

Co se děje v oblasti kouření, je naprostá revoluce

Pokud se vysloví slovo závislost, většině lidí se vybaví alkohol, cigarety a drogy. Závislostí je ale mnohem víc. „Setkáváme se se závislostmi na online hrách a sociálních sítích, těch je nejvíce u dětí,“ říká Mgr. Ondřej Sklenář, adiktolog, terapeut a rodinný terapeut z Psychiatrické kliniky v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem.

Problematika závislosti je často skloňovaným tématem. Jak na tom jsou se závislostmi Češi a která skupina obyvatel je z pohledu závislosti nejrizikovější?

Za nejvíce rizikovou, respektive nejvíce ohroženou skupinu považují děti a mládež. Důvodů je více, mezi hlavní patří nezralost, duševní i fyzická, která je adekvátní danému věku. S tím souvisí menší schopnost bránit se nástrahám současného světa, jako jsou covid, války, ekonomická krize, klimatická krize aj. Samostatnou kapitolou je marketing řady firem, nabízejících tabákové či alkoholové produkty, tzv. nové drogy, nebo propagujících sociální sítě a online hry. Marketing těchto firem je jasně a tvrdě zaměřený na děti a získání dětského „zákazníka“. Úplně jinak se rozhoduje a odmítá pobídky těchto firem tvořících produkty se závislostním potenciálem dospělý autonomní člověk, a jinak nezralé dítě. Velká část tohoto byznysu a marketingu je za hranou etiky.

Vedle toho je v dospělé populaci rizikovou skupina osob s duševním onemocněním. Patří sem zhruba 10 procent populace trpících poruchami nálady, úzkostmi či depresemi. V této souvislosti často hovoříme o tzv. sebededikaci, kdy daný jedinec užívá alkohol, aby zmírnil nepříjemné duševní stavy, nebo HHC, aby zmírnil napětí a lépe usnul.

Na jakých látkách je v Česku nejvíce závislých?

Nejvíce závislých je na legálních návykových látkách alkoholu a tabáku. Uživatelů tabáku jsou zhruba dva miliony a rizikových konzumentů alkoholu je téměř milion. Třetí největší skupinou, kolem milionu osob, jsou závislí na psychoaktivních lécích, zejména benzodiazepinech.

Oproti tomu závislých na nelegálních drogách, jako jsou pervitin či heroin, je necelých 50 000 osob. Sami posuďte veliký rozdíl v počtech. Mediální obraz problematických „uživatelů nelegálních

drog“ jako největší hrozby vůbec neodpovídá realitě, největší hrozbou a problémem jsou legální drogy.

Pokud se bavíme o závislostech, tak se většině lidí vybaví závislosti na návykových látkách. Řešíte ale také jiné typy závislostí?

Určitě ano, mluvíme o tzv. nelátkových závislostech. U dospělých se jedná o závislost na hazardu a kurzovém sázení, tzv. gambling. U dětí jde nejčastěji o online závislosti, to znamená na sociálních sítích, hrách aj. V posledních několika letech vidíme nárůst těchto nelátkových závislostí zejména u dětí, kde můžeme hovořit o „digitálních závislostech“. V konečném důsledku jsou digitální závislosti stejně nebezpečné jako látkové závislosti a mají velmi podobné projevy jak fyzické, tak duševní. Patří sem např. silné nutkání a bažení po hře či telefonu, odvykací stav psychický i fyzický, zanedbávání školy a zájmů, ztráta kontroly projevující se neschopností ukončit včas hraní, které může denně trvat 12 a více hodin, pokračování přes jasný důkaz škodlivosti.

Nyní jsme se bavili o stavu, jaký je u nás. Jak na tom jsou se závislostmi naše sousední a další evropské státy?

V Česku jsme na tom hůře než v zahraničí. Povětšinou býváme na prvních místech v konzumaci návykových látek v rámci Evropské unie, jak u dětí, což ukazují pravidelné studie ESPAD, tak u dospělých. V konzumaci alkoholu vítězíme, i když se jedná o smutné vítězství.

Podstatné je, jak se proměňuje v celé Evropě situace kolem návykových látek, která byla předchozí desetiletí poměrně stabilní. Troufnu si říct, že zažíváme revoluci a zásadní změnu na trhu s návykovými látkami (legálními i nelegálními). Jako příklad uvedu tabák, ale týká se to THC i dalších látek. Dlouhá desetiletí bylo užívání tabáku, přesněji nikotinu, spoje-

no s klasickým kouřením. To, co se děje v posledních letech, je naprostá revoluce. Alternativy ke klasickým cigaretám, jako jsou nikotinové sáčky, zahřívání tabák a elektronické cigarety, postupně vytlačují z trhu klasické cigarety. Téměř polovinu trhu tvoří tyto alternativní výrobky. Předpokládám, že v budoucnosti úplně vytlačí klasické cigarety, což je strategií i samotných výrobců.

V tomto ohledu můžeme uvažovat o masivním rozšíření přístupu harm reduction, v češtině snižování rizik, kdy hovoříme o veřejno-zdravotních intervencích zaměřených na snižování negativních dopadů kouření na jedince a společnost. Cílem není v tomto případě úplná abstinence, ale minimalizování ztráty spojené s užíváním drog, v tomto případě tabáku. Zcela konkrétně, užívání zahřívání tabáku je podle prvních výzkumů až stonásobně méně rizikové než kouření klasických cigaret. Samozřejmě neříkám, že je bez rizik, to v žádném případě, ale je jich významně méně. Cílem přístupu harm reduction je snížit rizika spojená s užíváním nikotinových výrobků.

Na druhé straně největší obavou jsou z mého pohledu elektronické cigarety a jejich náplně dovážené masivně z Asie, kde mám veliké pochybnosti o jejich kvalitě a garanci složení. Jinými slovy, zákazník neví, co všechno produkt obsahuje, neboť v Asii neplatí standardy Evropské unie a není možné při masivním zásobování evropského trhu zajistit kontrolu těchto produktů.

Co je rizikovým faktorem rozvoje závislosti? Je nějaký rizikový stav či prostředí?

Ano, rizikové prostředí i stav existují, zaměřujeme se v tomto ohledu na individuální úroveň a vedle toho rodinnou a v neposlední řadě společenskou úroveň, kam může patřit škola, práce či vrstevníci.

Jedním z rizikových individuálních faktorů jsou duševní poruchy v dětství



Mgr. Ondřej Sklenář

Foto: archiv Ondřeje Sklenáře

a dospívání, které mohou predisponovat jedince k návykovému chování a závislosti. Dále též porucha chování, agresivní chování a delikvence a ADHD prokazatelně souvisí s vyšším rizikem pozdějších návykových poruch a časného návykového chování.

Dále se jedná o rodinné faktory, jakými jsou dysfunkce v rodině, užívání drog rodiči, pevnost vazby nebo pouta mezi rodičem a dospívajícím, nedostatek rodičovského dohledu, nezáměr rodičů, dále vrstevnické faktory jako šikana, dysfunkční vztahy s vrstevníky, užívání drog kamarády, vrstevnický tlak, členství ve skupině s rizikovým chováním a školní faktory – např. nekvalitní školní programy, nezdravé školní klima, nízké očekávání pedagogů, zaměření pouze na výkon atd.

V medicíně se hodně potíží dává do vztahu s genetikou, je tomu tak u závislosti?

Částečně ano. V rámci uvažování o závislostech a našich pacientech používáme bio-psycho-sociální model závislosti, kdy zohledňujeme jak faktory biologické, což je genetika, okolnosti porodu, onemocnění, traumata, tak sociální – vztahy, rodina, škola, vrstevníci, kulturní prostředí,

aj. – a psychické, tedy sebepojetí, týrání, traumata, zneužívání a podobně. Tento pohled nám pak umožňuje komplexní uvažování o závislém chování jedince a adekvátní formě léčby a intervencí.

Mezi drogy patří i konopí. Jaký máte názor na jeho legalizaci?

Když jsem mluvil o revoluci v tabákovém průmyslu, tak další revolucí je situace kolem konopí. V roce 2013 se Uruguay stala první zemí, která legalizovala rekreační užívání konopí. Další země, které tak učinily, jsou Kanada, dvacet států USA, Gruzie, Lucembursko, Malta, Mexiko, Jižní Afrika, nyní nově Německo. V Česku je aktuálně v legislativním procesu ve druhém čtení v poslanecké sněmovně návrh zákona o psychomodulačních látkách, který by toto upravoval. Jedná se o regulaci, tedy stát stanoví velmi přísná a tvrdá kritéria, kdy lze legálně prodávat některé psychoaktivní látky, např. THC, HHC, kratom. Omezení mohou vypadat následovně: věk nad 18 let, pouze kamenné prodejny, speciální licence obchodníka, zákaz reklamy, zákaz výrobků napodobujících cukrovinky atd. Takto ochráníme děti, ale také samotné spotřebitele. Po-

kud totiž stát reguluje prodej, kontroluje také kvalitu složení, stejně jako je tomu u léčiv nebo potravin. Naopak když nakoupíte návykové látky na černém trhu, nikdy nemáte garantované složení, nikdy nevíte, co vlastně konzumujete. Což je velké riziko.

Můj odborný názor je, že v současné době je již neudržitelné vést tzv. válku proti drogám, nejsme v 60. letech minulého století – úmluva Organizace spojených národů je z roku 1961 – ale v roce 2024. Není tedy žádoucí a správné zavírat uživatele konopí na 5 až 8 let do vězení a kriminalizovat uživatele návykových látek, které mají nízký společenský rizikový potenciál, jako je tomu právě u THC nebo HHC. Navíc máme k dispozici data, ze kterých víme, že nejvíce zdravotních komplikací, úmrtí a nehod je spojeno s alkoholem a tabákem. Je třeba využít aktuální dostupná vědecká data, kterých máme dostatek, vnímat globální trh s návykovými látkami a volit racionální strategie. Poptávka po změněných stavech vědomí u lidí existuje už tisíce let a vymýtit drogy a návykové chování se nám nikdy nepodaří. Proto musíme volit racionální a evidence based strategie.

Jsou nějaká data, která by vypovídala o rozšíření a zdrojích konopí u nás?

V Česku máme díky Národnímu monitorovacímu středisku, které je součástí Rady vlády pro politiku v oblasti závislostí, jeden z nejlepších sběrů dat v EU. Z poslední zprávy o drogách víme, že 10 procent osob ve věku 15+ let, tj. odhadem 500 až 900 tisíc dospělých, užilo v posledních 12 měsících konopné látky.

Přesnější a důležitější číslo nám říká, že přibližně 400 tisíc dospělých spadá do kategorie rizika vzniku problémů spojených s užíváním konopných látek. Jinými slovy, intenzivních uživatelů konopných látek je přibližně 400 tisíc, skutečně závislých bude méně než polovina tohoto čísla.

Ví se třeba, zda dochází k distribuci v rámci škol nebo v jejich okolí?

Zcela výjimečně. Problém s distribucí drog je dnes úplně jinde. Velká část prodeje přešla do online prostředí, dnes si můžete objednat online prakticky jakékoliv drogy a léky. Některé látky, které nejsou na seznamu zakázaných drog, třeba HHC, kratom a jiné, koupíte v automatu, večerce, online apod. I proto je potřeba nový zákon o psychomodulačních látkách, abychom ochránili děti a společnost.

Před časem v Česku byla kauza s medvídky s obsahem HHC, vy jste se o této látce už zmiňoval. HHC u nás bylo zakázáno poté, co několik dětí strávilo několik dní v nemocnici. Jak jste kauzu vnímal?

Potřebujeme nový zákon o psychomodulačních látkách, abychom ochránili děti a společnost. Současný stav je nepřijatelný, tedy že jsou tyto výrobky prodávány jako sběratelské předměty a může si je koupit kdokoliv včetně dětí. Ty případy, které jsem zaznamenal, byly spojeny nejen s užitím HHC, ale alkoholu či jiných návykových látek. Problém tam byl širší, než bylo medializováno.

Sečteno podtrženo: ano, musíme ochránit děti, tedy zamezit dostupnosti těchto látek lidem pod 18 let věku, ale nezapomeňme, že stále největší problém u dětí tvoří alkohol, tabákové výrobky a digitální závislosti. Stát tomu bohužel nepřikládá adekvátní pozornost ve formě financování a podpory programů primární prevence pro děti a léčebných programů. Zákaz HHC nic takového skutečně neřeší a já bych si přál, aby role resortů ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a ministerstva zdravotnictví byla zejména cílena na prevenci a následně léčbu.

Jaké drogy jsou nejhorší z pohledu závislosti a vlivu na lidské zdraví?

Alkohol, který s odstupem následuje heroin.

Pokud praktický lékař pro děti a dorost pojme podezření, že jeho nezletilý pacient je závislý, jak by měl postupovat?

Praktický lékař pro děti by měl provést screening a následně krátkou intervenci. Praktický lékař pro děti a dorost má unikátní pozici pro individuální poradenství v oblasti rizikového chování dospívajících. Dotazník CRAFFT (volně dostupný na internetu) je krátkým, preventivně zaměřeným, orientačním diagnostickým nástrojem k zjištění závažnosti problému s drogami u dětí a dospívajících. Výsledek dotazníku CRAFFT je východiskem k adekvátní krátké intervenci. Pokud lékař zjistí rozvinutý problém, může dítě odeslat do ordinace adiktologa.

Jaká je prevence závislosti?

Dneska máme v Česku akreditované programy (MŠMT) primární prevence rizikového chování, kde je garantována kvalita těchto programů. Současně máme definovaný systém a standardy kvality, jak má efektivní prevence vypadat. Což je zásadní, protože řada programů vydávajících se za primární prevenci jí ve skutečnosti není, a je třeba vyžadovat certifikát kvality programu.

Kvalitní prevence spočívá v dlouhodobé a kontinuální práci s dětmi, zásadním faktorem je dobrá provázanost programů a jejich graduování z hlediska věku a rizikivosti cílové skupiny. Důležitý je včasný začátek preventivních aktivit, ideálně již v předškolním věku, nezbytná je práce v malých skupinách s maximálně 30 účastníky, spíše méně, v kruhovém uspořádání sezení, s interakcí, dialogem, dále aktivní účast cílové skupiny s důrazem na prožitek, výtvarné a pohybové techniky, rozbor, nutná je zpětná vazba, vždy aktivitu zpracovat, „vytěžit“, dále využít „peer prvku“, tedy věkové blízkosti s dětmi, adekvátní reakce na aktuální potřeby cílové populace, kdy je nutno sledovat nové trendy, být tzv. „in“, sledovat vývoj konkrétní skupiny, mít o ní informace. A v neposlední řadě musí být nabídka pozitivních alternativ k rizikovému chování jako zdravý životní styl, posilování sebevědomí, rozvoj komunikace, nácvik řešení problémů, vedení k zodpovědnosti.

V primární prevenci využíváme tzv. „KAB“ model. KAB model spočívá v orientaci nikoliv pouze na úroveň informací

(frontální výuka a přednášky v kině), ale především na kvalitu postojů a změnu chování, např. posílení schopnosti mladých lidí čelit tlaku k užívání návykových látek zvýšeným sebevědomím, nácvikem asertivity a schopností odmítat, zkvalitněním sociální komunikace a schopnosti obstát v kolektivu a řešit problémy sociálně přiměřeným způsobem.

Je u nás dostatečná prevence, případně co by mohlo pomoci?

Bohužel není. Je absolutně nedostatečná. Kvalitní prevence se dostane tak k 10 procentům školské populace. Certifikovaných programů není dostatek, vláda a MŠMT nevěnují dostatečnou pozornost primární prevenci. Financování těchto programů je největší kámen úrazu.

Důsledkem je stoupající počet duševních onemocnění u dětí, sebevražednost a poškozování dětí, závislosti u dětí apod. Následně čteme články o kolapsu dětské psychiatrie a nedostatku odborníků. My se však musíme rozhodnout, zdali chceme hasit požár – v tomto případě plnit již přeplněné ordinace dětských psychiatrů – nebo problémům předcházet a řešit je v jejich zárodku. Pokud jen nechceme hasit požár, pak musí MŠMT činit systémové změny ve školství a v maximální možné míře podporovat primárně preventivní aktivity na školách.

Ve zdravotnictví je napříč obory problém s nedostatkem odborníků. Jak tomu je s adiktologií a s adiktologickými centry, máme jich dostatek?

Je to obdobné jako s primární prevencí, i když v případě adiktologických center malinko lepší. Problémem jsou nedostatečné úhrady zdravotních pojišťoven, kdy hodnota výkonů adiktologa činí asi 500 Kč za hodinu práce, takže se po odečtení všech provozních nákladů dostáváte na úroveň profesí bez vzdělání. Vedle toho chybí klasické adiktologické ambulance, stávající jsou přeplněné a poptávka výsoce převyšuje kapacity. Dále velmi chybí dětské a dorostové adiktologické ambulance, které by pracovaly s dětmi komplexně, včas a v rámci celého rodinného systému.

I proto je skvělou zprávou otevření každého nového centra, jak se to letos podařilo Krajské zdravotní. V nemocnici v Litoměřicích zahájila činnost adiktologická a pedopsychiatrická ambulance, jakožto přidružené pracoviště Psychiatrické kliniky Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem.

Zdeněk Bělohuby