

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Bc. Hana Linhartová

Psychiatrická komorbidita u pacientů Adiktologické ambulance

Psychiatric Comorbidity of Patients Addictology Clinic

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D

Praha 2022

d

Identifikační záznam:

LINHARTOVÁ, Hana. Psychiatrická komorbidita u pacientů Adiktologické ambulance. [Psychiatric comorbidity of patients Addictology clinic]. Praha, 2022. 64 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Šťastná Lenka.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 15. 7. 2022

Hana Linhartová

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Lence Šťastné, za profesionální i přátelský přístup a mnoho trpělivosti. Dále bych chtěla poděkovat svým blízkým za neutuchající podporu.

Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA	12
PSYCHIATRICKÉ KOMORBIDITY U ADIKTOLOGICKÝCH PACIENTŮ	19
<i>Jiné anxiózní poruchy (F41)</i>	19
<i>Fobické úzkostné poruchy (F40)</i>	22
<i>Poruchy příjmu potravy (F50)</i>	22
<i>Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43)</i>	26
<i>Poruchy osobnosti</i>	26
LÉČBA ADIKTOLOGICKÝCH PACIENTŮ	29
<i>Ambulantní léčba adiktologických pacientů</i>	29
<i>Léčba adiktologických pacientů s komorbiditou</i>	31
METODY SBĚRU ANALÝZY DAT	33
CÍLE VÝZKUMU	33
VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
METODY SBĚRU DAT	34
ZÁKLADNÍ SOUBOR A VÝZKUMNÝ VZOREK	35
VÝSLEDKY	44
DISKUZE	54
ZÁVĚR	57
POUŽITÁ LITERATURA	58

Abstrakt

Východiska: Mnoho pacientů a klientů navštěvující adiktologická zařízení trpí kromě závislosti i dalšími psychiatrickými onemocněními. Léčba a zejména prognóza těchto pacientů je o to více komplikovanější. V léčbě je třeba těmto klientům věnovat více času a úsilí, dále je nutné edukovat personál o úskalí těchto klientů. Psychiatrická komorbidita prodlužuje dobu léčby a zvyšuje pravděpodobnost recidivy.

Cíle: Cílem této práce bylo zjistit a zmapovat prevalenci komorbidit u pacientů Adiktologické ambulance.

Metody: Byla provedena retrospektivní studie z již sesbíraných dat o pacientech, kteří v roce 2021 alespoň jednou navštívili Adiktologickou ambulanci. Data byla zaslepena a o pacientech byly poskytnuty následující údaje: Věk, pohlaví, kraj, datum návštěv, stanovená diagnóza/y dle MKN-10. Tyto data se následně upravovaly, byli odebráni klienti s nelátkovou závislostí a klienti bez diagnózy závislosti nebo problémového užívání.

Výsledky: Výzkumný soubor obsahuje 201 klientů, z toho 111 mužů a 90 žen. Průměrný věk klientů je 44 let. Nejčastější preferovanou látkou je alkohol (61 %), následně sedativa a hypnotika (13 %). 48 % všech pacientů v Adiktologické ambulanci má jednu nebo více komorbidit. Nejvyšší přítomnost komorbidity je u žen užívající tabák nebo sedativa a hypnotika (v obou případech 83,3 %). Dále je vysoký podíl komorbidity u uživatelů kanabinoidů (75,0 %). U mužů mají taktéž nejčastěji psychiatrickou komorbiditu kuřáci, 83,3 %. Muži mají oproti ženám větší podíl komorbidit u uživatelů opioidů, a to 58,3 %, naopak nižší mají podíl u uživatelů sedativ a hypnotik, 55,5 %.

Závěr: Psychiatrická komorbidita je významným jevem, který má vliv na průběh léčby a prognózu pacienta. Včasná, ale hlavně správná diagnostika pacienta nám ukazuje směr, jakým s pacientem pracovat a jak k němu přistupovat. Je nutné mít na vědomí, že přítomnost psychiatrických komorbidit se může měnit v průběhu léčby, některé komorbidity ustoupí s abstinencí klienta, je proto nutné diagnózy pravidelně revidovat, předejdeme tím mimo jiné i stigmatizaci klienta.

Klíčová slova: psychiatrická komorbidita, adiktologická ambulance, návykové látky

Abstract

Background: Many patients and clients visiting addiction treatment facilities suffer from other psychiatric illnesses in addition to addiction. The treatment and especially the prognosis of these patients are all the more complicated to decide on. And they require more time and effort being put in them. It is also necessary to educate the staff about the pitfalls of said clients. Psychiatric comorbidity prolongs treatment time and increases the chance of patient relapsing.

Aim: Aim of this work was to determine and map the prevalence of comorbidities of patients in the Addiction Clinic.

Methods: A retrospective study was conducted from already collected data on patients who visited the Addiction Clinic at least once in 2021. The following information was provided about patients: Age, sex, region, date of visits, established diagnosis according to ICD-10. These data were subsequently adjusted clients with non-substance addiction and clients without a diagnosis of addiction or problematic use were removed.

Results: The research file contains 201 clients, of which 111 are men and 90 are women. The average age of clients is 44 years. The most preferred substance is alcohol (61 %), followed by sedatives and hypnotics (13 %). 48 % of all patients in the Addiction Clinic have one or more comorbidities. The highest presence of comorbidities is among women using tobacco or sedatives and hypnotics (in both cases 83,3 %). There is also a high proportion of comorbidities amongst cannabinoid users (75,0 %). Smokers have the most frequent psychiatric comorbidities amongst men (83,3 %). Compared to women men have a higher proportion of comorbidities in

opioid users (specifically 58,4 %) while the proportion in users of sedatives and hypnotics is lower (55,5 %).

Conclusion: Psychiatric comorbidity is an important phenomenon that affects the course of treatment and the patient's prognosis. Well-timed and primarily correct patients diagnosis shows us direction of how to work with them and how to approach them. It is necessary to be aware that the presence of psychiatric comorbidities may change during treatment some comorbidities will subside with the client's abstinence therefore it is necessary to revise the diagnoses regularly thereby preventing among other things stigmatization of the client.

Key words: Psychiatric comorbidity, addiction clinic, addictive substances

Seznam zkratk

BAP – bipolární afektivní porucha

GAD – generalizovaná úzkostná porucha

KBT - kognitivně behaviorální terapie

NL – návyková látka

PO – porucha osobnosti

PP – panická porucha

PPP – poruchy příjmu potravy

PSP – posttraumatická stresová porucha

RTSPP - reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení

SPO – schizoidní porucha osobnosti

SSRI – Serotonin system reuptake inhibitor (systém zpětného vychytávání serotoninu)

Úvod

Psychiatrické komorbidity jsou nejen v adiktologii důležitým tématem, které by se nemělo opomíjet. Psychiatrickou komorbiditou myslíme psychiatrické onemocnění vyskytující se současně se závislostí. V současné době je pro nás snadnější správně diagnostikovat pacienty, a tím zlepšit celkové povědomí o psychiatrických chorobách. Nejen tímto snižujeme stigma klientů, které si tito klienti často nesou. U adiktologických klientů je důležitá revize jejich psychiatrických komorbidit, za předpokladu že je mají, která by měla být pravidelná, neboť psychiatrické komorbidity se mohou abstinencí a dobou strávenou v léčbě měnit. Zastávám stanovisko, že pravidelné revize by to mohly výrazně pomoci k destigmatizaci klienta. V praxi se setkáváme s klienty, kteří mají diagnostikovanou psychiatrickou komorbiditu dlouhé roky, ale nevykazují již žádné, nebo jen minimální symptomy této komorbidit. Klienti s komorbiditou potřebují zvláštní přístup a individuální režim, je proto dobré se dokázat orientovat v této problematice a pochopit zvláštní potřeby klientů, ačkoliv to může přinášet tlak na personál, co se času a edukace týče. Tato práce by mohla být hodnotná i pro pracovníky psychiatrických zařízení, ve kterých se nacházejí klienti, kteří zneužívají návykové látky, ale primárně mají psychiatrickou diagnózu.

Teoretická část

Tato kapitola se zaměřuje na stručný popis nejčastěji zneužívaných návykových látek, se kterými se setkáváme v adiktologických zařízeních. Prevalenci vybraných návykových látek shrnuje tabulka č. 1 na konci této kapitoly.

Celoživotní prevalence užití nelegálních látek je v české populaci 27,2 %. Nejčastěji užívanou nelegální látkou je konopí, celoživotní prevalence v obecné populaci je 23,8 %. Dále je často zneužívána extáze (7 %), halucinogenní houby (5,9 %) a pervitin (2,9 %). V posledních 30 dnech užilo nějakou nelegální drogu 5,8 % populace, nejčastěji se jednalo o konopné látky (Mravčík, 2021). Na celoživotní prevalenci, prevalenci užití v posledních 12 měsících a v posledních třiceti dnech odkazuje tabulka č. 1. na konci této podkapitoly.

Alkohol se řadí mezi tlumivé látky s vysokým stupněm rizika pro rozvoj závislosti, jak fyzické, tak psychické. Též se řadí mezi nejškodlivější látky jak pro jednotlivce, tak pro společnost. Pokud vyčíslíme celospolečenské škody, jedná se až o 57 mld. Kč. Alkohol vlivňuje neurotransmitterové dopaminergní, noradrenergní, GABAenergí a opioidní systémy v mozku, pro který je toxický (Mravčík, et al., 2020). Na každého člověka v České republice připadne za rok skoro 10 litrů čistého alkoholu. Česká republika dlouhodobě zaujímá první příčky ve

spotřebě piva na světě. Pravděpodobný počet osob se syndromem závislosti na alkoholu je až 300 000. (Minařík, Kmoch, 2015). Až 95 % šestnáctiletých studentů někdy v životě užilo alkohol, prevalence v posledních dnech činí 62 %. První zkušenost s pitím alkoholu je kolem 14. roku. Co se týká dospělé populace, tak alkohol pije denně, nebo téměř denně 8,5 % populace, větší část tvoří muži. 14-18 % populace spadá do kategorie rizikové, nebo škodlivé konzumace alkoholu, což je v přepočtu 1,5 mil. osob. V roce 2019 zemřelo na intoxikaci alkoholem 423 lidí. Pod vlivem alkoholu se v roce 2019 stalo 4627 dopravních nehod (4,3 % všech nehod). Pro srovnání, pod vlivem ostatních látek se stalo 269 dopravních nehod (0,3 % všech nehod). Intoxikace alkoholem byla v roce 2019 nejčastějším důvodem k hospitalizaci na detoxifikačních jednotkách, jednalo se o cca 11 500 osob (Mravčík et al., 2020).

Užívání alkoholu má krátkodobé i dlouhodobé nežádoucí účinky (Minařík, Kmoch, 2015). Mezi krátkodobé účinky alkoholu patří: porucha rovnováhy, svalové napětí nevolnost, zvracení, zpomalení reakčního času, agrese, může dojít až k poruchám vědomí nebo ke smrti. Při dlouhodobém užívání mohou vzniknout následující komplikace: poškození gastrointestinálního traktu, zejména trávení, dále jater, kde dochází k rozvoji jaterní cirhózy, je i vyšší pravděpodobnost vzniku rakoviny. Dlouhodobé užívání také přispívá ke vzniku diabetu, časté jsou také avitaminózy, zejména vitaminů ze skupiny B. výjimkou nejsou poruchy oběhu krve a krvetvoby. Z psychických projevů se jedná často o poruchy spánku, úzkostně depresivní stavy, nebo psychotická porucha vzniklá organickým poškozením. Dále se může objevit polyneuropatie, Korsakovův amnestický syndrom, nebo impotence. U těhotných žen může dojít k poškození plodu, vznikem fetálního alkoholového syndromu.

Celoživotní prevalence užívání pervitinu je 1,5 %, častější je u mužů. V současné době je v České republice zhruba 34 600 osob užívající problémově pervitin, nejvíce v Praze a v Ústeckém kraji. Tento počet se meziročně nadále zvyšuje. Až 90 % uživatelů pervitinu užívá injekčně. V roce 2019 bylo evidováno 12 případů smrtelného předávkování pervitinem. Uživatelé pervitinu tvoří až 80 % klientů nízkoprahových zařízení. V roce 2019 bylo v ČR odhaleno 234 varen pervitinu. (Mravčík, et al., 2020).

V České republice bylo v roce 2019 evidováno okolo 3200 uživatelů heroinu, jejich nárůst eviduje například Jihočeský kraj. Látka se k nám dostává takzvanou balkánskou cestou, Česká republika je pak tranzitní zemí. U nás jsou evidovány pokusy o výrobu heroinu, zejména v době růstu máku na polích. Celoživotní prevalence je 0,6 %. V roce 2019 bylo evidováno šest smrtelných předávkování heroinem. Nejčastější forma aplikace je injekční.

Nejčastěji zneužívané léky jsou benzodiazepiny a Z-hypnotika, další často zneužívaným lékem je buprenorphin, který se používá v substituční terapii. Lidé, užívající léky na předpis,

například hypnotika k podpoře spánku, mnohdy neví o závislostním potenciálu léků. Existují dva typy uživatelů psychoaktivních léků, se kterými se setkáváme v adiktologických zařízeních ti kteří léky užívají ze zdravotních důvodů, a jejich motivem je tedy léčba jejich primárního problému, ačkoliv nad užíváním ztratili kontrolu. Druhý typ uživatelů, netrpí onemocněním, pro které by museli léky užívat a často jsou závislí i na jiných návykových látkách, například alkoholu psychoaktivní látky jsou pro tyto uživatele pouze jako doplněk, nebo mohou sloužit ke tlumení abstinčních příznaků (Mravčík, et al. 2020). Roční prevalence užívání psychoaktivních léků je v populaci 16 %. Rizikových uživatelů sedativ a hypnotik je v ČR zhruba 900 tis. Zejména se jedná o ženy (Chomynová et al. 2022)

V současné době kouří tabákové výrobky podle Chomynové et al. (2022) 30–34 % dospělé populace. Přibližně 20 % populace jsou denní kuřáci. Léčbu závislosti na kouření poskytuje 200 ambulantních lékařů. Od roku 2010 je ročně hlášeno okolo dvou set případů, kdy pacienti mají uvedenou závislost na tabáku jako základní diagnózu.

Tabulka č. 1 Prevalence užití u vybraných nelegálních NL v obecné populaci v % (Mravčík et al., 2021)

	Celoživotní prevalence	Prevalence užití v posledních 12 měsících	Prevalence užití v posledních 30 dnech
	Ženy/Muži		
Konopné látky	16,2 / 31,8	4,6 / 12,8	2,0 / 8,6
Pervitin/amfetaminy	1,4 / 4,0	0,4 / 1,0	0,0 / 0,5
Kokain	1,1 / 3,1	0,3 / 1,0	0,1 / 0,1
Heroin	0,3 / 1,0	0,0 / 0,1	0,0 / 0,0
LSD	1,4 / 2,8	0,5 / 0,8	0,1 / 0,2

Psychiatrická komorbidita

Psychiatrická komorbidita označuje stav, kdy pacient se závislostí trpí symptomy jiného psychiatrického onemocnění. Psychiatrické onemocnění a syndrom závislosti tak probíhá současně (EMCDDA, 2004). Komorbidity se mohou vyskytovat souběžně s onemocněním, nebo se vyskytují v určitém časovém období. Psychiatrická komorbidita se často zaměňuje s termínem duální diagnóza. Duální diagnóza je též souběh dvou onemocnění, ale ani jedno z nich není závislost (Kalina, Minařík, 2015).

Sledování výskytu komorbidit u adiktologických pacientů je důležité v mnoha aspektech. Pacienti s psychiatrickou komorbiditou jsou hůře léčitelní, jejich léčba vyžaduje častěji urgentní příjem, nebo hospitalizaci. Významná je také vyšší prevalence sebevražděných pokusů a dokonaných sebevražd, oproti pacientům bez psychiatrické komorbidity. Tito klienti se chovají rizikověji, což se promítá i do způsobu užívání drog, s tím souvisí například i větší riziko infekčních chorob. Klienti častěji popisují sociální problémy jako nezaměstnanost, dluhy, bezdomovectví aj. Celkově je prognóza těchto pacientů horší než u pacientů bez psychiatrické komorbidity. Komorbidity jsou tak negativním důsledkem pro společnost, protože je tím více zatíženo zdravotnictví, sociální péče a s tím spojené ekonomické důsledky (Torrens, 2017). Problémem je také zvýšená stigmatizace těchto klientů, kdy kromě závislosti dostávají navíc nálepku duševně nemocného (Štochllová, 2014). Za rizikové faktory vzniknou

psychiatrické komorbidity se považuje genetická zátěž, kdy je přítomno psychiatrické onemocnění rodičů klienta. Rizikovým faktorem může být podle Boschloo et al. (2011) také rané trauma.

Je několik pohledů na vznik komorbidit. V prvním případě se může jednat o pouhou náhodu, kdy rozvoj dalšího onemocnění nemá žádnou spojitost s primárním onemocněním. Klient může mít predispozice pro vznik jak závislosti, tak psychiatrického onemocnění, projeví se tedy obě současně. Dále se může jednat o výběrové zkreslení, kdy výzkum na toto téma je méně reliabilní, či byl špatně vybrán výzkumný vzorek. V dalším případě může užívání drog sloužit jako *sebededikace*. Užívání návykových látek může skutečně poskytnout krátkodobou úlevu od psychiatrických symptomů, ale zpravidla je v dlouhodobém horizontu zhoršuje.

Psychiatrickou komorbiditu můžeme diagnostikovat jako primární, pokud její symptomy nejsou důsledkem účinku návykových látek. Komorbidity se ale vyskytují i souběžně s užíváním návykových látek. Je tedy důležité zjistit, jak se obě nemoci ovlivňují navzájem. Je třeba brát v úvahu symptomy vznikající z akutní intoxikace, nebo při syndromu z odnětí návykové látky, tyto symptomy nejsou předpokladem pro diagnostiku komorbidit, mohou však být snadno zaměnitelné. To zhoršuje diagnostiku pacienta, je proto dobré pacienta diagnostikovat až odezní abstinenční syndromy. Pokud klient aktuálně užívá návykové látky, můžeme považovat psychiatrické onemocnění za primární v několika případech: pokud symptomy přesahují míru očekávané intenzity, nebo je klient zažívá i když zrovna abstinuje, příznaky měl již před tím, než začal s užíváním NL, nebo příznaky dále trvají i při dlouhodobé abstinenci. Pokud žádná z těchto situací nenastala, pravděpodobně má užívání NL vliv na rozvoj psychiatrické komorbidity. Pokud je primární psychiatrická choroba, je pravděpodobné, že její symptomy se užíváním NL budou zhoršovat. Nešpor (2003) uvádí další kolizi v diagnostice psychiatrické komorbidity, a sice, že ženy cítí silnější stud, za svou závislost než muži. Mohou tak spíše svou závislost tajit, a léčit se s depresivní poruchou, aniž by současně lékaři uvedly například zneužívání léků. To samozřejmě zhoršuje nejen správnou diagnostiku, ale i průběh onemocnění a celkovou prognózu pacienta.

Pro kvalitní diagnostiku je důležité znát podrobnou rodinnou anamnézu, pacientův věk, kdy se u něj vyskytly případné poruchy, jeho celkovou historii užívání NL a jeho dosavadní zkušenosti s léčbou. Vhodné je také využít diagnostický nástroj, formou rozhovoru, nebo dotazníku jako například CAGE, ČÁST, AUDIT, DAST, aj. Ke zjištění výskytu duální diagnózy se využívá DDSI (Dual Diagnosis Screening Instrument), které je veden formou rozhovoru (Torrens,

2017). Nešpor (2003) dále uvádí další aspekty, které mohou pomoci vést ke správné diagnostice. Je to zejména spolupráce klienta, možnost vyšetřit klienta opakovaně a po delší časový úsek, ve kterém klient abstínuje, dále mohou pomoci získané údaje o klientovi od jeho lékaře, či blízké rodiny.

Musíme tedy správně rozlišovat, jakými faktory může být pacientův stav ovlivněn. Baldachino, Corkery, (2006) uvádí, že jak škodlivé užívání, závislost, intoxikace, nebo syndrom z odnětí látky může vyvolávat psychiatrické příznaky. Zároveň se může tímto počínáním urychlit rozvoj psychiatrického onemocnění. Psychiatrická porucha sama může vést k užívání NL, které opět může vést k dalším psychiatrickým symptomům.

Prevalence psychiatrické komorbidity je v jednotlivých evropských zemích značně odlišná. To může to být způsobeno systémem péče, nebo použitými metodami studie, dále se prevalence komorbidit může lišit, v závislosti na výzkumném vzorku. Například prevalence poruch nálady se v různých studiích pohybuje v rozmezí 5–90 % (Orlíková (2016) uvádí 5–84 %), jedná se ale o naprosto rozdílné výzkumné vzorky. Tabulka č. 2 prezentuje výzkumy zabývající se psychiatrickými komorbiditami.

Užívání návykových látek může také vést k rozvoji samostatné duševní poruchy, například konopí může být přímým spouštěčem schizofrenie. Konopí užívané u dospívajících, může pomoci rozvinout psychózu, která se manifestuje jako samostatné onemocnění. Krátkodobá psychiatrická porucha může také nastat z důvodu akutní intoxikace, nebo v důsledku abstinčního syndromu, Typicky se jedná o psychózy, vznikající z užívání amfetaminů (Torrens, 2017). Konopí, podobně jako alkohol a kokain jsou často užívány lidmi trpící schizofrenií. Studie prováděná na pohotovosti ukázala, že je častá souvislost mezi psychotickými epizodami a užíváním konopí. Užívání konopí také znesnadňuje léčbu tohoto onemocnění (Kelly et al., 2012).

EMCDDA (2004) popisuje vztah deprese a zneužívání opioidních látek. Klienti, kteří užívají opioidní látky a zároveň trpí depresí, mají vyšší tendenci k suicidálním pokusům než klienti bez psychiatrické komorbidity. Podobně jako u opioidů i kokain zhoršuje průběh deprese natolik, že to může vést až k nízké účinnosti antidepresiv. Antidepresiva pochopitelně plní svou funkci a pomáhají snižovat depresi, ale již nezmírní závislost na užívání kokainu. (Kelly et al., 2012).

Dle EMCDDA (2004), která popisuje studii z roku 2000 byly komorbidity přítomny u 10–50 % uživatelů NL. Nejčastěji se jednalo o poruchy osobnosti a to v 50–90 %. Druhou nejčastější

komorbiditou jsou afektivní poruchy (20–60 %) a dále pak psychotické poruchy (20 %). Mezi odborníky nepanují shody, zda se výskyt komorbidit zvyšuje. Zvyšující se výskyt zachycených případů může být dán větším povědomím o této problematice, či použitím přesnějších diagnostických testů.

Orlíková (2016) dále popisuje, že prevalence komorbidit je vyšší u uživatelů metamfetaminu, než u uživatelů opiátů a kokainu. Uživatelé metamfetaminu nejčastěji trpí úzkostmi a depresí, dále psychotickými poruchami, poruchami osobnosti a nelátkovými závislostmi.

V letech 2008–2012 byl proveden výzkum v terapeutických komunitách, který se zaměřoval na uživatele opioidů a pervitinu. Velikost souboru byla 92 klientů. Výzkum byl zaměřen na poruchy osobnosti, kdy nejčastěji byla zastoupena depresivní porucha osobnosti (38 %).

Dle studie z roku 2000, které prezentovala ECCAS (2006) jsou ženy uživatelky více zatíženy psychiatrickou komorbiditou. Studie zkoumala vzorek 1075 klientů užívající NL v léčebném zařízení. Z tohoto vzorku bylo 21 % žen, zbytek tvořili muži. Průměrný věk činil 29 let. Výzkumný vzorek tvořili polymorfni uživatelé z 55 %, dále 87 % respondentů užilo v posledních třech měsících alespoň jednu heroin, dalších 49 % užilo ve stejné době tlumivé léky a 28 % respondentů má problémy s alkoholem. Respondenti uváděli symptomy, které se u nich dále projevily v posledních třech měsících:

	Ženy	Muži
Psychotické příznaky	33 %	20 %
Úzkost	32 %	17 %
Deprese	30 %	15 %
Sebevražedné myš.	25 %	17 %
Paranoia	27 %	17 %

Ženy byly postiženy psychiatrickými onemocněními výrazně častěji než muži, a to ve všech zmiňovaných symptomech.

Maršálek (2008) zkoumal vztah schizofrenie a závislosti na NL. Zhruba 40–70 % (Hýža (2019) uvádí 47 %) pacientů se schizofrenií zneužívá návykové látky, nejčastější užívanou NL mimo tabák, je marihuana, dále pak alkohol a kokain. Riziko zneužívání alkoholu je 3x častější než v obecné populaci, u jiných drog je toto riziko dokonce 6x vyšší. Uživatelé marihuany mají až o 40 % vyšší riziko vzniku psychózy. Čím dříve se nemoc projeví, tím větší je riziko abúzu alkoholu. Podle údajů 58-90 % pacientů se schizofrenií kouří. Nikotin sám osobě zlepšuje některé symptomy schizofrenie, ale zároveň zvyšuje riziko manifestace tohoto onemocnění.

Užívání NL má negativní vliv na rozvoj a průběh schizofrenie, zapříčiňuje rychlejší nástup nemoci, častější relapsy a hospitalizace, pacienti též při léčbě méně spolupracují, dokonce vykazují až 3x větší agresivní chování. Princip vzniku choroby a užívání je podobný, jako v případě jiných diagnóz. Klienti se schizofrenií užívají NL, aby utišili projevující se symptomy, v dalším případě klienti nejprve užívají NL, zejména marihuanu, až později se u nich rozvine onemocnění, abúzus NL může být ale i jako jedním ze symptomů schizofrenie, kdy jsou změny v mozku, které mění motivaci. Alkohol svými účinky neovlivňuje negativní příznaky schizofrenie, může je dokonce zmírnit, což může vést k závislosti. Užívání stimulantů nebo kokainu, zhoršuje psychotické příznaky. Užívání návykových látek může dokonce snížit reakci organismu na léčbu. Ačkoliv se schizofrenie zpravidla více manifestuje u mužů, užívání návykových látek má negativní vliv zejména na ženy.

V roce 2017 byl proveden výzkum ve čtyřech psychiatrických ambulancích FN Ostrava. Zkoumaným vzorkem byli klienti s diagnózou F20.0 – F20.9. Bez závislosti či abúzu bylo 65,7 %, pacientů, kteří užívali pouze marihuanu bylo 9,5 %, stejně bylo i pacientů, kteří užívali pouze alkohol. 6,7 % tvořili pacienti, kteří současně užívali marihuanu a amfetaminy. Kombinaci marihuany, amfetaminů a alkoholu užívalo 5,7 % klientů, pouze jedno procento pacientů užívalo pouze amfetaminy. (Hýža, 2019).

Chládková (2017) ve své práci zabývající se závislostí a poruchami příjmu potravy uvádí, že závislost a PPP se často vyskytují společně. Užívání alkoholu je nejčastější u pacientů trpících bulimií a chronickým přejídáním, méně častý je pak u pacientů trpících anorexií. Syndrom závislosti se vyskytuje u 30–37 % pacientů trpících bulimií. Naopak pacienti, jež nastoupili do první léčby trpěli PPP v 16,9 % a pacienti kteří podstoupili léčbu opakovaně, dokonce v 25,4 %. Riziko závislosti je dokonce 7x vyšší u bulimických pacientů než u těch trpících anorexií.

V roce 2011 byl v Holandsku proveden výzkum u klientů s celoživotní prevalencí závislosti nebo nadužíváním alkoholu. U klientů trpících závislostí byl pozorován větší výskyt deprese a úzkosti než u pacientů, kteří alkohol pouze nadužívají, tento rozdíl však není signifikantní. Nicméně toto zjištění naznačuje, že s vyšší mírou užívání roste i riziko výskytu depresivní, nebo úzkostné poruchy, případně obou těchto poruch současně (Boschloo et al., 2011). To potvrzuje i Racková et al. (2018), která zkoumala rozdíl abúzu a závislosti na alkoholu ve vztahu k vyskytujícím se komorbiditám:

	Závislost	Abúzus
Poruchy nálady	29,3 %	12,3 %
Depresivní porucha	27,9 %	11,3 %

Úzkostné poruchy	36,9 %	29,1 %
GAD	11,6 %	1,4 %
PTSD	7,7 %	5,6 %

Zde je patrný vliv míry závislosti a prevalence psychiatrických komorbidit, výrazný rozdíl vidíme zejména u poruch nálady.

Závislost na návykových látkách se často vyskytuje i u pacientů trpící poruchou pozornosti. 5–8 % dětí ve školním věku trpí poruchou pozornosti, z toho 40–60 % dětí si tuto nemoc ponese do dospělosti. Celkově trpí poruchou pozornosti 3,4 % dospělé populace. Zajímavé je, že nemoc, je v dětském věku výrazně častější u chlapců, než u děvčat, v dospělém věku je to však vyrovnané. Lidé s poruchami pozornosti tíhnou k většímu abúzu návykových látek a případně k déle trvající závislosti, také mají větší sklon k nelátkovým závislostem. V případě klientů se závislostí, se porucha pozornosti vyskytuje v 10–24 %, v terapeutických komunitách je to pak dokonce 56,6 %. Diagnostika poruch pozornosti je náročná, zejména u klientů užívající stimulancia nebo marihuanu, tyto látky totiž sami o sobě mohou mít na pozornost vliv. Klienti s poruchami osobnosti mají také zvýšené riziko vzniku dalších psychiatrických poruch, zejména poruch nálady či vznik úzkostí (Hrnčiarová, 2021)

Tabulka č. 2: Prevalence psychiatrických komorbidit v různých typech léčby (Torrens, 2017)

Autor	Země	Velikost souboru	Charakt. vzorku	Typ poruchy	Prevalence (%)
EMCDDA, 2013	Rakousko	228	Osoby na opiooidové substituční léčbě	Deprese Úzkostné poruchy (Někdy v životě)	60,5 41
EMCDDA, 2012	Rakousko	201	Uživatelé drog v léčbě	Afektivní por., PO, neurotické, stresové a somatof. por.	60
EMCDDA, 2011	Bulharsko	3 452	Program substituční a udržovací léčby	por. Osobnosti, úzkost a schizofrenie	20
EMCDDA, 2011	Chorvatsko	7 550	Uživatelé drog v léčbě	Duální diagnóza Afektivní por. Úzkostné por. Psychotické por.	21 20,3 13,6 15,5
EMCDDA, 2010	Kypr	785	Uživatelé drog v léčbě	Deprese	27
EMCDDA, 2007	Itálie	-	Uživatelé drog v léčbě	Afektivní psychózy Neuroticko-somatické por. Schizofrení psychózy Jiné por.	18 10 7 7
Figlietta et al. 2006	Itálie	197	Závislí na opiátech	OCD Depresivní onemocnění	73 67
EMCDDA, 2009	Lucembursko	-	Uživatelé drog v léčbě	Úzkost, deprese, psychóza, hraniční chování	83

EMCDDA, 2007	Nizozemsko	202	Uživatelé opioidů v metadonové léčbě	Depresivní por. GAD Psychotická por.	34 3 39
EMCDDA, 2005	Portugalsko	-	Dlouhodobě závislí v léčbě	Deprese	53
EMCDDA, 2007	Španělsko	-	Uživatelé drog v léčbě	PO Paranoidní por. Narcis. a schizoidní por.	12 3 2
Gual, 2007	Španělsko	2 361	Různá prostředí léčby závislosti	Komorbidity Deprese Úzkostné por.	33,8 21,6 11,7
Langas et al., 2012	Norsko	61	Specializovaná léčba poruch z užívání NL	Depresivní por. Sociální fobie PTSD	71 31 18
EMCDDA, 2008-2012	Česká republika	92	Terapeutické komunity	PO depresivní/ úzkostná por. Psychotická por.	38 25 16

Psychiatrické komorbidity u adiktologických pacientů

V této kapitole popisují nejčastější komorbidity, podle této práce, se kterými se setkáváme v Adiktologické ambulanci.

Jiné anxiózní poruchy (F41)

Úzkostné poruchy jsou prezentovány širokou škálou somatických symptomů, kvůli kterým pacienti často vyhledávají lékařskou pomoc. Jedná se především o nespecifické symptomy, které pacienti dokáží jen těžko popsat. Může se jednat o různé bolesti, pocity tlaku na hrudí, pálení končetin, aj. Tito pacienti podstupují řadu lékařských vyšetření, žádné však neobjeví jasnou příčinu jejich problémů, o to usilovněji se pacienti snaží problém řešit. Pacienti si nechtějí připustit, že by jejich problémy mohly být zapříčiněny psychickým stavem, a tak jen malá část z nich navštíví psychiatra a je řádně léčena (Praško, 2004). Rozlišujeme tři druhy úzkosti (dle Kryl, 2005). Spontánní úzkost vzniká nečekaně, není vázána na vnější podnět. Situační úzkost je na rozdíl od spontánní úzkosti vázána na vnější podnět, kterým může být konkrétní objekt, místo, nebo situace. Vznik této úzkosti lze předvídat, a tak se pacienti snaží vyhnout těmto situacím. Třetí formou úzkosti je anticipační úzkost, která se rozvíjí při pouhé myšlence na situaci, která by mohla způsobit úzkost.

Diagnostika úzkostné poruchy u aktivních uživatelů je jen velmi obtížná. Úzkostné stavy se totiž vyskytují při intoxikaci některými návykovými látkami, nebo jsou přítomny při syndromu z odnětí drogy. Je tedy složité rozpoznat, kdy se jedná o úzkostnou poruchu jako takovou, a kdy je úzkostná porucha přímo způsobená užíváním NL. Úzkostná porucha se může vyskytovat hlavně u uživatelů konopí, kteří začali s užíváním již v mladém věku. Užívání konopí v takto mladém věku může vést k rozvoji dlouhodobých úzkostí. U dlouhodobých uživatelů má však konopí opačný – anxiolytický efekt, což může vést k nadměrnému užívání. Úzkosti jsou ale přítomny i s jinými návykovými látkami (Torrens, 2017). U pacientů trpící úzkostnou a/nebo depresivní poruchou je celoživotní prevalence závislosti na alkoholu až 20 %. Je důležité podotknout že se jedná o pacienty s diagnostikovanou závislostí na alkoholu, studie totiž dále naznačuje, že je nutné rozeznávat nadužívání a závislost, celoživotní prevalence nadužívání alkoholu u osob s úzkostnou a/nebo depresivní poruchou je totiž srovnatelná s celoživotní prevalencí u obecné populace. Dále je zde uváděno, že závislost na alkoholu vznikla sekundárně, až po propuknutí úzkostné a/nebo depresivní poruchy. Závislost na alkoholu může mít negativní vliv na léčbu těchto poruch a celkově zhoršuje prognózu pacienta. Zároveň ale tento článek potvrzuje, že obě choroby se mohou vzájemně ovlivňovat, například intoxikace, nebo abstinční příznaky mohou vyvolat úzkost (Boschloo et al., 2010).

Generalizovaná úzkostná porucha F41.1

Pacienti s GAD trpí dlouhodobou chronickou úzkostí, která nemá zjevnou příčinu. Tito pacienti zažívají obavy z budoucnosti, myslí na to nejhorší, co by se mohlo stát. Tyto úzkostné stavy mohou být tak silné, že vedou k dalším somatickým problémům, jako jsou poruchy spánku, motorické napětí, tachykardie, nevolnost, závratě, aj. (Raboch, 2013, Ocisková, 2017). U pacientů, kteří nejsou včas zaléčeni, může dojít k rozvoji deprese. Díky řadě somatických symptomů, které GAD provází, může dojít ke špatné diagnostice pacienta, a tím, k odkládání vhodné léčby.

Celoživotní prevalence GAD je okolo 5 %, Kmoch (2015) uvádí dokonce až 8 %, přesný počet není úplně znám, protože se počítá s faktem, že mnoho klientů je nedagnostikovaných (Sekot, 2020). Ocisková (2017) dodává, že tak se může dít i z důvodu, že klienti trpící převážně somatickými problémy s GAD spojené, že si nepřipouští, že by se mohlo jednat o psychickou poruchu. Ženy jsou postiženy více než muži, a to v poměru 2:1. GAD nejčastěji propuká u mladých dospělých, okolo 16. až 25. roku, může však začít kdykoliv během života. Může vznikat pozvolně, nebo jako následek významné stresové události. Intenzita příznaků je různá. Pacienti s GAD mají znatelně sníženou kvalitu života, více než polovina pacientů má příznaky dalších psychiatrických poruch. Tito pacienti často nemohou být schopni pracovat, či se jinak začlenit do společnosti, to může vyústit ve zneužívání NL.

GAD je jednou z komorbidit, kterými mohou trpět klienti se závislostí. Ocisková (2017) uvádí, že lidé s GAD závislí na alkoholu, pijí více než klienti trpící pouze závislostí. Tito pacienti také

trpí zhoršenou sociální adaptací, a celkově je jejich prognóza horší, jsou také častěji hospitalizováni. Celoživotní prevalence GAD a závislosti je 2,0 %. Může se vyskytnout u pacientů trpící závislostí, nebo spolu s abstinenčním syndromem (Tkáč, 2015).

Panická porucha (F41.0)

U této poruchy je nutné rozlišovat panické ataky od panické poruchy. Panické ataky mohou prožívat i lidé, kteří netrpí panickou poruchou. Celoživotní prevalence panického záchvatu je odhadována na 23 %, ne každý s kvůli ní ale navštíví lékaře, celkové číslo tak může být vyšší. Celoživotní prevalence panické poruchy je až 5,1 % (Kamarádová, Látalová & Praško, 2016). PP může mít familiární výskyt, potomci, jejichž rodič trpěl panickou poruchou, mají až pětkrát větší šanci, že nemoc bude přítomna i u nich (Šilhán et al., 2012). Panickou poruchou jsou častěji postiženy ženy, a projevy PP jsou též odlišné od mužů. Ženy si více stěžují na potíže s dechem. Muži si nejvíce stěžují na nadměrné pocení a bolesti břicha. PP je velmi častá v období dospívání a ve středním věku (Kamarádová, Látalová & Praško, 2016). PP může spontánně odeznít, ale také může přejít do chronicity, to se děje hlavně v případech, kdy není PP léčena a nebyl odstraněn, nebo jinak zpracován, její spouštěč (Šilhán et al., 2012). PP se často vyskytuje s dalšími psychiatrickými poruchami, jako je deprese, nebo agorafobie. Etiologie není zcela známá. Důležité pro správnou diagnostiku je vyloučit, zdali se skutečně nejedná o somatickou poruchu, nebo jinou psychickou poruchu. Může se ale stát, že somaticky nemocný člověk, bude zároveň trpět úzkostnou poruchou, která vznikla například na podkladě stresu z onemocnění, v tomto případě mluvíme o organické panické poruše (Praško, 2007). Jako nejvýhodnější pro léčbu PP se jeví KBT přístup, hlavními tématy skupinových setkání je psychoedukace, práce s myšlenkami, identifikace jádrových schémat, aj. (Kamarádová & Praško, 2012).

PP vznikají často na podkladech velké životní změny, nebo dlouhodobě působícího stresu, spouštěčem tak může být rozvod, změna zaměstnání, nebo nějaký vnitřní konflikt. Její příznaky se mohou po takovýchto situacích projevit až za několik měsíců. Z tohoto důvodu může být těžké určit jejich původ (Končelíková, 2020).

Panickou poruchu dokáží napodobit abstinenční příznaky po alkoholu nebo po některých lécích. Vyvolat jí může i užívání kanabinoidů, metamfetaminu, nebo kofeinu (Šilhán et al., 2012).

Smíšená úzkostná a depresivní porucha (F41.2)

Přítomný je jak symptom úzkosti, tak deprese, zároveň ale žádný z nich nepřevládá. Nejde tak jasně diagnostikovat úzkostná nebo depresivní porucha (Raboch, 2013). Mezi hlavní symptomy smíšené úzkostně depresivní poruchy patří: poruchy spánku, poruchy soustředění, únava, podráždění, pesimismus, nízké mínění o sobě samém, aj. Tato porucha bývá často podceňována, protože se projevuje méně závažně, než je tomu u depresivní, nebo úzkostné poruchy. Příznaky z obou spekter však mohou vést k suicidálním pokusům, nebo k invaliditě (Praško, 2004). Tento typ poruchy často přechází do chronicity a jeho prevalence vzrůstá s věkem jedinců. Zejména u žen se může vyskytovat závislost na alkoholu nebo benzodiazepinech. Prevalence smíšené úzkostně depresivní poruchy je 4,1 %.

Fobické úzkostné poruchy (F40)

Na rozdíl od úzkostných poruch je u fobických poruch jasně definován podnět, který vyvolává úzkost, situace ale není sama o sobě nijak ohrožující (Kulísková, 2001).

Sociální fobie (F40.1)

Sociální fobie je spojována se strachem z kritiky druhých lidí a s nízkým sebevědomím jedince. Ten se těmito situacím, kdy by mohl být zostuzen, přirozeně vyhýbá. Sociální fobie se projevuje celou škálou somatických i behaviorálních příznaků, jako např.: třes, pocení, zrychlené dýchání, vertigo, nevolnost, nemluvnost, zadržávání se, ošívání se, vyhýbání se situacím, pocity strachu, studu, úzkosti. Výjimkou nejsou ani další komorbidní onemocnění jako jsou deprese, úzkosti, nebo závislost. Celoživotní prevalence je 3–10 %, u žen se vyskytuje častěji. Sociální fobie vzniká v období dospívání, kolem 14 až 20 roku. (Praško, 2004, 2017).

Poruchy příjmu potravy (F50)

Poruchy příjmu potravy jsou psychogenním onemocněním, podmíněným mnoha faktory, při kterém jsou patrné poruchy jídelního chování. Mezi nejzávažnější onemocnění tohoto spektra patří anorexia nervosa a bulimia nervosa. Dále se může jednat například o psychogenní přejídání, nebo některé formy obezity (Papežová, 2010). Jedním z nejsilnějších rizikových faktorů pro vznik PPP je pohlaví. Ženy onemocní tímto onemocněním až několikanásobně

častěji než muži. Toto spektrum onemocnění je také často spojováno s nízkým věkem pacientů, nejčastěji tímto onemocněním trpí adolescenti a mladí dospělí. (Žuchová, 2010).

Pacienti tuto chorobu často zatajují, a tak lze v mnoha případech tuto nemoc jen těžko diagnostikovat. Tyto pacienti se záměrně snaží snížit svou váhu tím, že nepřijímají potravu, a zároveň jsou většinou velmi fyzicky aktivní, dále mohou k hubnutí používat různé přípravky, jako například laxativa. (Papežová 2010, 2020).

Riegl (2020) poukazuje na spjitost mezi PPP a behaviorálních (nelátkových) závislostí, tato vytvořená kritéria můžeme snáze aplikovat i na látkové závislosti. Kritéria, která spojují behaviorální, látkové závislosti a PPP jsou: Výskyt chování zaměřeného na dosažení uspokojení, zaujetí takovým chováním, dosahování dočasného uspokojení, ztráta kontroly, zažívání negativních následků. Pavlová (2010) popisuje impulzivitu jako spjitost mezi PPP a závislostní poruchou. Tato impulzivita může u mužů vyústit ke zneužívání návykových látek, u žen naopak může vyvolat PPP. Pacienti s PPP mají také vyšší tendence ke zneužívání návykových látek, oproti běžné populaci. Jak PPP, tak závislost mohou vznikat abnormalitami v kortikobazální neurální síti. U pacientek s bulimií byla také zjištěna zvýšená aktivita opioidního systému (Yamamotová, 2010), stejně jako u uživatelů s opiátovou, nebo kokainovou závislostí (Riegel, 2020). Zároveň ale zneužívání NL může vést k přejídání. PPP tak mohou být v souvislosti se závislostí primárním, nebo sekundárním onemocněním a naopak. Nemoc může vycházet jedna z druhé (Holubičková, 2019). Dále mají hlavně bulimičtí pacienti větší pravděpodobnost závislosti na návykových látkách (až 50 %), než je tomu u běžné populace. Naopak závislý pacienti trpí PPP až v 35 % (Riegl, 2020). Stejně jako u pacientů trpících závislostí je i u pacientů s mentální anorexií patrná porucha odměny, či že pacienti preferují přijetí okamžité odměny, před dlouhodobějším ziskem (Žuchová, 2010, Holubičková, 2019). Papežová (2010) dále uvádí, že v případě komorbidity závislosti u pacientů s PPP je třeba, řešit závislost jako první, pokud podvýživa pacienta nevyžaduje okamžitou, bezodkladnou léčbu, zároveň je i vhodná terapie pro duální diagnózy. Některé pacientky s duální diagnózou mají ve specializovaném zařízení společný program s klienty, kteří se zde léčí se závislostí. Také spektrum nabízených služeb je velmi podobné spektru zaměřeného na pacienty se závislostí, jedná se o ambulantní služby, denní stacionáře, léčebny, doléčovací programy, či svépomocné skupiny. V léčbě PPP jsou uplatňovány podobné principy jako při léčbě závislosti. Jedná se zejména o terapeutický vztah, dále mají dobré výsledky motivační terapie, nebo svépomocné skupiny (svépomocné skupiny jsou nejvíce vhodné u psychogenního přejídání), či rodinná terapie, která je velmi důležitá, protože se často jedná o adolescentní pacienty. Stejně jako u pacientů se závislostí, je i u pacientů s PPP důležitá motivace k léčbě, dále je zejména pro

mentální bulimii důležitá Kognitivně behaviorální terapie, podobně jako pro velkou část závislých pacientů. U psychogenního přejídání se jeví jako nejúčinnější techniky KBT a svépomocné skupiny. Současně se také využívá bludný kruh závislosti, v souvislosti s poruchami příjmu potravy se jedná o model pěti fází vývoje motivace ke změně chování (Papežová, 2010).

Krch (2007) uvádí, jen malý náhled pacientů, na onemocnění, v případě mentální anorexie a bulimie. S nízkým náhledem na onemocnění se často setkáváme i u závislých pacientů. Dále Krch (2007) uvádí nízkou motivaci k léčbě, zejména u pacientek s mentální anorexií, které často, stejně jako mnoho závislých pacientů, přicházejí do léčby z donucení, ze stran blízkého okolí, nebo z důvodu neúnosného zdravotního stavu. Stejně jako u závislosti, i u poruch příjmu potravy platí bio-psycho-sociální model vzniku nemoci (Léblková, 2010). V případě závislosti se navíc často zmiňuje i spirituální složka osobnosti, která má svůj podíl na vzniku nemoci.

Jeřábková (nedatován) vidí podobnost závislosti s PPP hlavně u nelátkových závislostí, či kompulzivního chování. Dále vidí podobnost ve snaze o únik před vlastními pocity, prostřednictvím návykových látek, nebo PPP, další společné rysy pak popisuje jako impulzivitu, oslabení sebekontroly, nebo nezdrženlivost. Přejídání také může podobně jako užívání NL, sloužit k regulaci emocí a zvládnání stresu. Popisuje logickou úvahu, že při léčbě závislostí je obvyklou cestou abstinence od návykové látky, jedinec trpící PPP se však nemůže vzdát své návykové látky-jídla. Tyto jedinci se tak musí naučit „kontrolovaně užívat.“ V léčbě pak oba typy pacientů mohou vykazovat podobné chování, bývají často v léčbě ambivalentní a neochotní.

Pacientky trpící bulimií často vyhledávají alkohol pro jeho anxiolytické účinky. Alkohol dokáže oslabit jejich výčitky z kompenzačního chování, kterých se bulimičky dopouštějí.

Bipolární afektivní porucha (F31)

BAP je celoživotní onemocnění, ve kterém se střídá manické, depresivní a smíšené epizody. Celoživotní prevalence BAP je 1–2 %, ženy a muži jsou postiženy stejně. Zajímavé je, že se často vyskytuje s onemocněním diabetes melitus II. typu, časté je také užívání návykových látek. Depresivní období jednoznačně dominuje nad obdobím manickým. Hlavními příznaky depresivní epizody je depresivní nálada, ztráta zájmů a potěšení, pokles energie a únavnost. Dále se mohou objevovat následující příznaky jako ztráta sebedůvěry, pocity viny, sebevražedné myšlenky, které mohou být realizovány, Látalová (nedatováno) udává dokonce dvacetinásobný počet dokonaných sebevražd, než je tomu v obecné populaci. Mezi další

příznaky patří poruchy spánku aj. Hypomanie a manie se projevuje těmito symptomy: zvýšená aktivita, hovornost, familiárnost, snížená potřeba spánku, velikášství, myšlenkový trysk, ztráta zábrán, aj. (Češková, 2015). Pacienti s BAP mají vyšší tendenci k užívání návykových látek, než je tomu u obecné populace. Až 60 % pacientů s BAP trpí závislostí (Torrens, 2017), Látalová (2010) uvádí 1/3. Preference návykové látky závisí na sociokulturním prostředí, v ČR je primárně užíván alkohol. To potvrzuje i zahraniční studie z roku 2006. Zneužívání alkoholu, či jiných návykových látek může mít za následek nedodržování léčebných opatření a následné zhoršení zdravotního stavu pacienta (Frye, Salloum, 2006). Tito pacienti mají také větší sklon k sebevražednému chování než pacienti, kteří návykové látky neužívají. Užívání zejména stimulací zhoršuje průběh nemoci (Látalová, Praško, 2009).

Depresivní fáze (F32)

Depresivní epizoda, se projevuje anhedonií, ztrátou zájmu, ztrátou sebevědomí, pocity viny, nebo beznaděje, sebevražedné myšlenky (až 15 % pacientů trpící těžkou depresí spáchá sebevraždu), agitace, aj. Přítomny mohou být i tělesné symptomy jako například poruchy spánku, snížené libido, přejídání, nebo naopak nechutenství, bolesti, pálení, pocity tlaku, aj. Výjimkou nejsou ani psychotické symptomy, jako bludy a halucinace, v tomto případě mluvíme o psychotické depresi (Raboch, 2006). Má také vliv na léčbu somatických onemocnění a mortalitu pacientů (Janů, 2007). Pro určení diagnózy musí obtíže trvat alespoň 2 týdny. Rozlišujeme je podle stupně intenzity na mírné, střední a těžké. Depresivní fáze se může opakovat pravidelně například na podzim, a vymizí začátkem jara (Raboch, 2006). Deprese je nejčastější psychiatrické onemocnění (Kryl, nedatováno), zaznamenáváme zvyšující se celoživotní prevalenci, která je vyšší u žen (9-26 %) než u mužů (5-12 %), až 1/3 depresí se stává chronickou. Postihuje nejvíce osoby ve věku 25–44 let. Na vznik deprese se podílí celá řada faktorů, velký vliv má genetická dispozice, chronická intoxikace, psychologická zátěž, nebo narušený vývoj osobnosti. Vliv na průběh deprese má mnoho faktorů, jako například tělesné a psychické poruchy, nebo užívání psychoaktivních látek, zejména alkoholu, opiátů, amfetaminů, nebo kokainu, které působí depresogenně (Janů, 2007).

Lidé trpící depresí, mají větší sklon ke zneužívání NL, a naopak uživatelé návykových látek mají sklon ke vzniku depresí. Depresivní porucha však může přetrvávat i při dlouhodobé abstinenci a stane se tak samostatným onemocněním. Přítomnost deprese má negativní vliv na léčbu pacienta se závislostí, léčba trvá delší dobu, je také zvýšený počet pokusů, i dokonaných sebevražd než u pacientů, kteří mají jen jednu poruchu. Deprese v kombinaci se závislostí se

vyskytuje častěji u žen než u mužů. V roce 2011 byl proveden výzkum s uživateli heroinu, kteří vyhledávali léčbu, celoživotní prevalence depresivní poruchy byla u nich přítomna v 55 % z toho ve 25 % se jednalo o primární poruchu (Torrens, 2017).

Periodická depresivní porucha (F33)

Pacient s periodickou depresivní poruchou prožívá pouze depresivní epizody. Celoživotní prevalence této choroby je 4–19 %. Pokud není zachycena, trvá průměrně 6 měsíců. Asi 50 % pacientů prodělá za život pouze jednu epizodu. Ve 30 % případů se nemoc stává chronickou. Až 15 % pacientů s touto poruchou spáchá sebevraždu. (Raboch, 2006).

Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43)

Poruchy přizpůsobení se vyskytují jako odpověď na významnou stresovou událost pacienta. V důsledku prožitého stresu se u pacienta rozvíjí maladaptivní chování, které se promítá do každodenního fungování pacienta. Těžkým stresem je myšlena událost v životě klienta, která výrazně mění klientův život, jedná se například o úmrtí blízkého člověka, konflikty v rodině či zaměstnání, náhlé těžké onemocnění ale také série menších stresujících událostí. Následkem těchto událostí jedinec nezvládá plnit například své životní role (Látalová et al., 2015).

Poruchy osobnosti

Osobnost je tvořena primárně souběhem psychických a fyzických složek člověka, dále je dotvářena temperamentem, jakožto vlastností vrozenou, a charakterem, jakožto vlastností získanou. U pacientů s PO se vyskytují určité odchylky právě v těchto složkách. První známky se mohou projevat již v dětských letech. Mohou ale vzniknout i později, během života, a to v případech, kdy pacient prožil například nějaké silné trauma, nebo jako výsledek dlouhodobé deprivace, či důsledkem dalších psychiatrických onemocnění (Raboch, 2013). Zasahuje na úrovni kognice, efektivity, interpersonální funkce a kontroly impulzů (Riegel, 2020). Jedná se o poruchu trvalou, jen těžko léčitelnou, často i horšící se s věkem (Raboch, 2013), může ale také dojít k remisi (Riegel, 2020). Pacienti jsou velmi zranitelní vůči psychické i fyzické zátěži. Pacienti s PO, kteří jsou delší dobu pod tlakem, či zažívají osobní problémy, se mohou dekompenzovat a jejich PO se začne silně projevovat, může to skončit až sebepoškozováním, či pokusem o sebevraždu. Pacienti si nemusejí uvědomovat svoje často odlišné chování, nevidí v něm nic patologického, ačkoliv mnohdy svým chováním ubližují druhým. Bývají také přesvědčeni, že problém má jejich okolí, tato porucha je označována jako ego-syntonní. Ego-

dystonií porucha se naopak vyznačuje tím, že pacient trpí svým chováním, a myslí si, že je ostatním na obtíž (Raboch, 2013). Dále se může PO vyznačovat nesjednocenou identitou, a zejména, čehož si všímá hlavně okolí, a primitivními obrannými mechanismy (McWilliams, 2015). Diagnostika PO bývá často obtížná a zdlouhavá, je to dáno velkém výčtu vlastností konkrétní PO a jejich intenzity, která může být u každého pacienta zcela individuální. Komplikuje to dále i fakt, že PO mohou být pouze sekundárním psychiatrickým onemocněním (Raboch, 2013).

Sikora (2007) úzce spojuje poruchu osobnosti a následné užívání návykových látek, kdy se jedinci snaží vyřešit své problémy skrze alkohol, či jiné návykové látky. Gamblerství často spojuje s antisociální poruchou osobnosti. U závislých na heroinu jednoznačně dominovala hraniční porucha osobnosti, a to až ve 45 %. Torrens (2017) zmiňuje, že lidé závislí na opioidech s poruchou osobnosti vykazují silnější látkovou závislost, mají větší sklon k rizikovému chování, a je u nich patrný i větší výskyt sebevražd.

Paranoidní porucha osobnosti (F60.0)

Paranoidní porucha osobnosti se vyskytuje s prevalencí až 2,5 % v běžné populaci, častější je u mužů. Paranoidní rysy osobnosti se mohou vyskytnout již v dětství a dospívání, kdy jsou mladí lidé přecitlivělí, nebo trpí sociální úzkostí. Nezanedbatelná je také komorbidita s depresemi, úzkostmi, sociální fobií, nebo závislostí (Praško, 2003).

Schizoidní porucha osobnosti (F60.1)

Mohli bych se domnívat, že lidé trpící SPO (schizoidní porucha osobnosti) mohou trpět zároveň schizofrenií, tato myšlenka není dosud nijak podložena, nicméně faktem je, že trpící schizofrenií, měli nejčastěji schizoidní osobnost. Lidé s SPO jsou velmi citliví a zranitelní vůči okolním vlivům a k sobě bývají sebekritičtí. Okolní svět mohou chápat jako potenciálně nebezpečný, mohl by je pohltit a ohrozit jejich individualitu, mohou z toho mít až úzkostné starosti, či dokonce strach. Mají tendence se skrývat, nebo unikají do světa vlastní fantazie. Jejich velkým tématem je rozštěpení, a to jednak mezi jimi samými a vnějším světem, a pak

mezi prožíváním a touhou. Jako další obranné mechanismy často používají introjekci, projekci, idealizaci, znehodnocení, nebo intelektualizaci. Schizoidní lidé mají sklony ke kreativě a tvořivosti, nezřídka bývají umělci. (McWilliams, 2015).

Příčinou vzniku SPO mohlo být nedostatek společnosti v raném dětství, nebo emoční neupřímnost či vylučující se vyjádření ze strany rodičů (McWilliams, 2015). Schizoidní rysy se začínají objevovat již v dětství, kdy se dítě izoluje, uniká do světa fantasmie a je emočně netečné. Výskyt SPO je vyšší u mužů než u žen, přesná prevalence nemoci není jasná. Klienti s SPO jen zřídka vyhledávají terapii, navázání terapeutického vztahu s tímto klientem je velice obtížné a je potřeba opatrnosti a trpělivosti (Praško, 2003).

Závislá porucha osobnosti (F60.7)

Lidé s touto poruchou osobnosti trpí strachem z opuštění, z odmítnutí a z vlastní neschopnosti. Díky tomu nejsou dostatečně asertivní, bojí se, že když se více vymezí, blízký je opustí. Jsou submisivní, mohou na druhé působit podlézavě, lehce se tak stanou terčem zneužití. Také až nezdravě lpí a spoléhají na druhé, dokonce i v situacích, ve kterých se musí sami rozhodnout. Sami sebe vnímají jako někoho neschopného. Špatně snáší samotu, myslí si, že se nedokáží postarat sami o sebe (Praško, 2003). Nemají rádi změny a neočekávané situace (Houbová, 2004 b). V době, kdy závislá osoba cítí strach, nebo obavy z odchodu partnera, mohou upadat do depresí. Mají tendence k užívání návykových látek, zejména k alkoholu, nebo sedativům, výjimečné ale nejsou ani poruchy příjmu potravy (Praško, 2003). Na druhou stranu jsou lidé s touto poruchou pracovití a svědomití, což může vést až k workoholismu. Častěji bývá přítomna u žen, to může být ale dáno nedostatečnou diagnostikou. Tato porucha se často také vyskytuje u mladších sourozenců ve více četných rodinách. Prevalence v obecné populaci je 2–4 %. (Houbová, 2004 b).

Díky jejich způsobu chování, mohou mít okolní lidé potřebu jim pomoci, to ale vede k prohlubování jejich problému, a sice přijetí vlastní odpovědnosti. Mimo jiné můžou mít sklony k depresím, úzkostem, nebo psychosomatickým onemocněním. Původem může být odmítnutí matky v orálním stadiu psychosexuálního vývoje dítěte, nebo další porucha attachmentu. Pro léčbu je vhodná individuální, nebo skupinová psychoterapie. Pozor bychom si měli dát na závislost klienta na terapeutovi, případně na některých členech skupiny. Typické je také zhoršení jejich stavu před plánovaným ukončením terapie, či spolupráce (Houbová, 2004 b).

Léčba adiktologických pacientů

Ambulantní léčba adiktologických pacientů

V devadesáti pěti adiktologických ambulancích na území ČR bylo v roce 2019 evidováno zhruba 5 000 klientů. Tento počet je však v jednotlivých krajích nedostatečný, zejména chybí adiktologicky zaměřeni psychiatři (Mravčík et al. 2020). V cca 450 psychiatrických ambulancích je ročně evidováno 35 – 37 000 klientů, zejména se jedná o uživatele alkoholu, kteří tvoří více než polovinu (55 %) pacientů v ambulantních zařízeních (Chomynová et al. 2022).

Díky MUDr. Jaroslavu Skálovy, v roce 1948 vzniklo protialkoholní oddělení Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Zde také vznikla v roce 1951 první záchytná stanice, později pak ambulance pro děti trpící závislostí a v roce 2002 vznikla ambulance pro klienty zneužívající jiné návykové látky než alkohol. V současné době klinika adiktologie zajišťuje tyto služby: detoxifikační jednotku, lůžkové oddělení pro muže, lůžkové oddělení pro ženy, ambulance pro alkoholové závislosti, ambulance pro nealkoholové závislosti, středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii, centrum

substituční léčby, ambulanci dětské a dorostové adiktologie a adiktologickou ambulanci (Adiktologická ambulance, 2019).

Adiktologická ambulance, ze které čerpá data tato práce byla založena v roce 2015, jejím provozovatelem je Klinika adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Adiktologická ambulance vznikla reakcí na nedostatečnou síť adiktologických služeb. Ambulance pokrývá hlavně oblast Prahy a středočeského kraje, dále ale také poskytuje telefonické a online poradenství, které je poskytováno celé ČR. Adiktologická ambulance nabízí zejména tyto služby: konzultační a poradenský servis, testování a diagnostika, screeningové vyšetření, léčba a následná péče. Vytváří klientům individuální léčebný plán, dominují zde psychoterapeutické, farmakoterapeutické a sociální přístupy. Ambulance se také zaměřuje na prevenci relapsu. Dále nabízí služby pro rodiny nebo blízké klienta, jako je například skupinová psychoterapie, nebo rodinná terapie. Samozřejmostí je pak multidisciplinární tým, který se skládá z psychiatrů, adiktologů, psychoterapeutů, dále pracovníků zaměřených na sociální práci a právo. terapie. Cílovou skupinou adiktologické ambulance jsou klienti, kteří vykazují problémy s návykovými látkami (F.10 – F.19), nebo nelátkovými závislostmi, jako je například gambling, nebo závislost na počítačových hrách. Nejčastější zneužívaná látka mezi klienty v adiktologické ambulanci je alkohol, dále pak pervitin, heroin, marihuana, nebo kombinace několik látek. Tito klienti jsou dostatečně motivováni ke změně a jsou indikováni k ambulantní léčbě. K datu 31. 12. 2020 bylo evidováno 627 klientů, z toho 406 klientů byli uživatelé, zbylých 221 klientů byli neuživatelé, osoby blízké. Ze 627 uživatelů bylo 326 mužů. Průměrný věk klientů byl 43,6 let. 59 % klientů přicházejí do ambulance kvůli problémovému užívání alkoholu (Adiktologická ambulance, 2020).

Specifické cílové skupiny Adiktologické ambulance (Adiktologická ambulance, 2020):

- Pacienti s lékovou závislostí.
- Pacienti indikovaní pro kontrolované užívání.
- Pacienti v post-produktivním věku užívající návykové látky včetně léků.
- Matky uživatelky drog s dohledem OSPOD.
- Rodiče a blízcí uživatelů.

- Děti s adiktologickou zátěží, tj. Děti uživatelů návykových látek, případně uživatelů s nelátkovou závislostí.

Léčba je dobrovolná, jediný kritériem pro přijetí pacienta je jeho souhlas. Léčba je hrazena pojišťovnou, a je vedena dokumentace, není tedy možné, aby byla pro klienty anonymní. Klient může být odmítnut z důvodu akutního duševního nebo tělesného onemocnění, či zhoršení zdravotního stavu, které by klientovi znemožnilo docházení do Adiktologické ambulance.

Léčba adiktologických pacientů s komorbiditou

Adiktologičtí klienti trpící komorbiditou vyžadují zcela individuální přístup. Většina léčebných zařízení v současné době nedisponuje takovými prostředky, aby mohla těmto klientům poskytnou maximální péči, ačkoliv o to jisté snahy jsou. Jako nejčastější překážky uvádí Torrens (2017) rozdělení léčebných zařízení na psychiatrická a adiktologická oddělení, pacienti s psychiatrickou komorbiditou však potřebují obě zařízení současně. Další překážkou je nekompetentnost a nízká odbornost pracovníků v léčebných zařízeních k potřebám klientů s psychiatrickou komorbiditou. Jako účinný se ukázal podpurný a motivační přístup, před dynamickou psychoterapií, která by mohla klientův stav i zhoršit. Vhodné jsou i metody KBT (NIDA, 2018). Důležitá je také péče o okolí klienta, je třeba blízké edukovat o náročnosti léčby a o možnosti relapsů případně suicidálního chování. V České republice se klienty s komorbiditou zabývá terapeutická komunita Magdalena o. p. s., nebo terapeutická komunita Sejřek (Štochlová, 2014).

V léčbě pacientů se závislostí a komorbiditou se využívají tři léčebné modely. Paralelní model vychází z předpokladu, že závislost i psychiatrická komorbidita se léčí současně v čase, avšak odděleně na dvou různých pracovištích. Obě pracoviště jsou spolu, pokud možno, v úzké spolupráci. Sériový model léčby léčí komorbiditu a závislost odděleně v čase. Nejprve se řeší nejzávažnější problémy, například těžký abstinenční syndrom. Poté se pacient „předá dál.“ Kvůli tomu může pacient navštívit řadu problému a péče o něj bude značně nekonzistentní.

V integrovaném modelu léčby se závislost a komorbidita léčí současně, pacient navštěvuje, nebo přebývá v jediném zařízení, kde má veškerou péči. Z pochopitelných důvodů se tak jedná o nejúčinnější model léčby (Torrens, 2017), to potvrzuje i Nešpor (2003).

Adiktologičtí klienti s PO vyžadují více odborné péče než jiní klienti. Jejich léčba může být komplikovaná, z důvodu projevů jejich chování, slabé motivace, nebo dokonce jejich nespokojenosti. Tím také snižují pravděpodobnost úspěšného ukončení léčby, a zvyšují pravděpodobnost vzniku relapsu. Díky svému chování není pozornost personálu rovnoměrně rozvržená pro všechny klienty (Hrnčiarová, nedatováno). Výsledek léčby je také ovlivněn typem poruchy osobnosti. Sikora (2007) uvádí, že ne příliš dobré výsledky v léčbě vykazují klienti s komorbiditou antisociální PO, či depresí.

Pacienti s poruchou osobnosti mohou být v léčbě velkou zátěží jak pro pečující personál, tak pro ostatní klienty. Z mého pohledu může být velmi přínosná včasná diagnostika těchto poruch a péče o klienta ve smyslu zvyšování jeho náhledu a motivace ke změně. Jedním z cílů by mělo být pomoci klientovi rozklíčovat bludný kruh patologického chování, ve kterém se nachází, a případně tento kruh zpracovat a opustit. Tito klienti v adiktologické péči potřebují zvláštní pozornost, nezdá se, že by mohli mít díky svému chování další problémy, hlavně v sociální oblasti. Myslím, že je nezbytné, aby personál, pracující s těmito klienty, byl náležitě edukován o této problematice, a měl dostatečnou možnost supervize.

Metody sběru analýzy dat

Cíle výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je zjistit prevalenci komorbidit ve vybrané adiktologické ambulanci, dále zjistit poměr konkrétních komorbidit a zjistit možné korelace mezi různými komorbiditami a různými znaky, jako je pohlaví, věk, typ komorbidity a počet psychiatrických komorbidit u jednoho pacienta.

Výzkumné otázky

1. Jaká je prevalence komorbidit u klientů Adiktologické ambulance, starších osmnácti let, trpící závislostí, nebo problémovým užíváním?
2. Jaké jsou nejčastější komorbidity u těchto klientů?

3. Má pohlaví těchto klientů vliv na výskyt komorbidit? Pokud ano, jaké komorbidity se u konkrétního pohlaví vyskytují nejčastěji?
4. Má věk klientů vliv na přítomnost konkrétních komorbidit?

Metody sběru dat

Data budou retrospektivně extrahována z databáze FONS z roku 2021, se kterými pracuje klinika adiktologie. Tato databáze sbírá informace z každé klientovy návštěvy, systém sbírá o každém klientovi tyto data: druh pojišťovny, rok narození, věk, pohlaví, město a jeho část, datum návštěvy, hlavní diagnóza dle MKN-10, další diagnóza/y dle MKN-10 a záznamy o poskytnutých službách a výkonech. Údaje budou pro mě zaslepeny vedoucím adiktologické ambulance, který je současně i v roli vedoucího práce. Podle mě poskytnutých dat tak nelze identifikovat konkrétního pacienta. Sběr dat již proběhl, retrospektivně budu pracovat s daty z roku 2021. Analýza dat bude provedena pomocí deskriptivní a induktivní statistiky. Pomocí induktivní statistiky bude stanovena prevalence psychiatrických komorbidit a další sociodemografické údaje u těchto klientů. Do výzkumného vzorku nebudou zapojeni klienti kteří nemají problém s užíváním návykových látek, jedná se zejména o příbuzné klientů, kteří z nějakého důvodu navštívili adiktologickou ambulanci. Dále jsem vyřadila klienty, kteří trpěli

diagnózou F19, tedy měli polymorfní závislost. Dále nebudu pracovat s daty klientů kteří trpí nelátkovými závislostmi. Ze vzorkové databáze jsem také vyřadila několik vzorků, u kterých se nedala jednoznačně určit primární diagnóza nebo komorbidita, jednalo se o jednotky případů. Současně v této práci nedávám váhu zda pacient trpí závislostí či problémovým užíváním. Z databáze extrahuji klienty, kteří mají uvedenou další psychiatrickou diagnózu současně s diagnózou závislosti, nebo problémového užívání. Poté, budou data o těchto klientech rozdělena do shluku podle pohlaví, podle druhu přítomných komorbidit, a podle věku. Tím zjistíme případné vztahy mezi výskytem komorbidit a pohlavím. Pro další postup předpokládáme použití frekvenčních a kontingenčních tabulek pro popis výzkumného souboru, pro samotnou analýzu dat potom chí kvadrát, korelační analýzy, a faktorové analýzy. Z těchto dat se vytvoří klastry, zejména podle druhu psychiatrické komorbidity a/nebo podle preferované a/nebo podle pohlaví a hypotézy budou testovány pomocí jí kvadrátů, korelační a faktorové analýzy.

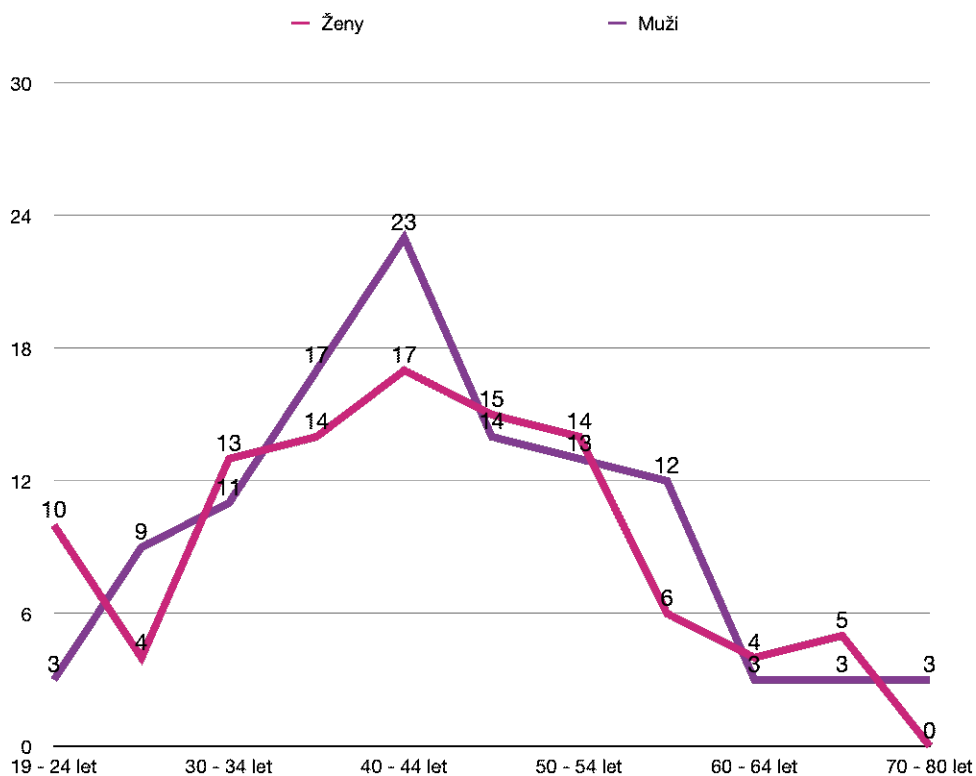
Základní soubor a výzkumný vzorek

Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 bylo k roku 2017 aktivních 95 adiktologických ambulantních služeb. V roce 2019 využívalo ambulantní zdravotnickou adiktologickou službu 4573 klientů, z nichž 54 % byly ženy (Mravčík Eds., 2020). Základní souborem tohoto výzkumu jsou klienti adiktologických ambulancí v ČR, starší osmnácti let, kteří v letech 2016 až 2020 vyhledali ambulanci z důvodu problémů spojených s užíváním návykových látek. Výzkumným souborem budou pouze klienti konkrétní adiktologické ambulance (Klinika adiktologie, Praha), jedná se tak o totální výběr, výsledky výzkumu tedy nebude možné zobecnit na celou populaci. Pro toto zařízení by to mohlo být v budoucnu přínosné a nápomocné zejména s revizí určování diagnózy a změnou léčebného procesu. V roce 2018 zde bylo v péči 810 klientů, z toho 530 mužů, 277 žen a 3 klienti uvedli jako pohlaví transgender. Zhruba 28 % klientů trpělo psychiatrickou komorbiditou (Richterová,

Šťastná & Jandač, 2018). Jedná se o totální výběr klientů adiktologické ambulance, kteří v roce 2021 navštívili adiktologickou ambulanci z důvodu problémů spojených s užíváním návykových látek, a kteří zároveň splňují kritéria pro diagnózu syndromu závislosti, nebo škodlivého užívání (F.10 – F.19) a jsou starší osmnácti let. Ze studie byly vyřazeny patologičtí hráči a jiní pacienti, kteří trpí nelátkovými závislostmi, dále byly vyřazeni klienti, kteří trpí polymorfním užíváním. Dále byli odebráni klienti, jejichž diagnóza nebyla zcela jednoznačná, tedy například podle dostupných dat klient navštívil Adiktologickou ambulanci dvakrát za jediný den a pokaždé mu byla určena jiná diagnóza. Jako komorbiditu zde budeme brát další diagnostikované psychiatrické onemocnění společně se syndromem závislosti, nebo s diagnózou škodlivého užívání. Polymorfní uživatele návykových látek nejsou automaticky označováni jako klienti s psychiatrickou diagnózou. Zároveň tyto klienti alespoň jednou využili poradenské služby kliniky adiktologie. Data o klientech byla evidována do databáze FONS, z tohoto systému tak budou pouze vyjmuta analyzována. Sběr dat tedy již proběhl, budou se pouze zpětně analyzovat. Databáze sbírá informace z každé klientovy návštěvy. Systém sbírá o každém klientovi tyto data: druh pojišťovny, rok narození, pohlaví, město a jeho část, datum návštěvy, hlavní diagnóza dle MKN–10, další diagnóza dle MKN–10 a záznamy o poskytnutých službách a výkonech.

Výzkumným souborem jsou klienti Adiktologické ambulance, kterým byla v roce 2021 poskytnuta péče. Ve vzorku jsou tak jen klienti s primární diagnózou F10-F18. Výzkumný soubor obsahuje 201 klientů. Z toho 111 mužů a 90 žen. Průměrný věk klientů je 44 let (viz graf č. 1), nejmladšímu klientovi je 19 let, nejstaršímu pak 80 let. Nejčastěji uváděné trvalé bydliště byla Praha (140), dále pak Středočeský kraj (40).

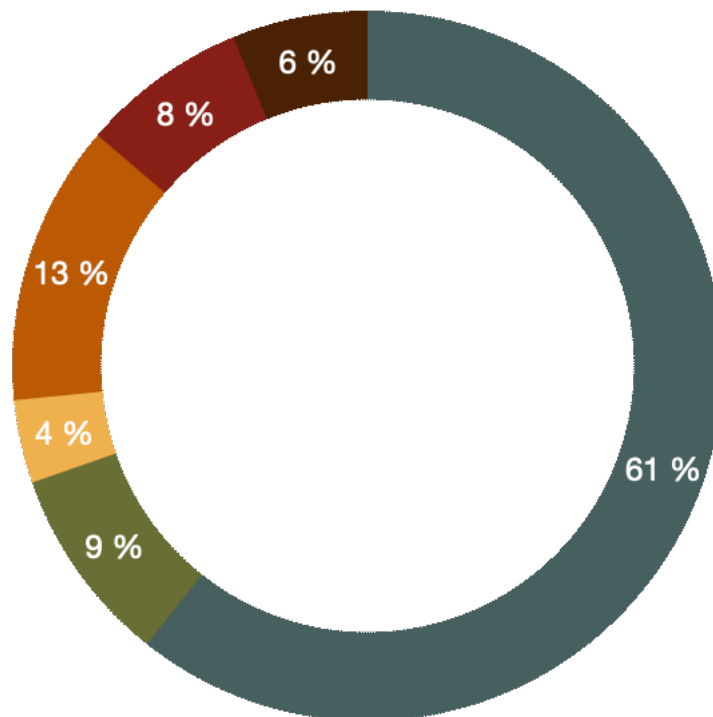
Graf č. 1: Věkové rozložení výzkumného vzorku (n)



Nejčastěji se jako preferované NL u pacientů objevují problémy spojené s užíváním alkoholu (F10), a to konkrétně 128 osob, z toho 70 mužů a 58 žen. Druhou nejčastější preferovanou látkou jsou sedativa, nebo hypnotika (F13) a to u 27 osob z toho u 9 mužů a 18 žen. Dále 19 osob zneužívalo opioidy (f711), z toho 12 mužů a 7 žen. 16 klientů má problém s užíváním stimulantů (F15), z toho 9 žen a 7 mužů. 13 klientů má jako primární diagnózu F17, z toho 6 mužů a 7 žen. 8 klientů má jako primární diagnózu F12, poměr mužů a žen je zde rovnoměrně rozložen. Pouze 2 pacienti mají jako primární drogu kokain (F14). Pouze jeden pacient má diagnózu F18, tedy závislost na rozpouštědlech. Viz graf č. 2.

Graf č. 2: Podíl preferované látky ve výzkumném vzorku (%)

Alkohol Opioidy Kanabinoidy Sedativa a hypnotika
Jiná stimulancia tabák

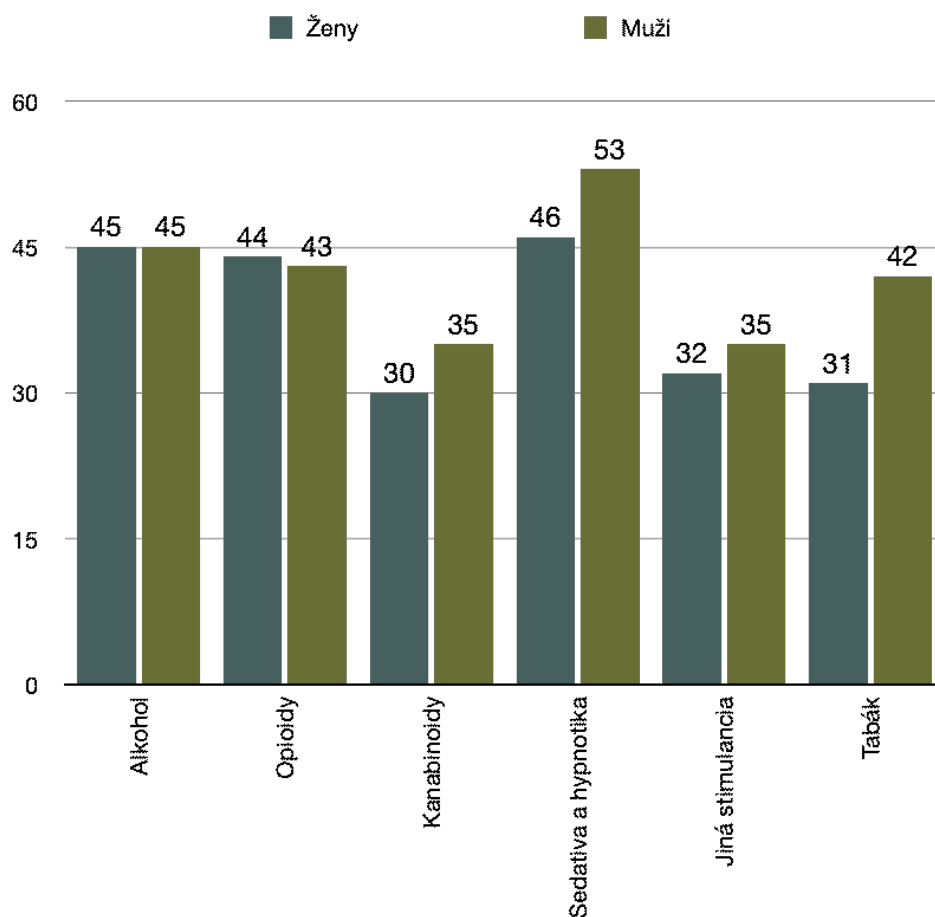


Průměrně nejstarší pacienti jsou uživatelé sedativ a hypnotik, a to zejména u mužů kde je věkový průměr 53 let, u žen uživatelék je průměrný věk nižší, 46 let, ale i to je vyšší než průměrný věk celého sledovaného vzorku (43 let). Nejnižší průměrný věk je pak u uživatelů kanabinoidů, u mužů 35 let, u žen dokonce 30 let. Mladší věk u pacientů dále vidíme u uživatelů stimulancií kde je průměrný věk u žen 32 let a u mužů 35. Další rozdíl v průměrném věku spatřujeme dále u uživatelů tabáku, kdy je průměrný věk u žen 31 let, u mužů pak 42 let, tedy zhruba obdobný jako průměrný věk výzkumného vzorku. Průměrný věk u uživatelů ostatních látek se již výrazně neliší od průměrného věku, ani v něm není výrazný rozdíl mezi pohlavími.

Průměrný věk u uživatelů alkoholu je jak u mužů tak u žen 45 let. U uživatelů opioidů je to u žen 44 a u mužů 43 let. Průměrný věk dvou klientů užívající kokain je 38,5 let, oba klienti jsou muži. Jedinému klientovi, zneužívající rozpouštědla je 33 let. Viz graf č. 3.

Zpráva o závislostech v České republice uvádí podobné výsledky průměrného věku uživatelů: Alkohol 45,0, tabák 36,0, stimulancia 31,5, opioidy 37,7, kanabinoidy 27,2 a sedativa a hypnotika 51,1 (Mravčík et al, 2021).

Graf č. 3: Průměrný věk pacientů v závislosti na primární návykové látce (n)*



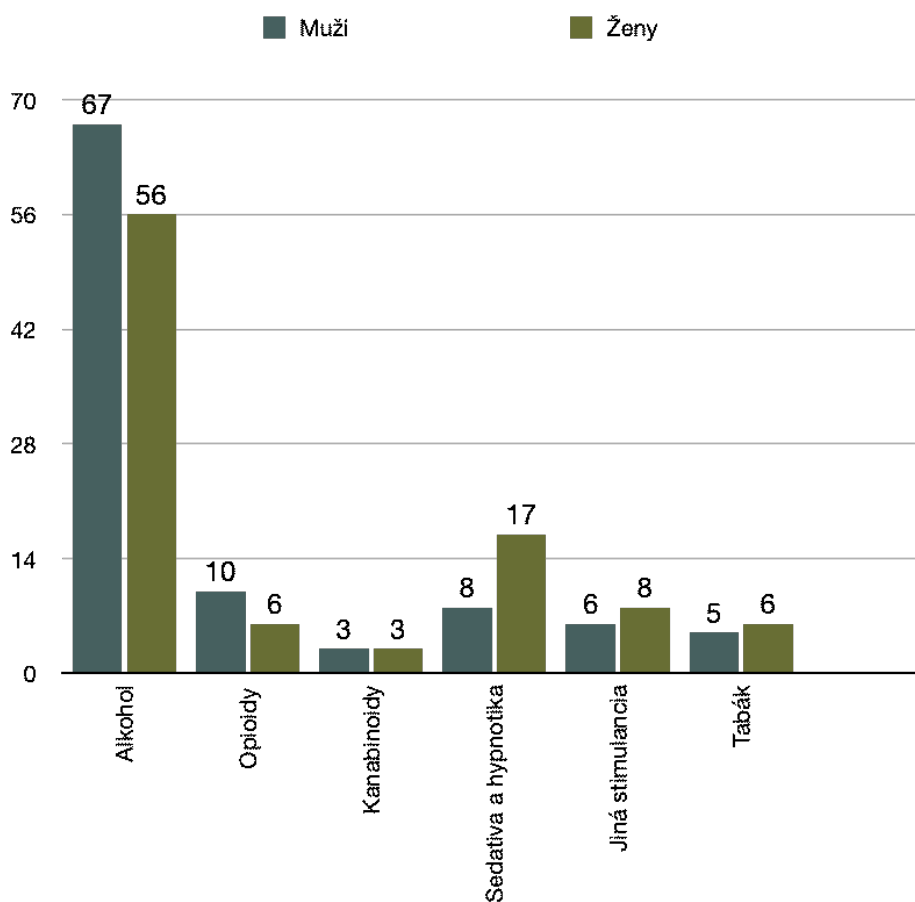
**Dále v textu užívané označení diagnóz dle MKN-10, bude upraveno následovně: F10;alkohol, F11; opioidy, F12; kanabinoidy, F13; sedativa a hypnotika, F14; kokain, F15; jiná stimulantia/stimulantia, F17; tabák, F18; rozpouštědla*

Významnější rozdíl mezi ženami a muži je u uživatelů sedativ a hypnotik, kde výrazněji dominují ženy. Ženy také mírně dominují u užívání tabáku a stimulantů. Naproti tomu muži mají více problémů s alkoholem, než ženy, též je u nich mírně výraznější užívání opioidů. Podíl mužů a žen užívající kanabinoidy je stejný. Mezi oběma pohlavími jasně dominuje užívání alkoholu (56–67 %). Podíl ostatních užívaných látek je podobný, více je uživatelů sedativ a hypnotik (8–17 %). V Adiktologické ambulanci je pak nejméně uživatelů kanabinoidů, kde je shodný podíl mužů i žen (3 %). V Adiktologické ambulanci jsou pouze dva uživatelé kokainu, oba jsou muži. Jediný klient užívající rozpouštědla je také muž. Viz tabulka č. 3. a graf č. 4.

Tabulka č. 3: Počet mužů a žen v závislosti na typu zneužívané látky.

	Alkohol		Opioidy		Kanabinoidy		Sedativa a hypnotika		Jiná stimulancia		Tabák	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Ženy	58	56,3	7	6,7	4	3,8	18	17,4	9	8,7	7	6,7
Muži	70	63,1	12	10,8	4	3,6	9	8,1	7	6,3	6	5,4
Celkem	128		19		8		27		16		13	

Graf č. 4: Podíl mužů a žen v závislosti na typu zneužívané látky (%)



Tabulka č. 4 shrnuje věk pacientů a preferovaných návykových látek. Nejvíce uživatelů alkoholu je ve věkové kategorii 61-70 let, u žen je to 77,7 % u mužů dokonce 83,3 %. Užívání alkoholu

je také častější ve věkových kategoriích 31–40, 41-50, a 51-60 let, v těchto věkových kategoriích se užívání alkoholu objevuje u více než 60 % případů (31-40, 66,6 %; 41-50, 60,0 % a 51-60, 61,1 %). U mladých lidí do třiceti let se alkohol objevuje pouze ve 20,0 %. U pacientů starších sedmdesát let se neobjevuje vůbec. Muži užívající alkohol mají nejčastěji věk 61-70 let a to v 83,3 %. Poměr alkoholu ve všech věkových kategoriích u mužů nedosahuje nižší hodnoty než 50,0 %, tomu tak je u věkové kategorie 19-30 let. Dále ve věkové kategorii 31-40 je podíl mužů užívající alkohol 57,1 %, ve věkové kategorii 41-50 je to 67,5, dále 51-60, 69,5 %, a ve věkové kategorii 71-80 let je to 66,6 %. Opioidy jsou nejčastěji užívány u žen ve věkové kategorii 51-60 let v 11,1 %, u mužů ve věkové kategorii 41-50 let v 16,2 %. Dále jsou u žen přítomny ve věkové kategorii 41-50 let v 10,0 % a ve věkové kategorii 31-40 let v 5,5 %. U mužů jsou přítomny ve věku 31-40 let v 10,7 % a ve věkové kategorii 51-60 let v 8,6 %. Ve věkové kategorii 19-30 let se uživatelé opioidů nevyskytují, stejně tak u pacientů starších šedesáti let. Kanabinoidy jsou u žen nejčastější ve věkové kategorii 19-30 let. Dále je jediný případ (3,3 %) ve věkové kategorii 41-50 let. Muži nejčastěji užívají marihuanu mezi 19-40 rokem života. Sedativa a hypnotika jsou u žen nejčastěji užívána ve věkové kategorii 51-60 let ve 27,7 %, u mužů ve věkové kategorii 71-80 let ve 33,3 %. U žen jsou pak sedativa a hypnotika častěji užívána ve věkové kategorii 61-70 let, a to ve 22,2 % dále 41-50 let 16,6 %, 19-30 let ve 13,3 % a ve věkové kategorii 31-40 let v 11,1 %. Ve věkové kategorii 71-80 let uživatelky sedativ a hypnotik nejsou. U mužů jsou více časté ve věkové kategorii 61-70 let 16,6 %, dále 51-60 let 13,0 %, 19-30 let 7,1 %, 31-40 3,5 % a u věkové kategorie 41-50 je to 0,2 %. Kokain užívají dva muži (7,1 %) ve věku 31-40 let. Stimulancia jsou nejčastěji u žen užívána ve věkové kategorii 19-30 let a to ve 26,6 % dále ve věkové kategorii 31-40 let 11,1 % a v kategorii 41-50 let 6,6 %. Ve výzkumném vzorku nejsou klientky starší 51 let užívající stimulancia. Podobné výsledky vidíme i u mužů, nejčastější je též věková kategorie 19-30 let 21,4 %, dále stejně jako u žen věková kategorie 31-40 let 7,1 %, dále 41–50 let 5,4 %. Ani zde nejsou starší klienti 51 let užívající stimulancia. Ženy i muži ve výzkumném vzorku nejčastěji užívají tabák ve věkové kategorii 19-30 let (ženy 20,0 %, muži 14,2 %). U žen je dále častější kategorie 31-40 let 5,5 %, a 41-50 let 3,3 %, dále není v léčbě uživatelka tabáku starší padesáti let. U mužů je častější věková kategorie 51-60 let 8,6 % a dále kategorie 41-50 let 5,4 %. Ve věkové kategorii 31-40 let a od 70 let není žádný uživatel tabáku.

Věkovou kategorii 19-30 let tvoří ženy užívající stimulancia 26,6 %, alkohol 20,0 %, kanabinoidy 20,0 %, tabák 20,0 %, sedativa a hypnotika 13,3 %, a opioidy 0,0 %. U mužů jí

tvoří alkohol 50,0 %, stimulancia 21,4 %, tabák 14,2 %, sedativa a hypnotika 7,1 %, kanabinoidy 3,5 %, opioidy 0,0 %. Věkovou kategorií 31-40 let tvoří u žen uživatelky alkoholu v 66,6 %, Sedativ a hypnotik 11,1 %, stimulancií 11,1 %, tabáku 5,5 % a opioidů 5,5 %, žádná z žen ve věkové kategorii 31-40 let nekouří marihuanu. U mužů alkohol 57,1 %, opioidy 10,7 %, kanabinoidy 7,1 %, kokain 7,1 %, sedativa a hypnotika 3,5 %, tabák 0,0 %. Věkovou kategorií 41-50 let tvoří u žen uživatelky alkoholu v 60,0 %, sedativa a hypnotika 16,6 %, stimulancia 6,6 % opioidy 5,5 %, kanabinoidy 3,3 % a tabák 33,3 %. U mužů je věková hranice 41-50 let tvořena zejména muži užívající alkohol 69,5 %, opioidy 8,6 %, tabák 5,4 %, sedativa a hypnotika 0,2 %, žádný z mužů v této věkové kategorii neužívá kanabinoidy, stimulancia nebo kokain. Věková kategorie 51-60 let je u žen tvořena uživatelkami alkoholu 61,1 %, sedativa a hypnotika 27,7 %, opioidy 11,1 %, žádná z žen v této věkové kategorii neužívá kanabinoidy, stimulancia, tabák nebo kokain. U mužů je nejčastější v této věkové kategorii užívání alkoholu 69,5 %, sedativ a hypnotik 13,0 %, opioidů 8,6 %, tabák 8,6 %, žádný muž v této věkové kategorii neužívá kanabinoidy, stimulancia nebo kokain. Věková kategorie 61-70 let je u žen i u mužů nejvíce tvořena uživateli alkoholu, u žen je to konkrétně 77,7 %, dále ženy užívají sedativa a hypnotika ve 22,2 %, jiné látky v této věkové kategorii neužívají. U mužů je zastoupení alkoholu ještě vyšší, a to 83,3 %, dále sedativa a hypnotika 16,6 %, stejně jako ženy, ani muži v této věkové kategorii jiné látky neužívají. Věková kategorie 71-80 let je tvořena pouze muži, ze 66,6 % se jedná o uživatele alkoholu, dále sedativ a hypnotik 33,3 %, jiné látky nejsou užívány.

Tabulka č. 4: Rozdělení vzorku do věkových kategorií podle návykových látek.

		Ženy		Muži	
		(N)	%	(N)	%
Alkohol	19-30	3	20,0	7	50,0
	31-40	12	66,6	16	57,1
	41-50	18	60,0	25	67,5
	51-60	11	61,1	16	69,5
	61-70	7	77,7	5	83,3
	71-80	0	0,0	2	66,6
Opioidy	19-30	0	0,0	0	0,0
	31-40	1	5,5	3	10,7
	41-50	3	10,0	6	16,2
	51-60	2	11,1	2	8,6
	61-70	0	0,0	0	0,0
	71-80	0	0,0	0	0,0
Kanabinoidy	19-30	3	20,0	1	3,5
	31-40	0	0,0	2	7,1
	41-50	1	3,3	0	0
Sedativa a hypnotika	19-30	2	13,3	1	7,1
	31-40	2	11,1	1	3,5
	41-50	5	16,6	1	0,2
	51-60	5	27,7	3	13,0
	61-70	2	22,2	1	16,6
	71-80	0	0,0	1	33,3
Kokain	31-40	0	0,0	2	7,1
Jiná stimulácia	19-30	4	26,6	3	21,4
	31-40	2	11,1	2	7,1
	41-50	2	6,6	2	5,4
	51-60	0	0,0	0	0,0
	61-70	0	0,0	0	0,0
	71-80	0	0,0	0	0,0
Tabák	19-30	3	20,0	2	14,2
	31-40	1	5,5	0	0,0
	41-50	1	3,3	2	5,4
	51-60	0	0,0	2	8,6
	61-70	0	0,0	0	0,0
	71-80	0	0,0	0	0,0

Výsledky

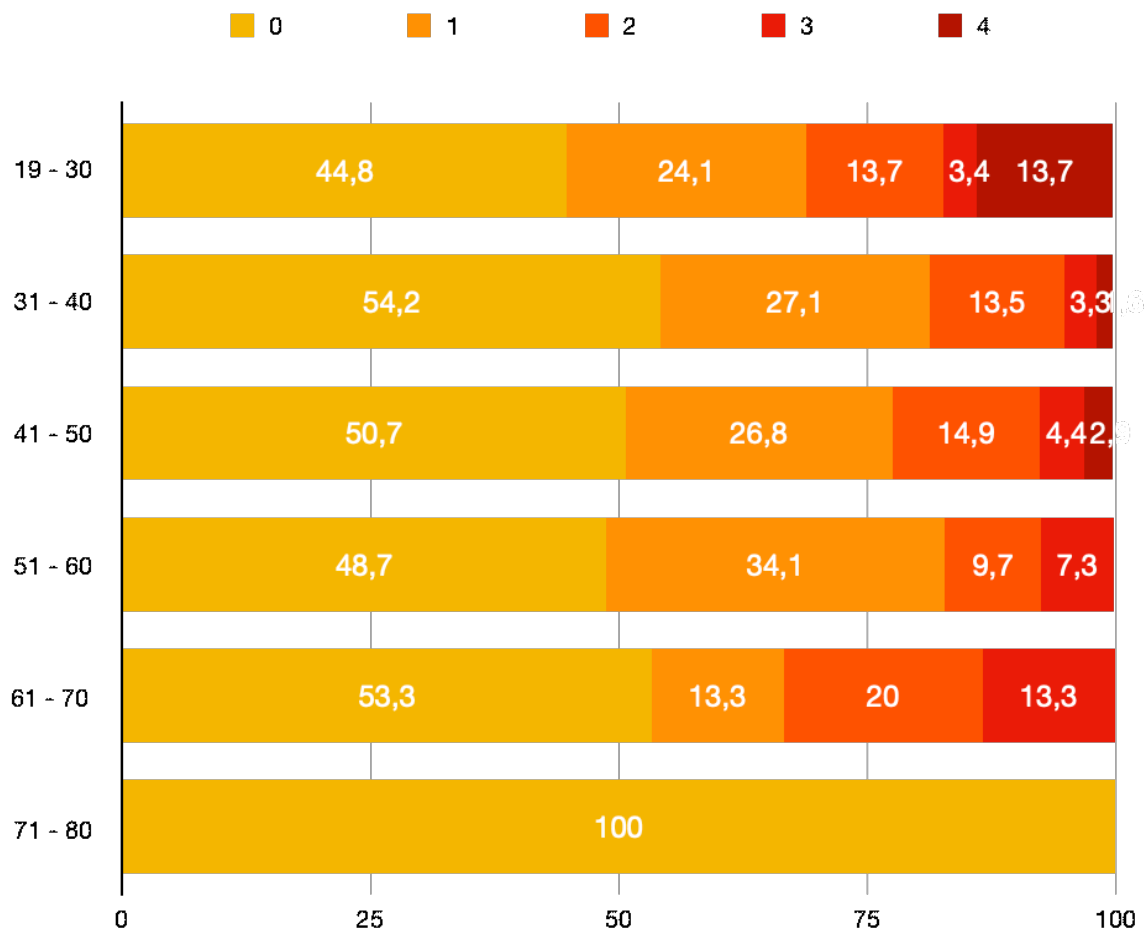
Klienti mají často více psychiatrických komorbidit současně, to shrnuje tabulka č. 5 a graf č. 5. Tabulka č. 5 zobrazuje počet komorbidit u jednoho pacienta v závislosti na jeho věku a pohlaví. Ve věkové kategorii 19-30 let jsou ženy bez komorbidit ve 26,6 % případů, s jednou komorbiditou ve 33,3 %, se dvěma též 33,3 %, se třemi 6,6 %, v této věkové kategorii není žádná žena se čtyřmi diagnózami. U mužů je poměr ve stejné věkové kategorii odlišný: bez komorbidit 57,1 %, s jednou 8,1 %, se dvěma 14,2 % a se čtyřmi též 14,2 %, v této věkové kategorii se nevyskytuje žádný uživatel, který by měl tři komorbidit. Ve věkové kategorii 31-40 let jsou ženy v polovině případů bez psychiatrické komorbidit, 38,8 % má jednu kom., 5,5 % má dvě kom. a též 5,5 % má dvě komorbidit, žádná z žen z této věkové kategorie nemá diagnostikované 4 komorbidit současně. Muži v této věkové kategorii jsou bez komorbidit v 60,7 %, s jednou komorbiditou ve 25,0 %, se dvěma 10,7 % a se čtyřmi 3,5 %, žádný z mužů v této věkové kategorii nemá 3 komorbidit. Ve věkové kategorii 41–50 let je bez komorbidit 53,3 % žen. S jednou komorbiditou je 20,0 %, se dvěma též 20,0 %, se třemi 3,3 a se čtyřmi též 3,3 %. U mužů je v této věkové kategorii 51,2 % pacientů bez komorbidit, s jednou komorbiditou 24,3 %, se dvěma 8,3 %, se třemi 5,4 a se čtyřmi 2,7 %. Ve věkové kategorii 51–60 let je bez komorbidit 41,1 % žen. S jednou komorbiditou je 35,2 %, se dvěma Komorbiditami je 17,5 % se třemi 5,8 % a se čtyřmi není žádná z pacientek. U mužů je bez komorbidit 54,1 % s jednou 33,3 % se dvěma 4,1 %, se třemi 8,3 % a se čtyřmi komorbiditami není v této věkové kategorii nikdo diagnostikovaný. Ve věkové kategorii 61-70 let je 44,4 % žen bez komorbidit, 11,1 % má jednu komorbiditu, 33,3 % má dvě komorbidit, 11,1 % má tři komorbidit, nikdo z žen v této věkové kategorii nemá 4 komorbidit. U mužů 66,6 % pacientů je bez komorbidit, 16,6 % má jednu komorbiditu, též 16,6 % má dvě komorbidit, nikdo z mužů v této věkové kategorii netrpí třemi a více komorbiditami. Ve věkové kategorii 71-80 let se nenachází žádná žena. Tři pacienti v této věkové kategorii jsou bez komorbidit.

Na grafu č. 4 vidíme podíl počtu komorbidit a věk uživatelů, nehledě na pohlaví. Nejvíce jsou komorbidit diagnostikované u mladých lidí do třiceti let, u této věkové kategorie je také nejvyšší podíl čtyř komorbidit, a to až 13,7 %. Dále jsou také častěji diagnostikované ve věkové kategorii 51-60 let, v této věkové kategorii však nenacházíme klienty s více než třemi diagnózami. Naopak nejnižší počet komorbidit je u klientů ve věkové kategorii 31-40 let a ve věkové kategorii 61-70 let, v této věkové kategorii je však nejvíce klientů mající 2 komorbidit (20,0 %) a klientů mající 3 komorbidit (13,3 %). Všichni klienti ve věku 71-80 let netrpí žádnou psychiatrickou komorbiditou.

Tabulka č.5: počet komorbidit v závislosti na věku pacientů.

		Ženy		Muži	
		(N)	%	(N)	%
0	19-30	4	26,6	8	57,1
	31-40	9	50,0	17	60,7
	41-50	16	53,3	19	51,3
	51-60	7	41,1	13	54,1
	61-70	4	44,4	4	66,6
	71-80	-	-	3	100,0
1	19-30	5	33,3	3	8,1
	31-40	7	38,8	7	25,0
	41-50	6	20,0	9	24,3
	51-60	6	35,2	8	33,3
	61-70	1	11,1	1	16,6
	71-80	-	-	0	0,0
2	19-30	5	33,3	2	14,2
	31-40	1	5,5	3	10,7
	41-50	6	20,0	3	8,3
	51-60	3	17,6	1	4,1
	61-70	3	33,3	1	16,6
	71-80	-	-	0	0,0
3	19-30	1	6,6	0	0,0
	31-40	1	5,5	0	0,0
	41-50	1	3,3	2	5,4
	51-60	1	5,8	2	8,3
	61-70	1	11,1	0	0,0
	71-80	-	-	0	0,0
4	19-30	0	0,0	2	14,2
	31-40	0	0,0	1	3,5
	41-50	1	3,3	1	2,7
	51-60	0	0,0	0	0,0
	61-70	0	0,0	0	0,0
	71-80	-	-	0	0,0

Graf č. 5: Poměr počtu komorbidit v závislosti na věku pacientů (%).



Největší přítomnost komorbidit je u žen užívající tabák a sedativa nebo hypnotika, a to v obou případech 83,3 %. Dále je vysoký podíl komorbidit u uživatelek kanabinoidu, 75,0 %, dále u

žen užívající alkohol 44,8 %, u uživatelů opioidů 42,8 %, a u uživatelů stimulantů 33,3 %. U mužů mají také nejčastěji psychiatrickou komorbiditu kuřáci, 83,3 %. Muži mají oproti ženám větší podíl komorbidit u uživatelů opioidů, a to 58,3 %, naopak nižší mají podíl u uživatelů sedativ a hypnotik, 55,5 %. U uživatelů stimulantů má 42,8 % pacientů psychiatrickou komorbiditu, u uživatelů alkoholu je to 35,7 %. Žádný uživatel kanabinoidů nemá diagnostikovanou psychiatrickou komorbiditu. Prevalenci komorbidit shrnuje tabulka č. 6.

Tabulka č. 6: Prevalence komorbidit v závislosti na typu zneužívané látky.

	S komorbiditami				Bez komorbidit			
	Ženy		Muži		Ženy		Muži	
	(N)	%	(N)	%	(n)	%	(N)	%
Alkohol	26	44,8	25	35,7	33	56,8	45	64,3
Opioidy	3	42,8	7	58,3	4	57,1	5	41,7
Kanabinoidy	3	75,0	0	0,0	1	25,0	3	100,0
Sedativa a hypnotika	15	83,3	5	55,5	3	16,6	4	44,5
Jiná stimulantia	3	33,3	3	42,8	6	66,6	4	57,2
Tabák	6	83,3	5	83,3	1	14,2	1	16,7
Celkem	56		45		48		59	

U žen užívající alkohol je největší podíl pacientek bez komorbidit ve věku 51-60 let, 63,3 %, nejméně pak ve věku 19-30 let, 33,3 %. U mužů je to nejvíce ve věkové kategorii 71-80 let a to 100 %, dále pak ve věku 19-30 let 71,4 %, nejméně je to pak ve věkové kategorii 41-50 let a to 52,0 %. Jednou komorbiditou ženy alkoholičky trpí nejčastěji v 31-40 let (41,6 %), nejméně často pak v 61-70 let (14,2 %). Muži nejčastěji trpí jednou komorbiditou ve věku 51-60 let (31,2 %) a nejméně ve věku 19-30 let (14,2 %). Dvěma komorbiditami trpí nejčastěji ženy užívající alkohol ve věku 51-60 let (18,1 %) nejméně ve věku 31-40 let (8,3 %). Muži trpí dvěma komorbiditami ve věku 41-50 let (12,0 %) a ve věku 31-40 let (6,2 %).

Uživatelky sedativ a hypnotik jsou bez komorbidit pouze ve věkové kategorii 41-50 let a to ve 40,0 %, muži jsou bez komorbidit ve věkové kategorii 51-60 let v 66,6 % a od 61 let věku ve 100 %. U žen ve věku od 19 do 40 let je 50,0 % s jednou komorbiditou, u mužů ve věku 41-50 let je 100 % s jednou komorbiditou. Se dvěma komorbiditami je nejčastěji u žen věková skupina 61-70 let a to v 100 %, dále pak 19-30 let 50,0 % u mužů je jeden pacient užívající sedativa a hypnotika a trpící dvěma komorbiditami.

Třemi komorbiditami současně trpí 33,3 uživatelů alkoholu ve věku 19-30 let a 14,2 % ve věku 61-70 let. Dále 4,0 % mužů ve věku 41-50 let a 20,0 % ve věku 61-70 let. Dále třemi komorbiditami trpí ženy užívající sedativa a hypnotika ve věku 31–40 let v 50,0 % a ve 20,0 % ve věku 51-60 let. Muži užívající sedativa a hypnotika trpí třemi komorbiditami ve 33,3 % ve věku 51-60 let. Ženy užívající tabák trpí komorbiditami v 100 % ve věkové kategorii 41-50 let. Muži užívající opioidy trpí třemi komorbiditami v 50,0 % ve věkové kategorii 51-60 let. Čtyřmi komorbiditami trpí 14,2 % mužů užívající alkohol ve věku 19-30 let, ve stejné věkové kategorii 100 % mužů užívající sedativa a hypnotika, 6,2 % mužů užívající alkohol ve věku 31–40 let, a 20,0 % žen užívající sedativa a hypnotika ve věku 41-50 let. Pro srovnání jsem dále vložila uživatele tabáku a uživatele opioidů. Podrobněji viz tabulka č. 7

Tabulka č. 7: Vybrané návykové látky a počet komorbidit v závislosti na věku a pohlaví.

		Alkohol				Sedativa a hypnotika				Tabák				Opioidy			
		Ženy		Muži		Ženy		Muži		Ženy		Muži		Ženy		Muži	
		(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
0	19-30	1	33,3	5	71,4	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	50,0	0	0,0	0	0,0
	31-40	6	50,0	11	68,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	25,0
	41-50	10	55,5	13	52,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,6	4	66,6
	51-60	7	63,3	11	68,7	0	0,0	2	66,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	61-70	4	57,1	3	60,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	71-80	-	-	2	100,0	-	-	1	100,0	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0
1	19-30	1	33,3	1	14,2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	31-40	5	41,6	3	18,7	1	50,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0
	41-50	5	27,7	7	28,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	2	100,0	1	33,3	2	33,3
	51-60	2	18,1	5	31,2	3	60,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	2	100,0	1	50,0
	61-70	1	14,2	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	71-80	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0
2	19-30	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	2	66,6	1	50,0	0	0,0	0	0,0
	31-40	1	8,3	1	6,2	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
	41-50	3	16,6	3	12,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	51-60	2	18,1	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
	61-70	1	14,2	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	71-80	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0
3	19-30	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	31-40	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	41-50	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	51-60	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
	61-70	1	14,2	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	71-80	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0
4	19-30	0	0,0	1	14,2	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	31-40	0	0,0	1	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	41-50	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	51-60	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	61-70	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	71-80	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0

Depresivní fáze (F32) se nejčastěji vyskytuje u mužů užívající opioidy a to ve 25,0 %, spolu s jinou anxiózní poruchou je depresivní fáze nejčastější komorbidity u mužů užívající alkohol.

Dále se vyskytuje v malé míře u mužů i žen užívající alkohol (u žen 1,7 %, u mužů 3,8 %), v malé míře také u žen užívající sedativa a hypnotika (5,8 %), jinde se již depresivní fáze nevyskytuje. Periodická depresivní porucha (F33) se vyskytuje mnohem častěji než depresivní fáze. U žen alkoholiček se vyskytuje v devíti případech (15,5 %) u mužů alkoholiků se periodická depresivní porucha objevuje v 8,5 % případů. Častěji se také vyskytuje u žen užívající opioidy, a to v 28,5 % u mužů pak v 8,3 %. Spolu s jinou anxiózní poruchou je periodická depresivní porucha nejčastější komorbiditou u žen užívající sedativa a hypnotika. Dokonce až 66,6 % komorbidit u žen užívající opioidy je právě porucha F33. 17,6 % žen užívající sedativa a hypnotika trpí diagnózou F33, muži jí trpí v 11,1 % případů. 28,5 % mužů užívající stimulancia trpí periodickou depresivní poruchou, která tvoří 66,6 % komorbidit u mužů užívající stimulancia, ve výzkumném vzorku nejsou žádné ženy, které by měli diagnostikovanou diagnózu F33 a užívaly stimulancia. 57,1 % žen užívající tabák trpí diagnózou F33, až dvě třetiny psychiatrických komorbidit u žen užívající tabák je právě diagnóza F33. Třetina mužů užívající tabák má diagnostikovanou komorbiditu F33, jedná se o druhou nejčastější komorbiditu u mužů užívající tabák. Fobické úzkostné poruchy (F40) se nejčastěji vyskytují u mužů užívající tabák, a to v 16,6 %. Dále se vyskytují u žen užívající sedativa a hypnotika a to v 5,8 % a také u mužů užívající alkohol v 2,8 %, v souvislosti s jinými látkami se diagnóza F40 nevyskytuje.

Jiné anxiózní poruchy (F41) jsou nejčastější psychiatrickou komorbiditou. Nejčastěji se vyskytují u žen, užívající tabák, a to až v 85,7 %. Dokonce 100 % žen užívající tabák, má diagnózu F41, to je zapříčiněno tím, že je jednak diagnóza F41 velmi častá a také některé ženy mají diagnostikovány dvě diagnózy. Ve výzkumném vzorku je pouze 7 žen kuřáček, z toho 6 z nich má jednu nebo více komorbidit, ve dvou případech mají ženy komorbiditu F41.0 i F41.1. U mužů až polovina pacientů užívající tabák má diagnózu F41. V osmi případech se diagnóza F41 vyskytuje u žen užívající alkohol, tedy v 13,7 %, u mužů užívající alkohol je to 18,5 %, je to také nejčastější komorbidita u mužů zneužívající alkohol. Uživatelky opioidů mají diagnostikovanou diagnózu F41 ve 28,5 % případů, až dvě třetiny komorbidit tvoří právě diagnóza F41. spolu s periodickou depresivní poruchou se jedná o nejčastější psychiatrickou komorbiditu u těchto uživatelů. U mužů užívající opioidy se diagnóza F41 objevuje u 25,0 % uživatelů. U uživatelů sedativ a hypnotik se diagnóza F41 vyskytuje v 58,8 % případů, dvě třetiny uživatelů s komorbiditou mají právě diagnózu F41. U mužů užívající sedativa a hypnotika se diagnóza F41 vyskytuje v jedné třetině případů, u uživatelů s komorbiditou se pak diagnóza F41 vyskytuje v 60,0 % případů. U mužů užívající stimulancia se diagnóza F41

vyskytuje ve 28,5 % případů, což je více než polovina u uživatelů stimulancií s komorbiditou. U žen užívající stimulantia se tato psychiatrická komorbidita nevyskytuje.

Smíšené poruchy osobnosti (F61) se vyskytují ve výzkumném vzorku méně často. 3,4 % u žen užívající alkohol, u mužů alkoholiků nejsou zaznamenány. u žen užívající opioidy ve 14,2 % případů, u mužů užívající opioidy v 8,3 %. Dále u uživatelů sedativ a hypnotik v 11,1 % případů, u uživatelů stimulancií ve 14,3 % případů. Diagnóza F43 reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení je diagnostikována ve 24,1 % u žen užívající alkohol, více než polovina komorbidit u uživatelů alkoholu je diagnóza F43. U mužů alkoholiků se vyskytuje méně, a to ve 12,8 % případech, jedná se stejně jako u žen o nejčastěji diagnostikovanou komorbiditu u uživatelů alkoholu. U žen užívající opioidy není diagnóza F43 zaznamenána, u mužů užívající opioidy je výskyt 8,3 %. U uživatelů sedativ a hypnotik je diagnóza F43 diagnostikována v 53,9 %. Jedná se o druhou nejčastější psychiatrickou komorbiditu u těchto pacientek, u mužů uživatelů sedativ a hypnotik se vyskytuje diagnóza F43 ve 44,4 % případů, jedná se tak o nejčastější psychiatrickou komorbiditu u uživatelů sedativ a hypnotik. U uživatelů stimulancií se diagnóza F43 vyskytuje v 11,1 % případů, u mužů užívající stimulantia není tato komorbidita zaznamenána. U kuřáků a kuřaček se tato diagnóza vyskytuje také méně, a to u žen ve 14,2 % případů a u mužů v 16,6 % případů.

Neorganické poruchy spánku (F51) se vyskytují zejména u uživatelů a uživatelů sedativ a hypnotik. U žen uživatelů se vyskytují ve 23,5 % případů u mužů dokonce ve 33,3 %, tato diagnóza se objevuje v 60 % případů u uživatelů sedativ a hypnotik mající komorbiditu. Dále se diagnóza F51 objevuje u uživatelů alkoholu a to v 4,2 %, taktéž u uživatelů opioidů v 8,3 %. U žen užívající alkohol nebo opioidy se neorganické poruchy spánku neobjevují. U uživatelů stimulancií se diagnóza F51 objevuje v 11,1 % případů a u uživatelů tabáku ve 14,2 % případů, u mužů užívající stimulantia, nebo tabák se neorganické poruchy spánku neobjevují. Hyperkinetické syndromy (F90) se taktéž méně často objevují. Nejvíce se objevují u uživatelů stimulancií. U žen se objevují ve 22,2 % případů, jedná se o nejčastější komorbiditu u uživatelů stimulancií. U mužů se objevují ve 14,2 % případech. U uživatelů alkoholu se diagnóza F90 objevuje v 5,1 %, u mužů alkoholiků pak v 7,1 %. U uživatelů sedativ a hypnotik se diagnóza F90 vyskytuje v 5,8 % případů, u uživatelů pak v 11,1 %. U žen užívající tabák se diagnóza F90 vyskytuje ve 28,5 % případů u mužů užívající tabák se tato psychiatrická komorbidita nevyskytuje. Taktéž se nevyskytuje u uživatelů opioidů. Viz tabulka č. 8.

	Alkohol						Opioidy						Sedativa a hypnotika						Jiná stimulaci						Tabák								
	Ženy			Muži			Ženy			Muži			Ženy			Muži			Ženy			Muži			Ženy			Muži					
	(n)	%	%	(n)	%	%	(n)	%	%	(n)	%	%	(n)	%	%	(n)	%	%	(n)	%	%	(n)	%	%	(n)	%	%	(n)	%	%			
Depres. fáze	1	1,7	3,8	1	0,1	4,0	0	0,0	0,0	3	25,0	30,0	1	5,8	6,6	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Period. depres. por.	9	15,5	34,6	6	8,5	24,0	2	28,5	66,6	1	8,3	10,0	3	17,6	20,0	1	11,1	20,0	0	0,0	0,0	2	28,5	66,6	4	57,1	66,6	2	33,3	40,0			
Fobické úzkostné por.	0	0,0	0,0	2	2,8	8,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	5,8	6,6	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	16,6	20,0			
Jiné anxiózní por.	8	13,7	30,7	13	18,5	12,0	2	28,5	66,6	3	25,0	30,0	10	58,8	66,6	3	33,3	60,0	0	0,0	0,0	2	28,5	66,6	6	85,7	100,0	3	50,0	60,0			
Směšené a jiné PO	2	3,4	7,6	0	0,0	0,0	1	14,2	33,3	1	8,3	10,0	0	0,0	0,0	1	11,1	20,0	0	0,0	0,0	1	14,2	33,3	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0			
RTSPP	14	24,1	53,8	9	12,8	36,0	0	0,0	0,0	1	8,3	10,0	9	52,9	60,0	4	44,4	80,0	1	11,1	33,3	0	0,0	0,0	1	14,2	16,6	1	16,6	20,0			
Neorg. por. spánku	0	0,0	0,0	3	4,2	12,0	0	0,0	0,0	1	8,3	10,0	4	23,5	26,6	3	33,3	60,0	1	11,1	33,3	0	0,0	0,0	1	14,2	16,6	0	0,0	0,0			
Hyperkin. syn.	3	5,1	11,5	5	7,1	20,0	0	0,0	0,0	0	0	0	1	5,8	6,6	1	11,1	20,0	2	22,2	66,6	1	14,2	33,3	2	28,5	33,3	0	0,0	0,0			
Celkem	37			39			5			10			29			13			4			6			14			7					

Tabulka č. 8: Jednotlivě diagnostikované komorbidity v závislosti na užívané látce (%)

Diskuze

Jednou nebo více komorbiditami trpí 55,5 % žen a 42,3 % mužů. Více než jednou komorbiditou pak trpí 26,6 % žen a 16,2 % mužů z celého vzorku. Na tomto místě je nutné připomenout, že zde nejsou zahrnuti polymorfni uživatelé drog, kteří by mohli mít výrazný vliv na prevalenci komorbidit ve vzorku.

Abychom mohli porovnat výskyt komorbidit u mužů a u žen, bylo by zapotřebí většího vzorku. Můžeme porovnávat mezi sebou jednotky případů, jako je tomu v tomto vzorku, nelze však výsledkům přikládat takovou váhu a rozhodně nelze výsledky zobecňovat. Výsledky této práce jsou tak platné pouze pro tuto konkrétní adiktologickou ambulanci. Na druhou stranu může být tento výzkum potřebný pro účely Kliniky adiktologie, které můžu sloužit jako rychlé zmapování výskytu komorbidit v tomto zařízení.

Osobně jsem též předpokládala vyšší výskyt poruch příjmu potravy, zejména u žen, ve vzorku jsem nezaznamenala jediný případ těchto poruch. Torrens (2017) uvádí prevalenci poruch příjmu potravy u adiktologických pacientů dokonce až 50 %. Též jsem předpokládala vyšší výskyt poruch osobnosti.

Zajímavý je více než dvojnásobný počet žen uživatelék sedativ a hypnotik oproti mužům. Zpráva o nelegálních drogách v roce 2021 uvádí, že uživatelék sedativ a hypnotik je mezi uživateli až 60 % (Mravčík et al., 2021). Ve zkoumaném vzorku je to 68,0 %, což není významný rozdíl. Významný je počet komorbidit u uživatelů sedativ a hypnotik a to 74 %, u žen je to dokonce 83,3 %, u mužů je to méně a sice 55,5 %. Jedná se o významný rozdíl, ten ale může být dán malým vzorkem, bylo by vhodné tento výsledek ověřit v dalších ambulancích zařízeních, nebo vzorek zvýšit tím, že do něj zahrneme klienty v posledních třech nebo pěti letech.

Přínosné by bylo, kdybychom do tohoto sledovaného vzorku přidali i polymorfni uživatele návykových látek. Zde bychom mohli porovnat, zda se například zvyšuje prevalence či počet komorbidit s množstvím užívaných látek. Mohly by zde být i poruchy, které v tomto vzorku nejsou, například již zmiňované poruchy příjmu potravy. U těchto uživatelů by také mohly být výraznější například poruchy osobnosti, které v tomto vzorku nemají přílišné zastoupení.

Vysoký výskyt komorbidit spatřujeme u uživatelů tabáku, prevalence komorbidit je 84 %. Myslím, že to se děje zejména ze dvou důvodů, zaprvé je vzorek příliš nízký a není příliš reprezentativní, pouze 11 klientů užívá tabák, může tak jít o naprostou náhodu, že právě tito klienti mají nějakou komorbiditu. Rozhodně tento fakt nemůžeme zobecnit na to, že takto

signifikantní poměr kuřáků s komorbiditou navštěvuje ambulantní služby. Dalším a možná pravděpodobnějším důvodem je, že uživatelé tabáku nemají motivaci k léčbě nebo nechtějí navštěvovat ambulanci pro závislé „jen protože kouří.“ Kuřáci nemusejí vnímat svou závislost na tabáku natolik vážnou, aby se musela řešit, natož v rukách odborníků. Když už navštěvují terapeuta nebo adiktologa mohou mít i některé jiné komplikace, například úzkosti, deprese, nebo ADHD. Řešení dalších problémů, ať už zdravotních nebo sociálních, vede ke zlepšení celkového stavu klienta, a tím ho vede ke zvyšování motivace v pokračování léčby. Myslím, že celkově je závislost na tabáku ve společnosti brána na lehkou váhu, minimálně, a z pochopitelných důvodů, není brána jako například závislost na pervitinu nebo na sedativech a hypnotikách. Je tedy možné že pokud uživatelé tabáku jsou bez jiných psychiatrických obtíží, nechtějí se zbytečně vystavit stigmatizaci docházením do ambulance pro závislé, kde by se mohli setkávat například s uživateli opioidů. Podobně to můžeme vnímat u uživatelů alkoholu, který je také společensky lépe přijímán, závislost na alkoholu se ale oproti závislosti na tabáku může vymknout pacientově kontrole, a to může vést i k ohrožení pacienta. Zde je ale otázka, zda se s těmito pacienty stýkáme v ambulantní léčbě.

U pacientů léčených v Centru pro závislé na tabáku byl v letech 2010-2013 proveden výzkum, do kterého se zapojilo 1730 osob. Byla pozorována změna míry depresivní symptomatiky, k tomu se použila Beckova sebesposuzovací stupnice deprese, tu pacienti vyplnili na začátku a na konci léčby, tedy jeden rok po zanechání kouření. Pacienti trpící středně těžkými až těžkými depresivními symptomy po roce abstinence nevykazovali depresivní příznaky ve 34,2 %, vykazovali mírné depresivní příznaky ve 39,2 % a těžké příznaky ve 26,6 %. Průměrné skóre testu při vstupu bylo 8,3, po roce abstinence toto číslo kleslo na 5,3 (Štěpánková, L, Králíková K., et al., 2016).

Nejčastěji vyskytující komorbidity jsou anxiózní poruchy (F41), tyto poruchy dominují zejména u mužů. Bylo by vhodné se na tyto poruchy více zaměřit a zpracovat je podrobněji abychom věděli, zda se jedná například o generalizovanou úzkostnou poruchu, nebo například o smíšenou úzkostně depresivní poruchu. U mužů také výrazně dominuje depresivní fáze oproti ženám, a to v poměru 5:1. Tento rozdíl je sice významný, ale nepřikládala bych mu větší význam, protože z výzkumného vzorku je jen šest klientů, kteří trpí depresivní fází. Může se tak jednat pouze o náhodu.

Obecně nelze říct, zda má věk pacienta vliv na výskyt komorbidit. Komorbidity jsou ve vzorku rozprostřeny napříč věkem a nevidíme zde, že by byl nějaký věk signifikantně odlišný. Vyjma

nejstaršího věkového rozpětí 71-80 let u mužů, kdy žádný z nich nemá komorbiditu. Tento vzorek se skládá pouze ze tří členů, a proto není příliš vypovídající.

Z etického hlediska tato práce neměla příliš úskalí, neboť data pro mě byla zaslepena a bylo nemožné, jakkoliv dohledat konkrétního klienta.

Závěr

Psychiatrické komorbidity jsou přítomny téměř u poloviny pacientů Adiktologické ambulance, ženy jsou postiženy častěji než muži. Nejčastěji se setkáváme s komorbiditami u uživatelů tabáku (84 %), zde se ale může jednat o zkreslení, protože vzorek pacientů užívající tabák je příliš malý. Dále se častěji s komorbiditami setkáváme u uživatelů sedativ a hypnotik (74 %). Uvědomění si problematiky komorbidit nám pomáhá na několika úrovních. Pomáhá nám to v práci s klientem a lépe si uvědomujeme důležitost individuální péče, kterou zejména tito klienti vyžadují. Stejně jako klient, tak i komorbidita se v léčbě vyvíjí. Při abstinenci může být více viditelná, nebo se naopak může začít vytrácet spolu se závislostí. Je proto potřeba komorbidity pravidelně revidovat a zejména tak činit, když klient z naší péče odchází nebo přechází do jiné. Není třeba pacientovi stigmatizovat navíc klienta psychiatrickou diagnózou. Se stigmatizací se totiž můžeme setkat i u zdravotnického personálu.

Tato práce by se dala rozšířit o větší výzkumný vzorek, například vybrat klienty z posledních tří nebo pěti let. Dále by mohlo být užitečné provést tento výzkum v dalších ambulantních zařízeních v ČR a získané výsledky porovnat. Případně vytvořit obdobný výzkum metodicky sestavený například pro lůžková zařízení a výsledky porovnat s ambulantními zařízeními. Bylo by užitečné rozšířit vzorek natolik, aby šel výsledek aplikovat na celou populaci, tímto bychom získali ucelenější pohled na výskyt komorbidit napříč zařízeními (pokud by byl výzkum aplikován i v jiných typech léčby). To by nám mohlo pomoci v kvalitnějším rozvrhnutí multidisciplinárního týmu a cílenější edukaci pracovníků. Je možné, že se v různých typech léčby budeme setkávat s různými typy komorbidit, i díky tomuto výzkumu bychom mohli zkvalitnit péči našim klientům a pacientům.

Použitá literatura

Adiktologická ambulance. (2020). *Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v r. 2020.*

Baldachino, A. & Corkery, J. (2006). *Comorbidity – perspectives across Europe*. ECCAS, Monograph Series 4.

Boschloo, L., Vogellzangs, N., Smit, H. J., Brink, W., Veltman, J.D., Beekman, T. F. A. & Penninx, H. J. W. B. (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders, Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders* 131, 233 – 242. From: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0165032710007494?token=E2AD95461C17C12C9F16AE19296FFC5FDB725CD7B86F5192BA63BD6EBECC270AB4B1946A236ABA40D769124CB779DFA6&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211112221054>

Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 566. DOI: 10.1001/archpsyc.64.5.566

Češková, E. (2015). Bipolární porucha-minimum pro farmaceuty. *Praktické lékárenství 2015: 11(2) str. 61-63*. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2015/02/05.pdf>

EMCDDA (2004). *Stav drogové problematiky v Evropské unii a Norsku*. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/923/ar2004-cs1_69526.pdf

Štochlová, M. (2014). *Integrovaný přístup v léčbě duálních poruch*. Diplomová práce. Dostupné z: http://www.pvsps.cz/data/2017/04/10/10/stochlova_magdalena.pdf

Frye, M. A. & Salloum I. M.: Bipolar disorder and comorbid alcoholism: Prevalence rate and treatment consideration. *Bipolar Disord.*, 8 (6), pp. 677-685. DOI: 0.1111/j.1399-5618.2006.00370.x

Holubičková, L. (2019). *Užívání návykových látek jako sebedikace u poruch příjmu potravy*. (Diplomová práce). Dostupné Z: <https://www.adiktologie.cz/file/561/holubickova-dp-2019.pdf>

Houbová, P., Praško, J. & Preiss, M. (2004b). Závislá porucha osobnosti – diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi 2/2004*. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/02/02.pdf>

Hrnčiarová, J. (2021). Závislost u dospělých s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (ADHD). *Psychiatrie pro praxi 2021; 22(1): 17-24*. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2021/01/03.pdf>

Hrnčiarová, J., Pulicarová T., Martínek, C., Veselá, A., Valešová, D., Melišová, P., Němcová, L. & Weissová, L. (Nedatováno). *Pacienti s komorbidní poruchou osobnosti v střednědobé ústavní odvykací léčbě*. Preznetace. Dostupné z: <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2016/05/hrnciarova-j.-a-kol.-pacienti-s-komorbidni-poruchou-osobnosti-v-strednedobe-ustavni-odvykaci-lecbe.pdf>

Hýža, M., Šilhán, P. & Kašpárek T. (2019). Vliv abúzu psychoaktivních látek na průběh a funkční schopnosti u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie 2019;115(1): 14–19*. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1244>

Chládková, N. (2017). Pilotní studie komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění. *Adiktologie, 17(1), 22-32*. Dostupné z: https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/chladkova_cj-1.pdf

Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J. & Mravčík, V. (2022) *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Janů, L. & Racková, S. (2007). Jak správně poznat a léčit depresi. *Medicína pro praxi:1*: 24-27.

Jeřábková, Z. (nedatováno). *Poruchy příjmu potravy v kontextu adiktologie*. Dostupné z: <http://www.doktorweb.cz/poruchy-prijmu-potravy-v-kontextu-adiktologie/>

Kalina, K. (et. Al). (2015). *Klinická adiktologie*. Grada publishing.

Kamarádová, D., Látalová, K., & Praško, J. (2016). *Panická porucha*. Grada publishing.

Kamarádová, D., & Praško, J. (2012). Kognitivně behaviorální terapie panické poruchy ve skupině. *Psychiatrie pro praxi 13(14)*: 174-181. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/08.pdf>

Kelly, T., Dennis, D. & Douaihy, A. (2012). *Treatment of Substance Abusing Patients with Comorbid Psychiatric Disorders*. NIH Public Access. Dostupné z: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC3196788&blobtype=pdf>

Kmoch, V. (2015). Pacient s generalizovanou úzkostí a jeho závislost na zolpidemu – léčba pregabalinem a motivační rozhovory. *Psychiatrie pro praxi 16(2)*. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/02/06.pdf>

Končelíková, D. (2020). Panická porucha příznaky a diagnostika. *Medicína pro praxi 17(2)*: 104-108. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2020/02/05.pdf>

Krch, F. (2004). Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi 1*.

Kryl, M. (Nedatováno). *Deprese v somatické medicíně*. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2001/11/14.pdf>

Kryl, M. (2005). Úzkostné poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. Dostupné z:
<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/03/11.pdf>

Kulísková, O. (2001). Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy - etiologie, diagnostika a terapie. *Neurologie pro praxi 2001/3*, 138-143. Dostupné z:
<https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2001/03/07.pdf>

Látalová, K. & Praško J. (Nedatováno). *Bipolární afektivní porucha a suicidalita*. Dostupné z:
http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_3_129_134.pdf

Látalová, K. & Praško J. (2009). *Komorbidita bipolární afektivní poruchy s jinými psychickými poruchami*. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-psychiatrie/2009-5/komorbidita-bipolarni-afektivni-poruchy-s-jinymi-psychickymi-poruchami-7636>

Látalová, K. (2010). *Bipolární afektivní porucha*. Grada publishing.

Látalová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Ocisková, M. & Praško, J. (2015). Poruchy přizpůsobení. *Medicina pro praxi 2015; 12(4): 184-188*. Dostupné z:
<https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/04/07.pdf>

Léblková, P. (2010). Poruchy příjmu potravy – vztah k imaginaci a závislosti na poli. *Elektronický časopis ČMPS*, 4(3).

Maršálek, M. (2008). Schizofrenie a drogové závislosti. *Psychiatrie pro praxi 9(6): 269–272*. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/06/05.pdf>

McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza*. Praha Portál.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování, WHO a PCP, 2000; 143–144

Minařík, J. & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada publishing.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černínova, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H. & Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka J., Franková, E., Nechanská, B., Fidesová, H. & Vopravil, J. (2021). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy.“ In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti I mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.

NIDA. (2018). *Comorbidity: Substance Use Disorders and Other Mental Illnesses Drug Facts*. U.S. Department of Health and Human Services.

Ocisková, M. (2017). *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. Grada Publishing.

Orlíková, B. & Csémy, L. (2016). Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu. *Adiktologie, 16(1)*, 26–35.

Papežová, H. (2012). Poruchy příjmu potravy. In Raboch, J. *Psychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze.

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada publishing.

Pavlová, B. (2010). Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In Papežová, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada publishing.

Praško, J. (et al). (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha Portál.

Praško, J. (2004). Úzkostné poruchy. *Interní medicína pro praxi 2004*: 500-503. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/10/07.pdf>

Praško, J. (2007). Panická porucha v somatické medicíně. *Medicína pro praxi* 2007; 4(9): 361-367. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/08.pdf>

Praško, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamarádová, D., Sigmundová, Z. & Šilhán, P. (2012). Agorafobie a její léčba. *Medicína pro praxi* 9(3) str. 113-118. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/03/05.pdf>

Praško, J. & Holubová, M. (2017). *Sociální fobie a její léčba*. Grada publishing.

Raboch, J., Pavlovský & P. Janotová, D. (2006). *Psychiatrie minimum pro praxi*. Triton.

Raboch, J. (2013). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Racková, S., Kitzlerová, E., Anders, M. & Raboch, J. (2018). Screeningové hodnocení míry závažnosti zneužívání alkoholu. *Český a slovenský psychiatr* 2018; 114(1): 24-28. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2018_1_24_28.pdf

Riegel, K., D., Kalina, K., & Pěč, O. (2020) *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál.

Sekot, M. (2020). *Generalizovaná úzkostná porucha, její diagnostika a léčba*. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/neuropsychiatricka-onemocneni/detail/generalizovana-uzkostna-porucha-jeji-diagnostika-a-lecba-122145>

Sikora, J. & Novotná, M. (2007). Poruchy osobnosti a závislosti. *Psychiatrie pro praxi*. 2007/2. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/04.pdf>

Šilhán, P., Praško, J., Kamarádová, D., Grambal, A., & Diveky, T. (2012). Panická porucha. *Medicína pro praxi* 9(5). Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/05/09.pdf>

Štěpánková, L., Králíková, E., Zvolská, K., Pánková, A., Felbrová, V. & Kulovaná, S., (2016). Zmírnění příznaků deprese po úspěšné léčbě závislosti na tabáku. *Český a slovenský psychiatr* 2016; 11(5): 221-225. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_5_221_225.pdf

Tkáč, J. (2015). Pregabalin v léčbě generalizované úzkosti a lékové závislosti na alprazolamu. *Psychiatrie pro praxi 16(1)*. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2015/01/06.pdf>

Torrens, M., Mestre-Pintó, J. & Doming-Salvany, A. (2017). *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Úřad vlády České republiky.

Yamamotová, A. (2010). Neurofyziologie stresu a bolesti u pacientek s poruchami příjmu potravy. In Papežová, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada publishing.

Žuchová, S. (2010). Kognitivní funkce u poruch příjmu potravy. In Papežová, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada publishing.