



## Syndrom rizikového chování dospívajících

Krátká intervence ke snížení zneužívání návykových látek v praxi praktického lékaře pro děti a dorost

### obsah

- 1 ÚVOD
- 2 METODY KRÁTKÉ INTERVENCE A PSYCHOLOGICKÉ TEORIE ZMĚNY
- 3 KRÁTKÁ INTERVENCE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST VEDOUcí KE SNÍŽENÍ ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK
  - 3/1 Syndrom rizikového chování v dospívání
  - 3/2 Míra užívání drog mezi českými dospívajícími v evropském kontextu
  - 3/3 Krátká intervence - nový efektivní preventivní přístup
    - 3/3/1 Česko-americká studie cSBIRT
  - 3/4 Manuál drogové prevence v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost
  - 3/5 Provádění krátké intervence

KVĚTEN – ČERVEN 2010

### 1 ÚVOD

Zneužívání návykových látek je součástí syndromu rizikového chování v dospívání, který v současné době ovlivňuje zdraví dospívajících ve všech rozvinutých zemích. Oblast návykových látek u dospívajících je u nás zmapována jak dotazníkovými akcemi, z nichž nejvýznamnější je Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), tak pravidelnými statistikami klientů registrovaných v protialkoholních a protidrogových zařízeních.

Pediatr je dnes s rizikovým chováním adolescentů (tj. osob ve věku 10–19 let) často konfrontován. Rodiče přicházejí s dospívajícím, jehož prospěch ve škole se zhoršil, jehož chování se mění, mají podezření na zneužívání drog. Doma u dospívajícího byly nalezeny drogy, ze školy přišly informace, že dospívající kouřil marihuanu nebo byl přivezen s poruchou vědomí na spádové dětské oddělení s podezřením na otravu alkoholem nebo drogami. To je jen několik modelových případů, které musí pediatr řešit.

Adolescentní medicína doporučuje, aby se praktický pediatr zapojil do prevence rizikového chování. To je v souladu se současnou strategií evropské zdravotní politiky, týkající se

zneužívání návykových látek – totiž přesunout část péče o osoby s problémy s drogami nebo alkoholem do ordinací primární péče.

Prevence zneužívání návykových látek je u nás zatím realizována hlavně ve školách, kde má převážně skupinovou formu. Nedávno byly vyvinuty a evaluovány i metody individuální prevence určené pro lékaře primární péče. Skupina lékařů a psychologů v České republice se od konce 90. let minulého století snaží promýšlet, testovat a implementovat metody screeningu a krátké intervence v oblasti návykových látek pro individuální pohovory praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD) s adolescentem.

Za významné považujeme začlenění pohovorů o všech třech složkách rizikového chování (návykové látky, poruchy společenské adaptace, poruchy reprodukčního zdraví – rizikové sexuální chování) do Metodického pokynu pro provádění preventivních prohlídek v pediatrii, do Manuálu drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost a do řady výzkumných aktivit, které zatím vrcholí ukončením česko-americké intervenční studie, o které v tomto čísle dále informujeme.

V těchto letech proběhlo také důkladné seznámení pediatrické veřejnosti s metodami krátké intervence formou regionálních seminářů pro PLDD a v dorostových blocích dvou Českých pediatrických kongresů s mezinárodní účastí i publikacemi v našem pediatrickém tisku.

Jako další logický krok vidíme implementaci metodik krátké intervence do pravidelné pediatrické péče, především do praxe PLDD.

## METODY KRÁTKÉ INTERVENCE A PSYCHOLOGICKÉ TEORIE ZMĚNY

Smyslem krátké intervence je motivovat lidi k takovým změnám chování, které mají pozitivní vliv na jejich zdraví.

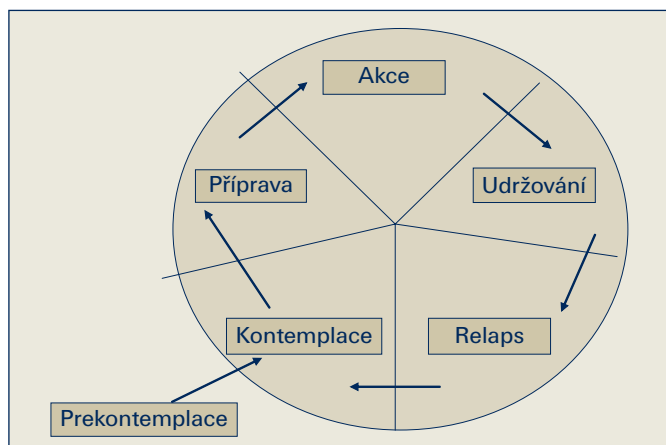
Krátká intervence je zaměřena na redukcii či eliminaci rizikového chování a zdravotních důsledků takového chování (Faden a Goldman 2005).

Od 80. let minulého století se metody krátké intervence rychle šíří zejména v oblasti rizikového chování. Z hlediska obecných východisek a teoretických přístupů jsou nejčastěji uváděny *transteoretický model změny chování* (transtheoretical model of change) (Procházka, DiClemente 1994; Procházka, Velicer 1997) a *motivační rozhovor* (motivational interviewing) (Miller a Sanchez 1994).

V rámci transteoretického modelu (TTM) se pracuje se 6 stádii změny (obrázek 1), které jsou charakterizovány různou úrovní reflexe problému na straně klienta a úkoly na straně terapeuta nebo poradce. Stručnou charakteristiku jednotlivých stádií podává Tabulka 1.

Motivační rozhovor (Miller, Rolnick 1991; Miller, Sanchez 1994) se v USA stal jedním z velmi rozšířených přístupů v poradenství a krátké intervenci, a současně v modifikované podobě velmi

**OBRÁZEK 1: Stadia změny znázorněné v kruhovém diagramu (dle Procházka, Di Clemente)**



vlivným psychoterapeutickým směrem (Motivational Enhancement Therapy – MET) (Miller 1995).

Motivační rozhovor je nedirektivní přístup, jehož hlavní principy lze charakterizovat následovně (dle Center for Health Communications Research, University of Michigan):

- Motivace ke změně vychází z klienta, ne z vnějšku.
- Odpovědnost za formulování ambivalence a jeho řešení je úkolem klienta a ne poradce nebo terapeuta.
- Direktivní přesvědčování se nepovažuje za účinný postup k řešení ambivalence, pochybností.
- Styl poradenské práce je klidný a neagresivní.
- Poradce může být direktivní pouze v pomoci klientovi, jak porozumět ambivalenci a jak ji řešit.
- Připravenost klienta ke změně není jeho rysem (charakteristikou), ale výsledkem interpersonální interakce probíhající mezi konzultantem a klientem.

**TABULKA 1: Stadia změny a jejich charakteristika podle transteoretického modelu změny**

Stadium	Charakteristika na straně konzumenta	Cíl intervence
Prekontemplace	Uživatel návykové látky nereflektuje potřebu změny. Rizika ani zdravotní důsledky si neuvědomuje.	Zpětná vazba s ohledem na výsledky screeningu s cílem vzbudit povědomí o rizicích užívání a zdravotních a behaviorálních důsledcích.
Kontemplace	Uživatel si uvědomuje možné následky užívání, ale je ambivalentní, pokud jde o potřebu změny chování.	Komunikovat potřebu změny chování a možnosti, jak jí dosáhnout.
Příprava	Uživatel si je vědom nutnosti změnit své chování, zvažuje, co by měl dělat.	Nabízet konkrétní postupy, jak změnit chování (rady, jaký cíl si stanovit, co změnit ve svém chování, jak kontrolovat výsledky).
Akce	Uživatel mění chování vůči návykové látce, omezuje užívání nebo úplně přestává užívat.	Povzbuzovat a opakovat strategie změny chování.
Udržování	Abstinence nebo velmi mírné užívání trvale pod kontrolou.	Povzbuzovat, potvrzovat úspěch. Upozorňovat na dlouhodobou výhodnost změny.
Relaps	Selhání v abstinenci, návrat k rizikové formě konzumu.	Pomáhat přijmout selhání, povzbuzovat k novému začátku.

**TABULKA 2:** Prvky terapie, zaměřené na zvyšování motivace (FRAMES)

<b>FEEDBACK</b> of personal risk or impairment	ZPĚTNÁ INFORMACE o riziku nebo poškození
Emphasis on personal <b>RESPONSIBILITY</b> for change	Důraz na osobní ODPOVĚDNOST za změnu chování
Clear <b>ADVICE</b> to change	Jasná RADA ke změně
<b>MENU</b> of alternative change options	NABÍDKA alternativních možností změny
Therapist <b>EMPATHY</b>	Terapeutova EMPATIE
Facilitation of client <b>SELF-EFFICACY</b> or optimism	Zvyšování klientovy SEBE-ÚČINNOSTI nebo optimismu

■ Terapeutický vztah je spíše partnerstvím než vztahem mezi expertem a laikem. Terapeut respektuje autonomii klienta a jeho svobodu volby.

V terapii zaměřené na zvyšování motivace (MET) se setkáváme s prvky, které v mnohém připomínají cíle jednotlivých stádií u transteoretického modelu změny. Prvky MET známé pod akronymem FRAMES jsou shrnuty v Tabulce 2, kde jsou záměrně ponechány charakteristiky rovněž v angličtině. K propojení TTM a MET došlo v rozsáhlém výzkumu, který sledoval účinnost terapeutické intervence u pacientů závislých na alkoholu (NIAAA; Project MATCH Research Group 1993).

MET i motivační rozhovor našly uplatnění v krátké intervenci v rámci zdravotnictví (zejména v aplikaci prostřednictvím praktických lékařů) (Knight 2001) i mimo ně (např. v psychologické poradenské nebo terapeutické praxi), jako účinné přístupy ke změně chování.

## 3 KRÁTKÁ INTERVENCE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST VEDOUcí KE SNÍŽENÍ ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

### 3/1 Syndrom rizikového chování v dospívání

Poslední desetiletí přinesla výrazné změny ve zdravotním stavu dospívajících. O zdraví adolescentů dnes rozhoduje jejich chování. Problémy tzv. „nové nemocnosti mládeže“ rozdělujeme do tří hlavních oblastí a nazýváme je také syndromem rizikového chování v dospívání (SRCH-D):

#### ■ abúzus návykových látek

Užívání začíná většinou nikotinem a alkoholem, nicméně celoživotní zkušenost s dalšími drogami je u nás také vysoká. U marihuany je to 45 % dospívajících ve věku 16 let, kteří mají alespoň jednu zkušenost s touto drogou, u ostatních ilegálních drog je to cca 10 % (Csémy et al. 2008).

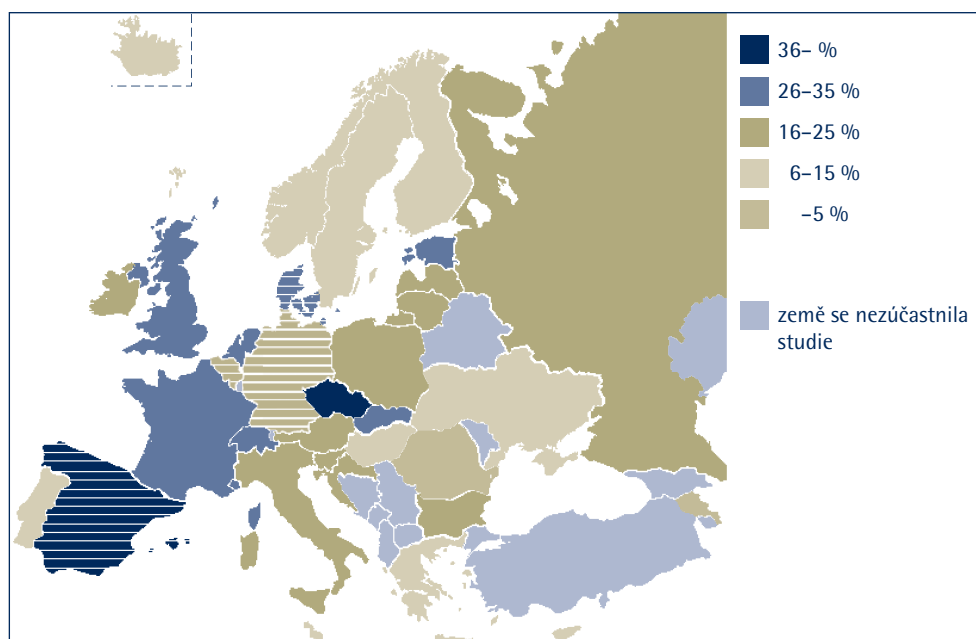
#### ■ poruchy sociální adaptace v užším slova smyslu

Tato oblast je charakterizována agresivitou mezi vrstevníky, šikanou, záškoláctvím a delikvencí. Do této oblasti však patří také autoagresivita, sebevraždy a úrazy.

#### ■ poruchy v oblasti reprodukčního zdraví – rizikové sexuální chování

U části mladých lidí se setkáváme s velmi časným začátkem intimního života, pokud sexuální kontakty začínají v 15 nebo 16 letech, je intimní život téměř vždy promiskuitní a přináší vysokou incidenci sexuálně přenosných infekcí a stále ještě velký počet nechtěných těhotenství a spontánních i navozených potratů.

**OBRÁZEK 2:** Celoživotní prevalence užití jakékoli ilegální drogy u 16letých dle ESPAD 2007 (země s vodorovným linkováním mají velkou regionální variabilitu dat)



### 3/2 Míra užívání drog dospívajících v ČR v evropském kontextu

Užíváním návykových látek u dospívajících ve 35 zemích Evropy v roce 2007 se zabývala studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách). Je alarmující, že ve srovnání s dospívajícími z dalších 34 evropských zemí se ČR umístila na nepříznivém prvním místě v celoživotním užívání jakékoli nelegální drogy (Obr. 2), zejména v celoživotní zkušenosti s užíváním marihuany nebo hašiše, kterou uvedlo 45 % dospívajících (země následující v pořadí mají o 10 a více procent méně). ČR navíc vykazuje za poslední 4 vlny studie ESPAD od roku 1995 v užívání kanabinoidů celkově rostoucí trend. Stejně tak zaujímá ČR první příčky v kouření cigaret (41 % dospívajících v ČR udává kouření cigaret v posledních 30 dnech), konzumaci alkoholu (93 % v posledních 30 dnech).

Nejzávažnější dopady rizikového chování spočívají v úmrtnosti dospívajících. V roce 2006 zemřelo v populační skupině 15–19 let v ČR 250 mladých lidí. Celých 75 % úmrtí bylo z vnějších příčin. Na 1. místě byly dopravní úrazy, často pod vlivem alkoholu a drog, na 2. místě byly sebevraždy. Teprve 3. místo náleží zhoubným nádorům (7 případů). Tato situace není dosud v našem zdravotnictví dostatečně reflektována. Přestože se stále zlepšují možnosti léčeni somatických chorob, jsou psychosociální problémy řešeny pouze okrajově.

### 3/3 Krátká intervence - nový efektivní preventivní přístup

Krátké intervence zaměřené na redukci užívání drog a alkoholu u dospívajících nejsou dosud v Evropě ani v ČR tak rozšířeny jako v USA. V ČR lze za první krok považovat *Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost*, který v roce 2006 vydal CEPROS s kolektivem autorů. Později je praxe

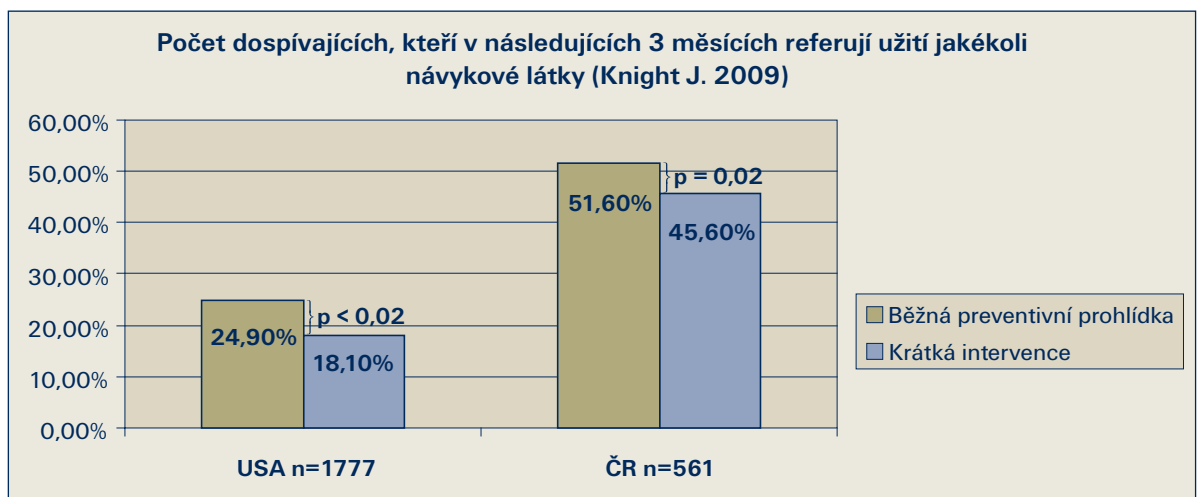
ovlivněna zejména působením profesora Knighta, kdy se krátká intervence dostává do ČR jako součást americko-českého výzkumného projektu *Screening and Brief Advice to Reduce Teen Substance Use* a později jako projekt *Systematická prevence užívání drog u adolescentů prostřednictvím krátké intervence lékaře pro děti a dorost: intervenční projekt s evaluací efektu*, který je podporovaný Norskými fondy a do kterého je zapojeno 60 pediatrů ze čtyř krajů. V rámci těchto aktivit byla v ČR validizována česká verze screeningového dotazníku CRAFFT (viz dále) a byl vytvořen postup krátké intervence pro použití praktickými dětskými lékaři pro děti a dorost.

Postup vychází z uplatnění techniky motivačního rozhovoru v návaznosti na výsledky screeningů pomocí dotazníku CRAFFT.

### 3/3/1 Česko-americká studie cSBIRT

V ČR a USA proběhla v letech 2006–2009 studie cSBIRT – Computerized Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (Počítačový screening, krátká intervence a doporučení léčby), vedená prof. Knightem z Harvard School of Medicine v Bostonu, který je autorem mezinárodně uznávaného dotazníku CRAFFT – viz dále. Za českou stranu byli řešitelé PhDr. L. Csémy a MUDr. P. Kabiček, CSc. V USA bylo vyšetřeno 2 044 dospívajících ve věku  $15,8 \pm 2$  roky. V České republice bylo vyšetřeno v devíti ordinacích PLDD 586 dospívajících ve věku  $15 \pm 2$  roky. V ČR i v USA byl počet chlapců a děvčat přibližně stejný. Dotazník CRAFFT vyplňoval dospívající sám v ordinaci na počítači. S vygenerovaným počtem bodů pak intervenční skupina podstoupila pohovor s PLDD. Výsledky v ČR prokázaly, že používání screeningu rizikového chování v ordinaci praktického lékaře a správná krátká intervence (KI) vede ke snížení užívání jakékoli návykové látky během následujících 3 měsíců (51,6 % u kontrolní skupiny vs. 45,6 % u intervenční skupiny) oproti

**GRAF 1: Procento dospívajících v kontrolní a intervenční skupině studie cSBIRT, kteří v následujících 3 měsících po preventivní prohlídce uvedli užití jakékoli návykové látky (Knight, 2009)**



dosavadnímu přístupu při běžné preventivní prohlídce (BPP) (Graf 1). Dále byl zjištěn nižší počet dospívajících, kteří v následujících 3 měsících užití prvně nějakou návykovou látku (26,4 % vs. 19,6 %), a více dospívajících také zanechá užívání nějaké návykové látky (17,7 % vs. 23,1 %). Kl a screening v ordinaci praktického lékaře vedly v horizontu 3 měsíců také ke snížení užívání alkoholu (51,6 % vs. 45,2 %) a počtu dospívajících, kteří s ním začnou (26,7 % vs. 19,6 %), obdobně došlo ke snížení užití marihuany (11,1 % vs. 5,3 %) (Graf 2) a snížení počtu nových uživatelů (5,9 % vs. 3,0 %). Frekvence jízdy v autě řízeném pod vlivem návykové látky (impaired driving), která je spojená s vysokou morbiditou a mortalitou, klesla z 34 % na 22 % (Graf 3). Podobné výsledky přinesla i americká část studie.

Je překvapující, že problém s řízením motorového vozidla a jízdy v autě s řidičem pod vlivem alkoholu nebo drog se ukázal u dospívajících v ČR významnější než u americké mládeže (Knight, 2009).

Edukace praktických lékařů v této studii měla za efekt častější intervenci ohledně rizika užívání návykových látek (26 % vs. 84 %) a doporučení návykové látky neužívat.

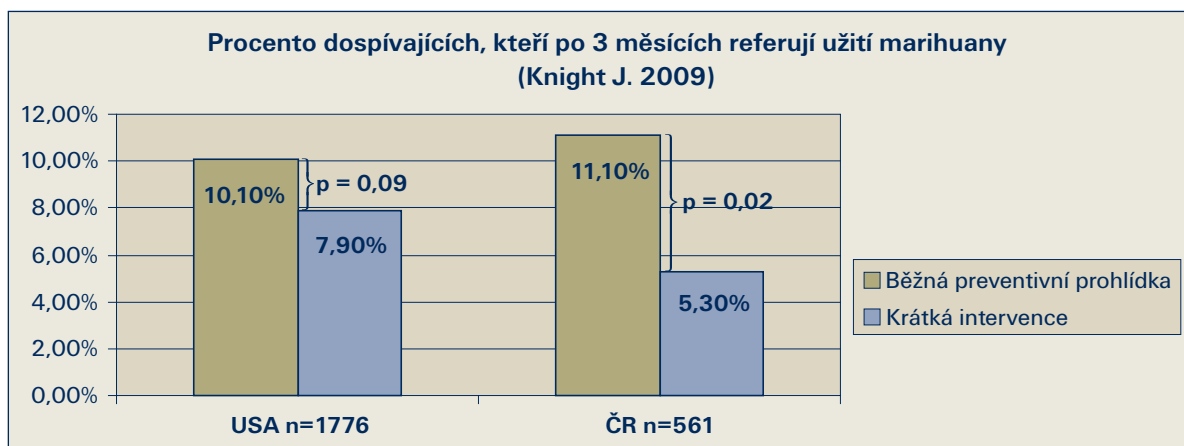
Podle závěrů nedávných studií mají navíc dospívající s pozitivním screeningem CRAFFT větší počet sexuálních kontaktů po požití alkoholu nebo jiné návykové látky, nebo sexuální kontakt s partnerem pod vlivem návykové látky. S tím souvisí menší užívání bariérových metod antikoncepce a větší počet sexuálních partnerů v porovnání s vrstevníky.

### 3/4 Manuál drogové prevence v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

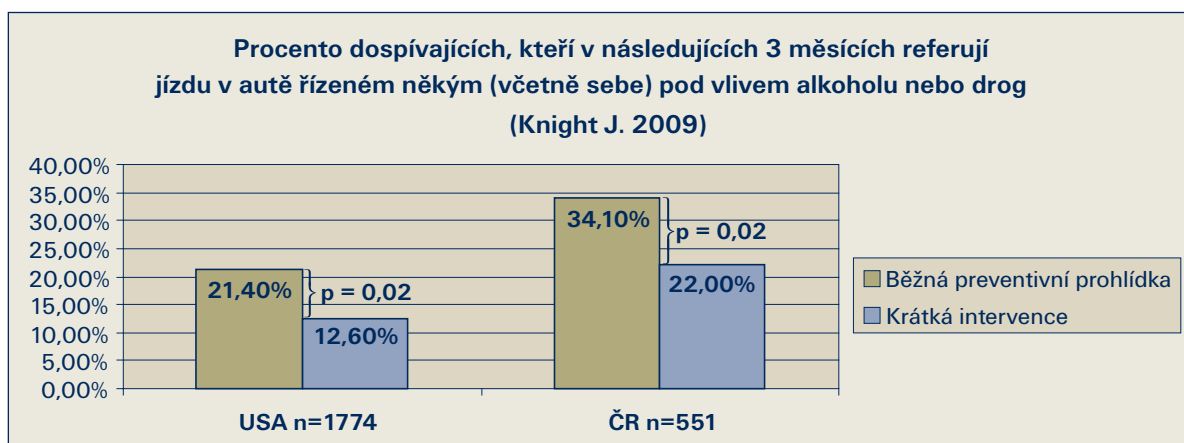
V ČR byl vyvinut a v roce 2006 publikován Manuál drogové prevence v praxi PLDD. Zabývá se krátkou intervencí dospívajících, zaměřenou na zneužívání návykových látek. Klade si následující chronologicky řazené cíle:

- Identifikovat děti a dospívající s rizikem problémového užívání návykových látek.

**GRAF 2: Procento dospívajících v kontrolní a intervenční skupině studie cSBIRT, kteří v následujících 3 měsících po preventivní prohlídce uvedli užití marihuany (Knight, 2009)**



**GRAF 3: Procento dospívajících v kontrolní a intervenční skupině studie cSBIRT, kteří v následujících 3 měsících po preventivní prohlídce uvedli jízdu v autě řízeném někým (včetně sebe) pod vlivem alkoholu nebo drog (Knight, 2009)**

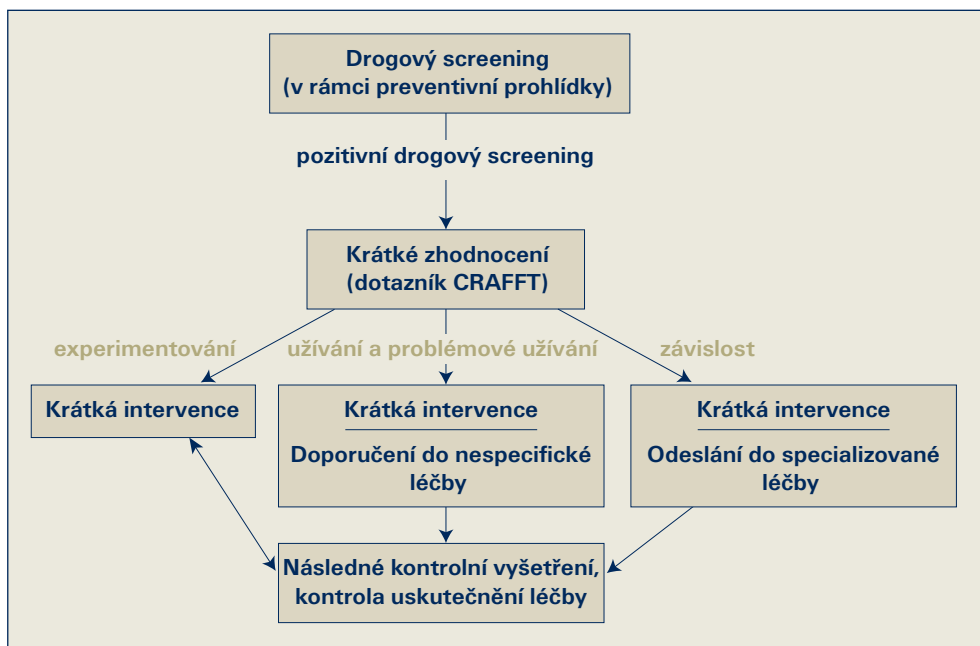


- Zhodnotit aktuální stav pacienta.
- Provést krátkou intervenci zaměřenou na pacienta a jeho rodiče.
- Odeslat pacienta do odborné péče (u závažnějších případů).

Manuál je návodem na přiměřené preventivní pohovory s dospívajícími na různých úrovních závažnosti abúzu

návykových látek. Pro odhad závažnosti problému s drogami se používá dotazník CRAFFT (viz rámeček), který byl vyvinut pro použití v pediatrii. Název je akronymem iniciál jednotlivých problémových oblastí v angličtině: C (car), R (relax), A (alone), F (forget), F (friends), T (troubles). Preventivní pohovor by tedy měl probíhat v algoritmu uvedeném na obrázku 3.

**OBRAZEK 3: Algoritmus preventivního pohovoru**



## Dotazník CRAFFT (Knight J. R. 2002)

		Ano	Ne
1. C	Jel/a jsi někdy v autě či na motorce řízené někým pod vlivem alkoholu či jiné drogy anebo jsi někdy řídil/a motocykl pod vlivem alkoholu či jiné drogy?		
2. R	Napil/a ses někdy alkoholu či bral/a jsi někdy nějakou jinou drogu, aby ses uvolnil/a, měl/a ze sebe lepší pocit anebo abys dobře zapadl/a mezi kamarády?		
3. A	Pil/a jsi někdy alkohol nebo sis vzal/a nějakou jinou drogu, když jsi byl/a o samotě?		
4. F	Stalo se ti někdy, že jsi zapomněl/a, co jsi dělal/a, když ses napil/a alkoholu nebo jsi vzal/a nějakou jinou drogu?		
5. F	Řekl ti někdo z rodiny či z kamarádů, že bys měl/a omezit své pití nebo brání jiné drogy?		
6. T	Dostal/a ses někdy do obtíží, když jsi pil/a alkohol či bral/a jiné drogy?		
Spočítané kladné odpovědi			
Počet bodů	Závěr	Diagnóza dle MKN 10	
0–2 odpovědí ano	patrně se nejedná o závislost, riziko abúzu návykových látek je nízké	experiment s návykovými látkami (F1X.0)	
3–4 odpovědí ano	příležitostné až škodlivé užívání, mírné nebo střední riziko progresse abúzu návykových látek	škodlivé užívání návykových látek (F1X.1)	
5–6 odpovědí ano	patrně se jedná o závislost	syndrom závislosti (F1X.2)	





Dotázaný má 0 bodů v dotazníku CRAFFT

1) Lékař zjišťuje doplňující otázkou, zda dotázaná osoba během posledního roku pila alkohol nebo užívala drogy.

Jestliže V POSLEDNÍM ROCE NEUŽÍVÁ – posílení pozitivní motivace:

„Vyhýbání se drogám a alkoholu v tvém věku je moudré rozhodnutí. Můžeš na sebe být hrdý. (Pokud bys měl nějaké otázky o alkoholu nebo drogách, nyní nebo někdy v budoucnosti, můžeš se na mě s důvěrou obrátit.)“

Nebo alternativně:

„Jsem rád, že nepiješ alkohol ani nebereš drogy. Je to rozumné chování. V tvém věku je pro zdravý vývoj důležité, aby ses vyhýbal drogám a alkoholu.“

Pokud v posledním roce pije alkohol nebo užívá drogy:

„Pro tvoje zdraví by bylo nejlepší, kdybys nepil alkohol a nebral drogy.“

Bez ohledu na počet bodů v CRAFFT by se měl lékař VŽDY zmínit o dopadech užívání návykových látek na zdraví těmito body:

- „Kouření marihuany, ale i jiných drog může poškodit tvé plíce.
- Drogy a alkohol mají vliv na mozek a mohou způsobit jeho závažné poškození.
- Alkohol ti může poškodit játra.
- Kouření marihuany zvyšuje riziko vzniku depresí a schizofrenie (psychózy).
- Alkohol a drogy, včetně marihuany, zhoršují schopnost řízení a mohou vést k dopravním nehodám.
- Užívání drog a alkoholu zvyšuje u dospívajících riziko nechráněného sexu, sexuálního zneužití (napadení), nákazy sexuálně přenosnými chorobami a nechtěného otěhotnění.
- Pokud dívka otěhotní, drogy a alkohol mohou poškodit nenarozené dítě.“

## 2) JÍZDA ČI ŘÍZENÍ POD VLIVEM NÁVYKOVÝCH LÁTEK (1. otázka dotazníku CRAFFT)

Jakákoli odpověď („ANO“ i „NE“):

„Dopravní nehody zaviněné užíváním alkoholu a drog jsou jednou z hlavních příčin úmrtí nebo vážných zranění mladých lidí.

Pro svou vlastní bezpečnost:

- Nikdy nesedej za volant poté, co jsi pil alkohol nebo užil drogy, a to ani v případě, že nemáš pocit, že jsi pod vlivem těchto látek.
- Nikdy nejezdí autem, které řídí někdo jiný, kdo předtím užil drogu nebo pil alkohol, a to ani v případě, že se tato osoba nezdá být pod vlivem těchto látek.
- Předem si zajisti bezpečnou přepravu.“

Odpověď „ANO“, pokud se jedná o rodiče nebo příbuzného:

Pokud dospívající uvede, že jeho jízda s řidičem pod vlivem návykových látek se týkala rodiče, sourozence nebo jiného blízkého příbuzného, zahrňte do rozhovoru následující body:

- Proberte s dospívajícím bezpečnostní plán. Zvažte možnost další návštěvy, pokud nebude na tento rozhovor dost času.
- „Měl by sis uvědomovat, že taková jízda je nebezpečná, ale především bys měl vědět, že je tvé právo se takovým rizikům nevystavovat. Jízdu v takové situaci odmítni.“

## 3) DALŠÍ OTÁZKY (2. – 6. otázka testu CRAFFT)

Odpověď „NE“ na všechny otázky:

„Kdykoli budeš mít jakékoli dotazy ohledně drog a alkoholu, můžeš se na mě s důvěrou obrátit. Náš rozhovor budu vždy považovat za důvěrný, pokud nebude v ohrožení jiná osoba. Mou hlavní starostí je tvoje zdraví.“

Odpověď „ANO“ na jednu či více otázek:

„Mám o tebe starost.

(nebo Mám o tebe vážné obavy. Jsem vážně znepokojen.)

Byl bych rád, kdybys přemýšlel o tom, co jsme si o drogách a alkoholu říkali. Kdybys měl pocit, že si o těchto věcech chceš více promluvit, můžeme se domluvit a můžeš za mnou přijít. Budu náš rozhovor považovat za důvěrný, pokud nebudeš ty sám nebo jiná osoba v ohrožení. Mou hlavní starostí je tvoje zdraví.“

### 3/5 Provádění krátké intervence v praxi

Při krátké intervenci lékař využívá autority zdravotnického pracovníka, která je z hlediska dospívajícího jiná než např. autorita rodičovská nebo autorita učitele. Lékař na základě výsledků screeningu vede s dospívajícím krátký rozhovor, který je důvěrný, neobsahuje odsouzení chování dítěte, které by u dospívajícího mohlo vyvolat odpor a nepřijetí dalších informací, je nedirektivní v tom smyslu, že dítěti nepřikazuje, ale nabízí radu. Způsob vedení rozhovoru a jeho atmosféra odpovídá principům MI uvedeným výše.

Vhodná doba pro rozhovor je na konci preventivní prohlídky, tj. po doplnění anamnézy, po somatickém vyšetření a dosažení přátelského verbálního kontaktu. Vždy je vhodné začít základním psychosociálním screeninem (škola, školní výsledky, záliby a volný čas). Pak je možné dostat se i k problematice rizikového chování a negativních návyků. Nejvhodnější je, aby při této části prohlídky nebyl přítomen rodič. Často se při takto vedeném pohovoru dospívající se svou zkušeností nebo problémem s drogami lékaři svěří. Současně se způsobem rozhovoru je podstatné, jaké informace lékař podává. Zásadní význam má stručnost a srozumitelnost sdělení. Z rozhovoru se nesmí stát odborná přednáška. Pro adolescenta je nesmírně důležité, aby cítil, že lékař sám opravdu věří tomu, co mu radí, a svou radu opírá o obavy z možných nepříznivých zdravotních dopadů užívání návykových látek. Výhodné je, když má lékař osnovu motivačního rozhovoru, kterou může využít dle aktuální situace a potřeb pacienta. Osnova rozhovoru, která se osvědčila v projektu *Systematická prevence užívání drog* a která obsahuje příklady formulací, které lékař může různě obměňovat, je uvedena v rámečku na straně 7.

#### Hlavní zdroje informací

- Behrman R.E., Kliegman R.M., Jenson H.B. (2004, 2007) Nelson Textbook of Pediatrics 17th and 18th Edition, Saunders Philadelphia, Pennsylvania USA, str. 656 resp. 826.
- Csémy L., Knight J.R., Starostová O., Sherritt L., Kabiček P., Van Hook S. (2008) Screening rizikového užívání návykových látek u dospívajících: zkušenosti s českou adaptací dotazníku CRAFFT. *Vox paediatricae*, 8.
- Csémy, L., Chomynová, P. and Sadílek, P. (2008) ESPAD 07 - Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika 2007. Přehled hlavních výsledků za rok 2007 a trendů za období 1995 až 2007. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Csémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P. (2009) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) - Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007. Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-94-9. 172 stran.
- Kabiček P., Hamanová J. (2005) Prevence rizikového chování v dospívání. *Postgraduální medicína*, 7, příloha č. 2: 57-60.
- Kabiček P., Jacobs P., Hamanová J., Frouzová M. (2006) Aktuální problematika dorostového lékařství, péče o dospívající ohrožené abúzem návykových látek. *Postgraduální medicína*, 8: 156-161.
- Kabiček P., Sulek Š., Mizerová L. (2010) Syndrom rizikového chování v dospívání (možnosti efektivní prevence v oblasti abúzu návykových látek). *Pediatric pro praxi*, 11: 46-48.

- Knight J.R., Sherritt L., Shrier L. et al. (2002) Validity of the CRAFFT Substance Abuse Screening Test Adolescent Clinic Patients. *Arch. Pediatr. Adolescent. Med.*, 156: 607-614.
- Knight, J.R. (2001) The role of the primary care provider in preventing and treating alcohol problems in adolescents. *Ambulatory Pediatrics*, 1 (3): 150-161.
- Knight J.R.: Adolescent Substance Use: Screening and Early Intervention in the Pediatric Office. *Seminář - Význam protidrogové intervence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost*. Praha IPVZ, 4.12.09
- Kolektiv autorů (2006) *Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost*. Praha: Cepros.
- Levy S, Sherritt L, Gabrielli J, Shrier LA, Knight JR (2009) Screening adolescents for substance use-related high-risk sexual behaviors. *J Adolesc Health*. 2009 Nov;45 (5): 473-7. Epub.
- Miller, W. R. (1995) *Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers*. Clinical research guide for therapists. <http://www.motivationalinterview.org/clinical/METDrugAbuse.pdf> [staženo 25. 5. 2010].
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., & Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In Howard, G.S. and Nathan, P.E. (Eds.), *Issues in alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-82). Notre Dame, Ind: University of Notre Dame Press.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 390-395.
- Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12: 38-48.
- Project MATCH Research Group (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17: 1130-1145.

#### Informace na Internetu

ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs): <http://www.espad.org>  
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Zdravotnická ročenka ČR 2006, 2007, 2008 <http://www.uzis.cz>  
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: <http://www.drogy-info.cz>

#### Zaostřeno na drogy

**Vydává** ■ Úřad vlády České republiky

Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

IČO 00006599

**Adresa redakce** ■ Vladislavova 4, Praha 1, tel. 296 153 222

**Odpovědný redaktor** ■ Ing. Eva Škrdlantová

**Autoři tohoto čísla** ■ MUDr. Pavel Kabiček, CSc., PhDr. Ladislav Csémy,

MUDr. Štěpán Sulek, MUDr. Linda Mizerová

Toto číslo vyšlo 23. června 2010. Vychází nejméně 6x ročně.

Evidenční číslo Ministerstva kultury ČR: MK ČR E 14088.

ISSN 1214-1089

**Neprodejně. Distribuci zajišťuje vydavatel.**

© Úřad vlády České republiky, 2010

**Toto číslo Zaostřeno na drogy připravilo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.**

**Editoři tohoto čísla: Mgr. Roman Pešek, MUDr. Viktor Mravčík**