						
Lotyšsko	www.vvva.gov.lv						
Lotyšsko	www.atkariba.lv						
Litva	www.nkd.lt						
Litva	www.vpsc.lt/vpsc_anglu			X			
Norsko	www.shdir.no	X	X		X		
Polsko	www.narkomania.gov.pl/brief/htm	X	X				

Polsko	www.bpzgov.pl/anghtml/index2/html	X					
Švýcarsko	www.radix.ch	X					
Turecko	www.yeniden.org	X					
Spojené království	www.talktofrank.com		X				
Spojené království	www.puplicationsteachernet.gov.uk	X	X				
Spojené království	www.dh.gov.uk	X					
Spojené království	www.deni.gov.uk/index/80-curriculumassessment_pg/80-curriculum_and_assessment-drugsguidance_pg.htm	X	X				
Spojené království (Severní Irsko)	www.deni.gov.uk/index/80-curriculumassessment_pg/80-curriculum_and_assessment-drugsguidance_pg.htm		X				
Spojené království (Severní Irsko)	www.deni.gov.uk/index/85-linkspage_pg.htm#elbs	X					
Spojené království (Severní Irsko)	www.dhsspsni.gov.uk	X					
Spojené království (Severní Irsko)	www.dhsspsni.gov.uk/drugs-alcohol-report-ni-review.pdf		X				

Pozn.: Hodnota ve sloupci I udává počet programů indikované prevence na této stránce. Programy jsou rozdělené jako: V = všeobecná, S = selektivní, I = indikovaná prevence, ? = nedostatek informací a EI = časná intervence.

Tabulka 4.2: Programy doručené poštou

Země původu	Pouze obecné informace	Název programu	V	S	I	?	EI
Německo		HaLT, návštěvy na jednotkách intenzivní péče po intoxikaci alkoholem a průběžné služby			1		
Lotyšsko		Podpůrná skupina pro děti vystavené riziku s cílem provádět prevenci pro děti s vysokým rizikem			1		
Lichtenštejnsko		Edukační intervence po porušení pravidel ochrany nezletilých			1		
Norsko		Kontrakt s mladistvými			1		
Španělsko		Časné odhalení a léčba adolescentů s rizikem závislosti			1		
Česká republika	X	Já a máma nekouříme	X				
Česká republika		Normální je nekouřit	X				
Česká republika		Kouření a já	X				
Česká republika		Systém zdravotní péče bez kouření	X				
Německo		FreD, časná intervence pro mladé lidi, kteří konzumují drogy a poprvé na sebe upoutají pozornost		X			
Německo		Individuální intervence za účelem snížení konzumace kanabisu					X
Maďarsko	X	Projekty boje proti násilí ve školách a dalších vzdělávacích institucích	X				
Maďarsko		Projekty upozorňující na rizika zneužívání drog na středních školách, gymnáziích a odborných učilištích	X				
Lotyšsko	X	Programy omezení konzumace alkoholu a závislosti na alkoholu	X				
Lotyšsko		Pracovníci centra pro prevenci závislosti v Rize na pochůzkách po internetových kavárnách a městských nočních klubech	X				
Lichtenštejnsko		Protidrogové skupiny					X
Lichtenštejnsko		Soutěž ve třídách škol v přestávání s kouřením	X				
Norsko	X	Informace na internetu	X				
Norsko		Kampaň proti tabáku mezi mladými lidmi	X				
Norsko		Programy školních intervencí	X				

Norsko		Společný léčebný model pro drogově závislé					X
Norsko		Soudně nařízená léčba drogové závislosti		X			
Norsko		Projekty SNU					
Norsko		Komunitní tresty	X				
Norsko		Výkon trestů v léčebných ústavech	X				
Norsko		Projekty SNU		X			
Norsko		Nevládní organizace	X				
Norsko		Regionsprosjektet	X				
Slovensko	X	RO Topolčany, sportem proti kouření, drogy pro zdravější život	X				
Slovensko		PHA SR Marihuana známá – neznámá	X				
Slovensko		Vzdělávací aktivity, např. přednášky pro děti a dospělé, rozhovory, semináře, soutěže jako Přestaň a vyhrať	X				
Slovensko		Publikační činnost, např. brožury, letáky, filmy a aktivita v médiích	X				
Slovensko		Strategie zacházení s vězni s problémy s drogami ve slovenských věznicích					X
Španělsko		Programa Saluda, drogová prevence	X				
Španělsko		Constuyendo Salud	X				
Španělsko		Als'Pals	X				
Španělsko		Program proti zneužívání alkoholu		X			
Španělsko		SUSPERTU	X				

Pozn.: Hodnota ve sloupci I udává počet programů indikované prevence na této stránce. Programy jsou rozdělené jako: V = všeobecná, S = selektivní, I = indikovaná prevence, ? = nedostatek informací a EI = časná intervence.

4.4.3 Přehled programů indikované prevence

Níže je prezentován přehled programů pro indikovanou prevenci, které dosáhly úrovně 2 nebo 3. Ty programy, které byly klasifikované jako indikovaná prevence, ale které nemohly být hodnoceny stupněm 2 nebo 3, jsou uvedeny v příloze, kde jsou prezentovány jako logické modely.

Název:	Bundesprojekt Hart am LimiT — HaLT Lörrach — HaLT Rostock — reactive
Prevence:	Indikovaná
Země:	Německo
Cílová skupina:	Nejvýše 150 adolescentů v intenzivní péči po nárazovém pijáctví
Popis:	Celonárodní shromažďování dat o nárazovém pijáctví, hledání důvodů riskantní konzumace alkoholu, zjišťování situace mezi vrstevníky, zjištění možných příčinných psychiatrických nemocí v a zahájení terapie a rehabilitace, pokud je to vhodné. Prevence opakovaných návštěv jednotek intenzivní péče v souvislosti s problémy spojenými s pitím alkoholu.
Zahájení:	R. 2003 první fáze, od srpna 2004 rozšířená fáze
Frekvence:	Individuální plán, minimálně 2 sezení, všechny druhy poradenství/léčby
Nástroje:	Výzkumný dotazník a monitorovací arch
Vyhodnocení:	Dotazník navržený pro program, statistiky a zprávy vypracovány společností PROGNOS AG, Švýcarsko
Úroveň:	3

Název:	Zvyšování počtu a dostupnosti terapeutických služeb pro rodinné příslušníky a ostatní členy rodin se závislostí na alkoholu
Prevence:	Indikovaná
Země:	Polsko

Cílová skupina:	Členové rodin – viz. výše
Popis:	Tréninkové kurzy Provádění výzkumu a hodnocení zaměřených na poruchy, jimiž trpí příslušníci rodin se závislostí na alkoholu Prohlášení a publikace ve specializovaném tisku a časopisech
Zahájení:	Od r. 1999
Frekvence:	Nespecifikováno
Vyhodnocení:	1998–2002
Úroveň:	2

Název:	Supra-f
Prevence:	Indikovaná
Země:	Švýcarsko
Cílová skupina:	Ohrožená mládež (riziko delikvence, užívání drog, deprese, úzkosti, poruch chování, problémů ve škole)
Popis:	Různé programy v rozmezí 3 až 42 hodin týdně na podporu a zavedení struktury do života dětí
Zahájení:	Od r. 2000
Frekvence:	3 až 42 hodin týdně
Vyhodnocení:	2003 a 2006 — další sledování pokračuje
Úroveň:	3

4.5 Shrnutí

Proběhly systematické rešerše v odborné literatuře za účelem získání údajů o stávajících programech indikované prevence. Rovněž byly vyžádány další informace o projektech indikované prevence od vládních agentur.

Jako preventivní programy byly klasifikovány intervence vyznačující se následujícími charakteristikami: definovaná cílová skupina, stanovená délka trvání a frekvence. V ideálním případě zahrnovaly programy také vyhodnocení, nicméně nejednalo se o určující charakteristiku.

Všechny programy byly hodnoceny prostřednictvím konsenzuálního procesu.

Pro programy klasifikované jako „indikovaná prevence“ byly vytvořeny logické modely.

Z prvního zdroje, tj. rešerše v literatuře a hodnocení týmem odborníků vzešlo 21 jasně popsanych programů indikované prevence z celkového počtu 600 nedávno publikovaných prací. Šest z nich je původem evropských a čtyři splňovaly standardy „nejlepších postupů“.

Většina programů z nalezených v literatuře pocházela ze Spojených států a jiných anglofonních zemí a byly navrženy pro adolescenty, u kterých již došlo k počátku užívání drog.

Několik málo programů z literatury neanglofonních evropských zemí odkazuje na identifikaci školy, školní programy a jednotlivé skupinové terapie pro adolescenty s již identifikovanými problémy s chováním nebo konkrétními psychiatrickými poruchami.

Mnoho programů je založeno na „terapeutických“ intervencích s vysokou frekvencí a/nebo na nějakém druhu krátké intervence dle manuálu, jako např. motivační rozhovory nebo tréninkové programy pro rodiče (⁷). Aby bylo možné se zabývat problémy specificky spojenými s užíváním drog nebo alkoholu, jsou někdy používány stávající terapeutické intervence (např. kognitivně behaviorální terapie nebo rodinná terapie), přičemž jsou tyto použity jen s minimálními úpravami.

Na základě žádostí adresovaných vládním agenturám bylo získáno 53 internetových stránek a několik dokumentů, z nichž 23 programů bylo klasifikováno jako programy indikované prevence. Přístupy a definice používané v prevenci se v jednotlivých zemích dost liší. Většina programů byla dle definice použít v této zprávě hodnocena jako program zaměřený na všeobecnou nebo selektivní prevenci. Ve většině případů chybělo buď vyhodnocení, anebo dostatek informací. Proto pouze tři z evropských programů, každý z jiné země, mohly být označeny za projekty uplatňující „nejlepších postupy“. Skutečnost, že vládní agentury zřídka zmiňovaly preventivní aktivity jiných organizací ve své zemi, budí dojem, že mezi jednotlivými agenturami často chybí dostatek koordinace a spolupráce. Tento poznatek zdůrazňuje potřebu vědecky a důkazně podložených programů, ale také potřebu koordinace preventivních aktivit v rámci jednotlivých zemí.

23 programů indikované prevence pochází z České republiky, Německa, Maďarska, Lichtenštejnska, Holandska, Norska, Polska, Slovenska, Španělska, Švýcarska a Spojeného království. Tyto programy jsou většinou zacílené na děti a mládež se sociálními a/nebo behaviorálními problémy či na děti z rodin, které mají problémy s drogami nebo trpí psychologickými problémy. Některé z těchto programů se věnují návštěvám na pohotovosti nebo případům kontaktu s policií, které jsou následkem konzumace drog a alkoholu.

Intervence se většinou zakládaly na skupinové práci, která se soustředila na posílení sebevědomí a podporu pozitivní interakce, v některých případech včetně kontaktu s jedincem a rodinou.

Celkově lze říci, že programy s nejlepšími postupy se soustřeďují na různé cílové skupiny, včetně těch, které potřebují intenzivní péči nebo jinou zdravotní péči v souvislosti s užíváním návykových látek, jinak odhalených uživatelů, individuálně vyšetřených dětí rozpoznaných ve školách, dětí závislých rodičů a dětí doporučených soudem. Ve většině případů tak cílová skupina již užívala návykové látky. Pro mnoho mladých lidí, kteří se do programů zapojují, představuje užívání návykové látky způsob, jak zvládat problémy v životě.

Ohrožené děti jsou do preventivních programů doporučeny různými způsoby: nahlásí se samy, vyhledáváním ve školách, nábořem mezi vrstevníky, sebezposuzovacími nástroji ve škole, prostřednictvím lékařské péče nebo léčebného zařízení pro závislé rodiče.

Všechny programy rovněž poskytují posouzení individuálních potřeb a spolupracují s rozmanitými pomocnými zařízeními, ovšem jen málo z nich dává doporučení na místní zařízení pomoci ve smyslu systematických „cest péče“.

⁷ Jedna studie (z USA) nabídla psychofarmakoterapii.

Mezi vynikající programy patří: UCPP v Holandsku, který se zaměřuje na posílení mladých delikventních uživatelů; projekty Supra-F ve Švýcarsku, které poskytují nabídky s individuálním přístupem v různých oblastech, a HaLT v Německu, který je zaměřen na nárazové pijáky v intenzivní péči.

Každý z těchto programů má svá omezení: v holandských a německých programech je vyžadován souhlas a spolupráce rodičů a švýcarský program se opírá o místní předpoklady se spornou zobecnitelností.

Většina programů nalezených prostřednictvím rešerše v literatuře pochází ze Spojených států a jiných anglofonních zemí. Většina z nich je navržena pro adolescenty, u kterých již došlo k počátku užívání drog. Programy z evropských zemí odkazují na identifikaci školy, školní programy a jednotlivé skupinové terapie pro adolescenty s již identifikovanými problémy s chováním nebo konkrétními psychiatrickými poruchami.

Mnoho programů získaných od vládních agentur používá behaviorální metody pro intervence s vysokou frekvencí nebo specifické intervence probíhající dle manuálu, jako např. motivační rozhovory nebo tréninkové programy pro rodiče. Aby bylo možné se zabývat problémy specificky spojenými s užíváním drog nebo alkoholu, jsou někdy používány stávající terapeutické intervence (např. kognitivně behaviorální terapie nebo rodinná terapie), přičemž jsou tyto použity jen s minimálními úpravami.

Většina programů byla na základě definice použité v této zprávě klasifikována jako všeobecná nebo selektivní prevence. U většiny z nich chybělo buď vyhodnocení, anebo dostatek informací. Pouze tři z evropských programů mohly být označeny za projekty uplatňující „nejlepších postupy“. V mnoha případech se jevila skutečnost, že vládní agentury nejsou dostatečně informovány o činnosti jiných agentur v oblasti drogové prevence v dané zemi. To ukazuje na potřebu lepší koordinace v oblasti prevence v rámci jednotlivých států.

I přesto, že všechny programy zahrnovaly individuální posouzení potřeb a spolupráci s rozmanitými pomocnými zařízeními, jen velmi málo z nich vyvinulo systematické „cesty péče“.

Kapitola 5

Etické otázky

5.1 Úvod

Etika není v drogové prevenci novým tématem. Ovšem etické problémy, které vyvstávají u indikované prevence, musí být pečlivě posouzeny, jelikož cílem tohoto přístupu je intervenovat u jedinců s dobře definovaným rizikem získání poruchy způsobené užíváním návykových látek v pozdějším životě. Právě toto na samém začátku vyjasňuje problémy, které je nutné řešit. Nejprve tím, že dojde k identifikaci jednotlivců a práci s nimi, jsou tito postaveni do zvláštního postavení mimo okruh svých vrstevníků, což s sebou může nést riziko nálepkování a stigmatizace. Zadruhé tím, že je jednotlivce informován o zvýšeném riziku rozvoje poruchy v jejich pozdějším životě může samo o sobě samotné riziko rozvoje poruchy zvýšit. Zatřetí existují problémy spojené s přijetím výzkumu o preventivních snahách za účelem splnění vědeckých a etických kritérií.

Jedna z nejznámějších prací týkajících se etických problémů v medicíně pochází od Národní komise pro ochranu lidských subjektů biomedicínského a behaviorálního výzkumu. V dubnu 1979 vydala komise tzv. Belmontskou zprávu, ve které publikovala „Etické principy a postupy při ochraně lidských subjektů ve výzkumu“⁽⁸⁾.

Základní etické principy definované ve zprávě a uvedené v této kapitole jsou: respekt k lidem, dobročinnost a spravedlnost.

5.2 Respekt k lidem

Jak zmiňuje Belmontská zpráva, respekt k lidem zahrnuje nejméně dvě etická přesvědčení: s jedincem by se mělo zacházet jako s osobou s vlastní autonomií a osoby s oslabenou autonomií mají být chráněny.

Tyto dva body jsou zásadní při posuzování toho, kdo má rozhodnout, zda se jedinec programu zúčastní, či nikoliv.

Jelikož existuje možnost škodlivého výsledku (o kterém bude pojednáno dále v této kapitole), je třeba, aby začlenění do preventivní intervence bylo pečlivě promyšleno, a to zejména z toho důvodu, že podle Belmontské zprávy je nutno osoby „s potřebou zvýšené ochrany“ (což platí právě u dětí a adolescentů) vyloučit z „aktivit, které jim mohou přivodit újmu“. V mnoha členských státech EU a v evropské úpravě klinických pokusů, s výjimkou vakcinace, neexistuje právní nebo regulační rámec pro výzkum preventivních intervencí u dětí nebo adolescentů. Často je pokus na nezletilých ospravedlněn potenciálním individuálním nebo skupinovým prospěchem.

Potenciální skupinový prospěch může být snadno popsán v kontextu individuální prevence, neboť jednotlivci jsou podrobeni vyšetření a popsání na základě určitých definovaných rizik.

Intervence je však cílena na snížení rizika ještě nevyvinuté poruchy, jako je například porucha způsobená užíváním návykových látek. Musí být stanoveno zavedení či existence právního rámce, který povoluje klinické pokusy s ohroženými jedinci, kteří ale v čase intervence ještě žádnou cílenou

⁸ Dostupné na: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>.

poruchou netrpí. Z pohledu zneužívání návykových látek mají tito jedinci být stále považováni za zdravé. Nabízí se příklad vakcinace. Na rozdíl od léčebných intervencí, jako je například medikace, se očekává, že u látek používaných k vakcinaci je nízké číslo NNP (number needed to prevent), jinými slovy je vakcína účinná téměř u všech jedinců. Naopak ovšem má vakcinace velmi vysoké číslo NNH (viz. poznámka níže) a riziko vedlejších účinků vakcíny by tedy mělo být mnohem nižší než u NNT tj. v rámci léčby⁹⁾. Jsou rozlišovány tři druhy možných intervencí: prevence, zlepšení a léčba. Tentýž lék nebo psychosociální intervenci je možné použít pro několik těchto intervencí. Například metylfenidát je zavedená léčba ADHD. Metylfenidát může být také použit jako univerzální zlepšovač s ohledem na kognitivní úkony ve škole. Navíc léčba dětí s ADHD a poruchou chování pomocí metylfenidátu může mít preventivní účinek s ohledem na pozdější zneužívání návykových látek. V tomto případě jsou vhodným nástrojem studia terapeutické účinnosti metylfenidátu v léčbě ADHD randomizované kontrolované studie. Ovšem stejný poměr rizika a benefitu není použitelný, pokud je cílem posílení prevence.

Příklad s vakcinací nemůže být použit na indikovanou prevenci, neboť ani nejlepší projekty nezahrnují intervence s velmi vysokou mírou reakce kombinovanou s výborným celkovým ochranným účinkem a žádným významným rizikem. V mnoho etických diskusích, zdá se, dochází k odůvodnění vakcinačních pokusů u zdravých dětí prostřednictvím tohoto extrémního poměru benefitu a rizika. Je toto však platné také pro preventivní programy, které jsou zacílené na snížení rizika pozdějšího zneužívání návykových látek?

I kdyby byly úrovně bezpečnosti a účinnosti intervence shledány jako srovnatelné s těmi, které pozorujeme u vakcín, vyvstává zde druhý problém. Otázka zní, zda má být intervence použita pouze se souhlasem dítěte anebo jeho zástupce, nebo jestli má stát nutit ohrožené osoby, aby ji podstoupily. Regulace povinného či dobrovolného očkování se v jednotlivých státech liší. Obecně se povinná vakcinace zdá být přijatelná v případě nemoci s vysokým rizikem postižení a tam, kde existuje vysoká účinnost vakcíny a představuje velmi nízké riziko nechtěné újmy.

Žádný ze stávajících programů indikované prevence nevykazuje rizikový profily a úrovně spolehlivosti a účinnosti, jako tomu je u vakcín. Z tohoto důvodu tudíž nelze povinné nebo vynucené intervence, zvláště v prostředí justice pro mladistvé, ospravedlnit. Pokud je intervence tohoto typu nabídnuta státem, školou nebo jinou organizací, musí být zajištěna ochota jednotlivce se zúčastnit. U intervencí pro nezletilé vyvstávají další otázky, včetně:

- Kdo může a kdo by měl dát souhlas s intervencí?
- Jak důležitý je souhlas osoby, která má intervenci podstoupit?
- Mohou rodiče rozhodnout o preventivní intervenci, pokud jsou děti příliš malé na to, aby vyslovily svou vůli, nebo nejsou schopny rozpoznat problémy, které rodiče mají v důsledku jejich chování?
- Kdo definuje tyto problémy?
- Kdo rozhoduje o „léčbě“ a kdo ji má podstoupit?

⁹⁾ „Number needed to treat“ (NNT) označuje počet lidí s léčbou, kteří musí podstoupit určitou intervenci, aby měla jedna osoba z intervence prospěch. Např. pokud NNT = 5, znamená to, že intervence (např. medikace) musí být provedena u pěti lidí, aby z ní měl jeden z nich prospěch. Nízké NNT znamená účinnou intervenci. „Number needed to harm“ (NNH) popisuje pravděpodobnost nežádoucího účinku intervence. Nízké NNH znamená vysoké riziko vedlejších účinků.

Těmito problémy je nutné se zabývat. U nezletilých nemůže být rozhodnutí o účasti v preventivní intervenci založeno výlučně na souhlasu rodiče nebo opatrovníka, ale musí také zahrnovat informovaný souhlas dítěte nebo adolescenta (podle předpisů ohledně klinických pokusů EU souhlas dětí ve věku od 7 let). Důležitost souhlasu účastníka se zvyšuje s věkem a zodpovědnostmi adolescenta. Začlenění nezletilých do rozhodovacího procesu je rovněž důležitým krokem k vytvoření motivace.

5.3 Dobročinnost

Čin, který je proveden ku prospěchu druhých, se v rámci etických principů klasifikuje jako dobročinnost. Belmontská zpráva nahlíží na dobročinnost jako na povinnost a stanovuje dvě obecné podmínky, za jakých může být takový čin vykonán: „neškodit“ a „maximalizovat možný prospěch a minimalizovat možnou újmu“.

Existují důkazy, že ne všechny intervence zaměřené na adolescenty jim jsou prospěšné. Zejména skupinové intervence jsou kritizovány pro jejich potenciál spíše zhoršit než potlačit disociální chování.

Byly rovněž pozorovány negativní výsledky léčby zneužívání návykových látek; nedávný přehled poukazuje na to, že stav 7 - 15 % pacientů se během léčby zhorší (Moos, 2005).

V přehledu pokusů prevence užívání návykových látek zaměřených na mladé lidi Werch a Owen (2002) zjistili, že 17 studií vykazalo jeden či více negativních účinků.

Iatrogenní efekt programů může být přičten různým příčinám, jako např.: více pozitivních očekávání z užívání návykové látky, pokles vlastní schopnosti vyhnout se užití (přesvědčení jedince, že je schopen uspět v určitých situacích); zvýšená nabídka a pravděpodobnost užití cigaret, alkoholu a drog od jiných osob, se kterými se jedinec seznámí v rámci programu (Moos, 2005).

Vysoce rizikovní adolescenti mají tendenci vytvářet skupinky a zdají se být obzvláště citliví vůči zlým vlivům vrstevníků. Tento druh jevů je třeba zvážit a pečlivě sledovat, zejména ve skupinových situacích.

Takové skupiny mohou účastníkovi ukázat modely deviantního chování, např. nesprávné užívání návykových látek – možnost pro „vytváření deviací“. Vlivy deviantních vrstevníků pak mohou podkopávat pozitivní účinek takových skupin (Moos, 2005).

Nicméně, jak poukázali Killea-Jones a další (2007), tento účinek může být přičítán „zužování norem“. Autoři popsali, jak deviantní skupina snižuje u jednotlivce práh vnímání deviantních norem, čímž vlastně jedinci poskytuje nevhodné normy chování. Autoři se domnívají, že „teenageři opakují chování členů party nikoli proto, že by se jim líbilo, ale protože chtějí být jako oni“.

Jak postupně narůstá objem literatury na téma iatrogenních důsledků v prevenci, je roste i potřeba udržet vysoké standardy ve výzkumu, aby byly zaručeny nejlepší možné výsledky pro ty, jichž se preventivní opatření týkají.

Momentálně se randomizovaná kontrolovaná studie (RKS) jeví jako nejlepší způsob vyhodnocení prospěšnosti léčby. Studie RKS se však bohužel často primárně soustředí na zlepšení na konci, obvykle během krátké doby. Intervence, které se zaměřují na pozdější poruchy způsobené užíváním návykových látek, mají za cíl dlouhodobý výsledek. Vzhledem k riziku ukončení účasti na pokusu a jiným jevům, které je ovlivňují, budou studie sledující dlouhodobé výsledky potřebovat větší počet účastníků.

Zprávy o vlivech skupinových intervencí na konzumaci návykových látek vycházejí z programů pro adolescenty s problematickým sociálním chováním. Ve skupině 15 až 16letých byla vyšší pravděpodobnost užití tabáku, alkoholu a kanabisu, pokud se ve věku 13 a 14 let pohybovali ve skupině s disociálními vrstevníky (Dishion a Andrews, 1995). Tato skupina vykazovala zvýšenou konzumaci tabáku po skupinovém nácviku posílení prosociálního chování (Dishion a další, 1999).

K tomu může docházet z důvodu posunutí sociálních norem vlivem disociálních vrstevníků ve skupině, neboť jedinec dostává pozitivní zpětnou vazbu na svoje chování spojené s konzumací návykových látek.

Dokonce i ve skupinových programech se zaměřením na užívání návykových látek byla často zaznamenána zvýšená konzumace alkoholu. Slabé výsledky byly hlášeny z programů, jejichž cílem bylo posílit schopnost ustát tlak vrstevníků na užívání návykových látek (Werch a Owen, 2002), a z dalších intervencí s behaviorálním nácvikem (Dishion a Dodge, 2005; Dishion a McCord, 1999).

Na rozdíl od programů selektivní a indikované prevence, jejichž účinnost byla testována, jsou programy všeobecné prevence v tomto ohledu zřídka zpochybňovány. Možným vysvětlením je, že posouzení těchto měřítek vyžaduje sledování velkého počtu účastníků. Nicméně by bylo krátkozraké předpokládat, že jednotlivci mohou mít prospěch pouze z všeobecné prevence.

Jelikož iatrogenní účinky mohou být prokázány i u zdánlivě neškodných úkonů, jako je vyplňování dotazníků ve školách (Gould a další, 2005), je nutnost posouzení intervencí prováděných ve třídách zřejmá.

Primární otázkou v oblasti prevence, kterou je nutné se zabývat, je *nonmaleficence* (*primum non nocere* – především neškodit).

Toto také zcela jistě platí pro problém stigmatizace dětí a adolescentů v procesu výběru. Pokud jsou intervence vytvořeny tak, aby nejprve vyhledávaly vysoce rizikové jedince a v dalším kroku se jim věnovaly, hrozí, že u vybraných jedinců dojde k sociálnímu vyloučení z řad vrstevníků, jelikož byli identifikováni jako patřící do rizikové skupiny. Riziko stigmatizace může být nižší, pakliže jedinec nezávisle požádá o účast v preventivní intervenci.

Spolehlivé epidemiologické znalosti jsou základem schopnosti učinit rozhodnutí ohledně definice pravděpodobného rizika. Nezáleží na tom, jakou senzitivitou a specifitou se daný instrument vyznačuje: znalost převahy rizikových faktorů v posuzované skupině je pro další závěry zásadní (Bayesův teorém, 1764). Bayes popsal podmíněnou pravděpodobnost jako výsledek nepodmíněné pravděpodobnosti a prediktivního potenciálu proměnné, jako je např. identifikovaný rizikový faktor.

Pozitivní prediktivní hodnota kteréhokoli hodnoticího nástroje bude vyšší ve skupině s větším počtem ohrožených jedinců. Tato skutečnost ještě více zdůrazňuje důležitost prostředí, v jakém se provádí vyhodnocení (např. náhradní domov versus soukromá škola).

Po vyhodnocení ohrožených jedinců vyvstávají další dva etické problémy. Jeden představuje míru rizika, nad kterou má být intervence doporučena. Druhým problémem je, kdo tuto míru může stanovit.

5.4 Spravedlnost

Otázky spravedlnosti vznesené v Belmontské zprávě vycházejí z principu, že „s rovnými by se mělo zacházet jako s rovnými“, což znamená, že prospěch by měl být dostupný všem rovným a rovněž zátěž by měla být uvalena řádným způsobem. S ohledem na preventivní intervence se tento bod zabývá dostupností preventivních programů těm, kteří je potřebují. Přehled literatury ukazuje, že byl proveden výzkum o poskytování adekvátní preventivní podpory dokonce i u sociálně vyloučených, jako jsou vězni. Nicméně je k dispozici málo výzkumných prací týkajících se vysoce rizikových oblastí, jako jsou domovy pěstounské péče.

Spravedlnost se ve smyslu dostupnosti dostává do popředí tam, kde jsou jednotlivci ochotni se preventivní intervence zúčastnit a kde byla uspokojivě vyřešena problematika autonomie.

Princip spravedlnosti se rovněž uplatňuje ve vyhodnocování prevence. Zdá se být nespravedlivé použít preventivní snahu ve skupině ohrožených jedinců a zároveň tuto snahu upřít jiné skupině ohrožených jedinců, které využijeme jako kontroly. Randomizované kontrolované studie jsou samozřejmě rozhodně potřebné k vyhodnocování programů a zjištění jejich účinnosti. Nicméně pokud pokus prokáže, že intervence je efektivní, mělo by být povinností nabídnout ji i těm, kteří v ní sloužili jako její kontroly.

5.5 Závěr

Jelikož preventivní přístupy mohou být, přinejmenším v zásadě, potenciálně škodlivé, měly by být předmětem stejné pozornosti, které se těší léčebné programy. Jak je uvedeno v Belmontské zprávě, „výzkum rovněž umožňuje vyhnout se újmě jako možného následku použití dříve přijaté rutinní praxe, která se po bližším přezkoumání ukázala být nebezpečná“. Toto je možnost, která existuje i u prevence.

Znamená to, že preventivní programy:

- by měly být předloženy institucionální radě k přezkoumání etických otázek a měly by mít kladný posudek ohledně použití navrhovaných intervencí u lidí;
- musí být vyhodnoceny a jejich výstup posouzen – jak krátkodobý, tak dlouhodobý, aby se zabránilo realizaci neúčelných programů;
- musí být vytvořeny na spolehlivém vědeckém základě a hodnocení by mělo vycházet z vědeckých principů.

Na závěr analogicky s hodnotou NNT „number needed to treat“, která je klíčovou výstupní proměnnou ve farmakologických studiích, by do studií o výsledcích preventivních opatření měla být

zařazena veličina NNP „number needed to prevent“. Mohla by se tak stát hodnotným ukazatelem účinnosti intervence.

Kapitola 6

Závěry a doporučení

6.1 Závěry

Indikovaná prevence je relativně novou oblastí prevence, což se také odráží ve skutečnosti, že existuje několik jejích definic. Mezi přístupy k prevenci posuzovanými v této studii byly i takové, které jejich autoři nebo vládní agentury neklasifikovali jako indikovanou prevenci, přesto však splňovaly kritéria, která tato zpráva vysvětluje. Objevily se i zprávy, které se považovaly za indikovanou prevenci, ale nesplňovaly žádná z těchto stanovených kritérií. Z tohoto důvodu bylo prvním krokem v této zprávě vytvoření definice indikované prevence. Stávající definice indikované prevence centra EMCDDA zní: „strategie navržené za účelem zabránění počátku užívání návykových látek u jedinců, kteří vykazují časné známky nebezpečí jako např. zhoršující se prospěch ve škole a konzumace alkoholu nebo jiných vstupních drog“. Indikovaná prevence se tedy zaměřuje na jednotlivce. Každý jedinec, který má být vybrán pro indikovanou prevenci, musí být vyhledán formou vyšetření nebo může být odhalen prostřednictvím různých institucí, ať už dobrovolně, nebo nedobrovolně (např. v rámci justičního systému pro mladistvé). Takový jedinec užívá drogy, ale nesplňuje kritéria pro závislost a/nebo u něj můžeme objevit ukazatele, které jsou ve výrazném vzájemném vztahu s individuálním rizikem rozvoje poruchy způsobené užíváním návykových látek v pozdějším životě (jako jsou některé psychiatrické poruchy v dětství, antisociální nebo disociální chování). Takové definice umožňuje zaměřit se na jednotlivce, kteří ještě s užíváním návykových látek nezačali. Cílem programu indikované prevence není zabránit započetí užívání anebo užívání návykových látek jako takových, nýbrž zabránit vzniku závislosti.

Tato definice, která je podrobně rozpracována v kapitole 1, byla použita při rešerši literatury a tzv. šedé literatury, tedy zejména internetových zdrojů uvedených vládními agenturami jednotlivých členských států. Definici lze použít pro případné problémy klasifikace prevence a velmi dobře odpovídá záměru systematicky prověřovat jednotlivé přístupy z hlediska jejich proveditelnosti. Definice tedy sloužila jako vodítko při sběru informací, aby bylo možné popsat principy, koncepty a zavedené postupy indikované prevence v oblasti zneužívání návykových látek. Studie se soustředila na porozumění vývojových aspektů rizikového chování, problémy s duševním zdravím, které zakládají riziko pozdější závislosti u jednotlivce, a podmínkám ústavní péče, které vypovídají o procesu výběru, k němuž dochází před samotným umístěním. V rámci analýzy rizikových faktorů byl proveden důkladný rozbor literatury o dobře známém psychosociálním a rodinném riziku a o ochranných faktorech (kognitivní procesy vztahující se k návykovým látkám, postoje vrstevníků, zneužívání návykových látek v rodině, nedostatek rodičovské kontroly a emoční vazby). Tento rozbor poukázal na vysoce rizikové skupiny, u kterých se často vyskytují kumulativní psychosociální a individuální rizika, jako jsou např. děti v pěstounské nebo ústavní péči či adolescenti, kteří jsou předmětem zájmu orgánů činných v trestním řízení.

Vzhledem k vysokému počtu studií o rizikových faktorech zneužívání návykových látek se tento přehled zaměřil na empiricky odvozené podskupiny a trajektorie, které mohou hrát významnou roli pro stanovení pravděpodobnosti úspěšnosti indikované prevence u některých z těchto podskupin.

Výzkumnou strategií této studie byly longitudinální studie, které se opíraly o statistické metody jako např. analýzu růstu latentních tříd.

Velkou část v popisu vývojových rizik zaujímal přehled neurovývojových a individuálních aspektů. Rostoucí oblast neurobiologického a genetického výzkumu v posledních dvou desetiletích otevírá nové pohledy na vývojové dráhy. Rovněž jsou brány v úvahu některé rizikové faktory, jako např. časné dozrávání a osobnost nebo faktory temperamentu. Zvláštní pozornost je věnována dobře známé psychopatologii dětských psychiatrických onemocnění, která jsou spojena s vyšším rizikem pozdějšího zneužívání návykových látek. Byly rozlišeny kategorické diagnostické přístupy, jako MKN-10 nebo DSM-IV, a dimenzionální, které se nejčastěji používají v dotaznících určených k vyšetření emočních a behaviorálních poruch. Existuje již také evropská síť propojující odborníky, jejímž cílem je odhalit co nejvíce dospělých trpících ADHD a návykovou poruchou, u nichž dosud ADHD nebyla diagnostikována (Institut Trimbos, studie ESAP). Takový přístup k adolescentům tu měl být už dávno – příliš mnoho jich nemá stanovenou diagnózu, což platí především u děvčat.

Co se týče rizika pozdější závislosti na návykových látkách, ženské pohlaví působí jako ochranný faktor. Nicméně pokud se rizikové faktory kumulují, otevírá se cesta k poruchám způsobeným užíváním návykových látek s mnohem vyšším rizikem, jakož i ke dřívějšímu přechodu od užívání k závislosti.

Existuje množství informací dokládajících, že jak externalizující, tak internalizující psychopatologie, která byla identifikována pomocí dimenzionálních instrumentů, souvisí s vyšším rizikem pozdějších návykových nemocí. Děti s problémy v chování, které byly doporučeny do zdravotnických zařízení nebo na poradenství, bývají často diagnostikovány kategoriálními diagnózami jako porucha chování, ADHD, PTSP a deprese. Z tohoto důvodu došlo k literární rešerši a vytvoření detailního popisu léčebných standardů založených na důkazech pro tyto hlavní ukazatele, s ohledem na pozdější zneužívání návykových látek. Z toho byl vyvozen závěr, že cílovou populací pro indikovanou prevenci jsou děti doporučené do specializovaných zařízení k léčbě některé z těchto dimenzionálně charakterizovaných problémů a/nebo děti diagnostikované jednou či více (komorbidita) ze zmíněných poruch. Jednotlivci musí být vybráni zdravotnickými nebo psychologickými odborníky, kteří pracují s dětmi s problémy s chováním za podmínek, jež umožňují věnovat se jim zcela na individuální úrovni, tj. např. v rámci soukromé praxe, ambulance nebo hospitalizace.

Tyto vysoce rizikové děti jsou v ústavním prostředí nadměrně zastoupené. To platí zejména u ústavní a pěstounské péče, ve které jsou děti pocházející z nepříznivého či traumatického rodinného prostředí, u kterých se objevily právě tyto určující psychiatrické poruchy a časná konzumace návykových látek. V různých zemích je o tyto děti postaráno různými způsoby. Z mladších dětí v péči je jich obzvlášť velký počet v pěstounské péči, na kterou čím dál více spoléhají mnohé evropské země i v případech adolescentů. Pedagogická zařízení pro tyto děti (např. Foyers, Kinderheime, dětské domovy) se stále více setkávají s vysokým procentem ohrožených dětí. Tyto děti často za svůj krátký život prochází několika umístěními, byly zneužívány nebo zanedbávány ze strany rodičů. Rodiče často trpí psychickými poruchami nebo poruchami způsobenými užíváním návykových látek či obojím. Ve výběrovém procesu tudíž může hrát svou roli i genetická složka. Výzkum současných autorů ukázal, že např. v Spojeném království trpí více než 50 % těchto dětí v ústavní péči jedním nebo více duševními onemocněními dle MKN-10 s dalekosáhlým dopadem na jejich

každodenní fungování. Rovněž zjistili, že u nich dochází k časně konzumaci návykových látek častěji než v běžné populaci. Zároveň ale mají tyto skupiny omezený přístup k profesionální péči. Momentálně lze v Evropě jen stěží najít program indikované prevence určený dětem, které byly odeslány do psychiatrických zařízení pro vysoce rizikové poruchy chování, nebo dětem v ústavní péči.

Uvězněné děti vykazují rovněž vyšší výskyt psychiatrických poruch a užívání návykových látek, což je spojeno s vyšším rizikem pozdějšího rozvoje poruchy v důsledku užívání návykových látek. Zatímco ve Spojených státech byla provedena spousta předběžných studií s použitím motivačních rozhovorů, podle dostupných informací neexistují v Evropě vyhodnocené intramurální programy pro mladistvé. V příloze jsou však uvedeny tři programy indikované prevence pro mladé pachatele (Slovinsko, Maďarsko, Norsko). Uvážíme-li, že americké programy „utvářel“ právní systém Spojených států, kde je mnohem vyšší pravděpodobnost krátkodobého uvěznění, může být přenositelnost těchto studií omezená. Jelikož programy indikované prevence pro vězněné adolescenty nebylo možné identifikovat, je třeba doporučit rozvinutí nových přístupů v indikované prevenci v rámci Evropské unie, které by se zaměřily na delikventní děti nebo mladistvé na útěku či na děti umístěné v ústavech, jako například dětské domovy. Sem by se měla v budoucnu soustředit veškerá pozornost.

Jak vyplývá z poznatků, výsledky jedné rizikové skupiny nelze přenést do jiných skupin v jiných situacích, jsou tedy nezbytné specifické programy. Ve skutečnosti se přístupy v justici pro mladistvé, péči o mladistvé, sociální a zdravotní péči v mnoha zemích od sebe dost liší. V rámci těchto oblastí existuje jen nepatrná koordinace.

Jelikož se mnoho identifikovaných jedinců s vysokým rizikem nachází v péči pedagogických, psychoterapeutických nebo zdravotnických zařízení, vyvstává zde problém, že pracovníci těchto zařízení postrádají ve své každodenní práci náhled na užívání návykových látek. Mezi systémem prevence zneužívání návykových látek a systémem lékařské a pedagogické péče neexistují vůbec žádné styčné body nebo nejsou nedostatečně definovány.

Adolescenti v ústavech se neúčastní téměř žádné skupinové studie ohledně přirozeného průběhu nemocí, jelikož tyto se provádějí pouze s určitými vzorky populace. Ve skutečnosti je v těchto vysoce rizikových populacích velmi málo známo o kumulativních rizicích a vzájemných interakcích rizik v rámci pozdější závislosti na návykových látkách.

Přehled programů získaných z literatury a přeposlaných od vládních agentur prokázal, že v této oblasti je všeobecný nedostatek zavedených programů založených na důkazech. Pouze 13 % programů zařazených do kategorie indikované prevence, na něž odkázaly vlády nebo spřízněné organizace, může být označeno za příklady „nejlepších postupů“. Ke klasifikaci projektů a programů jsme použili postup vypracovaný centrem EMCDDA, hodnotící podle úrovně kvality.

Mezi publikovanými výsledky hodnocení vyplynulo z rešerše pouze několik empiricky podložených a účinných programů: z 21 publikací jich může 15 být považováno za modely nejlepších postupů v indikované prevenci a z nich pouze 7 bylo evropských. Nepočítáme-li jednu „dvojitou trefu“, poskytla rešerše celkem 10 programů, které mají důkazní bázi indikované prevence nebo by jí v budoucnosti mohly mít. Důkazy studie byly oslabeny krátkým trváním sledování nebo nedostatečným počtem účastníků ve studii. Dalo by se předpokládat, že mnozí vědci i sponzoři se soustředí spíše na rozvíjení

nových přístupů než na vyhodnocování jejich účinnosti. Možná mnozí výzkumníci v dané oblasti nepovažují model randomizovaných kontrolovaných studií za vhodný. Avšak pokud hraje metoda RKS v prevenci vůbec nějakou roli, pak pro ni intervence s definovanými riziky u jednotlivců a přístupy, které odpovídají včasné intervenci, musí být tou nejvíce odpovídající oblastí.

Programy, které se dají považovat za nejlepší postupy, se soustředí na různé cílové skupiny, jako jsou pacienti na pohotovosti a v intenzivní péči v rámci zdravotnického systému, jinak identifikovaní uživatelé, děti posuzované jednotlivě ve školním prostředí, děti závislých rodičů, děti doporučené soudem. Obecně většina cílových skupin již návykové látky užívá.

Ohrožené děti jsou do preventivních programů doporučeny různými způsoby: nahlásí se samy, vyhledáváním ve školách, nábořem mezi vrstevníky, sebesposuzovacími nástroji ve škole, prostřednictvím potřeby intenzivní péče nebo jiné lékařské péče v souvislosti s užíváním návykových látek, přes centra pro léčbu závislých rodičů.

Většina programů je založena na nějakém druhu krátké intervence dle manuálu, jako např. motivační rozhovory nebo tréninkové programy pro rodiče. Všechny programy rovněž poskytují individuální posouzení potřeb a spolupracují s celou škálou pomocných systémů. Je zřejmé, že pro většinu mladistvých zařazených do těchto programů představovalo zneužívání návykových látek způsob řešení problémů.

Byly identifikovány tři vynikající programy: holandský přístup v rámci programu UCPP, který se zaměřuje na posílení mladých delikventních uživatelů; projekty Supra-F ve Švýcarsku, které poskytují nabídky s individuálním přístupem v různých oblastech, a HaLT v Německu, který je zaměřen na nárazové pijáky v intenzivní péči.

Mohou být učiněny následující závěry. Zaprvé existuje zřejmá potřeba nových programů pro ohrožené skupiny, kterým bylo dosud věnováno málo pozornosti: děti v péstounské péči nebo v dětských zařízeních a dětské psychiatrické pacienti. Zadruhé je nutná harmonizace oblastí a nástrojů, pomocí kterých jsou děti s problémovým chováním vyhledávány ve školách, v rodinách, nábořem mezi vrstevníky, nebo v práci, napříč Evropou. A konečně takové intervence, které by splňovaly nejvyšší standardy klasifikace (úroveň 3), mají být zavedeny v dalších zemích – a pokud to bude třeba, přizpůsobeny národním a kulturním zvyklostem.

6.2 Doporučení

Vzhledem k těmto závěrům můžeme podat následující doporučení (uvedena kurzívou), doplněna o krátké vysvětlení.

6.2.1 Definice

Existuje potřeba obecné definice. Ta by měla vycházet z definice EMCDDA uvedené v této zprávě. Mělo by být dosaženo evropského konsensu ohledně dvou spolu souvisejících oblastí, tj. definice indikované prevence a včasné intervence.

Včasná intervence, jak je zde definována, se nachází v průniku indikované prevence a léčby, tudíž je výrazně spojena s oblastí zdravotnictví. Relativní důležitost včasné intervence se v jednotlivých zemích liší v závislosti na kapacitě, funkci a výkonnosti jejich vzdělávacích, zdravotnických a justičních organizací.

6.2.2 Výzkum

Jelikož profesní zázemí poskytovatelů péče ovlivňuje jejich metodologické uvažování, a jelikož prevence vždy bude interdisciplinárním úkolem, vyvstává tudíž potřeba zavedení obecných standardů charakteristiky, vyhodnocování a realizace programů.

Ve více medikalizované oblasti včasné intervence je sice paradigma vyhodnocení RKS obecně přijímáno, tento přehled však ukázal, že přístup s použitím kontrolních skupin s dostatečnými počty účastníků, který má prokázat účinnost modelu, je poměrně vzácný. Proto jsou kvalitativní charakteristiky stanovené EMCDDA, jak je popsali Hillebrand a Burkhart (v tisku) zřídka dodržovány. Na druhou stranu musí intervence umožňovat určitou flexibilitu, neboť individualismus tvoří část její definice.

Dopad rizikových faktorů v různých kulturách a subkulturách musí být posouzen a zvážen.

Přehled rešerše literatury ukázal, že rizikové faktory nejsou zvažovány na vědeckém základě. Tudíž podle statistických zákonů, jako je např. Bayesův teorém, lze konstatovat, že ani jeden určený prediktor v konkrétní zemi (včetně Spojených států, odkud pocházelo nejvíce studií) by nemohl mít stejný dopad v jiné evropské zemi s jiným kulturním zázemím. Metaanalýza identifikovaných rizikových faktorů v daných subpopulacích by mohla pomoci stanovit sílu účinku rizikových a ochranných faktorů.

Financující instituce by se neměly dále zabývat množstvím přístupů a rozmanitostí inovativních programů, jejichž cílem by mohly být nové populace. Místo toho by se měl výzkum zaměřit na opakování studií a zvětšení objemu důkazů o indikované prevenci.

Kromě studia účinnosti a potenciálu účinnosti programů by měla být hodnocena také jejich případná dlouhodobá újma a vedlejší účinky.

Přehled prokázal, že doby trvání hodnocení jsou často velmi krátké, a je známo, že se mnohé negativní vedlejší účinky intervencí vyskytují pouze vzácně (tudíž se jimi RKS nezabývá) nebo se objevují později (i zde se jimi RKS nezabývá). Je tudíž nutné přirozené populace a populace z RKS dlouhodobě sledovat. Účastníci RKS by proto měli být po ukončení pokusu přizváni k účasti na probíhající intervenci dle svého vlastního výběru (srovnatelné s otevřeným pokračováním studie) na libovolnou dobu.

6.2.3 Programy

Za účelem provedení výše uvedených doporučení je potřeba vytvořit programy indikované prevence, jež jsou znovu použitelné podle manuálu, přeložené do různých evropských jazyků, pracují s

přístupnými diagnostickými nástroji a jsou odvozeny z empirické zkušenosti a kulturně platných norem (seznam nástrojů je uveden v příloze).

Nové programy by měly být cíleny na všechny rizikové skupiny, včetně jedinců se „škodlivými riziky“ přestože přístup k mnoha z těchto jedinců není snadný a je obtížné je v programech udržet.

V rámci nového výzkumu je třeba vyvinout nové programy pro děti v pěstounské a ústavní péči a děti s lékařskou nebo psychologickou léčbou emocionálních poruch a poruch chování, náchylné k užívání návykových látek. Programy by měly být schopny nabídnout péči i těm, kteří vypadli, nebo mentálně retardovaným adolescentům či těm, kteří už byli „viděni“ a byla jim poskytnuta péče.

6.2.4 Etika

Je třeba podnítit etickou diskusi o národních versus individuálních zájmech a o možném prosazování prevence.

Přístupy indikované prevence se zaměřují na rizika s velkým dopadem na fungování. Za účelem řešení etických otázek spojených s jednotlivými rozhodnutími (rodič – dítě) a povinnou léčbou či prevencí je patrná nutnost získat více informací o míře závažnosti jednotlivých rizik v různých situacích. Přístupy uplatněny v jednotlivých zemích se mohou lišit, zejména s ohledem na justiční systém pro mladistvé.

6.2.5 Metodika postupů

Existující problém velkého množství spoluzodpovědností v rámci spolupráce různých institucí a oblastí společného zájmu různých systémů musí být řešen na národní i evropské úrovni. Je nutné vyvolat diskusi na evropské úrovni o metodikách postupů v poskytování služeb co do přizpůsobitelnosti, přenositelnosti a podnětů pro výzkum.

Pokud jde o poskytování péče dospělým a dětem, uživatelům povolených a nepovolených návykových látek, či v oblasti prevence a včasné intervence, systémy se od sebe výrazně liší. Přenositelnost programů napříč Evropou je rovněž ohrožena nedostatkem systémové flexibility a nesdílenými informacemi, přestože dle veřejného mínění i ekonomiky zdravotnictví jsou závislost a drogová závislost závažnými problémy, se kterými se budeme potýkat ještě mnoho let. Dokonce by mohla existovat i potřeba vývoje novinek v oblasti „de lege ferenda— (tj. jaké by právo mělo být, místo jaké ve skutečnosti momentálně je).

Je rovněž nutné se věnovat aspektům pohlaví a kulturní rozmanitosti při definování celkové evropské strategie. Studie by měly nabírat přiměřené procento žen (25-33 % v případě uživatelů návykových látek) a etnických menšin (podle národního sčítání lidu) nebo by studie alespoň měly specifikovat zahrnuté populace z hlediska pohlaví a kulturního zázemí.

Nejvíce aktuálně dostupných informací pochází ze studií v anglicky mluvících nebo skandinávských zemích, jejichž účastníky byli muži.

Implementace na důkazech založených programů indikované prevence užívání návykových látek vyžaduje integrovaný interdisciplinární přístup.

Jelikož poznatky z neurobiologie ukazují, že závislost a některé dětské duševní poruchy mají společný biologický základ v dopaminergním systému (mozkový systém odměny), měly by se moderní přístupy v prevenci závislosti u jedinců věnovat vyššímu biologickému riziku. Určení biologických a sociálních rizik by mělo proběhnout na individuální úrovni a na základě výběru pomoci vyšetření nebo doporučení. Tento postup musí být založen na znalostech vztahujících se k patofyziologii a léčbě vývojových onemocnění se zvláštním důrazem na dopaminergní systém odměny. Teoretický základ intervencí v této oblasti by měl obsahovat poznatky jak o vlivu psychopatologie v dětství a biologických funkcí kouření a konzumace alkoholu v raném věku na pozdější zneužívání návykových látek u vysoce ohrožených jedinců, tak o vzájemné interakci těchto faktorů s dysfunkční rodinou, skupinami deviantních vrstevníků a selháním ve škole, práci i ve volném čase. K řešení úkolů indikované prevence zneužívání návykových látek u dětí a adolescentů je potřebná spolupráce mezi zdravotnickými, pedagogickými a psychosociálními obory. Na druhou stranu se indikovaná prevence zatím jeví jako slibný přístup, především u mladých v kontextu s mnohočetnými problémy.

Zdravá ekonomika systémů zabývajících se dětmi a adolescenty, kteří mají s drogami, by měla být analyzována jako první. Teprve poté je možné činit rozhodnutí ohledně nákladů a prospěšnosti jednotlivých variant léčby.

Vzhledem k tomu, že přidělování zdrojů se v evropských členských státech liší, měla by být v každé zemi provedena analýza nákladů a přínosů těchto intervencí z hlediska veřejného zdravotnictví nebo ekonomiky zdravotnictví.

6.3 Závěrečné poznámky

Tento přehled má však svá omezení. První je, že členové výzkumné skupiny kromě angličtiny, francouzštiny, polštiny, španělštiny a němčiny, nemohli číst v žádných dalších evropských jazycích. Některé internetové stránky proto nemohly být podrobeny analýze, a tudíž mohly některé programy uniknout pozornosti výzkumné skupiny.

Druhým omezením je, že získané informace byly vyhodnoceny bez dalšího hledání. Je tudíž možné, že programy postrádající informace o vyhodnocení byly přesto hodnoceny. Takové programy jsou touto zprávou považovány za „nevyhodnocené“ a bylo jim uděleno nižší hodnocení, než by získaly, kdyby údaje o hodnocení byly dispozici.

Třetím omezením je, že vzhledem k tomu, že vstupním kritériem publikací byly jejich abstrakty, mohlo dojít k tomu, že některé relevantní publikace nebyly do zprávy zařazeny. To se týká především zpráv nevydaných v odborně recenzovaných časopisech, které nejsou dostupné systematickým vyhledáváním, a do značné míry tak mohou uniknout pozornosti.

Začtvrté odborné hodnocení a kvalitativní analýza mohou být ovlivněny zaujatostí hodnotitele, čemuž se vzhledem k omezenému času a zdrojům nešlo vyhnout provedením téhož procesu dvakrát nebo v dvojité slepé kontrole.

Zapáté političtí činitelé v jednotlivých zemích budou muset zintenzivnit převedení nabytých znalostí a modelů nejlepších postupů do metodik a zásad. Na základě tohoto průzkumu se nelze vyjádřit k přenositelnosti národních modelů do jiných zemí a ani k prevenci v příslušných zemích celkově – pouze obecný přehled všech aktivit v oblasti všeobecné, selektivní a indikované prevence by mohl nabídnout realistický obraz.

Jako první krok do budoucnosti doporučuje tato studie vytvoření nového programu Evropské unie v oblasti indikované prevence s dvěma hlavními předměty zájmu:

První předmět zájmu: velké pokusy se zavedenými nejlepšími postupy určené ohroženým jedincům, identifikovaným v různých prostředích pomocí metody vyšetření. Tyto programy by měly věnovat mimořádnou pozornost proveditelnosti studie v komunitě ve smyslu vnější platnosti a vzájemným vztahům a spolupráci jednotlivých služeb a pečovatelských zařízení v dané společnosti.

Druhý předmět zájmu: rozvoj, popis a vytvoření manuálů, hodnocení a zavádění nových konkrétních programů pro děti doporučené do psychiatrických zařízení a na psychologická pracoviště, děti v pěstounské a ústavní péči a možná také uvězněné adolescenty. Zvláštní pozornost by měla být věnována určení proveditelnosti těchto programů na základě analýzy nákladů a přínosů se zvláštním důrazem na četnost intervencí.

Shrnutí

Indikovaná prevence popisuje preventivní přístup se zaměřením na jedince, který vykazuje vysoké riziko rozvoje zneužívání návykových látek nebo závislosti v pozdějším životě. Potřeba indikované prevence je definována řadou výrazných ukazatelů rozvoje pozdější (momentálně ještě nepřítomné) poruchy způsobené užíváním návykových látek. Jejím cílem je jedinec identifikovaný vyšetřením, nebo který se přihlásí dobrovolně. Tato vyšetření nástroje jsou zde uvedena společně se svými zdroji.

Mezi individuální rizika patří časné vývojové problémy, jako jsou poruchy spánku, externalizující a internalizující poruchy chování, několik dětských psychiatrických poruch (ADHD, porucha chování a zejména spojitost mezi těmito dvěma poruchami, deprese), posttraumatická stresová porucha a události, které k ní vedou (např. zneužívání v dětství, zanedbání), neúspěchy ve škole, disociální chování a delikvence. Osobnostní rysy jako např. vyhledávání vzrušení mohou také přispět. Samostatná rizika tvoří proměnné sociálního učení, včetně postojů vrstevníků (převaha norem ve prospěch deviantního chování), a také osobní souhlas (osvojení si těchto deviantních norem). Ke vzniku rizikových situací mohou dále přispět faktory jako špatný školní prospěch a problémy ve škole. Rodinné faktory, jako je užívání či zneužívání návykových látek v rodině a nedostatek rodičovského dohledu představují další rizika. Obecně je riziko užívání drog vyšší u chlapců než u dívek.

Znamé vysoce rizikové skupiny jsou také adolescenti v pěstounské péči a v rezidenční péči.

Dělení jednotlivců do podtypů podle obvyklé trajektorie užívání návykových látek může být slibnou cestou pro včasné odhalení známek předcházejících užívání a predikci výsledků v jednotlivých podskupinách.

Jak bylo vysvětleno v kapitole o neurobiologických mechanismech, psychiatrické poruchy a zneužívání návykových látek spolu souvisejí. Psychiatrické poruchy v dětství a dospívání predisponují jedince k návykovému chování a závislosti a konzumaci návykových látek (alkohol, kanabis, kokain)

může vést k recidivě psychiatrických poruch. Mozkové systémy neurotransmise a obzvláště mesolimbický dopaminergní systém jsou u psychiatrických poruch postižené, což má za následek mnohem rychlejší vznik návykového chování. Genetické a environmentální faktory formují synaptickou strukturu a funkci. Tato součást sítě může být u psychiatrických poruch patologicky změněna a zvyšuje citlivost na změny potřebné pro rozvoj závislosti. Vlivy prostředí mohou rovněž vést ke změnám morfologie mozku; lepší pochopení neurobiologie však nemůže vést k čirému biologickému determinismu, protože musí vzít v úvahu roli, kterou mohou hrát vnější faktory. V této oblasti je pro neurobiologii výzvou vysvětlit, jak mohou určité faktory ovlivnit vývoj mozku způsobem, který vede k většímu riziku rozvoje poruch způsobených užíváním návykových látek.

Cílem snah v rámci indikované prevence není zabránit prvnímu užívání nebo užívání návykových látek vůbec, ale zabránit rozvoji závislosti, snížit četnost užití návykové látky a předejít „nebezpečným“ vzorcům chování (např. umírněné pití místo nadměrného).

Pod vedením této definice byla systematicky provedena rešerše literatury s úmyslem nalézt zprávy o indikované prevenci. Krom toho byly osloveny evropské vládní organizace s účelem získání informací o jejich projektech indikované prevence.

Odborný konsensuální tým hodnotil nalezené abstrakty a z rešerše vybral 150 článků v plném znění určených k recenzi. Z nich pouze 21 jasně popisovalo programy indikované prevence. Z těchto 21 novějších prací (publikovaných po r. 1999) bychom 16 mohli klasifikovat jako programy úrovně 2 až 3 (tj. slibné a modelové projekty), přičemž šest z nich mělo původ v Evropě a čtyři z nich byly ohodnoceny stupněm 3 (modelové projekty).

Většina programů ze Spojených států a dalších anglofonních zemí, jako Austrálie a Spojené království, je určena adolescentům, kteří již s užíváním drog započali. Několik málo programů z dalších evropských zemí se týká identifikace ve školách, školních programů a jednotlivých skupinových terapií pro adolescenty s již identifikovanými problémy s chováním nebo konkrétními psychiatrickými poruchami.

Intervence těchto programů měly často vysokou frekvenci a probíhaly podle předem daného manuálu, jako např. motivační rozhovory nebo tréninkové programy pro rodiče. Stávající terapeutické intervence (např. kognitivně behaviorální terapie nebo rodinná terapie) jsou tyto použity jen s minimálními úpravami.

Programy získané od vládních agentur byly zařazeny do kategorie indikované prevence, pokud prováděly jasnou preventivní intervenci s definovanou cílovou skupinou, definovaným trváním a frekvencí a procesem vyhodnocení (nepovinné). Všechny programy byly hodnoceny na základě konsensu. Programy takto klasifikované jako „indikovaná prevence“ byly jednotlivě schematicky znázorněny podle logického modelu centra EMCDDA.

Na uvedených 53 internetových stránkách nebo z informací v dokumentech bylo 23 programů klasifikováno jako programy indikované prevence. V jednom případě dosáhly hodnotící postupy úrovně 3, ve dvou případech úrovně 2 (8,6 %) a v pěti případech úrovně 1 (21,7 %). 15 programů (65,2 %) nemohlo být zařazeno do žádné úrovně nebo neposkytlo dostatek informací. Dva programy splňovaly požadované standardy indikované prevence na úrovni 3. Většina programů byla vytvořena bez jakéhokoli vyhodnocování (nebo nebyly informace o hodnocení dostačující).

21 programů indikované prevence pocházelo z Holandska (6), Polska (3), Maďarska (2), Španělska (1), Norska (2), Spojeného království (2), Německa (1), Švýcarska (1), Slovenska (1), České republiky (1) a Lichtenštejnska (1).

Většinou se programy snažily zaměřit se na děti a adolescenty se sociálními nebo behaviorálními problémy nebo na děti z rodin s problémy souvisejícími s drogami nebo psychologickými problémy.

Intervence spočívaly převážně ve skupinové práci zaměřené na posílení sebeúcty a podporu pozitivních interakcí a volnočasových aktivit, včetně sportu, kulturních nebo kreativních činností. Některé se zaměřovaly na návštěvy na pohotovosti nebo kontakt s policií, které figurují jako druhotné následky konzumace drog nebo alkoholu.

Všechny programy zahrnují individuální posouzení potřeb. Spolupracují s rozmanitými pomocnými zařízeními, ovšem jen málo z nich dává doporučení na místní zařízení pomoci ve smyslu systematických „cest péče“. Za účelem překonání těžkých míst v indikované prevenci u užívání návykových látek u dětí a adolescentů je nutná spolupráce mezi jednotlivými oblastmi, tj. zdravotnictvím, školstvím a psychosociologií. Přesto se indikovaná prevence zdá být slibným přístupem, zejména u mladých v kontextu s mnohočetnými problémy.

Je třeba provést další pokusy se zavedenými standardy nejlepších postupů a se zvláštním důrazem na jejich přenositelnost mezi zeměmi a co do efektivity nákladů. V oblastech, kde již programy existují a jsou popsány v této zprávě, by neměl být kladen důraz na tvorbu nových programů. V těchto případech je spíše potřeba vyhodnotit stávající programy a jejich uplatnění v různých zemích. Pro některé sektory, např. děti v ústavní péči, by měly být programy vytvořeny a vyhodnoceny.

Literatura

- Achenbach, T.M. (1991), *Manual for the Youth Self Report*. Department of Psychiatry, University of Vermont, Burlington.
- Aleixandre, N.L., del Rio, M.J.P. and Pol, A.L.P. (2005), Activity levels and drug use in a sample of Spanish adolescents. *Addictive Behaviors* 30, 1597–1602.
- Anda, R.F., Croft, J.B., Felitti, V.J., Nordenberg, D., Giles, W.H., Williamson, D.F. and Giovino, G.A. (1999), Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* 282(17), 1652–1658.
- Babor, T., Webb, C., Burleson, J. and Kaminer, Y. (2002), Subtypes for classifying adolescents with marijuana use disorders: construct validity and clinical implications. *Addiction* 97 Suppl 1, 58–69.
- Baer, J., Kivlahan, D., Blume, A., McKnight, P. and Marlatt, G. (2001), Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health* 91(8), 1310–1316.
- Balfour, D. (2002), The neurobiology of tobacco dependence: a commentary. *Respiration* 69(1), 7–11.
- Balfour, D.J. (2004), The neurobiology of tobacco dependence: a preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus accumbens [corrected]. *Nicotine and Tobacco Research* 6, 899–912.
- Barnow, S., Schultz, G., Lucht, M., Ulrich, I., Preuss, U.W. and Freyberger, H.J. (2004), Do alcohol expectancies and peer delinquency/substance use mediate the relationship between impulsivity and drinking behaviour in adolescence? *Alcohol and Alcoholism* 39, 213–219.
- Battjes, R., Gordon, M., O’Grady, K. and Kinlock, T. (2004), Predicting retention of adolescents in substance abuse treatment. *Addictive Behaviors* 29(5), 1021–1027.
- Battjes, R., Gordon, M., O’Grady, K., Kinlock, T., Katz, E. and Sears, E. (2004), Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment* 27(2), 123–134.
- Bauman, A. and Phongsavan, P. (1999), Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug and Alcohol Dependence* 55(3), 187–207.
- Bergen, H., Martin, G., Richardson, A., Allison, S. and Roeger, L. (2004), Sexual abuse, antisocial behaviour and substance use: gender differences in young community adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38(1–2), 34–41.
- Berrettini, W. and Lerman, C. (2005), Pharmacotherapy and pharmacogenetics of nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry* 162(8), 1441–1451.
- Best, J.A., Thomson, S.J., Santi, S.M., Smith, E.A. and Brown, K.S. (1988), Preventing cigarette smoking among school children. *Annual Review of Public Health* 9, 161–201.
- Biederman, J. and Faraone, S.V. (2005), Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 366, 237–248.
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Mick, E., Wilens, T.E., Fontanella, J.A., Poetzel, K.M., Kirk, T., Masse, J. and Faraone, S.V. (2006), Is cigarette smoking a gateway to alcohol and illicit drug use disorders? A study of youths with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry* 59(3), 258–264.
- Brown, S., Anderson, K., Ramo, D. and Tomlinson, K. (2005), Treatment of adolescent alcohol-related problems. A translational perspective. *Recent Developments in Alcoholism* 17, 327–348.
- Brown, S., Anderson, K., Schulte, M., Sintov, N. and Frissell, K. (2005), Facilitating youth self-change through school-based

intervention. *Addictive Behaviors* 30(9), 1797–1810.

Bukstein, O.G., Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., Roth, C. and Balach, L. (1993), Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 88, 403–408.

Bukstein, O.G., Cornelius, J., Trunzo, A.C., Kelly, T.M. and Wood, D.S. (2005), Clinical predictors of treatment in a population of adolescents with alcohol use disorders. *Addictive Behaviors* 30, 1663–1673.

Cady, M., Winters, K.C., Jordan, D.A., Solberg, K.B. and Stinchfield, R.D. (1996), Motivation to change as a predictor of treatment outcome for adolescent substance abusers. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 5, 73–91.

Catanzaro, S.J. and Laurent, J. (2004), Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: evidence of mediation and moderation effects. *Addictive Behaviors* 29, 1779–1797.

Chambers, R.A., Taylor, J.R. and Potenza, M.N. (2003), Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry* 160(6), 1041–1052.

Chassin, L., Pitts, S.C. and Prost, J. (2002), Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: Predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 67–78.

Chaudhri, N., Caggiula, A., Donny, E., Palmatier, M., Liu, X. and Sved, A. (2006), Complex interactions between nicotine and nonpharmacological stimuli reveal multiple roles for nicotine in reinforcement. *Psychopharmacology* (Berl) 184(3–4), 353–366.

Christie, K.A., Burke, J.D., Jr., Regier, D.A., Rae, D.S., Boyd, J.H. and Locke, B.Z. (1988), Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *American Journal of Psychiatry* 145, 971–975.

Chung, H., Park, Y. and Lanza, S. (2005), Latent transition analysis with covariates: pubertal timing and substance use behaviours in adolescent females. *Statistics in Medicine* 24(18), 2895–2910.

Clark, D.B. (2004), The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction* 99 Suppl 2, 5–22.

Clark, D.B., Thatcher, D.L. and Maisto, S.A. (2005), Supervisory neglect and adolescent alcohol use disorders: effects on AUD onset and treatment outcome. *Addictive Behaviors* 30, 1737–1750.

Coatsworth, J., Santisteban, D., McBride, C. and Szapocznik, J. (2001), Brief Strategic Family Therapy versus community control: engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process* 40(3), 313–332.

Coffey, C., Lynskey, M., Wolfe, R. and Patton, G. (2000), Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction* 95(11), 1679–1690.

Cohen, P., Chen, H., Crawford, T.N., Brook, J.S. and Gordon, K. (2007), Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug and Alcohol Dependence* 88 Suppl 1, S71–S84.

Collins, R.L., Parks, G.A. and Marlatt, G.A. (1985), Social determinants of alcohol consumption: The effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53, 189–200.

Conigrave, K.M., Hall, W.D. and Saunders, J.B. (1995), The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. Alcohol use disorder identification test. *Addiction* 90(10), 1349–1356.

Conrod, P.J. and Woicik, P. (2002), Validation of a four-factor model of personality risk for substance abuse and examination of a brief instrument for assessing personality risk. *Addiction Biology* 7, S329–346.

- Costello, E.J., Sung, M., Worthman, C. and Angold, A. (2007), Pubertal maturation and the development of alcohol use and abuse. *Drug and Alcohol Dependence* 88 Suppl 1, S50–S59.
- Curry, J., Wells, K., Lochman, J., Craighead, W. and Nagy, P. (2003), Cognitive-behavioral intervention for depressed, substanceabusing adolescents: development and pilot testing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42(6), 656–665.
- De Leon, G. (2000), *The therapeutic community: Theory, model, and method*. Springer Publishing Company, New York.
- Deas, D. (2006), Adolescent Substance Abuse and Psychiatric Comorbidities. *Journal of Clinical Psychiatry* 67 Suppl 7, 18–23.
- Degenhardt, L., Hall, W. and Lynskey, M. (2001), The relationship between cannabis use and other substance use in the general population. *Drug and Alcohol Dependence* 64, 319–327.
- Dennis, M., Babor, T., Roebuck, M. and Donaldson, J. (2002), Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction* 97 Suppl 1, 4–15.
- Dennis, M., Funk, R., Godley, S., Godley, M. and Waldron, H. (2004a), Cross-validation of the alcohol and cannabis use measures in the Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) and Timeline Followback (TLFB; Form 90) among adolescents in substance abuse treatment. *Addiction* 99 Suppl 2, 120–128.
- Dennis, M., Godley, S., Diamond, G., Tims, F., Babor, T., Donaldson, J. et al. (2004b), The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 27(3), 197–213.
- Dennis, M., Titus, J., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S., Tims, F. et al. (2002), The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction* 97 Suppl 1, 16–34.
- Dierker, L., Vesel, F., Sledjeski, E., Costello, D. and Perrine, N. (2007), Testing the dual pathway hypothesis to substance use in adolescence and young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence* 87(1), 83–93.
- Dimeff, L.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R. and Marlatt, G.A. (1999), *Brief alcohol screening and intervention for college students: a harm reduction approach*. Guilford Press, New York.
- Dishion, T.J. and Andrews, D.W. (1995), Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63(4), 538–548.
- Dishion, T.J. and Dodge, K.A. (2005), Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change. *Journal of Abnormal Child Psychology* 33(3), 395–400.
- Dishion, T.J., McCord, J. and Poulin, F. (1999), When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *American Psychologist* 54(9), 755–764.
- Dunlop, B.W. and Nemeroff, C.B. (2007), The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Archives of General Psychiatry* 64, 327–337.
- Engels, R.C., Scholte, R.H., van Lieshout, C.F., de Kemp, R. and Overbeek, G. (2006), Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors* 31, 440–449.
- Ensminger, M., Juon, H. and Fothergill, K. (2002), Childhood and adolescent antecedents of substance use in adulthood. *Addiction* 97(7), 833–844.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M. and Bishop, D.S. (1983), The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy* 9, 171–180.

- Esposito-Smythers, C. and Spirito, A. (2004), Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 28, 775–885.
- Essau, C., Baschta, M., Koglin, U., Meyer, L. and Petermann, F. (1998), [Substance abuse and dependence in adolescents]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 47(10), 754–766.
- Evren, C., Can, S., Evren, B., Saatcioglu, O. and Cakmak, D. (2006a), Lifetime posttraumatic stress disorder in Turkish alcoholdependent inpatients: relationship with depression, anxiety and erectile dysfunction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 60(1), 77–84.
- Evren, C., Kural, S. and Cakmak, D. (2006b), Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. *Addictive Behaviors* 31, 475–485.
- Ferdinand, R., Blüm, M. and Verhulst, F. (2001), Psychopathology in adolescence predicts substance use in young adulthood. *Addiction* 96(6), 861–870.
- Fergusson, D., Horwood, L. and Ridder, E. (2007), Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: results of a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence* 88 Suppl 1, S14–26.
- Fergusson, D., Horwood, L. and Swain-Campbell, N. (2002), Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction* 97(9), 1123–1135.
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H. and Goodman, R. (2007), Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry* 190, 319–325.
- Fowler, J.S., Volkow, N.D., Kassed, C.A. and Chang, L. (2007), Imaging the addicted human brain. *Science and Practice Perspectives* 3, 4–16.
- Fowler, T., Liff ord, K., Shelton, K., Rice, F., Thapar, A., Neale, M.C., McBride, A. and van den Bree, M.B.M. (2007), Exploring the relationship between genetic and environmental influences on initiation and progression of substance use. *Addiction* 101, 413–422.
- Frick, P.J., Christian, R.E. and Wootton, J.M. (1999), Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. *Behavior Modification* 23(1), 106–128.
- Friedman, A.S. and Terras, A. (1999), Comparison of various risk and protective factors for substance use/abuse in a court-adjudicated male population. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 8(4), 17–36.
- Galvan, A., Hare, T.A., Davidson, M., Spicer, J., Glover, G. and Casey, B.J. (2005), The role of ventral frontostriatal circuitry in reward-based learning in humans. *Journal of Neuroscience* 25(38), 8650–8656.
- Galvan, A., Hare, T.A., Parra, C.E., Penn, J., Voss, H., Glover, G. and Casey, B.J. (2006), Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. *Journal of Neuroscience* 26(25), 6885–6892.
- Gee, R.L., Espiritu, R.C. and Huang, L.N. (2006), Adolescents with cooccurring mental health and substance use disorders in primary care. *Adolescent Medicine Clinics* 17, 427–452.
- Gibbons, F.X., Yeh, H.C., Gerrard, M., Cleveland, M.J., Cutrona, C., Simons, R.L. et al. (2007), Early experience with racial discrimination and conduct disorder as predictors of subsequent drug use: a critical period hypothesis. *Drug and Alcohol Dependence* 88 Suppl 1, S27–S37.

- Gil, A., Wagner, E. and Tubman, J. (2004), Culturally sensitive substance abuse intervention for Hispanic and African American adolescents: empirical examples from the Alcohol Treatment Targeting Adolescents in Need (ATTAIN) Project. *Addiction* 99 Suppl 2, 140–150.
- Goldberg, D. and Williams, P. (1988), *A user's guide to the General Health Questionnaire*. nferNelson Publishing company, Windsor.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. and Strang, J. (1995), The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* 90(5), 607–614.
- Gould, M.S., Marrocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K., Cote, J. and Davies, M. (2005), Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA* 293(13), 1635–1643.
- Guo, J., Hill, K.G., Hawkins, J.D., Catalano, R.F. and Abbott, R.D. (2002), A developmental analysis of sociodemographic, family, and peer effects on adolescent illicit drug initiation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 838–845.
- Haberstick, B.C., Timberlake, D., Ehringer, M.A., Lessem, J.M., Hopfer, C.J., Smolen, A. and Hewitt, J.K. (2007), Genes, time to first cigarette and nicotine dependence in a general population sample of young adults. *Addiction* 102(4), 655–665.
- Hayatbakhsh, M., Najman, J., Jamrozik, K., Mamun, A., Alati, R. and Bor, W. (2007), Cannabis and anxiety and depression in young adults: a large prospective study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46(3), 408–417.
- Hill, K., White, H., Chung, I., Hawkins, J. and Catalano, R. (2000), Early adult outcomes of adolescent binge drinking: person- and variable-centered analyses of binge drinking trajectories. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 24(6), 892–901.
- Hillebrand, J. and Burkhart, G. (in press), Bridging the science-practice gap in drug demand reduction: a European perspective. *Drugs: Education, Prevention & Policy*.
- Höfler, M., Lieb, R., Perkonig, A., Schuster, P., Sonntag, H. and Wittchen, H.U. (1999), Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction* 94(11), 1679–1694.
- Horigian, V.E., Lage, O.G. and Szapocznik, J. (2006), Cultural differences in adolescent drug abuse. *Adolescent Medicine Clinics* 17, 469–498.
- Hudziak, J.J., Copeland, W., Stanger, C. and Wadsworth, M. (2004), Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: A receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 1299–1307.
- Hurlbut, S.C. and Sher, K.J. (1992), Assessing alcohol problems in college students. *Journal of American College Health* 41(2), 49–58.
- Hyman, S.E. (1996), Addiction to cocaine and amphetamine. *Neuron* 16, 901–904.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M. and Bachman, J.G. (2003), *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2002. Volume II: College students and adults ages 19–40* (NIH Publication No. 03-5376). National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD.
- Kamon, J., Budney, A. and Stanger, C. (2005), A contingency management intervention for adolescent marijuana abuse and conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44(6), 513–521.

- Kapusta, N.D., Plener, P.L., Schmid, R., Thau, K., Walter, H. and Lesch, O.M. (2007), Multiple substance use among young males. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 86(2), 306–311.
- Killea-Jones, L.A., Costanzo, P.R., Malone, P., Quinlan, N.P. and Miller-Johnson, S. (2007), Norm-narrowing and self- and otherperceived aggression in early-adolescent same-sex and mixed-sex cliques. *Journal of School Psychology* 45(5), 549–565.
- King, S., Iacono, W. and McGue, M. (2004), Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction* 99(12), 1548–1559.
- Kokkevi, A.E., Arapaki, A.A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M. and Stergar, E. (2007), Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence* 88, 308–312.
- Kreek, M.J., Nielsen, D.A., Butelman, E.R. and LaForge, K.S. (2005), Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience* 8, 1450–1457.
- Kumpfer, K.L. and Bluth, B. (2004), Parent/child transactional processes predictive of resilience or vulnerability to ‘substance abuse disorders’. *Substance Use and Misuse* 39, 671–698.
- Kuntsche, E. and Jordan, M.D. (2006), Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors. Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence* 84, 167–174.
- Lai, S., Lai, H., Page, J.B. and McCoy, C.B. (2000), The association between cigarette smoking and drug abuse in the United States. *Journal of Addictive Diseases* 19, 11–24.
- Lejuez, C., Bornoalova, M., Reynolds, E., Daughters, S. and Curtin, J. (2007), Risk factors in the relationship between gender and crack/cocaine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 15(2), 165–175.
- Li, C., Pentz, M.A. and Chou, C.P. (2002), Parental substance use as a modifier of adolescent substance use risk. *Addiction* 97, 1537–1550.
- Libby, A.M., Orton, H.D., Stover, S.K. and Riggs, P.D. (2005), What came first, major depression or substance use disorder? Clinical characteristics and substance use comparing teens in a treatment cohort. *Addictive Behaviors* 30, 1649–1662.
- Lipschitz, D., Rasmussen, A., Anyan, W., Gueorgieva, R., Billingslea, E., Cromwell, P. et al. (2003), Posttraumatic stress disorder and substance use in inner-city adolescent girls. *Journal of Nervous and Mental Disease* 191(11), 714–721.
- Littell, J.H., Popa, M. and Forsythe, B. (2005), Multisystemic therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10–17. *Cochrane Database Systematic of Reviews* 2005 (4), CD004797.
- Loxley, W., Toumbourou, J. and Stockwell, T. (2005), A new integrated vision of how to prevent harmful drug use. *Medical Journal of Australia* 182(2), 54–55.
- Lynskey, M.T. and Hall, W. (2001), Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: is there a causal link? *Addiction* 96, 815–822.
- Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M. et al. (2004), Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* 363(9421), 1579–1588.
- Marley, J. (2000), Efficacy, effectiveness, efficiency. *Australian Prescriber* 23, 114–115.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C. and Strang, J. (1998), The Maudsley Addictio Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 93(12), 1857–1867.

- Marsden, J., Stillwell, G., Barlow, H., Boys, A., Taylor, C., Hunt, N. et al. (2006), An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction* 101(7), 1014–1026.
- Mason, W., Kosterman, R., Hawkins, J., Haggerty, K. and Spoth, R. (2003), Reducing adolescents' growth in substance use and delinquency: randomized trial effects of a parent-training prevention intervention. *Prevention Science* 4(3), 203–212.
- Masterman, P.W. and Kelly, A.B. (2003), Reaching adolescents who drink harmfully: fitting intervention to developmental reality. *Journal of Substance Abuse Treatment* 24(4), 347–355.
- McCambridge, J. and Strang, J. (2004), The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction* 99(1), 39–52.
- McCambridge, J. and Strang, J. (2005), Deterioration over time in effect of Motivational Interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction* 100(4), 470–478.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R. and Moffitt, T. (2000), A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction* 95(4), 491–503.
- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J. and Bellis, M. (2006), Drug use prevention among young people: *a review of reviews*. National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
- McGue, M., Iacono, W.G. and Krueger, R. (2006), The association of early adolescent problem behavior and adult psychopathology: a multivariate behavioral genetic perspective. *Behavior Genetics* 36, 591–602.
- McLaney, M.A., Boca, F.D. and Barbor, T.F. (1994), A validation of the problem-oriented screening instrument for teenagers (POSIT). *Journal of Mental Health* 3(3), 363–376.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Barr, H.L. and Evans, F. (1984), The addiction severity index in three different populations. *NIDA Research Monograph* 55, 217–223.
- McNally, A., Palfai, T. and Kahler, C. (2005), Motivational interventions for heavy drinking college students: examining the role of discrepancy-related psychological processes. *Psychology of Addictive Behaviors* 19(1), 79–87.
- Meili, B. (2004), Indizierte Prävention bei gefährdeten Jugendlichen. *Suchtmagazin* 6, 21–25.
- Meltzer, H., Gatward, R., Corbin, T., Goodman, R. and Ford, T. (2003), *The mental health of young people looked after by local authorities in England: summary report*. The Stationery Office, London.
- Merikangas, K.R. and Avenevoli, S. (2000), Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addictive Behaviors* 25, 807–820.
- Merrill, J.C., Kleber, H.D., Schwartz, M., Liu, H. and Lewis, S.R. (1999), Cigarettes, alcohol, marijuana, other risk behaviors, and American youth. *Drug and Alcohol Dependence* 56, 205–212.
- Miller, W.R. and Sovereign, R.G. (1989), The check-up: a model for early intervention in addictive behaviors. In: T. Loberg, W.R. Miller, P.E. Nathan and G.A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviors: prevention and early intervention*, pp. 219–231. Swets & Zeitlinger, Amsterdam.
- Mitchell, C., Beals, J. and The Pathways of Choice Team (2006), The development of alcohol use and outcome expectancies among American Indian young adults: a growth mixture model. *Addictive Behaviors* 31(1), 1–14.
- Moolchan, E.T., Ernst, M. and Henningfield, J.E. (2000), A review of tobacco smoking in adolescents: treatment implications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39(6), 682–693.

- Moos, R. and Moos, B. (1983), Clinical applications of the Family Environment Scale. In: E. Filsinger (Ed.), *A sourcebook of marriage and family assessment*, pp. 253–273. Sage, Beverly Hills, CA.
- Moos, R.H. (2005), Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction* 100(5), 595–604.
- Morojele, N., Brook, J. and Kachieng'a, M. (2006a), Perceptions of sexual risk behaviours and substance abuse among adolescents in South Africa: a qualitative investigation. *AIDS Care* 18(3), 215–219.
- Morojele, N., Kachieng'a, M., Mokoko, E., Nkoko, M., Parry, C., Nkowane, A. et al. (2006b), Alcohol use and sexual behaviour among risky drinkers and bar and shebeen patrons in Gauteng province, South Africa. *Social Science and Medicine* 62(1), 217–227.
- Morojele, N.K. and Brook, J.S. (2006c), Substance use and multiple victimisation among adolescents in South Africa. *Addictive Behaviors* 31, 1163–1176.
- Mrazek, P.J. and Haggerty, R.J. (1994), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press, Washington, DC.
- Muthén, B.O. (2001), Latent variable mixture modeling. In: G.A. Marcoulides and R.E. Schumacker (Eds.), *New developments and techniques in structural equation modeling*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ, pp. 1–33.
- Nestler, E.J. (2000), Genes and addiction. *Nature Genetics* 26, 277–281.
- Niemela, S.M., Sourander, A., Poikolainen, K., Elonheimo, H., Helenius, H., Sillanmaki, L. et al. (2006), Adaptive functioning, psychopathology and service use among 18-year-old boys with drunkenness-related alcohol use. *Alcohol and Alcoholism* 41, 143–150.
- Ovenden, C. and Loxley, W. (1994), *The demographics and drug use of teenagers questionnaire (DDUT) manual*. National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse, Division of Health Sciences, Curtin University of Technology, Perth, Western Australia.
- Oxford, M.L., Harachi, T.W., Catalano, R.F. and Abbott, R.D. (2001), Preadolescent predictors of substance initiation: a test of both the direct and mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 27, 599–616.
- Pardini, D., White, H.R. and Stouthamer-Loeber, M. (2007), Early adolescent psychopathology as a predictor of alcohol use disorders by young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence* 88 Suppl 1, S38–S49.
- Parker, H., Aldridge, J. and Measham, F. (1998), *Illegal leisure: the normalization of adolescent recreational drug use*. Routledge, London.
- Patton, G., Coffey, C., Lynskey, M., Reid, S., Hemphill, S., Carlin, J. et al. (2007), Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction* 102(4), 607–615.
- Pedersen, W., Mastekaasa, A. and Wichstrom, L. (2001), Conduct problems and early cannabis initiation: a longitudinal study of gender differences. *Addiction* 96, 415–431.
- Preston, P. and Goodfellow, M. (2006), Cohort comparisons: social learning explanations for alcohol use among adolescents and older adults. *Addictive Behaviors* 31, 2268–2283.
- Quay, H.C. and Peterson, D.R. (1993), *The revised behavior problem checklist: manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.

- Rao, U. (2006), Links between depression and substance abuse in adolescents: neurobiological mechanisms. *American Journal of Preventive Medicine* 31(6 Suppl 1), S161–174.
- Rey, J., Martin, A. and Krabman, P. (2004), Is the party over? Cannabis and juvenile psychiatric disorder: the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43(10), 1194–1205.
- Rhee, S., Hewitt, J., Young, S., Corley, R., Crowley, T., Neale, M. et al. (2006), Comorbidity between alcohol dependence and illicit drug dependence in adolescents with antisocial behavior and matched controls. *Drug and Alcohol Dependence* 84(1), 85–92.
- Robbins, M., Bachrach, K. and Szapocznik, J. (2002), Bridging the research-practice gap in adolescent substance abuse treatment: the case of brief strategic family therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23(2), 123–132.
- Robertson, E.B., David, S.L. and Rao, S.A. (2003), *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders*. National Institute on Drug Abuse. Second Edition. NIH Publication No. 04–4212(A).
- Rose, R., Dick, D., Viken, R., Pulkkinen, L. and Kaprio, J. (2001), Drinking or abstaining at age 14? A genetic epidemiological study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 25(11), 1594–1604.
- Russell, V.A. (2000), The nucleus accumbens motor-limbic interface of the spontaneously hypertensive rat as studied in vitro by the superfusion slice technique. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 24, 133–136.
- Sagvolden, T. (2000), Behavioral validation of the spontaneously hypertensive rat (SHR) as an animal model of attention deficit/ hyperactivity disorder (AD/HD). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 24, 31–39.
- Santisteban, D.A., Coatsworth, J.D., Perez-Vidal, A., Kurtines, M.W., Schwartz, S.J., LaPerriere, A. and Szapocznik, J. (2003), Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology* 17(1), 121–133.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M. (1993), Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. *Addiction*. 88(6), 791–804.
- Schmid, M., Nützel, J., Fegert, J. and Goldbeck, L. (2006), [A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55(7), 544–558.
- Schneider, J.S., Sun, Z.Q. and Roeltgen, D.P. (1994), Effects of dopamine agonists on delayed response performance in chronic lowdose MPTP treated monkeys. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 48, 235–240.
- Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Kelley, B.J. et al. (2000), Prevalence of attentiondeficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *Journal of Clinical Psychiatry* 61, 244–251.
- Schuckit, M.A. and Hesselbrock, V. (1994), Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship? *American Journal of Psychiatry* 151(12), 1723–1734.
- Shaywitz, S.E., Cohen, D.J. and Shaywitz, B.A. (1978), The biochemical basis of minimal brain dysfunction. *Journal of Pediatrics* 92, 179–187.
- Simpson, D.D. and Chatham, L.R. (1995), *TCU/DATAR Forms Manual*. Improving drug abuse treatment, assessment, and research (DATAR) project. Institute of Behavioral Research, Texas Christian University, Fort Worth, Texas.
- Skinner, H.A. and Horn, J.L. (1984), *Alcohol dependence scale: users guide*. Addiction Research Foundation, Toronto, Canada.

- Sobell, L.C. and Sobell, M.B. (1992), Timeline follow-back: a technique for assessing self-reported ethanol consumption. In: J. Allen and R. Z. Litten (Eds.), *Measuring alcohol consumption: psychosocial and biological methods*. Humana Press, Totowa, NJ, pp. 41–72.
- Solkhah, R., Wilens, T., Daly, J., Prince, J., Van Patten, S. and Biederman, J. (2005), Bupropion SR for the treatment of substanceabusing outpatient adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and mood disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 15(5), 777–786.
- Spak, L., Spak, F. and Allebeck, P. (2000), Alcoholism and depression in a Swedish female population: co-morbidity and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102, 44–51.
- Spear, L.P. (2000), The adolescent brain and age-related behavioural manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 24, 417–463.
- Spencer, T.J., Biederman, J. and Mick, E. (2007), Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology* 26, 631–642.
- Springer, J.F. and Phillips, J.L. (2007), The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. *Prevention Policy Paper Series*, EMT Associates, Inc, Folsom, CA (dostupné na http://www.cacpi.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf).
- Stephenson, M.T. and Helme, D.W. (2006), Authoritative parenting and sensation seeking as predictors of adolescent cigarette and marijuana use. *Journal of Drug Education* 36, 247–270.
- Stronski, S.M., Ireland, M., Michaud, P., Narring, F. and Resnick, M.D. (2000), Protective correlates of stages in adolescent substance use: a Swiss National Study. *Journal of Adolescent Health* 26, 420–427.
- Sully, L. and Conrod, P.J. (2006), An innovative approach to the prevention of substance misuse, emotional problems, and risky behaviour in adolescents. *Education and Health* 24(3), 39–41.
- Sung, M., Erkanli, A., Angold, A. and Costello, E. (2004), Effects of age at first substance use and psychiatric comorbidity on the development of substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 75(3), 287–299.
- Sussman, S., Dent, C.W. and Leu, L. (2000), The one-year prospective prediction of substance abuse and dependence among high-risk adolescents. *Journal of Substance Abuse* 12, 373–386.
- Sutherland, I. and Willner, P. (1998), Patterns of alcohol, cigarette and illicit drug use in English adolescents. *Addiction* 93, 1199–1208.
- Szapocznik, J., Rio, A.T., Hervis, O.E., Mitrani, V.B., Kurtines, W.M. and Faraci, A.M. (1991), Assessing change in family functioning as a result of treatment: The Structural Family Systems Rating Scale (SFSR). *Journal of Marital and Family Therapy* 17, 295–310.
- Tait, R.J., Hulse, G.K. and Robertson, S.I. (2004), Effectiveness of a brief-intervention and continuity of care in enhancing attendance for treatment by adolescent substance users. *Drug and Alcohol Dependence* 74(3), 289–296.
- Tait, R.J., Hulse, G.K., Robertson, S.I. and Sprivulis, P.C. (2005), Emergency department-based intervention with adolescent substance users: 12-month outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 79(3), 359–363.
- Thush, C., Wiers, R.W., Theunissen, N. et al. (2007), A randomized clinical trial of a targeted intervention to moderate alcohol use and alcohol-related problems in at-risk adolescents, *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 86, 368–376.
- Timberlake, D.S., Haberstick, B.C., Lessem, J.M., Smolen, A., Ehringer, M., Hewitt, J.K. and Hopfer, C. (2006), An association between the DAT1 polymorphism and smoking behavior in young adults from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Health Psychology* 25(2), 190–197.

- Topp, L. and Mattick, R.P. (1997), Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction* 92(7), 839–845.
- Torabi, M.R., Bailey, W.J. and Majd-Jabbari, M. (1993), Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the 'gateway drug effect'. *Journal of School Health* 63, 302–306.
- Toumbourou, J., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G., Sturge, J. and Rehm, J. (2007), Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 369(9570), 1391–1401.
- Unger, J.B., Sussman, S. and Dent, C.W. (2003), Interpersonal conflict tactics and substance use among high-risk adolescents. *Addictive Behaviors* 28, 979–987.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2006), Guidance for the measurement of drug treatment demand (dostupné na <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index26898EN.html>).
- Van Den Bree, M.B. and Pickworth, W.B. (2005), Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. *Archives of General Psychiatry* 62, 311–319.
- Vaughn, M.G., Ollie, M.T., McMillen, J.C., Scott, L., Jr. and Munson, M. (2007), Substance use and abuse among older youth in foster care. *Addictive Behaviors* 32, 1929–1935.
- Wagner, F.A. and Anthony, J.C. (2002), Into the world of illegal drug use: exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana, and cocaine. *American Journal of Epidemiology* 155(10), 918–925.
- Waldron, H., Slesnick, N., Brody, J., Turner, C. and Peterson, T. (2001), Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(5), 802–813.
- Walker, D., Roffman, R., Stephens, R., Wakana, K., Berghuis, J. and Kim, W. (2006), Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(3), 628–632.
- Walters, S. (2000), In praise of feedback: an effective intervention for college students who are heavy drinkers. *Journal of the American College of Health* 48(5), 235–238.
- Werch, C.E. and Owen, D.M. (2002), Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol* 63(5), 581–590.
- White, A., Matthews, D. and Best, P. (2000), Ethanol, memory, and hippocampal function: a review of recent findings. *Hippocampus* 10(1), 88–93.
- White, A., Truesdale, M., Bae, J., Ahmad, S., Wilson, W., Best, P. et al. (2002), Differential effects of ethanol on motor coordination in adolescent and adult rats. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 73(3), 673–677.
- White, H., Morgan, T., Pugh, L., Celinska, K., Labouvie, E. and Pandina, R. (2006), Evaluating two brief substance-use interventions for mandated college students. *Journal of Studies on Alcohol* 67(2), 309–317.
- White, H.R. and Labouvie, E.W. (1989), Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol* 50(1), 30–37.
- WHO (2004), *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Světová zdravotnická organizace: Ženeva.
- Wiers, R.W., van de Luitgaarden, J., van den Wildenberg, E. and Smulders, F.T. (2005), Challenging implicit and explicit alcohol-related cognitions in young heavy drinkers. *Addiction* 100, 806–819.

Wills, T., Cleary, S., Filer, M., Shinar, O., Mariani, J. and Spera, K. (2001), Temperament related to early-onset substance use: test of a developmental model. *Prevention Science* 2(3), 145–163.

Wills, T., Sandy, J., Yaeger, A. and Shinar, O. (2001), Family risk factors and adolescent substance use: moderation effects for temperament dimensions. *Developmental Psychology* 37(3), 283–297.

Windle, M. and Wiesner, M. (2004), Trajectories of marijuana use from adolescence to young adulthood: Predictors and outcomes. *Development and Psychopathology* 16, 1007–1027.

Windeler, J. and Antes, G. (2007), *Efficacy and effectiveness* (dostupné na: http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/images/efficacy_and_effectiveness.pdf).

Wittchen, H., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P. et al. (2007), Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 88 Suppl 1, S60–70.

Wong, M.M., Brower, K.J., Fitzgerald, H.E. and Zucker, R.A. (2004), Sleep problems in early childhood and early onset of alcohol and other drug use in adolescence. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 28, 578–587.

Woolfenden, S.R., Williams, K. and Peat, J. (2006), Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10–17. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001(2), CD003015.

World Psychiatric Association (2003), Consensus statement on psychiatric prevention. WPA Sections' Newsletter 2003;2:6.
Zonneville-Bender, M., Matthys, W., van de Wiel, N. and Lochman, J. (2007), Preventive effects of treatment of disruptive behaviour disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46(1), 33–39.

Internetové zdroje

Brain Briefings: Alcohol. Retrieved September 17, 2007, from
http://www.sfn.org/index.cfm?pagename=brainbriefings_alcoholism

Brain Briefings: The adolescent brain. Retrieved September 17, 2007, from
http://www.sfn.org/index.cfm?pagename=brainBriefings_Adolescent_brain

<http://www.nida.nih.gov/>

<http://www.nida.nih.gov/Curriculum/HSCurriculum.html>

<http://www.nyas.org/publications/updateArchives.asp>

http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience

Stanford Encyclopaedia of Philosophy: <http://plato.stanford.edu/>

Příloha

Posuzovací nástroje

Na následujících řádcích je uveden seznam nástrojů pro vyšetření nebo posouzení rozsahu konkrétních psychopatologických poruch. Seznam byl sestaven na základě četnosti použití ve vědecké literatuře, psychometrického vyhodnocení, dostupnosti normativních dat v různých zemích a doporučení v pokynech, ovšem neměl by být považován za definitivní výběr. Vždy by měly být zvoleny přiměřené posuzovací nástroje v kontextu a návrhu určité studie.

Vyšetření psychopatologie

Sebeposuzování:

Youth Self Report (Sebehodnocení mládeže, pozn. překl.) (YSR - Achenbach, T.M. 1991. Manual for the Youth Self Report. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry).

YASR (Young adult version of YSR) (Verze YSR pro mladé dospělé, pozn. překl.)

Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ – Goodman, 1997) (Dotazník na silné a slabé stránky osobnosti, pozn. překl.) Věk: 4-16 let (veřejná doména). Dostupné na: <http://www.sdqinfo.com>

Hodnocení jinými osobami:

Child Behaviour Checklist (Seznam chování u dětí, pozn. překl.) (CBCL — Achenbach, T.M. 1991. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry).

YABCL (Young adults version of CBCL) (Verze CBCL pro mladé dospělé, pozn. překl.)

Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ — Goodman, 1997). Věk: 4-16 let (veřejná doména). Dostupné na: <http://www.sdqinfo.com> (viz. výše)

Diagnostické rozhovory

Existuje několik klinických semistrukturovaných diagnostických rozhovorů, např. seznam pro afektivní poruchy a schizofrenii pro děti školního věku (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, K-SADS) (<http://www.wpic.pitt.edu/ksads/default.htm>) nebo Diagnostický systém pro duševní poruchy v dětství a dospívání (Diagnostic System for Mental Disorders in Childhood and Adolescence, DISYPS-KJ).

Tyto diagnostické systémy zahrnují také kontrolní seznamy pro posouzení závažnosti některých konkrétních poruch, např. DSM-IV kritéria pro ADHD (American Psychiatric Association, 2000).

Posouzení deprese

Sebeposuzování:

Centrum epidemiologických studií – Škála deprese (CES-D Radloff, 1977, veřejná doména).

Beckova škála deprese II (BDI-II – Beck, Steer a Brown, 1996. San Antonio, TX: The Psychological Corporation).

Hodnocení jinými osobami:

Hodnoticí škála dětské deprese – revidována (CDRS-R – Poznanski, E.O. a Mokros, H.B., 1996. *Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R) Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services).

Posouzení úzkosti

Sebeposuzování:

State–Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C – Spielberger, C.D., Edwards, C., Lushene, R. Monturi, J. a Platzeck, S. 1973. *The State–Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press).

Posouzení agrese/delikvence

Podškály YSR a CBCL

Posouzení ADHD

Podškály YSR a CBCL

Programy klasifikované jako „programy indikované prevence“

Název:	Denní péče o děti
Prevence:	Indikovaná
Země:	Česká republika
Cílová skupina:	Děti ve věku 6 až 15 let, doporučené psychiatrem, nápravným zařízením, odborem sociální péče městského úřadu apod. z důvodu existence vážných problémů s komunikací a chováním
Popis:	Strukturované skupinové programy a individuální programy, je-li třeba. Jsou také organizovány pravidelné víkendové a prázdninové aktivity
Zahájení:	Od r. 2003
Frekvence:	Jednou týdně ve 4 různých skupinách
Vyhodnocení:	Nespecifikováno

Úroveň:	Není hodnocení úrovně na základě důkazů
---------	---

Název:	Ohrožené skupiny a rodiny
Prevence:	Indikovaná
Země:	Maďarsko
Cílová skupina:	Mladí lidé se sociálními problémy a/nebo s potížemi s učením a/nebo žijící v zanedbaných oblastech
Popis:	Tábory a kluby, rekreační aktivity, společná rekreace rodičů a dětí, pořádání oslav
Zahájení:	Nespecifikováno
Frekvence:	Není jasně definována
Vyhodnocení:	Nespecifikováno
Úroveň:	Není hodnocení úrovně na základě důkazů

Název:	Prevence ve věznicích
Prevence:	Indikovaná
Země:	Maďarsko
Cílová skupina:	Vězni
Popis:	Vzdělávací a dokumentární seriál devíti videokazet, diskuse během skupinových aktivit – rodiče mladistvých delikventů mohou zorganizovat setkání, při nichž jsou také informováni o protidrogové činnosti
Zahájení:	Od r. 2003
Frekvence:	3 až 5týdenní intervaly
Vyhodnocení:	Nespecifikováno
Úroveň:	Není hodnocení úrovně na základě důkazů

Název:	Psychoedukační rodinná intervence
Prevence:	Indikovaná
Země:	Holandsko
Cílová skupina:	Rodiny, kde jeden nebo oba rodiče trpí vážnými psychologickými problémy s alespoň jedním dítětem ve věku 8 až 14 let
Popis:	Podpora komunikace v rodině, zvýšení odolnosti dětí a jejich porozumění nemocem, poskytování informací o časných signálech deprese u dětí
Zahájení:	Nespecifikováno
Frekvence:	7 sezení, střídají se sezení s rodiči a dětmi odděleně a sezení se všemi společně
Vyhodnocení:	Nespecifikováno
Úroveň:	Není hodnocení úrovně na základě důkazů

Název:	Prevence na míru
Prevence:	Indikovaná
Země:	Holandsko
Cílová skupina:	Rodiny, kde jeden nebo oba rodiče trpí vážnými psychologickými problémy s alespoň jedním dítětem
Popis:	Poskytnout rodičům a dětem cílené informace a podporu. Řešení závažnosti problému, kterému dítě potenciálně čelí, zlepšení rodičovských schopností
Zahájení:	Nespecifikováno
Frekvence:	Nespecifikováno

Vyhodnocení:	Nespecifikováno
Úroveň:	Není hodnocení úrovně na základě důkazů

Název:	Skupina Mluvíme a konáme, CPPP 8–12
Prevence:	Indikovaná
Země:	Holandsko
Cílová skupina:	Mladí lidé s jedním nebo oběma rodiči s psychologickými problémy nebo problémy se závislostí
Popis:	Vysvětlit a porozumět domácí situaci, poskytnout podporu, umožnit kontakt s lidmi ve stejné situaci, posílit sociální a emocionální dovedností
Zahájení:	Nespecifikováno
Frekvence:	Nespecifikováno
Vyhodnocení:	Nespecifikováno
Úroveň:	Není hodnocení úrovně na základě důkazů

Název:	Skupinový kurz CPPP 12–15
Prevence:	Indikovaná
Země:	Holandsko
Cílová skupina:	Mladí lidé s jedním nebo oběma rodiči s psychologickými problémy nebo problémy se závislostí
Popis:	Vysvětlit a porozumět domácí situaci, poskytnout podporu, umožnit kontakt s lidmi ve stejné situaci, posílit sociální a emocionální dovedností
Zahájení:	Nespecifikováno
Frekvence:	Nespecifikováno
Vyhodnocení:	Nespecifikováno
Úroveň:	Není hodnocení úrovně na základě důkazů

Název:	Skupinový kurz CPPP 16+
Prevence:	Indikovaná
Země:	Holandsko
Cílová skupina:	Mladí lidé s jedním nebo oběma rodiči s psychologickými problémy nebo problémy se závislostí
Popis:	Skupinový internetový kurz. Vysvětlit a porozumět domácí situaci, poskytnout podporu, umožnit kontakt s lidmi ve stejné situaci, posílit sociální a emocionální dovedností
Zahájení:	Nespecifikováno
Frekvence:	Nespecifikováno
Vyhodnocení:	Nespecifikováno
Úroveň:	Není hodnocení úrovně na základě důkazů

Název:	Intervence matka – malé dítě
Prevence:	Indikovaná
Země:	Holandsko
Cílová skupina:	Duševně nemocné matky s malým dítětem
Popis:	Stimulovat pozitivní interakci mezi matkou a dítětem

Zahájení:	Nespecifikováno
Frekvence:	Nespecifikováno
Vyhodnocení:	Nespecifikováno
Úroveň:	Není hodnocení úrovně na základě důkazů

Název:	Zvyšování počtu a dostupnosti terapeutických služeb pro rodinné příslušníky a ostatní členy rodin se závislostí na alkoholu
Prevence:	Indikovaná
Země:	Polsko
Cílová skupina:	Členové rodin osob závislých na alkoholu
Popis:	Tréninkové kurzy Provádění výzkumu a hodnocení se zaměřením na poruchy, kterými trpí na alkoholu závislí členové rodin Zprávy a publikace v odborném tisku a časopisech
Zahájení:	Od r. 1999
Frekvence:	Nespecifikováno
Vyhodnocení:	1998–2002
Úroveň:	2

Název:	Rozvoj socioterapeutických kluboven
Prevence:	Indikovaná
Země:	Polsko
Cílová skupina:	Děti z rodin s problémy souvisejícími s alkoholem
Popis:	Zvýšit způsobilost personálu a vychovatelů, šířit pracovní technologie, zvýšit dostupnost socioterapeutických zařízení, rozvíjet síť podpůrných skupin Pro děti: „Parpusiakova medvědí rodinka“; „Společně zvesela“
Zahájení:	Od r. 1999
Frekvence:	Nespecifikováno
Vyhodnocení:	Výzkumný program 1999–2002
Úroveň:	Není hodnocení úrovně na základě důkazů

Název:	Děti v pečovatelsko-vzdělávacích centrech pocházející z rodin s problémy s alkoholem
Prevence:	Indikovaná
Země:	Polsko
Cílová skupina:	Děti z rodin s problémy souvisejícími s alkoholem
Popis:	Vypracovat pracovní metodologii pro psychoedukaci dětí pocházejících z rodin s problémy souvisejícími s alkoholem, které si zasluhují zvláštní pozornost
Zahájení:	Pilotní program od r. 2000, tréninkový program od r. 2003
Frekvence:	Nespecifikováno
Vyhodnocení:	Nespecifikováno
Úroveň:	Není hodnocení úrovně na základě důkazů

Název:	Rozvoj sekundární a terciární prevence drogové závislosti u dětí v ústavní péči nařízené soudem
Prevence:	Indikovaná

Země:	Slovensko
Cílová skupina:	Chovanci v zařízeních ústavní péče
Popis:	Pro děti a mládež závislou na drogách a čelící nebezpečí drogové závislosti vytvořit v dětských domovech dvě speciální vzdělávací skupiny pro práci s nimi
Zahájení:	Nespecifikováno
Frekvence:	Nespecifikováno
Vyhodnocení:	Kvalitativní interpretace
Úroveň:	Není hodnocení úrovně na základě důkazů

Název:	Institucionální model (MulitfunC)
Prevence:	Indikovaná
Země:	Norsko a Švédsko
Cílová skupina:	Mladí lidé se závažnými poruchami chování
Popis:	Rezidenční léčba behaviorálních problémů
Zahájení:	Od podzimu 2005
Frekvence:	Probíhá
Vyhodnocení:	Implementačního procesu (IMS) a efektu léčby (Behavioural Centre, Oslo)
Úroveň:	1

Název:	Supra-f
Prevence:	Indikovaná
Země:	Švýcarsko
Cílová skupina:	Riziková mládež (rizika delikvence, užívání drog, deprese, úzkostnosti, poruch chování, problémů ve škole)
Popis:	Různé programy v rozmezí 3 až 42 hodin týdně na podporu a zavedení struktury do života dětí
Zahájení:	Od r. 2000
Frekvence:	3 až 42 hodin týdně
Vyhodnocení:	2003 a 2006 — další sledování pokračuje
Úroveň:	3

Název:	Každé dítě je důležité
Prevence:	Indikovaná
Země:	Spojené království. Byla vybrána řada oblastí zvýšeného zájmu. Očekává se, že tyto oblasti zaznamenají rychlejší a trvalejší pokrok v rámci implementace vize a priorit stanovených v tomto plánu v letech 2005-2006. Patří sem oblasti deprivované či s vysokou kriminalitou, v nichž převládají problémy se zneužíváním drog.
Cílová skupina:	Děti problematických uživatelů drog, mladí lidé v kontaktu s orgány trestněprávního řízení. Chroničtí záškoláci a vyloučení ze škol. Děti svěřené opatrovníkům.
Popis:	Dvojím cílem práce v oblastech se zvýšeným zájmem jsou: vyvinout a otestovat nejlepší praktický model pro větší rozšíření; a mít včasný a trvalý vliv na poskytování služeb v oblasti návykových látek dětem a mladým lidem. Včasné posouzení všech ohrožených dětí a mládeže v klíčových rizikových skupinách s problémy nesprávného užívání drog jako součást širšího posouzení potřeb.

	Řízení péče a ustanovení funkce vedoucího odborníka pro děti a mládež, které potřebují podporu a intervenci ohledně škodlivého užívání drog, v souladu s programem Každé dítě je důležité: Změna pro děti. Integrované informační systémy, které pomohou jednotlivým institucím spolupracovat a sledovat intervence prováděné s jednotlivými dětmi a mladými lidmi.
Zahájení:	Duben 2005
Frekvence:	Nespecifikováno
Vyhodnocení:	Průběžné sebeposuzování a roční posouzení výkonu. Od místních oblastí se očekává, že budou monitorovat vlastní výkon v pěti ukazatelích a každé jaro provedou sebehodnocení jakožto součást procesu každoročního vyhodnocení. Každé léto se pak uskuteční revizní setkání za účasti inspektorátů, vládních terénních jednotek a místních partnerů, po kterém inspektorát vystaví jednotlivým službám pro děti hodnocení. Toto hodnocení slouží jako skóre pro složku dětských služeb v tzv. souhrnném posouzení výkonu. Místní služby pro děti podléhají rovněž revizi společné pro dané oblasti (Joint Area Review), zpočátku v tříletých intervalech.
Úroveň:	1

Název:	Intervence v komunitě za účelem snížení nesprávného užívání návykových látek ohroženými a znevýhodněnými dětmi a mládeží
Prevence:	Indikovaná
Země:	Spojené království
Cílová skupina:	Znevýhodnění lidé do 25 let (1) a (2). Děti do 12 let (3) a (4). Lidé do 25 let s problematikou škodlivého užívání návykových látek (5)
Popis:	(1) Vypracování a zavedení strategie omezení nesprávného užívání návykových látek ohroženými a znevýhodněnými lidmi do 25 let (2) Používání stávajících nástrojů vyšetření a posuzování k identifikaci ohrožených a znevýhodněných dětí a mládeže do 25 let, které zneužívají návykové látky nebo jsou ohroženy rizikem takového zneužívání (3) Programy strukturované podpory v rodinách po dobu 2 a více let, vytvořené společně s rodiči nebo pečovateli dětí či mladistvých, vedené pracovníky kompetentními v dané oblasti (4) „Skupinová behaviorální terapie“ po dobu 1 roku až 2 let před a během přechodu na střední školu. Sezení by se měla konat jednou nebo dvakrát do měsíce a trvat zhruba hodinu (5) Motivační rozhovor (jeden či více, pokud je potřeba)
Zahájení:	Od července 2004
Frekvence:	Rozdílná pro jednotlivé části
Vyhodnocení:	Založené na důkazech, prokázaný nedostatek důkazů; aktualizace a vyhodnocení je plánováno na období 2010 až 2012
Úroveň:	1

Název:	Vzdělávací intervence po porušení pravidel ochrany nezletilých
Prevence:	Indikovaná
Země:	Lichtenštejnsko
Cílová skupina:	Adolescenti porušující právní ochranu dětí a mladých osob

Popis:	Pokud adolescenti poruší právní ochranu dětí a mladistvých, obdrží napomenutí. Pokud se jedná o opakovaný či závažný delikt, dostanou adolescenti společně s jejich rodiči pozvání k rozhovoru na sociálním úřadě. Tam se projednají možné příčiny a hledají se řešení. Poté se rozhoduje o výchovných opatřeních. V Lichtenštejnsku je tento postup uzákoněn.
Zahájení:	2000
Frekvence:	Individuálně
Vyhodnocení:	Hodnocení nespecifikováno
Úroveň:	1

Název:	Bundesprojekt Hart am LimiT — HaLT Lörrach — HaLT Rostock — reactive
Prevence:	Indikovaná
Země:	Německo
Cílová skupina:	Nejvýše 150 adolescentů v intenzivní péči po nárazovém pijáctví
Popis:	Celonárodní shromažďování dat o nárazovém pijáctví, hledání důvodů riskantní konzumace alkoholu, zjišťování situace mezi vrstevníky, zjištění možných příčinných psychiatrických nemocí v a zahájení terapie a rehabilitace, pokud je to vhodné. Prevence opakovaných návštěv jednotek intenzivní péče v souvislosti s problémy spojenými s pitím alkoholu.
Zahájení:	R. 2003 první fáze, od srpna 2004 rozšířená fáze
Frekvence:	Individuální plán, minimálně 2 sezení, všechny druhy poradenství/léčby
Vyhodnocení:	Výzkumný dotazník a monitorovací arch
Úroveň:	Dotazník navržený pro program, statistiky a zprávy vypracovány společností PROGNOSE AG, Švýcarsko
	3

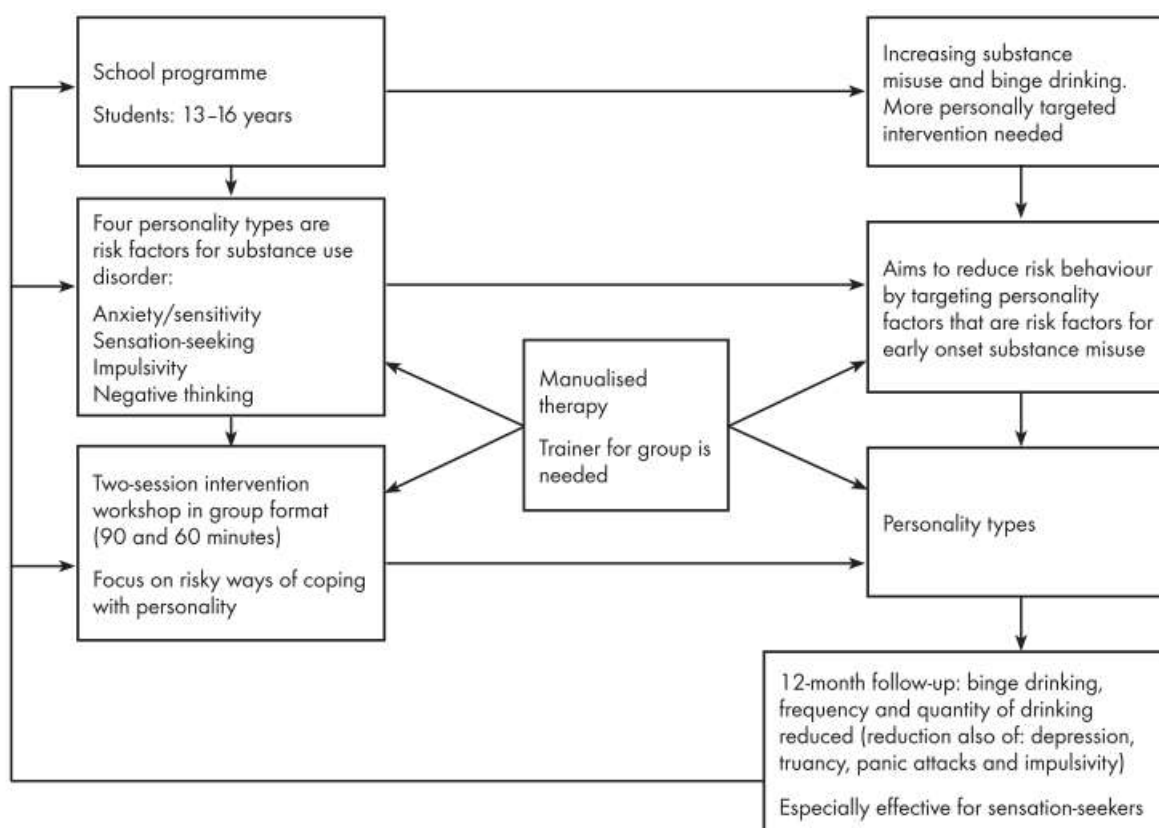
Název:	Smlouva s mladistvými
Prevence:	Indikovaná
Země:	Norsko
Cílová skupina:	Mladí pachatelé
Popis:	Dohoda mezi mladým pachatelem na jedné straně a policií a městským úřadem na straně druhé. Záměrem smlouvy je zabránit rozvoji kriminálního životního stylu. Smlouva obvykle obnáší jak sankce, tak pozitivní pobídky. Doposud je naše zkušenost s těmito smlouvami omezená.
Zahájení:	Nespecifikováno
Frekvence:	Individuální
Vyhodnocení:	Nespecifikováno
Úroveň:	Není hodnocení úrovně na základě důkazů

Název:	Včasně rozpoznání a léčba adolescentů s rizikem závislosti
Prevence:	Indikovaná
Země:	Španělsko
Cílová skupina:	Osoby s rizikovými faktory dle vyšetření rizikových faktorů ve škole, např. ADHD, agrese, depresivní stáhnutí se do sebe
Popis:	Cílem programu je zmírnit rizikové faktory a vybudovat ochranné faktory, které by zabránily zneužívání drog. Hlavní důraz je kladen na jedince, jeho pocit pohody a prevenci problémů v budoucnu. Program nabízí intervence pro rodiče, žáky a

	učitele. K identifikaci slouží nástroje vyšetření jako např. CSAT, EDAH, ADI, DAP, ADIS, PESQ.
Zahájení:	Nespecifikováno
Frekvence:	Nespecifikováno
Vyhodnocení:	Zmíněno, ale nespecifikováno
Úroveň:	1

Název:	Empecemos – vícesložková intervence určená k prevenci behaviorálních problémů v oblasti základního vzdělávání
Prevence:	Indikovaná
Země:	Španělsko
Cílová skupina:	Děti ve věku 8 až 10 let s rušivým chováním ve třídě (impulzivita, agrese, problémy s pozorností, hyperaktivita)
Popis:	Program obsahuje konkrétní složky pro rodiče, děti a učitele. Prostřednictvím programu bylo osloveno celkem 21 dětí, 26 rodin a 33 učitelů. Program rovněž umožnil ověření proveditelnost jednotlivých složek a pomohl vylepšit koordinaci, čímž poskytl první výsledky o své účinnosti a přijetí rodiči a učiteli.
Zahájení:	Leden 2005
Frekvence:	
Vyhodnocení:	Nespecifikováno
Úroveň:	3

Logické modely programů indikované prevence získané z literatury

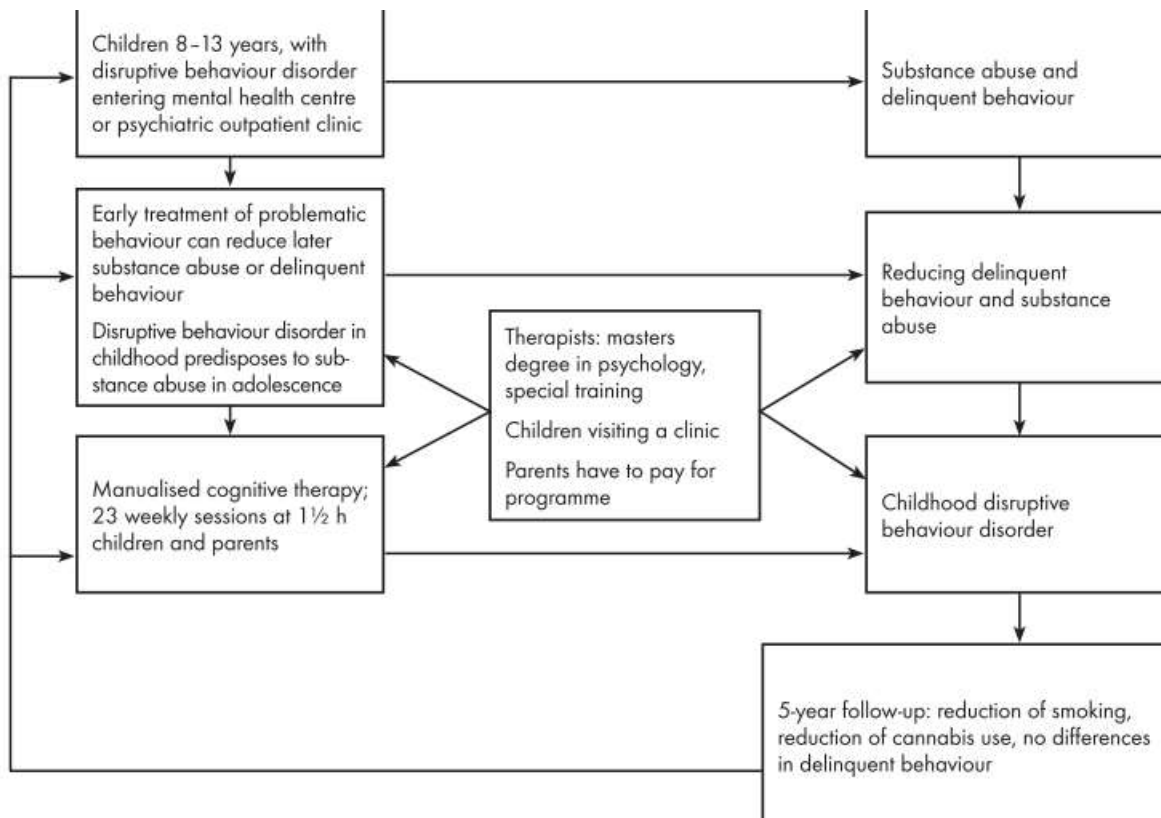


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Programy ve školách Studenti: 13-16 let; 4 typy osobnosti jsou rizikovými faktory rozvoje prouchy v důsledku užívání návykových látek: Úzkost/citlivost Vyhledávání vzrušení Impulzivita Negativní myšlení; Intervence o dvou sezeních ve formě skupinového workshop (90 a 60 minut) Zaměřeno na rizikové způsoby zvládání vlastní osobnosti; Terapie dle manuálu Potřebný je skupinový lektor; Zvyšující se zneužívání návykových látek a nárazové pijáctví. Potřebné jsou individuálně zacílené intervence; Cílem je snížit rizikové chování prostřednictvím zaměření se na osobnostní faktory, které jsou rizikovými faktory pro časný počátek nesprávného užívání návykových látek; Typy osobnosti; 12měsíční sledování: nárazové pijáctví, snížení frekvence a kvantity pití (taktéž zmírnění deprese, záškoláctví, panických záchvatů a impulzivity) Zvláště vhodné pro jedince vyhledávající vzrušení.

Preventure: Sully a Conrod (2006)

Úroveň: 3

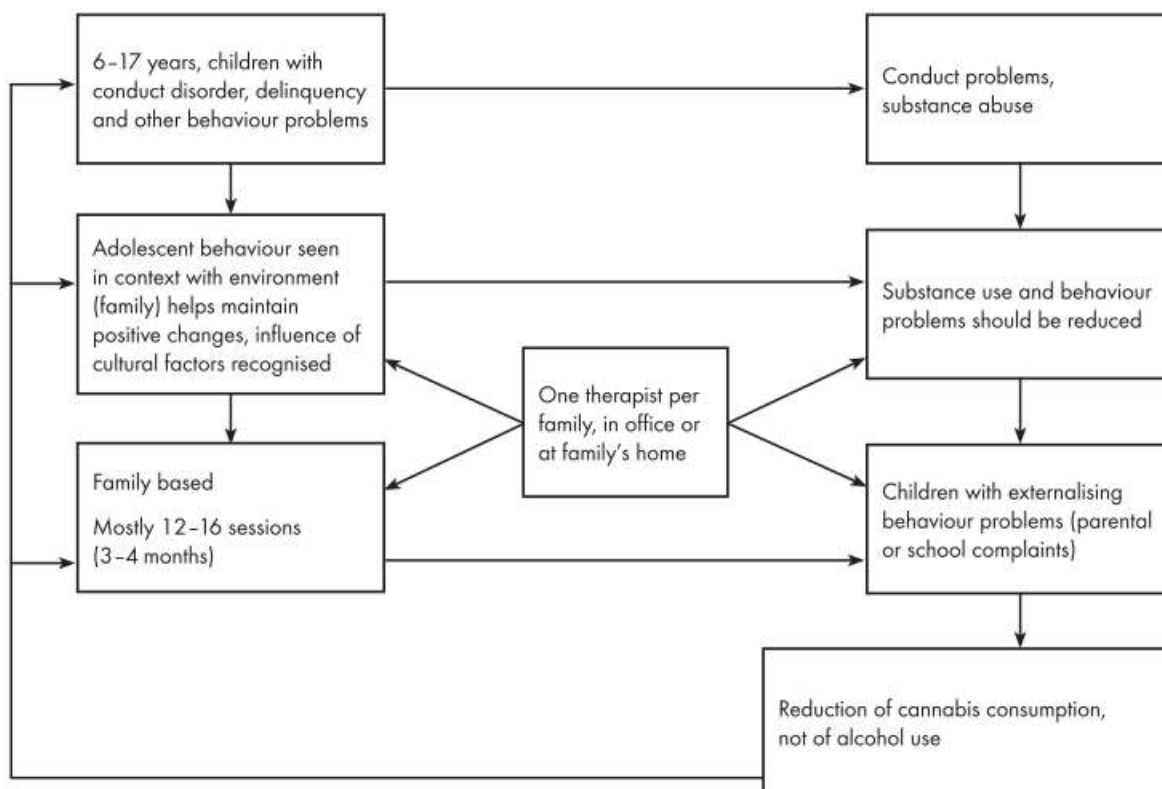


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

8-13leté děti s disruptivní poruchou chování, přicházející do center duševního zdraví nebo psychiatrických klinik; Včasná léčba problémového chování může zmírnit pozdější zneužívání drog a delikventního chování Disruptivní poruchy chování v dětství predisponují ke zneužívání drog v adolescenci; Kognitivní terapie dle manuálu, 23 sezení v týdnu v délce 1,5 hod. s dětmi a rodiči; Terapeuti: magisterský titul z psychologie, speciální výcvik Děti navštěvující kliniku Rodiče musí za program platit; Zneužívání návykových látek a delikventní chování; Omezení delikventního chování a zneužívání návykových látek; Disruptivní poruchy chování v dětství; 5leté sledování: omezení kouření, užívání kanabisu, žádné rozdíly v delikventním chování

UCPP: Zonneville-Bender a další. (2007)

Úroveň: 3

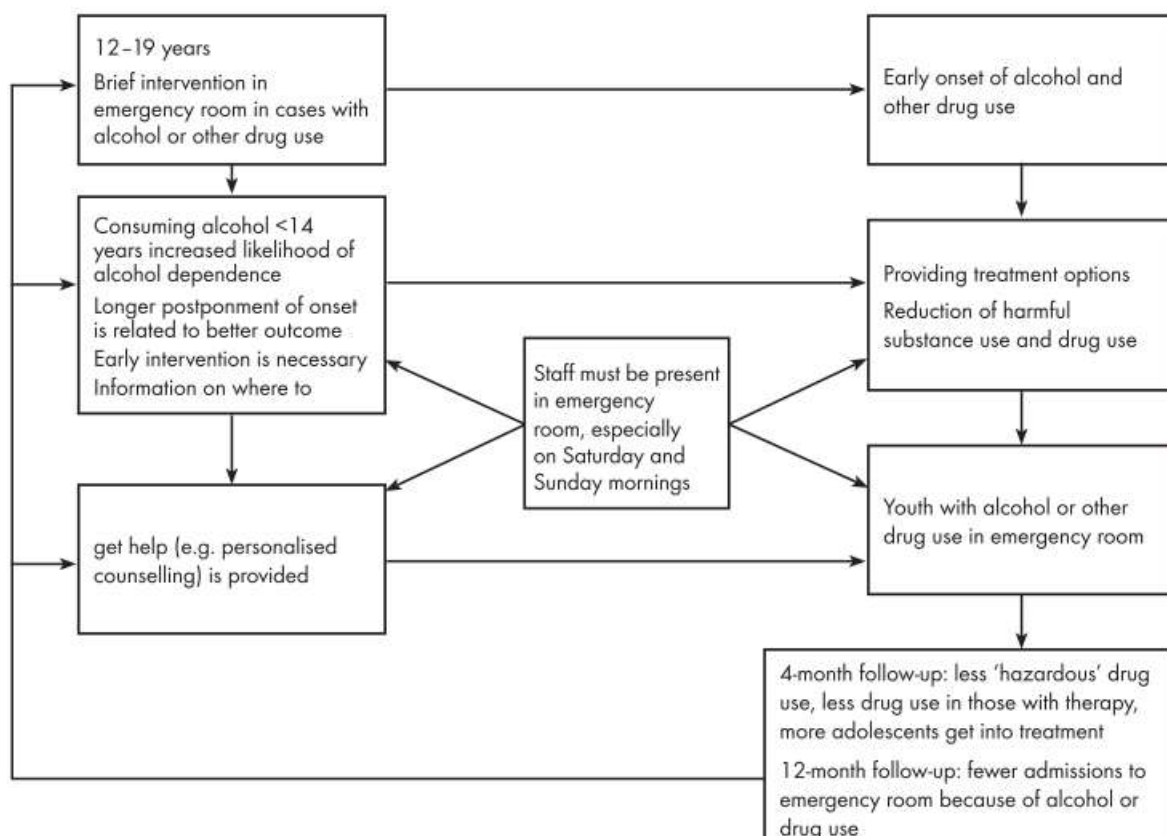


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.*:

6 až 17 let, děti s poruchou chování, delikvencí a jinými problémy s chováním; Vnímání chování adolescenta v kontextu prostředí (rodina) pomáhá udržovat pozitivní změny, uznání vlivu kulturních faktorů; Intervence s rodinou/v rodině Většinou 12 až 16 sezení (3 až 4 měsíce); 1 terapeut na rodinu, v ordinaci nebo v domě rodiny; Problémy s chováním, zneužívání návykových látek; Užívání návykových látek a problémy s chováním by měly být omezeny; Děti s externalizujícími problémy s chováním (stížnosti rodičů nebo školy); Omezení konzumace kanabisu, ne užívání alkoholu.

BSFT: Robbins a další. (2002), Santisteban a další. (2003)

Úroveň: 3

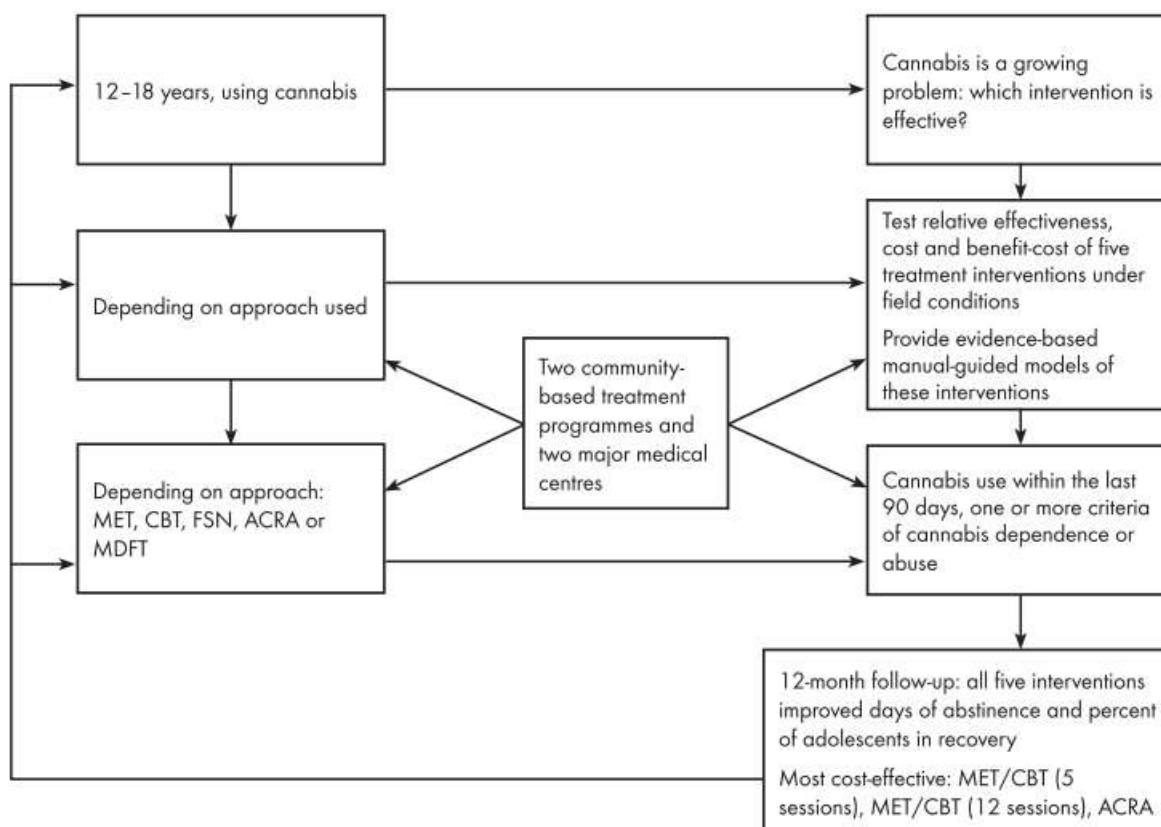


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

12 až 19 let, krátká intervence na pohotovosti u případů s požitím alkoholu nebo jiných drog;
Konzumace alkoholu ve věku mladším než 14 let zvýšila pravděpodobnost závislosti na alkoholu Čím
opožděnější počátek, tím lepší výsledky Nutná časná intervence Informace o tom; kde hledat pomoc
(např. osobní poradenství), je poskytována; Personál musí být přítomen na pohotovosti, zvláště o
sobotách a nedělích ráno; Časný začátek užívání alkoholu a jiných drog; Poskytnutí možností léčby
Omezení škodlivého užívání návykových látek a drog; Mládež na pohotovosti po požití alkoholu nebo
jiných drog; 4měsíční sledování: méně „hazardní“ užívání drog, méně drog u jedinců po terapii, více
adolescentů se léčí. 12měsíční sledování: méně příjmů na pohotovosti pro problémy spojené s užitím
alkoholu nebo drog

Tait a další. (2004)

Úroveň: 3

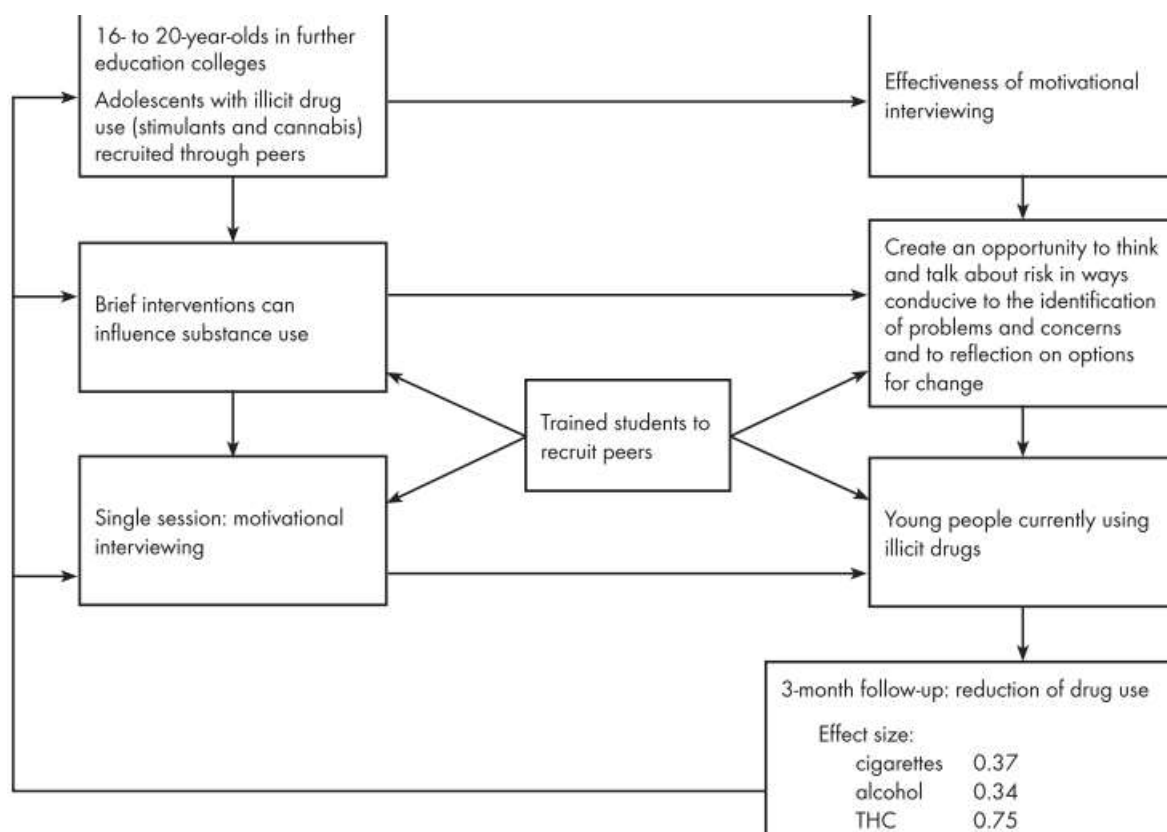


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

12 až 18 let, užívají kanabis; záleží na použitém přístupu; záleží na přístupu: MET, KBT, FSN, ACRA nebo MDT; 2 komunitní léčebné programy a 2 velká zdravotní střediska; Kanabis je narůstající problém: která intervence je efektivní?; Testování relativní účinnosti, náklady a poměr nákladů a užítu u 5 léčebných intervencí v terénu Vytvoření modelů intervencí, založených na důkazech a vedených dle manuálu; Užití kanabisu v posledních 90 dnech, jedno nebo více kritérií závislosti či zneužívání kanabisu; 12měsíční sledování: všech 5 intervencí zvýšilo počet dní abstinence a procento zotavujících se adolescentů Nejvýhodnější z hlediska nákladů: MET/KBT (5 sezení), MET/KBT (12 sezení), ACRA.

CYT (léčba mládeže užívající kanabis), Dennis a další (2002, 2004b)

Úroveň: 3

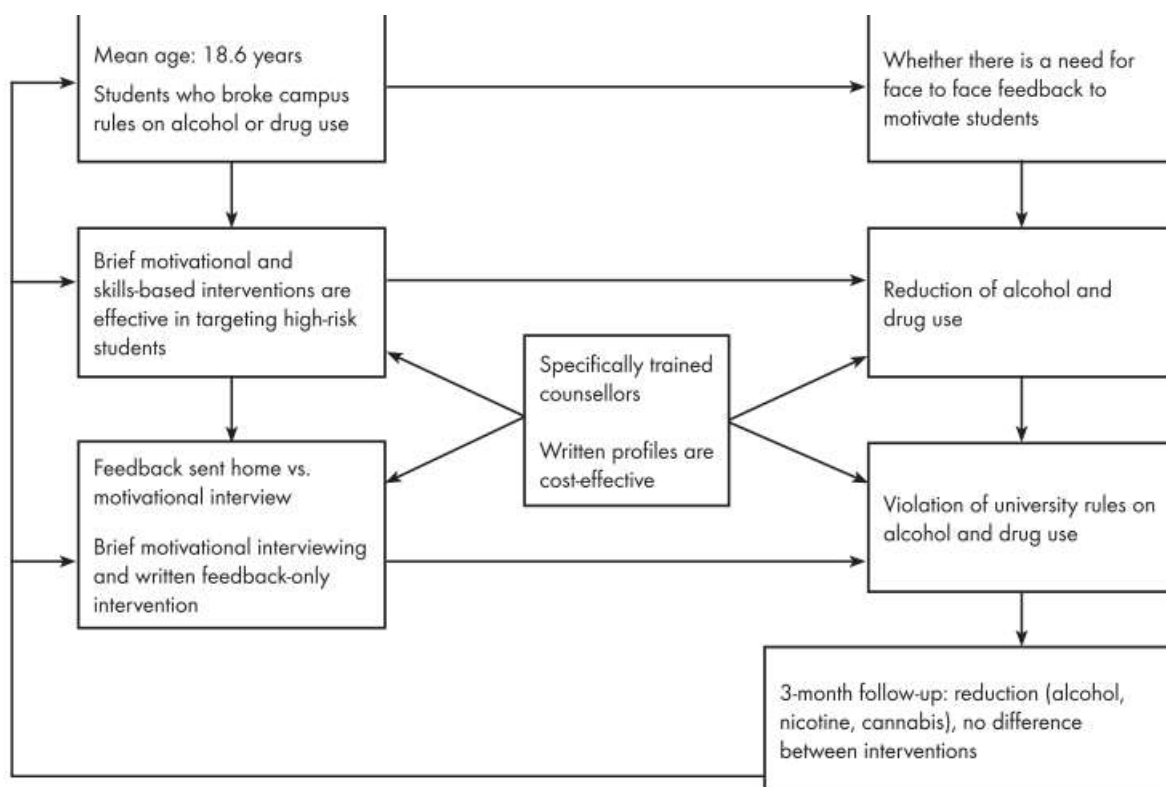


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.*:

16-20letí středoškoláci Adolescenti užívající nepovolené drogy (stimulanty a kanabis), nábor prostřednictvím vrstevníků; Krátké intervence mohou ovlivnit užívání návykových látek; Jedno sezení: motivační rozhovor; Školení studenti za účelem náboru vrstevníků; Účinnost motivačních rozhovorů; Vytvoření příležitosti k zamyšlení se a diskusi o riziku způsobem vedoucím k identifikaci problémů a obav a reflexi možností změn; Mladí lidé momentálně užívající nepovolené drogy; 3měsíční sledování: omezení užívání drog Velikost účinku: cigarety 0,37 alkohol 0,34 THC 0,75.

McCambridge a Strang (2004)

Úroveň: 3



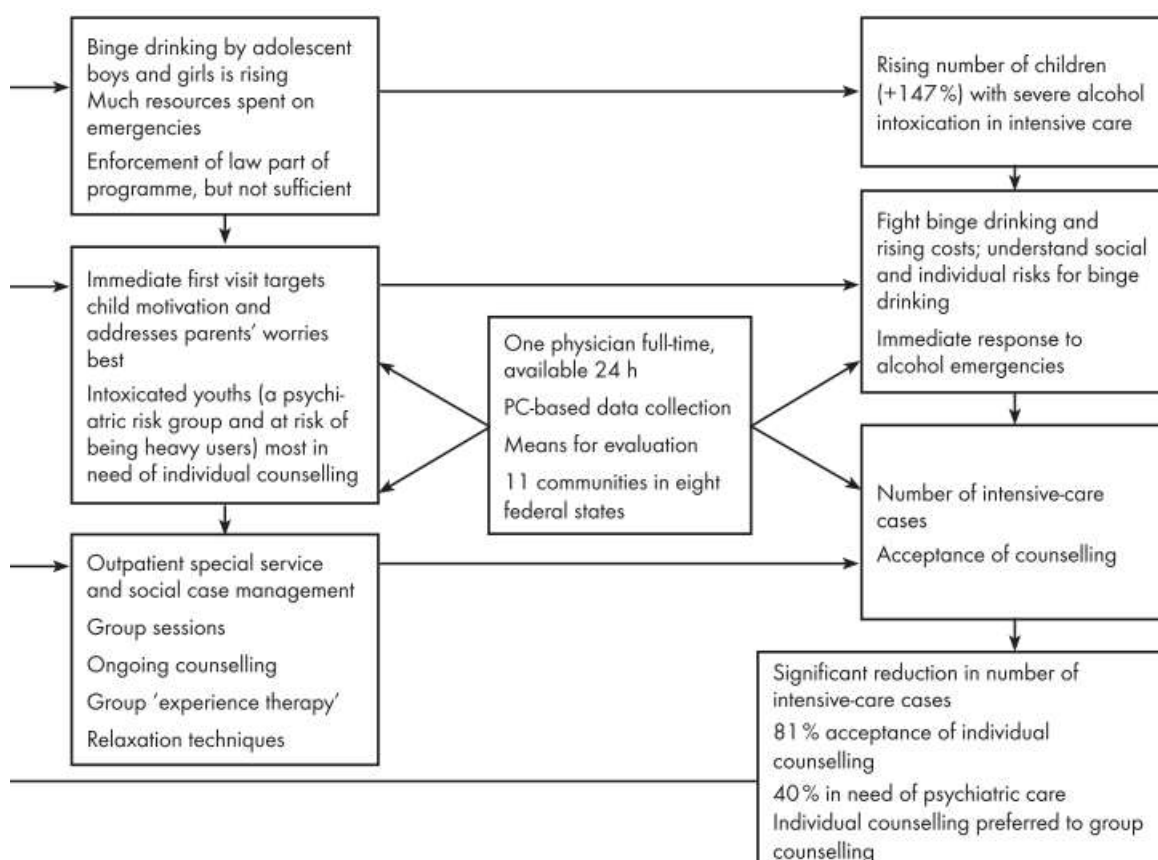
Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Průměrný věk: 18,6 roku Studenti, kteří porušili pravidla ohledně alkoholu nebo drog v areálu školy; Krátké motivační intervence a intervence s nácvikem dovedností jsou účinné pro skupinu vysoce rizikových studentů; Zpětná vazba poslaná domů versus motivační rozhovor Krátký motivační rozhovor a intervence obsahující pouze písemnou zpětnou vazbu; Speciálně vycvičení poradci Písemné profily jsou efektivní z hlediska nákladů; Zda je osobní zpětná vazba potřebná k motivování studentů; Omezení konzumace alkoholu a drog; Porušení univerzitních pravidel ohledně užití alkoholu a drog; 3měsíční sledování: omezení (alkohol, nikotin, kanabis), žádný rozdíl mezi intervencemi.

White a další (2006)

Úroveň: 3

Logické modely programů indikované prevence získané z evropských vládních agentur

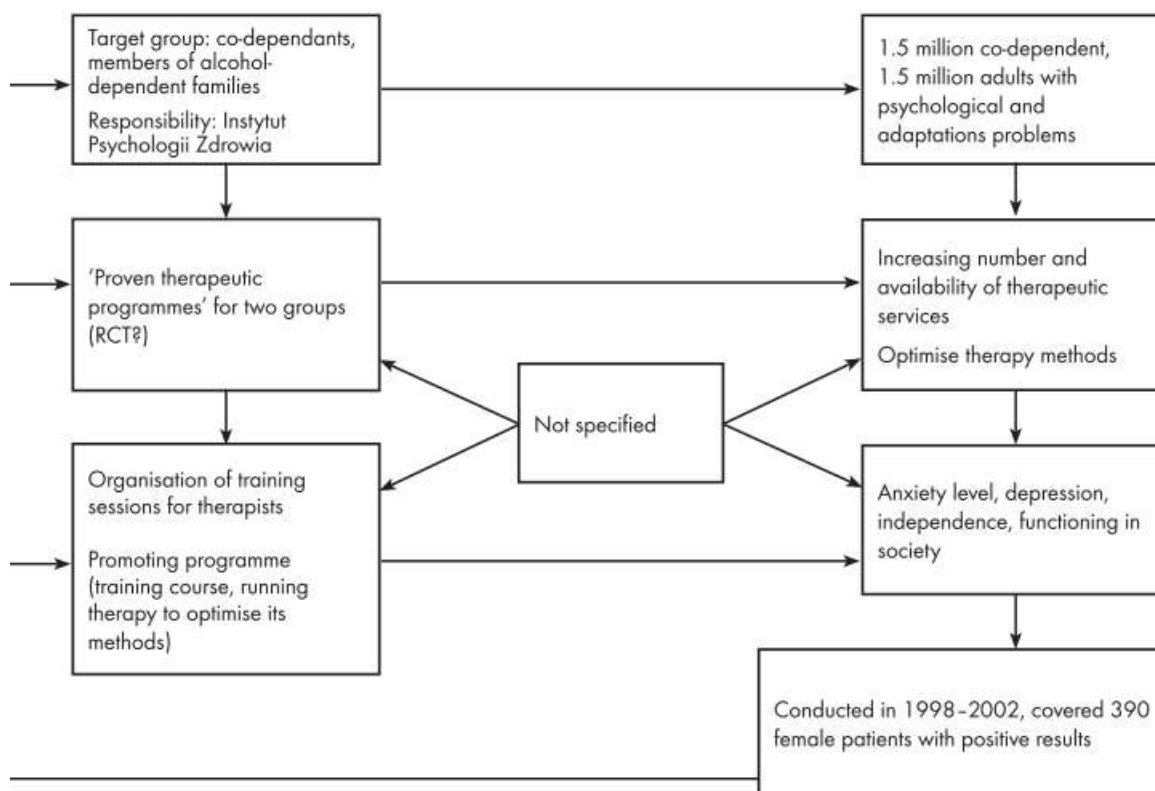


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Nárazové pití dospívajících chlapců a dívek se zvyšuje. Hodně zdrojů je vydáno na pohotovost. Součástí programu je také prosazování zákona, které ale není dostatečné; Okamžité první návštěvy jsou nejlepší z hlediska motivace dětí a dobře řeší obavy rodičů. Intoxikovaná mládež (riziková skupina psychicky nemocných a osob s rizikem stát se těžkými pijáky), která nejvíce potřebuje osobní konzultace a poradenství; Speciální ambulantní služba a management sociálního případu. Skupinová sezení. Pokračující poradenství. Skupinová „terapie se zážitky“. Relaxační techniky; Jeden lékař na plný úvazek, k dispozici 24 hodin denně. Počítačový sběr dat. Nástroje pro vyhodnocení 11 komunit v 8 federálních státech; Zvyšující se počet dětí (+147 %) na jednotkách intenzivní péče se závažnou intoxikací alkoholem; Boj proti nárazovému pití a zvyšujícím se nákladům, porozumění sociálnímu a individuálnímu riziku nárazového pití. Okamžité reakce na naléhavé případy v souvislosti s alkoholem; Počet případů na jednotkách intenzivní péče. Přijetí poradenství; Významné snížení počtu případů na jednotkách intenzivní péče. 81 % přijetí individuálního poradenství. 40 % potřebuje psychiatrickou léčbu. Upřednostňováno je individuální poradenství před skupinovým.

Německo, HaLT

Úroveň: 3

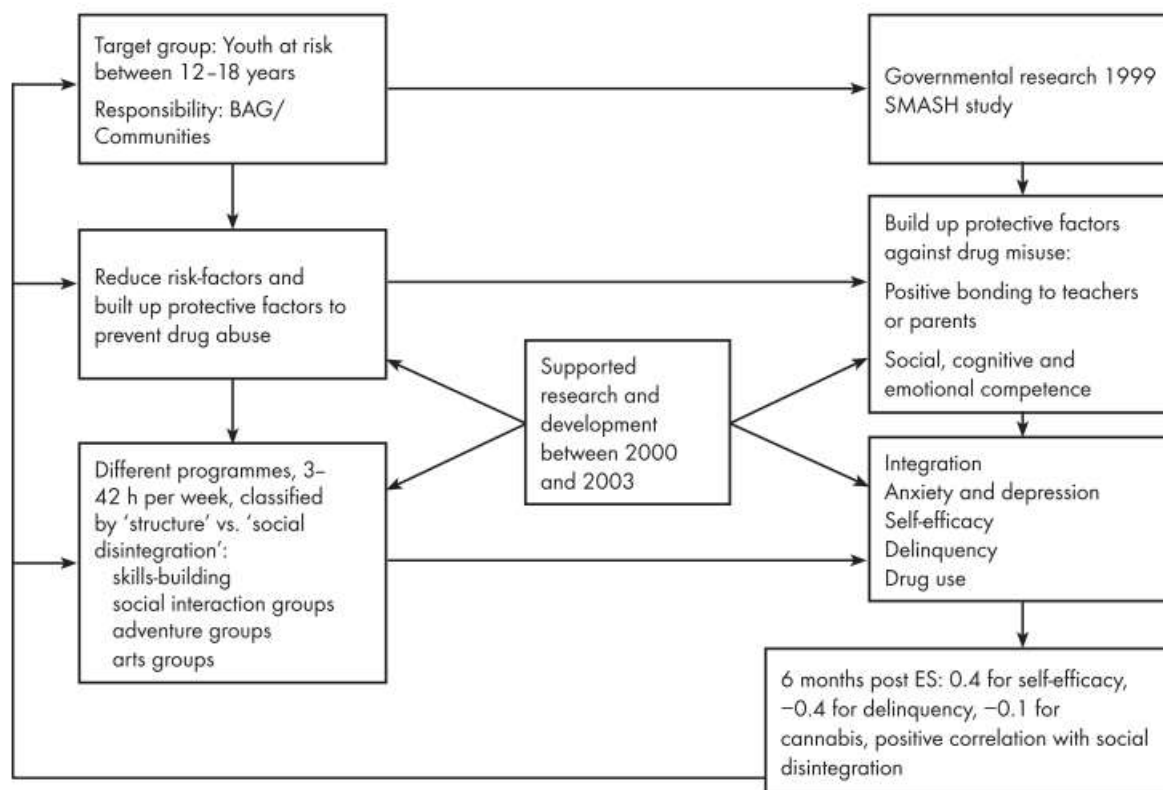


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: příbuzní, členové rodin s výskytem závislosti na alkoholu Odpovědnost: Institut psychologie zdraví; Prokázané terapeutické programy ve dvou skupinách (RKS?); Organizování výcvikových sezení pro terapeuty Propagace programů (výcviky, probíhající terapie za účelem optimalizace jejich metod); Nespecifikováno; 1,5 mil. příbuzných, 1,5 mil. dospělých s psychickými a adaptačními problémy; Zvýšení počtu a dostupnosti terapeutických služeb Optimalizace terapeutických metod; Míra úzkosti, deprese, nezávislosti, fungování ve společnosti; Provedeno v letech 1998-2002, zahrnovalo 390 pacientek s pozitivními výsledky;

Polsko, „Zvyšování počtu a dostupnosti terapeutických služeb pro rodinné příslušníky a ostatní členy rodin se závislostí na alkoholu“

Úroveň: 2

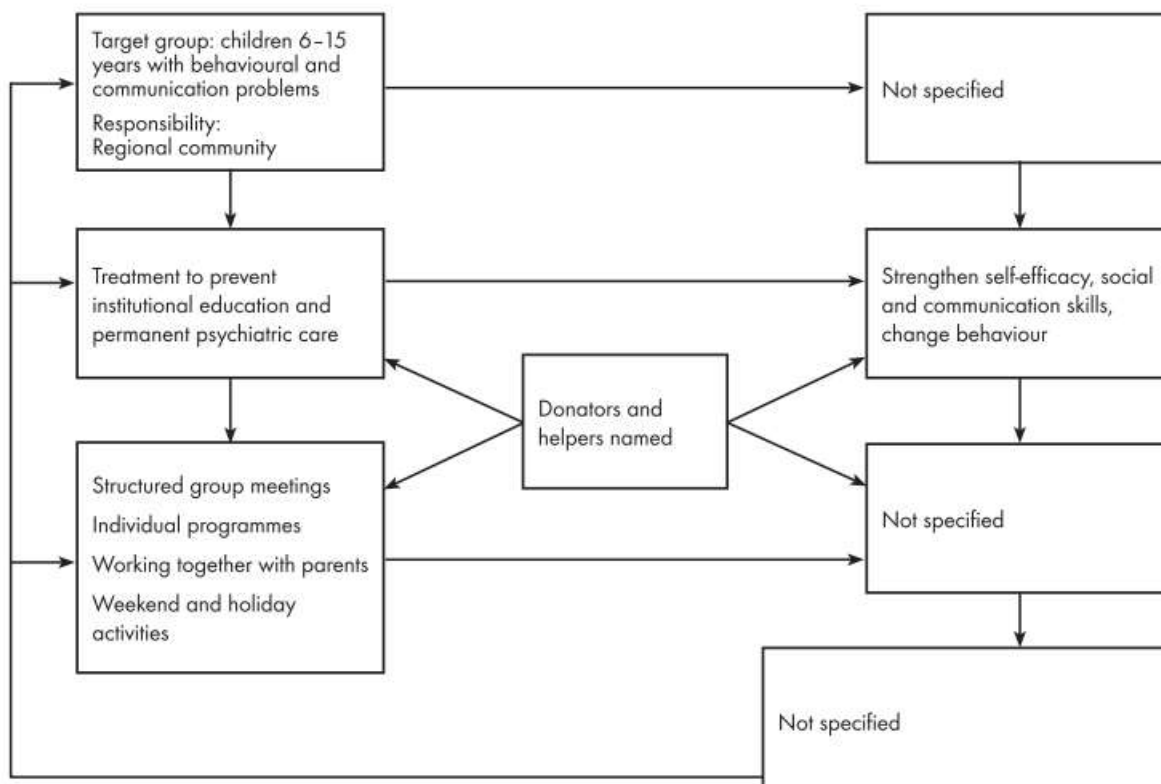


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: ohrožená mládež ve věku 12-18 let Odpovědnost: BAG/komunity; Snížení rizikových faktorů a posílení ochranných faktorů za účelem prevence zneužívání drog; Různé programy, 3-42 hodin týdně, rozdělené jako „struktura“ versus „sociální dezintegrace“: rozvoj dovedností, skupiny sociální interakce, dobrodružné skupiny, umělecké skupiny; Podporovaný výzkum a vývoj v letech 2000 a 2003; Vládní výzkum 1999 studie SMASH; Vytvoření ochranných faktorů vůči nesprávnému užívání drog: Pozitivní vazba na učitele nebo rodiče Kompetence v sociální, kognitivní a emocionální oblasti; Integrace Úzkost a deprese Osobní zdatnost Delikvence Užívání drog; 6 měsíců po ES: 0,4 pro osobní zdatnost, -0,4 pro delikvenci, -0,1 pro kanabis, pozitivní vzájemný vztah se sociální dezintegrací;

Švýcarsko, Supra-f

Úroveň: 3

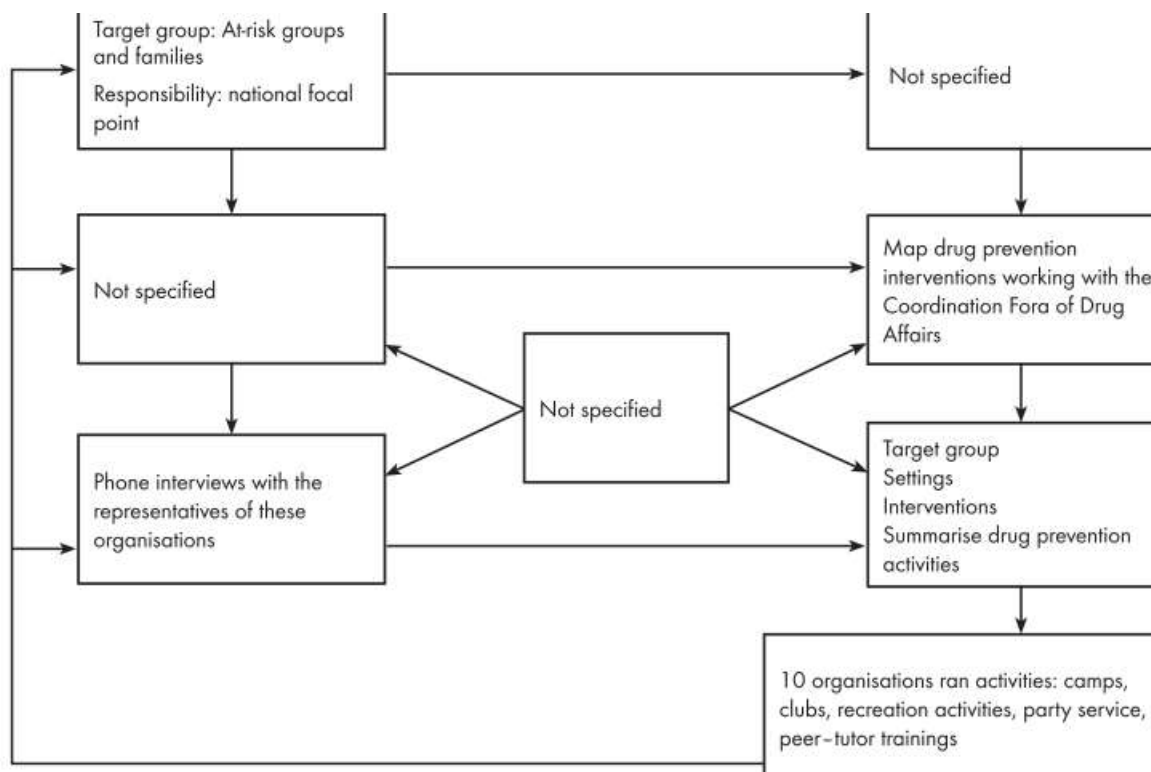


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: děti 6-15 let s behaviorálními a komunikačními problémy Odpovědnost: regionální komunita; Léčba s cílem zabránit ústavnímu vzdělávání a trvalé psychiatrické péči; Strukturovaná skupinová setkávání Individuální programy Spolupráce s rodiči Víkendové a prázdninové aktivity; Dárcové a jinak prospěšní jsou vyjmenováni; Nespecifikováno; Posílení osobní zdatnosti, sociálních a komunikačních dovedností, změny chování; Nespecifikováno; Nespecifikováno.

Česká republika, stacionář pro děti

Úroveň: Není hodnocení úrovně na základě důkazní báze

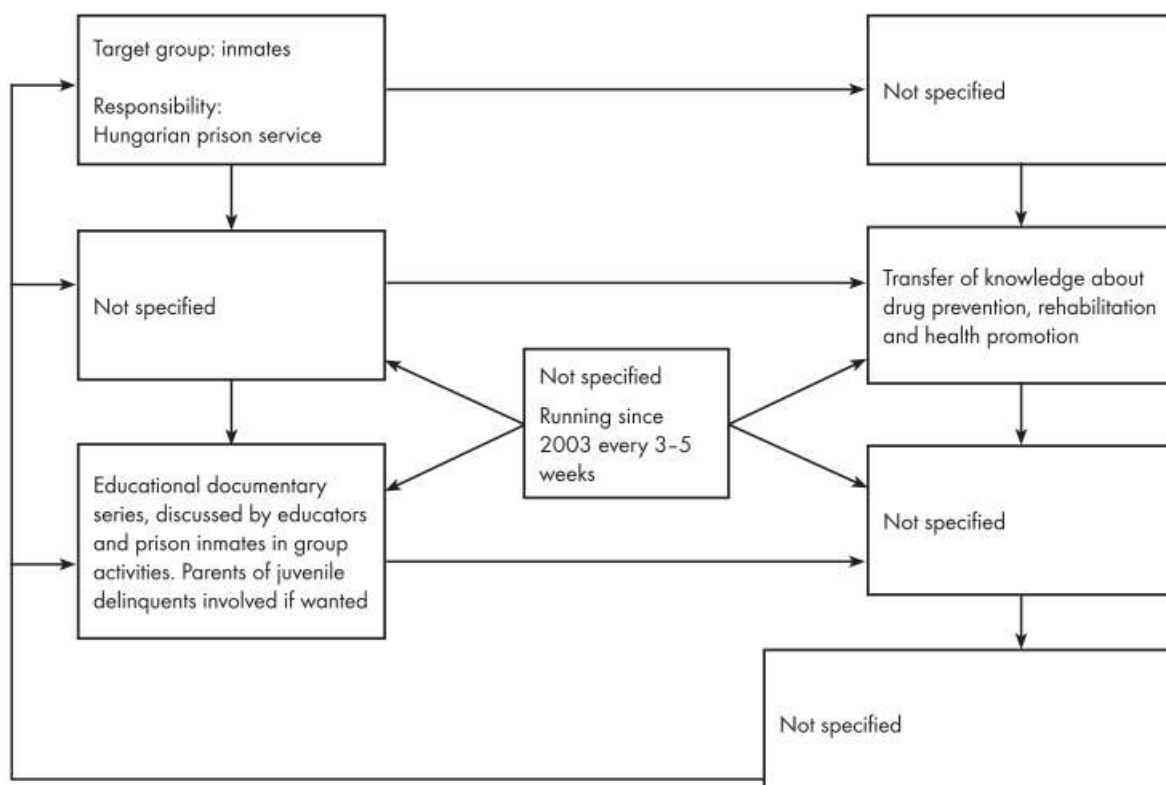


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: ohrožené skupiny a rodiny Odpovědnost: národní kontaktní místo; Nespecifikováno;
Telefonické rozhovory s představiteli těchto organizací; Nespecifikováno; Nespecifikováno; Mapování
intervencí v drogové prevenci za spolupráce s Koordinačním výborem pro drogové záležitosti; Cílová
skupina Uspořádání Intervence Souhrn aktivit drogové prevence; 10 organizací pořádalo aktivity:
tábory, kluby, rekreační aktivity, pořádání oslav, školení vrstevník-školitel;

Maďarsko, Vysledování prevence pro ohrožené skupiny a rodiny

Úroveň: Není hodnocení úrovně na základě důkazní báze

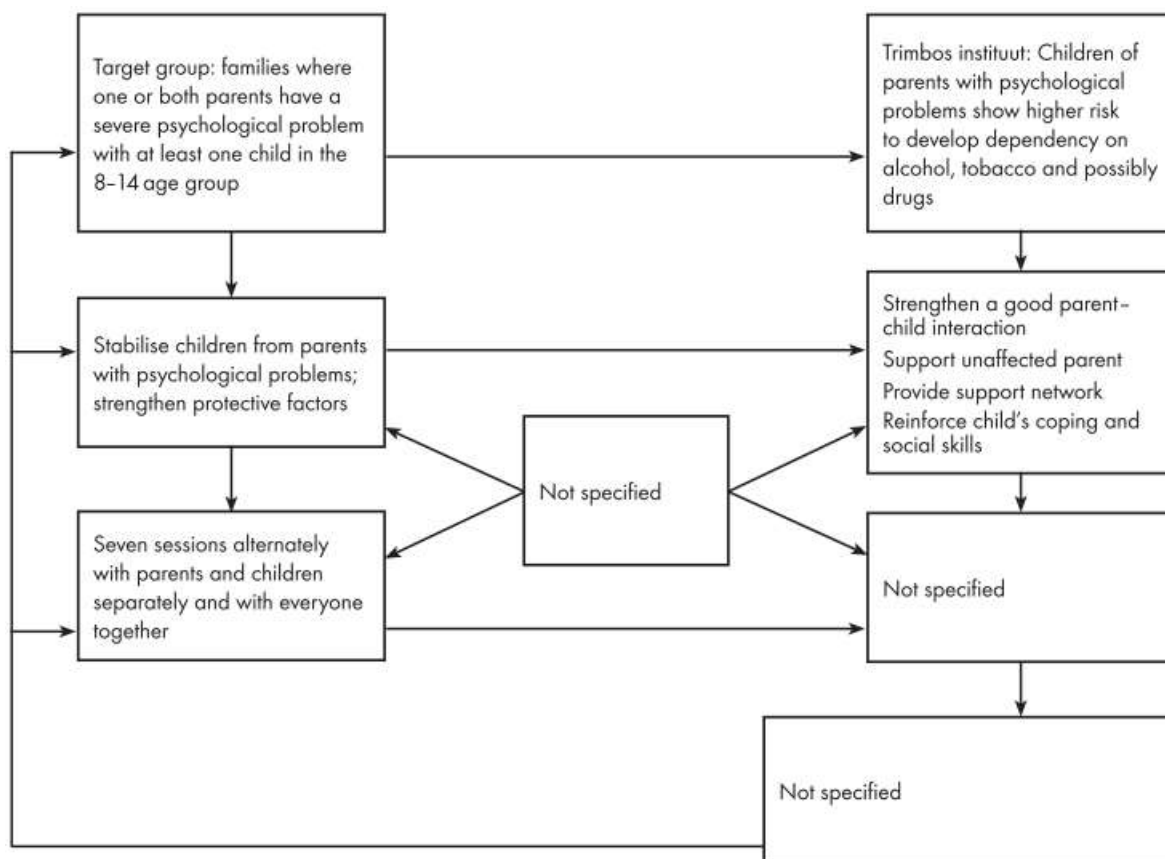


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: vězni Odpovědnost: maďarská vězeňská služba; Nespecifikováno; Vzdělávací dokumentární seriál, probírá v rámci skupinových aktivit s vězni. Rodiče mladistvých delikventů se mohou zúčastnit; Nespecifikováno Běží od r. 2003 každých 3 až 5 týdnů; Nespecifikováno; Předání vědomostí o drogové prevenci, rehabilitace a propagace zdraví; Nespecifikováno; Nespecifikováno.

Maďarsko, prevence ve věznicích

Úroveň: Není hodnocení úrovně na základě důkazní báze

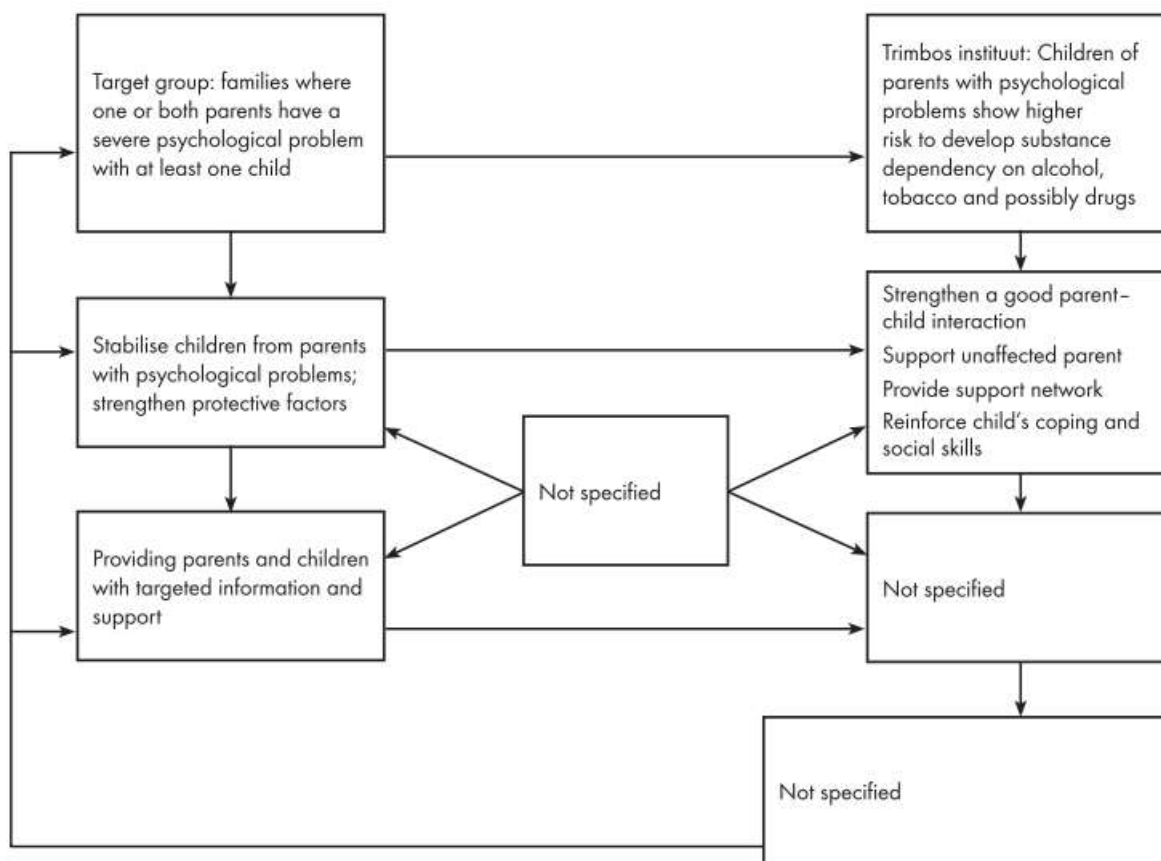


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: rodiny s nejméně jedním dítětem ve věku 8-14 let, kde jeden nebo oba rodiče trpí závažným psychologickým problémem; Stabilizace dětí rodičů s psychologickými problémy, posílení ochranných faktorů; 7 sezení střídavě s rodiči a dětmi zvlášť a všech společně; Nespecifikováno; Trimbo's Instituut: děti rodičů s psychologickými problémy vykazují vyšší riziko rozvoje závislosti na alkoholu, tabáku a případně i drogách; Posílení kvalitní interakce rodič-dítě, podpora nepostiženého rodiče, poskytnutí podpůrné sítě, posílení život zvládacích a sociálních dovedností dětí; Nespecifikováno; Nespecifikováno.

Holandsko, Psychoedukační rodinná intervence

Úroveň: Není hodnocení úrovně na základě důkazní báze

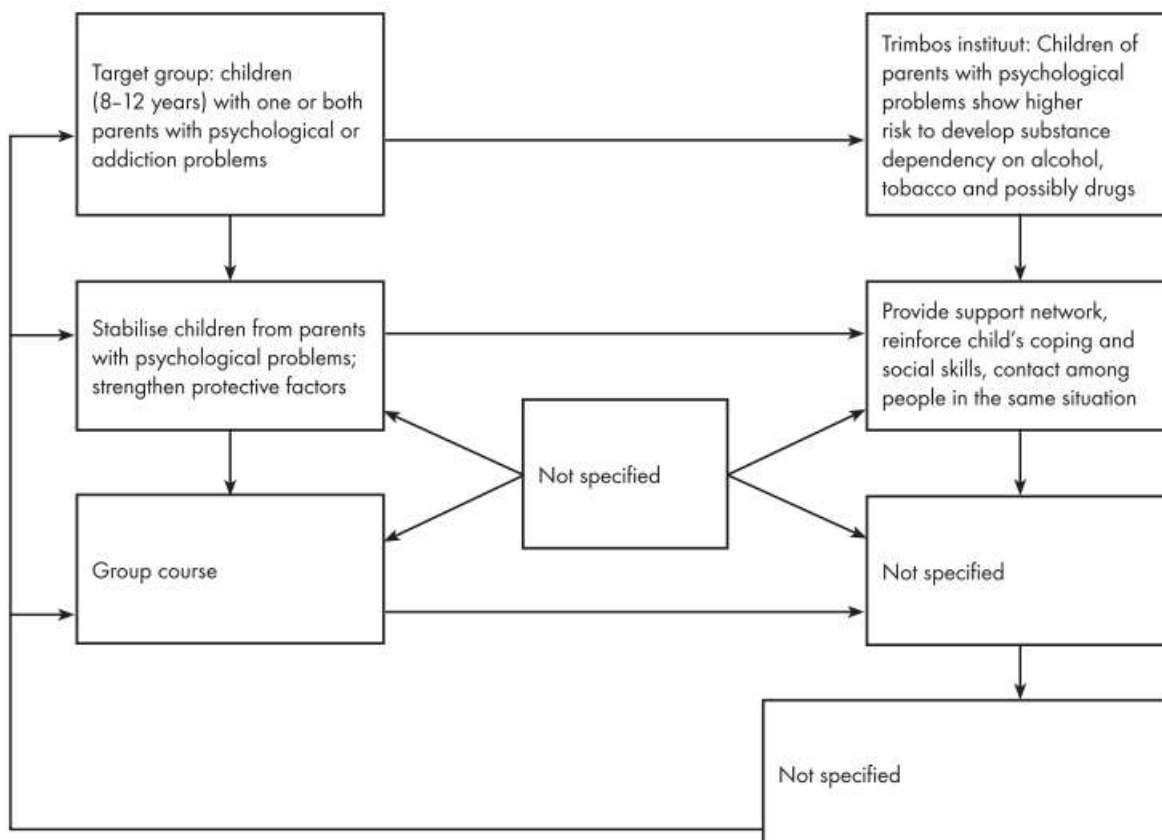


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: rodiny, kde jeden nebo oba rodiče trpí vážnými psychologickými problémy s alespoň jedním dítětem; Stabilizace dětí rodičů s psychologickými problémy, posílení ochranných faktorů; Poskytnutí cílených informací a podpory rodičům a dětem; Nespecifikováno; Trimbo's Instituut: děti rodičů s psychologickými problémy vykazují vyšší riziko rozvoje závislosti na alkoholu, tabáku a případně i drogách; Posílení kvalitní interakce rodič-dítě, podpora nepostíženého rodiče, poskytnutí podpůrné sítě, posílení život zvládacích a sociálních dovedností dětí; Nespecifikováno; Nespecifikováno.

Holandsko, Prevence na míru

Úroveň: Není hodnocení úrovně na základě důkazní báze

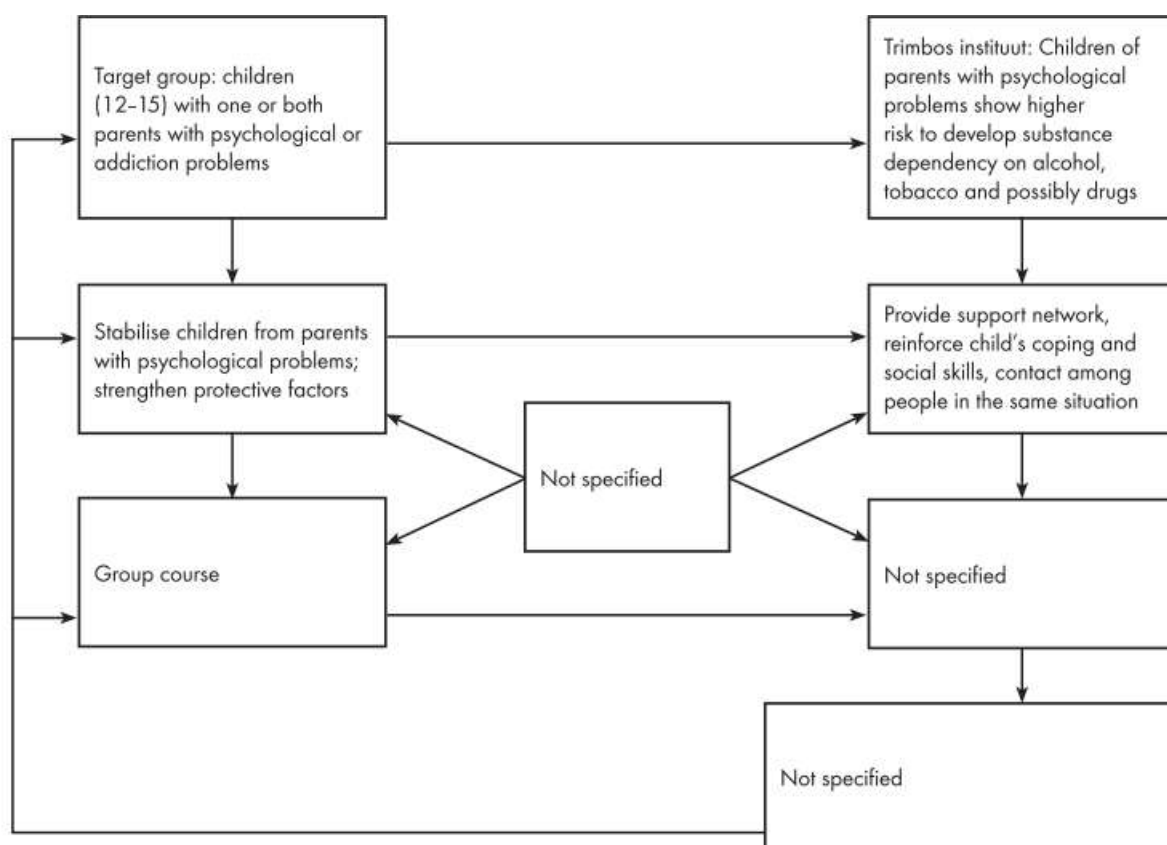


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.*:

Cílová skupina: děti (8-12 let) s jedním nebo oběma rodiči s psychologickými problémy nebo problémy se závislostí; Stabilizace dětí rodičů s psychologickými problémy, posílení ochranných faktorů; Skupinový kurz; Nespecifikováno; Trimbos Instituut: děti rodičů s psychologickými problémy vykazují vyšší riziko rozvoje závislosti na alkoholu, tabáku a případně i drogách; Poskytnutí podpůrné sítě, posílení život zvládacích a sociálních dovedností dětí, kontakt s lidmi ve stejné situaci; Nespecifikováno; Nespecifikováno.

Holandsko, Skupina Mluvíme a konáme, CPPP 8–12

Úroveň: Není hodnocení úrovně na základě důkazní báze

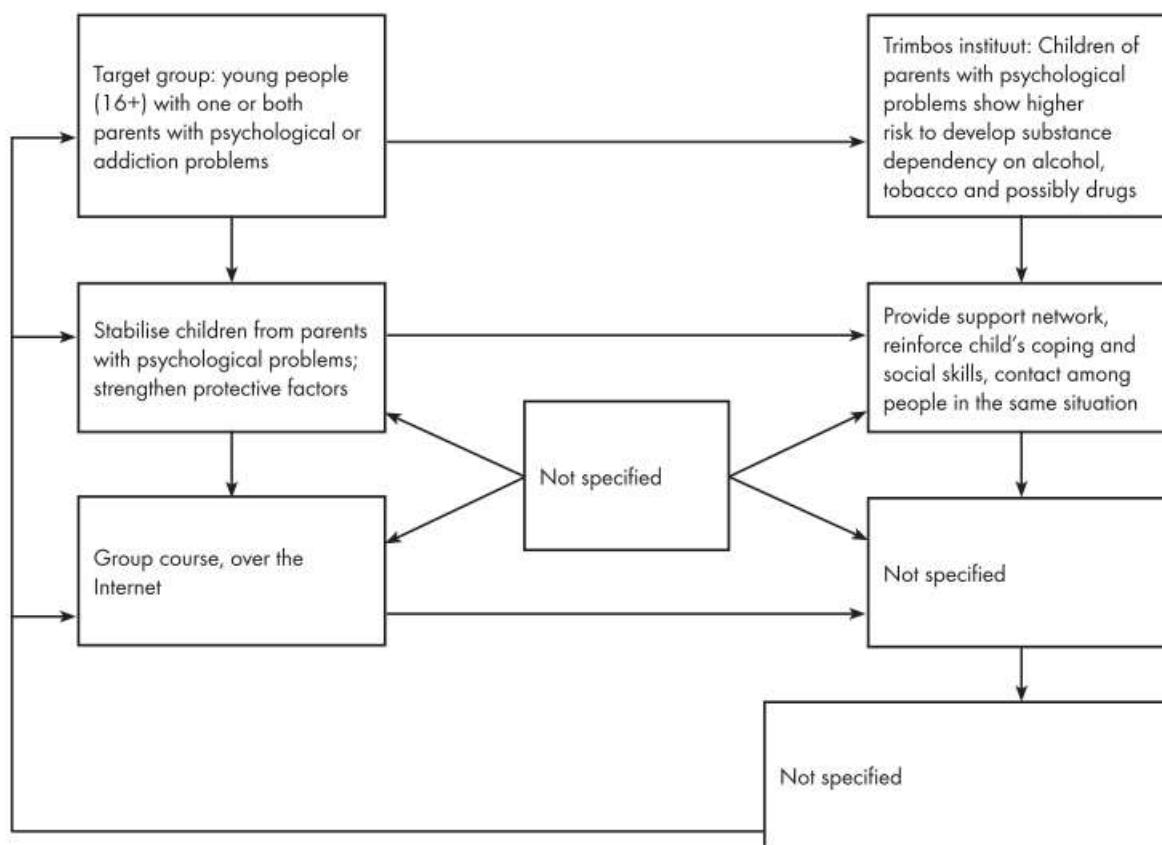


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: děti (12-15let) s jedním nebo oběma rodiči s psychologickými problémy nebo závislostí; Stabilizace dětí rodičů s psychologickými problémy, posílení ochranných faktorů; Skupinový kurz; Nespecifikováno; Trimbos Instituut: děti rodičů s psychologickými problémy vykazují vyšší riziko rozvoje závislosti na alkoholu, tabáku a případně i drogách; Poskytnutí podpůrné sítě, posílení život zvládacích a sociálních dovedností dětí, kontakt s lidmi ve stejné situaci; Nespecifikováno; Nespecifikováno.

Holandsko, Skupina Mluvíme a konáme, CPPP 12–15

Úroveň: Není hodnocení úrovně na základě důkazní báze

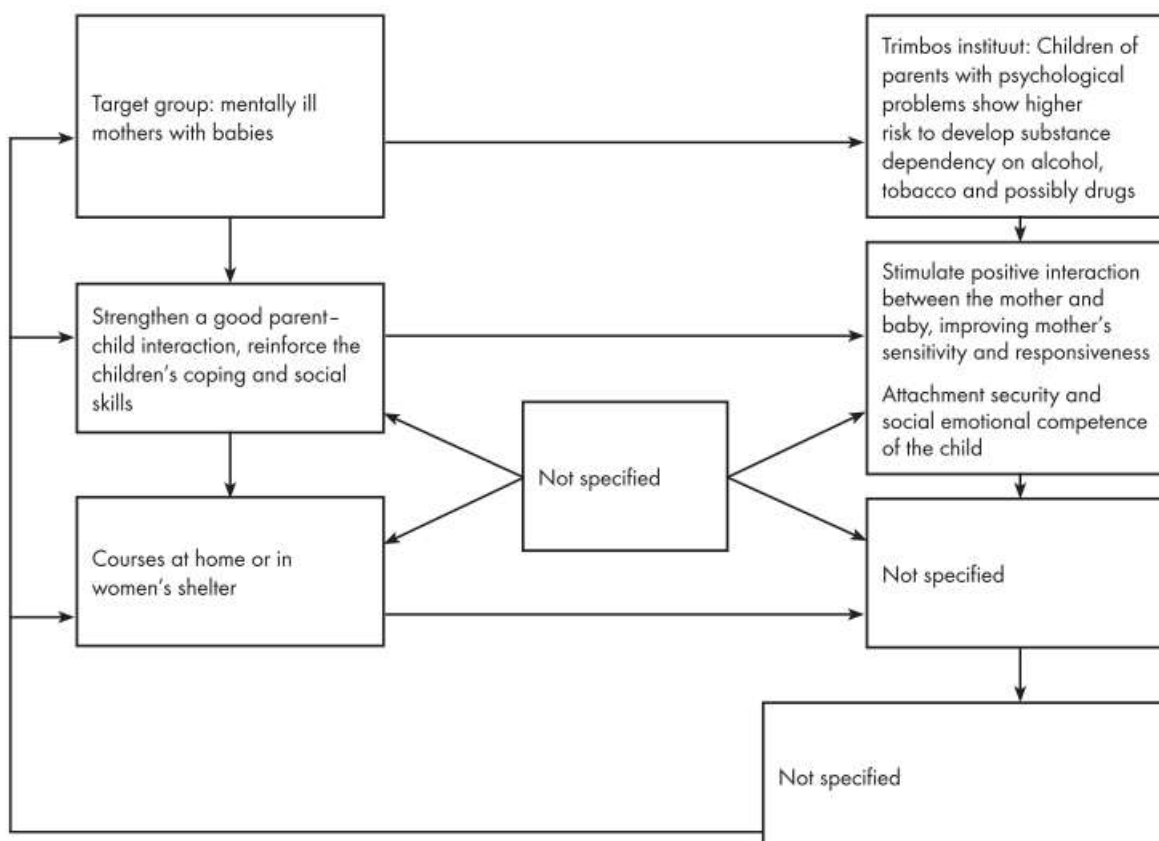


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: mladí lidé (16+) s jedním nebo oběma rodiči s psychologickými problémy nebo problémy se závislostí; Stabilizace dětí rodičů s psychologickými problémy, posílení ochranných faktorů; Skupinový kurz přes internet; Nespecifikováno; Trimbo's Instituut: děti rodičů s psychologickými problémy vykazují vyšší riziko rozvoje závislosti na alkoholu, tabáku a případně i drogách; Poskytnutí podpůrné sítě, posílení život zvládacích a sociálních dovedností dětí, kontakt s lidmi ve stejné situaci; Nespecifikováno; Nespecifikováno.

Holandsko, Skupinový kurz CPPP 16+

Úroveň: Není hodnocení úrovně na základě důkazní báze

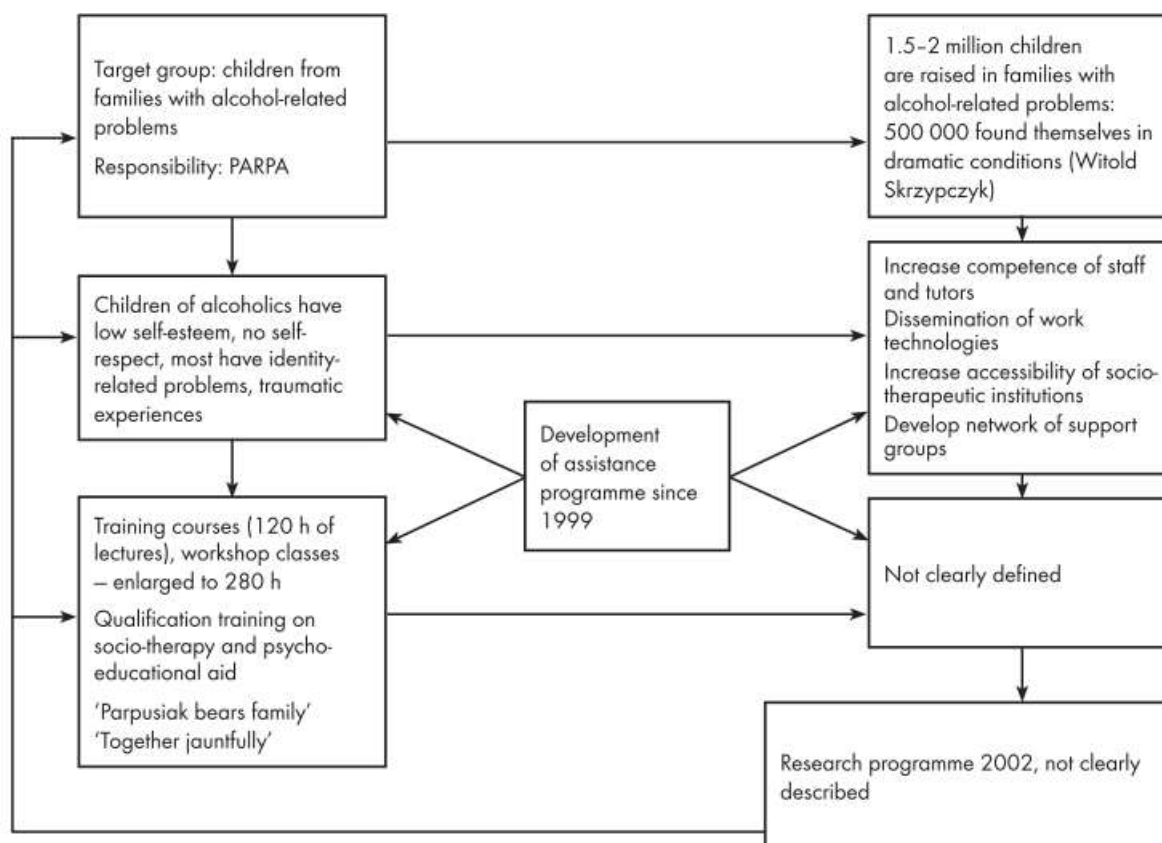


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: duševně nemocné matky s malými dětmi; Upevnění vzájemné interakce mezi rodičem a dítětem, posílení život zvládacích a sociálních dovedností dětí; Kurzy doma nebo v azylovém domě pro ženy; Nespecifikováno; Trimbos Instituut: děti rodičů s psychologickými problémy vykazují vyšší riziko rozvoje závislosti na alkoholu, tabáku a případně i drogách; Stimulace pozitivní interakce mezi matkou a dítětem, zvýšení citlivosti a vnímavosti matky Jistota vzájemné vazby a sociální a emocionální schopnosti dítěte; Nespecifikováno; Nespecifikováno.

Holandsko, Intervence matka – malé dítě

Úroveň: Není hodnocení úrovně na základě důkazní báze

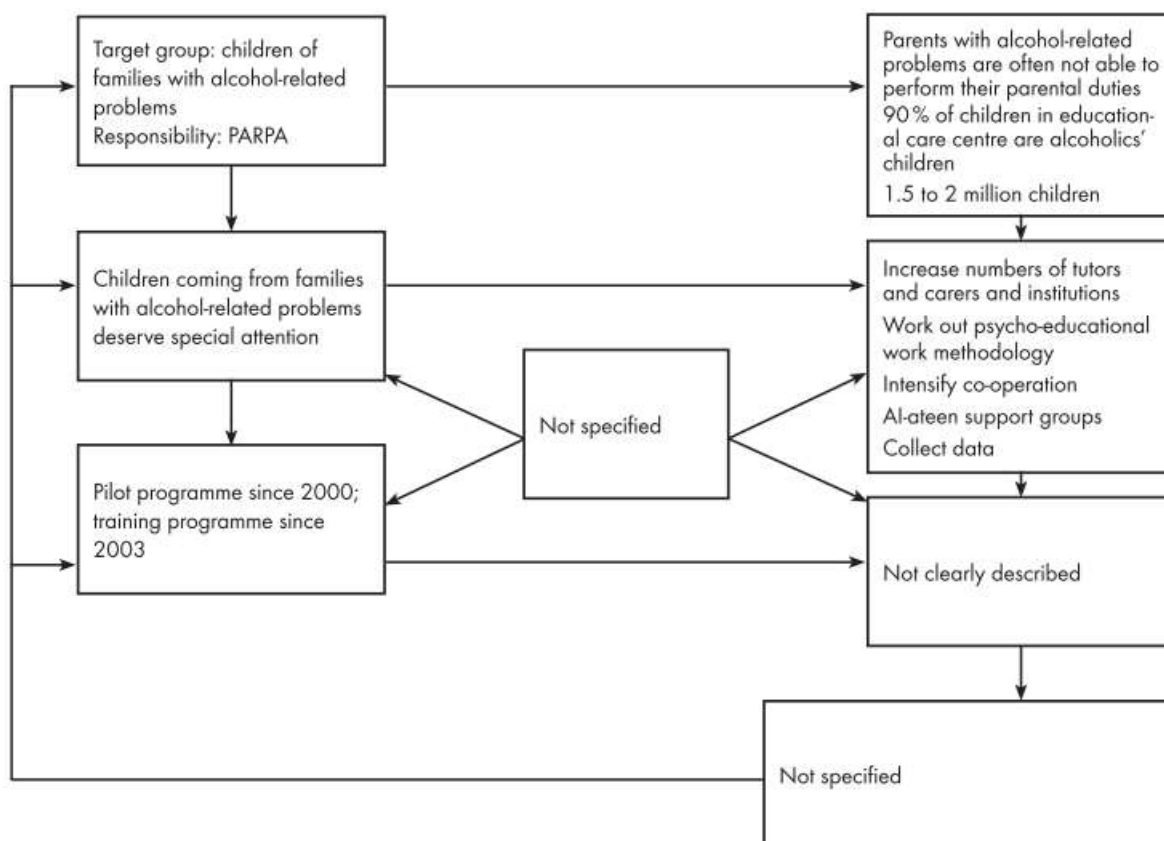


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: děti z rodin, které mají problém s alkoholem
Zodpovědnost: PARPA;
Děti alkoholiků mají nízkou sebeúctu, respekt sama k sobě, většina má problémy s identitou a traumatické zkušenosti;
Tréninkový kurz (120 hodin přednášek), dílny (workshop) rozšířeno na 280 hodin
Kvalifikační školení v oblasti socioterapie a psychoedukační pomoci „Parpusiakova medvědí rodinka“ „Společně zvesela“;
Rozvoj asistenčních programů od r. 1999;
1,5-2 mil. dětí vyrůstá v rodinách s problémy s alkoholem: 500 000 zažilo dramatické podmínky (Witold Skrzypczyk);
Zvýšení kvalifikace personálu a školitelů
Rozšiřování pracovních postupů
Zvýšení dostupnosti socioterapeutických institucí
Rozvoj sítě podpůrných skupin;
Není jasně definováno;
Výzkumný program 2002, není jasně popsán.

Polsko, Rozvoj socioterapeutických kluboven

Úroveň: Není hodnocení úrovně na základě důkazní báze

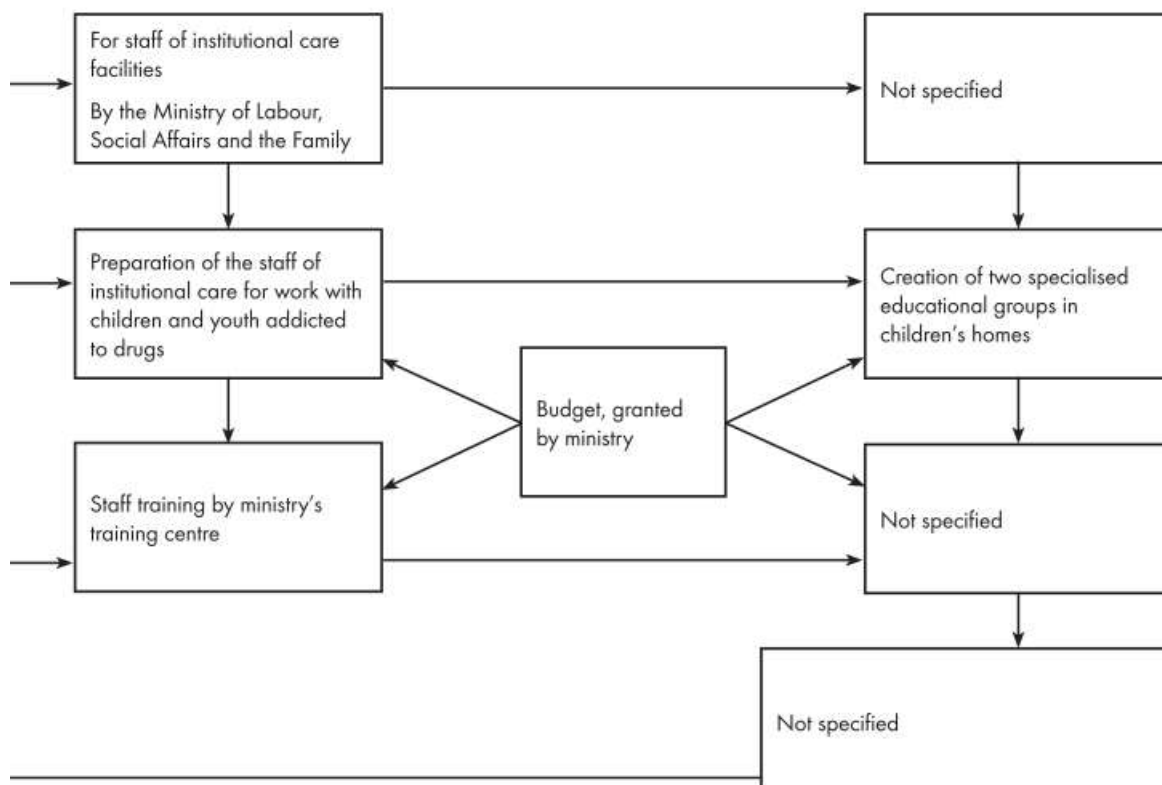


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: děti z rodin, které mají problém s alkoholem
Zodpovědnost: PARPA; Děti z rodin s problémy s alkoholem si zasluhují zvláštní pozornost; Pilotní program od r. 2000; tréninkový program od r. 2003; Nespecifikováno; Rodiče mající problém s alkoholem mnohdy nejsou schopni plnit své rodičovské povinnosti, 90 % dětí v pečovatelských zařízeních jsou dětmi alkoholiků, 1,5-2 miliony dětí; Zvýšení počtu školitelů, pečovatelů a institucí
Vypracování psychoedukační pracovní metodologie
Zintenzivnění spolupráce
Podpůrné skupiny AI-ateen (obdoba AA)
Sběr dat;
Není jasně definováno; Nespecifikováno.

Polsko, Děti v pečovatelsko-vzdělávacích centrech pocházející z rodin s problémy s alkoholem

Úroveň: Není hodnocení úrovně na základě důkazní báze

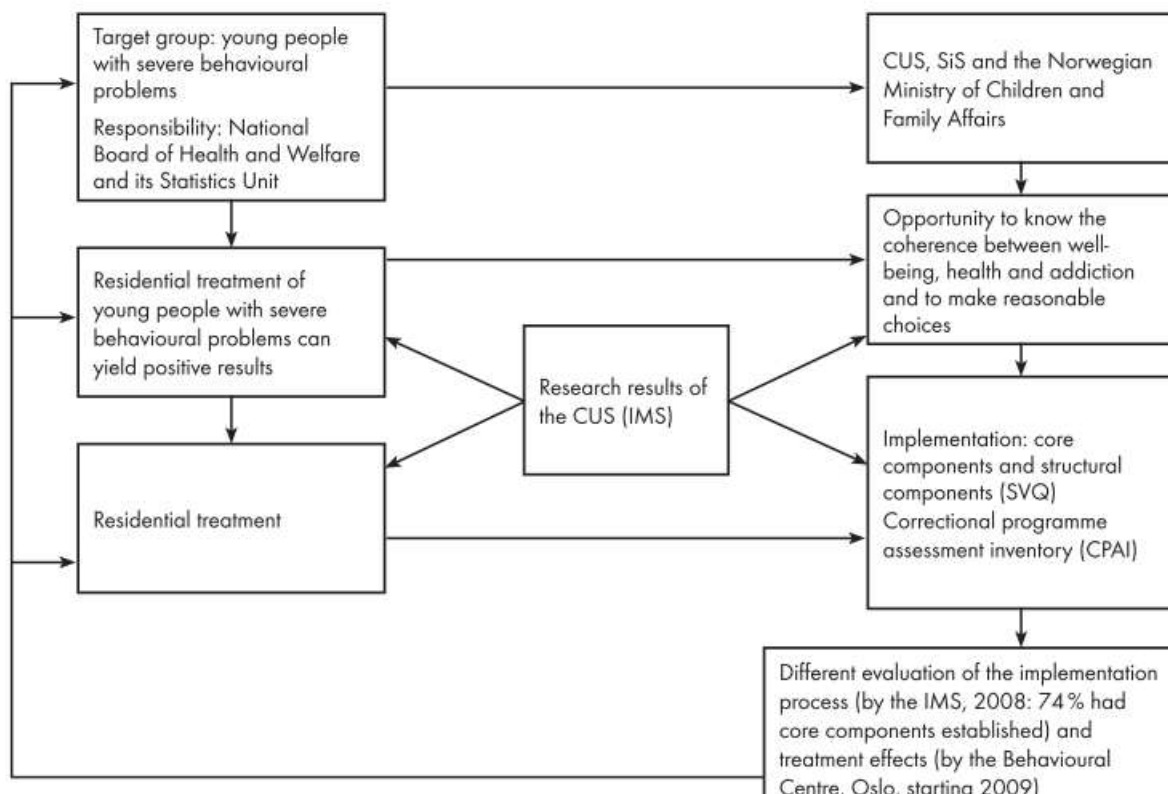


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: Pro personál v zařízeních ústavní péče Pod Ministerstvem práce, sociálních věcí a rodiny; Příprava personálu v zařízeních ústavní péče na práci s dětmi a mladistvými závislými na drogách; Školení personálu ve školicím středisku ministerstva; Rozpočet z ministerstva; Nespecifikováno; Vytvoření dvou speciálních výchovných skupin v dětských domovech; Nespecifikováno; Nespecifikováno.

Slovensko, Rozvoj sekundární a terciární prevence drogové závislosti u dětí v ústavní péči nařízené soudem

Úroveň: Není hodnocení úrovně na základě důkazní báze

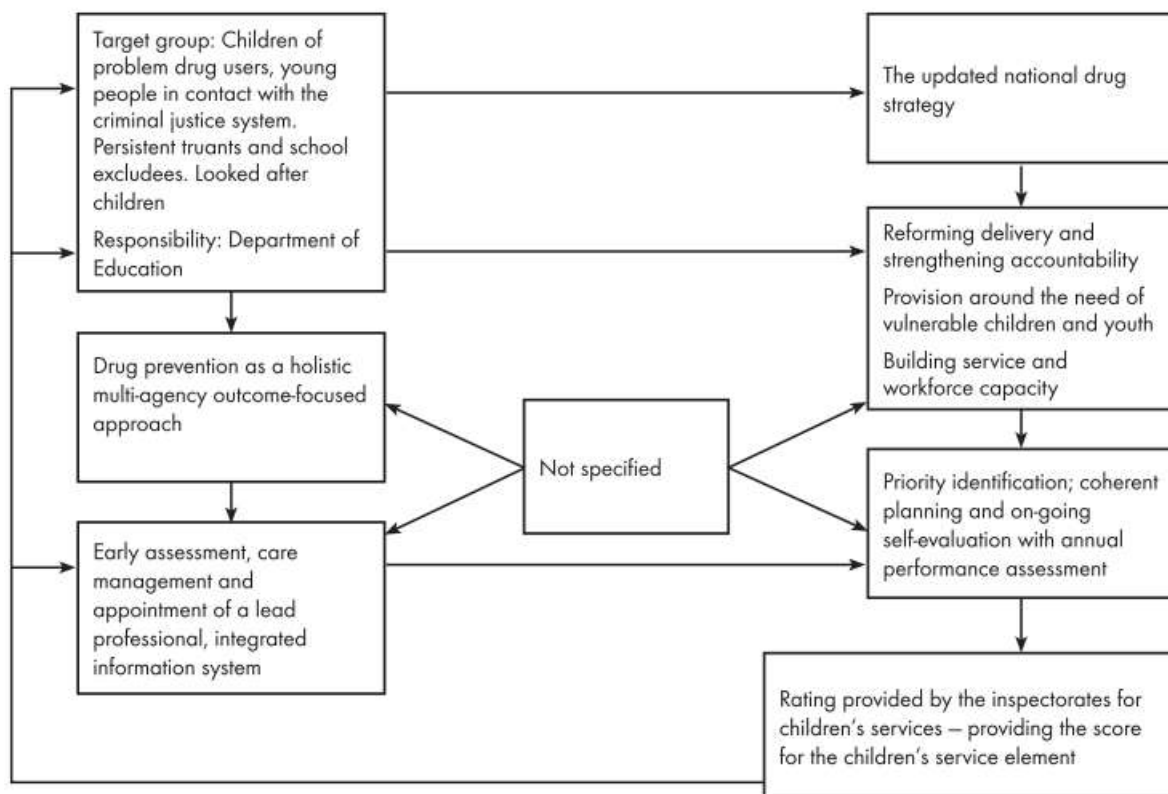


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: mladí lidé se závažnými problémy s chováním
 Zodpovědnost: Národní komise pro zdraví a sociální péči a jeho statistické oddělení;
 Rezidenční léčba mladých lidí se závažnými behaviorálními problémy může přinést kladné výsledky;
 Rezidenční léčba;
 Výsledky výzkumu CUS (IMS);
 CUS, SiS a norské Ministerstvo pro dětské a rodinné záležitosti;
 Příležitost dozvědět se vzájemný vztah mezi pohodou, zdravím a závislostí a učinit rozumná rozhodnutí;
 Realizace: hlavní součásti a strukturální součásti (SVQ)
 Hodnoticí inventář nápravného programu (CPAI);
 Rozdílné hodnocení procesu realizace (IMS, 2008: 74 % mělo hlavní komponenty zavedené) a léčebného účinku (Behaviorální centrum v Oslu, začátek v r. 2009)

Norsko a Švédsko, Institucionální model (MultifuncC)

Úroveň: 1

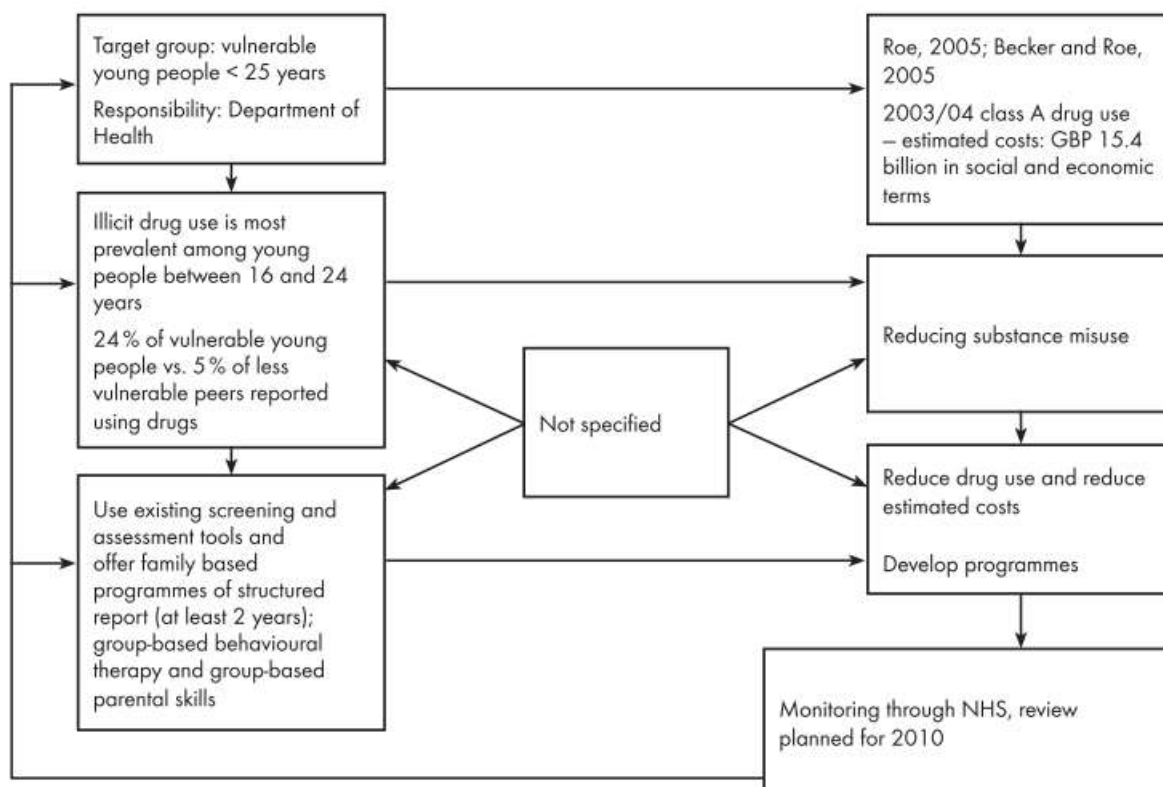


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.*:

Cílová skupina: děti problémových uživatelů drog, mladí lidé v trestně právním řízení. Notoričtí záškoláci a vyloučení ze školy. Děti pod dohledem. Zodpovědnost: Ministerstvo školství; Drogová prevence jako na výsledky orientovaný holistický přístup, na němž se podílí více agentur; Časné hodnocení, řízení péče a ustanovení vedoucího odborníka, integrovaný informační systém; Nespecifikováno; Aktualizovaná národní protidrogová strategie; Reforma poskytování péče a posílení zodpovědnosti Zajištění potřeb ohrožených dětí a mládeže Rozvíjení služeb a pracovní výkonnosti; Identifikace priorit, koherentní plánování a průběžné sebehodnocení s každoročním posouzením výkonnosti; Hodnocení inspektoráty služeb pro děti – skóre pro jednotlivé součásti služeb poskytovaných dětem.

Spojené království, Každé dítě je důležité

Úroveň: 1

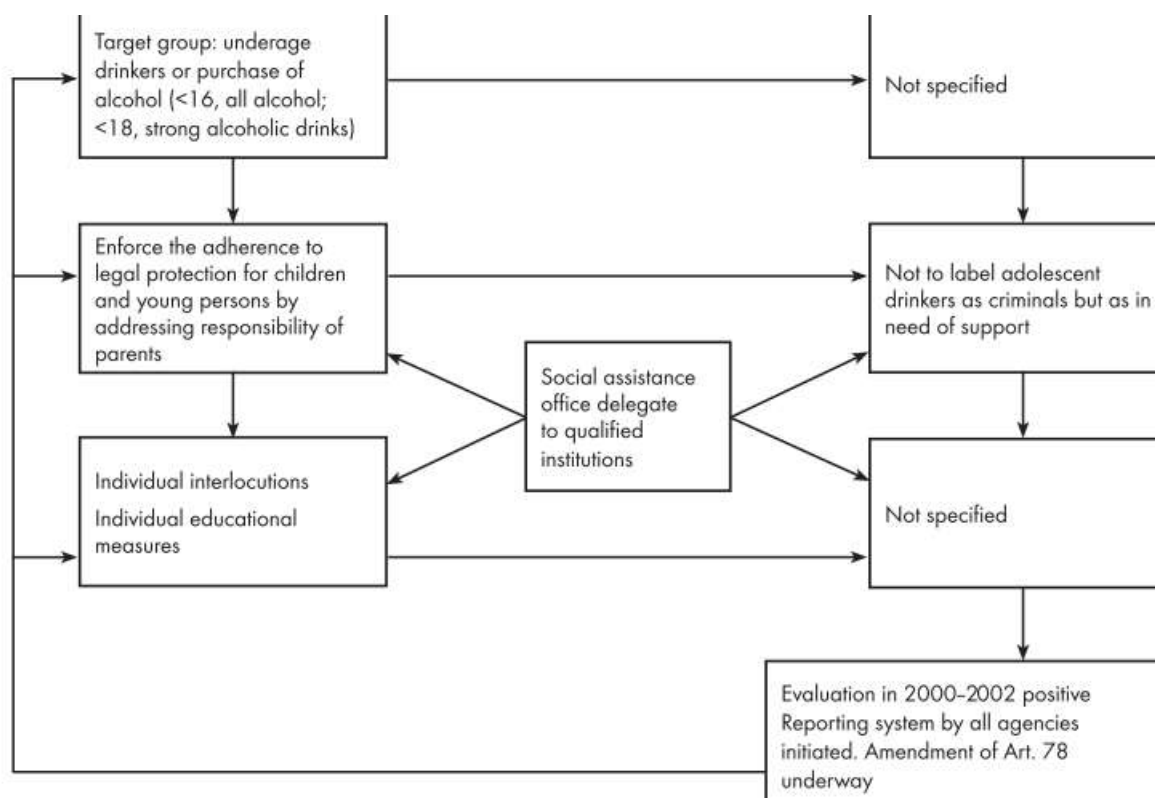


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: mladí lidé v ohrožení, mladší 25 let
Zodpovědnost: Ministerstvo zdravotnictví; Užívání nepovolených látek je nejvíce rozšířeno mezi mladými lidmi ve věku 16 až 24 let, 24 % ohrožených mladých lidí versus 5 % méně ohrožených vrstevníků potvrdilo užívání drog; Použití stávajících nástrojů pro vyšetření a posuzování a nabídka rodinných programů se strukturovanými zprávami (alespoň 2 roky); skupinová behaviorální terapie a skupinový nácvik rodičovských dovedností; Nespecifikováno; Roe, 2005; Becker a Roe, 2005 2003/04 užívání drog kategorie A – odhadované náklady: 15,4 miliardy liber v sociální a ekonomické oblasti; Omezení nesprávného užívání návykových látek; Omezení užívání drog a odhadovaných nákladů Rozvoj programů; Monitorování přes NHS, revize plánována v r. 2010.

Spojené království, Intervence v komunitě za účelem snížení nesprávného užívání návykových látek ohroženými a znevýhodněnými dětmi a mládeží

Úroveň: 1

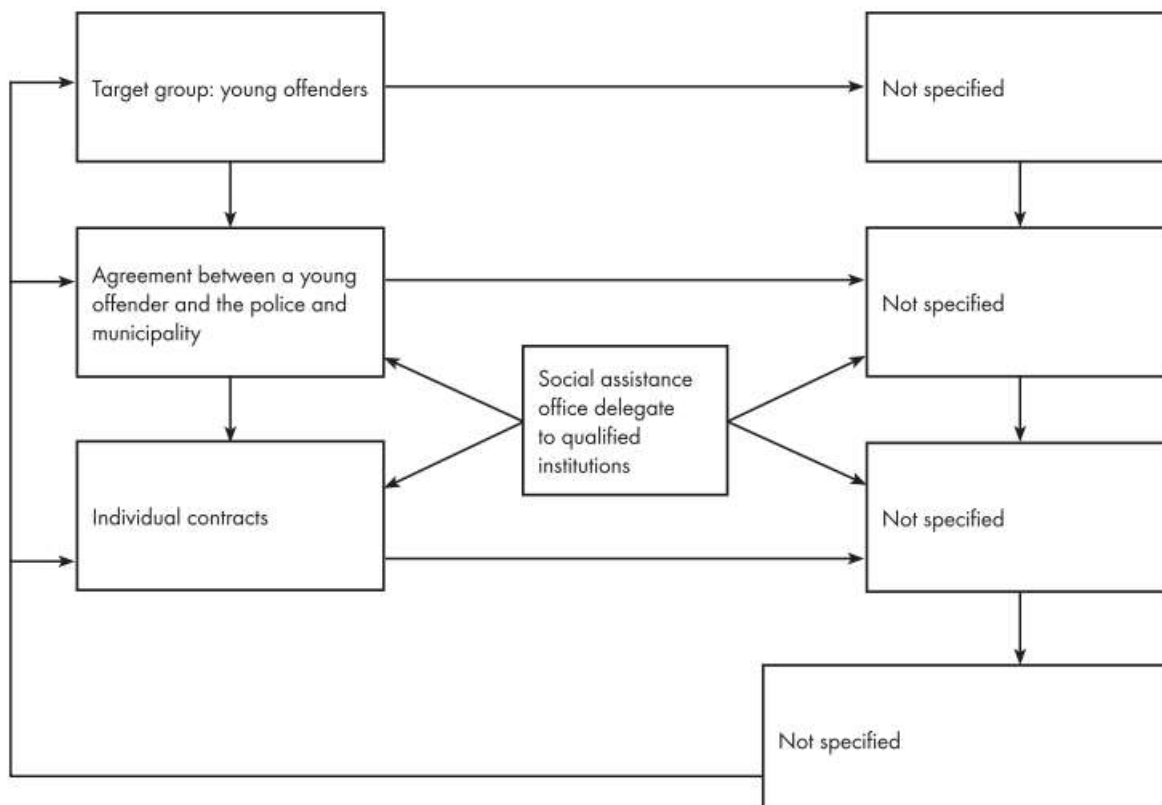


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: nepnoletí pijáci nebo kupování alkoholu (<16 let, všechny druhy alkoholu; <18 let, silné alkoholické nápoje); Vymáhání dodržování právní ochrany dětí a mladých osob soustředěním se na zodpovědnost rodičů; Jednotlivé diskuze Jednotlivá výchovná opatření; Zástupce úřadu pro sociální asistenci do kompetentních institucí; Nespecifikováno; Neoznačovat dospívající pijáky za pachatele trestných činů, nýbrž za osoby, které potřebují podporu; Nespecifikováno; Pozitivní hodnocení v r. 2000-2002. Zaveden společný systém hlášení. Pracuje se změně čl. 78.

Lichtenštejnsko, Vzdělávací intervence po porušení pravidel ochrany nezletilých

Úroveň: 1

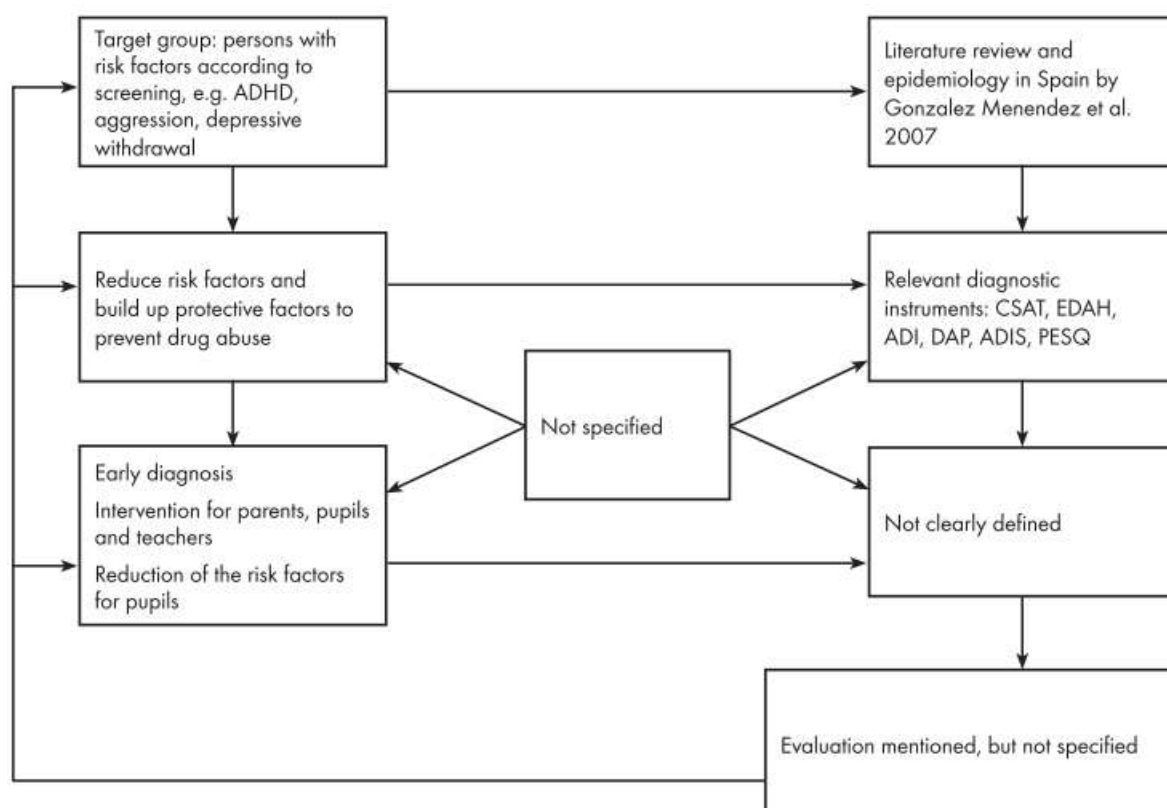


Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: mladí pachatelé; Dohoda mezi mladým pachatelem, policií a městským úřadem;
 Individuální smlouvy; Zástupce úřadu pro sociální asistenci do kompetentních institucí;
 Nespecifikováno; Nespecifikováno; Nespecifikováno; Nespecifikováno.

Norsko, Smlouva s mladistvými

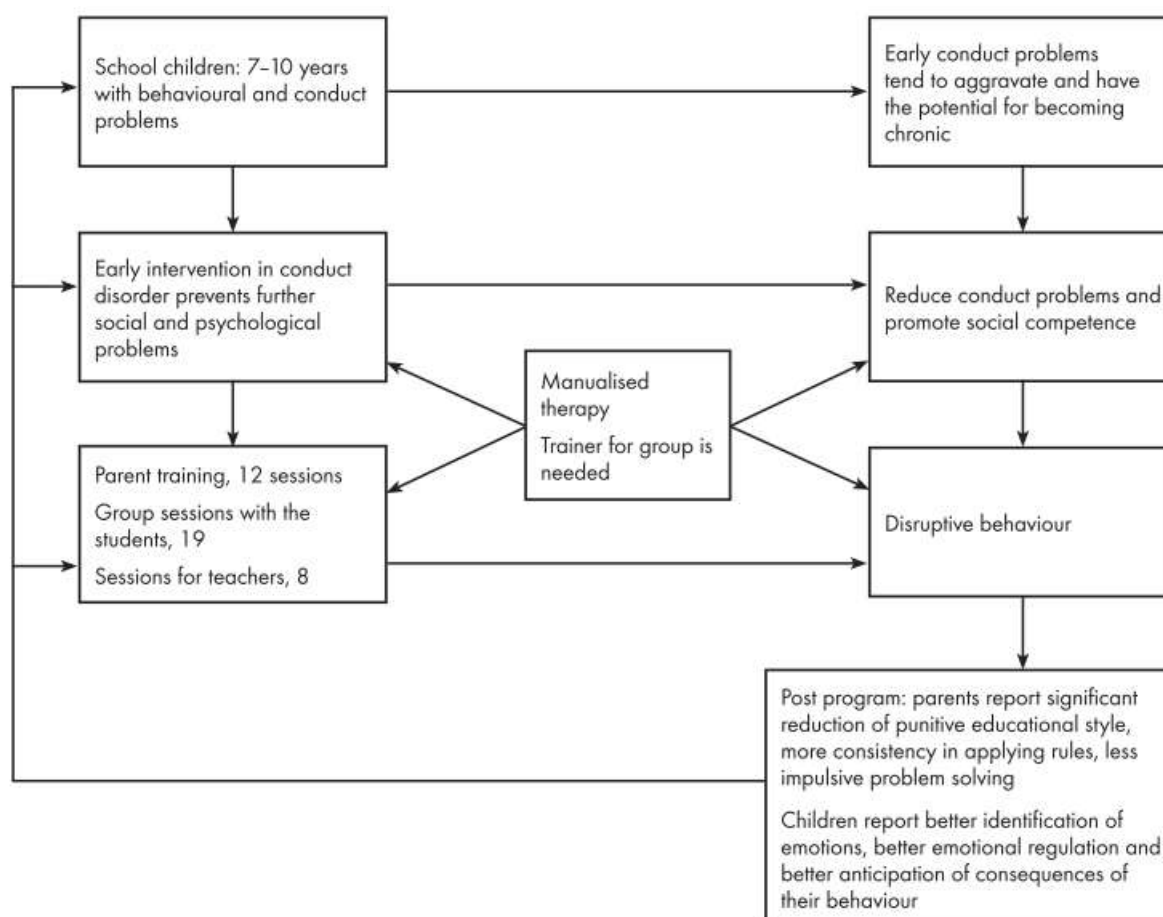
Úroveň: Není hodnocení úrovně na základě důkazní báze



Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Cílová skupina: osoby s rizikovými faktory na základě vyšetření, např. ADHD, agrese, depresivní stažení se; Omezení rizikových faktorů a posílení ochranných faktorů s cílem zabránit zneužívání drog; Včasná diagnóza Intervence pro rodiče, žáky a učitele Omezení rizikových faktorů u žáků; Nespecifikováno; Přehled literatury a epidemiologie ve Španělsku od autorů Gonzalez Menendez a další, 2007; Vhodné diagnostické nástroje: CSAT, EDAH, ADI, DAP, ADIS, PESQ; Není jasně definováno; Hodnocení je zmíněno, ale nespecifikováno;

Španělsko, Včasné rozpoznání a léčba adolescentů s rizikem závislosti
Úroveň: 1



Překlad schématu zleva doprava proti směru hodinových ručiček a shora dolů *pozn. překl.:*

Školáci: 7-10 let, s problémy s chováním; Časná intervence u poruchy chování zabraňuje dalším sociálním a psychologickým problémům; Trénink rodičů, 12 sezení Skupinová sezení s žáky, 19 Sezení pro učitele, 8; Terapie dle manuálu Do skupiny je nutný školitel; Rané poruchy chování mají tendenci se zhoršovat a stát se chronickými; Zmírnění potíží s chováním a podpora sociálních dovedností; Disruptivní chování; Následně po programu: rodiče referují o významném omezení výchovy za použití trestů, větší důslednosti v uplatňování pravidel, méně impulzivním řešení problémů Děti oznámily lepší rozeznávání pocitů, jejich lepší kontrolu a zlepšenou schopnost předvídat důsledky svého chování.

Španělsko, Empecemos – vícesložková intervence určená k prevenci behaviorálních problémů v oblasti základního vzdělávání

Úroveň: 3

O centru EMCDDA

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) je jedním z decentralizovaných agentur Evropské Unie. Bylo založeno v roce 1993 a jeho sídlo je v Lisabonu. Funguje jako ústřední zdroj komplexních informací o drogách a drogových závislostech v Evropě.

EMCDDA shromažďuje, analyzuje a rozšiřuje faktické, objektivní, spolehlivé a porovnatelné informace o drogách a drogové závislosti, čímž veřejnosti nabízí popis fenoménu drog založený na důkazech na evropské úrovni.

Publikace centra jsou primárním zdrojem informací pro různá publika, včetně tvůrců politik a jejich poradců, profesionálů a výzkumníků pracujících v oblasti drogové problematiky, jakož i médií a široké veřejnosti.

Tematické dokumenty vydané EMCDDA jsou vědeckými zprávami o vybraných aspektech fenoménu drog. Tato edice zpřístupňuje výsledky výzkumu provedeného agenturou cílovým skupinám specialistů a profesionálů pracujících v této oblasti, včetně vědců, akademiků a tvůrců politik.