

Adiktolog a farmaceut

by spolu měli úzce spolupracovat

Pane profesore, mohl byste popsat aktuální dění v oblasti monitoringu závislostí?

Systém monitorování a epidemiologie prošel v našem oboru za posledních 15 let velmi rychlým vývojem a byl ve znamení budování celoevropského jednotného systému sběru dat v rámci tzv. sítě REITOX. Česká republika zde dosáhla nemalých úspěchů díky velmi dobré práci Národního monitorovacího střediska, které si získalo velmi dobré jméno, je hodnoceno jako jedno z nejkvalitnějších v EU a jehož výroční zprávy a další informace patří opravdu k tomu lepšímu. Celý tento systém se postupně stabilizoval, ačkoli má místy trhliny. Mezi ně patří u nás např. stále málo zmapované užívání těkavých látek. Tato oblast se bohužel stále mění a vyvíjí a např. projekt, jež jsme realizovali s Univerzitou ve Stavangeru, naznačil, že se jedná o velice podceněné téma zejména u nejmladších dětí ze sociálně slabých skupin nebo přímo vyloučených lokalit, případně dětí s nižším intelektem. Velkým tématem dneška je pak mapování gamblingu, kde nyní běží velký celonárodní projekt. Bez zajímavosti není ani to, že se snažíme mapovat a monitorovat též měnící se potřeby u cílových skupin, a tak se např. po studii provedené v Praze a Středočeském kraji ukázalo, že potřeba vzniku specializované ambulantní péče o děti a dorost je velmi vysoká – jen spádově v těchto dvou oblastech odhadujeme cca 4-5 tisíc případů ročně, které se objeví v některém zdravotnickém či sociálním provozu a u nichž je zřetelný adiktologický problém. Obecně však stále platí, že relativně špatná je u nás situace s tabákem a alkoholem, jimž zdárně sekunduje na třetím místě zneužívání léčiv – představující mj. též zatím nedostatečně zmapovaný a pravidelně vyhodnocovaný problém. Pak následuje oblast konopí a tzv. nových syntetických drog. Až za nimi pak jsou tzv. pouliční drogy, jako je metamfetamin (pervitin) nebo heroin.

Jaké existují formy péče o závislé děti a mladistvé a co dostupnost jednotlivých forem?

Obor adiktologie dnes nemá žádné specializované služby pro děti a dorost. Jedinou výjimku tvoří dětský detox v nemocnici Pod Petřínem. Primář Koranda zde s kolegy odvádí dobrou práci, ale problémem je návaznost. Samozřejmě že existují

různé dětské krizové linky, krizová centra, ale skutečná specializovaná péče prostě není. Je to náš velký současný úkol – zahájit lepší debatu s pediatry, dětskými psychiatry a dalšími dotčenými odbornostmi. To hlavní, co chybí, je specializovaná ambulantní péče – děti, pokud to není nezbytné, je lépe držet s rodinami či pěstouny nebo v zařízeních, která s nimi umí pracovat. Jinými slovy prvním krokem bude, že se budeme pokoušet designovat zdravotní službu, která musí být kompatibilní s tím, co již máme, a snažit se využít to dobré, co funguje. Zde nejsou na místě žádné revoluce a je třeba každý krok podrobit diskusi a kritickému zhodnocení. Doufám, že se nám podaří pilotní provoz postavit na nohy v krátké době a budeme mít možnost jej ověřit.

Existují nějaké prediktivní faktory vzniku závislostí? Z jakých sociálních vrstev přicházejí vaši klienti, co je spojuje?

To je velice široká otázka. Začít můžeme u genetiky – predispozice se dědí a není zanedbatelná. Pokračovat můžeme dalšími biologickými faktory – různé problémy v těhotenství včetně závislostí mohou zvýšit vulnerabilitu dítěte. Zásadní jsou rodinné faktory, a to z hlediska pravidel, norem, výchovy, vzorů atd. Jakmile jde dítě do kolektivu, působí zde vrstevnické vlivy a silný sociální i kulturní tlak – alkohol či tabák jako znaky dospělosti atd. Psychologické faktory tím vším prolínají – u někoho potřeba se zpomalit a tlumit, u jiného naopak povzbudit, zrychlit. Připomeňme si např. tzv. vyhledávače vzrušení a nových podnětů (koncept tzv. sensationseeking), máme děti s ADHD atd. To vše jsou rizikové faktory samozřejmě spolu s chudobou, nezaměstnaností, nižším vzděláním nebo intelektem. Nicméně drogy se nevyhýbají ani chytrým a bohatým. Velkými tématy současnosti jsou např. pěstování konopí nebo výroba pervitinu vietnamským etnikem, stále ještě je tématem heroin a jeho distribuce u Romů nebo inhalační látky u romských dětí.

Na tiskové konferenci konané 30. června na půdě 1. LF UK v Praze jste se mj. zmínil o rozšiřujícím se spektru zneužívaných látek. Mohl byste být konkrétnější?

Obliba různých látek je něco, co se podřizuje módním trendům, měnícím se potřebám, životnímu stylu atd. Zajímavým fenoménem dneška jsou



Každoročně v ČR na následky kouření zemře 18 000 osob, tj. zhruba 50 lidí denně; každé páté úmrtí je spojeno s následky kouření.



...potřeba vzniku specializované ambulantní péče o děti a dorost je velmi vysoká – jen spádově v těchto dvou oblastech odhadujeme cca 4-5 tisíc případů ročně, které se objeví v některém zdravotnickém či sociálním provozu a u nichž je zřetelný adiktologický problém

tzv. nové syntetické drogy. Jde často o látky podobné chemicky i účinkem těm, které známe již z prvního boomeru v 80. letech např. na taneční scéně, tedy populární „extázi“ (MDMA). Jedná se o látky, které mají povzbudivý účinek, někdy kombinovaný s lehčím halucinogenním efektem. Tyto látky lze prakticky libovolně měnit a upravovat a vznikají tak neuvěřitelnou rychlostí nové a nové deriváty. Čím tato skupina látek zaskočila Evropu, byla možnost kontroly. Obtížně se identifikují a regulují – odhalilo se například, jak neefektivní je nástroj v podobě seznamu mezinárodně zakázaných omamných a psychotropních látek (OPL). Ukazuje se, že účinná kontrola je opravdu problém a že klíč je ve velké pružnosti, rychlosti, perfektní komunikaci a synchronizaci postupu různých orgánů a institucí, a především pak v racionalitě a pragmatičnosti. Možná se některý čtenář usmívá – ano, vše, co jmenuji, jsou věci, které v moderní drogové politice často velmi chybí a jsou nahrazovány emocemi, amatérismem a hysterií. Tedy nic nového, jen je škoda, že moderní Evropa i Amerika se stále tak málo dokázaly poučit z historie – náš obor již není takový elév a je schopen společnosti zajistit dostatek poznatků, informací a nástrojů, abychom byli úspěšnější, než zatím jsme. Bohužel je o ně malý zájem – není to tak záživné, vyžaduje to klid a racionální postoj a trpělivost – horká krev, silácká gesta a řeči nefungují.

Obliba různých látek je něco, co se podřizuje módním trendům, měním se potřebám, životnímu stylu atd. Zajímavým fenoménem dneška jsou tzv. nové syntetické drogy.

Kdy je třeba zahájit účinnou primární prevenci? Je znám výsledný dopad (zpětná vazba) v terénu?

Prevence je složitý, vícevrstevný fenomén, a aby fungovala, musí začít ve správný čas a přiměřeným, resp. věku, pohlaví a dalších charakteristikám odpovídajícím způsobem. Pokud je cokoli chybně, nefunguje to. Nebo to bohužel dokonce může být kontraproduktivní, tj. např. senzibilizovat vůči návykovým látkám. První programy tedy de facto kopírují konec školky a začátek základní školy. První stupeň ZŠ je již důležitou platformou ústí do stěžejního období (přibližně 10-14 let věku). Zde je prevence zásadní, dá se říci klíčová a mnohé programy zde vykazují zajímavý efekt. Později už je dopad většinou menší nebo žádný. Dobré načasování je tedy opravdu v prevenci velkým tématem a něčím, co testujeme a ověřujeme. Výzkum zde šel obrovsky dopředu a asi největším zlomem byl

rozvoj využívání principu klasického experimentu. Preventivní intervence dnes testujeme klasickými experimentálními modely. Je to drahé, těžké, zdlouhavé, ale funguje to a věda zde urazila značný kus cesty. Bohužel, jedna věc jsou úspěchy vědy a druhá věc praxe. Ta zatím tyto úspěchy příliš nereflektuje a většina preventivních programů žádným testováním neprochází, a pokud náhodou ano, není výsledek příliš uspokojivý. Proto je snazší „nenacházet“ dostatek peněz a podpory – setkávám se někdy s postojem, že prostě o výsledek nikdo nestojí, nechce jej znát.

Naše čtenáře zajímá, jakým způsobem k prevenci a léčebným opatřením u závislosti může přispět lékárník a farmaceutický asistent.

Zásadně. Vedle praktického lékaře a jeho sestry je to právě lékárník, jemuž rukama prochází největší skupina pacientů. Zná je, mnohé osobně, má povědomí o jejich rodinách, problémech, na menším městě často do velkých podrobností. Navíc z léků a indikací vyplývají další souvislosti – vidí, co si kdo vyzvedává nebo kupuje. Často zaznamená i to, co lékaři zůstane ukryto, takže volně prodejné léky nebo léky předepsané jinými lékaři je něco, co se na jednom místě – v lékárně – „provalí“. Je to úžasná příležitost ke spolupráci mezi našimi obory – ve prospěch pacienta, i když si to někdy, hlavně zpočátku moc nemyslí. Vždyť pořízování některých hepatoprotektiv nebo analgetik může u farmaceuta vyvolat jisté podezření. Např. čistá substituce nikotinu bez další pomoci je něco, co nemá téměř žádný efekt z hlediska léčby. Naopak i z jednoduché krátké intervence ze strany lékárníky lze „vykřesat“ několik procent pacientů, u nichž dojde jejím vlivem v kombinaci se substitučním přípravkem ke zlepšení a posunu. V reálu se jedná se o obrovské počty lidí – což lze v lékárně poměrně snadno zajistit. Umíme to dnes efektivně trénovat a jde jen o dotažení našich debat z minulosti. Chce to přece jen koordinovaný a promyšlený systém, a společný zájem jej budovat. Lékárná je tedy pro adiktology do budoucna jedním z velmi důležitých míst prvního kontaktu a případně také záhytu relabujícího pacienta. Lékárník a farmaceutický asistent je v mých očích velmi perspektivním partnerem.



Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph. D.,
 přednosta Kliniky adiktologie
 1. LF UK a VFN v Praze

Uložte si v hipokampu



Závislosti, jejich typy a rozložení v populaci, jsou u nás slušně zmapovány, alarmující je však skutečnost, že až na jednu výjimku obor adiktologie v ČR nedisponuje žádnými specializovanými službami pro nejhroženější skupinu, již jsou děti a dorost. Přitom příčiny vedoucí u mladých lidí ke vzniku závislosti neslábnou, ale spíše se prohlubují. Jako okamžitá pomoc při řešení nedobrého stavu se nabízí zahájit spolupráci mezi adiktology a farmaceuty, neboť rukama lékárníků prochází největší skupina pacientů.

