Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Výsledek – 9 Nmet
Doporučené klinické postupy v adiktologii pro děti a dospívající

Konečný uživatel výsledků:

Úřad vlády ČR
nábřeží Edvarda Beneše 4,
118 01 Praha 1

Název projektu: Doporučené klinické postupy v adiktologii
Číslo projektu: TITSUVCR936
Řešitel projektu: Český adiktologický institut
Doba řešení: 1. 1. 2022 – 31. 12. 2024
Důvěrnost a dostupnost: veřejně přístupný, URL původu: https://kdp-adiktologie.cz

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Informace o autorském týmu:

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

Tým projektu Doporučené klinické postupy v adiktologii (DP) byl sestaven s ohledem na multidisciplinaritu projektového záměru. Odborníci byli rozděleni do tří skupin: rešeršisté, metodologové, metodici, experti a respondenti, přičemž někteří členové týmu zastupovali více rolí.

Tým projektu dle rolí (vždy v abecedním pořadí):

Vedoucí projektového týmu:
PhDr. Petr Hrouzek, Ph.D.

Hlavní metodolog projektu:
Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KCLJ (po celou dobu projektu)

Metodologové projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková – od 1.7.2023 (metodická část tvorba DP)
Mgr. Lenka Šťastná, PhD. – od 1.7.2023 (metodická část projektu tvorba DP)
MUDr. Jakub Minařík – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)
MUDr. Petr Popov MHA – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)

Hlavní metodik projektu:
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková

Metodici projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková
Mgr. Tomáš Jandáč, PhD.
Mgr. Jan Kozák

Rešeršní tým projektu:
PhDr. Miroslav Barták, PhD
Mgr. Jan Kozák
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková
Mgr. Benjamin Petruželka, PhD.

Respondenti projektu:
Mgr. Nikola Gažová
Mgr. Luděk Kalousek
Mgr. Gabriela Rolová, PhD.
David Valouch

Expertní panel projektu:
MUDr. David Adameček
MUDr. Pavel Bém (do 31.12.2022)
Bc. Tomáš Brejcha
MUDr. Jiří Dolák
MUDr. Jiří Dvořáček
Ing. Mgr. Aleš Herzog
PhDr. et Mgr. Dagmar Krutilová
PhDr. Jiří Libra (do 31.12.2022)
MUDr. Jakub Minařík (od 1.1.2024)
Mgr.PharmDr. Zbyněk Oktábec, Ph.D.
MUDr. Olga Pecinovská
MUDr. Petr Popov MHA (od. 1.1.2024)
PaedDr. Martina Richterová – Těmínová
Mgr. et Mgr. Nora Staňková, Ph.D.
Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D. (do 31.12.2023)

Celkovou editorskou činnost celého souboru DP jeho úvodní a závěrečnou vnitřní revizi provedl vedoucí týmu Petr Hrouzek.

Rešerše v úvodní fázi projektu zpracovali Elizabeth Nováková, Miroslav Barták, Jan Kozák a Benjamin Petruželka.

Autory návrhových znění jednotlivých DP, zapracování připomínek a finálního znění jsou (řazeno dle struktury DP).

Úvod do DP a procesní schémata: Petr Hrouzek, Elizabeth Nováková

DP pro diagnostiku: Lenka Šťastná ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro metody harm reduction a risk reduction: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková. Metody pro harm reduction v prostředí zábavy zpracovala Nikola Gažová.
DP pro psychoterapii: Elizabeth Nováková ve spolupráci s Kamilem Kalinou a Petrem Hrouzkem.
DP pro psychosociální metody: Renáta Habiňáková ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.

DP pro farmakoterapii: Jiří Dvořáček ve spolupráci se Zbyňkem Oktábcem a Jakubem Minaříkem, Zuzana Postránecká (Psychedeliky asistovaná terapie), Tomáš Páleníček (Psychedeliky asistovaná terapie), Viktor Mravčík (Psychedeliky asistovaná terapie).
DP pro následné intervence a rehabilitaci: Jan Kozák (prevence relapsu), Luděk Kalousek, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti práce a vzdělávání), David Valouch, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti bydlení) ve spolupráci Petrem Hrouzkem.
DP pro děti a dospívající vytvořil: Tomáš Jandáč ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro starší dospělé: Renáta Habiňáková a Elizabeth Nováková.
DP pro těhotné ženy: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby omezené na svobodě: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby s duálními poruchami: Jan Kozák.
DP pro včasnou diagnostiku v souvisejících oborech: Lenka Šťastná.
DP pro zapojování lidí se zkušeností do systému péče: Unie lidí se zkušeností se závislostí, Jan Šulc (editor), Zuzana Nott (editorka),

Souhrnnou výzkumnou zprávu projektu vytvořili Elizabeth Nováková, Petr Hrouzek, Renáta Habiňáková a Lenka Šťastná.

Aplikační příručku vytvořil Petr Hrouzek ve spolupráci s Elizabeth Novákovou

Kontrolu třídění zdrojů dle síly důkazu provedla Gabriela Rolová.

Další informace o projektu:

Zpracování finální sady Doporučených postupů předcházela řada kroků. V souladu s projektovým zadáním, které jako první výsledek stanovilo přehled existujících zahraničních doporučených postupů v adiktologii, byla v počáteční fázi zpracovaná rešerše existujících mezinárodních i tuzemských doporučených postupů, které byly následně hodnoceny pomocí nástroje AGREE II a kategorizovány dle ICD-10 opět v souladu s projektovým zadáním (V1), které jako druhý požadovaný výsledek stanovilo přehled účinností dílčích intervencí v oblasti adiktologie (V2).
Tento soubor zdrojů byl doplněn o materiály doporučené experty. Výsledek této fáze byl představen během kontrolního dne, kde byly také diskutovány rizika a limity a došlo ke konsensu dalšího směřování práce. V následujícím období byla navržena struktura doporučeného postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání (podkapitoly).

Navrhovaná struktura postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání byly diskutovány během kontrolních dnů se zástupci konečného uživatele a experty konečného uživatele a průběžně s panelem expertů projektu. Pro vytvoření samotných postupů v souladu s projektovým zadáním (V3-V11) byla využita baterie zdrojů identifikovaných v první fázi projektu v kombinaci s dalšími zdroji. Všechny návrhové verze byly diskutovány v rámci týmu, který se pravidelně setkával během porad, s expertním panelem projektu a během kontrolních dnů se zástupci TAČR a Úřadu vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí. Návrhové verze byly rovněž zaslány k připomínkovacímu řízení klíčovým organizacím v oboru.

V závěrečné fázi projektu bylo v souladu s projektovým zadáním vytvořeno modelové využití definovaných doporučených klinických postupů v adiktologii (V12) v podobě Aplikační příručky k Doporučeným klinickým postupům v adiktologii a tato souhrnná závěrečná zpráva.

Program veřejných zakázek v aplikovaném výzkumu a inovacích pro potřeby státní správy BETA2 byl schválen usnesením vlády České republiky č. 278 ze dne 30. 3. 2016 a je zaměřen na podporu aplikovaného výzkumu a inovací pro potřeby orgánů státní správy. Poskytovatelem finančních prostředků je Technologická agentura ČR.

BOX VII
ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Děti a dospívající se závislostním chováním vykazují specifické potřeby vyplývající z jejich nedokončeného neurokognitivního a psychosociálního vývoje. Mozek prochází dlouhým procesem zrání od narození až do rané dospělosti, přičemž oblasti odpovědné za rozhodování, plánování a sebekontrolu se intenzivně vyvíjejí právě během adolescence (NIDA, 2018).

Závislostní chování u dětí a dospívajících je u většiny případů jen jednou součástí komplexu emočních, vztahových a behaviorálních problémů, a to ne vždy klíčovou. Navíc rozlišování mezi experimentálním, problémovým a závislostním chováním je v této věkové skupině často obtížné. Závislostní chování adolescentů není vždy hlavní příčinou jejich problémů, ale spíše důsledkem zvýšené citlivosti a zranitelnosti v reakci na stresory spojené s tímto obdobím. Mezi tyto stresory patří například nestabilní rodinné zázemí, nevhodné životní podmínky, sociální znevýhodnění, problematické chování, záškoláctví, nízká úroveň vzdělání a další duševní problémy, jako je sebepoškozování nebo vývojová traumata (Gilvarry et al., 2012; Aarons et al., 2001). Tyto faktory, společně s probíhajícím vývojem mozku, který je zranitelný vůči neurotoxickým účinkům návykových látek, zvyšují riziko závislostního chování (Kaminer & Winters, 2011; Chung & Martin, 2011). Velmi často má vzorec závislostního chování u dětí a dospívajících sebemedikační charakter.

Adolescenti jsou zvlášť citliví na sociální podněty, což zdůrazňuje význam vrstevnických a rodinných vztahů. Kvalitní adiktologická péče by proto měla zahrnovat podporu rodiny, zapojení dalších vztahových systémů, jako je škola či volnočasové aktivity, a posilování prosociálních vrstevnických vazeb. Péče musí být komplexní, zahrnovat hodnocení rizikového chování, case management a intervenci přizpůsobenou věku, kulturním a genderovým potřebám dospívajících (NIDA, 2018).

Závislostní chování u dospívajících je často spojeno se souběžnými duševními problémy, jako je ADHD, porucha opozičního vzdoru, deprese nebo úzkosti. Tyto komorbidity komplikují diagnostiku i průběh péče (Leukefeld, Gullotta & Staton-Tindall, 2009; Subramanian et al., 2007). Farmakoterapie může být nezbytná, ale její indikace vyžaduje pečlivé zvažování podle platných národních doporučení (NIDA, 2018; Gilvarry & Briton, 2009). Adiktologické služby pro dospívající se proto musí lišit od péče určené dospělým, s důrazem na specifika jejich vývojových potřeb (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017).

Intervence bez souhlasu dospívajícího je kontroverzní, protože může narušit důvěru mezi klientem a terapeutem a vést ke ztrátě následné péče. Nedobrovolná hospitalizace navíc omezuje autonomii mladistvého a může být spojena s horšími léčebnými výsledky. Hospitalizace by proto měla být zvažována jen při akutních stavech, jako je intoxikace, odvykací stavy nebo vážné

psychiatrické komorbidity. Po stabilizaci by měl být dospívající zapojen do komunitní ambulantní péče s důrazem na vzdělávání a prosociální aktivity (Hadland, 2021).

Pohled vývojové neuropsychologie

Vývojová neuropsychologie zdůrazňuje, že období adolescence, zahrnující věkové rozmezí 12 až 25 let, je klíčovou fází vývoje, během níž se zásadně mění způsob, jakým jedinec myslí, vzpomíná, rozhoduje a vztahuje se k ostatním. Neuronální změny, ke kterým v tomto období dochází, formují čtyři typické vzorce chování: vyhledávání nových zážitků, zvýšenou emoční intenzitu, sociální zapojení a tvořivé objevování. Každý z těchto aspektů přináší jak pozitivní, tak negativní důsledky, což ovlivňuje nejen vývoj jedince, ale také způsob intervence a odborné péče u této věkové skupiny (Brannigan et al., 2004).

Vyhledávání nových zážitků je spojeno se zvýšenou aktivitou dopaminového systému odměny. Tato touha po nových zkušenostech může být přínosná, protože podporuje otevřenost ke změnám a dobrodružství, ale zároveň zvyšuje sklon k podceňování rizik a impulzivnímu chování. **Sociální zapojení** je dalším klíčovým aspektem adolescence. Kontakt s vrstevníky přispívá ke vzniku podpůrných vztahů, které mohou být ukazatelem dobrého duševního zdraví. Na druhé straně, izolace od dospělých nebo silná závislost na vrstevnických vztazích může vést k větší inklinaci k rizikovému chování, přičemž naprosté odmítání vztahů s dospělými toto riziko ještě posiluje (Brannigan et al., 2004).

Zvýšená emoční intenzita může u adolescentů zvyšovat pocit vitality a schopnost hlubokého prožívání, ale zároveň může vést k impulzivitě, častým výkyvům nálad a nadměrné emocionální reaktivitě. **Tvořivé objevování**, které souvisí s rozvojem pojmového myšlení a schopností abstraktního uvažování, podporuje přehodnocování dosavadních pohledů na svět. Přesto tento proces může vyvolávat krize identity, větší citlivost k tlaku vrstevníků a nejistotu ohledně vlastního místa ve světě (Siegel, 2016).

Zvýšená impulzivita je typickým rysem adolescence, který zásadně ovlivňuje rozhodování. Vzhledem k probíhajícímu vývoji mozku adolescenti často postrádají plně rozvinutou schopnost kognitivní kontroly, což je činí náchylnějšími k rizikovému chování, včetně závislostního chování. Tato zranitelnost je způsobena asynchronním vývojem mozkových struktur – systém odměny, založený na dopaminové dráze, dosahuje svého vrcholu dříve než orbitofrontální kůra, která je klíčová pro inhibici a sebekontrolu (Kaminer & Winters, 2011).

Aktivace dopaminového systému odměny úzce souvisí s prožíváním slasti a uspokojení. V období adolescence dochází k intenzivnímu uvolňování dopaminu v reakci na stimuly, což vede k většímu zaměření na podněty přinášející odměnu, ale i ke zvýšené náchylnosti k impulzivním

rozhodnutím. Adolescenti mají obecně nižší základní hladinu dopaminu, a pokud nejsou vystaveni stimulačním podnětům, mohou pociťovat nudu a frustraci. Zaměřují se proto na situace, které přinášejí kýženou odměnu, přičemž rizika často podceňují. Tento fokus na odměnu a následné impulzivní chování mohou vést nejen k závislostnímu chování, ale i ke zvýšené úzkostnosti (Siegel, 2016).

V poměrně krátkém čase po užití návykové látky dochází po vysokém vyplavení k prudkému poklesu hladiny dopaminu, což vyvolává potřebu opakovat užití návykové látky. Podobný účinek mají i stimuly z digitálního světa (Siegel, 2016). Chování zaměřené na odměnu může být doprovázeno fenoménem tzv. hyperracionality, kdy adolescent vyhodnocuje situaci na základě faktů, aniž by bral v úvahu širší souvislosti. I když si je vědom rizik, přikládá větší váhu potenciálním přínosům, které stimulují jeho dopaminový systém (Siegel, 2016).

Neuronální změny vedoucí k dozrávání centrální nervové soustavy přispívají k postupnému přechodu od impulzivního k uvážlivějšímu chování. Exekutivní funkce, které zahrnují sebeovládání, plánování a rozhodování, jsou lokalizovány v prefrontální kůře a rozvíjejí se až do rané dospělosti. Tyto funkce umožňují adolescentům zklidnit emocionální reaktivitu a efektivněji zvládat náročné situace. Zrání prefrontální kůry je nicméně velmi individuální proces, který je často doprovázen výraznými emočními bouřemi a hledáním identity (Orel et al., 2017).

Systém zrcadlových neuronů hraje významnou roli při vytváření vztahů a emočním propojení mezi terapeutem a klientem. Tento systém reaguje nejen na verbální, ale i na neverbální podněty a terapeutovy činy, což může přispět k přenosu důvěry a přijetí ze strany terapeuta na klienta, a tím podpořit jeho sebedůvěru a sebepřijetí (Orel et al., 2017).

Adolescence je tedy obdobím intenzivní změny, kdy mozek i chování jedince podléhají zásadnímu formování. Specifické neurokognitivní a psychosociální charakteristiky tohoto období zvyšují riziko závislostního chování a impulzivity, což vyžaduje komplexní přístup k intervencím a adiktologické péče. Tyto přístupy by měly zohledňovat nejen biologické a psychologické aspekty adolescence, ale také klást důraz na podporu rodinných a vrstevnických vztahů a na spolupráci s více systémy péče.

Při plánování a realizaci intervencí využívejte následující obecná doporučení:

- **Upřednostňujte budování pracovního spojenectví** nad ostatními relevantními záměry; organizujte a provádějte veškeré kroky, tak aby bylo možné budovat efektivní pracovní spojenectví. Mějte na paměti, že vztahová komponenta adiktologické péče a vlastních intervencí při práci s dětmi a mladistvými má absolutní přednost před ostatními účinnými faktory.

- **Minimalizujte počet zapojených profesionálů**; organizujte péči a intervence tak, aby bylo vždy zřejmé, kdo je hlavní či výhradní vztahovou pomáhající osobou. Pokuste se minimalizovat počet dalších profesionálů podílejících se na průběhu péče.

- **Intervenujte včas**; věnujte pozornost včasnému odhalení obtíží. Zahajte intervenci, co nejdříve po prvních projevech obtíží.

- **Provádějte komplexní zhodnocení**; nad rámec obecných postupů pro komplexní zhodnocení zvažujte dále faktory ve specifickém nastavení motivačního systému spojené s vývojovými hledisky. Zejména pak zvažte postavení psychomodulačního efektu užívání návykových látek a vzorců závislostního chování v procesech vztahové separace, koregulace a autoregulace. Posuďte protektivní a rizikové faktory v rodinném nebo pečujícím systému a případný vliv vývojové traumatizace.

- **Zapojujte do péče rodiče nebo pečující osoby**; adekvátně věku klienta volte smysluplné intervence směřované k rodičům nebo pečujícím osobám. Zaměřte tyto intervence minimálně na pochopení a aktivní podporu intervenčního rámce. Rozvoj potřebných rodičovských kompetencí a využívání dostupných zdrojů.

- **Zvýšeně podporujte autonomii klienta**; důsledně vysvětlujte význam a účel jednotlivých součástí péče. Zvláště pokud je ve hře restriktivní motivace (péče je součástí správních úkonů nebo soudních opatření) podporujte maximální možné autonomní rozhodování a pomáhejte klientovi nést odpovědnost.

- **Usnadňujte opakovaný vstup klienta do péče**; organizujte intervence a služby tak, aby klient mohl v případě potřeby co nejsnáze opět vstoupit do péče a navázat na předchozí práci. Mějte na paměti, že lze očekávat kratší intervenční etapy. Přednost má včasná dostupnost, a maximální možná kontinuita, bez nutnosti znovu vyprávět celý příběh.

- **Budujte koherentní přístup** napříč multidisciplinárním týmem založený na sdílení přístupu všemi členy týmu.

BOX VII - 1
ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **DIAGNOSTIKA**

Diagnostika rizikového chování a užívání návykových látek u dětí a mladistvých představuje specifickou výzvu vzhledem k jedinečným rysům dospívání, jako je pokračující zrání mozku, zvýšené rizikové chování a význam vztahů s vrstevníky (Gilvarry, 2012). Při hodnocení je třeba brát v úvahu vývojovou fázi dospívajícího a jeho sociální kontext. Zásadní je zaměřit se na identifikaci problémů souvisejících s návykovými látkami, které jsou relevantní pro vývojovou úroveň mladistvého, a předcházet rozvoji plnohodnotného závislostního chování. Proces hodnocení musí být vždy založen na znalosti vývojových specifik a musí být zaměřený na preventivní zásahy (Kaminer & Winters, 2020). Integrace efektivních a na důkazech založených intervencí do služeb primární péče a školských zařízení, kde je největší přístup k dospívajícím, je klíčová (SAMHSA, 2021).

Včasné zásahy by měly být uplatňovány co nejdříve po zjištění rizikového chování (Hadland, 2021; Gilvarry, 2012). Zajištění evidence-based intervencí a podpory služeb je nezbytné, protože absence intervence může vést k eskalaci rizikového chování a rozvoji dlouhodobých obtíží, což ztěžuje následné intervence. Komplexní systém péče by měl zahrnovat farmakologickou léčbu, která by měla být zvažována ihned po detekci rizikového chování, aby společně s adiktologickou terapií zlepšila efektivitu péče. Farmakologická péče vedená v rámci standardů patří mezi evidence-based intervence. Nicméně účast mladistvých na zdravotní péči zůstává mezi nejnižšími ze všech věkových skupin (Hadland, 2021).

Dle Gilvarryho je potřebné, aby posouzení prováděl tým odborníků složený z adiktologů, sociálních pracovníků, psychologů, lékařů, který je schopen sestavit komplexní plán péče a intervencí. Cílem je postihnout všechny potřeby dospívajících, ale také potřeby jejich rodičů či opatrovníků. Profesionálové by měli být připraveni respektovat místní zvyklosti a kritéria a případně je vhodně komunikovat dalším pracovníkům relevantních služeb. Před samotným klinickým posouzením přidělený pracovník informuje mladistvého, proč je nutné klinické posouzení provést, co je jeho cílem, co bude obnášet, s kým bude mladistvý v kontaktu a proč (Gilvarry, 2012).

Při diagnostice dětí a mladistvých postupujte za zohlednění výše uváděných skutečností dle doporučení v BOXU I a zohledňujte vývojová specifika.

Vývojově orientované zhodnocení

Vzhledem k relativně krátké historii závislostního (rizikového) chování u dospívajících a k jejich vývojovému kontextu (např. život s rodiči) je třeba upravit konstrukty a kritéria adiktologických poruch, aby se minimalizovala falešně pozitivní a falešně negativní diagnostická a symptomová přiřazení a zvýšila se celková validita adiktologických diagnóz. Je třeba mít na paměti, že konečná diagnóza závislostního chování může být z dlouhodobého hlediska sporná a nese riziko stigmatizace (i celoživotní). Vyhodnocujte obtíže a rizika na základě znalosti vývojových specifik:

1. **Posuďte jednotlivé projevy a jejich závažnost s ohledem na věk a celkový stav vývoje ve všech složkách**. Věnujte se zejména těm projevům, které by v dospělém věku neznamenali významné riziko, ale s ohledem na věk a úroveň somatického rozvoje mohou být rizikem u dítěte. A obráceně, odmítání rizikovosti chování ze strany dítěte nebo jeho odsouhlasení a současně neochota od něj ustupovat nemusí nutně odrážet stav odpovídající rozvinutému závislostnímu chování s ohledem na neurovývojová specifika.

2. **Posuďte fungování jednotlivých projevů obtíží spojených s užíváním návykových látek a závislostního chování v kontextu vývojových potřeb**. Věnujte pozornost zejména tomu, jak psychomodulační účinky a další efekty návykových látek a vzorců závislostního chování vstupují do naplňování základních a vývojově specifických potřeb. Zvláštní ohled je potřeba brát na ty potřeby, které mohou být deprivovány v důsledku vývojové traumatizace, narušení neuromotorického a senzomotorického vývoje, nerovnoměrného vyzrávání CNS a podobně.

3. **Buďte pozorní k projevům, které jsou doposud jen naznačeny nebo mají závislostní potenciál;** provádějte posouzení s preventivním zaměřením na rané příznaky. Diagnostika by vám měla umožnit identifikaci a možnost intervenovat ještě před plným rozvinutím poruchy. To znamená včasné zachycení raných příznaků, jako je zvědavost na účinek látek, experimentování s látkami nebo drobné změny v chování, aby bylo možné realizovat následné preventivní kroky, které mohou minimalizovat riziko rozvoje závažnějších problémů se závislostním chováním.

4. **Veďte diagnostický rozhovor v partnerské atmosféře a přizpůsobujte jazyk vývojové úrovni klienta**; Některé symptomy se mohou u dospívajících a dospělých projevovat odlišně nebo mohou být dospívajícími interpretovány odlišně vzhledem k vývojovému kontextu, v němž se symptom vyskytuje. Některá kritéria adiktologických poruch představují relativně abstraktní a složité konstrukty (např. vysoká tolerance, zhoršená kontrola). Pro zlepšení validity hodnocení složitějších konstruktů používejte stručný popis jevu, který je předmětem zájmu v jazyce klienta, aby se zajistilo společné porozumění dotazovanému jevu (Kaminer & Winters, 2020).

5. **Provádějte zhodnocení s ohledem na potřebu multidisciplinární péče**: Diagnostický proces veďte tak, aby následné plánování péče umožňovalo reagovat na obtíže, rizika a potřeby dospívajícího v celé potřebné šíři a bylo možné koordinovat péči s potřebnými službami v oblasti zdravotnictví, sociálních služeb, školských zařízení a právních poraden. Koordinace by měla vycházet z na klienta orientovaného přístupu a služby by měly být koordinovány v rámci klientovy komunity.

Screening

Mezi profesionály, kteří se mohou jako první setkat se symptomy rizikového chování dětí a dospívajících, jsou lékaři primární péče (pediatři), lékaři na odděleních akutní medicíny, psychiatři, pediatrické a psychiatrické sestry, školští pracovníci, lektoři primární prevence, sociální pracovníci (např. OSPOD) apod.

Všichni tito pracovníci by měli využívat screeningových nástrojů pro zachycení rizikového chování v oblasti adiktologických poruch.

Při screeningu se řiďte obecnými doporučeními uvedenými v BOXU XII za dodržení obecných zásad pro adiktologickou péči a diagnostiku dětí a dopívajících. Volte mezi screeningovými nástroji uvedenými níže (viz Přehled screeningových nástrojů).

Přehled screeningových nástrojů

Screeningový nástroj	Cílová populace	Čas administrace	Hranice cut-point
Alcohol Use Disorder Identification Test (Audit)	13-19 let, vysokoškolští studenti, pacienti akutní medicíny	2 minuty	2
CRAFFT dotazník	14-18 let	74 vteřin v papírové formě, 49 vteřin v digitální formě	1
Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)	12-19 let	20-30 minut	1
Fagerströmův test nikotinové závislosti (modifikovaný pro dospívající)	12-18 let	5-10 minut	2

Pro zhodnocení online rizikového chování se v českém prostředí využívá zejména dotazníků, které reflektují oblasti tohoto rizikového chování (riziko závislosti na internetu, na hraní digitálních her a na sociálních sítích). K hodnocení digitální závislosti se v dokumentu doporučují následující dotazníky:

- **Internet Addiction Test (IAT),** který byl vytvořen Dr. Kimberly Young v roce 1998 a patří mezi první nástroje pro hodnocení závislosti na internetu. Tento test je široce používán jak ve výzkumných, tak i v klinických kontextech.
- **Dotazník závislosti na internetu (IDS9-SF)**, který je založen na sebeposouzení klasických kritérií vymezených pro behaviorální závislosti, upravených pro oblast internetu.
- **Bergenská škála závislosti na sociálních sítích (BSMAS)** obsahuje šest položek, které reflektují stěžejní symptomy závislosti na sociálních sítích.
- **Dotazník hraní digitálních her (DHDH),** který se zaměřuje na diferenciaci mezi bezproblémovými, problémovými a závislými hráči digitálních her.

Tyto dotazníky slouží k posouzení různých aspektů digitálního závislostního chování, včetně závislosti na internetu, sociálních sítích a hraní digitálních her (Jandáč, Šťastná, Pavelcová, 2024). V českém prostředí také vznikají metodiky a školení určené pro lékařské (Kabíček et al., 2020) a nelékařské pracovníky, pro sociální pracovníky a pro školské pracovníky (iprev.cz).

Screening může být veden pouze s dítětem či dospívajícím (např. školská zařízení), nebo může být využit model rozděleného screeningu, který navrhuje přítomnost rodiče po omezenou dobu, ale doplňuje obraz situace o informace od blízkých osob. V druhé části je rozhovor veden pouze s dítětem či dospívajícím v důvěrném prostředí. Pracovníci administrující screeningové dotazníky mohou také využívat dotazníků modifikovaných na různé specifické látky (Kulak and Griswold, 2019).

BOX VII - 2
ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **HARM A RISK REDUCTION**

Všichni mladiství bez ohledu na připravenost ke změně a hloubku požadované změny mohou profitovat z intervencí zaměřených na snižování rizik a dopadů závislostního chování. Tradičně pojímaná péče zaměřená na abstinenci od všech návykových látek je velmi těžce dosažitelná (Hadland, 2021; NIDA, 2018). Harm reduction je tak klíčovým přístupem při práci s dospívajícími, kteří mají problémy se závislostním chováním. Zahrnuje také krátké intervence, screening a intervence založené na mezirezortním přístupu (Gilvarry et al., 2012; Kaminer & Winters, 2011; Staton-Tindall, C. G. Leukefeld, & T. P. Gullotta, 2009).

Strategie a intervence zaměřené na snižování rizik poskytování harm reduction informací a harm reduction poradenství mohou být při zohlednění obecných doporučení a vývojového hlediska poskytovány shodně s dospělou populací. Ačkoliv jsou informace o rizicích spojených s užíváním

látek, včetně rizik předávkování a dopadů na fyzické a duševní zdraví, nezbytnou součástí těchto intervencí, dostupné důkazy o efektivitě ukazují, že samotné informování často nestačí k tomu, aby se výrazně ovlivnilo chování (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017).

Součástí intervencí zaměřených na snižování rizik by tedy měla být podpora nepřetržitého udržování kontaktu s péčí, a to včetně období relapsu. Během relapsu by měly být služby dospívajícím klientům poskytovány kontinuálně. Zejména pak intervence, které podporují motivaci ke změně a zabraňují ztrátě kontaktu se službami. Služby a intervenční rámce by měly být přizpůsobeny individuálním silným stránkám a potřebám klientů s důrazem na co nejméně restriktivní prostředí. Důležitá je rovnováha mezi potřebou bezpečí a autonomií klientů (Hadland, 2021).

Specifika harm a risk reduction intervencí
Pokud není níže uvedeno jinak jsou všechny intervence uváděné v BOXU II využitelné za dodržení obecných doporučení pro adiktologickou péči o děti a dospívající.

Specifika kontaktní práce a distribuce harm reduction materiálu

- **Při poskytování harm reduction materiálu (zvláště pak injekčního materiálu), vždy důsledně zvažujte prospěšnost ve vazbě na míru rizika s ohledem na věk klienta.**

- **Mějte na paměti možné vývojově podmíněné paradoxní účinky distribuce harm reduction materiálu a informací u dospívajících**.
  - Přestože má snížení rizik vždy prioritu, je zde ve vztahu k vývojovým zákonitostem zvýšené riziko normalizace užívání návykových látek.
  - Pokud harm reduction intervence u dětí a dospívajících nejsou systematicky doprovázeny prací na posilování motivace ke změně, například změnou vzorců závislostního chování, zlepšením kontroly, snižováním dávek a propojením s další odbornou péčí, hrozí riziko, že místo podpory změny mohou omezit přístup k jiným formám pomoci, konzervovat stávající stav nebo jej dokonce zhoršit (Hadland et al., 2021; NIDA, 2018; Kaminer & Winters, 2011; Gilvarry et al.2012.)
  - Pokud je distribuce harm reduction materiálu a informací spojena se skupinovými aktivitami, může u dospívajících docházet k nezamýšleným škodlivým efektům. Ve skupinách vysoce rizikových mladistvých se může stát, že si navzájem posilují spíše negativní vzorce nebo postoje k návykovým látkám, což může vést k nárůstu užívání návykových látek namísto jeho snížení (NIDA, 2018).

- **V rámci kontaktní práce usilujte o zapojení celého rodinného systému**, pokud je to možné, zejména pak u osob mladších patnácti let. Tím se zvyšuje pravděpodobnost navázání mladistvého do komplexnějšího systému intervencí a služeb a také míra motivace ke změně.

Specifika prevence předávkování

Mladiství by měli být informováni o rizicích předávkování shodně s dospělou populací. Je ovšem nutné poskytovat jasné a věku přiměřené informace.

V prevenci předávkování je doporučeno vzdělávat také rodinné příslušníky mladistvých klientů. U uživatelů opioidů je při předávkování vhodné využití naloxonu. Naloxon by měl být dostupný všem mladým lidem, kteří užívají opioidy, a jejich blízkým (Hadland et al., 2021; NIDA, 2018).

Vzhledem k vysoké prevalenci polyvalentního užívání v populaci dospívajících je nezbytné dbát na edukaci o interakcích mezi různými návykovými látkami (Kaminer & Winters, 2011).

Specifika kontrolovaného užívání jako strategie harm reduction u dětí a dospívajících.

Kontrolované užívání je u dětí a dospívajících se závislostním chováním vnímáno jako jedna ze základních a na důkazech založených strategií harm reduction (Hadland et al., 2021; Kaminer & Winters, 2011; Gilvarry et al. 2012).

Intervence založené na kontrole užívání by měly být u mladistvých klientů realizovány vždy. Pokud nejsou přítomny kontraindikace, měly by být do kontroly užívání u dětí a mladistvých zapojeny pečující osoby. Jako jeden ze základních intervenčních rámců pro dosažení kontroly nad užíváním, případně abstinence od vysoce rizikových látek a činností se dle evidence ukazuje metoda CRAFT:

CRAFT (Community Reinforcement and Family Training)

Intervenční rámec CRAFT zapojuje blízké osoby (často rodiče) osob závislých na návykových látkách s cílem motivovat tyto jedince ke změně. Využívá pozitivní posilování a rodinnou podporu k dosažení změny chování a zároveň pomáhá zlepšit psychosociální fungování a emocionální zdraví samotných blízkých osob tím, že se zaměřuje také na zlepšení vztahů v rodině a posílení komunikačních dovedností mezi rodinnými příslušníky.

CRAFT vychází z principů operantního podmiňování a posilování. Tento přístup staví na posilování pozitivního chování, kdy blízké osoby využívají pozitivní odměny pro motivaci mladistvých ke změně a současně se učí, jak se vyhnout reakcím, které by mohly závislostní chování nechtěně podporovat.

Další důležitou teoretickou součástí CRAFT je funkční analýza chování, která pomáhá blízkým osobám lépe porozumět spouštěčům a následkům závislostního chování mladistvého. Tento proces umožňuje lépe přizpůsobit intervence na základě konkrétních situací

CRAFT se ukázal jako účinný při zapojování mladistvých do adiktologické péče, což může být zvlášť přínosné v situacích, kdy mladistvý nemá v počátku vlastní motivaci ke změně.

Indikace a kontraindikace CRAFT

Metoda je indikována pro případy, kdy blízké osoby potřebují nástroje a podporu pro zvládání situací spojených se závislostním chováním dítěte nebo mladistvého.

Kontraindikace zahrnují situace, kdy existuje akutní riziko násilí nebo vážného konfliktu v rodině, kde by aplikace CRAFT mohla přispět k eskalaci. V těchto případech je nezbytné zajistit bezpečnost všech členů rodiny a případně zvážit jiné formy intervence.

Zásady využití rámce CRAFT

- Osoby blízké procházejí metodou CRAFT po různých fázích, všechny fáze mají ovšem společné hlavní zásady:
- **Bezpečí mladistvého a blízkých osob**, zvláště v případech, kdy hrozí agresivní chování.
- **Pozitivní pobídky**, kdy je odměňováno úsilí o abstinenci, a naopak odměna je odebírána při chování směřujícímu k relapsu.
- **Podpora zlepšení komunikačních dovedností**, které podporují pozitivní změny ve vztazích.
- **Podpora blízkých osob** za poskytnutí nástrojů pro zlepšení jejich duševního a fyzického zdraví ovlivňuje samotnou podporu dospívajícího.

Popis doporučené praxe

- **Rozpoznávejte společně s pečujícími osobami spouštěče závislostního chování** dospívajícího a stanovujte reálné cíle pro odstranění nebo zmírnění těchto spouštěčů.
- **Využívejte s pečujícími osobami pozitivních odměn** k posilování motivace ke změně chování mladistvého. Odměny využívejte také k zapojení do zdravých a prosociálních aktivit, které mohou posílit pozitivní změny chování.
- **Pracujte s pečujícími osobami na efektivní komunikaci**, učte je vyjadřovat své obavy, učte je také dovednostem konstruktivní podpory mladistvého.
- **Předcházejte eskalaci konfliktů**. Hledejte se všemi členy systému postupy pro včasnou deeskalaci.
- **Podporujte pečující osoby v dovednostech podpory při zvládání relapsu dospívajícího**.
- **Edukujte pečující osoby, aby rozpoznaly, jak a kdy opět zapojit mladistvého do odborné péče**.

BOX VII - 3
ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **PSYCHOTERAPIE**

Psychoterapie dětí a dospívajících má několik klíčových specifik, které ji odlišují od psychoterapie dospělých.

V kontextu intervencí ve smyslu psychoterapie je klíčové cílit na protektivní a rizikové faktory. Protektivní faktory, jako je pozitivní sebeobraz a sociální dovednosti, mohou zvýšit pravděpodobnost úspěšného výsledku intervence, zatímco rizikové faktory, včetně genetických predispozic nebo nepříznivého rodinného prostředí, mohou intervence komplikovat (SAMHSA, 2021).

Tradiční pojetí intervence zaměřené na dosažení abstinence jako vstupního parametru pro zahájení psychoterapie je u dětí a mladistvých velmi těžce dosažitelná a spíše výjimečná. Psychoterapeutické intervence zaměřené na změnu chování nemají z dlouhodobého hlediska účinnost, pokud necílí na příčiny rizikového chování.

Efektivita psychoterapeutických intervencí zaměřených na mírnění dopadů závislostního chování je spatřována v přístupu, který je respektující, partnerský, nekonfliktní, zaměřený na potřeby a doplňování chybějících zdrojů. Takový přístup pomáhá mladistvým prozkoumávat různé aspekty a příčiny jejich rizikového chování (Hadland, 2021; Leukefeld, Gullota, Staton, 2008; NIDA, 2018; Gilvarry et al., 2012).

Dalším důležitým prvkem je kvalita pracovního spojenectví mezi terapeutem a klientem. Důkazy ukazují, že bezpečné, předvídatelné a v čase stálé nastavení tohoto vztahu s vysokou mírou podpory autonomie klienta významně pozitivně ovlivňuje výsledky intervence, zejména u dospívajících s poruchami způsobenými návykovými látkami (Leukefeld, Gullotta & Staton, 2008; Hadland et al., 2021, Kaminer & Winters, 2011).

Specifické postupy, které jsou u dětí a dospívajících doporučovány, zahrnují zejména metody zaměřené na změnu vzorců chování a myšlení, přičemž se ukazují jako účinné zejména v kombinaci s prací s motivací (Gilvarry et al., 2012). Intervence zaměřené na dopady traumatizace či vývojové traumatizace mohou být klíčové pro zvládání emočních a behaviorálních problémů (Staton-Tindall, Leukefeld & Gullotta, 2009).

V každém případě neexistuje v současné době žádný komplexní program, který by byl nadřazen jinému. V klinické rovině je jakémukoliv přístupu nadřazeno udržování koherentního přístupu sdíleného všemi členy týmu (Gilvarry et al., 2012).

Další zásadní součástí péče je rodinná terapie, protože rodina má na dospívajícího a rozvoj či mírnění jeho obtíží největší vliv. Rodinná terapie by měla být zaměřena zejména na zlepšení komunikace a řešení problémů v rodinném prostředí, což může výrazně přispět k efektivitě intervencí (Kaminer & Winters, 2011; Gilvarry et al., 2012; NIDA, 2018; Leukefeld, Gullotta & Staton-

Tindall, 2009, Gilvarry et al., 2012; Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017, Hadland, 2021).

V místech s omezenou dostupností služeb hrají stále větší roli technologie ve smyslu telemedicíny. Tyto technologie mohou sloužit i jako doplněk osobních setkání (Marsch & Borodovsky, 2016). V současné době je na příklad platný zdravotní výkon Distanční kontakt v pedopsychiatrii za využití videokamery a provedení terapie, který je indikován lékařem na základě vstupního vyšetření klienta v ordinaci.

V psychoterapii dětí a dospívajících má respekt k různosti individuálních potřeb vyšší důležitost než v jiných populacích. Je důležité, aby psychoterapie byla vedena pomáhajícími profesionály s odpovídajícím vzděláním a zkušenostmi, kteří jsou schopni uplatnit flexibilní a na důkazech založené přístupy. Vzdělání by mělo odpovídat roli pomáhajících profesionálů, mělo by být postaveno také na postgraduálním vzdělávání, mělo by obsahovat znalosti z neurovývojové oblasti (vývojové aspekty dospívání), znalosti o rizikových a protektivních faktorech specifických pro cílovou populaci, o specifických diagnostických nástrojích a jejich administraci, o specifickém přístupu v komunikačních dovednostech, o právních a etických aspektech cílové skupiny (Gilvarry et al., 2012; Kaminer & Winters, 2011).

BOX VII - 3

ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE**

Využití individuální psychoterapie i její indikace a kontraindikace pro využití u dětí a dospívajících je v zásadě stejná jako u dospělých (viz BOX III – 1). Zásadní význam má včasné zahájení psychoterapie v těch případech, kdy je rozvoj závislostního chování spojen s traumatizací, a zvláště pak vývojovou traumatizací, disharmonickým vývojem osobnosti a poruchami chování.

Specifické zásady

Při realizaci psychoterapeutických intervencí pro děti a mladistvé má zásadní význam volba přístupů a metod, které jsou schopny využívat principy obohaceného prostředí:

- **Podněcovat zájem** o vlastní proces, zkoumání a zvědavost, a budovat bezpečnou atmosféru.
- **Budovat stabilitu a koherenci pracovního spojenectví.** Dospívající by měl mít možnost pravidelného kontaktu se stejným pracovníkem a počet osob podílejících se na péči by měl být minimalizován.
- **Udržovat předvídatelnost**. Dospívající by měl mít možnost pracovat kontinuálně s jedním profesionálem, a to i při přerušení péče a po jejím návratu do ní. U dospívajících se

vyskytuje vyšší počet relapsů a je nutné s touto možností pracovat. Je důležité nabízet možnost opakovaného vstupu do péče.

- **Podporovat autonomii** posilováním možnosti svébytné volby, kontroly nad interakčními procesy a posilováním dobrovolného zapojení.
- **Zvyšovat flexibilitu terapeuta a partnerský přístup** pomocí kontinuálního vzdělávání a supervize.

Specifika doporučené praxe

V terapeutickém procesu dospívající často snáze mění své postoje k rizikovému chování, avšak samotná změna chování bývá méně efektivní. Proto by měl být terapeutický proces zaměřen především na podporu silných stránek, zdravé uspokojování potřeb a posilování zdrojů, přičemž je důležité pracovat v co nejméně restriktivním a bezpečném vztahovém prostředí.

Pokud jsou restriktivní podmínky přítomny například díky právnímu kontextu péče, měly by být vyváženy podporou autonomie mladistvého, podporou vzdělávání a prosociálních aktivit, které jsou předpokladem pro dlouhodobou perspektivu zotavení (Hadland, 2021; Leukefeld, Gullota, Staton, 2008; NIDA, 2018; Gilvarry et al., 2012).

Pro co nevyšší efektivitu psychoterapeutického procesu uplatňujte níže uvedená doporučení:

- **Veďte komunikaci se zřetelnou a jasně čitelnou empatií a bezpodmínečným přijetím.**
- **Přizpůsobujte komunikaci věku a kognitivním schopnostem klienta.**
- **V terapeutickém procesu s dětmi v mladším školním věku využívejte přímá a jednoduchá sdělení.**
- **Využívejte kreativní, podpůrný a zástupný materiál.**
- **Zvýšeně respektujte nastavení obranných mechanismů, které klient v průběhu procesu využívá.** Propracování omezujících obranných struktur je možné až v mnohem pozdějších fázích procesu než u dospělých klientů.
- **Aktivně pracujte na podpoře obranných strategií,** které v reálném životě klienta vedou k vědomému vyhnutí se spouštěčům závislostního chování a situacím s traumatizačním a retraumatizačním potenciálem.
- **Využívejte integraci více terapeutických přístupů a více způsobů terapeutické práce dle aktuální potřeby klienta**; volbu přístupu ovlivňuje historie efektivity v minulosti poskytnutých intervencí (SAMHSA, 2021).

- **Proces řiďte s co největší informovaností a srozumitelností každého kroku v terapii**. Rozhodování o těchto krocích a o celkovém plánu péče provádějte za účasti klienta a tento plán následně dodržujte (Gilvarry et al., 2012).

- **Využívejte v procesu prvky edukace, na problém zaměřený přístup a nácvik** zejména v oblasti komunikace s vrstevníky a důležitými dospělými osobami (jako jsou na příklad rodiče), nácviky vyjednávání se sexuálními partnery a dovednosti ve vytváření rozhodnutí (Tingey et al., 2021).

- **Poskytujte důsledné a klidné vedení**; pomozte klientovi identifikovat překážky v terapeutickém procesu a podporujte jeho silné stránky ke zlepšování zdrojů.

- **Podněcujte zvědavost** a pomáhejte klientovi zkoumat ambivalence a paradoxy v jeho vlastních postojích, myšlenkách a chování.

Terapeutický proces a jeho cíle plánujte s klientem tak, aby byly realistické a dosažitelné. Dokončení naplánované péče je důležité pro úspěšnost v případě potřeby dalších intervencí v budoucnu. Přijetí terapie není jediným faktorem, který u mladistvého může být důležité k jejímu dokončení. (SAMHSA, 2021). Adherenci mladistvých k terapii dále zvyšuje flexibilita terapeutických sezení, interpersonální dovednosti pracovníka, jakými jsou vřelost, empatie, upřímnost a zdůvodňování volených postupů (Gilvarry et al., 2016; SAMHSA, 2021).

BOX VII - 3
ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE**

Využití skupinové psychoterapie u dětí a dospívajících je v základních parametrech neliší od doporučení pro využití u dospělých (viz BOX III – 2). Skupinová psychoterapie u dětí a mladistvých má svá specifika, která je nutné reflektovat a volbu formy skupinové psychoterapie pečlivě zvážit.

Skupinového způsobu práce využívejte při práci s rodinnými příslušníky a dalšími pečujícími osobami. (SAMHSA, 2021).

Specifické zásady

Dbejte na zvýšené riziko přenosu negativního a rizikového chování mezi členy skupiny. Při skupinových formách práce s mladistvými existuje obecně vyšší riziko narušení skupinové dynamiky a vyšší pravděpodobnost společných aktivit členů skupiny mimo skupinový čas a prostor, které mohou podporovat šíření nežádoucích forem rizikového chování. U dospívajících je významným

parametrem působení vrstevnického tlaku, který za přítomnosti dospělého ztěžuje exploraci a otevřenost. V mimoskupinovém setkání členů skupiny jsou bez přítomnosti dospělého tyto bariéry redukovány (Staton-Tindall, Leukefeld & Gullotta, 2009; Kaminer & Winters, 2011).

Kontinuálně pracujte na motivaci zůstat v terapeutické skupině. U mladistvých existuje obecně vyšší riziko předčasného nebo impulsivního odchodu ze skupinových forem terapie (NIDA, 2018).

Specifika doporučené praxe

- **Dbejte na homogenitu** s ohledem na úroveň psychosociálního vývoje a obtíže klientů.
- **Terapeutický proces organizujte s vysokým podílem edukace, explorace důležitých životních témat, nácviku strategií případně sebeuvědomování**. Naopak se, pokud možno, vyhýbejte procesům založeným na podněcování dynamiky skupiny, interakčním intervencím a čistě podpůrné skupinové psychoterapii, neboť tyto intervence zpravidla nejsou ve skupinové práci s dětmi a dospívajícími efektivní a zhoršují přístup k zážitku bezpečí, a tedy i učení.
- **Buďte flexibilní a využívejte v rámci skupinového terapeutického procesu kreativní, podpůrný a zástupný materiál**.

BOX VII - 3
ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **PÁROVÁ A RODINNÁ PSYCHOTERAPIE**

Rodinná psychoterapie je v adiktologické péči o děti a dospívající zdůrazňována jako klíčová metoda, neboť je schopna efektivně zasáhnout celý rodinný sytém a vytvořit tak podpůrné prostředí, které může přispět ke zvýšení motivace dospívajícího ke změně. Rodinná terapie vychází z předpokladu, že rodina má nejhlubší a nejtrvalejší vliv na vývoj dítěte a dospívajícího. Pro základní doporučení při využití rodinné terapie využívejte BOX III – 3.

Specifické zásady

Před rozhodnutím zařazení rodinné terapie do plánu péče dospívajícího zvažte možné nevýhody odvozené z komplexnosti a nároků na využití tohoto typu terapie, jako například potřeba vysoké úrovně zapojení rodiny, různých systémů podpory a dlouhodobosti intervence. Rodinná terapie klade velké nároky na rodiny, které musí být ochotné a schopné se terapie účastnit, což může

být obtížné pro rodiny s omezenými zdroji, nemocemi či jinými stresory (Leukefeld, Gullotta & Staton-Tindall, 2009, Gilvarry et al., 2012; Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017, Hadland, 2021).

V rámci rodinné terapie snižujte obavy a bariéry ohrožující setrvání rodiny v terapii. Udržení pozitivních výsledků dosažených rodinnou terapií často vyžaduje dlouhodobou podporu. Bez této podpory může být udržení změn obtížné, což může negativně ovlivnit dlouhodobou účinnost terapie (Sheidow & Henggeler, 2008; Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017; Gilvarry et al., 2012).

Specifika doporučené praxe

- **Rodinnou terapii plánujte jako pravidelnou a intenzivní intervenci**, dbejte na přizpůsobení terapie vývojovým potřebám dospívajících a podporujte jejich samostatnost v řešení problémů (Sheidow & Henggeler, 2008).
- **Do terapeutického procesu zahrnujte dospívajícího a alespoň jednoho rodiče** nebo opatrovníka, přičemž se mohou zapojit i sourozenci a další členové domácnosti (Kaminer & Winters, 2011; Gilvarry et al., 2012).
- **Pracujte zejména na posilování pozitivních a silných stránek klienta**. Tento přístup může sloužit jako základ pro požadovanou změnu. Klaďte zároveň důraz na zvyšování odpovědnosti v rodinném prostředí.
- Intervence cílte na přítomnost a jasně definované cíle, zaměřujte se na konkrétní problémy a sledujte jasně stanovené výsledky.
- **Pokud je to možné, zahrnujte do terapie multisystémové interakce**, tedy interakce se systémy obklopující dospívajícího, jako je škola, vrstevníci, případně práce a právní oblast (Leukefeld, Gullotta & Staton-Tindall, 2009, Gilvarry et al., 2012; Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017, Hadland, 2021).
- **Do rodinné terapie začleňujte zásady prevence relapsu**. Znalosti prevence relapsu nejsou zásadní jen pro samotného dospívajícího, ale pro všechny osoby v jeho rodinném prostředí (Kaminer & Winters, 2011).

BOX VII - 4
ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE**

V rámci psychosociálních intervencí se při plánování a poskytování adiktologické péče dětem a dospívajícím řiďte postupy uvedenými v BOXU IV za dodržení níže uváděných specifik.

Zásadním specifikem v práci s dětmi a dospívajícími je důraz na zapojení celého rodinného systému do poskytované péče. Zapojení rodinného systému, pokud je možné, zvyšuje efektivitu samotných intervencí (Gilvarry et al., 2012). Rodiče a další členy rodiny je vhodné zapojit do péče jako podporovatele dítěte. Toto zapojení by mělo minimálně zahrnovat vzdělávání v oblasti duševního zdraví, edukaci a podporu při zvládání zátěže nebo společné plánování cílů terapie.

Vzhledem k tomu, že dospívající tráví většinu svého času ve školním prostředí, je vhodné zahrnovat do intervencí také školská zařízení, pedagogické pracovníky a pokud je to vhodné také vrstevníky. Často je vhodné do podpory zapojit celý systém institucí, které se dotýkají života dospívajícího.

Při poskytování psychosociálních intervencí je třeba zohledňovat vývojová specifika, zejména nedokončený vývoj v oblasti rozhodovacích procesů, plánování a kontrolu impulsů. (NIDA, 2018; Prout & Fedewa; Kaminer & Winters, 2011). Psychosociální intervence by měly podporovat dlouhodobé zapojení dětí a dospívajících do péče, a to i v období relapsu, kdy je důležitá podpora ke snížení rizika předávkování a dalších škodlivých důsledků. Služby by měly respektovat individualitu každého dítěte či mladistvého a měly by být poskytovány v co nejméně omezujícím prostředí. Je důležité podporovat schopnost dospívajících pokračovat ve vzdělávání, práci a dalších sociálně prospěšných aktivitách. Cílem je zapojit mladistvé do péče dobrovolně. Nařízená péče by měla být použita pouze v krajních případech, a pokud je to nezbytné, měla by být poskytována na základě nejlepších dostupných důkazů (Hadland et al., 2021).

BOX VII - 4
ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **VČASNÁ A KRÁTKÁ INTERVENCE**

Včasná a krátká intervence vychází z nezbytnosti včasného zapojení dospívajících s rizikovým chováním do péče. Stejně jako u dospělých je účinný intervenční rámec SBIRT (NIDA, 2018) a FRAMES (Kaminer & Winters, 2011). Včasná a krátká intervence jsou klíčové, neboť umožňují intervenovat co nejdříve, jakmile je rizikové chování zaznamenáno. Včasný zásah může zabránit rozvoji či zhoršení závislostního chování a minimalizovat dlouhodobé následky. Zásah v raných stádiích rozvoje obtíží je mnohem účinnější než pozdější intervence, kdy je již přítomná delší historie užívání návykových látek nebo závislostního chování (Hadland et al., 2021).

Indikace a kontraindikace

Indikováni jsou všichni klienti ve zdravotnické primární péči, ve školských zařízeních, v sociálních službách, ve službách pro mladistvé klienty v konfliktu se zákonem apod., a zejména klienti s náznaky rizikového chování v oblasti adiktologických poruch (NIDA, 2018; Gilvarry et al., 2012).

Zásady (nezbytné součásti)

Krátké intervence mají významný dopad, pokud jsou poskytnuty včas. Rychlý přístup k péči je považován za nezbytný, aby se maximalizovaly její výsledky. Mladým lidem by měly být psychosociální i farmakologické intervence poskytnuty okamžitě, jakmile jsou indikovány. Farmakoterapii indikuje lékař – psychiatr, psychiatr pro děti a dorost. Je tedy důležité zajistit, aby byly pro dospívající všechny efektivní možnosti péče dostupné (Hadland et al., 2021). Jednorázové včasné intervence jsou u dospívajících efektivní, pokud obsahují postupy motivačních rozhovorů (Gilvarry et al., 2012).

Specifika doporučené praxe

Při zohlednění výše popisovaných specifik a obecných doporučení pro adiktologickou péči pro děti a dospívající postupujte podle doporučené praxe uváděné v BOXU IV – 1.

Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Včasná a krátká intervence může napomoci předcházení rozvoji nebo zhoršení rizikového nebo závislostního chování a minimalizovat dlouhodobé následky (Hadland et al., 2021). Intervence jsou navrženy tak, aby posílily motivaci ke změně a snížily míru rizikového chování (Kaminer & Winters, 2021; Staton-Tindall, Leukefeld & Gullotta, 2009).

BOX VII - 4

ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **KRIZOVÁ INTERVENCE**

Při zohlednění obecných doporučení pro adiktologickou péči pro děti a dospívající jsou charakteristiky krizové intervence shodné s boxem IV-2.

Indikace a kontraindikace

Indikované jsou děti a dospívající v akutní krizi, zahrnující emocionální, psychologické, behaviorální, nebo vztahové problémy.

Zásady (nezbytné součásti)

Krizová intervence by měla být využita jako včasná a okamžitá pomoc v krizi, proto by měla být dostupná v naléhavých situacích (Hadland et al., 2021). Důležité je, aby byla poskytnuta co nejdříve, a tím se předcházelo zhoršení psychického stavu. Vzhledem k tomu, že děti a dospívající jsou v různých stádiích vývoje, krizová intervence musí brát v úvahu jejich vývojové potřeby. Zejména mladší děti mohou mít potíže s verbalizací svých emocí, zatímco starší dospívající mohou mít větší potřebu autonomie, což vyžaduje specifické přístupy zejména s ohledem na potřebu zapojit do péče rodinné příslušníky (Prout & Fedewa, 2015).

Krizová intervence poskytovaná dospívajícím zahrnuje jak individuální přístup, tak i zapojení rodiny, protože je důležité, aby dítě mělo podporu nejen v rámci procesu intervence, ale i ve svém rodinném zázemí (NIDA, 2018; Kaminer & Winters, 2011, Gilvarry et al., 2012). Rodinné vztahy hrají klíčovou roli při podpoře dítěte v krizi s výjimkou situací, kdy je rodinné prostředí zdrojem přímého ohrožení dítěte. Po počáteční krizové intervenci je třeba doporučit setrvání v terapii s cílem zajistit, aby dospívající zvládl následky krize a nedocházelo k opakování krizových situací (Prout & Fedewa, 2015; Gilvarry et al., 2012). Krizová intervence u dětí, a zvláště mladistvých by měla mít inkluzivní a participativní charakter (Hadland a kol. 2021). Dospívající má být aktivně zapojen do řešení krizových situací. Intervence by měla být navržena tak, aby podporovala jeho autonomii a zodpovědnost za vlastní rozhodnutí.

Specifika doporučené praxe

Děti a dospívající často reagují na krizi intenzivněji než dospělí, a proto je důležité poskytnout okamžitou emoční podporu zaměřenou na snížení pocitu bezmoci, úzkosti a strachu. Současně včasně poskytnutá podpora může mít významnější edukativní efekt než u dospělých (Kaminer & Winters, 2011).

Při poskytování krizové intervence dětem a dospívajícím se držte doporučení v BOXU IV – 2, zohledňujte obecná doporučení pro adiktologickou péči pro děti a dospívající a dále:

- **Veďte komunikaci se zřetelnou a jasně čitelnou empatií a bezpodmínečným přijetím.**
- **Přizpůsobujte komunikaci věku a kognitivním schopnostem klienta.**
- **Při poskytování krizové intervence dětem v mladším školním věku využívejte přímá a jednoduchá sdělení, neváhejte využít kreativní, podpůrný a zástupný materiál.**
- **Zvýšeně respektujte nastavení obranných mechanismů, které dítě v hovoru a v průběhu poskytování intervence využívá.**

Specifickou formu poskytování krizové intervence dětem a dospívajícím představuje situace, kdy je zřejmé, že reakce na krizi obsahuje reakci na traumatické události v minulosti dítěte. V takovém případě je nezbytné do vlastní intervence nebo neprodleně po ní zahrnout rodinné příslušníky nebo pečující osoby – pokud nejsou původcem traumatu (Staton-Tindall, Leukefeld & Gullotta, 2009).

V těchto případech paralelně s poskytnutím krizové intervence dospívajícímu veďte s pečujícími osobami paralelní poradenský proces zaměřený na pochopení omezujícího vlivu traumatického zážitku na současné zvládání krizové situace dospívajícím. Zaměřte se rovněž na edukaci a posílení kompetencí pečujících osob pro zvládnutí jejich vlastního prožívání krize dospívajícího, akceptování prožívání dospívajícího a podporu užitečných copingových strategií.

Očekávaný výsledek

Krizová intervence u dětí a mladistvých může krom rychlé stabilizace emocionálního stavu předcházet dlouhodobým následkům krize (na příklad posttraumatické stresové poruchy). Dalším očekávaným výsledkem je posílení copingových strategií a prevence opakování krizových situací v budoucnu. Specificky v dětském věku může krizová intervence pomoci nacházet podporu v rodinném prostředí pomocí posilování rodinných vztahů a vytváření copingových strategií celého rodinného systému (Prout & Fedewa, 2015; Staton-Tindall, Leukefeld & Gullotta, 2009).
Krizová intervence může pomoci dospívajícím lépe regulovat své emoce, zlepšit jejich rozhodovací procesy a posílit jejich sebekontrolu (NIDA, 2018), dále se může obnovit pocit bezpečí a kontroly nad situací (Kaminer & Winters, 2011).

Ve specifických situacích může krizová intervence napomoci minimalizovat riziko sociálního vyloučení jedince (Hadland a kol. 2021).

BOX VII - 4
ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **INDIVIDUÁLNÍ PORADENSTVÍ**

Při zohlednění obecných doporučení pro adiktologickou péči pro děti a dospívající a níže uvedených specifických doporučení jsou postupy pro individuální poradenství shodně s BOXEM IV-3.

Poradenská práce s dětmi a dospívajícími vyžaduje velkou flexibilitu poradce, neboť chování klientů může být více nepředvídatelné a proměnlivé než v dospělé populaci. Je důležité počítat s tím, že děti a dospívající mají širší spektrum emocionálních a behaviorálních odpovědí než dospělí (Prout & Fedewa, 2015). Mezi základní předpoklady efektivního poradenského procesu shodně s individuální psychoterapií u dětí a dospívajících patří zejména důraz na zvýšenou pozornost věnovanou budování pracovního spojenectví založeného na vysoké míře by empatie, nehodnotícího přijetí a upřímnosti (Gilvarry et al., 2012).

Individuální poradenství může rovněž výrazně napomoci ke zvýšení motivace mladistvých pro vstup do individuální terapie (Prout & Fedewa, 2015). Poradenství je klíčové nejen pro vlastní poskytování adiktologické péče, ale také pro podporu kontinuity péče, zejména pak během období recidivy.

Péče založená zejména nebo výhradně na poradenských postupech je doporučována pro mladistvé s dobrým sociálním zázemím a podporou, s méně rozvinutým rizikovým chováním a méně závažnými duševními komorbiditami (Gilvarry et al., 2012).

Adiktologické poradenství z hlediska charakteru průběhu a zacílení procesu u dětí a dospívajících zpravidla využívá postupů **Poradenství** (counselling)**. Expertní poradenství** (advising) je využitelné ve specifických situacích týkajících se sociálně právních aspektů péče, přípravy na vzdělávání a podobně.

Indikace a kontraindikace (cílová skupina/klinická situace)

Klienti v dětském věku a mladiství s adiktologickými obtížemi založenými na poruchách chování, narušení vývoje, traumatizaci a vývojové traumatizaci nebo poruchách učení a pozornosti.

Pokud dítě žije v prostředí, které mu neposkytuje dostatečnou podporu nebo je přímo zdrojem obtíží či traumatizace, bude samotné individuální poradenství s vysokou mírou pravděpodobnosti nedostatečné. V těchto případech je vhodnější využít intervence na úrovni rodinného poradenství nebo intervence zaměřené na širší sociální kontext (Prout & Fedewa, 2015), které umožňují zařadit rodinné konzultace. Tyto intervence je vhodné preferovat zejména, pokud je rodinná dynamika faktorem ovlivňujícím užívání návykových látek u dospívajícího (Staton-Tindall, Leukefeld & Gullotta, 2009).

Zásady (nezbytné součásti)

Poradenství by mělo být zaměřeno na specifické potřeby dítěte nebo mladistvého, přičemž je nutné zohledňovat zdravotní a psychický stav, prožívání, vztahový a sociální kontext. Vlastní poradenský proces by měl reflektovat různé potřeby dětí a mladistvých dle jejich věku a úrovně vývoje.

Důležitý je participativní charakter poradenského procesu, který zapojuje dítě nebo mladistvého do rozhodování o vlastní podobě péče, což je významné pro rozvoj autonomie a zodpovědnosti za vlastní zdraví.

Zároveň by měl poradenský proces umožňovat podporu autonomie dospívajícího, minimalizaci restriktivních snah a sociálního tlaku okolí, aby mladiství mohli nadále pokračovat v důležitých aktivitách, jako je škola nebo práce, zatímco probíhá adiktologická péče. Podpora rozvoje sociálních a vzdělávacích aktivit je klíčová pro dlouhodobé zotavení (Hadland et al., 2021).

Specifika doporučené praxe

V rámci individuálního poradenství pro děti a dospívající se jako obecně nejúčinnější jeví strategie zaměřené na změnu chování (behaviorální) s možným doplněním o metody motivačních rozhovorů a strategie zaměřené na změnu myšlení, prožívání a vědomého rozhodování (kognitivní) (NIDA, 2018). Pro dosažení cílů je často nezbytná integrace více různých přístupů.

Při poskytování individuálního poradenství (counseling) dětem a dospívajícím se držte doporučení v BOXU IV – 3, zohledňujte obecná doporučení pro adiktologickou péči pro děti a dospívající, uplatňujte výše popsané zásady a dále:

- **Aktivně budujte pracovní spojenectví založené na bezpečí, předvídatelnosti, otevřenosti, zcela minimalizujte hodnocení, aby mohl dospívající hovořit o svých obtížích.**
- **Zakládejte poradenský proces na silných stránkách a potřebách dospívajícího.**
- **Využívejte postupy zaměřené na podporu svébytného rozhodování a odolávání tlaku vrstevníků s rizikovým nebo závislostním chováním.**
- **Při poradenské práci s dětmi mladšího školního věku uplatňujte více modalit včetně nonverbálních postupů a zástupných materiálů, vyhýbejte se příliš abstraktním souvislostem a hypotetickým situacím.**
- **Poradenský proces v případě relapsu nepřerušujte.**

Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Individuální poradenství u dětí a dospívajících cílí zejména na posílení pozitivních změn chování a snížení rizika recidivy (NIDA, 2018). Individuální poradenství může také pozitivně ovlivnit přijetí další pomoci a ochotu zapojit se do adiktologické péče (Gilvarry et al., 2012).

BOX VII - 4

ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **MOTIVAČNÍ ROZHOVORY**

Při zohlednění obecných doporučení pro adiktologickou péči u dětí a dospívajících a níže uvedených specifických doporučení jsou postupy pro motivační rozhovory shodné s BOXEM IV-4.

Motivační rozhovory jsou považovány za účinný přístup, zejména u mladistvých v rizikové fázi užívání návykových látek (Kaminer & Winters, 2011). Efektivita je ovšem spatřována, pokud jsou motivační rozhory doplňkem dalších terapeutických přístupů (Gilvarry et al.). Motivační rozhovory jsou účinnější, pokud jsou zaměřeny na aktivní přijetí mladistvých do adiktologické péče než pro

vyvolání změn v užívání návykových látek (NIDA, 2018; SAMHSA, 2021). Nižší efektivita je u zaměření na užívání návykových látek u dětí a dospívajících. Účinnost je zjištěna ve změně postojů k rizikovému chování, nikoliv v samotné změně chování (Li et al., 2016).

Indikace a kontraindikace (cílová skupina/klinická situace)

Tato intervence je vhodná zejména pro děti a mladistvé s kratší anamnézou užívání návykových látek než u dlouhodobých uživatelů (Staton-Tindall, Leukefeld & Gullotta, 2009). Efektivita motivačních rozhovorů je diskutabilní u uživatelů více návykových látek (NIDA, 2018).

Zásady (nezbytné součásti)

Zásady využití motivačních rozhovorů u dětí a mladistvých kopírují zásady u dospělých, je zde ovšem kladen důraz, aby motivační rozhovory byly doplňkem k dalším terapeutickým intervencím, není vhodný typ péče založený pouze na motivačních rozhovorech (Li et al., 2016).

Specifika doporučené praxe

- **Plánujte využití motivačních rozhovorů v dlouhodobějším horizontu**. K vyřešení ambivalence u dětí a dospívajících je zapotřebí delší časové období.
- **Využívejte edukace o vlivu užívání návykových látek na zdravotní stav**. Dospívající jsou otevřenější k vyřešení ambivalence ke změně chování týkajícího se tělesného zdraví než ke změně chování v oblasti užívání návykových látek (Li et al., 2016).
- **Využívejte metodu motivačních rozhovorů jako doplněk širších terapeutických intervencí.**

Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Motivační rozhovory mohou posilovat nejen připravenost ke změně, ale také sebehodnotu mladistvého (Gilvarry et al., 2012, NIDA, 2018). Motivační rozhovory jsou účinnější než žádná intervence, ale méně účinná než ostatní intervenční rámce (Li et al., 2016) [1].

[1] Systematické review s metaanalýzou randomizovaných kontrolovaných studií sledovalo a porovnávalo účinnost motivačních rozhovorů dvou cílových populacích – dospělých a dospívajících. Účinnost intervence byla zjištěna u obou zmiňovaných populací, ovšem u dospělých byla vyšší a jen u dospělých vedla ke snížení frekvence a míry užívání. Efektivita motivačních rozhovorů u dospívajících byla zjištěna v případě, že bylo rozhovorů využito jako krátké intervence pro redukci užívání. Zároveň pravděpodobnost dosažení abstinence u dospívajících byla dvakrát vyšší u osob, které měly zkušenost s touto intervencí než u kontrolní skupiny. Nicméně se zdá, že tento výsledek může být ovlivněný participanty, kteří přijali intervenci ve fázi rozhodnuti vyhledat léčbu, neboť u pacientů ve fázi kontemplace či prekontemplace byla účinnost nižší (Calomarde-Gómez et al., 2021).

BOX VII - 4

ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **SKUPINOVÉ PORADENSTVÍ/MOTIVAČNÍ SKUPINY**

Při zohlednění obecných doporučení pro adiktologickou péči u dětí a dospívajících a níže uvedených specifických doporučení jsou postupy pro skupinové poradenství shodné s BOXEM IV-5.

Indikace a kontraindikace (cílová skupina/klinická situace)

Specifikou kontraindikací při přijetí dospívajícího do skupinového poradenství jsou výrazné poruchy chování (Prout & Fedewa, 2015). Při skupinových formách práce s mladistvými existuje obecně vyšší riziko narušení skupinové dynamiky a vyšší pravděpodobnost společných aktivit členů skupiny mimo skupinový čas a prostor, které mohou podporovat šíření nežádoucích forem rizikového chování (Staton-Tindall, Leukefeld & Gullotta, 2009; Kaminer & Winters, 2011).

Zásady (nezbytné součásti)

Podporujte homogenitu členů skupiny z hlediska závažnosti obtíží. Pro efektivitu skupinového poradenství je vhodné, aby mladiství měli podobné problémy a byli přibližně ve stejném věkovém rozmezí. Pokud jsou dospívající v příliš odlišných fázích vývoje nebo mají velmi rozdílné problémy, může být těžší udržet jejich pozornost a zaměřit se na relevantní témata (Prout & Fedewa, 2015).

Je doporučeno, aby skupinové poradenství bylo vedeno poradci, kteří jsou schopni monitoringu skupinové dynamiky a předcházení rozšíření negativních vzorců chování mezi členy skupin (NIDA, 2018).

Specifika doporučené praxe

- **Kombinujte skupinové poradenství s individuálním poradenstvím** za využití strategií zaměřených na změnu chování, vnímání a rozhodovacích procesů.

- **Využívejte postupů krizového managementu** (NIDA, 2018).

- **Využívejte základní prvky motivačních rozhovorů a pobídkové terapie**, zejména při práci s motivací a u klientů s problémy s dodržováním plánu péče (Gilvarry et al., 2012).

BOX VII - 4

ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **RODINNÉ A PÁROVÉ PORADENSTVÍ**

Rodinné poradenství v adiktologické péči o děti a dospívající se na rozdíl od rodinné terapie zaměřuje zejména na **rodičovské poradenství**, tedy na poskytování podpory rodinným příslušníkům v jejich rolích jako rodičů nebo pečovatelů.

Důraz je kladen na rodičovskou odpovědnost, pozitivní a konzistentní zapojení rodičů do výchovy a vzájemné sdílení a posilování výchovné praxe. Poradenství může napomoci s reflexí a zvládáním separačního procesu mladistvého od primární rodiny.

Hlavními cíli rodinného poradenství je posílení rodičovských dovedností budování kapacity, zvládání konfliktů s dětmi a podpora efektivnější komunikace mezi rodinnými příslušníky (Prout & Fedewa, 2015; Sheidow & Henggeler, 2008). V oblasti rizikového nebo závislostního chování může takto zacílené poradenství napomoci k posilování motivace mladistvého ke změně a zvýšit účinnost v předcházení relapsu rizikového chování, zejména při posílení protektivních faktorů na úrovni rodinného systému (NIDA, 2018; Kaminer & Winters, 2011; Hadland, 2021).

Indikace a kontraindikace (cílová skupina/klinická situace)

Rodičovské poradenství je klíčovou intervencí v péči o děti a mladistvé s problémy spojenými s rizikovým nebo závislostním chováním. Rodičovské zapojení a podpora jsou zásadní pro dosažení efektivity intervencí, zejména při nižší motivaci dospívajících (Kaminer & Winters, 2011, NIDA, 2018; Staton-Tindall, Leukefeld & Gullotta, 2009).

Obtížné nebo nevhodné je zapojení rodičů v případech, kdy rodiče sami zneužívají návykové látky, nebo v situacích, kdy dochází k závažnému rodinnému konfliktu či zneužívání. V těchto případech je třeba přistupovat individuálně a vyhodnotit, zda je rodičovské poradenství vhodné, nebo zda by bylo lepší zaměřit se na jiné intervence zaměřené výhradně na mladistvé (Hadland, 2021; Gilvarry et., 2012; Sheidow & Henggeler, 2008).

Specifika doporučené praxe

Rodinné poradenství, kterého se účastní celá rodina je v kontextu péče o děti a dospívající poskytováno shodně s doporučeními v BOXU IV – 6. V rámci rodinného poradenství ve smyslu rodičovského poradenství dále platí:

- **Zvyšujte rodičovskou angažovanost a aktivní zapojení** do života dětí.

- **Podporujte rodiče k aktivnímu stanovování cílů a řízení změn** v rodinném prostředí (NIDA, 2018).

- **Podporujte pozitivní zpětnou vazbu**, a veďte rodiče k tomu, aby dětem a mladistvým poskytovali více pozitivní zpětné vazby a ocenění, což má pozitivní vliv na jejich psychický vývoj a emocionální stabilitu (Prout & Fedewa, 2015).

- **Posilujte rodiče ve využívání vlastních podpůrných vztahů a vztahových sítí.**

- **Edukujte rodiče v oblasti závislostního chování** (Staton-Tindall, Leukefeld & Gullotta, 2009; Kaminer & Winters, 2011).

- **Plánujte intervence rodinného poradenství tak, aby měla rodina možnost se stýkat se stejným pracovníkem** (Gilvarry et., 2012).

Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)
Rodinné poradenství cílí na to, aby rodiče hráli aktivnější roli jako "zprostředkovatelé změny" v podpoře duševního zdraví a vývoje svých dětí (Prout & Fedewa, 2015). Výsledkem by mělo být zlepšení rodinné komunikace a podpory pro rodiče, náhled rodičů na závislostní chování a zlepšení jejich rodičovských dovedností, snížení duševních potíží mladistvých a snížení rizika recidivy a zapojení dospívajících do péče (Staton-Tindall, Leukefeld & Gullotta, 2009).

BOX VII - 5
ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **FARMAKOTERAPIE**

Farmakoterapie u dětí a dospívajících s poruchami užívání návykových látek je v některých případech užitečná. Je však důležité, aby děti a dospívající s problémy spojenými se závislostním chováním měli přístup ke komplexnímu zhodnocení, intervencím a podpoře rodiny, přičemž terapie by měla být přizpůsobena jejich věku, kultuře a pohlaví. Důležité je také zvážit, že dospívající často trpí dalšími duševními poruchami, jako jsou poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), úzkostné a depresivní poruchy, které vyžadují specifický přístup a komplexní adiktologickou péči (NIDA, 2018).

Farmakoterapie může být nápomocná též například při snižování sebepoškozujícího chování a sebevražedných tendencí (Gilvarry et al., 2012). Přestože je optimální komplexní přístup, data naznačují, že výsledky mohou být zlepšeny i pouze farmakoterapií, pokud je dobře a včasně zacílena na primární obtíže (Hadland et al., 2021), nebo pokud cílí farmakoterapie souběžně na symptomy

komorbidních duševních poruch (Kaminer & Winters, 2011). Tuto formu farmakoterapeutických intervencí je doporučeno řešit koordinací souběžné péče na úseku dětské psychiatrie.

Hlavními strategiemi ve využití farmakoterapie u dětí a dospívajících se závislostním chováním jsou oblasti substituční léčby, blokování účinků návykových látek, ovlivnění cravingu a předcházení odvykacích stavů.

Značná část léčiv používaných v dospělé populaci navíc není schválena pro populaci dětí a mladistvých a chybí zde také relevantní klinické studie. Musí se též vycházet ze schválení léčiv pro cílovou populaci dětí a dospívajících platných pro dané období (SAMHSA, 2021). Tato schválená léčiva se liší na mezinárodní úrovni.

Indikace a kontraindikace (cílová skupina/klinická situace)

Aktuálně jsou pro osoby mladší 18 let mezinárodně schváleny pouze některé volně prodejné nikotinové přípravky, jako jsou transdermální náplasti, žvýkačky a pastilky pro léčbu závislosti na nikotinu (NIDA, 2018). V České republice je možné pro děti a dospívající od 12 let po indikaci lékařem využít nikotinové lisované pastilky (sp. zn. sukls170606/2023) nebo pro dospívající nikotinové žvýkací gumy (sp.zn. sukls69639/2016). Přípravek vareniklin a bupropion nejsou pro děti a dospívající pro chybějící klinické studie doporučovány (sp.zn.sukls239623/2011, sp.zn.sukls175793/2012).

Výzkumy naznačují potenciální účinnost účinných látek využívaných při léčbě závislosti na opioidech (buprenorfin) u mladších osob (NIDA, 2018). Také další autoři naznačují, že mladiství, kteří dostávají buprenorfin, naltrexon nebo methadon do tří měsíců od zahájení péče mají výrazně vyšší pravděpodobnost udržení v péči ve srovnání s těmi, kteří dostávají pouze psychosociální intervence (Hadland et al., 2021). Dle opatření obecné povahy Ministerstva zdravotnictví ČR a dle SÚKL jsou substituční přípravky Subutex a Suboxone určeny k léčbě závislosti na opioidech také u dospívajících ve věku od 15 let (MZ ČR, 2018).

V praxi existuje rozšířená stigmatizace spojená s užíváním léků pro léčbu závislostního chování. Mladiství se mohou setkávat se stigmatizací a předsudečným hodnocením, že se nejedná o léčbu ve směru úzdravy v případě, kdy užívají farmakoterapii, zejména pokud užívají agonistickou léčbu, jako je buprenorfin pro léčbu zneužívání opioidů. Tato stigmatizace může přicházet i od důvěryhodných dospělých v jejich životě, jako jsou poskytovatelé léčby, členové podpůrných skupin, rodiče, členové rodiny nebo přátelé (Hadland et al., 2021).

Zásady (nezbytné součásti)

Zlepšení přístupu k farmakoterapii je zásadní. Je třeba důsledně zvážit odstranění překážek v léčebných programech, které brání užívání farmakoterapie, a zvýšit počty lékařů zabývajících se farmakoterapií dětí a mladistvých v kontextu adiktologické péče.

Včasná intervence a zahájení farmakoterapie mohou pomoci předejít zhoršení závislostního chování a souvisejících zdravotních problémů. Je důležité, aby farmakoterapie byla dostupná, co nejdříve po zjištění závislostního chování. Přístup k lékům by neměl být závislý na tom, zda mladý dospělý podstupuje psychosociální intervence. Poskytování přesných informací o přínosech a rizicích farmakoterapie je klíčové pro snížení stigmatizace a nesprávných představ mezi mladými klienty a jejich rodinami. Lékaři by měli poskytovat poradenství o farmakoterapii a zvažovat preference klientů při rozhodování o léčbě (Hadland et al., 2021).

Specifika doporučené praxe

Farmakologická péče závislostního chování by měla být jen jednou součástí komplexního řešení potřeb spojených se závislostním chováním u dětí a dospívajících. Péče by měla být přizpůsobena potřebám dítěte nebo dospívajícího a poskytována souběžně s psychoterapií a dalšími intervencemi. Předepisování léků by mělo být pečlivě monitorováno a pravidelně revidováno specialisty za účasti rodiny a rodičů (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017).
Dospívajícím s poruchami užívání opioidů, alkoholu a tabáku by měla být dle mezinárodních studií systematicky dostupná farmakoterapie (specifika pro ČR jsou uvedena níže):

- Pro opioidové poruchy se jako doporučeníhodné ukazují buprenorfin a naltrexon;
- pro alkoholové poruchy naltrexon, akamprosat a disulfiram;
- pro poruchy užívání tabáku vareniklin, bupropion a nikotinová náhradní terapie (Hadland et al., 2021).

Na druhé straně o účinnosti látek, jakými jsou metadon nebo naltrexon, při léčbě zneužívání návykových látek u dospívajících je známo jen málo (Staton-Tindall, C. G. Leukefeld, & T. P. Gullotta, 2009; Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017). Podle Gilvarry et al. (2012) je substituční farmakoterapie pomocí buprenorfinu, metadonu a naltrexonu doporučeníhodná především pro osoby starší 16 let. Přípravek buprenorfin je v České republice určen pro dospělé a dospívající od 15 let (Sp. zn. sukls186541/2013, sukls186542/2013). Přípravek naltrexon je kontraindikován u dětí a mladistvých (Sp. zn. sukls250629/2017). Přípravek vareniklin a bupropion nejsou pro děti a dospívající pro chybějící klinické studie doporučovány (sp.zn.sukls 239623/2011, sp.zn.sukls175793/2012).

Dalším typem diskutované účinné látky je disulfiram (antabus). Studie u dospívajících prokázala, že 13 dospívajících, kteří dostávali disulfiram, mělo během 90denní studie více abstinenčních dnů než ti, kteří užívali placebo (Staton-Tindall, C. G. Leukefeld, & T. P. Gullotta, 2009). V České republice je dostupný přípravek Tetradin kontraindikován u dětí a dospívajících. Přípravek

akamprosat snižující příjem alkoholu kontraindikován pro dospívající není, lékař při jeho podávání rozhoduje individuálně (sp.zn. sukls238539/2015).

Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Dětí a dospívající, kterým je poskytnuta farmakoterapeutická intervence, mají vyšší pravděpodobnost v setrvání v péči. Farmakoterapie může dále snižovat míru užívání návykových látek a craving, v některých případech mohou předcházet fatálním důsledkům plynoucích z užívání (Hadland et al., 2021). Mimo tyto hlavní benefity jsou očekávané výsledky tvořeny dle indikačních skupin zamýšlených farmakoterapeutických intervencí. Další významnou oblastí, která nebyla v tomto postupu diskutována, je cílení na komorbidní duševní poruchy, které mohou ze své podstaty provázet adiktologické poruchy, ale také je předcházet či následovat. Zaměření na souběžné duševní poruchy a včasná farmakologická intervence značně zvyšuje efektivitu, setrvání nebo návrat k péči po období recidivy (Gilvarry et al., 2012).

BOX VII - 5

ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **INTERVENCE NA PODPORU ZOTAVENÍ**

V rámci intervencí na podporu zotavení při plánování a poskytování adiktologické péče dětem a dospívajícím využívejte doporučení uvedená v BOXU VI za dodržení obecných doporučení pro adiktologickou péči o děti a dospívající a zohlednění níže popsaných specifik

Zásadním specifikem v práci s mladistvými je důraz na zapojení celého rodinného systému do poskytované péče. Zapojení rodinného systému, pokud je možné, zvyšuje efektivitu samotných intervencí (Gilvarry et al., 2012).

Na úrovni sociální rehabilitace je nezbytné do plánu péče zařazovat aktivity, které zahrnují podporu vzdělávacích a pracovních dovedností. Sociální rehabilitace zvyšuje pravděpodobnost zotavení a snižuje riziko výskytu rizikového chování a duševních poruch **v dospělosti** (NIDA, 2018, Hadland et al., 2021, Gilvarry et al., 2012; Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017).

S ohledem na tyto skutečnosti:

- **Plánujte péči tak, aby byla kompatibilní se vzdělávacími potřebami** klienta, **a s cílem minimalizovat přerušení** školní docházky nebo pracovního života (Hadland et al., 2021).

- Pokud není dítě nebo dospívající ve vzdělávacím procesu, **podpořte jej, aby se ke vzdělávání vrátil** (Leukefeld, Staton-Tindall & Gullotta, 2009).

- **Integrujte rehabilitaci v oblasti práce a vzdělávání do plánu péče**, který zahrnuje spolupráci mezi zdravotnickými a sociálními službami, stejně jako služby zaměřené podporu hledání práce (Gilvarry et al., 2012).

- **Zapojujte rodiče a rodinný systém do rehabilitace** v oblasti vzdělávání a práce.

BOX VII - 5
ADIKTOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – **PREVENCE RELAPSU**

Prevence relapsu u dětí a dospívajících je klíčová součást adiktologické péče, obzvláště v kontextu dlouhodobého zotavení. Některé definice relapsu u dětí a mladistvých rozlišují úroveň problémů způsobených relapsem nebo četnost užívání (Leukefeld, Staton-Tindall & Gullotta, 2009). Prevence relapsu je shodně s dospělou populací doporučována v rámci všech fází péče, bezprostředně po zahájení práce na změně (Kaminer & Winters, 2011; Hadland et al., 2021), ale zvlášť důležitá je v přechodné fázi mezi intenzivní rezidenční léčbou a návratem do běžného života.

Tato fáze bývá u dětí a dospívajících zvláště riziková pro relaps, proto je doporučeno využívat ambulantní programy a programy následné péče po ukončení rezidenční léčby (Kaminer & Winters, 2011; Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017). Přítomnost neřešené komorbidní duševní poruchy u adolescentů může zvyšovat riziko výskytu relapsu po abstinenčně orientované péče (Leukefeld, Staton-Tindall & Gullotta, 2009; Gilvarry et al., 2012)

Gilvarry et al. (2012) zmiňuje, že prevence relapsu by měla být zahájena během stabilizační fáze abstinenčně orientované péče (tedy po dosažení počáteční abstinence) v rámci psychosociálních intervencí v komplexním plánu péče.

Mezi hlavní indikace prevence relapsu patří potřeba stabilizovat klienta, který prošel detoxikací nebo intenzivní rezidenční léčbou, a poskytnout mu dlouhodobou podporu při zvládání abstinence po návratu do běžného prostředí.

Sníženou účinnost lze očekávat u klientů při předčasném ukončení péče bez dostatečné stabilizace (NIDA, 2018), při nedostatečné motivaci nebo odporu mladistvého a jeho rodiny k terapii obecně (Kaminer & Winters, 2011) a při nařízené či nedobrovolné terapii (Hadland et al., 2021).

Zásady (nezbytné součásti)

Je nutné volit vysoce individualizovaný přístup, který zohledňuje faktory jako duševní komorbidita, kvalita rodinného prostředí a motivace k zapojení do následné péče, které mohou mít vliv na pravděpodobnost relapsu (Leukefeld, Staton-Tindall & Gullotta, 2009).

Děti a dospívající se závislostním chováním jsou citlivější na sociální podněty, proto je klíčové zapojit rodiče a zahrnout další vztahové a sociální systémy, jako je škola nebo sportovní aktivity, které mohou mladistvému pomoci zůstat na cestě k zotavení (Kaminer & Winters, 2011).

Prevence relapsu by měla být implementována do rodinné terapie, pokud je v plánu péče využívána (NIDA, 2018).

Specifika doporučené praxe

Specifikum doporučené praxe spočívá zejména v zapojování celého rodinného systému do prevence relapsu. Základní doporučení pro zapojení rodinného systému do prevence relapsu má své základy v multisystémové a multidimenzionální rodinné terapii. Tato doporučení zahrnují vzdělávání rodičů a klienta v oblasti závislostního chování a práce s relapsem. Navrhují také pravidla a plánování pro celé rodinné prostředí (Sheidow & Hengegler, 2008).

Při zapojování rodinného systému do prevence relapsu:

- **Analyzujte systémové zapojení problémového chování do širšího kontextu**; v rodině, vrstevnické skupině, škole, komunitě.

- **Identifikujte faktory, které ovlivňují relaps** a zaměřte se na jejich odstranění.

- **Podporujte rodiče v posilování odpovědnosti**, pomáhejte rodičům nastavit jasná pravidla, důsledky při porušení pravidel a vyžadování jejich dodržování. Přímé zapojení rodičů a jejich podpora jsou klíčové pro prevenci relapsu.

- **Využívejte pozitivní a silné stránky prvků celého systému**; podporující rodinné vztahy, přátelství s vrstevníky zaměřenými na prosociální aktivity a podobně.

- **Podporujte rodinné prostředí v udržení změn v dlouhodobém horizontu**. Edukujte a plánujte s rodiči řízení změn i po skončení terapie.

Důkazy účinnosti

I				II				III					IV				V		
a	b	**c**	d	a	b	c	d	a	b	c	d	e	a	b	c	d	a	b	c
		1 2																	

1. Hoch, E., Bühringer, G., Pixa, A., Dittmer, K., Henker, J., Seifert, A., & Wittchen, H. U. (2014). CANDIS treatment program for cannabis use disorders: findings from a randomized multi-site translational trial. *Drug and alcohol dependence*, *134*, 185-193.

2. Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., ... & Rowe, C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and alcohol dependence*, *130*(1-3), 85-93.

Další zdroje

Aarons, G. A., Brown, S. A., Hough, R. L., Garland, A. F., & Wood, P. A. (2001). Prevalence of substance use disorders among adolescents in five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(4), 419-426.

Alkaloid – INT d.o.o. (2018). *Buprenorphine Alkaloid 2 mg a 8 mg: Příbalová informace*. Ethypharm. Dostupné z: http://www.sukl.cz

AOP Orphan Pharmaceuticals AG. (2017). *Naltrexone AOP 50 mg: Příbalová informace*. Haupt Pharma GmbH. Dostupné z: http://www.sukl.cz

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., Monteiro, M.G.: 2001. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. Geneva: World Health Organization.

Beck, A. T., & Weishaar, M. (2005). Cognitive therapy. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

Brannigan, R., Schackman, B. R., Falco, M., & Millman, R. B. (2004). The quality of highly regarded adolescent substance abuse treatment programs: Results of an in-depth national survey. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine, 158*, 904-909.

Calomarde-Gómez, C., Jiménez-Fernández, B., Balcells-Oliveró, M., Gual, A., & López-Pelayo, H. (2021). Motivational Interviewing for Cannabis Use Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Addiction Research*, *27*(6), 413–427. https://doi.org/10.1159/000515667

Chung, T., & Martin, C. S. (2011). Prevalence and clinical course of adolescent substance use and substance use disorders.

Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group. (2017). *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management*. Department

of Health. https://www.gov.uk/government/publications/drug-misuse-and-dependence-uk-clinical-management-guidelines
Csémy, L, Knight, J., Starostová, O, Sherritt, L, Kabíček, P., & Van Hook, S. (2008). Screening rizikového užívání návykových látek u dospívajících: zkušenosti s českou adaptací dotazníku CRAFFT/ in VOX PEDIATRIAE 6/2008. Retrieved 21.11.2011 from http://www.cepros.cz/veda-a-vyzkum/screening-rizikoveho-uzivani-navykovych-latek-u-dospivajicich.html
Gilvarry, E., McArdle, P., O'Herlihy, A., Kah, M., Bevington, D., & Malcolm, N. (2012). *Practice standards for young people with substance misuse problems*. London: Royal College of Psychiatrists.
Gilvarry, E., & Britton, J. (2009). Substance misuse in children and young people: The nature of the problem and its meaning. In S. P. Glazer & J. Britton (Eds.), *Substance misuse in adolescents and young adults* (pp. 23-39). Cambridge University Press.
Godley, S. H. (2001). *The adolescent community reinforcement approach for adolescent cannabis users* (Vol. 4). US Department of Health and Human Services.
Hadland, S. (2020). EVIDENCE-BASED TREATMENT FOR YOUNG ADULTS WITH SUBSTANCE USE DISORDER. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *59*(10), S23-S24. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.07.101
Hadland, S. E., Yule, A. M., Levy, S. J., Hallett, E., Silverstein, M., & Bagley, S. M. (2021). Evidence-based treatment for young adults with substance use disorders. *Pediatrics*, 147(Suppl 2), S204–S214. doi:10.1542/peds.2020-023523D
Henggeler, S. W., Sheidow, A. J., Cunningham, P. B., Donohue, B. C., & Ford, J. D. (2008). Promoting the implementation of an evidence-based intervention for adolescent marijuana abuse in community settings: Testing the use of intensive quality assurance. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*(3), 682-689.
Hoch, E., Bühringer, G., Pixa, A., Dittmer, K., Henker, J., Seifert, A., & Wittchen, H. U. (2014). CANDIS treatment program for cannabis use disorders: findings from a randomized multi-site translational trial. *Drug and alcohol dependence*, *134*, 185-193.
Jandáč, T., Šťastná, L. & Pavelcová, Z. (2024). *Metodika práce s dospívajícími v oblasti digitální závislosti*. Praha: Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze.
Kabíček, P. et al. (2020). Manuál krátké intervence v oblasti návykových látek v praxi praktického lékaře pro děti a dorost, třetí vydání. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
Kaminer, Y., & Winters, K. C. (Eds.). (2011). *Clinical manual of adolescent substance abuse treatment*. American Psychiatric Publishing.
Knight, J. R., Goodman, E., Pulerwitz, T., & DuRant, R. H. (2001). Reliability of the problem oriented screening instrument for teenagers (POSIT) in adolescent medical practice1. *Journal of Adolescent Health*, *29*(2), 125–130. https://doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00206-8
Kulak, J. A., & Griswold, K. S. (2019). Adolescent Substance Use and Misuse: Recognition and Management. *American family physician*, *99*(11), 689-696.
Leukefeld, C., Gullotta, T. P., & Staton-Tindall. (2009). *Adolescent Substance Abuse: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*. Springer.

Li, L., Zhu, S., Tse, N., Tse, S., & Wong, P. (2016). Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, *111*(5), 795-805. https://doi.org/10.1111/add.13285
Lott, D. C., & Jencius, S. (2009). Effectiveness of very low-cost contingency management in a community adolescent treatment program. *Drug and alcohol dependence, 102*(1-3), 162-165.
Marsch, L. A., & Borodovsky, J. T. (2016). Technology-based interventions for preventing and treating substance use among youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 25*(4), 755-768.
McNeil AB. (2017). *Nicorette Classic Gum 2 mg a 4 mg: Příbalová informace*. Johnson & Johnson, s.r.o. Dostupné z: http://www.sukl.cz
McNeil AB. (2023). *Nicorette Mint 4 mg: Příbalová informace*. Johnson & Johnson, s.r.o. Dostupné z: http://www.sukl.cz
Merck Santé s.a.s. (2016). *Campral 300 mg: Příbalová informace*. Merck Santé. Dostupné z: http://www.sukl.cz
Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E., & Tonigan, J. S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, *10*(3), 291–308. https://doi.org/10.1016/S0899-3289(99)80153-7
Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E., & Tonigan, J. S. (1999). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291–308. doi:10.1016/S0899-3289(99)00003-6
Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2018). *Opatření obecné povahy: Zařazení léčivých přípravků SUBUTEX a SUBOXONE na seznam léčivých přípravků*. Dostupné z http://www.mzcr.cz/
Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., … & Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of consulting and clinical psychology, 67*(6), 989.
Morral, A. R., McCaffrey, D. F., & Ridgeway, G. (2004). Effectiveness of community-based treatment for substance-abusing adolescents: 12-month outcomes of the Phoenix Academy. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*(2), 123-134. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.05.006
National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide* (3rd ed.). National Institute on Drug Abuse.
Nonnemaker, J. M., & Homsi, G. (2007). Measurement properties of the Fagerström Test for nicotine dependence adapted for use in an adolescent sample. Addictive Behaviors, 32, 181-186.
Orel, M., Procházka, R., et al. (2017). *Vyšetření a výzkum mozku*. Praha: Grada.
Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and alcohol dependence, 58*(1-2), 9-25.
Pfizer Europe MA EEIG. (2016). *Champix: Summary of Product Characteristics*. Dostupné z: http://www.ema.europa.eu/
Prout, H. T., & Fedewa, A. L. (Eds.). (2015). *Counseling and psychotherapy with children and adolescents: Theory and practice for school and clinical settings* (5th ed.). John Wiley & Sons.
Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., ... & Rowe, C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A

randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and alcohol dependence*, *130*(1-3), 85-93.
Scruggs, S. M., Meyer, R. J., & Kayo, R. (2014). *CRAFT-SP Manual for the Community Reinforcement and Family Training Support and Prevention Program*. South Central Mental Illness Research, Education, and Clinical Center (MIRECC).
Sheidow, A. J., & Henggeler, S. W. (2008). Multisystemic therapy for alcohol and other drug abuse in delinquent adolescents. Alcoholism Treatment Quarterly, 26(1-2), 125-145. https://doi.org/10.1300/1020v26n01_07
Sheidow, A. J., McCart, M. R., Chapman, J. E., & Drazdowski, T. K. (2020). Capacity of juvenile probation officers in low-resourced, rural settings to deliver an evidence-based substance use intervention to adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors, 34*(1), 76–88.
Siegel, D. J. (2016). *Rozbouřený mozek dospívání teenageři a jejich výchova*. Praha: Triton.
Stanger, C., & Budney, A. J. (2019). Contingency management: Using incentives to improve outcomes for adolescent substance use disorders. *Pediatric Clinics*, *66*(6), 1183-1192.

Stanger, C., Lansing, A. H., & Budney, A. J. (2016). Advances in research on contingency management for adolescent substance use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *25*(4), 645-659.
Subramanian, G., Stitzer, M. L., Clemmey, P., Kolodner, K., & Fishman, M. J. (2007). Prevalence and comorbid psychiatric disorders in adolescents treated for substance use disorders. *The American Journal on Addictions, 16*(1), 21-27.
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Treatment Considerations for Youth and Young Adults with Serious Emotional Disturbances/Serious Mental Illnesses and Co-occurring Substance Use*. Publication No. PEP20-06-02-001. Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021.
Substance Abuse and Mental Health Services Administration**.** (2021). *Screening and Treatment of Substance Use Disorders among Adolescents* (Advisory Publication No. PEP20-06-04-008). U.S. Department of Health and Human Services. http://www.samhsa.gov
Tevyaw, T. O. L., & Monti, P. M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction, 99*, 63-75.
Tingey, L., Chambers, R., Patel, H., Littlepage, S., Lee, S., Lee, A., … & Rosenstock, S. (2021). Impacts of the respecting the circle of life teen pregnancy prevention program on risk and protective factors for early substance use among Native American youth. Drug and Alcohol Dependence, 228, 108024.
Venner, K. L. (2021). *A Brief Overview of the Community Reinforcement and Family Training Approach (CRAFT)*. UNM Department of Psychology, CASAA.
Wagner, E. F., M. M., Graziano, J. N., Morris, S. L., & Gil, A. G. (2014). A randomized controlled trial of guided self-change with minority adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(6), 1128–1139. https://doi.org/10.1037/a0036939

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2

www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

[poslední strana]