

# Prevence rizikového a škodlivého užívání návykových látek a péče o závislé

Vodítka pro praktické lékaře a jiné zdravotnické profese



Sestavili Ladislav Csémy a Eva Čápová

Autoři

Ladislav Csémy

Jozef Čupka

Magdalena Frouzová

Eva Králíková

Pavel Kabíček

Karel Nešpor

Petr Popov

Hana Sovinová

Alena Večeřová-Procházková

Jarmila Vedralová

Martin Větrovec

Vydal CEPROS, Centrum výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdraví, o.p.s.  
1. vydání. Neprodejné. • Vydáno za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR.  
[www.cepros.cz](http://www.cepros.cz)

© CEPROS, 2013

ISBN 978-80-260-7070-2

ISBN 978-80-260-7071-9 (e-publikace, [www.cepros.cz](http://www.cepros.cz))

# Prevence rizikového a škodlivého užívání návykových látek a péče o závislé

Vodítka pro praktické lékaře a jiné zdravotnické profese



# Obsah

<i>MUDr. Hana Sovinová, MUDr. Josef Čupka a PhDr. Ladislav Csémy</i> <b>Skríning a krátké intervence u rizikového a škodlivého pití alkoholu</b> . . . . .	<b>5</b>
<i>Doc. MUDr. Eva Králíková, CSc.</i> <b>Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku – klíčová role ambulantních lékařů.</b> . . . . .	<b>15</b>
<i>PhDr. Magdalena Frouzová</i> <b>Možnosti intervence v oblasti rizikového a problémového užívání drog</b> . . . . .	<b>23</b>
<i>Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.</i> <b>Prevence zneužívání léků a přístupy při zvládnání lékové závislosti</b> . . . . .	<b>31</b>
<i>Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.</i> <b>Problémy působené hazardní hrou</b> . . . . .	<b>38</b>
<i>MUDr. Alena Večeřová-Procházková a Prim. MUDr. Petr Popov</i> <b>Možnosti poskytování substituce pro osoby závislé na opiátech v nespécializovaných zdravotnických zařízeních.</b> . . . . .	<b>47</b>
<i>Mgr. Martin Větrovec</i> <b>Přístupy zaměřené na snižování škod a jejich využití v práci s uživateli nealkoholových drog.</b> . . . . .	<b>55</b>
<i>Mgr. Jarmila Vedralová</i> <b>System péče</b> . . . . .	<b>57</b>



# Skríning a krátké intervence u rizikového a škodlivého pití alkoholu

MUDr. Hana Sovinová, Státní zdravotní ústav, Praha

MUDr. Josef Čupka, 1. lékařská fakulta UK, praktický lékař pro dospělé

PhDr. Ladislav Csémy, Psychiatrické centrum Praha

Krátké intervence, jejichž účinnost byla prokázána, jsou stále více oceňovanou formou léčby osob s rizikovým a škodlivým pitím. Zaplňují mezeru mezi primární prevencí a intenzivnější léčbou závažných stupňů onemocnění z alkoholu a usnadňují včasné odesílání závažných případů alkoholové závislosti ke specializované léčbě.

Cílem této části je pomoci pracovníkům primární péče – lékařům, zdravotním sestřám a dalším pracovníkům ve zdravotnictví – při práci s osobami, u nichž se konzumace alkoholu stala nebezpečnou nebo škodlivou pro jejich zdraví.

Při práci s pacienty je účelné využívat doprovodný svépomocný leták a karty č. 1 až 5 v příloze. Jako skrínigová metoda je doporučen dotazník AUDIT, který je rovněž v příloze.

### Důležité pojmy

Pro zdravotníky, kteří nejsou specialisty v oblasti závislostí, je důležité znát definice klíčových pojmů souvisejících s užíváním alkoholu. Tyto klíčové pojmy korespondují s terminologií Desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

**Rozdíly mezi „užíváním (pitím) alkoholu“, „zneužíváním alkoholu“ a „závislostí na alkoholu“**

Termínu užívání/pití alkoholu s nízkým rizikem se vztahuje k pití, které nepřekračuje zákonné normy ani zdravotní doporučení, u něhož není pravděpodobné, že povede k problémům souvisejícím s alkoholem.

Zneužívání alkoholu (nověji se užívá termín rizikové užívání a škodlivé užívání) je obecný termín pro hladinu rizika, sahající od nebezpečného pití k závislosti na alkoholu.

Syndrom alkoholové závislosti je souborem kognitivních, behaviorálních a fyziologických příznaků. Podmínkou stanovení diagnózy závislosti je výskyt či přítomnost tří nebo více následujících jevů během předchozích 12 měsíců:

- silná touha nebo nutkání pít alkohol;
- obtíže s kontrolou nad pitím, týkající se zahájení, ukončení nebo míry pití;
- fyziologické příznaky odnětí při přerušení pití alkoholu či snížení konzumace nebo používání alkoholu ke zmírnění nebo odstranění příznaků odnětí;
- průkaz tolerance, např. vyžadování zvýšených dávek alkoholu k dosažení účinků, k nimž původně dostačovalo méně alkoholu;
- progresivní zanedbávání jiných oblíbených činností či zájmů kvůli pití alkoholu;
- pokračování v pití navzdory jednoznačně škodlivým následkům.

Vzhledem k tomu, že zneužívání alkoholu může způsobit poškození zdraví i bez závislosti na alkoholu, zavádí MKN-10 termín škodlivé užívání. Škodlivé užívání je definováno jako charakter pití, který již způsobuje poškození zdraví. Může jít o škody fyzické (např. poškození jater při chronické konzumaci) nebo duševní (např. druhotné epizody deprese).

Důležitým pojmem z hlediska skrínungu je rizikové či hazardní pití. Rizikové pití je druhem konzumace alkoholu, který s sebou nese riziko škodlivých důsledků pro pijáka. Těmito důsledky mohou být škody na zdraví, fyzickém či duševním, nebo také sociální/společenské důsledky pro pijáka nebo jiné osoby. Při posuzování rozsahu rizika je třeba brát kromě způsobu pití v úvahu i další faktory, např. rodinnou anamnézu.

I když je třeba určit stav pacienta v termínech škodlivého pití či alkoholové závislosti, stejně důležité je porozumět charakteru/typu rizikového pití. Někteří pacienti mohou konzumovat velká kvanta alkoholu při speciálních příležitostech, a přitom nemusí pít více než doporučené průměrné týdenní množství. Tento typ pití až k intoxikaci představuje akutní formu rizika - úrazy, násilí a ztrátu kontroly s důsledky pro ostatní i pijáka samého.

S ohledem na velkou zátěž zdravotníků v primární péči je nutné, aby intervence byly krátké.

Krátké intervence jsou praktické postupy, jejichž cílem je rozpoznat reálný či potenciální problém s alkoholem a motivovat jedince k aktivní nápravě.

### Skríning jako první krok krátké intervence

Skríning je prvním krokem krátké intervence. Jde o jednoduchý způsob rozpoznání osob, které si mohou pitím alkoholu ohrozit zdraví, stejně jako těch, kteří již mají problémy vážící se k alkoholu, včetně závislosti na něm. Skrínink má i další výhody: poskytuje zdravotníkovi informace potřebné k naplánování intervence a pacientovi osobní zpětnou vazbu, která ho může motivovat ke změně chování ve vztahu k alkoholu.

K systematickému provádění skrínungu se nejlépe hodí standardní ověřený nástroj.

Tento manuál doporučuje AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test), vyvinutý Světovou zdravotnickou organizací k rozpoznání osob s nebezpečnou a škodlivou konzumací alkoholu a též se závislostí na alkoholu. Výhody dotazníku AUDIT:

- je krátký, snadno použitelný a flexibilní, přitom poskytuje informace, na jejichž základě je možné poskytnout pacientům zpětnou vazbu;
- je konzistentní s definicemi škodlivého pití a závislosti na alkoholu, jak je uvádí MKN-10;
- soustřeďuje se na konzumaci alkoholu v posledním čase;
- byl ověřen v mnoha zemích a je k dispozici v mnoha jazycích.

Dotazník AUDIT sestává z deseti otázek. První tři informují o kvantitě a frekvenci pravidelného a příležitostného pití alkoholu. Další tři otázky zjišťují výskyt možných příznaků závislosti a poslední čtyři otázky se ptají na problémy s alkoholem v nedávné době i kdykoli během života.

Po provedení skrínungu je dalším krokem vhodná intervence podle individuálních potřeb pacienta. Typicky se skríning alkoholu používá především k nalezení osob se závislostí na alkoholu, které jsou pak odesílány ke specializované léčbě. V posledních letech byly skríningové postupy upraveny tak, aby bylo možné zachytit rizikové faktory, např. nebezpečné pití a škodlivé pití alkoholu. Pomocí AUDITu lze v přístupu skrínungu a krátké intervence (SKI), jak je popsán v tomto manuálu, u každého pacienta jednoduše provést vhodnou intervenci podle jeho úrovně rizika. Čtyři úrovně rizika a odpovídající počet bodů v AUDITu, uvedené v rámečku 1, představují obecný návod pro přiřazení úrovně rizika na základě počtu bodů v AUDITu. To může být podkladem pro



Rámeček 1		
Hladina rizika	Intervence	Skór AUDIT
1. pásmo	Edukace o alkoholu	0 – 7
2. pásmo	Jednoduchá rada	8 – 15
3. pásmo	Jednoduchá rada plus stručné poradenství a další sledování	16 – 19
4. pásmo	Odeslání ke specialistovi k vyšetření a léčbě	20 – 40

klinické rozhodování o intervencích tak, aby co nejlépe odpovídaly situaci jednotlivých pacientů. Přitom vyšší počet bodů v AUDITu obecně indikuje závažnější úroveň rizika. Dělicí body však nejsou podloženy natolik velkým množstvím důkazů, aby byly normativní pro všechny skupiny jedinců.

**1. rizikové pásmo** se týká většiny pacientů ve většině zemí. Méně než 8 bodů znamená pití alkoholu s velmi nízkým rizikem. I když není třeba žádné intervence, je poučení o alkoholu u mnoha lidí vhodné z několika důvodů: přispívá k obecné informovanosti o rizicích spojených s alkoholem a působí preventivně, může být účinné u pacientů, kteří při vyplňování testu zmenšili rozsah své konzumace, a pacientům s problémy v minulosti připomenout rizika spojená s případným návratem k nebezpečnému pití.

**2. rizikové pásmo**, do něho spadá významná část pacientů v mnoha zemích. Spočívá v pití alkoholu v míře přesahující doporučené limity. Z epidemiologických dat je zřejmé, že riziko problémů s alkoholem se významně zvyšuje, přesáhne-li konzumace 20 g čistého alkoholu na den, což je v ČR ekvivalentem přibližně dvou sklenic výčepního piva (0,33 l). Dosažení 8 až 15 bodů obecně indikuje nebezpečné pití, ale v tomto pásmu již mohou být i pacienti se škodlivým pitím a závislostí na alkoholu.

**3. rizikové pásmo (škodlivé pití)** znamená spotřebu alkoholu, která konzumenta poškozuje. Ten může vykazovat i příznaky závislosti. Pro pacienty v tomto pásmu je nutná kombinace jednoduchého poučení, stručné rady a soustavného sledování. Počet bodů v rozmezí 16 až 19 již ukazuje na škodlivé pití nebo závislost, při nichž je třeba důkladnějšího klinického postupu.

**4. rizikové pásmo (závislost)** se týká osob s více než 20 body. Tyto pacienty je třeba odeslat ke specialistovi (je-li dostupný) k bližšímu vyšetření a eventuální léčbě alkoholové závislosti. Zdravotníci by však měli vědět, že závislost má různou závažnost a může být klinicky významná již v nižších bodových pásmech.

(Dotazník AUDIT tvoří přílohu tohoto manuálu)

## Krátká intervence - edukace o alkoholu a motivační rozhovor

### Edukace o alkoholu pro konzumenty s nízkým rizikem

U většiny lidí pití alkoholu během doby kolísá. Proto ten, kdo v současnosti pije jen mírně, může v budoucnosti konzumaci zvýšit. Reklamy výrobců alkoholu a mediálně šířené příběhy o prospěšnosti pití alkoholu mohou nepijící osoby vést k pití z tzv. zdravotních

důvodů a mírné pijáky ke zvýšené konzumaci. Proto krátké ústní poučení nebo písemná informace o rizicích alkoholu mohou zabránit nebezpečnému či škodlivému pití v budoucnu.

Pacienty je třeba pochválit za nízkou rizikovitost při pití alkoholu a připomenout jim, že pokud pijí, neměli by překračovat doporučované hranice.

### Práce s rodinnými příslušníky

Dojde-li při návštěvě v rámci primární péče na problém s alkoholem, není neobvyklé, že pacienti mají zájem o informace, aby mohli lépe porozumět nebo pomoci členům své rodiny nebo přátelům. Podle Andersona je poskytování informací rodinám a přátelům důležité ze dvou důvodů:

- poučení může pomoci zmírnit stres, který často zažívají lidé v bezprostředním okolí silného pijáka a
- tito lidé mohou sehrát zásadní roli při pomoci ke změně chování v pití alkoholu.

Poskytovatelé primární péče mohou učinit minimálně několik jednoduchých kroků na pomoc příbuznému či příteli „zápasícímu“ se silným pijákem:

#### **Vyslechnout s účastí**

Požádejte rodinného příslušníka nebo přítele, aby popsal problém s alkoholem, který se pokouší řešit, a jak se ho tento problém týká. Důležité je vždy určit závažnost problému s pitím podle kritérií (rizikové pití, škodlivé pití a syndrom závislosti na alkoholu).

Informaci je třeba považovat za důvěrnou a jakékoli otázky či poznámky je třeba formulovat bez vynášení soudů.

#### **Poskytnout informace**

Informace je druhem podpory. Povzbuzujte k podpoře a společnému řešení problému. Rodina a přátelé mají často největší vliv na rozhodnutí pijáka k pozitivnímu činu. Je

třeba je mít k tomu, aby s problémovým konzumentem promluvili individuálně nebo ve skupině a vyjádřili své obavy, navrhli konstruktivní postup a poskytli mu emoční podporu. Při těchto intervencích je třeba usilovat o pozitivní tón, bez obviňování, negativních výroků či vyostřené konfrontace.

### Rada pro konzumenty v 2. rizikovém pásmu

Krátká intervence ve formě jednoduché rady je obecně vhodná pro pacienty se skórem skríníngového testu AUDIT v rozmezí 8 až 15. I když mnozí zatím nezažili škodlivé důsledky sami na sobě a nezpůsobili žádnou škodu, jsou tito pacienti nositeli rizika:

- chronických zdravotních postižení v důsledku pravidelného pití alkoholu v množstvím přesahujícím doporučení a/nebo
- rizika poranění, násilí, problémů se zákonem, špatné pracovní výkonnosti či sociálních problémů v souvislosti s epizodami akutní intoxikace.

Při zjišťování, zda nebyly překročeny limity nízké rizikovitosti, je třeba věnovat pozornost počtu standardních nápojů na den či týden. U těchto limitů je třeba brát v úvahu jak celkové množství za týden (AUDIT otázka 1 a 2), tak frekvenci epizod silného pití (intoxikace) (AUDIT otázka 3). Obecně řečeno je krátká intervence ve formě jednoduché rady vhodná pro osoby pijící více, než je týdenní limit nízkého rizika, a to i tehdy, pokud se neprojevuje škodlivost tohoto počínání. Pacienti, kteří pijí pod touto úrovní, ale uvádějí (otázka 3) konzumaci více než 60 g čistého alkoholu při jedné příležitosti (v mnoha zemích 4 až 6 nápojů) jednou či vícekrát během posledního roku, by měli obdržet radu, aby se vyhýbali intoxikaci.

### Podání jednoduché rady pijákům 2. rizikového pásma

Na základě klinických studií a praktických

zkušeností z časných intervenčních programů v mnoha zemích je jednoduchá rada pomocí svépomocného letáku pro pacienty nejvhodnější intervencí pro pijáky ve 2. pásmu rizika (leták je zařazen do přílohy tohoto manuálu a je českou adaptací příručky WHO Project on Identification and Management of Persons with Harmful Alcohol Consumption (Projekt identifikace a léčby osob se škodlivou konzumací alkoholu). V kartách 1 až 5 jsou uvedeny příklady postupných kroků, jak problematiku uvést a co říci ke každé jednotlivé kartě.

Pro zjištění, že se pacient v AUDITu nachází v pásmu vhodném pro jednoduchou radu, je třeba v úvodní větě pacienta na tuto intervenci připravit. Nejlepším úvodem je poukaz na výsledky skríninového testu ohledně frekvence, množství a charakteru pití a problémů souvisejících s alkoholem. Pak je třeba pacientovi ukázat leták *Sám proti alkoholu*. Ten obsahuje nejen všechny potřebné informace, ale i kompletní vizuální návod pro zdravotníka poskytujícího radu. Při procházení svépomocného letáku spolu s pacientem lze provést standardní krátkou intervenci uceleně a přirozeným způsobem, vyžadujícím pouze minimální zacvičení a zkušenosti zdravotnického pracovníka.

### ***Podejte zpětnou vazbu/reagujte na výsledky skríningu***

Zdravotník by měl s pacientem projít karty č. 2 – 5 jednu po druhé, počínaje pyramidou konzumenta alkoholu (karta č. 2), jejímž smyslem je demonstrovat, že konzumace pacienta spadá do rizikové kategorie pití.

### ***Poskytněte informace***

Zdravotník by měl taktně, avšak rozhodně pobídnout pacienta k okamžité snaze o snížení rizik spojených se současnou úrovní pití alkoholu. Využijte karty č. 3 „Následky/Účinky vysoce rizikového pití“ ke zdůraznění konkrétních rizik, pokud bude pacient v pití převyšujícím doporučený limit pokračovat.

### ***Stanovte cíl***

Nejdůležitější částí jednoduché rady je, aby si pacient ve vztahu k pití alkoholu stanovil cílovou změnu chování. Svépomocný leták poskytuje návod k volbě cíle v podobě úplné abstinence nebo nízce rizikového pití. Obecně platí, že nejlepším přístupem je vést pacienty k jejich vlastnímu rozhodnutí. Tam, kde pacienti očekávají od lékařů jasné instrukce, může být více direktivnější přístup na místě.

Při stanovení cíle ohledně pití alkoholu je důležité rozpoznat jedince, které je třeba povzbuzovat k úplné abstinenci. Nízce rizikové pití není vhodným cílem:

- pro osoby s anamnézou závislosti na alkoholu nebo drogách (vyplývající z předchozí léčby) nebo s poškozením jater;
- pro osoby s dřívější nebo současnou závažnou duševní nemocí;
- pro těhotné ženy;
- pro pacienty s nemocemi či léky, u nichž je nutná úplná abstinence.

Pacienti, kteří váhají se stanovením cíle nebo odmítají uznat potřebnost jeho přijetí, mají pravděpodobně závažnější problémy, které je nejlépe řešit pomocí stručného poradenství a příbuzných motivačních přístupů, popsanych v následující kapitole (Stručné poradenství u pijáků v 3. rizikovém pásmu).

### ***Upozorněte na limity/hranice***

Většina pacientů si pravděpodobně zvolí za cíl nízce rizikové pití alkoholu. Pak musí souhlasit s omezením konzumace na úroveň nízkorizikového pití, jak uvádí karta č. 5. Tyto limity nejsou ve všech zemích stejné. Kolísají v závislosti na národních zvyklostech, charakteru společnosti a místních zvycích v pití alkoholu. Dále se mohou lišit podle pohlaví, tělesné hmotnosti i toho, zda je pití alkoholu spojeno s jídlem; všechny tyto aspekty mohou mít vliv na metabolismus a zdravotní důsledky alkoholu.

### Vzorový scénář podání jednoduché rady k redukci pití v pásmu nízkého rizika

Krátce uveďte problematiku

„Viděl jsem výsledky dotazníku, který jste před chvílí vyplnil. Pokud si vzpomínáte, byly to otázky na to, kolik alkoholu pijete a zda jste někdy měl problémy ve spojitosti s pitím alkoholu. Z Vašich odpovědí se zdá, že zde může být riziko, že budete mít problémy spojené s alkoholem, když budete i nadále pít v dosavadní míře. Rád bych si s vámi o tom pár minut pohovořil.“

Předložte materiály z tohoto Manuálu: svépomocný leták „Sám proti alkoholu – Jak účinně předcházet problémům s alkoholem“ a karty č. 2 – 5.

„Nejlépe Vám zdravotní rizika Vaší konzumace alkoholu vysvětlím na obrázcích těchto karet. Můžeme si je projít společně a pak vám dám tuto skládačku s sebou domů. Obrázek na kartě nazvané „Pyramida konzumenta alkoholu“ ukazuje čtyři typy pijáků. Někteří lidé jsou úplnými abstinenty, většina lidí však pije umírněně. Druhá vrstva pyramidy reprezentuje rizikové konzumenty, jejichž zdraví alkohol může ohrožovat. Ve třetím pásmu jsou konzumenti s vysokým rizikem, kdy škody působené alkoholem je možné objektivně zjišťovat. A špičku pyramidy představují lidé, kterým se někdy říká alkoholici. Jsou to ti, které jejich pití dovedlo k závislosti a závažným problémům. Vaše odpovědi v dotazníku ukazují, že spadáte do kategorie s vysokým rizikem. Vaše úroveň pití představuje riziko pro vaše zdraví a možná i pro další oblasti Vašeho života.“

Ukažte kartu č. 3 a podejte informace o účincích vysoce rizikového pití

„Na tomto obrázku je dobře vidět, jaký druh zdravotních problémů vysoce rizikové pití alkoholu vyvolává. Pocítil/zažil jste někdy některé z těchto problémů? Nejlepší způsob, jak se jim vyhnout a snížit hrozící rizika, je omezit frekvenci i množství pití anebo přestat s pitím úplně.“

Ukažte kartu č. 4 a prodiskutujte nutnost přestat pít nebo omezit pití

„Pro Vás je nyní důležité, abyste pití omezil anebo s alkoholem na chvíli úplně přestal. Hodně lidí před Vámi to zkusilo a zjistili, že je to možné. Byl byste ochoten to také zkusit? Vy sám nejlíp víte, zda jste někdy měl projevy závislosti na alkoholu, např. ranní nevolnost nebo třes, anebo jestli můžete vypít velké množství alkoholu, a nezdáte se opilý. Je-li tomu tak, měl byste s pitím přestat úplně. Pokud většinou nepijete nadměrně a nemáte pocit ztráty kontroly nad alkoholem, pak je možné pití jen omezit.“

U pacientů, kteří se rozhodnou pít na úrovni nízkého rizika, použijte kartu č. 5 a diskutujte o rozumných mezích pití alkoholu.

### Ukažte na kartě č. 6, co je standardní nápoj

„Pro praxi je nezbytné vědět, kolik alkoholu je obsaženo v různých nápojích, které pijete. Když to budete znát, sečtete nápoje a pokusíte se zůstat v mezích nízkého rizika. Na tomto obrázku jsou různé druhy alkoholických nápojů. Věděl jste, že sklenka vína, sklenice piva a jedna malá sklenka (panák) destilátu obsahují přibližně stejné množství alkoholu? Takže jediné, co musíte, je počítat standardní nápoje vypité v jednom dni.“

### Končete povzbuzením

„Teď, když už víte, jaká rizika jsou s pitím spojena a jaké meze jsou rozumné, chcete se na něco zeptat? Pro mnohé lidi bylo uklidňující, že mohou sami udělat něco, čím prospějí svému zdraví. Věřím tomu, že se budete schopen řídit touto radou a omezíte pití alkoholu tak, aby riziko s ním spojené bylo nízké. Pokud by to bylo obtížné a nebyl byste schopen pití omezit, musíte přijít a budeme hledat jiné řešení.“

Doporučení, z nichž plyne, že riziko různých zdravotních škod a sociálních důsledků je zvýšeno při konzumaci vyšší než 20 g alkoholu denně, vycházejí z poznatků epidemiologických výzkumů. Stejně množství požitá při jedné příležitosti nejspíše také zvýší riziko nehod a úrazů vzhledem k psychomotorické poruše způsobené alkoholem. Proto platí: ne více než dva standardní nápoje denně. Jak mužům, tak ženám je třeba doporučit, aby alkohol pili nejvýše pět dní v týdnu. Dále je třeba připomenout situace, v nichž nemají pít vůbec žádný alkohol.

### **Vysvětlete, co je standardní nápoj (karta č. 6)**

Pokud si pacient zvolil omezení pití a byly mu vysvětleny doporučované hranice nízkorizikového pití, je třeba pomocí ilustrací na kartě vysvětlit koncept standardního nápoje. Každý vyobrazený nápoj představuje jeden „standardní nápoj“.

### **Povzbuďte pacienta**

Uvědomte si, že hazardní pijáci nejsou na alkoholu závislí, a proto mohou snáze změnit své chování ve vztahu k němu. Zdravotník by se měl snažit pacienta motivovat opakovaným důrazem na potřebu snížit ri-

ziko a pobízet ho, aby začal hned. Vzhledem k tomu, že změnit návyky není snadné, je potřeba pacienta povzbuzovat i v tom smyslu, že na občasné nezdary je třeba pohlížet jako na příležitost k vypracování lepších způsobů, jak spolehlivěji dosáhnout cíle. Např. je možné říci: „Možná nebude snadné omezit pití a nepřekračovat dané hranice. Pokud se stane, že meze překročíte, snažte se přijít na to, proč k tomu došlo, a přemýšlejte, jak na to, aby se Vám to příště nestalo. Pokud si pokaždé uvědomíte, jak důležité je snížit riziko spojené s alkoholem, zvládnete to.“

### **Jak zvýšit účinnost rady:**

#### **Dejte najevo pochopení a pacienta nesudte**

Zdravotníci by měli vycházet z toho, že pacienti rizika spojená s alkoholem často skutečně neznají, a neměli by je obviňovat z jejich ignorování. Vzhledem k tomu, že nebezpečné pití nebývá permanentní záležitostí, ale stavem, k němuž mnozí lidé sklouznou pouze během určitého období života, nemělo by lékaři činit obtíže dát pacientovi najevo vstřícnost, aniž by bagatelizoval jeho současné chování ve vztahu k alkoholu. Pamatujte, že pacienti nejlépe zareagují na upřímnou obavu a podporu ve

formě rady ke změně. Odsudky mohou mít kontraproduktivní účinek a vést k odmítnutí jak rady, tak i toho, kdo ji podává.

### ***Bud'te autoritativní***

Zdravotničtí pracovníci mají autoritu, vyplývající z jejich znalostí a dovedností. Pacienti si jich pro jejich erudici obvykle váží. Využijte převahy, vyplývající z této autority. Když pacientovi sdělujete, že pije nad stanovený limit, vystupujte jednoznačně, objektivně a osobně. Pacienti poznají skutečnou obavu o své zdraví, která od Vás zazní formou autoritativní rady omezit pití nebo s ním úplně přestat.

### ***Oslabte odmítnutí***

Někdy pacienti nejsou připraveni změnit ve vztahu k alkoholu své chování. Někteří popírají, že pijí příliš, a odolávají všem návrhům ke snížení konzumace alkoholu. Máte-li pomoci pacientům, kteří nejsou připraveni ke změně, ujistěte se, že vystupujete autoritativně, ale ne konfrontačně. Nikdy nevyhrožujte a nepoužívejte pejorativní výrazy, např. „alkoholik“. Místo toho pacienta motivujte podáním informace a vyjádřením obavy. Pokud výsledky skríníngu ukazují na vysokou úroveň pití nebo problém související s alkoholem, využijte této informace a požádejte pacienta, aby Vám vysvětlil rozdíl mezi tím, co říká dnešní medicína, a jeho vlastním názorem na situaci. Pak budete moci přejít k argumentaci, že věci nejsou tak v pořádku, jak si myslí.

### ***Motivujte pacienta***

Vzhledem k tomu, že smyslem jednoduché rady je usnadnit změnu chování, je nezbytné, aby se pacient tohoto procesu účastnil. Nestačí mu pouze říci, co má dělat. Nejúčinnějším přístupem je zapojit ho do procesu rozhodování. To znamená zeptat se ho na důvody pití a zdůraznit, jaký osobní prospěch mu přinese omezení pití na nízké riziko nebo

abstinance. Ze všeho nejdůležitější je, aby si pacient zvolil za cíl nízké rizikové pití nebo abstinenci a v závěru souhlasil s tím, že se pokusí zvoleného cíle dosáhnout.

### ***Sledování***

Pravidelné sledování každého pacienta je elementární součástí medicínské praxe. Vzhledem k tomu, že při nebezpečném pití ještě nedochází ke škodám, nevyžaduje sledování hazardních pijáků žádné urgentní či nákladné výkony.

Nicméně sledování je třeba naplánovat tak, aby odpovídalo pocítovanému stupni rizika a pacient mohl ohledně alkoholu dosáhnout úspěchu v plnění stanoveného cíle.

Je-li pacient úspěšný, je třeba ho dále povzbuzovat. Není-li, měl by mu zdravotník poskytnout stručné poradenství nebo ho odeslat k diagnostickému vyšetření.

## **Stručné poradenství pro pijáky ve 3. rizikovém pásmu**

### ***Pro koho je vhodné stručné poradenství?***

Intervence ve formě stručného poradenství je obecně vhodná u osob, které ve skríníngovém testu AUDIT dosáhly 16 až 19 bodů. U těch se nejspíše jedná o škodlivé pití a:

- již mají zdravotní problémy ve fyzické i duševní oblasti v důsledku pravidelné konzumace alkoholu přesahující limity nízké rizikového pití anebo
- zažívají úrazy, dopouštějí se násilí a mají problémy se zákonem, špatnou pracovní výkonnost či sociální problémy v důsledku častých intoxikací.

Třebaže osoby s tímto počtem bodů všeobecně pijí více než osoby se skórem nižším než 16, hlavní rozdíl spočívá v odpovědích na otázky č. 9 a 10, ukazující na projevy škodlivosti. Někteří pacienti této kategorie skutečně nemusí pít více než osoby ve



2. pásmu. Pokud pacient naznačuje, že měl v posledním roce nehodu či úraz, anebo ostatní dávají najevo obavy, je namístě uvažovat o stručném poradenství.

Stručné poradenství může být vhodné také u rizikových konzumentů, kteří potřebují trvale nebo po určitou dobu abstinovat. Může se jednat o těhotné a kojící ženy a osoby užívající léky, u nichž je alkohol kontraindikován.

Stručné poradenství má čtyři základní prvky:

### ***Podějte krátkou radu***

Dobrý způsob, jak začít stručné poradenství, je aplikovat stejné postupy, jaké jsou popsány výše v oddíle o jednoduché radě. Pacient je v tomto případě informován o tom, že výsledky skrínungu svědčí pro škody v kategorii konzumace s vysokým rizikem, jak ukazuje pyramida konzumenta alkoholu (karta č. 2). Je třeba jednotlivě uvést specifické škody (rozpoznané pomocí AUDIT a na základě aktuálních příznaků pacientů) a zdůraznit závažnost situace poukazem na ilustraci (karta č. 3).

### ***Posuzujte vývoj a přizpůsobte poradenství stadiu změny***

Důležitou pomůckou stručného poradenství může být kromě počátečního skrínungu další posouzení. Diagnostické posouzení zahrnuje širokou analýzu faktorů přispívajících k nadměrnému pití, k přetrvávání vysoké úrovně konzumace, k závažnosti problému i důsledkům s ním spojených. Jiným typem posouzení je motivační stadium pacienta, které může kolísat od nedostatečného zájmu změnit chování ve vztahu k alkoholu (prekontemplace) až ke skutečnému zahájení programu úpravy pití (akční stadium).

Stádia změny jsou procesem, který ukazuje, jak lidé promýšlejí, zahajují a udržují nový způsob chování ve vztahu ke svému zdraví. Je-li pacient již připraven k aktivnímu jednání,

měl by se zdravotník zaměřit na stanovení cílů a zajištění pacientova odhodlání omezit konzumaci alkoholu. U většiny pacientů je třeba postupovat ve standardní sekvenci zpětná vazba - informace - kladení cílů - rada a povzbuzení, s malými modifikacemi diktovanými aktuálním stadiem změny.

### ***Nácvik dovedností prostřednictvím svépomocného letáku *Sám proti alkoholu* (v příloze)***

Důraz při krátké intervenci na:

- zpětnou vazbu k výsledkům skrínungu a informace o nebezpečích pití alkoholu,
- prospěšnost změny,
- podání informace o problémech souvisejících s alkoholem a rizicích oddalování změny;
- diskuzi, jak zvolit cíl,
- zopakování rady,
- povzbuzení.

Leták „Sám proti alkoholu“ podává praktické rady, jak snížit pití alkoholu na úroveň doporučených limitů. Základem jsou postupy/strategie k behaviorální změně ve prospěch zdraví, používané při edukaci lidí ke změně chování ve vztahu k alkoholu.

Většina pacientů může s tímto svépomocným materiálem pracovat s jen minimálním vysvětlením a vedením, ale pro některé by bylo užitečné, kdyby s nimi leták prošel zdravotnický pracovník a jejich odvykací plán byl hotový před jejich odchodem z ordinace nebo ambulance.

### ***Sledování***

Strategie/postupy k udržení dosažených výsledků je třeba zabudovat do poradenského plánu od samého začátku. Pracovník provádějící stručné poradenství by měl pokračovat v poskytování podpory i zpětné vazby a asistovat při volbě, dosažení a udržení realistických cílů. To zahrnuje

pomoc pacientovi nalézt spouštěče relapsu a rizikové situace. Vzhledem k tomu, že pacienti, jimž je poskytováno stručné poradenství, současně trpí zdravotními problémy v důsledku konzumace alkoholu, je jejich pravidelné sledování, přiměřeně stupni rizika, během poradenství a po určitou dobu i po něm zcela nezbytné. Pokud pacient dělá pokroky a přibližuje se k cíli anebo ho již dosáhl, lze monitorování omezit na jednu návštěvu za půl roku až za rok. Na druhou stranu, pokud několik měsíců přetrvávají pacientovy potíže s dosažením a udržení stanoveného cíle, je třeba zvážit jeho odeslání do specializované léčby.

### **Konzumenti ve 4. rizikovém pásmu (pravděpodobná závislost na alkoholu)**

Krátká intervence není náhradou péče o pacienty se středně závažnou až vysokou úrovní závislosti na alkoholu. Tento druh intervence však lze použít k motivaci pacientů, kteří potřebují specializovanou léčbu, aby s ní začali. Zdravotník by měl tyto pacienty umět doporučit do příslušného odborného zařízení.

### **Poděkování**

Autoři při přípravě této kapitoly čerpali ze zkušeností, které získali v rámci účasti na projektu PHEPA 2: Primary Health Care European Project on Alcohol (Primární zdravotní péče a alkohol) a využili metodické materiály vzniklé v rámci projektu, především práci Alkohol a primární zdravotní péče. Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence. Tento text je volně ke stažení na [www.kratkeintervence.cz](http://www.kratkeintervence.cz) a rovněž na webových stránkách projektu PHEPA [www.phepa.net](http://www.phepa.net)

Projekt PHEPA byl podpořen Evropskou komisí a Katalánským ministerstvem zdravotnictví. Projektu se zúčastnilo 17 evropských zemí, včetně ČR.

Originální anglická verze Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005) Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona je dostupná na [www.phepa.net](http://www.phepa.net). Na téže stránce jsou dostupné i překlady do dalších jazyků).

### **Doporučená literatura dostupná v českém jazyce**

Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2007) Alkohol a primární zdravotní péče. Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence. Praha, Státní zdravotní ústav. Dostupné ve formátu pdf na [www.szu.cz](http://www.szu.cz) nebo na [http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/kratke\\_intervence\\_publicace.pdf](http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/kratke_intervence_publicace.pdf)

Babor, F., T.; Higgins-Biddle, C., J. (2010) Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití. Praha, Státní zdravotní ústav, druhé vydání. Dostupné ve formátu pdf na [www.szu.cz](http://www.szu.cz) nebo na [http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/kratke\\_intervence\\_publicace.pdf](http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/kratke_intervence_publicace.pdf)



# Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku – klíčová role ambulantních lékařů

Doc. MUDr. Eva Králíková, CSc., Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha

### Závislost na tabáku (diagnóza F17)

je chronické recidivující onemocnění, jehož účinná léčba existuje. V České republice kouří více než 2 miliony osob (asi 30 % dospělých). Na následky nemocí vyvolaných kouřením umírá ročně přibližně 16 000 lidí (19 % všech úmrtí). Především jde o úmrtí na nádorová, kardiovaskulární a respirační onemocnění, ale kouření se podílí na vzniku či přinejmenším zhoršeném průběhu prakticky všech klinických stavů. Proto je velmi důležité, aby účinná léčba byla aplikována v co nejširší míře. Kromě specializovaných center pro závislé na tabáku, kam přijde jen zlomek kuřáků, jsou to především ambulantní lékaři, ale i všichni kliničtí pracovníci, kteří mohou i přes vytíženost a nedostatek času během několika minut formou krátké strukturované intervence významně ovlivnit zdraví svých pacientů.

### Definice kuřáctví

Kouření cigaret je u nás nejrozšířenější formou užívání tabáku, i když v poslední době se rozšiřuje kouření doutníků, méně dýmek. Tabák je možné konzumovat i bez spalování, jako bezdýmý (anglicky smokeless).

*Nekuřák:* nikdy nevykouřil 100 a více cigaret

*Bývalý kuřák:* během života vykouřil 100 a více cigaret, ale v současné době nekouří

*Příležitostný kuřák:* v současné době kouří, ale ne denně

*Pravidelný (denní) kuřák:* v současné době kouří nejméně 1 cigaretu denně

### Cíl léčby

Cílem je dlouhodobá naprostá abstinence. Ta je definována jako nejméně 6, lépe

však 12 měsíců bez kouření. Toleruje se většinou maximálně 3-5 cigaret během této doby. Ve studiích zaměřených na účinnost léčby se abstinence obvykle prokazuje biochemicky.

### Biochemická validizace expozice tabákovému kouří

Nejběžnější je průkaz CO ve vydechovaném vzduchu, případně stanovení kotininu v tělních tekutinách.

Oxid uhelnatý (CO) je produktem spalování, není tedy zcela specifický pro kouření. Navíc je prokazatelný pouze po dobu cca 12 hodin. Měří se v ppm (parts per million, částice na milion) ve speciálním přístroji (například přístroj UBLOW <http://eurotexsro.eu/ublow/produkty/>). Právě pro možnost zkreslení se považují hodnoty do 6 ppm za nekuřácké, 7-9 ppm může být po jedné či dvou cigaretách nebo i po dlouhodobém pobytu v zakouřené místnosti, hodnoty 10 ppm a více se považují za prokázané kouření v posledních 12 hodinách.

Kotinin je metabolit nikotinu, který je zcela specifický pro expozici nikotinu (falešně pozitivní výsledek tady dostaneme pouze u těch pacientů, kteří užívají nikotin ve formě léků). Prokazatelný je po době nejméně dvou až tří dnů od poslední cigarety – rychlost metabolismu je však individuální, může to být i déle. Vyšetření je možné ze slin, moče nebo krve a je dostupné většinou jen ve větších nemocnicích.

### Diagnostika

Závislost na tabáku zahrnuje jednak psychosociální a behaviorální závislost (spojení

kouření s určitými podněty) a jednak biologickou závislost na nikotinu. Není mezi nimi přesná hranice a nelze je zcela oddělit. Psychosociální závislost je v určité míře prakticky u všech kuřáků, závislost na nikotinu u cca 70 – 80 % z nich.

Poločas nikotinu v krvi jsou 2 hodiny, tedy kuřák závislý na nikotinu kouří nepochybně denně, většinou 10 a víc cigaret/den, cítí potřebu zapálit si většinou do hodiny po probuzení a při abstinenci pociťuje abstinční příznaky: lačnění/touha kouřit, špatná nálada/deprese, poruchy spánku, úzkost, nesoustředěnost, neschopnost koncentrace, zvýšená chuť k jídlu.

### Stanovení diagnózy závislosti na nikotinu

Pro rychlou diagnostiku postačí v praxi otázka: Jak brzo po probuzení máte potřebu si zapálit? V případě, že do hodiny, je kuřák nepochybně na nikotinu závislý.

### Současná doporučení léčby

Nejčastěji citovaná a nejobsáhlejší jsou doporučení 3. verze amerického panelu z r. 2008, která se opírají o velmi rozsáhlou výzkumnou evidenci. Jsou podkladem evropských či českých doporučení.

Zdůrazňují účinnost strukturované intervence i telefonních linek pro odvykání kouření. Účinnou farmakoterapii rozšířil nový lék vareniclin, hodnocený jako nejúčinnější. Navíc je prokázána efektivita kombinací farmakoterapie. Zejména pro Českou republiku je důležitý průkaz vysoké výhodnosti hrazení této léčby (jak intervence zdravotníkům, tak farmakoterapie pacientům) i to, že její dostupnost zdarma zvyšuje úspěšnost.

### Závěry:

- Závislost na tabáku je chronické onemocnění, které vyžaduje opakované intervence. Účinná léčba však existuje a významně zvyšuje abstinenci.

- Je nutné indentifikovat a dokumentovat užívání tabáku při každé klinické návštěvě pacienta.
- Léčba závislosti na tabáku je účinná napříč různými populacemi. Každému kuřákovi, který si přeje přestat kouřit, by měla být nabídnuta konzultace a účinná farmakoterapie.
- Každému uživateli tabáku by se mělo dostat alespoň krátké intervence, která je také účinná.
- Individuální, skupinové a telefonní proaktivní konzultace jsou účinné v závislosti na intenzitě léčby. Během nich by měl zdravotník poskytovat pacientovi zejména praktické rady a sociální podporu.
- S výjimkou kontraindikací by měla být doporučena medikace všem pacientům, pro něž se prokázala jako účinná. Je to sedm léků první linie: bupropion SR, nikotinová žvýkačka, nikotinový inhalátor, nikotinová pastilka, nikotinový nosní sprej, nikotinová náplast a vareniclin. Lékař by také měl zvážit kombinace léků.
- Kombinace intervence a farmakoterapie je účinnější než oba tyto postupy samostatně, měly by tedy být rutinně nabízeny společně.
- Účinná je i telefonní linka pro odvykání kouření. Pokud kuřák momentálně neplánuje přestat kouřit, lékař by měl použít účinné motivační postupy – zvýší tak pravděpodobnost pokusů přestat i pravděpodobnost abstinence i u kuřáků dosud nerozhodnutých přestat.
- Léčba závislosti na tabáku je klinicky účinná a vysoce ekonomicky výhodná v porovnání s ostatními klinickými intervencemi. Její hrazení zvyšuje úspěšnost.  
Dále uvedené postupy vycházejí z doporučení amerického panelu z roku 2008.

### Léčba

#### Psychobehaviorální intervence

Intervence zaměřená na psychobehaviorální závislost spočívá ve snaze přimět kuřáka, aby si předem (přede dnem D) připravil pro jednotlivé situace náhradní řešení. Průměrná kritická doba a nejčastější doba relapsů bývá během prvních 1 – 3 měsíců. Proto by se měl kuřák cca 3 měsíce vyhnout těm situacím, kterým se vyhnout lze, např. nepít kávu, nechodit s kamarády do zakoupené restaurace. Na ty situace, kterým se vyhnout nemůže, by se měl připravit: např. nosit s sebou kartáček na zuby a pastu a po jídle si vyčistit zuby, vypít sklenici vody, naučit se relaxovat jinak než s cigaretou.

Důležité je také to, jak kuřák na kouření vzpomíná: jestliže převažuje sebelítost a nostalgie, bude se pravděpodobně trápit dlouho a intenzivně a ke kouření se s vyšší pravděpodobností vrátí. Pokud ale dokáže mít radost z toho, že už nekouří, nebude se trápit dlouho ani příliš a spíše bude úspěšný. Právě v tomto smyslu bychom měli intervenovat.

Pacient by měl pochopit, že aktivní změna životního stylu či prožívání dne je to, co každý do léčby musí vložit sám. Žádná farmakoterapie dnes ani v budoucnu nemůže nikomu zabránit, aby sáhl po cigaretě – to bude vždy záležet na něm. Kuřák by neměl čekat zázrak – jeho aktivní snaha a pevné rozhodnutí jsou k úspěchu nutné. Farmakoterapie pak především zabráni abstinčním příznakům.

Podrobněji je struktura intervence popsána na [www.slzt.cz/struktura-intervence](http://www.slzt.cz/struktura-intervence).

#### Farmakoterapie

Pacient by měl pochopit především princip působení nikotinu z tabákového kouře, a to zejména masivní a rychlé vyplavení dopaminu v oblasti mozku, kde vznikají libé

pocity (nucleus accumbens). Tak si uvědomí, že s každým potažením z cigarety, kterých za život absolvoval řádově i více než milion, svůj mozek masivně ovlivňoval, a proto pak lépe porozumí potřebě obecně kterékoli z účinných farmakoterapií.

V současnosti jsou u nás k dispozici výše uvedené tři druhy léků první linie – vareniclin, nikotin a bupropion.

#### Vareniclin (*Champix*)

Vareniclin je parciální agonista acetylcholin–nikotinových receptorů, zejména subtypu  $\alpha 4\beta 2$ . Tento typ receptoru je typický pro silně závislé kuřáky. Vareniclin působí jednak agonisticky (naváže se na nikotinové receptory a zabrání tak abstinčním příznakům), jednak antagonisticky (pokud by si pacient s vareniclinem zapálil, neposkytne mu cigareta obvyklý pocit slasti/odměny, protože receptory již byly obsazeny vareniclinem a nedojde tak k vyplavení dopaminu jako dříve. Agonistický vliv vnímá pacient jako sníženou potřebu (nutkání) kouřit, antagonistický vliv jako ztrátu pocitu odměny po cigaretě. Nejčastějším nežádoucím účinkem je mírná nauzea po spolknutí tablety. Není nebezpečná, ale může být nepříjemná. Vyskytuje se u 20 – 30 % pacientů, většinou není závažná a po několika týdnech odezní. Doporučíme proto užívání po jídle s řádným zapitím. Právě kvůli nauze má vareniclin „startovní“ balení, kdy jsou pro první týden určeny slabší tablety (0,5 mg první tři dny jen ráno, další čtyři dny ráno a večer) a teprve v druhém týdnu se užívá plná dávka, tedy 1 mg 2 x denně. Někteří naši pacienti říkají tomuto instruktivnímu balení „kuřácká antikoncepce“. Dalším, méně častým nežádoucím účinkem mohou být neobvyklé (nikoli děsivé) sny. Žádné další nežádoucí účinky (ani neuropsychiatrické, ani kardiovaskulární) nebyly potvrzeny.

Vareniclin prakticky nemá lékové interakce – kolem 90 % se vylučuje v nezměněné podobě močí (kontraindikací by bylo těžké selhání ledvin) a nesouvisí s cytochromem P450.

Vareniclin zhruba ztrojnásobuje úspěšnost oproti placebo. Je vázán na recept bez preskripčního omezení.

### **Náhradní terapie nikotinem, NTN (Nicorette, Niquitin)**

U nás je NTN k dispozici ve 4 formách: žvýkačka (2 a 4 mg), ústní sprej (150 x 1 mg), náplast (na 16 nebo 24 hodin) a pastilky (2 a 4 mg). NTN je volně prodejná v lékárně (bez receptu). Zdvojnásobuje úspěšnost ve srovnání s placebem, účinnost jednotlivých forem se významně neliší, je tedy možná volba pacienta. Rozdíl je jen ve způsobu vstřebávání nikotinu: náplast uvolňuje nikotin kontinuálně, ale pomaleji než ostatní formy, které umožňují vnímat „peaky“ a moderování dávek podle okamžité potřeby. Proto se u silných kuřáků doporučuje kombinace náplastí s některou z ostatních forem. Léčba by měla trvat v plné dávce minimálně 8, raději 12 i více týdnů (kratší léčba než 8 týdnů už neznamená zdvojnásobení úspěšnosti).

Pokud jde o stanovení dávky, je třeba si uvědomit, že z náplastí se sice vstřebá množství nikotinu uvedené na obalu, z orálních forem však jen zhruba polovina množství uvedeného nikotinu. Pacienti užívající NTN jsou tak často poddávkováni. Naopak z jedné cigarety se vstřebá kolem 1 – 3 mg nikotinu, bez ohledu na údaj na krabičce. Mnohem důležitější, než jakou cigaretu kuřák kouří, je způsob, jakým ji kouří: počet potažení, hloubka, obsah a trvání inhalace. NTN je možné indikovat i v případě redukce u těch pacientů, kteří nejsou připraveni přestat naráz – viz dále. Pro jednoduchost lze říci, že pokud má pacient abstinenci příznaky,

potřebuje vyšší dávku nikotinu. Na druhou stranu není nutné nahrazovat nikotin z cigaret stejnou dávkou nikotinu z léků. Proto je dobrá kontrola během prvních dnů abstinence, aby bylo možné upravit dávku či léky.

Čistý nikotin ve formě NTN je vždy lepší alternativou než nikotin z cigaret, kdy spolu s ním vdechuje kuřák několik tisíc chemikálií. Proto můžeme NTN doporučit všem kuřákům závislým na nikotinu, pro něž by byla alternativou cigareta (nejsou schopni přestat bez léčby), a to i v případě nedospělých, těhotných nebo pacientů s kardiovaskulárním onemocněním.

### **Bupropion SR (Wellbutrin, Elontril)**

Bupropion je antidepresivum, inhibitor reuptaku noradrenalinu a dopaminu, tedy zvyšuje jejich hladinu v synapsích. Efektivita (podobně jako u NTN cca dvojnásobná abstinence ve srovnání s placebem) se příliš neliší podle míry závislosti, historie deprese nebo alkoholismu. Léčba trvá rovněž nejméně 8, raději 12 či více týdnů. Bupropion je u silných kuřáků vhodné kombinovat s některou z forem NTN. Kontraindikací jsou křečové stavy typu epilepsie, anorexie, bulimie či užívání některých léků z oblasti psychiatrie. Je pouze vázán na recept s omezením psychiatr, neurolog a sexuolog (Wellbutrin) s částečným hrazením pojišťovnou. V indikaci léčba závislosti na tabáku byl na našem trhu jako Zyban (od 2012 již není).

### **Obavy z nežádoucích účinků léků**

Pro všechny léky závislosti na tabáku platí poměrně časté obavy pacientů z nežádoucích účinků. Týká se to i náhradní terapie nikotinem – občas pacient přijde a řekne, že se bál vedlejších účinků nikotinu, a proto jej neužíval a raději kouřil (!). Neuvědomí si, že z cigarety se nikotin vstřebává také, většinou více než z NTN, kterou se bál užívat.

Zvláštní kapitolou jsou obavy z varenicli-

nu. Příbalový leták kromě výše uvedených nežádoucích účinků zahrnuje totiž také abstinenční příznaky při odvykání kouření včetně deprese. Vareniclin se přitom v praxi osvědčuje i u psychicky nemocných.

Psychiatrická komorbidita je velmi častá u kuřáků – v USA si koupí téměř polovinu cigaret lidé s psychickými problémy. Mezi pacienty s depresí je kolem 60 – 70 % kuřáků, mezi pacienty se schizofrenií kouří kolem 80 %. Kromě toho je deprese abstinenčním příznakem při odvykání kouření, tedy vyskytne se pravděpodobně vždy u části z těch, kdo přestávají kouřit, ať už přitom budou užívat jakýkoli lék (bez léků pravděpodobně ve vyšší míře).

Samozřejmě platí, že nežádoucí účinky stejně jako abstinenční příznaky je třeba stále sledovat a monitorovat. V případě léčby závislosti na tabáku bychom se na ně měli (bez ohledu na používané léky) pacientů vždy aktivně ptát, a to zejména na depresi či změnu nálad.

Při zvažování rizika a prospěchu léčby by lékař neměl zapomínat, že cigarety jsou příčinou úmrtí poloviny svých pravidelných konzumentů, a to v průměru o 15 let dříve, než kdyby nekouřili. Zároveň je zřejmé, že jednoznačně chybí informovanost kuřáků o tom, co v tabákovém kouří vdechují, často i informace lékařů například o lékových interakcích cigaret.

### **Lékové interakce**

Pacienti se často obávají lékových interakcí léků závislosti na tabáku nebo dokonce zdravotních problémů, které by mohly vzniknout v souvislosti se zanecháním kouření. Většinou netuší, že lékové interakce má především samo kouření. Obecně lze říci, že kouření snižuje účinnost řady léků. Například je to menší pokles krevního tlaku či tepové frekvence po betablokátorech, menší seda-

ktivní efekt benzodiazepinů, menší analgezie po opioidech. Také účinek warfarinu může být kouřením sniženy, proto bychom měli pacienta zejména v době, kdy přestává kouřit, častěji kontrolovat. Kouření snižuje i efektivitu řady psychofarmak, například klozapinu, olanzapinu, chlorpromazinu, haloperidolu, flufenazinu, fluvoxaminu. Jejich plazmatické koncentrace mohou vzrůst po zanechání kouření. Zkracuje poločas teofylinu z 8 na cca 5 hodin. Normalizace může trvat měsíce.

### **Kombinace léků**

Pokud jde o NTN, kombinuje se u kuřáků s vyšší závislostí většinou náplast (kontinuální hladina nikotinu) s některou z orálních forem (rychlé dodání nikotinu v případě chuti na cigaretu).

Bupropion je možné kombinovat s kteroukoli formou (i více formami) NTN.

Kombinace vareniclinu s větší dávkou nikotinu nemá smysl – obě látky by soutěžily o stejná vazebná místa, tedy nedoporučuje se. Ale v případě, že pacient popisuje přes sníženou potřebu kouřit některé přetrvávající abstinenční příznaky, zejména zvýšenou chuť k jídlu, máme oproti příbalovému letáku dobrou zkušenost i s touto kombinací.

### **Délka léčby**

Vzhledem k chronicitě závislosti na tabáku a snadné recidivě je žádoucí co nejdelší léčba. Vždy doporučujeme léčbu co nejdelší a v plné dávce. Minimální doba by měla být kolem 3 měsíců, raději však 6 i více měsíců (úspěšnost se tak zvyšuje).

Bariérou dostatečně dlouhé léčby bývá cena. Připomeňme, že se opakovaně prokazuje, že hrazení této léčby zdravotníkům a proplácení léků pacientům významně zvyšuje adherenci k léčbě, a tím také úspěšnost, a je vysoce výhodné pro stát i poskytovatele zdravotní péče.



### Den D

Vždy doporučujeme přestat naráz. Léky je možné začít užívat již několik dnů přede dnem D.

V případě bupropionu přestává kuřák většinou po cca 10 – 14 dnech léčby. Pokud kombinuje bupropion s NTN, měl by NTN začít užívat právě v den D. Od druhého týdne léčby pacienti většinou popisují snížení potřeby kouřit.

V případě vareniclinu by měl pacient přestat kouřit v době, kdy dosáhl plné dávky, tedy ve druhém týdnu léčby. Většinou je to pro něj relativně snadné: popisuje, že v tomto období „přestalo nutkání kouřit“ (agonistický efekt vareniclinu) a „když jsem si zapálil, nic mi to něříkalo“ (antagonistický efekt vareniclinu).

Někdy se však stane, že pacient kouří ještě několik týdnů při užívání léků, i když omezeně. Bývá to většinou u silně závislých. Pokud jsou motivovaní přestat a popisují fungující účinek léků (snížení potřeby kouřit či ztrátu obvyklého pocitu odměny po cigaretě), v léčbě pokračujeme. V takových případech doporučujeme pak farmakoterapii ještě alespoň 6 měsíců od poslední cigarety. Viz následující odstavec.

### **Redukce kouření**

Za redukci se považuje méně než 50 % obvykle kouřených cigaret denně. Redukce cigaret bohužel významně riziko nesnižuje, tedy sama o sobě není cílem našich doporučení. Zejména bez medikace může kuřák kompenzovat, tedy kouřit menší počet cigaret intenzivněji a ke snížení rizika tak nedorazí.

Nemůžeme však ignorovat skutečnost, že úspěšnost léčby závislosti na tabáku je relativně malá: po roce abstinuje cca 5 % těch, kdo přestávali bez odborné pomoci či léků, při intenzivní psychobehaviorální podpoře na

specializovaném pracovišti a dlouhodobém (6 měsíců) užívání léků (vareniclin) abstinuje cca 40 % kuřáků, úspěšnost léčby je ale v průměru celkově stále pod 20 %. Jinak řečeno, kolem 80 % kuřáků přestat naráz nedokáže. Právě pro ně může být řešením cesta k abstinenci přes období redukce, doposud především s pomocí NTN. Kuřák nahradí některé cigarety některou z orálních forem NTN nebo používá nikotinovou náplast – zjistí, že tak dokáže určité své kuřácké situace prožít bez kouření a snáze se tak odhodlá k úplné abstinenci. Redukovat kouření je možné i při dlouhodobějším užívání vareniclinu. Redukce má smysl řádově týdny až měsíce, pak je třeba skutečně přestat kouřit. Abstinence tedy vždy zůstává cílem, ale někteří se k ní mohou dostat přes redukci. Kuřák, který dokázal redukovat počet cigaret, má vyšší pravděpodobnost abstinence v budoucnosti.

### **Léčba v ambulantní praxi - Krátká intervence**

Léčba v ambulantní praxi je efektivní způsob léčby vzhledem k vynaloženému času a nákladům. Vzhledem k tomu, že většina kuřáků (cca 70 %) navštíví během roku nějakého lékaře, je důležité nabídnout účinnou léčbu těm, kdo chtějí přestat, a motivovat ty, kdo přestat nechtějí. Osvědčený postup podání krátké intervence v rámci 3 – 5 minut podle pěti bodů strukturované krátké intervence – viz karta č. 2, metody zvyšování motivace – viz karta č. 3, podle začátečních písmen v angličtině „5 A“, česky možno přeložit jako „5 P“.

### 1. Ptát se na kuřácký návyk (Ask about tobacco use)

Identifikovat a dokumentovat u každého pacienta při každé návštěvě užívání tabáku.

### 2. Poradit – jasně doporučit přestat (Advise to quit)

Jasně, pevně a personifikovaně doporučit přestat.

### 3. Posoudit ochotu přestat (Assess willingness to make a quit attempt)

Pokud nechce, motivovat

Pokud chce, pokračovat v intervenci.

### 4. Pomoci přestat (Assist in quit attempt)

Nabídnout farmakoterapii a psychobehaviorální intervenci v rámci svých časových možností, eventuelně doporučit nejbližší Centrum pro závislé na tabáku, viz [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz).

### 5. Plánovat kontroly, následné sledování (Arrange follow-up)

S těmi, kdo chtějí přestat, domluvit kontrolní návštěvu optimálně týden ode dne D.

## Současná doporučení léčby a situace v ČR

Doporučení léčby lze shrnout takto:

\* **Krátká intervence:** Každý lékař, ale i jiný zdravotnický pracovník při každém kontaktu s pacientem, který kouří (cca 3 minuty).

\* **Intenzivní léčba** na specializovaných pracovištích – v Centrech pro závislé na tabáku: pro kuřáky, kteří si přejí přestat.

\* **Linka pro odvykání kouření** za poloviční tarif 844 600 500.

\* **Hrazení** jak této léčby zdravotníkům, tak hrazení farmakoterapie kuřákům – i tak je to jedna z nejlevnějších intervencí v medicíně.

Krátká intervence je doporučována na všech našich lékařských fakultách i v rámci postgraduálního vzdělávání, je součástí zejména doporučení léčby závislosti na tabáku praktických lékařů, ale i konsenzu řady odborných společností, pro zdravotní sestry či lékárníky.

V ČR vznikají od roku 2005 specializovaná centra pro závislé na tabáku, kam může lékař, který nemá více času, doporučit kuřá-

ka, jemuž nemá čas se intenzivně věnovat. Jsou při větších nemocnicích, adresy je možné najít například na webu Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz) nebo je sdělí na Lince pro odvykání kouření. V centru pracují minimálně jeden lékař a jedna sestra, vyškolení v této léčbě. Nabízejí diagnostiku, základní klinické vyšetření, intenzivní psychosociální a behaviorální intervence (skupinové či individuální), indikují farmakoterapii a dlouhodobě dispenzarizují kuřáky, kteří chtějí přestat kouřit.

Telefonní linky doplňují nabídku možností léčby závislosti na tabáku. Představují možnost anonymní a snadno dostupné konzultace. U nás je v provozu Linka pro odvykání kouření 844 600 500 za poloviční hovorné.

Široká paleta léčby by měla být dostupná pro všechny kuřáky v rámci zdravotních systémů, jak doporučuje i Světová zdravotnická organizace ve své první právně závazné mezinárodní dohodě – Rámcové úmluvě o kontrole tabáku. Měla by se tedy týkat všech klinických pracovníků, kteří se setkají

s pacientem. Kromě napsání receptů (jen lékař) mohou zdravotničtí pracovníci intervenovat vždy podle svých časových možností.

### Hrazení léčby

Péče v Centrech pro závislé na tabáku je hrazena v rámci zdravotního pojištění, léky hrazeny nejsou. Některé zdravotní pojišťovny na ně přispívají, to se však mění a je třeba se vždy informovat u konkrétní zdravotní pojišťovny.

Příspěvek na léky bývá vázán na péči v centru pro závislé na tabáku – pojišťovny vyžadují potvrzení tohoto centra a účtenku z lékárny (při intenzivnější intervenci mají léky vyšší účinnost). Některé pojišťovny akceptují i potvrzení z ordinace vyškolených ambulantních lékařů. Kontakty na Centra pro závislé na tabáku i vyškolené lékaře jsou na [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz).

### Kde hledat další informace

- **[WWW.TREATOBACCO.NET](http://WWW.TREATOBACCO.NET)**

Stránka ve spolupráci Společnosti pro výzkum nikotinu a tabáku (Society for Research on Nicotine and Tobacco), obsahuje základní doporučení léčby včetně efektivity a ekonomiky. Část textů je k dispozici v češtině.

- **[WWW.SLZT.CZ](http://WWW.SLZT.CZ)**

Stránka Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku, má i sesterskou sekci. Obsahuje seznam center pro závislé na tabáku i odborné aktuality.



# Možnosti intervence v oblasti rizikového a problémového užívání drog

PhDr. Magdalena Frouzová, Skálův institut Praha

### Skríning užívání drog a posouzení připravenosti pacienta ke změně

Při intervenci je třeba posoudit pacienta z následujících hledisek:

- a) úroveň rizika z hlediska užívání drog (**problémů** souvisejících přímo s užíváním drog včetně případné závislosti, kterou dotyčný jedinec již má);
- b) do jaké míry si uvědomuje svůj problém a je **odhodlán ke změně**, případně léčbě;
- c) jak je na tom **dotyčný sám o sobě**, o jaké charakteristiky, schopnosti nebo zkušenosti se můžeme opřít (inteligence, vzdělání, adaptovanost ve společnosti, kvalita dosavadního osobnostního vývoje se zralostí osobnosti);
- d) jaké možnosti lze využít ze strany **rodiny a blízkých pacienta** – zda a jak jsou mu ochotni či schopni pomoci, jak jsou schopni spolupráce s námi.

Při vyšetření můžeme vycházet z rozhovoru, kdy zjišťujeme rizikové příznaky v následujících okruzích:

- zda měl někdy on či jeho významní blízcí pocit, že s jeho bráním není vše v pořádku, že by měl v tomto směru udělat změnu,
- zda měl někdy pocit, že bere drogu více, než pokládá za vhodné, či jednorázově více, než původně zamýšlel,
- zda se choval abnormálně v situaci brání drog – např. řídil pod vlivem auto, dopouštěl se agrese či výtržností,
- zda pociťuje neodolatelnou touhu po droze (craving), případně ji užije, přestože ví, že by ji užít neměl (nevhodný čas, místo apod.),

- zda bere drogu ke zvládnání svého psychického stavu či ke zvládnání svých problémů,
- zda pociťuje negativní stav v případě, že drogu nemůže mít (podrážděnost, agrese, rychlé změny nálady či neobvyklá spavost, neschopnost obvyklého výkonu apod.),
- jaké negativní následky jsou spojeny s jeho bráním drog (problémy v práci, rodině, ve vztazích s druhými lidmi, zdraví).

S výhodou můžeme použít také některý ze skriningových dotazníků – např. CRAFFT, který je vhodný pro mládež do 17 let věku nebo DASP, který můžeme používat při práci s dospělými osobami. Oba dotazníky jsou v příloze na pracovních kartách.

Rozvoj závislosti na drogách je doprovázen obrannými mechanismy. Náhled pacienta na vlastní problém má velký význam na volbu vhodné intervenční strategie.

Pacient popírá jakýkoli problém.	Je třeba pacienta na jeho problémy upozornit.
Pacient přiznává problém, ale v jiné oblasti než v oblasti braní drogy.	Je třeba pacientovi vysvětlit, že problémy, které udává, mají souvislost s užíváním drog.
Pacient přiznává problém s drogou, ale odmítá potřebu zásadní změny, připouští pouze malé změny (např. měl bych to omezit).	Je třeba pacienta upozornit, že jeho postoj může vést k dalším problémům a že je nutná zásadní změna postojů a chování.
Pacient přiznává potřebu zásadní změny, ale není ochoten přijmout pomoc druhých, trvá na tom, že dokáže problém zvládnout vlastními silami.	Vyjádříme podporu jeho rozhodnutí, současně vysvětlíme výhody odborné pomoci, zdůrazňujeme přitom, že v každém případě je jeho vůle rozhodující při změně chování.
Pacient přiznává potřebu protidrogové léčby, ale jeho ochota ke spolupráci je minimální.	Je třeba soustavně motivovat pacienta, ukázat na příkladech, že bez vlastního úsilí nelze dosáhnout rozhodujícího zlepšení.

### Krátká intervence u pacientů k podpoře zdravého nedrogového životního stylu

Při vyšetření je důležité pacienta podpořit v nebrání drog, protože atmosféra ve společnosti je k užívání drog značně tolerantní. Lékař (nebo jiný zdravotník) by měl jednoznačně stát za zdravým životním stylem a podpořit ho následujícími intervencemi:

- Zdůrazňovat nepříznivé účinky drog na zdraví.
- Potvrdit souhlas s negativním postojem pacienta k drogám.
- Upozornit na výhody zdravého životního stylu, který dává větší šance na spokojený a úspěšný život.
- Varovat před návštěvou rizikových míst a přáteláním se s lidmi, kteří užívají drogy. Dát stručnou radu v případě, že mu je droga nabízena:
  - Vyhýbat se komunikaci na toto téma, případně zaujmout postoj typu „nevidím, neslyším“, „nezajímá mě to“.
  - Odmítnout s použitím argumentů, které daná společnost přijme („nechci zkoušet

drogy...“; „moje rozhodnutí je nebrat drogy a nechci o tom diskutovat...“).

- Vyjádřit zásadní postoj: Odmítnutí s poukázáním na zásadní odmítnutí takového chování – např. „zásadně nekouřím“, „to nikdy neberu...“
- Odmítnout a požádat, aby ho druhý dalším nabízením neobtěžoval. Je možné použít i výhrůžky ultimata – např. „Nechci, a ty bys také neměl brát“, „jestli mi to ještě nabídněš, půjdu domů, nemůžeme se vídat“.

### Krátká intervence u pacienta experimentujícího s drogami

Při vyšetření se snažíme pacienta přesvědčit, že drogy nejsou na hraní, že v zásadě jde o rizikové chování s možným nebezpečným vývojem. V případě, že se v pacientově rodině již vyskytl problém se závislostí, upozorňujeme na genetické studie a vyšší pravděpodobnost rozvoje závislosti. Používáme následující intervence:

- **Varujeme před nebezpečím jednorázového užití drogy:** Z toho, co o Vás vím,

to vypadá, že se Vám líbí zkoušet drogy, a možná se Vám zdá, že na tom nic špatného není, že člověk má zkusit všechno. Ale určitě byste např. neskákal z okna, pod auto nebo autem narážel do stromu jen ze zvědavosti, co se stane. Přitom právě ti, kteří skáčí z okna, pod auto či autem narážejí na strom, to dělají hlavně proto, že mají v sobě zrovna drogu, kterou si vzali jenom tak, ze zvědavosti. Na drogách je nebezpečné to, že nikdy tak úplně nevíte, co s Vámi droga udělá, co Vás napadne dělat a kdo zneužije Vašeho stavu, aby získal to, co byste mu jinak nedal nebo neumožnil.

- **Upozorňujeme na rozvoj rizikového užívání drog:** Vidím, že se Vám experimentování zatím natolik líbí, že se mu dost věnujete. Na úkor čeho? Co byste jinak dělal? Neutíká Vám v životě něco? Co když se Vám to bude líbit např. i pár měsíců?
- **Vyjadřujeme osobní angažovaný postoj k jeho experimentování:** Znepokojuje mne to vzhledem k Vašemu zdraví a zdravotnímu problému, s kterým se léčíte. I takovým bráním svůj problém prohlubujete. Možná by Vám pomohlo daleko více, kdybyste s experimentováním přestal“, příp. „pro Vaše zdraví by bylo nejlepší, kdybyste drogy vůbec nebral“, nebo „jako Váš lékař Vám mohu pouze doporučit, abyste úplně přestal brát jakékoli drogy“.
- **Informujeme o pravděpodobném rozvoji konkrétních problémů souvisících s bráním drogy:** „Lidé, kteří jsou dnes na drogách závislí, začínali experimentováním. Určitě zpočátku neměli pocit, že takhle skončí. Tohle nikdo dopředu neví, a plná opatrnost je opravdu na místě.“
- **Nabízíme kontrolní návštěvu jako jasné poselství, že je něco v nepořádku, a pro možnost další intervence v případě, že se**

**braní drog bude prohlubovat:** („Říkáte, že se nic takového nestane.“) „Rád bych Vás po nějakém čase zase viděl, abychom si mohli být jisti, že to máte pořád pod kontrolou. Domluvíme se, že se přijdete ukázat asi tak za dva měsíce, abych neměl zbytečné obavy a Vy jste mi ukázal, že svůj život máte v ruce?“

- **Při další návštěvě – ať už domluvené či za jiným účelem – je možné požádat o odběr vzorků na zjištění přítomnosti metabolitů drog.**

### Krátká intervence u pacienta problémově (škodlivě) užívajícího drogy

Problémové užívání drog je často zjevné, pacient lékaři sám problém přiznává nebo se lékař o problému dovídá od příbuzných pacienta. Problémové užívání drog vyžaduje specializovanou léčbu. Zdravotník v nespécializovaném pracovišti může k léčbě motivovat, odesílat a pacienta v jeho úsilí podporovat.

- Vyjádřete svá zjištění a doporučení jasně: „Vaše problémy vyžadují specializovanou léčbu, doporučuji Vám navštívit .... Mohu Vám napsat doporučení...“
- Zmiňte tuto skutečnost ve vztahu k pacientově zdravotní diagnóze, je-li to možné. „Naprosto vážně Vám doporučuji, abyste s drogami přestal, a pokusím se Vám s tím pomáhat.“
- Zjistěte pacientovo odhodlání změnit jeho prodrogové chování. „Uvažujete o změně svého postoje k drogám?“

### Pokud pacient zaujme odmítavý postoj:

Nenechte se odradit, nerozhodnost je běžná. Vaše intervence již na pacienta působí, což je samo o sobě pozitivní. Při Vašem opakovaném působení se možná rozhodne pro změnu.

### **Prozatím:**

- Znovu vyjádřete své znepokojení nad ním a jeho zdravím.
- Povzbudte pacienta, aby uvážil, co ho vede k braní drogy oproti důvodům, proč přestat. Co jsou jeho hlavní překážky, aby s drogami přestal?
- Znovu vyjádřete svou ochotu pomoci mu, až bude na změnu připraven.

### **Pokud pacient souhlasí se změnou:**

- Pomozte mu stanovit si cíl.
- Dohodněte se na postupu.
- Doporučte pacientovi specializované odborné zařízení.
- Poskytněte mu podpůrné materiály a kontakty.

U problémových uživatelů drog narážíme na nedostatek náhledu a velmi častou nemotivovanost ke změně chování.

U pacienta používáme následující intervence, které mu pomáhají problém si postupně uvědomit a začít měnit své chování:

- **Shrneme zjištěné problémy a dáváme je do souvislosti s drogou, pomáháme pacientovi, aby si tuto souvislost uvědomil:** „Z toho, co o Vás vím, jasně vyplývá, že máte problémy, které souvisí s Vaším braním drog. Je Vám tato souvislost jasná?“ (Když ne, odpovídáme jasně a poukazujeme na jednotlivé symptomy.)
- **Vyjadřujeme osobní angažovaný postoj k jeho problému, informujeme o jeho pravděpodobném zhoršování:** „Obávám se, že Váš stav se bude postupně jenom zhoršovat, pokud neuděláte radikální změnu ohledně Vašeho braní drog. Uvažoval jste někdy o takové změně? S jakým výsledkem?“
- **Dáváme jednoznačnou radu radikální změny:** „Jednoznačně Vám doporučuji s drogami ihned alespoň na nějakou dobu

přestat (alespoň půl roku). Sám uvidíte, jakou změnu to ve Vašem životě způsobí, nakolik se Vaše problémy postupně budou řešit.“

- **Vyjadřujeme empatii, pomáháme s obrannými postoji pacienta ke změně:** „Je mi jasné, že by taková změna byla pro Vás docela těžká. Napadají Vás případně nějaké obtíže, na které byste narazil, kdybyste s tím opravdu chtěl něco udělat? Pojdme si je probrat jednu po druhé. Když narazíte na tento problém, co kdybyste ...“
- **Dáváme podporu, poukazujeme na jeho schopnost problémy řešit, podporujeme ho ve změně:** „Říkal jste, že jste měl dobré výsledky ... Všiml jsem si, že dokážete ... Z toho usuzuji, že když se do něčeho dáte, chcete mít i výsledky. To znamená, že do svého rozhodnutí umíte dát dost a necháte si také chytře poradit. Myslím proto, že bychom to spolu dokázali.“
- **Nabízíme konzultaci u odborníka (telefon, adresa, i my sami můžeme pacienta v jeho přítomnosti na odborném pracovišti objednat):** „Dám Vám číslo na odborníka, je lépe se u něho poradit, jak co dělat.“
- **Pozveme na určitý den a hodinu na kontrolní vyšetření:** „V každém případě bych Vás rád viděl za měsíc, abychom se mohli ujistit, jak věc vypadá.“

### **Intervence u pacienta závislého na drogách**

Diagnóza závislosti přísluší odbornému lékaři. Je každopádně dobré znát diagnostická kritéria pro závislost podle MKN-10 (přítomnost alespoň tří symptomů z následujících šesti v průběhu posledního roku):

1. Silná touha nebo puzení užívat látku
2. Potíže v kontrole užívání látky, a to ať jde o začátek, ukončení nebo množství látky
3. Somatický odvykací stav, ke kterému dochází při vysazení látky a po opakovaném anebo nadměrném užívání vysokých dávek této látky
4. Tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky za účelem dosažení účinků původně vyvolaných nižšími dávkami
5. Zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch užívané látky; zároveň zvýšené množství času k získání, užívání látky a zotavení se z jejích účinků
6. Pokračování v užívání přes prokazatelné škodlivé následky (fyzické, psychické i sociální)

U závislého pacienta lze zvažovat následující postupy:

**Pacient je závislý, ale není zatím rozhodnutý pro léčbu:**

- **Dáváme písemné doporučení, kontakt na odbornou péči** a při dalších návštěvách vyžadujeme zpětnou vazbu (či lékařskou zprávu), zda odborníka navštívil. Motivujeme pacienta ke změně.
- Informujeme pacienta o průběhu a smyslu specializované protidrogové léčby:
  - pomoc při zahájení a udržování abstinence,
  - možnost farmakoterapie,
  - nácvik zvládnání touhy po droze (zvládnání cravingu),
  - zmapování individuálních vysoce rizikových situací pro braní drogy; nácvik, jak se jim vyhnout, případně je zvládat,
  - pomoc při změně závislostního chování, pomoc při relapsu,
  - podpora budování či rehabilitace zdravého životního stylu (cítění, myšlení, chování).
  - Rovněž informujeme o tom, že léčba probíhá jak formou individuální, tak formou partnerských, rodinných či skupinových konzultací a že na začátku léčby bude dle svých možností spolupracovat na vypracování léčebného plánu.

- **Informujeme pacienta o potřebě abstinence od dané drogy.** Vysvětlíme obtížnost tohoto kroku, zároveň zdůrazníme zkušenosti s jinými pacienty, kteří zkoušeli sami tzv. kontrolované braní drog a nakonec zjistili, že jedině abstinence je tím nejjednodušším a nejrychlejším řešením.
- Při opakovaných kontaktech se **ptáme, jak léčba probíhá**, vždy se snažíme pacienta podpořit v setrvání v léčbě a v abstinenci.

**Intervence u závislého pacienta s potřebou specializované ústavní léčby**

V případě, že stav pacienta vyžaduje dobrovolný vstup do ústavní odvykací léčby, používáme následující intervence:

- **Jasně informujeme o potřebě hospitalizace, poukazujeme na výhodnost takového řešení:** „Z toho, co zde o Vás a o Vašem problému s drogami zjišťuji, jsem přesvědčen, že potřebujete rychlou a důkladnější pomoc, než Vám tady nebo ve specializované ambulantní léčbě můžeme nabídnout. Vaše tělo i hlava si potřebují od drogy odpočinout, Váš stav potřebuje důkladné lékařské ošetření. Tím, že se necháte hospitalizovat, to půjde bez většího trápení, protože dostanete potřebné léky a máte jistotu, že se podchytí



i všechny komplikace. Je to nejbezpečnější, nejrychlejší a nejlevnější cesta, jak se dát zase dohromady.“

- **Zdůrazňujeme pacientovi důvod hospitalizace, který ho nemusí děsit, zdůrazňujeme, že on sám si bude moci o sobě dál rozhodovat:** „V nemocnici Vás důkladně vyšetří ... a doporučí Vám, co dál dělat. Vše ale bude na Vás, jak se dál rozhodnete.“
- **Zjišťujeme pacientův postoj, vyjednáujeme, informujeme, přesvědčujeme, nepřeme se, spíše dáme pacientovi za pravdu a vedle toho stavíme náš návrh:** „Jak Vy to vidíte? ... Ano, to je pravda, že ... a také je fakt, že nyní potřebujete rychlou a důkladnější pomoc a že Vám ji mohou poskytnout jen tam.“
- **Zjišťujeme postoj a obeznamenost s problémem pacientových blízkých (v případě pod 18 let musíme nejprve informovat rodiče):** „Jak to vidí Vaši blízcí? Chcete jim zavolat?“
- **Informujeme pacienta o postupu, který ho při hospitalizaci čeká:** „Nyní Vám napíši doporučení do ..., měl byste se tam dostavit ..., vzít si s sebou..., oznámit nástup do nemocnice v zaměstnání ... Pokud mi budete moci zavolat, jak si v nemocnici vedete, budu rád. V každém případě po propuštění mne do dvou dnů navštivte.“

### Krizová intervence související s užíváním drog

Krise kromě jasného ohrožení jedince s sebou nese i naději na změnu. Podmínkou je ale její úspěšné zvládnutí. Předpokladem úspěchu jsou následující faktory:

- rychlé navázání kontaktu s pacientem;
- orientace v okolnostech, které krizi vyvolaly;
- porozumění dosavadním pokusům krizi zvládnout;

- koncentrujeme se na zvládnutí krize, ostatní necháváme na později;
- pomáháme krizi zvládnout tak, aby se pacient současně naučil podobnou situaci příště zvládnout;
- pomoc v krizi má vést k tomu, aby si pacient svůj problém lépe uvědomil a byl více motivován pro soustavnou léčbu;
- zbytečně intervenci neprotahujeme, ukončujeme ji obvykle s dojednáním spolehlivého dohledu během následujících hodin a nabídkou odborného kontaktu v případě potřeby.

V souvislosti s drogami se nejčastěji setkáváme s následujícími situacemi, které pacient často již bez pomoci nezvládá:

- **Psycho-biologické krize pod působením drogy** (předávkování, sebevražedné jednání)
  - intervence: detoxifikace – s ohledem na závažnost stavu a okolnosti je nutno rozhodnout, zda je nutná medikace a hospitalizace.
- **Nepříjemný zážitek v intoxikaci** – Důvodem je pacientova úzkost či panika navozená prožitkem, který nám nechce nebo nemůže sdělit, a je proto potřeba neusuzovat zbrkle na neadekvátně úzkostnou či hysterickou reakci. Při takové krizové intervenci podněcujeme komunikaci, mobilizujeme podpůrnou síť a snažíme se navodit atmosféru jistoty a bezpečí s cílem získat od pacienta více informací.  
Víme-li, že pacient užívá drogy již delší dobu, postupujeme následovně:
  - Zdůrazňujeme, že již v minulosti krize prožil, proč se právě nyní obrací o pomoc.
  - Jeho rozhodnutí obrátit se o pomoc se snažíme interpretovat jako jeho poučení a „zmoudření“, tedy formulovat čin pozitivně.

- Ptáme se, jak dříve podobné situace řešil, co pomohlo, v čem se poučil.
- Zjišťujeme, čím se nynější situace liší od těch předešlých, co je nyní jinak.
- **Po detoxifikaci – střetnutí se s realitou nového života**
  - intervence: v počátku abstinence se snažíme pacienta zklidnit, odsunovat řešení problémů na dobu, kdy bude dostatečně integrován, aby situaci s naší pomocí zvládal lépe. Je třeba zvážit vhodnost pomalejší a dlouhodobější léčby formou psychoterapie než jen občasné ad hoc intervence.
- **„Stav ohrožení abstinence“ (Abstinence Violation Affect – AVE) .**

Jde o situaci bezprostředně poté, kdy pacient po nějaké době dodržování abstinence znovu užil drogu. Pro takovou příležitost se doporučuje používat kartičku, kterou si pacient připravuje předem a v nastalé situaci si ji čte. Kartička může vypadat následovně:

Pokyny z této kartičky můžeme použít jako návod na vhodnou intervenci v případě, že nám zavolá někdo v takové situaci. Podle možností se snažíme kontaktovat i jiné lidi, kteří pacientovi mohou pomoci odvozem z místa, kde právě je, poskytnutím času ohlídat jej, mluvit a být s ním v prostředí, kde nehrozí pokračování v braní drog či pití alkoholu. Vyplácí se udržovat v prvních hodinách častý telefonický kontakt a do 24 hodin osobní setkání k psychologickému uzavření celé záležitosti tak, aby se tím již pacient nemusel trápit. U dětí je třeba vidět se i s rodiči a navodit opět stav abstinence.

Obecně lze říci, že víme-li o pacientovi, že prošel problémovým užíváním drog, je třeba být daleko opatrnější a pozornější k jeho případným pozdějším krizím (situačním či pramenícím z osobnostních nebo vývojových odlišností), které s drogami nesouvisí, neboť jejich zanedbání může recidivu vyvolat. Neváháme doporučit delší psychoterapii, máme-li pocit, že jde o komplikovanější problém.

Než budeš pokračovat, změň místo a nech si 10 minut na promyšlení následujících bodů:

- Vybočení z programu abstinence není neobvyklé, prostě jsi udělal chybu. Neznamená to ale, že jsi prohrál.
- Klopýtnutí jednoduše naznačuje, že musíš být opatrnější.
- Uvědom si chyby a uč se zkušeností. Rozmysli si, jakou techniku bys teď mohl použít na zvládnutí chutě na drogu. Co se ti osvědčilo v podobných situacích?
- Nemusíš se trápit pocit viny a frustrace.
- Vrať se ke svému programu abstinence, teď hned. Je pro tebe výhodný.

### Závěr

S ohledem na obranné mechanismy je dobré držet se při všech protidrogových intervencích následujících zásad:

- snažíme se neztratit kontakt s problémovým uživatelem či jeho příbuznými (ne však za cenu udržování či dokonce podpory jeho chování);
- vyhýbáme se konfrontačnímu postoji k problémovému uživateli drog. Pokoušíme se o poskytnutí pomoci dle výše popsaných zásad. Proces změny může trvat i několik let;
- bližním pomáháme znovu zaujmout důležité místo v působení na problémové chování pacienta. Reagujeme na jakékoli jednání:
  - je-li neúčinné, přeformulujeme ho jako důležitou informaci pro další postup – „je důležité, že jste zjistil, že toto nefunguje, nemusíme to tedy již zkoušet“.
  - je-li škodlivé, vyslovíme zcela jasně tuto obavu a dál sami tuto alternativu nerozvádíme.
  - je-li účinné (třeba i jen částečně), výrazně ho podporujeme a rozvádíme s bližními další možnosti.
- pomáháme rodinným příslušníkům nebo partnerům od pocitů viny („jev se netýká jen těch špatných rodičů a partnerů, hodně v tom hraje roli genetika a okolnosti, které nemůžete zcela ovlivnit“) a vedeme je od pocitu viny k náhledu situace jako šance k adekvátnímu převzetí té správné podoby odpovědnosti, která je účinná, a k tomu, aby se učili chovat jinak.
- je potvrzeným faktem, že odsuzující postoj lékaře k problému týkajícímu se drog pacient vycítí, a to vyvolává ještě větší odpor vůči řešení problémů. Pokud chce lékař pomáhat osobám s drogovým problémem,

musí se vnitřně vyrovnat se souvislostmi této poruchy a věřit, že je léčitelná.

### Literatura:

- Brown, J.M., and Miller, W.R. Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychol Addict Behav* 7:211-218, 1993.
- Kalina K.: *Základy klinické adiktologie*. Praha 2008.
- Nešpor, K.: Zvyšování motivace při léčbě návykových nemocí. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 93, 1997, 6, s. 338-342.
- Nešpor, K., Csémy, L.: *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. Psychiatrické centrum Praha, 1996, s. 203
- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence*. Sportpropag, Praha, 1998, s. 104.



# Prevence zneužívání léků a přístupy při zvládnání lékové závislosti

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., Psychiatrická nemocnice Praha-Bohnice

### Které léky vyvolávají závislost?

Jedná se především o ty, které obsahují opioidy (např. kodein), sedativa a hypnotika a stimulantia (např. efedrin nebo pseudoefedrin). Kromě těchto látek bývají zneužívány i jiné léky, v tom případě se ale podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) hovoří o „zneužívání látek nevyvolávajících závislost“.

### Jak časté je zneužívání léků

Odpověď na tuto otázku pro celou českou populaci není známa. Jedná se ale jistě o problém závažný. Sedativa bez toho, že by je předepsal lékař, uvedlo někdy v životě 9,1 % dospívajících ve věku 16 let (Csémy a spol., 2007). Nevhodné užívání těchto látek u dospělé populace bude patrně vyšší. Navíc víme z klinické praxe, že často dochází ke kombinování zneužívání léků (např. ze skupiny benzodiazepinů) a alkoholu nebo jiných drog. To pak vede k netypickým obrazům a komplikovaným odvykacím stavům. O rozšířenosti zneužívání léků u nás svědčí i práce autorů Nechanská a spol. (2012).

### Abúzus látek nevyvolávajících závislost

Sem se řadí antidepresiva, laxantiva (projímadla), některá analgetika, vitamíny, steroidy nebo jiné hormony a přírodní nebo lidové preparáty. Z této skupiny léků stojí za zvláštní pozornost zneužívání anabolických hormonů s ohledem na rizika a relativní rozšířenost ve vrcholovém sportu, kulturistice apod.

### Rizika anabolik

Zastavení růstu u dospívajících, poškození jater, poškození cév, srdce, riziko mozkové mrtvice, změny osobnosti jako podezíra-

vost a sklony k násilí, ztráta přátel, zhoršení vztahů v rodině. V případě injekčního podání existuje nebezpečí přenosu infekce včetně žloutenky nebo AIDS. Závažné je i oslabení imunity (nižší odolnost proti nemocem a nádorům).

### Krátká intervence u zneužívání anabolik

Podle švédských a japonských autorů mohou být prospěšné anonymní telefonické konzultace. Skarberg a Engstrom (2007) uvádějí, že velká část osob zneužívajících anabolika pochází z obtížných sociálních a rodinných poměrů. Jejich rodiče byli často závislí na alkoholu a jiných drogách. To by mohlo vést k větší míře návykových, duševních i jiných problémů. Lidé zneužívající tyto látky by měli být náležitě tělesně, psychiatricky a případně i psychologicky vyšetřeni.

### Léčba zneužívání anabolik

Léčení by mělo být komplexní. Při vysazování anabolik se někdy mohou objevit deprese, manické projevy a sebevražedné tendence. Používá se podpůrná psychoterapie, někdy jsou potřebná i antidepresiva a další medikace nebo i hospitalizace. V případě manické symptomatologie se obvykle podávají antipsychotika. Sexuální poruchy se léčí ve spolupráci s endokrinology.

### Prevence zneužívání anabolik

Sem patří snižování dostupnosti těchto látek a antidopingové kontroly. Rodiče, jejichž děti se věnují vrcholovému sportu (např. lehká atletika, vzpírání, zápas, kulturistika, některé kolektivní sporty, fitness centra), udělají dobře, když s dítětem na toto téma pohovoří. Rodiče by také měli své děti chránit před nadměrnou ctížádostí a bezohlednými

trenéry nebo funkcionáři. Co se snižování poptávky týče, platí podobné principy jako v případě prevence zneužívání jiných látek. Prostá informovanost o riziku nepostačuje, vhodné je nabízet pozitivní alternativy, např. zvyšování výkonu za pomoci výživy, potravinových doplňků a zdravého způsobu života.

### Poruchy vyvolané účinkem sedativ nebo hypnotik

#### Klinický obraz

Do této skupiny patří barbituráty, jejich podávání je dnes vzácné, ale mohou být součástí lékových směsí (např. Alnagon). Dále sem patří benzodiazepiny, např. diazepam, alprazolam (Neurol, Xanax), bromazepam (Laxaurin), clonazepam (Rivotril) a flunitrazepam. U těchto léků se po delším braní i jen terapeutických dávek může vytvořit závislost. Při jejich vysazování se pak často objevuje masivní úzkost. Potiže, pro které byly tyto léky nasazeny, se po vysazení manifestují v zesílené podobě.

Návyková jsou i nebenzodiazepinová hypnotika jako zolpidem (Stilnox, Hypnogen), zopiclon (Imovane, Zopiclon), i když se dříve tvrdil opak. Po vysazení vysokých dávek se objevily i odvykací stavy někdy i s epileptickými záchvaty. Podle Victorri-Vigneau a spol. (2007) lze osoby zneužívající tyto látky rozdělit do dvou skupin. První skupina zneužívá uvedené látky pro jejich tlumivý účinek, druhá pro jejich schopnost vyvolávat paradoxně euforii a exaltaci. Zneužívání sedativ a hypnotik bývá poměrně časté u žen středního věku.

#### Intoxikace

Při intoxikaci nastává zpomalená řeč, postižený působí dojmem opilosti, aniž je cítit z dechu alkohol, bývají poruchy myšlení, orientace i úsudku, ospalost.

#### Dlouhodobé zneužívání

Při něm se mohou objevit problémy krev-

ního oběhu, zpomalený dech, bolesti hlavy, někdy zkažené zuby. Později nastupuje třes, nechutenství a poruchy výživy a zhoršená paměť. Při vysazení dávek vyšších než terapeutických nastává odvykací stav ohrožující život (např. kumulace epileptických záchvatů). Podobně jako u jiných drog je riziko poškození plodu, jestliže se zneužívají v těhotenství.

#### Kasuistika kombinované závislosti na lécích

*Muž 49 let byl dlouhodobě léčen pro chronický únavový syndrom, polyneuropatii a syndrom zadních provazců při anémii a zneužívání analgetik, dále pro tenzní bolesti hlavy (patrně se jednalo o bolest vyvolanou paradoxním efektem analgetik). Se zneužíváním analgetik souvisela i vředová choroba s deformací pyloru. Na anémii se podílelo zneužívání Algifenu. V době konsilia užíval denně: 760 kapek Tramalu, 225 kapek Algifenu, 15 tablet Hypnogenu, 5,5 tablet Dormicumu, 8 tablet Rohypnolu, 2 tablety Nitrazepamu f. Pacient byl schopen přijímat pouze tekutou stravu (polévky, nutriční roztoky). Po odvykací léčbě stav výrazně zlepšen, zlepšení přetrvávalo dle bratra i s odstupem 2 let, našel si ženu na inzerát.*

#### Léčba odvykacích stavů po benzodiazepinech a závislosti na nich

MKN-10 definuje odvykací stav po sedativech nebo hypnoticích následovně: Musí být splněna všeobecná kritéria pro odvykací stav a být přítomny tři z následujících znaků: (1) třes jazyka, očních víček nebo napřažených rukou, (2) nauzea nebo zvracení, (3) tachykardie, (4) posturální hypotenze, (5) psychomotorický neklid, (6) bolesti hlavy, (7) nespavost, (8) malátnost nebo slabost, (9) přechodné zrakové, hmatové nebo sluchové halucinace nebo iluze, (10) paranoidní představy, (11) křeče typu grand mal.

Léčba závislosti na benzodiazepinech je obtížná. Zpravidla je prováděna v rámci specializované léčby, je však žádoucí, aby i zdravotníci jiných odborností byli přiměřeně informováni. Doporučuje se nejprve převést pacienta na odpovídající dávku diazepam. Vzhledem k dlouhému poločasu vylučování se po diazepam vytvoří stabilnější hladina, a sníží se tak riziko komplikací.

### Dávka benzodiazepinů, která přibližně odpovídá 10 mg diazepam

Alprazolam (Xanax)	1 mg
Chlordiazepoxid (Librium)	20 mg
Flunitrazepam (Rohypnol)	2 mg
Clonazepam (Rivotril)	1 mg
Lorazepam	1 mg
Nitrazepam	10 mg
Oxazepam	30 mg
Temazepam	20 mg

**Odvykáč syndrom nastává i po nízkých (terapeutických) dávkách.** V tom případě se doporučuje podle stavu prvních 50 % původní dávky vysadit rychle, dalších 25 % pomaleji a posledních 25 % ještě pomaleji. Literatura přesné časové údaje neuvádí, postupuje se individuálně a bere se v úvahu schopnost pacienta tolerovat úzkostnou symptomatologii, která je zde běžná. Jednodušší možností je doporučit pacientovi, aby benzodiazepin vysazoval způsobem, který je pro něj subjektivně přijatelný.

**Odvykáč stav po vysokých dávkách** ohrožuje život. První den se podá ke stabilizaci stavu diazepam v dávce, kterou pacient přijímal před léčbou (nebo ekvivalent této dávky, jestliže byla užívána jiná látka této skupiny). Následující den se dávka redukuje o 30 % a pak každý další den o 5 % původní dávky. Při léčbě odvykáč stavů po benzodiazepinech se používají kromě postupného vysazování i jiné postupy, jako podávání:

- gabapentinu v dávce 3 x 300 mg (maximálně do 1800 mg denně); tento preparát s sebou nese ale vysoké riziko vedlejších účinků.
- karbamazepinu (Denis a spol., 2006). Při ambulantní léčbě je např. možné podávat karbamazepin dva týdny před úplným vysazením benzodiazepinů. Začíná se dávkou 200 mg 2 x denně, dávku lze zvyšovat až na 800 mg. V této léčbě se pokračuje ještě 1 – 2 týdny po vysazení benzodiazepinů (Dupot, 1990).

Kromě výše uvedeného lze doporučit i nefarmakologické postupy, např. kognitivně-behaviorální i jinou psychoterapii, tělesná cvičení a relaxační techniky (Manzoni a spol., 2008).

### Léčba odvykáč stavů po barbiturátech

Odvykáč stav nastává po denních dávkách přesahujících 500 mg pentobarbitalu nebo 150 mg fenobarbitalu. Odvykáč stav může ohrozit život (např. epileptické paroxysmy nebo psychotické stavy). Proto se doporučuje používat postupně se snižující dávky barbiturátů.

### Léčba odvykáč stavů po nebenzodiazepinových hypnoticích

V případě vysokých dávek zneužívaných léků a hrozí-li epileptický záchvat při odvykáč obtížích, nasazujeme krátkodobě diazepam, i když má tato léčba svá rizika, tj. nebezpečí přechodu přesmyku závislosti k jiné látce. Další možností je podávání antiepileptik (viz výše).

### Poruchy vyvolané léky s obsahem opiátů (některá analgetika a antitusika)

#### Klinický obraz

Intoxikace se projevuje stavem tichého obluzení následovaným kocovinou. Při intoxikaci se objevuje zúžení zornic a celkový útlum. Dochází k útlumu dýchání a riziko

roste, jestliže nastala kombinovaná otrava po opiátech a alkoholu nebo tlumivých lécích.

### Chronické užívání

Odvykácí příznaky se projevují rozšířením zornic, husí kůží, zrychleným dechem i teplem, slzením, rýmou, průjmem, pocením, nechutenstvím, neklidem, křečemi, bolestmi svalů a kloubů, někdy je přítomen i vzestup teploty. Typická je ztráta zájmů kromě zájmu o drogu, ztráta potence u mužů a poruchy menstruačního cyklu u žen, celkové tělesné a duševní chýtrání, vyšší výskyt a těžší průběh nemocí, jako je tuberkulóza, chronická zácpa a obstrukce trávicí trubice, v důsledku toho např. hemeroidy. Dochází také k oslabení imunity a je riziko poškození plodu u těhotných žen.

### Léčba odvykáčích stavů po opiátech

Při léčbě lze použít krátkodobě např. buprenorfin v dávce 2 x denně např. 2 mg, případně 4 mg 1 x denně. Při rychlé detoxifikaci stačí podávat buprenorfin např. 4 dny, existují ale také delší detoxifikační schémata. (Poznámka: Buprenorfin se rovněž podává při dlouhodobé substituční léčbě u závislých na opiátech, a to i v podstatně vyšším dávkování.)

Buprenorfin se nasazuje až po propuknutí odvykáčích příznaků. Odvykáčích stavů po vysazení buprenorfinu je relativně slabý, trvá ale déle než odvykáčích stavů po krátkodobě působících opiátech.

V léčbě je třeba klást důraz na nefarmakologické způsoby mírnění bolesti (např. fyzikální terapie, vhodná cvičení, relaxační techniky). Často je potřebná komplexní specializovaná léčba závislosti.

### Léky s budivým účinkem

#### Klinický obraz

Přípravky s efedrinem a pseudoefedrinem slouží často jako prekurzory při ilegální vý-

robě metamfetaminu (Pervitinu). Proto je žádoucí opatrnost při předepisování těchto léků, zejména ve větším množství. Závislost mohou vyvolat i jiné látky této skupiny. Je např. znám případ závislosti na Sanorinu (účinnou látkou zde je sympatomimetikum nafazolin). Problém u budivých látek zde nepředstavuje odvykáčích stav, ale silné bažení (craving) po návykové látce a zhoršené sebeovládání ve vztahu k ní.

### Příznaky akutní intoxikace

Zrychlený tep, rozšířené zornice, neposednost, neklid, podrážděnost, vzrušení, třes, zrychlený tep, někdy nepravidelnosti tepu, zvýšení teploty, podezíravost, úzkosti. Po odeznění účinku drogy nastupuje útlum a deprese, často dlouhý spánek. Při předávkování nebo při komplikacích se vyskytují i pocity pronásledování a úzkostné stavy, hrozí smrtelné riziko např. v důsledku srdečního selhání. Mohou se objevit nebezpečné, nesmyslné a často i násilné jednání pod vlivem látky, úrazy i epileptický záchvat. Riziko těžké otravy ještě zvyšuje kombinace s alkoholem.

### Chronické známky

Poruchy spánku, deprese, poruchy soustředění a paměti, pocity pronásledování, halucinace, podivné chování, horečky, pocení, vyrážky, větší náchylnost k nemocem, riziko poškození jater a ledvin, poruchy výživy, bolesti hlavy, poruchy vidění, častější úrazy, agrese vůči druhým, poškození srdce a jater, riziko smrtelných otrav, zvyšování dávek a zejména zvyšující se frekvence zneužívání drogy. Možnost dlouhodobého nebo trvalého poškození duševního zdraví. Riziko poškození plodu u těhotných žen.

### Léčba komplikací a odvykáčích stavů

Po odeznění intoxikace stimulantii nastává často útlum, to je ovšem spíše projev spánkového dluhu a vyčerpání a obvykle nevyžaduje léčbu. Pod vlivem budivých látek jednájí lidé

často nesmyslně nebo nebezpečně, může se objevit i paranoidní symptomatologie nebo halucinatorní stavy. Podáváme obvykle benzodiazepiny a doporučujeme zajistit dohled raději více osobami. Antipsychotika zde mají jistá rizika, zpomalují vylučování amfetaminů a snižují záchvatový práh. V případě psychotické poruchy, přetrvávající po odeznění intoxikace, jsou antipsychotika nutná.

### Prevence zneužívání léků

Lékař by měl návykové léky předepisovat odpovědně a měl by zvažovat také rizika. Ta jsou zvláště velká u lidí závislých na alkoholu nebo jiných látkách. Vysazování benzodiazepinů je velmi obtížné, jestliže byly podávány déle než šest týdnů.

Důležité je pacientům nabízet pozitivní alternativy, např. úzkost lze mírnit relaxací, tělesným cvičením (často pomůže i chůze), psychoterapií, úpravou životního stylu, spánkovou hygienou a dalšími nefarmakologickými postupy. Lékař by měl také pamatovat na to, že existují četné nefarmakologické možnosti, jak mírnit bolest (Nešpor, 2004) nebo léčit poruchy spánku.

### Jak dobře a zdravě usínat: informace pacientům

#### V příloze také jako Karta 1

(podle Nešpor, 2006)

Problémy s usínáním jsou časté u lidí, kteří mají problémy s alkoholem nebo drogami. Nespavost může být jedním z projevů odvykacích obtíží, ale mnohdy souvisí s dřívějším nepravidelným způsobem života či s napětím. Léky, které se při poruchách spánku používají, jsou většinou návykové. Některé z nich navíc zhoršují kvalitu spánku. To platí i o alkoholu, spánek pod vlivem alkoholu má blíže k narkóze než ke zdravému spánku. Nabízíme lepší a bezpečnější způsoby, jak zdravě usínat:

### Před spaním

- Dodržujte „fialovou hodinu“. Během ní se zabývejte pouze pohodovými záležitostmi. Napínavým filmů se vyhněte.
- Před spaním nepijte ani čaj ani kávu.
- Před spaním nepijte alkohol. Alkohol a návykové léky zhoršují kvalitu spánku.
- Dvě až tři hodiny před spaním nejezte.
- Přes den nespěte, nebo jen velmi krátce.
- Během dne si najděte čas na jógu, cvičení, běh nebo procházku.
- Zajistěte přiměřenou teplotu místnosti, volný noční úbor, vyhovující lůžko.

### Při usínání

- Co vám pomáhá usnout? Může být uklidňující hudba, meduňka, máta, modlitba, teplá koupel atd.
- Vhodná poloha je na boku. Ti, co nechápou, mohou spát i na zádech. Spát na břiše je nevhodné s ohledem na krční páteř a dýchání.
- Použijte svoji oblíbenou relaxační techniku. Můžete si např. představovat míč v břiše, který se při nádechu zvětšuje a při výdechu zmenšuje. Existují také relaxační nahrávky, které si lze před spaním pouštět. Řada z nich je volně dostupná na [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu).
- Při relaxaci si můžete třikrát říci nějaké kladné předsevzetí, např. „usínám zdravým a hlubokým spánkem.“

### Při probuzení v noci

- Nejlépe je zůstat se zavřenýma očima a použít relaxační techniku, podobně jako před usnutím.
- Nepouštějte počítač ani televizi, obrazovky jsou nepřátelé spánku.
- V noci nejezte. Trávení funguje špatně a jídlo znesnadňuje usínání.
- Jestliže opravdu nemůžete spát, dělejte



něco nepopulárního, třeba uklízejte. Mysl pak pochopí, že by bylo příjemnější se v noci vyspat.

### Ranní probuzení

- Škodí nedostatek spánku i jeho nadbytek, proto je správné vstávat v rozumnou dobu i o svátcích.
- Krátce po probuzení si řekněte kladné předsevzetí, např. „čeká mě mnoho zajímavého“. Pak se usmějte.
- Je-li venku tma, rozsviňte všechna dostupná světla v místnosti. Zlepší vám to náladu a usnadní probuzení.
- Před snídaní cvičte, protahujte se atd., aby se rozproudila krev.

### Krátká intervence a léčba

Krátkou intervencí by měli provádět lékaři všech klinických oborů. Při krátké intervenci se používají nejčastěji následující postupy:

Posouzení stavu, informovat pacienta o výsledku a jasné doporučení, jak problém řešit.

Motivační rozhovor. Ten se vede nekonfrontačně a s pochopením. Za pomoci vhodných otázek je možné pacientovi pomoci, aby si lépe uvědomil rizika psychoaktivních látek a výhody toho, když problém s nimi překoná. O posilování motivace v češtině podrobněji jinde (Nešpor, 2007).

Svépomocné materiály: Příručky pro závislé na psychoaktivních látkách jsou zdarma k dispozici na webových stránkách [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu).

Poskytnutí kontaktu na služby telefonické pomoci, kam se lze obrátit v případě náhlé krize (linky důvěry, centra krizové intervence apod.).

Práce s rodinou je důležitá proto, že rodina disponuje mocnými motivačními nástroji. Např. řada žen středního a vyššího věku

přichází k odvykací léčbě hlavně proto, že jim s ohledem na závislost odmítali svěřovat vnučata. Rodina může také poskytovat laickou podpůrnou psychoterapii a usnadnit zlepšení životního stylu.

Nabízení pozitivních alternativ (relaxační techniky, psychoterapie, vhodná cvičení, fyzikální terapie atd.).

Aktivní předání znamená, že doporučující zdravotník pacientovi předjedná návštěvu na specializovaném pracovišti, případně že ho k této návštěvě někdo doprovodí, např. příbuzný, zdravotní sestra nebo sociální pracovníce.

### Závěr

Závislost na lécích a jejich zneužívání je v populaci časté. Praktičtí lékaři i lékaři jiných klinických oborů mohou těmto problémům předcházet uvážlivou proskripcí, nabízením bezpečnějších alternativ a prováděním krátké intervence.

### Literatura

- Csémy L, Chomynová P, Sadílek P. ESPAD Česká republika 2007. [www.drnespor.eu/ESPAD07.doc](http://www.drnespor.eu/ESPAD07.doc)
- Denis C, Fatséas M, Lavie E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 3:CD005194.
- DuPont RL. A physician's guide to discontinuing benzodiazepine therapy. *West J Med.* 1990; 152(5):600-603.
- Lékové informační centrum 3. LF UK: Zolpidem i zopiclon také mohou způsobovat závislost. [www.farmakologie.net/010411.php](http://www.farmakologie.net/010411.php). Accessed 24.11.2008
- Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2008; 8:41.

- Nechanská B, Mravčík V, Popov P. Zneužívání psychoaktivních léků v České republice. Identifikace zdrojů dat, Praha, Úřad vlády České republiky. 2012.
- Nešpor, K.: Bolest se dá zvládnout. Jak mírnit bolesti vlastními silami. Praha: Nakladatelství Lidové Noviny 2004; 168
- Nešpor K. Zůstat střízlivý. Brno: Host 2006; 238. Volně ke stažení z [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu)
- Nešpor K. Návykové chování a závislost. 4. aktualizované vydání. Praha: Portál 2011; 176.
- Skarberg K, Engstrom I. Troubled social background of male anabolic-androgenic steroid abusers in treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2007;2:20. <http://www.substanceabusepolicy.com/content/2/1/20>
- Victorri-Vigneau C, Dailly E, Veyrac G, Jolliet P. Evidence of zolpidem abuse and dependence: results of the French Centre for Evaluation and Information on Pharmacodependence (CEIP) network survey. *Br J Clin Pharmacol*. 2007; 64(2):198-209

# Problémy působené hazardní hrou

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., Psychiatrická nemocnice Praha-Bohnice

## Úvod

Problémové, a zejména patologické hráčství je závažnou poruchou s vysokým rizikem zdravotních i sociálních problémů pro pacienta i pro jeho okolí. Např. v našem souboru se plná třetina patologických hráčů pokusila před léčbou o sebevraždu, což bylo více než u závislých na alkoholu a jiných návykových látkách (Nešpor a spol., 2003). Podle kanadských pramenů se v provincii Alberta podílely problémy s hazardní hrou v roce 2001 celými 10 % na všech sebevraždách. Z tohoto hlediska nepřekvapí údaj, že stát Nevada, kde leží i Las Vegas, má z celých Spojených států nejvyšší sebevražednost. Existuje také souvislost mezi hazardní hrou a majetkovou kriminalitou (např. Wheeler a spol., 2007).

Patologické hráčství působí duševní problémy i u nejbližších příbuzných pacienta. Etiologie patologického hráčství je multifaktoriální, podobně jako u jiných návykových nemocí. Patologické hráčství tedy vzniká v důsledku interakcí ochranných a rizikových činitelů na více rovinách. V Česku patří mezi hlavní rizikové činitele extrémně vysoká dostupnost různých forem hazardu a jejich masivní reklama.

Csémy (1999) uvádí, že „rizikové hráčství“ se vyskytuje v populaci českých dospívajících u 6 % chlapců ve věkové skupině 15-19 let a u 1 % dívek v téže věkové skupině. Problémy s hazardní hrou se ovšem neomezují pouze na dospívající, ale lze se s nimi setkat v každém věku (např. i u starobních důchodců). Na počet patologických hráčů nelze usuzovat podle počtu léčených. Počet léčených je ovlivněn řadou faktorů, jako omezené možnosti léčby, pocit stigmatizace, malá informovanost veřejnosti, pojmání problému

jako morálního, neschopnost platit regulační poplatky atd. Počet pacientů, kteří měli problémy s hazardní hrou, činil v ordinaci amerického praktického lékaře podle Pasternaka a Fleminga (1999) celých 6,2 %. Praktický lékař se tedy s tímto problémem setká relativně často. Tito lidé trpí více stresem, psychosomatickými potížemi a problémy s pohybovým systémem.

## Diagnostika

### Patologické hráčství (F63.0)

Během období nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství.

- Tyto epizody nejsou pro jedince výnosné, ale opakují se přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.
- Jedinec popisuje silné puzení k hazardní hře, které lze těžko ovládnout, a hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat.
- Jedinec je zaujat myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí.

Jako **skrínigový nástroj** patologického hráčství doporučují Johnson a spol. (1997) následující dvě otázky:

1. Cítil jste někdy potřebu vyhrávat více a více peněz?
2. Musel jste někdy lidem, kteří jsou pro Vás důležití, lhát kvůli hazardu?

Kladná odpověď na obě otázky znamená, že se s velkou pravděpodobností jedná o patologické hráčství.

### Hráčství a sázkařství (Z72.6)

Časté hraní pro vzrušení nebo jako pokus vyhrát peníze: lidé této kategorie budou svůj zvyk pravděpodobně držet na uzdě, když budou muset čelit těžkým ztrátám nebo jiným nepříznivým důsledkům.



Tato diagnostická kategorie není řazena mezi duševní poruchy, ale do skupiny „faktorů ovlivňující zdraví a kontakt se zdravotnickými zařízeními“ (III. osa víceosé diagnostiky Mezinárodní klasifikace nemocí).

### Diagnostické postupy

**Diagnostický rozhovor.** Patří k nejdůležitějším diagnostickým nástrojům. U patologických hráčů má diagnostický rozhovor často charakter krizové intervence, proto je důležité verbálně i neverbálně komunikovat pochopení a naději. Souběžně se posiluje, nejčastěji za pomoci otázek, motivace k překonání problémů s hazardní hrou. Kládou se otázky týkající se problémů, které hazard působil včetně dluhů, životního stylu a obav z budoucnosti. Následují příklady:

1. Uvažoval jste někdy kvůli hazardní hře o sebevraždě?

Pokud je odpověď kladná, ptáme se: kdy, zda měly tyto úvahy konkrétní podobu, zda došlo v minulosti k sebevražednému pokusu a zda jsou sebevražedné tendence přítomny v současnosti.

2. Otázky vycházející z definice patologického hráčství:

- Hrál jste hazardně v posledním roce dvakrát nebo vícekrát, aniž byste se při tom ovládal?
- Prohrával jste a měl z toho nepříjemné pocity nebo problémy v životě?
- Měl jste silné puzení k hazardu, které šlo těžko ovládnout, a nedokázal jste hře odolat?
- Byl jste silně zaujat myšlenkami na hazardní hru a souvisejícími představami?

3. Otázky týkající se hazardu a jeho následků v různých oblastech života (jak často pacient hraje, kolik dohromady prohrál, jaké má dluhy, problémy kvůli hazardu v rodině, v zaměstnání, se zákonem, duševní problémy apod.).

4. Otázky týkající se pacientových pokusů problém překonat, předchozí snaha o samoléčbu, výsledek, co dokázalo problém částečně zlepšit apod.

### Dotazník na patologické hráčství organizace Gamblers Anonymous

Dotazník se často spíše než k diagnostice používá k tomu, aby si respondent uvědomil problémy působené hazardní hrou, a tak se motivoval ke změně.

### Dotazník na patologické hráčství organizace Gamblers Anonymous

Odpovídejte prosím pouze „ano“ nebo „ne“ podle toho, jestli je pravdivá odpověď bližší „ano“ nebo „ne“.

1. Ztrácel jste často kvůli hazardu čas?
2. Způsobil hazard, že je Váš život doma nešťastný?
3. Poškodil hazard Vaši pověst?
4. Cítil jste po hazardu výčitky svědomí?
5. Hrál jste někdy proto, abyste získal peníze, jimiž byste zaplatil dluhy nebo vyřešil finanční těžkosti?
6. Zmenšil hazard Vaši ctížádost a výkonnost?
7. Když jste prohrál, měl jste pocit, že se musíte co nejdříve vrátit a vyhrát, co jste prohrál?
8. Když jste vyhrál, měl jste silnou touhu se k hazardu vrátit a vyhrát ještě víc?
9. Hrál jste často tak dlouho, dokud jste neprohrál poslední peníze?
10. Půjčil jste si někdy proto, abyste financoval hazard?
11. Prodal jste někdy něco, abyste financoval hazard?
12. Nechtělo se Vám používat peníze z hazardu pro normální účely?
13. Způsobil hazard, že jste se nestaral o prospěch rodiny?
14. Hrál jste někdy hazardně déle, než jste měl původně v úmyslu?

15. Hrál jste někdy hazardně, abyste unikl trápení a starostem?

16. Spáchal jste někdy nebo jste někdy uvažoval o spáchání nezákonného činu, abyste financoval hazard?

17. Působil Vám hazard potíže se spaním?

18. Vedly hádky, nespokojenost nebo zklamání k tomu, že se objevovala touha po hazardu?

19. Když se na Vás usmálo štěstí, cítil jste touhu to oslavit pár hodinami hazardu?

20. Uvažoval jste někdy o sebezničení v důsledku hazardu?

### **Spočítejte kladné odpovědi.**

**Vyhodnocení:** Patologický hráč většinou odpoví kladně na sedm nebo více otázek.

### **Index závažnosti problémů s hazardem (Problem Gambling Severity Index, PGSI)**

Uvažujte o posledních 12 měsících.

1. Hrál jste hazardně o větší částky, než byste si mohl dovolit prohrát?

Nikdy = 0, někdy = 1, většinou = 2, téměř vždy = 3

2. Během posledních 12 měsíců jste potřeboval vkládat do hazardu větší množství peněz, abyste vyvolat stejný pocit vzrušení?

Nikdy = 0, někdy = 1, většinou = 2, téměř vždy = 3

3. Když jste prohrál, vracel jste se k hazardu další den, abyste se pokusil získat zpět prohrané peníze?

Nikdy = 0, někdy = 1, většinou = 2, téměř vždy = 3

4. Půjčoval jste si peníze nebo jste něco prodal, abyste měl peníze na hazard?

Nikdy = 0, někdy = 1, většinou = 2, téměř vždy = 3

5. Cítil jste, že byste mohl mít s hazardem problém?

Nikdy = 0, někdy = 1, většinou = 2, téměř vždy = 3

6. Působil Vám hazard zdravotní problémy, včetně stresu nebo úzkosti?

Nikdy = 0, někdy = 1, většinou = 2, téměř vždy = 3

7. Kritizovali lidé Vaše hazardní hraní nebo vám říkali, že máte s hazardem problém, ať už jste si myslel, že je to pravda, nebo ne?

Nikdy = 0, někdy = 1, většinou = 2, téměř vždy = 3

8. Působil Vám nebo Vaší domácnosti hazard finanční problémy?

Nikdy = 0, někdy = 1, většinou = 2, téměř vždy = 3

9. Měl jste pocity viny kvůli tomu, jak jste hazardně hrál, nebo kvůli následkům hazardu?

Nikdy = 0, někdy = 1, většinou = 2, téměř vždy = 3

### **Pokyny k vyhodnocení.**

Čím vyšší je Vaše celkové skóre, tím vyšší je riziko, že máte s hazardem problém.

Výsledky všech devíti položek se sčítají a výsledky se interpretují takto:

0 = Žádný problém s hazardem.

1-2 = Nízká míra problémů s malými nebo žádnými negativními důsledky.

3-7 = Střední úroveň problémů, které mají určité negativní důsledky.

8 a více = Problémový hazard s negativními důsledky a možnou ztrátou sebeovládání.

**Poznámka:** Zhoršené sebeovládání považujeme za klíčový znak návykových nemocí. U 8 bodů a více by se mělo vážně uvažovat o patologickém hráčství.

**Anamnéza z okolí** je u patologického hráčství zásadně důležitá a často se díky ní ukáže, že problém je podstatně závažnější, než jak

ho prezentoval pacient. Získávání anamnézy z okolí také poskytuje příležitost, jak navázat spolupráci s rodinou pacienta nebo s blízkými a posílit motivační vliv okolí k léčbě a pozitivní změně.

**Tělesné vyšetření:** Patologičtí hráči jsou více ohroženi chorobami souvisejícími se stresem (např. hypertenze), relativně časté mohou být i jiné zanedbané nebo nedosta- tečně léčené nemoci.

**Psychologické vyšetření:** Používá se zejmé- na při podezření na souběžně probíhající jinou duševní poruchu.

### Diferenciální diagnostika

- Odlišení patologického hráčství a hráčství a sázkařství vychází z výše uvedených kri- terií. Diagnózu je třeba někdy korigovat s ohledem na další průběh nebo anamnézu z okolí.

Může nastat situace, kdy pacient splňuje např. 3 ze 4 kritérií patologického hráčství (tedy ne všechna), ale o pouhé hráčství a sázkařství se evidentně nejedná. V tom případě je vhodné stav klasifikovat jako suspektní patologické hráčství.

- Projevem patologického hráčství není ha- zardní hraní u manických pacientů.
- Je také třeba rozpoznat případnou souběž- ně probíhající duševní chorobu. Depresivní symptomatologie u patologických hráčů většinou odezní, jestliže přestanou hazard- ně hrát a stabilizuje se jejich situace. Častý je souběh patologického hráčství a závis- losti na alkoholu nebo jiné látce či jejich škodlivé užívání. Tyto poruchy se vzájemně potencují a je třeba je léčit souběžně. I když se nejedná o závislost na alkoholu, i relativ- ně malé dávky alkoholu, zejména v riziko- věm prostředí, u řady patologických hráčů (podle našeho odhadu zhruba u poloviny) pronikavě zhoršují schopnost sebeovlá- dání a vedou k hazardní hře. Lze se setkat

i s kombinací patologického hráčství a zá- vislosti na pervitinu. Patologické hráčství často dekompenzuje jiné návykové nemoci včetně závislosti na tabáku a na alkoholu. Další možností je přechod patologického hráčství v závislost, nejčastěji na alkoholu. Alkohol zde slouží jako způsob, jak mírnit utrpení působené hazardem. To může vést k rychlému vzniku závislosti.

- Obraz podobný patologickému hráčství někdy vyvolává i dopaminergní medikace podávaná u Parkinsonovy choroby (např. Lader a spol., 2008). V těchto případech se doporučuje snížit dávkování nebo změnit léčbu.

### Krátká intervence

**Krátká intervence je indikována tehdy, není-li z nějakého důvodu možná důklad- nější léčba.** Krátkou intervencí je správné při vhodné příležitosti opakovat a pacien- ta dlouhodobě sledovat. Existují doklady o příznivém působení krátké intervence v této indikaci (Petry a spol., 2008). Postupy používané při krátké intervenci jsou podobné jako u závislosti na tabáku a alkoholu. Patří k nim:

**1. Informovat pacienta o stavu, poskytnout jasné doporučení,** což u patologických hráčů obvykle zahrnuje:

- Vyhnout se veškerým formám hazardu (hazardní hra je vše, při čem si člověk kupuje možnost výhry).
- Vyhnout se prostředím, kde se provozuje hazard.
- Nemít u sebe volné finanční prostředky, mzdu posílat bezhotovostně na bankovní účet vázaný dvěma podpisy (nejčastěji pacienta a někoho z rodiny).
- Střední míru zátěže (stavy vyčerpání ve snaze co nejrychleji splatit dluhy zvyšují riziko recidiv).

Tab. 1. Některé chyby myšlení patologických hráčů

Chyba myšlení	Korekce těchto chyb
Když jsem dal tolik, musím to dostat zpátky.	Hazard není spořitelna. S prohranými penězi je třeba se rozloučit (při skupinové terapii jim na rozloučenou zamáváme).
Dokážu přestat, kdykoliv chci.	Sebeovládání je nespolehlivé, zejména když je člověk v rizikovém prostředí. Tomu je lépe se vyhnout.
Výhra musí přijít.	Čím déle člověk hraje, tím více prohrává.
Přestanu, až získám hodně peněz.	Bažení po hazardu zvyšuje právě výhra. Výhra znamená o to větší prohry.
Nikdo nic nepozná.	Okolí brzy vycítí, že se něco děje. Navíc se rostoucí problémy nedají trvale utajit.
Při hazardní hře si odpočinu.	Hazard zvyšuje stres i u lidí, kteří nejsou patologickými hráči. U patologických hráčů je míra stresu při hazardu ještě daleko vyšší.
I při hazardu jsem se staral o rodinu.	Rodina trpěla nejen finančně, ale i nedostatkem času, nervozitou, podrážděností, nespolehlivostí a lhaním.
Mírnění smutku, depresí a jiných nepříjemných pocitů.	Nepříjemné duševní stavy se prohlubují.
Při hazardu se dostanu do společnosti.	Lze se dostat do společnosti osob ve výkonu trestu. Hazard vede k samotě a opuštěnosti.
Zbohatnu.	Přijdou nouze a dluhy.
Pocit nedokončenosti, snaha vše uzavřít výhrou.	Tento pocit hazard nemírní, ale prohloubí.
Hazard je zajímavý.	Život točící se kolem hazardu se stává jednotvárný a nudný.
Vyhraji, protože jsem geniální.	To si myslí všichni.
Hazard je tu proto, aby mě obdával.	Hazard je zde proto, aby hráče připravoval o peníze.
Peníze slouží hlavně hazardu.	Peníze mají sloužit k přiměřené péči o sebe, rodinu atd.
Problém jsou dluhy. Kdybych je neměl, všechno bylo by v pořádku.	Problémem je patologické hráčství. Až jeho zvládnutí může zlepšit situaci.

- Racionální hospodaření s penězi (podrobněji viz Nešpor, 2006, dostupné na adrese [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu)).
- Vyhnout se alkoholu, zejména v rizikových prostředích, protože zhoršuje sebeovládání a protože patologičtí hráči jsou více ohroženi závislostí na alkoholu.

**2. Vhodné bývá aktivní předání ke specializované léčbě** (při něm pacienta k první návštěvě doprovodí sociální pracovníce, příbuzný nebo spolupracovník). **U pacienta, u něhož došlo k sebevraždnému jednání nebo kde je toto riziko vysoké a bezprostřední, je možná i nedobrovolná hospitalizace pro nebezpečnost sobě.**

**3. Při krátké intervenci se také používá motivační rozhovor.** Nekonfrontačně, s pochopením a pomocí vhodně volených otázek lze i nemotivovanému nebo nerozhodnému pacientovi pomoci, aby si uvědomil rizika hazardní hry a výhody abstinence. Tam, kde je pacient již rozhodnut ke změně, je třeba mu jasně doporučit další postup (formu léčby, změnu životního stylu, někdy změnu zaměstnání apod.). O posilování motivace podrobněji jinde (Nešpor, 2011a, 2011b). Silný motivační vliv mívá pacientova rodina, čehož bývá také vhodné využívat.

**4. Předání svépomocného materiálu pro patologické hráče** (Nešpor, 2006). Tato publikace je zdarma k dispozici na webových stránkách [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu).

**5. Doporučit setkání svépomocné organizace Anonymních hráčů (Gamblers Anonymous).** Ta u nás působí v Praze, v Brně a možná i na dalších místech.

**6. Poskytnutí kontaktu na služby telefonické pomoci s nepřetržitým provozem.** To pomáhá lépe zvládat krize i craving a předcházet sebevraždám (např. Centrum krizové intervence, tel. 284 016 666).

Viz také „Karta 2. Krátká intervence pro patologické hráčství (informace pacientům)“.

### Léčba patologického hráčství

Používají se postupy zmíněné v souvislosti s krátkou intervencí a některé další specifické postupy.

**Kognitivní restrukturační** (např. Sylvain a spol., 1997). Při této technice dochází ke korigování chyb v myšlení ve vztahu k hazardní hře. Na to je vhodné navázat uvažováním o tom, jak realisticky uspokojovat vlastní potřeby.

### Psychoterapeutické postupy a úprava životního stylu

V této indikaci se používají podobné techniky jako při léčbě závislostí. Vhodná je např. metoda „Semafor“ (vysvětlení a praktické příklady viz Nešpor, 2011a, 2011b, nebo na [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu)). Uplatní se také nácvik sociálních dovedností, naučit se, jak řešit problémy, i další postupy. Velkou pozornost je třeba věnovat životnímu stylu. U patologických hráčů je časté přepínání se a neschopnost vhodně odpočívat. Ve snaze rychle splatit dluhy se dostávají do stavů vyčerpání, což zhoršuje sebekontrolu a zvyšuje riziko ve vztahu k hazardu. Bývá vhodné doporučit organizaci času a přiměřeně aktivního i pasivního odpočinku. Varujeme před nevhodnými zaměstnáními (trojsměnný provoz, volné finanční prostředky, nekontrolovatelné příjmy, rizikové prostředí a nadměrný stres). V rámci skupinové terapie lze např. plánovat životní styl a vhodné rekreační aktivity v bezpečném prostředí, kde nejsou „spouštěče“ (podněty vyvolávající bažení po hazardu).

### Rodinná terapie

Samotná účast při skupinové terapii s dalšími patologickými hráči a příbuznými většinou zmírní pocity stigmatizace a zvýší schopnost příbuzných jednat efektivně. Na toto téma více viz Nešpor (2006, 2011b).

### Způsoby, jak zvládat bažení (craving)

Bažení bývá u patologických hráčů častým problémem. Někteří patologičtí hráči ovšem recidivují, aniž by bažení uváděli. Bývá to způsobeno popíráním problému (problém s hazardem je třeba si přiznat), automatickým chováním v rizikovém prostředí a nebezpečných situacích (automatismy je třeba zablokovat a vyhýbat se zbytečnému riziku) a nedostatečným uvědomováním (v tomto případě pomáhají relaxační techniky a psychoterapie).

V našem souboru (Nešpor a Csémy, 1999) uváděli patologičtí hráči nejčastěji následující způsoby zvládnání bažení:

- Uvědomit si negativní důsledky recidivy.
- Vyhýbat se situacím, které bažení vyvolávaly.
- Včas bažení rozpoznat, uvědomit si bažení na samém počátku, kdy je slabé.
- Odvedení pozornosti.
- Uvědomit si minulé nepříjemné zážitky související s hazardní hrou.
- Uvědomit si výhody abstinence.
- Tělesné cvičení nebo tělesná práce, jít do přírody.
- Prostě vydržet (tato strategie často postačuje, protože bažení často trvá řádově minuty).
- Hovořit telefonicky či osobně s odborníkem nebo s někým blízkým o pocitech při bažení.
- Relaxační techniky.
- Požádat o pomoc.
- Uvažovat o příčinách bažení.
- V duchu nebo nahlas si popisovat pocity při bažení.
- Někomu odevzdat peníze.
- Způsoby, jak zvládat bažení, lze také rozdělit podle toho, který znak bažení ovlivňují (Nešpor, 2011c).

### Skupinová terapie

S otevřenou velkou skupinou pro patologické hráče máme mnohaleté zkušenosti. Praktičtí lékaři nebo jiní zdravotničtí pracovníci mohou do existujících skupin odesílat pacienty při zvážení potřebnosti této intervence.

Krátké principy skupinové terapie:

Počet účastníků se většinou pohybuje od 10 do asi 30, někdy podstatně více, přicházejí i příbuzní a přátelé. Příchozí nesmí být pod vlivem alkoholu nebo drog, je možná i anonymní účast. Obvyklý postup je následovný:

- Nejdříve se ptáme těch, kdo přicházejí z nechráněného prostředí, na jejich zkušenosti. Často tak slouží jako pozitivní modely pro ústavně léčené.
- Pak se těch, kdo se účastní poprvé, ptáváme na tři hlavní důvody, proč chtějí přestat hrát. Důvodem je práce s motivací (viz výše).
- Posilování motivace pokračuje i v další části skupiny. Účastníci jeden po druhém krátce reagují na vhodná témata (nejhorší zážitky související s hazardní hrou, fantazie o hazardní hře a skutečnost, trapné situace kvůli hře, kdy se cítili nejhůře, duševní potíže a poruchy myšlení v souvislosti s hazardní hrou, kolik kilogramů brokolice by si mohli koupit za prohrané peníze apod.).
- Následně zařazujeme nácvik určitého postupu, jak problém s hazardem překonat, např. semafor, třístupňová obrana, způsoby zvládnání bažení, jak zlepšit mezilidské vztahy, jak dát do pořádku finance či uzdravit životní styl (Nešpor, 2011b).
- Končíme optimisticky a pozitivně (jak si zdravě a bezpečně udělat radost, v čem jsem nyní moudřejší než dříve, jak vhodně použiji peníze, jaký pokrok při abstinenci



od hazardu kdo udělal apod.).

- Během skupiny zařazujeme jednoduchá cvičení s prvky psychoterapie, některá z nich viz [www.youtube.com/drnespor](http://www.youtube.com/drnespor).

### Anonymní hráči

Kombinace účasti ve svépomocné organizaci Anonymních hráčů a profesionální psychoterapie je efektivní (Lesieur a Blume, 1991). Tam, kde Anonymní hráči nepracují, je může nahradit organizace Anonymních alkoholiků, zejména jestliže patologický hráč nemá zároveň problémy s alkoholem.

### Finanční záležitosti včetně dluhů

Pacienti se často ocitají pod tlakem věřitelů, zaplatí více, než si mohou dovolit, takže oni sami ani jejich rodiny často nemají prostředky na nejnnutnější potřeby. Doporučuje se zpracovat realistický splátkový kalendář a věřitele informovat o léčbě, splátkách i snaze dluh postupně zaplatit. Propracovaný systém zvládnutí finančních problémů vytvořila organizace Anonymní hráči (Nešpor, 2006). Doporučujeme také nenosit u sebe větší částky peněz a mzdu posílat bezhotovostně na bankovní účet, k němuž nemá pacient přístup.

### Možnosti farmakoterapie

Při farmakoterapii patologického hráčství mohou být prospěšná **antidepresiva ze skupiny SSRI** (Hollander a spol., 1998, 2000, Kim a spol., 2002) a to i u pacientů, kteří nevykazují známky deprese. V této indikaci mírní antidepresiva impulzivitě a craving (bažení) po hazardní hře. Nověji se objevily i zprávy o příznivém působení **naltrexonu** (Kim a spol., 2001). Tento lék ale není hrazen z pojistného a jeho cena je pro naprostou většinu patologických hráčů příliš vysoká.

### Prevence recidiv

Prevence recidiv je podobně jako u jiných návykových nemocí důležitá. Pomáhá dlouhodobé doléčování a kontakty s léčebným zařízením nebo svépomocnou organizací podobně jako u jiných návykových nemocí.

### Další postupy

V rámci komplexní léčby jsou vhodné i další postupy, např. socioterapeutický klub, tělesná cvičení, psychodrama, muzikoterapie, využívání humoru a smíchu atd. Patologické hráče je možné léčit společně se závislými na alkoholu, měli by však mít i své specifické aktivity (např. zvláštní sezení skupinové terapie a setkání Anonymních hráčů). Vhodné bývá dlouhodobé udržování kontaktu a připravenost pomoci v případě recidiv.

### Závěr

U hráčství a sázkařství často postačuje krátká intervence. I plně rozvinuté patologické hráčství je léčitelné, ale bývá potřebná soustavná a dlouhodobá léčba zahrnující kombinaci více postupů.

### Literatura

- Csémy L a spol.: Zneužívání alkoholu a jiných návykových látek adolescenty: analýza rizikových faktorů. Závěrečná zpráva výzkumného úkolu IGA MZ ČR 2886-4. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1999.
- Duševní poruchy a poruchy chování, MKN-10, diagnostická kritéria pro výzkum. Praha: Psychiatrické centrum Praha 1996; 180.
- Grant JE, Kim SW: Effectiveness of pharmacotherapy for pathological gambling: a chart review. *Ann Clin Psychiatry* 2002; 14:155-161.
- Hollander E, DeCaria CM, Finkell JN, Begaz T, Wong CM, Cartwright C: A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biol Psychiatry* 2000; 47:813-817.

- Johnson, EE, Hamer, R, Nora, RM, Tan, B, Eisenstein, A, Engelhart, C: The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports* 1997; 80:83-88.
- Hollander, E, DeCaria, CM, Mari, E: Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1781-1783.
- Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC: Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biol Psychiatry* 2001; 49:914-921.
- Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC, Zaninelli R.: A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:501-507.
- Lader M. Antiparkinsonian medication and pathological gambling. *CNS Drugs*. 2008; 22(5):407-416.
- Lesieur, HR, Blume, SB: Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse, and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addiction* 1991; 86:1017-1028.
- McConaghy N, Armstrong MS, Blaszczyński A et al: Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry* 1983; 142:366-372.
- Nešpor K.: Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag 2006; 130. Zdarma dostupné na [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu).
- Nešpor K: Vaše děti a návykové látky. Praha: Portál 2001, 2003; 160. Zdarma na [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu).
- Nešpor K.: Návykové chování a závislost. 4. aktualizované vydání. Praha: Portál 2011a; 176.
- Nešpor K. a kol.: Jak překonat hazard. Praha: Portál 2011b; 159.
- Nešpor K, Matanelli O, Pekárková G, Gregor P.: Jak rozdělit postupy, které mírní bažení (craving). *Prakt. lék.* 2011c, 91(12):703–706. Zdarma na [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu).
- Nešpor, K, Csémy, L: Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a jeho zvládnání. Praha: Sportpropag 1999; 76. Zdarma dostupné na [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu).
- Nešpor, K, Csémy, L, Pernicová, H: Zásady efektivní primární prevence. Praha: Sportpropag pro MŠMT 1999; 39. Zdarma dostupné na [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu).
- Nešpor, K, Csémy, L, Prokeš, B, Matanelli, O, Mráčková, E: Alkohol, drogy, hazardní hra a život ohrožující události. *Česká a slovenská psychiatrie* 2003; 99:16-22. Zdarma dostupné na [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu).
- Pasternak, AV; Fleming, MF: Prevalence of gambling disorders in a primary care settings. *Archives of Family Medicine* 1999; 8:515-520.
- Petry NM, Weinstock J, Ledgerwood DM, Morasco B.: A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76(2):318-28.
- Sylvain, C, Ladouceur, R, Boisvert, JM: Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65:727-732.
- Wheeler SA, Round DK, Sarre R, O'Neil M.: The influence of gaming expenditure on crime rates in South Australia: a local area empirical investigation. *J Gambl Stud.* 2008; 24(1):1-12. Další materiály jsou k dispozici na [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu)

## Možnosti poskytování substituce pro osoby závislé na opioidech v nespécializovaných zdravotnických zařízeních

MUDr. Alena Večeřová-Procházková, ambulantní psychiatr, Praha  
Prim. MUDr. Petr Popov, MHA, Klinika adiktologie, 1. LF UK Praha

### Úvod

Substituční léčba závislosti na opioidech je standardním terapeutickým postupem, zaměřeným na „harm reduction“, tj. na minimalizaci následků a poškození vyplývajících z užívání drog. V některých případech může substituční léčba představovat dokonce metodu (první) volby léčby závislosti na opioidech. Jako substituční látky se v České republice používají metadon a buprenorfin, dostupná je rovněž kombinace buprenorfinu a naloxonu (Suboxone®). Podstatou substituční léčby je snaha původně užívané návykové látky získávané ilegálně (heroin), s krátkým účinkem, s neznámou koncentrací, často s toxickými příměsemi, aplikované rizikově (i.v., nesterilně), nahradit látkou s výhodnějším profilem s dlouhodobým účinkem v organizmu, s definovanou koncentrací, bez toxických příměsí a účinků, aplikovanou většinou p.o. a podávanou lege artis.

Předpokládá se, že vzhledem k počtu problémových uživatelů návykových látek se praktičtí lékaři nevyhnou ošetřování pacientů s problematikou závislosti. Přitom uspořádání primární péče je v tomto smyslu samo o sobě výhodné. Potenciální výhody zahrnují vyšší počet a geografické rozmístění sítě praktických lékařů a ordinací oproti specializovaným zařízením poskytujícím substituci, automaticky zvýšenou pozornost věnovanou případným komorbidním onemocněním, snížení stigmatu pro pacienty docházející do ordinace praktického lékaře a snížení kontaktu s dalšími uživateli. (Fiellin, 2002, Bonhomme, 2012).

Metodicky je substituční léčba v ČR definována ve Standardech substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Věstník MZ ČR, částka 6/2000, částka 4/2001). Aktualizace standardu, která reflektovala nové poznatky v oblasti léčby závislosti, byla vydána ve Věstníku MZ ČR v roce 2008, částka 3. **Aktualizovaný standard je závazným vodítkem pro poskytování substituční léčby v ČR.** V ČR byl v roce 2000 zřízen Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL). **Registrační povinnosti podléhá od 1. 1. 2006 nejen léčba ve specializovaných substitučních centrech, ale ve všech zdravotnických zařízeních – tedy i léčba Subutexem v ambulancích praktických lékařů nebo specialistů.**

Podle standardu jsou látkami, určenými k lege artis substituční léčbě závislosti na opioidech, metadon a buprenorfin. Klienti zařazení do substitučního programu musí splňovat kritéria definice závislosti podle MKN-10. Dále věstník definuje substituční léčbu jako takovou (harm reduction, časově neomezená udržovací léčba) a typy substituční léčby. Ve standardu jsou dále obsaženy vstupní podmínky (vyšetření, kontra/indikace) a schémata terapie (dávka, nefarmakologické složky, hodnocení).

**Jako nejčastější problémy při realizaci substituční léčby v praxi praktických lékařů se ukazují:**

- a) negativní zkušenosti s problematickými pacienty závislými na návykových látkách,
- b) obavy z problémového chování v ordinaci,
- c) nízká satisfakce z práce s obtížnou klientskou základnou

telou, vyplývající z často problematické spolupráce pacienta s lékařem.

To vše někdy vede u praktických lékařů k tendenci předávat pacienty zpět do péče specializovaných zařízení. Mnohé z problémů, které se v případě substitučního programu u praktického lékaře objevují, lze řešit. Podmínkou ovšem je zkvalitnění vzdělávání lékařů v problematice substituční léčby.

Vysoký počet mladých lidí závislých na heroinu a opiátech a u mnoha z nich nedostatečná motivace (nebo nepřipravenost) pro léčbu zaměřenou na abstinenci představují okolnosti, které vymezují místo a smysl substitučních programů v systému léčebné péče o závislé.

### **Cíle substitučního programu v nespécializovaném zdravotnickém zařízení**

Zneužívání a závislost na návykových látkách jsou spojeny se zvýšenou morbiditou, mortalitou, nežádoucím ovlivněním sociálních okolností, dále jsou doprovázeny ztrátou produktivity na trhu práce, zvýšenou spotřebou lékařské a zdravotnické péče a konflikty se zákonem a v neposlední řadě výdaji veřejného i privátního sektoru za účelem odstranění škod napáchaných trestnou činností. (Simoens et al., 2005).

Zvýšení dostupnosti substituce opioidů přináší pozitivní účinky zejména ve formě snížení kriminality, snížení poptávky po heroinu, zlepšení kontaktu (terénní služby), čili lepšího záchytu problémových uživatelů, snížení potřeby poskytování první pomoci. Metadon, který se v Evropě považuje za nejrozšířenější substituční látku, přestože je jeho výdej spojen s řadou omezení, interakcí i kontraindikací, je následován buprenorfinem a LAAM (levo-alfa-acetylmethadol).

V ČR je distribuce metadonu omezena na specializovaná substituční centra, která jsou

organizována převážně na krajské úrovni.

Nejvytíženější jsou programy v Praze a v Ústí nad Labem, což odpovídá regionální distribuci prevalence problémových uživatelů opiátů, která je v těchto krajích nejvyšší. Vysoký počet relapsů, které následují bezprostředně po detoxifikaci, a restrikce spojené s výdejem metadonové substituce vedly k úsilí o nalezení a využívání alternativních farmakoterapeutických přístupů a způsobů léčebných schémat, které by přispěly k udržení pacientů v léčebném režimu.

V tomto smyslu je od r. 2001 bez omezení preskripce dostupný jako substituční látka buprenorfin (Buprenorphine Alkaloid, Subutex, Ravata) a od r. 2008 rovněž buprenorfin v kombinaci s naloxonem (Suboxone). Od preskripce buprenorfinu je pozorován odklon vzhledem k jeho úniku na černý trh a také následným omezením preskripce na recepty „s modrým pruhem“. Přesto se právě setkání s buprenorfinem na černém trhu může stát pro závislé jedince vstupní branou k substituční léčbě a další úpravě životního stylu.

### **Zkušenosti z domova i zahraničí**

Je nesporné, že substituční léčba je efektivní v tom smyslu, že skutečně snižuje kriminalitu a rizikové chování. Rovněž klienti, kteří spolupracují v režimu substituční léčby, vykazují lepší výsledky v trávení volného času, hospodaření s penězi, v oblasti duševního zdraví a kvality života (Giacomuzzi et al., 2006). Řada z nich si dokáže při substituční léčbě udržet legální pracovní poměr a záze-  
mí, partnerský či manželský nebo rodičovský vztah. V současné době v Evropě k předepisování buprenorfinu dochází především prostřednictvím dvou typů zdravotnických zařízení – specializovaných substitučních středisek, a to včetně specializovaných ordinací, a lékařů primární péče. Je prokázána možnost úspěšné detoxifikace i udržovací

terapie ve specializovaných centrech. Rovněž byla prokázána možnost stabilizovaného pacienta úspěšně předat do ambulantní sféry. Jako nejefektivnější se ukazuje kombinace substituční léčby v ordinaci spojená s psychosociálním poradenstvím v adiktologických službách.

**Proveditelnost a bezpečnost předepisování buprenorfinu v praxi praktického lékaře** byla již potvrzena studii v zahraničí i v ČR (Resnick, 2001; Roscak, 2003; Fudala, 2003; Večeřová 2008) a je potvrzována znovu (Miotto, 2012). Výhodou je zde především větší dostupnost a přístupnost (accessibility) služeb primární péče, možnost flexibilnějšího plánování léčby a integrace závislých pacientů do obecné patientské populace (NIDA, 2003, Bonhomme, 2012).

V r. 2012 podstoupilo substituční léčbu v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé celkem 3548 pacientů (údaje ÚZIS). Každý lékař podávající jakoukoliv substituční látku má zákonnou povinnost hlásit údaje o jednotlivých pacientech do NRULISL, který funguje od r. 2000. Jsou sledovány agregované údaje o počtech pacientů v substituční léčbě v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé. V r. 2012 nahlásilo pacienty v substituci celkem 59 zdravotnických zařízení. Během r. 2012 bylo v Registru substituční léčby evidováno 2298 léčených osob (1632 mužů a 666 žen). Průměrný věk léčených osob byl ve sledovaném roce 32,8 let. Léčba preparáty na bázi buprenorfinu však stále není v plném rozsahu v Registru evidována.

V listopadu a prosinci 2012 proběhlo praxidelné šetření mezi lékaři v ČR, které každé 2 roky realizuje agentura INRES-SONES a do kterého byla z iniciativy Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti zařazena také baterie otázek na prevalenci problémového užívání drog

a patologického hráčství a také na zkušenosti lékařů s poskytováním substituční léčby. Na základě výsledků výzkumu lze odhadnout, že v r. 2012 přibližně 340 praktických lékařů pro dospělé a 50 praktických lékařů pro děti a dorost poskytovalo substituční léčbu preparáty na bázi buprenorfinu 1350 a 190 pacientům, dohromady tedy přibližně 1500 pacientům. Oproti r. 2010 se zvýšil odhadovaný počet předepisujících lékařů a podíl kompozitního preparátu s naloxonem (Suboxone). Odhad 1350 pacientů na substituci u praktických lékařů dobře koresponduje s údaji z agregovaného hlášení ÚZIS. Další otázky v průzkumu se týkaly hlášení do NRULISL. Z odpovědí vyplývá, že registrováno je 82,5 % lékařů poskytujících substituci, což je více než v r. 2010 (71,0 %) (Mravčík et al., 2013).

### Vytipování vhodného pacienta

Buprenorfin se považuje za látku vhodnou k substituci u pacientů závislých na opiátech, kteří jsou více motivovaní ke změně než pacienti metadonové substituce, a přitom pro ně ještě není přijatelná léčba orientovaná k abstinenci, a pro pacienty, kteří oproti metadonovým klientům mají vyšší úroveň psychosociálního fungování, nejsou současně závislí na alkoholu, mají negativní rodinnou anamnézu závislosti či poruch nálady a závislost na opioidech u nich trvá kratší dobu než 10 let. Buprenorfin je také vhodnější pro pacienty, kteří nemají extrémní toleranci vůči opioidům, vyžadující velmi vysoké dávky substituční látky (pro takové pacienty je naopak vhodnější metadon).

Přednostní zařazení do substituční léčby se doporučuje při

- těhotenství,
- HIV pozitivitě,
- akutní nebo chronické formě některého typu virové hepatitidy, především virové hepatitidy typu C.



### Hlavní zásady substituce vyplývající ze současných standardů

*Dotazníky pro posouzení vhodnosti zařazení do substituční léčby, údaje pro Národní registr uživatelů, indikace, kontraindikace, dávkovací režimy jsou obsahem přiložených karet.*

#### **Metadon** (metadon 5mg/ml sol por)

Jedná se o syntetický opioid s účinkem podobným morfinu ve formě roztoku, po perorálním podání se rychle vstřebává, váže se na plazmatické bílkoviny a pomalu se vylučuje s poločasem asi 25 hodin. Vzhledem k dlouhodobému účinku a jeho pomalému nástupu téměř nevede k euforii způsobené rychlým vzestupem plazmatických hladin. **Kontraindikacemi** podání jsou především přecitlivělost na metadon, požívání alkoholu v průběhu terapie, podání osobám mladším 18 let, zvláštní opatrnosti je třeba u útlumu dechového centra, bronchiálního astmatu a nedostatečné expektorace a u těžkých hepatopatií. Riziko podávání je rovněž u epilepsie, vysoké dávky opioidů potencují záchvatovou pohotovost. **Další kontraindikace podání vyplývají z principů substituční terapie:** Metadon se nedoporučuje k léčení počínajících závislostí nebo pacientů, kteří s opiáty teprve experimentují. Zbytečné je podávání u pacientů, kde je indikovaná léčba orientovaná k abstinenci bez medikace. Nesmí se podávat u pacientů závislých na jiných skupinách drog, než jsou opioidy. U kombinovaných závislostí může být jeho podávání riskantní. Kombinace metadonu s jinými návykovými látkami včetně alkoholu zvyšuje riziko letální intoxikace např. v důsledku útlumu dechového centra, což platí zejména v případě kombinované závislosti.

Za kontraindikaci můžeme považovat i zneužívání substitučního programu v anamnéze (např. prodej substituční látky na černém

trhu nebo prodej návykových látek klientům substitučního programu). Kontraindikací je také neschopnost přestat užívat ilegální návykové látky navzdory dostatečně vysoké dávce substituční látky, blízký nástup výkonu trestu odnětí svobody (není-li ve vězení dostupný substituční program). Některé kontraindikace je třeba považovat za relativní, je třeba také brát v úvahu i rizika neposkytnutí substituční léčby. Z **nežádoucích účinků** se nejčastěji setkáme s nauzeou, zvracením, dále se objevuje sucho v ústech, zácpa, ospalost, hypotenze, tachykardie, palpitace, útlum dechového centra, pocení, mióza, alergické kožní reakce, u astmatiků vzácně bronchospasmus, je nutno mít na paměti možnost nepříznivého ovlivnění schopnosti řídit motorová vozidla, ovládat stroje či pracovat ve výškách. Mezi **lékové interakce** preparátu patří zvýšení jeho plazmatické hladiny a toxicity ritonavirem, jeho účinek snižují až antagonistují pentazocin, naloxon, nalmefen a buprenorfin. Současná aplikace opioidů, ale i sedativ a analgetik zvyšuje riziko útlumu dechového centra, současné podání naloxonu či nalmefenu může vyvolat prudký abstinenci syndrom, podobně jako současné podání rifampicinu.

Podává se v ČR prakticky výhradně v rámci substituční léčby ve specializovaných centrech, kdy **dávky** jsou přísně individuální podle tělesné hmotnosti nemocného a stupně závislosti. Zařízení poskytující metadonovou léčbu musí být schopno zajišťovat odběry moči na toxikologická vyšetření. Je výhodné, jestliže má k dispozici i dechový analyzátor na alkohol. V rámci detoxifikace lze podat výjimečně až 180 mg denně, dávku je třeba postupně snižovat (přibližně o 1 mg denně); v případě, že detoxifikace není dosaženo v průběhu 3 týdnů, podávají se obvykle dlouhodobě substituční dávky 60



- 120 mg denně. Při individuální vyšší toleranci mohou být podávány dávky i výrazně vyšší (stovky miligramů denně). **Předávkování** se projevuje útlumem dechového centra. Terapie opioidním antagonistou naloxonem musí být opakovaná, vzhledem k tomu, že účinek metadonu trvá déle než 36 hodin a naloxonu pouze 1 – 3 hodiny. U osob léčených ze závislosti musí být aplikace opioidních antagonistů velmi opatrná z důvodu možnosti vzniku nebezpečného abstinčního syndromu.

**Buprenorfin** (Subutex, Temgesic, Ravata, Buprenorphine Alkaloid)

Buprenorfin, registrovaný v ČR od roku 2002 pro udržovací léčbu závislosti, má jedinečný farmakologický profil, který navozuje možnost užití i mimo specializovaná pracoviště, například v primární péči. Je to parciální agonista  $\mu$ -opioidních receptorů, antagonistista  $\kappa$ -receptorů, silně se váže na receptor a k vazebné disociaci dochází jen pomalu. Antagonistický účinek je ekvivalentní naloxonu, účinek dávek používaných k léčbě závislosti přetrvává déle než 24 hodin. Jde o látku farmakologicky příbuznou morfinu, ale oproti jiným substitučním látkám má několik výhod: ačkoliv jeho subjektivní účinky jsou velice podobné ostatním opioidům, má menší závislostní potenciál, navozuje menší euforii po p.o. podání, má méně závažný odvykací stav při přerušení jeho podávání, výhodou je rovněž tzv. „stropový“ efekt, který např. oproti metadonu zabraňuje smrti z předávkování a při vyšších dávkách možnost jeho účinného podávání pouze 3 – 4x týdně. Nevýhodou je jeho vyšší cena v porovnání např. s metadonem. Buprenorfin je vhodný pro tu subpopulaci pacientů závislých na opiátech, která je již více motivovaná ke změně než klienti metadonové substituce, a přitom pro ni ještě není přijatelná léčba orientovaná k abstinenci, a pro pacienty,

kteří oproti metadonovým klientům mají vyšší úroveň psychosociálního fungování. To se týká zejména pacientů, kteří během závislosti nedosáhli tak závažného poškození a kteří díky substituční terapii získají nebo udrží zaměstnání či život v manželství nebo stabilním partnerství a případně rodičovské fungování. Zde je v dlouhodobém horizontu substituční léčba buprenorfinem levnější než poskytování metadonové substituce.

Indikováno je podání v rámci substituční terapie u motivovaných spolupracujících pacientů závislých na opioidech, dále se využívá v algeziologii a anesteziologii také ve formě transdermálních náplastí (Transtec). Podávání je limitováno řadou **kontraindikací**: přecitlivělost na buprenorfin, intoxikace léčivými tlumícími CNS, požívání alkoholu v průběhu terapie, terapie inhibitory MAO a období 14 dnů po jejím ukončení, respirační insuficience, průjem v souvislosti s intoxikací, těžká porucha funkce jater, podání dětem mladším 15 let, opatrnosti je třeba u nitrolební hypertenze, úrazů hlavy, bronchiálního astmatu či CHOPN, zánětlivých střevních onemocnění, retence moči při obstrukci močových cest nebo hypertrofii prostaty, těžší poruchy funkce jater nebo ledvin. Mezi nejčastější **nežádoucí účinky** patří zácpa, nauzea, zvracení, ospalost nebo naopak nespavost, bolesti hlavy, závratě, ortostatická hypotenze, pocení; méně často sucho v ústech, zmatenost, útlum dechového centra (protože vazba buprenorfinu na opioidní receptory je velmi pevná, není při útlumu dechového centra jednorázová aplikace naloxonu spolehlivým postupem); vzácně retence moči, hepatitida až nekróza jaterní tkáně, halucinace; možnost nepříznivého ovlivnění schopnosti řídit motorová vozidla, ovládat stroje či pracovat ve výškách; na začátku terapie možnost vyvolání akutního abstinčního syndromu.

**Lékové interakce** má s ostatními opioidními antagonisty a anticholinergiky, zvyšuje účinek léčiv tlumících CNS, snižuje až antagonizuje účinek opioidních agonistů, jeho účinek snižuje až antagonizuje naloxon. Současné podávání anticholinergik zvyšuje riziko vzniku závažné zácpy, paralytického ileu nebo retence moči, současná aplikace diazepamu zvyšuje riziko vzniku respirační deprese a může vést ke kardiovaskulárnímu kolapsu. Současné podávání inhibitorů MAO může vést k závažným nežádoucím účinkům.

**Dávkuje se** na začátku terapie 0,8 – 4 mg 1x denně, v závislosti na klinickém stavu pacienta se dávka postupně zvyšuje až na maximálně 32 mg 1x denně (stropový efekt, jsou však údaje o efektivní léčbě při dávkách až 50 mg/den), obvykle se podává dávka nižší, např. 8 nebo 16 mg. V udržovací léčbě bývají dostačující dávky okolo 2 – 4 mg/den, podle individuální tolerance pacienta. Podává se zásadně sublinguálně.

Tableta se musí ponechat pod jazykem, dokud se nerozpustí, což trvá cca 5 – 10 minut. Po dosažení uspokojivé stabilizace pacienta je možné denní dávku postupně snižovat až na nejnižší ještě účinnou dávku, následně je pak možné léčbu ukončit, přičemž pacienta je nutné dále dlouhodobě sledovat; u pacientů, kteří užívají metadon, je třeba před zahájením substituční terapie buprenorfinem (před převedením na buprenorfin) snížit dávku metadonu na maximálně 30 mg denně.

### **Suboxone** (buprenorfin + naloxon)

Kombinace analogu opioidů s plným antagonistou opioidů představuje uznávanou strategii v prevenci potenciálního nitrozilního zneužívání. Sublinguální tablety obsahují buď 2 mg buprenorfinu a 0,5 mg naloxonu, nebo 8 mg buprenorfinu a 2 mg naloxonu. Naloxon se při podání ústy (resp. sublingu-

álním podání) nevstřebává, pokud je však injekčně aplikován osobě závislé na opioidech, vyvolá příznaky akutního odvykacího stavu. Mezi nejčastější **vedlejší účinky** patří nespavost, zácpa, nauzea, zvýšené pocení, bolesti hlavy a odvykací syndrom. Neměl by být používán u pacientů s těžkou plicní nedostatečností, těžkou jaterní nedostatečností nebo u akutní intoxikace alkoholem nebo při deliriu tremens (odvykací stav při závislosti na alkoholu). Kontraindikováno je podávání v těhotenství a při alergické reakci na buprenorfin nebo naloxon.

Podávání Suboxonu se zahajuje ve stavu počínajícího odvykacího stavu, nejméně však 6 hod. po poslední aplikaci opioidů. V případě užití Suboxonu před nástupem odvykacího stavu dojde vzhledem k pouze částečnému agonismu k „urychlenému odvykacímu stavu“ a subj. stav pacienta se zhorší. Podání v počínajícím odvykacím stavu příznaky odvykání zmírňuje. Tablety se vkládají pod jazyk a je nutno vyčkat úplného rozpuštění, což trvá 5 – 10 min., po tuto dobu je vhodné, aby pacient poseděl v čekárně. Účinek je počítován po 30 – 60 min., plně se plně rozvíjí v řádu 1 – 4 hod. a přetrvává 24 hod. i déle.

Doporučuje se začínat tbl s nižším dávkováním a kontrolovat pacienta denně, dávku postupně titrovat, podobně jako u buprenorfinu samotného. Převádění z buprenorfinu na kombinaci buprenorfin – naloxon je bez problémů, před převáděním z metadonu na buprenorfin – naloxon je třeba snížit dávku metadonu na 30 mg/d.

### **Na co nezapomínat**

Jako kritickou periodu uvádějí jak specialisté na léčbu závislosti, tak i praktičtí lékaři počáteční fázi, tj. nastavení dávky a stabilizaci pacienta. Za výhodnou variantu lze považovat kombinaci substituční centrum – praktický lékař, kdy by substituční centrum

mělo pacienta indikovat do léčby, nastavit dávku, stabilizovat a předat praktickému lékaři, který by v léčbě pokračoval. Studie rakouských autorů (Ortner R., 2004) ukazuje vysokou účinnost (60 % retence, N=60) u pacientů s nastavením dávky a 3 týdny stabilizovaných specializovaným substitučním střediskem, a poté předaných praktickému lékaři. O'Connor et al. (1998) zjistil retenci vyšší u pacientů léčených v kombinované jednotce specializované středisko – praktický lékař (78 %, 18 z 23) než pouze ve specializovaném středisku (52 %, 12 z 23; P=0,06) během 12týdenní léčebné periody. Vignau a Brunelle (1998) prokázali výrazné zlepšení sociálního i zdravotního stavu u souboru 69 pacientů léčených praktickými lékaři anebo v substitučním centru (praktický lékař 32; substituční centrum 37) po 3 a šesti měsících od zahájení substituční léčby. Retence v léčbě byla podobná v obou režimech, celkově 65 % souboru.

Psychoterapie a psychosociální intervence jsou nezbytnou součástí komplexní substituční léčby. Při základní substituční léčbě v ordinacích praktického lékaře je vhodné substituční program doprovázet vhodnou somatickou léčbou a sociálním poradenstvím. Lékař, který provádí substituční léčbu, by měl být obeznámen s nabídkou specializovaných adiktologických služeb v regionu a motivovat pacienta k jejich využívání. Programy následné péče lze nalézt např. v Registru sociálních služeb, kde je evidováno 35 programů následné péče o uživatele drog. Ze sčítání adiktologických služeb z r. 2012 vyplývá, že sociální práci a podpůrné služby směrem k sociální reintegraci uživatelů drog poskytují desítky až stovky adiktologických zařízení a programů, zejména se jedná o pomoc s bydlením, zaměstnáním a dluhovou situací.

### Koho je možné kontaktovat v případě potřeby

Pro případ potřeby je vhodné mít k dispozici kontakty na protidrogového koordinátora, lékařskou pohotovost, RZP, krizové centrum, spolupracující psychiatrickou nebo AT ambulanci, psychoterapeuta, psychosociální poradnu. Rovněž by měla být předem známa kontaktní čísla na specializovaná zařízení pro léčbu závislosti.

Pacient by měl podle svého uvážení sdělit kontaktní číslo na blízkou osobu či rodiče a lékaři písemně sdělit, zda si v případě potřeby přeje sdělovat informace o zdravotním stavu a komu.

### Literatura

- Bonhomme J, Shim RS, Gooden R, Tyus D, Rust G: Opioid addiction and abuse in primary care practice: a comparison of methadone and buprenorphine as treatment options. *J Natl Med Assoc.* 2012 Jul-Aug; 104(7-8):342-50
- Fiellin DA, Pantalon MV, Pakes JP, O'Connor PG, Chawarski M, Schoenfeld RS: Treatment of heroin dependence with buprenorphine in primary care, *Am. J. Drug Alc Abuse*, 2002, 28, 231–241
- Fudala PJ, Bridge TP, Herbert S, Williford W, Chiang N, Jones K, Collins J, Raisch D, Casadonte P, Goldsmith J, Ling W., Malkerker U, Mc-Nicholas L, Renner J, Stine S, Tusel D: Office Based Treatment of Opiate Addiction with a Sublingual-Tablet Formulation of Buprenorphine and Naloxon. *NEJM.* 2003; 349:949-958.
- Giacomuzzi S, Kemmler G, Ertl M, Riemer Y: Opioid addicts at admission vs. slow-release oral morphine, methadone, and sublingual buprenorphine maintenance treatment participants. *Subst Use Misuse.* 2006; 41:223-44.
- Lavignasse P, Lowenstein W, Batel P, Constant MV, Jourdain JJ, Kopp P, Reynaud-Maurupt C, Riff B, Videau B, Mucchielli A.: Economic and social effects of high-dose buprenorphine substitution therapy. Six-month results. *Ann*

## Možnosti poskytování substituce pro osoby závislé na opiátech v nespécializovaných zdravotnických zařízeních

- Med Interne 2002;153 (3 Suppl): 1S20-6.
- Miotto K, Hillhouse M, Donovan R, Cunningham-Rathner J, Charuvastra C, Torrington M, Esagoff AE, Ling W.: Comparison of buprenorphine treatment for opioid dependence in 3 settings. *J Addict Med.* 2012 Mar; 6(1):68-76.
- Molnářová M, Bartoňová J, Večeřová-Procházková A, Kobližková R: Funkce drog v životě uživatelů opiátů a jejich substituční léba buprenorfinem. *Adiktologie*, 2008, ro. 8, .1, s. 12-29. ISSN 1213-3841.
- Mravčík V, Coufalová M, Popov P, Zábranský T, Procházka R: Dotazníková studie mezi praktickými lékaři zaměřená na zkušenosti a postoje k substituci opioidy. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*, 2005, 54; 27-34.
- Mravčík V, Chomynová P, Grohmannová K, Nečas V, Grolmusová L, Kiššová L, Nechanská B, Sopotko B, Fidesová H, Vopravil J, Jurystová L: 2013 Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 [Annual Report on Drug Situation 2012 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky
- O'Connor PG, Oliveto AH, Shi JM, Triffleman EG, Carroll KM, Kosten TR, Rounsaville BJ, Pakes JA, Schottienfeld RS: A Randomized Trial of Buprenorphine Maintenance for Heroin Dependence in a Primary Care Clinic for Substance Users versus Methadone Clinic. *American Journal of Medicine.* 1998; 105 :100-105.
- Office-Based Therapy for Opiate Addiction Successful; NIDA-Newsroom. 2003.
- Ortner R, Jagsch R, Schindler SD, Primorac A, Fischer G: Buprenorphine maintenance: Office-based treatment with Addiction clinic support: *Eur Addict Res*, 2004;10:105-111.
- Poirier MF, Laqueille X, Jalfre V, Willard D, Bourdel MC, Fermanian J, Olie JP Clinical profile of responders to buprenorphine as a substitution treatment in heroin addicts: results of a multicenter study of 73 patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2004;28:267-72.
- Popov P:Metadonová substituční léčba v České republice. *Adiktologie*, 2002, 2(1), 24-31.
- Popov P: Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba. In: Kalina K (Ed.). *Základy klinické adiktologie.* Praha 2008: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0. Str. 145-158.
- Resnick RB, Galanter M, Resnick E, Pycha C: Buprenorphine Treatment of Heroin Dependence (detoxification and maintenance) in a Private Practice Setting. *Journal of Addictive Disorders.* 2001; 20:1-3.
- Resnick RB, Resnick E, Galanter M: Buprenorphine responders: a diagnostic subgroup of heroin addicts? *Prog Neuropsychopharm& BPI*, 2002, 65, 1056-1067
- Rosack J: Buprenorphine Efficacy Shown In Office-Based Practices. *Psychiatr News.* 2003; 38 , N19.
- Rosenheck R, Kosten T: Buprenorphine for opiate addiction: potential economic impact. *Drug Alcohol Depend.* 2001;1;63:253-62.
- Schottienfeld RS, Pakes J, O'Connor P, Chawarski M, Oliveto A, Kosten TR: Thrice-weekly versus daily buprenorphine maintenance. *Biol Psych.* 2000 47:1072-9.
- Simoens S, Matheson C, Bond Ch, Inkster K, Ludbrook A: The effectiveness of community maintenance with methadone or buprenorphine for treating opiate dependence *BJ Gen Pract* 2005; 55: 139-146.
- Vignau J, Brunelle E: Differences between general practitioner- and addiction centre-prescribed buprenorphine substitution therapy in France. Preliminary results. *Eur Addict Res.* 1998;4 Suppl 1:24-8.
- Večeřová-Procházková A, Csémy L, Staňková Z, Molnářová M, Jacobs (Exnerová) P, Kožený J, Kobližková R, Čáповá E, Peláková K: Retence v substitučním programu buprenorfinem, Čes a Slov Psychiat, 103, 2007, No 7, pp 329-335.
- Večeřová-Procházková A, Staňková Z, Čáповá E: Retence v programech buprenorfinové substituční terapie, *Psychiatrie*, 2008, 12 (3); 141-145.

## **Přístupy zaměřené na snižování škod a jejich využití v práci s uživateli nealkoholových drog**

*Mgr. Martin Větrovec, Sananim, o.s.*

### **Východiska přístupů zaměřených na snižování škod**

V oblasti protidrogové politiky se přístupy zaměřené na snižování škod (harm reduction, HR) začínají objevovat na konci 80. let jako model převzatý z oblasti péče o HIV pozitivní klientelu. Jednalo se o reakci na existující modely práce s uživateli drog, jejichž výsledky nebyly uspokojivé.

Základní myšlenkou programů snižování škod je pragmatický, nedirektivní, akceptující postoj k člověku, který z jakéhokoliv důvodu nemůže nebo nechce ukončit rizikové chování.

Východiskem přístupů zaměřených na snižování škod je postoj, kdy závislost je chápána jako komplex bio-psycho-sociálně-existenciálních interakcí s jedinečným komplexem variací ve volbě chování, užívané drogy, způsobů užívání, důvodů užití atd. Přijetí vůle klienta, upozorňování na možná rizika jednotlivých aspektů jeho chování, pomoc s jejich potlačováním a postup prostřednictvím plnění drobných cílů je pak způsobem, jak zachovat v maximální možné míře integritu osobnosti klienta a jeho zdravotní stav v podobě, kdy jsou další změny a případná abstinence reálně dosažitelné.

HR přístup pak říká: „Přijímám, že Vaše rozhodnutí je takové, ale jsem schopen s odstupem od situace lépe vidět možná rizika, která s sebou Vaše rozhodnutí přináší. Na tato rizika Vás upozorňuji a zároveň nabízím návod, jak tato rizika snížit na únosnou úroveň. Neznamená to ale, že když jsem ochoten akceptovat Vaše chování, že ho schvaluji. I nadále si myslím, že výhodnější a bezpeč-

nější je rizikové chování opustit, ale pokud s tím nesouhlasíte, nechcete nebo nemůžete tak učinit, poskytnu Vám alespoň návod, jak snížit riziko na minimum“.

Model HR je sice zaměřen na jednotlivce, má však na zřeteli ochranu celé společnosti. Přístup, kdy jsou eliminovány nežádoucí dopady užívání drog na jednotlivce, zcela automaticky snižuje také finanční, zdravotní a sociální zátěž, kterou jedinec svým chováním působí veřejnosti. Tím se HR přístup výrazně podílí na udržování a ochraně veřejného zdraví.

Prvními zeměmi, které začaly tento přístup k péči o uživatele drog praktikovat, byly Holandsko (vznik programů na bezplatnou výměnu injekčního materiálu) a Velká Británie (substituční léčba a preskripce návykových látek přímo lékařem). Velmi záhy se k tomuto modelu péče o uživatele drog přidaly další země, jako například Německo či Švýcarsko. V České republice se programy snižování škod začaly rozvíjet v první polovině 90. let v nestátních organizacích, které se práci s uživateli drog věnovaly (ve středisku Drop-In vzniká v roce 1992 první místo, kde je možné vyměnit použitý injekční materiál, v o.s. SANANIM vzniká v roce 1994 první terénní program). V současnosti je zřejmé, že přístup HR a jeho včasné využití záhy po boomu injekčního užívání drog byl jedním z významných faktorů, díky kterým se v ČR podařilo udržet výskyt HIV infekce mezi injekčními uživateli drog na nízké úrovni, nesrovnatelné nejen s jakoukoliv z postkomunistických zemí střední Evropy, ale zcela výjimečnou i v porovnání s vyspělými evropskými státy s dlouhou zkušeností péče o uživatele drog. Díky nízké promořenosti populace uživatelů je výskyt



HIV v populaci ČR na relativně nízké úrovni.

### Způsoby aplikace přístupu HR v práci s klientelou uživatelů drog

Prvním místem, kde se začal přístup HR v péči o uživatele drog využívat, byla nízkoprahová centra. HR se stalo základním nástrojem, který slouží k práci s uživateli, slouží jako informační nástroj a také hraje významnou roli při navazování kontaktu s klientem, posilování jeho důvěry v pomáhající organizace a navazování kvalitního poradensko-terapeutického vztahu. Kontakt s uživatelem drog, zaměřený na informování o možnostech HR, vypadá následovně: pracovník často používá zejména slovní spojení: „když už..., tak bys měl alespoň vědět..., dělat...“. V případě práce s typickým klientem nízkoprahového programu, injekčním uživatelem opiátů, případně pervitinu, probíhá obvykle celá škála intervencí. Postupně by se měly objevit v rozhovoru následující informace:

- Nejvýhodnější je žádné drogy neužívat.
- Když už ses rozhodl užívat drogy, měl bys vědět, že se dají užívat různými způsoby. Dají se jíst, kouřit, šňupat a nejrizikovějším způsobem užívání je injekční aplikace.
- Injekční aplikace s sebou nese mnoho rizik. Může se jednat o předávkování v případě, že neodhadneš dostatečně dobře kvalitu nebo množství drogy. Dlouhodobě pak injekční aplikace způsobuje četné zdravotní problémy – z nesterilní aplikace může dojít ke vzniku abscesu nebo flegmóny, při opakované aplikaci dochází k nevratnému poškození žilního systému.
- Pokud užíváš drogy injekčně, měl bys znát rizika, která to přináší, a vědět o způsobech, jak tato rizika snížit. (Terénní pracovník nebo pracovník nízkoprahového centra podrobně vysvětlí, případně může předat i informační leták se stručným přehledem

pravidel orientovaných k omezování rizik spojených s injekčním užíváním.)

### Další oblasti využití přístupu HR v péči o uživatele drog

Přístup HR nevyužívají pouze nízkoprahová zařízení. V některých zemích se například na výměnném programu jehel a stříkaček spolupodílí lékárny. Přístupy snižování rizik je možné používat i v situacích, kdy se uživatel drog stává klientem léčebného, zdravotnického zařízení, kde je zapojen do substitučního programu. (O substituci více v samostatné kapitole.)

V současné době je přístup HR považován za účinný způsob práce s uživateli drog. Programy zaměřené na snižování škod jsou v ČR využívány především sítí nestátních neziskových organizací, které, minimálně v oblasti nízkoprahových služeb, tvoří drtivou většinu. Důvodem poskytování služeb HR v nízkoprahových zařízeních je potřeba jejich snadné dostupnosti pro uživatele drog. Služby HR jsou zpravidla poskytovány anonymně, bezplatně, prostřednictvím kontaktních center a terénních programů, tedy služeb, kterých jsou klienti schopni a ochotni využívat.



## System péče

*Mgr. Jarmila Vedralová, Ministerstvo zdravotnictví České republiky*

Během uplynulých dvaceti let došlo v České republice k výraznému rozvoji služeb pro osoby závislé na návykových látkách. Současný systém zdravotní péče nabízí řadu léčebných modalit. Kvalita péče a funkčnost systému jsou na velmi dobré úrovni, oprávněné výhrady se týkají pokrytí území některými typy služeb.

### **Zdravotní péče a sociální služby pro osoby závislé na návykových látkách:**

- služby kontaktních center (terénní programy, sociální služby a psychosociální poradenství, výměnné programy)
- ambulantní léčba (psychiatrické ordinace nebo jiná specializovaná pracoviště jako AT ordinace, denní stacionáře apod.)
- detoxifikace
- krátkodobá a střednědobá ústavní léčba (oddělení pro léčbu závislosti v psychiatrických nemocnicích nebo léčba na psychiatrických odděleních nemocnic)
- rezidenční léčba (terapeutické komunity)
- následná péče a doléčovací programy
- chráněné bydlení
- substituční léčba

Tyto služby jsou zajištěny veřejným systémem zdravotní péče a zčásti nestátním neziskovým sektorem, který je integrální součástí systému léčebné péče a působí zejména v oblastech, které nebyly pokryty státními organizacemi (př. služby harm reduction, terapeutické komunity).

Pro léčbu závislosti na tabáku je v současné době vytvořen systém center léčby závislosti na tabáku s jedním referenčním pracovištěm. Tato služba byla donedávna v ČR zcela nepokryta.

Některé služby poskytované v rámci péče o osoby závislé na jiných návykových látkách mohou být využívány i osobami, které jsou závislé na alkoholu. Některé typy služeb jsou dosud málo využívány pro léčbu osob závislých na alkoholu (terapeutické komunity, chráněné bydlení). Souvisí to jednak s odlišnou tradicí léčby u těchto poruch a s odlišnými potřebami na léčebnou a resocializační péči. Přes zmíněné odlišnosti rozšiřují nestátní a neziskové organizace nabídku služeb i pro osoby závislé na alkoholu a reagují tím na rostoucí poptávku po těchto službách.

Dobrá provázanost jednotlivých typů služeb v systému péče o osoby závislé je nutná. Tímto je myšlena návaznost jednotlivých stupňů léčebné péče, od krátké intervence až po resocializaci. Při léčbě závislostí je spolupráce státních, nestátních, zdravotnických a nezdravotnických, ziskových a neziskových organizací naprosto nezbytným předpokladem pro efektivní fungování systému péče o osoby užívající alkohol a jiné návykové látky. Součástí kvalitní léčby je práce s rodinou, kterou mohou v určité míře poskytovat i nesespecializovaná zdravotnická zařízení, je možné také využívat psychologické ordinace a specializovaná poradenská centra.

Rozsah poskytovaných služeb je s ohledem na region významně odlišný. Viditelné rozdíly jsou zejména mezi velkými městy a venkovem.

### **Krátká intervence**

Dle §19, Zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem a jinými návykovými látkami ve znění pozdějších předpisů je kaž-

dý zdravotnický pracovník povinen provést u ošetřovaného pacienta krátkou intervencí k užívání alkoholu, tabáku či jiných návykových látek. Úspěch s krátkou intervencí lze pozorovat u pacientů s rizikovým nebo škodlivým užíváním bez rozvinuté závislosti. Pokud není krátká intervence dostačující, je nutné pacienta odeslat do specializované péče, nejlépe s udáním kontaktu včetně ordinačních hodin specialisty.

Dalším stupněm v systému péče je specializovaná ambulantní péče v AT ordinaci nebo psychiatrické ambulanci. Pokrytí AT ordinacemi v ČR není zcela vyhovující. Do roku 1992 existovala síť těchto ambulančí, ovšem změnami, které přinesla privatizace ambulantních služeb, došlo k jejímu rozpadu. Uvedené změny vedly také k tomu, že se touto problematikou přestala značná část lékařů-psychiatrů se soukromou praxí zabývat, a to z nejrůznějších důvodů, zejména se jedná o obtížnou klientelu a nedostatečné finanční ohodnocení. Je dobré, když praktický lékař má kontakt na specializované pracoviště, kam může pacienty doporučit.

### **Stručná charakteristika běžně dostupných typů služeb:**

**Terénní programy** – jedná se o sociální službu poskytovanou na ulici; poskytovatelem je sociální pracovník, který aktivně vyhledává rizikově se chovající klienty, kteří zatím nejsou motivováni ke změně svého chování. Cílem programů je navázat s těmito klienty kontakt a snažit se je motivovat ke změně rizikového chování. Součástí služby je i tzv. harm reduction – zejména výměna injekčního materiálu, poskytování informací a sociální a zdravotní poradenství. Je poskytována pouze klientům závislým na jiných návykových látkách.

**Kontaktní centra** – jedná se o sociální službu

navazující na terénní programy. Cílem kontaktních nízkoprahových center je poskytování poradenství se zaměřením na motivaci klienta k další léčbě. Poskytována je pouze klientům závislým na jiných návykových látkách.

**AT ordinace** – zdravotní služba, ambulantní léčba poskytovaná osobám závislým na tabáku, alkoholu a jiných návykových látkách, i v případě patologického hráčství.

**Denní stacionáře** – denní nelůžková léčba osob závislých na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje denní péči bez nutnosti vyčlenění z jejich prostředí. Jedná se o programy se strukturovaným denním režimem.

**Krátkodobá a střednědobá ústavní péče** – lůžková léčba ve zdravotnických zařízeních. Krátkodobá ústavní péče je kratší než 3 měsíce, střednědobá ústavní péče trvá 3 – 6 měsíců. Určená pro pacienty závislé na alkoholu a jiných návykových látkách.

**Rezidenční péče** – probíhá v terapeutických komunitách. Jedná se o program léčby a následné resocializace, který probíhá jak ve zdravotnických, tak i v nezdravotnických zařízeních v rozsahu 6 – 15 měsíců. Určená zejména pro pacienty závislé na jiných návykových látkách.

**Následná péče a doléčovací programy** – jedná se o soubor služeb, které následují po ukončení léčby, tj. psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, rekvalifikace. Určená zejména pro pacienty závislé na jiných návykových látkách.

**Chráněné bydlení** – služba poskytovaná zejména pacientům se závislostí na jiných návykových látkách, umožňuje sociální stabilizaci formou přechodně poskytovaného ubytování.

**Detoxifikace** – provádí se na detoxifikační

jednotce a je určena ke zvládnání odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou u pacienta, u kterého není nutná hospitalizace na jednotce intenzivní péče nebo ARO.

**Substituční léčba** – krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, spočívající v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku. Je prováděna zdravotnickými zařízeními ambulantní péče pod vedením lékaře.

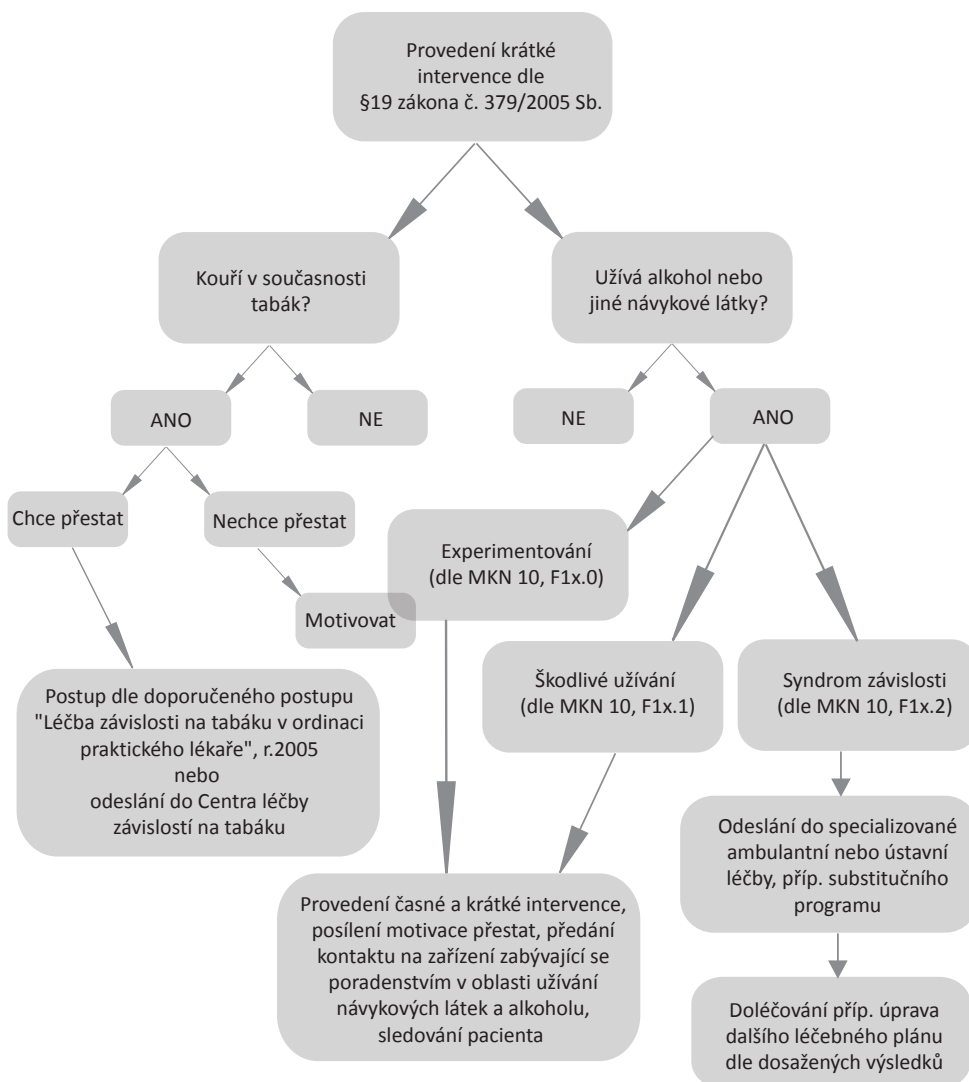
## Kde hledat pomoc

Informace o zařízeních léčby a prevence lze hledat na www stránkách Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti v oddíle Mapa pomoci:

<http://www.drogy-info.cz/index.php/map/> nebo na www stránkách Lékařského informačního centra. Hledejte podle kategorií pod heslem léčba závislostí:

<http://www.help-lic.cz/katalog/>

O specializovaných zařízeních v krajích podávají informace také krajsí protidrogoví koordinátoři.



# Pracovní karty

## Skríning a krátké intervence u rizikového a škodlivého pití alkoholu

Dotazník Audit

Pyramida konzumenta alkoholu

Následky/účinky vysoce rizikového pití

Mám úplně přestat s pitím nebo ho jen omezit?

Co je hranice nízkého rizika?

Kolik alkoholu je v sklence?

## Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku – klíčová role ambulantních lékařů

Fagerströmův test nikotinové závislosti

Postup krátké intervence – Metoda 5P

Postupy zvyšování motivace – Metoda 5R

## Možnosti intervence v oblasti rizikového a problémového užívání drog

Skríningový dotazník CRAFFT (self report)

Skríningový dotazník CRAFFT (pro rozhovor)

Skríningový dotazník DAST-10

## Prevence zneužívání léků a přístupy při zvládnání lékové závislosti

Jak dobře a zdravě usínat: informace pacientům

Léčba závislosti na benzodiazepinech

Krátké intervence pro lékovou závislost

## Problémy způsobené hazardní hrou

Diagnostika patologického hráčství

Krátká intervence pro patologické hráčství (informace pacientům)

Kdy doporučíme patologickému hráči ústavní léčbu

Přehled

## Možnosti poskytování substituce pro osoby závislé na opiátech v nespécializovaných zdravotnických zařízeních

Skríningový dotazník závislosti podle MKN-10

Indikace/kontraindikace pro substituční léčbu

Vstupní vyšetření

Pokyny k medikaci



**CEPROS**

CENTRUM VÝZKUMU  
PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB  
A VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ

