

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Barbora Svobodová

Diplomová práce

**Vztah četnosti návštěv pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie
v závislosti na přítomnosti duální diagnózy**

Relationship between the frequency of patients' visits to the Outpatient
Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents in relation to the
presence of a dual diagnosis

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Tomáš Jandáč

Praha, 2022

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. 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 2022

Bc. Barbora Svobodová

BIBLIOGRAFICKÝ ZÁZNAM

SVOBODOVÁ, Barbora. *Vztah četnosti návštěv pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie v závislosti na přítomnosti duální diagnózy [Relationship between the frequency of patients' visits to the Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents in relation to the presence of a dual diagnosis]*. Praha, 2022. 58 str. 1 příl. Magisterská diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze 2022. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Tomáš Jandáč

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Tomášovi Jandáčovi za vedení mé práce a za veškerou pomoc se psaním a zpracováním dat.

ABSTRAKT

VÝCHODISKA – Oblast adiktologické péče, která se zaměřuje na děti a dospívající, se v posledních letech značně posouvá vpřed, i přesto je stále tato cílová skupina v porovnání například s dospělou populací nedostatečně popsána. Předložená práce se zabývá problematikou duálních diagnóz u pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie

CÍLE – Cílem diplomové práce je podrobnější pohled na druhy diagnóz vyskytující se mezi pacienty Ambulance dětské a dorostové adiktologie a hledání možné pravidelnosti výskytu stejného vzorce těchto diagnóz (psychiatrické diagnózy pacientů spojené s užíváním návykových látek či nelátkovou závislostí). Dále se práce zaměřuje na počet návštěv pacientů, tedy jaké návštěvnosti zařízení dosahují pacienti s různými diagnózami.

METODY – Získaná data byla zpracována pomocí korelační analýzy a popisné statistiky. Do výzkumu byli zařazeni všichni pacienti, kteří v letech 2015-2021 navštívili Ambulanci dětské a dorostové adiktologie.

VÝSLEDKY – Nejčastější hlavní diagnózou je u pacientů ADDA patologické hráčství (F63.0) a závislost na kanabinoidech (F12.2), nečastější přidruženou diagnózou jsou poruchy chování, a to F90.1 hyperkinetická porucha chování a F91.1 nesocializovaná porucha chování. Více než jednu diagnózu má 213 pacientů ze 450. U 96 pacientů s diagnózou F63.0 má 36 komorbiditu – nejčastěji F90.0. U diagnózy F12.2 má komorbiditu 64 pacientů z 94 – nejčastěji F91.1. Pacienti se závislostí na více látkách bez komorbidity dosahují průměrně 14,8 návštěv, s komorbiditou 21. U diagnózy F19.1 je průměrná návštěvnost pacientů s komorbiditou 4,6, bez ní 11,6. U F12.1 je průměr návštěv u pacientů komorbiditou 6,8, bez ní 17,6. U závislosti na stimulacích (F15.2) bez komorbidity dosahují pacienti průměrně 34 návštěv, s komorbiditou pouze 6,6. U dalších často se vyskytujících diagnóz nejsou rozdíly příliš významné a hovoříme o rozmezí 10-15 návštěv.

ZÁVĚR – Výzkum by mohl doplnit současné poznatky o dětech a dospívajících využívajících péče adiktologických sužeb, a to především z hlediska psychiatrických komorbidit a potřebnosti pedopsychiatrie v tomto oboru

KLÍČOVÁ SLOVA

mladiství, závislost, duální diagnózy, návykové látky, adiktologické služby

ABSTRACT

BACKGROUND – The area of addictological care, which focuses on children and adolescents, has moved forward considerably in recent years, yet this target group is still insufficiently described in comparison with, for example, the adult population. The presented thesis deals with the issue of dual diagnoses in patients of the Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents.

AIMS – The aim of the diploma thesis is a more detailed view of the types of diagnoses occurring among patients of the Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescent and the search for the possible regularity of the occurrence of the same pattern of these diagnoses (psychiatric diagnoses of patients associated with the use of addictive substances or non-substance dependence). Furthermore, the thesis focuses on the number of patient visits, i.e. the number of visits to the facility achieved by patients with different diagnoses.

METHODS – The obtained data were processed using correlation analysis and descriptive statistics. The research included all patients who visited the outpatient clinic in 2015-2021.

RESULTS – The most common major diagnoses in ADDA patients are pathological gambling (F63.0) and cannabinoid dependence (F12.2), the most common associated diagnoses are behavioral disorders, namely F90.1 hyperkinetic conduct disorder and F91.1 unsocialized conduct disorder. More than one diagnosis has 213 patients out of 450. In 96 patients diagnosed with F63.0, 36 patients have comorbidities – most often F90.0. 64 patients out of 94 with diagnosis of F12.2 have comorbidity – most often F91.1. Patients with multiple substance dependence without comorbidity achieve an average of 14.8 visits, with comorbidity 21. For diagnosis F19.1, the average attendance of patients with comorbidity is 4.6, without it 11.6 visits. For F12.1, the average attendance of patients with comorbidity is 6.8, without it 17.6. In dependence on stimulants (F15.2) without comorbidity, patients achieve an average of 34 visits, with comorbidity only 6.6. For other frequently occurring diagnoses, the differences are not very significant, and we are talking about a range of 10-15 visits.

CONCLUSIONS – The research could complement the current knowledge of children and adolescents using addiction services, especially in terms of psychiatric comorbidities and the need for child psychiatry in this field.

KEY WORDS - adolescents, addiction, dual diagnosis, addictive substances, addictological care

Obsah

ÚVOD.....	7
2 Duální diagnózy/ komorbidity	8
2.1 Etiologie duálních diagnóz	9
2.2 Diagnostika duální diagnózy	11
2.3 Diagnostické nástroje k posouzení duálních diagnóz.....	13
2.4 Léčba duálních diagnóz	14
2.5 Prevalence duálních diagnóz u dospělé populace.....	16
3 Návykové látky a psychické poruchy u dětí	21
3.1 Užívání návykových látek u dětí	21
3.2 Psychické poruchy u dětí	23
3.3 Prevalence duálních diagnóz u dětí	24
4 Vypadnutí z léčby	27
4.1 Rizikové faktory na straně klienta/zařízení	27
4.2 Prevence vypadnutí z léčby	30
5 Ambulance dětské a dorostové adiktologie	32
6 Praktická část	33
6.1 Cíl	33
6.2 Výzkumné otázky	33
6.3 Základní a výzkumný soubor	33
6.4 Metody.....	34
6.5 Etika.....	35
7 Výsledky	36
8 Diskuse.....	48
9 Závěr	52
10 Literatura	53
11 Přílohy	59

1 ÚVOD

Užívání návykových látek a celkově problematiku závislostí různých druhů v mnoha případech komplikuje výskyt duálních diagnóz. Pojmem duální diagnóza/komorbidity označujeme výskyt dvou či více různých psychických onemocnění, často s látkovou či nelátkovou závislostí. Vzhledem k četnosti, s jakou se duální diagnózy mezi adiktologickými pacienty vyskytují, je téměř nezbytné se v tomto směru neustále vzdělávat, mapovat současnou situaci mezi různými skupinami uživatelů a přizpůsobovat se různorodým potřebám těchto pacientů. Duální diagnózy jsou důležité téma nejen pro jejich vysokou prevalenci, ale také klinickou a společenskou závažnost a potřebu nastavení adekvátního léčebného plánu.

Tato diplomová práce se zaměřuje na pacienty navštěvující Ambulanci dětské a dorostové adiktologie (ADDA), která sídlí v našem hlavním městě a je součástí sítě služeb Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze. Jedná se o specializované zdravotnické zařízení, jehož hlavním cílem je léčba závislostních poruch a závislostí látkových i nelátkových. Práce se tedy za použití dostupných zdrojů zaměřuje na popis pacientů této ambulance, a to především právě v otázce duálních diagnóz. Práce zároveň volně navazuje na předchozí bakalářskou práci, která se zabývala především popisem rodinného prostředí pacientů dané ambulance.

V první části práce najdeme obecný přehled duálních diagnóz, a to jak u dospělé, tak i u dětské populace. Dále zde najdeme adiktologickou situaci dětí a dospívajících v průběhu posledních let a v neposlední řadě také část týkající se vypadávání pacientů z léčby a souvislosti mezi vypadáváním z léčby a výskytem duálních diagnóz. Druhá část práce je již zaměřena přímo na pacienty ADDA a za použití dvou různých zdrojů dat poskytuje několik základních informací o pacientech a také přehledný rozpis hlavních i přidružených diagnóz, které pacienty do ambulance přivádí.

2 DUÁLNÍ DIAGNÓZY/ KOMORBIDITY

V odborné literatuře dodnes není definice komorbidit jednotná a ustálená. Světová zdravotnická organizace WHO definovala komorbiditu jako současný výskyt poruchy spojené s užíváním návykových látek a další psychiatrické poruchy u stejného jedince. Někdy se tento termín chápe jako společný výskyt dvou diagnostikovatelných psychických poruch spojených s užíváním drog, tedy polymorfní užívání, v rámci diagnóz ze skupiny F10 až F18 (Katona, 2013).

Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) označuje za pacienta s duální diagnózou osobu, „která má problémy spojené se zneužíváním alkoholu nebo drog vedle další diagnózy, obvykle psychiatrické, např. poruchy nálad, schizofrenie“. Za komorbiditu je tedy v této souvislosti považována dočasná koexistence dvou či více psychických onemocnění nebo poruch osobnosti, z nichž jedna je problémové užívání návykových látek (EMCDDA, 2004)

Často dochází k záměně pojmů komorbidita a duální diagnóza. Ve většině případech je termín komorbidita užíván spíše ve smyslu obecném, který popisuje současný výskyt symptomů a poruch. Pojem duální diagnóza pak označuje užší vztah mezi těmito podmínkami, které zřejmě zahrnují příčinu či důsledek (Kalina a kol., 2008).

Sdružení škodlivých forem užívání návykových látek s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví jsou jednou z klíčových otázek národní a mezinárodní protidrogové politiky. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) označuje komorbiditu/duální diagnózu jako současný výskyt dvou nebo více psychiatrických poruch definovaných podle MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí), kde jednou z nich je problematické užívání návykových látek. Podle EMCDDA (2016) závažnost komorbidit užívání návykových látek a psychické poruchy souvisí nejen s jejich vysokou prevalencí, ale také s obtížnou řešitelností těchto obtíží, společenskou a klinickou závažností a negativními dopady na vývoj situace pacientů trpících touto komorbiditou. Ve srovnání s pacienty, kteří trpí jen jednou z poruch, pacienti s komorbiditami vykazují vyšší psychopatologickou závažnost a zvýšenou míru rizikového chování, které může mimo jiné vést k vyššímu ohrožení například infekčními chorobami jako je HIV/AIDS a hepatitida C, psychosociálnímu postižení (nezaměstnanost, bezdomovectví) a k násilnému a kriminálnímu chování.

U těchto pacientů je evidována vyšší míra urgentních příjmů, vyšší prevalence suicidálního chování (i dokonané sebevraždy) a vyšší počet hospitalizací souvisejících s projevem psychiatrické poruchy. Komorbidní poruchy jsou ve většině případech cyklické povahy, léčba tak musí být zaměřena jak na poruchy z užívání, tak na psychiatrické poruchy, jinak je prognóza pacienta spíše nepříznivá. S ohledem na zátěž zdravotnických a právních systémů, psychiatrická komorbidita u uživatelů návykových látek vede k vysokým nákladům pro společnost (EMCDDA, 2016).

Osoby s duální diagnózou mají všeobecně těžší průběh nemoci, která je také častěji spojena i se sociálními důsledky. Klient s duální diagnózou má sníženou schopnost zapojit se do léčby a vytrvat v ní, jelikož je tato diagnóza častým zdrojem motivačních krizí, rizikových situací a interpersonálních konfliktů, které mohou vést i k vyšší míře relapsů a dřívějším odchodům z léčebného programu. Komplikace vznikají také na straně personálu léčebného zařízení, kdy personál musí mít schopnosti pro práci se všemi druhy poruch a být schopen zvládat současně psychiatrické i závislostní problémy (Kalina a kol., 2008).

Britská studie z roku 2001 se zaměřovala na rozdíly mezi pacienty s duální diagnózou, kteří ve stejném systému péče využívají buď služby závislosti, nebo služby duševního zdraví. Stejně jako další studie i tato potvrzuje, že pacienti s duálními poruchami mají tendenci mít rozsáhlejší a závažnější problémy než pacienti bez nich. Tato skupina podle výsledků představuje více rizik pro sebe samotné i pro ostatní a klade více požadavků na služby (ve smyslu krizových intervencí). Podle studie byla u těchto pacientů zjištěna celkově vyšší úroveň agresivního chování. Kromě toho měla skupina s duální poruchou větší problémy se zneužíváním návykových látek (hlavně zneužívání spíše než závislost) než ti se samotnou poruchou (Virgo a kol., 2001).

2.1 Etiologie duálních diagnóz

V problematice duálních diagnóz řešíme, kromě jiného, jejich možnou etiologii, tedy možné příčiny jejich vzniku. Nejčastěji hovoříme podle Nešpora (2003) o dvou pohledech na tuto problematiku. První skupinou jsou lidé s preexistující duševní poruchou, kdy nezáleží ani tak na tom, zda byla porucha diagnostikována, léčena či ne. Samotná existence psychické poruchy, může však vést k rozvoji užívání návykových látek, jelikož takovéto látky nemocnému přináší úlevu. V tomto případě hovoříme o sebemedikaci. Do rizikové skupiny nejčastěji řadíme osoby s depresemi, poruchami osobnosti (spíše muži), sociální fobií nebo posttraumatickou stresovou poruchou.

U druhé skupiny je situace opačná, jako první se objevuje užívání návykových látek, které je většinou dlouhodobé a intenzivní. Uživatel může mít pro danou psychickou poruchu například genetické předpoklady a návyková látka může sehrát roli spouštěče. Porucha může také vzniknout jako následek abúzu, kdy buď dochází k poškození vyvolanému neurotoxicitou látky, nebo kvůli nepříznivým okolnostem, které často užívání doprovází (například toxické psychózy vyvolané užíváním pervitinu, alkoholu, kanabinoidů, aj.). V současné době se přidává ještě třetí skupina. Do této skupiny řadíme pacienty, u nichž má užívání návykových látek a psychická porucha společnou příčinu, jedná se například o stresové poruchy a poruchy osobnosti, které mohou vznikat na traumatickém zážitku z dětství (Miovská, 2008).

V odborných člancích EMCDDA můžeme najít ještě širší rozdělení duálních diagnóz a to konkrétně (EMCDDA, 2004):

- primární diagnóza duševní poruchy, s následnou (duální) diagnózou zneužívání psychoaktivních látek, které má nepříznivý dopad na duševní zdraví;
- primární diagnóza závislosti na psychoaktivních látkách s psychickými obtížemi vedoucími k duševnímu poruše;
- souběžná diagnóza duševní poruchy a zneužívání psychoaktivních látek;
- duální diagnóza zneužívání psychoaktivních látek a poruchy nálad, které mají společnou etiologii z traumatického zážitku (např posttraumatický stres).

Dle Struzika a kolektivu (2017) je možné pacienty s duální diagnózou rozlišit na několik různých typů pacientů s těžkým duševním onemocněním a drogovou závislostí:

- drogově závislí pacienti s poruchami osobnosti,
- uživatelé drog s psychiatrickými poruchami způsobenými drogami, např. halucinace, deprese,
- drogová závislost, duševní onemocnění a mozkové deficity různých typů.

2.2 Diagnostika duální diagnózy

Stanovení diagnózy pacienta postavené na jednom vyšetření je velmi náročné a může být prakticky nemožné. Vždy je potřeba brát v úvahu možnost duální diagnózy. Chronické i akutní projevy užívání návykových látek mohou v některých případech imitovat symptomy dalších duševních poruch. Zde tedy může nastat problém při rozlišování mezi psychiatrickými symptomy, které jsou výsledkem chronického či akutního abúzu návykových látek či projevem abstinování od těchto látek, a psychiatrickými symptomy, které jsou projevem samostatné poruchy (EMCDDA, 2016).

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-IV) přinesl tři různé kategorie duálních diagnóz, a sice „primární“ duševní poruchy, porucha „vyvolaná užíváním psychoaktivní látky“ a třetí „předpokládané účinky“ psychoaktivní látky (intoxikace a příznaky odnětí), které by neměly být zaměňovány s příznaky duševní poruchy.

Jako „primární“ můžeme označit poruchu, jejíž příznaky nevznikají v důsledku užití psychoaktivní látky. Situace, kdy se vyskytuje současně s intoxikací či abstinenčními příznaky z odnětí látky považujeme za primární pokud:

- Příznaky svou intenzitou neodpovídají množství nebo typu užití psychoaktivní látky
- Klientova anamnéza obsahuje epizody, které nesouvisí s užitím psychoaktivní látky
- Symptomy se objevovaly ještě před užíváním psychoaktivních látek
- Symptomy přetrvávají i po odeznění intoxikace a abstinenčních příznaků (minimálně 1 měsíc)

Poruchy „vyvolané užíváním návykových látek“ se diagnostikují, pokud budou naplněna symptomatická kritéria dané poruchy;

- Porucha nesplňuje kritéria poruchy „primární“
- Epizoda je přítomna po celou dobu intenzivního abúzu či během prvních 4 týdnů po období užívání psychoaktivní látky
- Užívaná psychoaktivní látka může vyvolávat příznaky, které se podobají symptomům posuzované poruchy
- Symptomy jsou silnější než předpokládaný účinek intoxikace či odvykacího stavu.

Za „předpokládané účinky“ považujeme fyziologické účinky abúzu návykových látek, které se odvíjí od druhu užívané látky. Tyto předpokládané účinky mohou být snadno zaměnitelné s příznaky primární duševní poruchy, jako například halucinace či nespavost (APA, 2000).

Aby bylo možné správně diagnostikovat komorbiditu, je tedy nutná rozsáhlá znalost v oblasti psychologie a psychiatrie. Špatná diagnostika či opomenutí jedné z vyskytujících se poruch může vést k vážným komplikacím léčebného procesu, a to až k jeho úplnému zastavení či neúspěchu a následnému poškození pacienta (Chládková, Miovský, 2017).

Pro příklad u diagnostiky deprese u pacientů, kteří mají v anamnéze užívání psychoaktivních látek, je nutná alespoň měsíční abstinence, jelikož deprese může být projevem abstinčního stavu, tělesných komplikací nebo psychosociálního stresu. Dále je důležité pamatovat i na genderové rozdíly a brát v úvahu i pocity studu, které mohou být spojené s nálepkou diagnózy, kdy ženy častěji skrývají svou závislost a při vyšetření prezentují jen psychické potíže (Nešpor, 2003).

Požadavky, které by měly napomoci provedení správné diagnostiky a následnému sestavení efektivního léčebného plánu jsou dle Kaliny (2008) a Nešpora (2003) následující:

- Provedení komplexního psychologického vyšetření se zaměřením na osobnost a její výkonové schopnosti
- Zhodnocení sociálních a sociálně-právních aspektů situace a celkového stavu pacienta (sociální a rodinná situace a její vliv na problémy pacienta – nejlépe osoby žijící ve stejné domácnosti s klientem)
- Kontrola užívání návykových látek a období abstinence (časové údaje) - Možnost opakovaného vyšetření klienta a vyšetření klienta s časovým odstupem a prokazatelné abstinenci
- Detailní anamnestické údaje (průběh onemocnění, předchozí léčby – zdravotní dokumentace, toxikologické a biochemické vyšetření – jaterní testy, vyšetření tělesného stavu pacienta)
- Spolupráce a ochota pacienta, bez čehož není možné získat přesné údaje

2.3 Diagnostické nástroje k posouzení duálních diagnóz

Pro posouzení výskytu souběžné duševní poruchy u uživatelů psychoaktivních látek využíváme screeningové/orientační a diagnostické nástroje, jejichž využití závisí na klinickém prostředí, na času, který máme k dispozici, účelu posuzování a také odbornosti personálu. K využití diagnostických nástrojů je potřeba hlubších znalostí psychopatologie z rukou odborníků s určitou kvalifikací, zatímco screeningové vyšetření může provést po proškolení i laik (Torrens, 2015).

2.3.1 Nejznámější screeningové nástroje:

- General Health Questionnaire-28 – sebehodnotící dotazník s 28 položkami, časově přibližně 5 minut. Zjišťuje aktuální stav klienta a zda se liší od jeho obvyklého stavu. Zaměřuje se na deprese, úzkosti, hypochondrii a sociální deficity.
- Symptom Checklist-90-Revised – 90 otázek na přibližně 30 minut. Zkoumá primární symptomy jako obsese, kompulze, somatizace, úzkosti, deprese, paranoidní myšlenky apod.
- Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care – zahrnuje dotazník vyplňovaný pacientem, diagnostické rozhovory, které administruje zdravotnický personál a počítačem generovaný formulář rekapitulující výsledky, celkem 30 minut.
- Patient Health Questionnaire – sebehodnotící škála zkoumající 8 poruch a konzumaci alkoholu.
- Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire – zkoumá 13 nejčastějších poruch (např. bipolární, depresivní, posttraumatickou stresovou poruchu, psychózy a další)
- Mental Health Screening Form – polostrukturovaný rozhovor pro osoby nastupující do léčby látkových závislostí

2.3.2 Další diagnostických nástroje

- Diagnostic Interview Schedule – strukturovaný rozhovor, hodnotí klinickou významnost psychiatrických symptomů, 90-120 minut
- Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – polostrukturovaný rozhovor, který posuzuje, měří a klasifikuje psychopatologii a chování, které souvisí s nejzávažnějšími duševními poruchami.
- Diagnostic Interview for Genetic Studies – klinický polostrukturovaný rozhovor zaměřený na genetické aspekty psychických poruch, 2-3 hodiny

- Mini-International Neuropsychiatric Interview – strukturovaný rozhovor zaměřený na aktuální poruchy, existuje i v podobě přizpůsobené dětem (MINI-Kid)
- Composite International Diagnostic Interview – strukturovaný rozhovor určený i pro proškolené laiky, obsahuje screening a anamnestický přehled. Celkem 22 diagnostických oddílů (např. úzkostné poruchy, poruchy nálady, fobie, užívání návykových látek atd.)
- Structured Clinical Interview for DSM-IV (neboli SCID) – pravděpodobně nejužívanější, polostrukturovaný rozhovor (Torrens, 2015).

2.4 Léčba duálních diagnóz

U osob s duální diagnózou v současné době rozlišujeme tři modely, a sice postupnou léčbu (sukcesivní), při které se léčí nejprve jedna z diagnóz a po stabilizaci pacienta se řeší druhé onemocnění, souběžný (paralelní), kdy jsou léčeny obě onemocnění naráz, každé v jiném zařízení a poslední integrovaný model léčby, kdy jsou léčena obě onemocnění současně v jednom zařízení.

2.4.1 Postupná (sukcesivní) léčba

Při postupné léčbě se vždy zaměřujeme na jedno z onemocnění a až po vyřešení jednoho problému se přesouváme k řešení problému druhého. Začíná se zpravidla naléhavějším onemocněním, což většinou bývá užívání návykových látek. Samotná abstinence bývá také často jednou z podmínek úspěšné léčby v psychiatrickém zařízení, kdy není možné klienta léčit pro duševní poruchu, pokud současně užívá návykové látky. Dalším důvodem, který uvádí Kalina a Vácha (2013) je klinický obraz užívání návykových látek, který může zkreslovat obraz duševní poruchy, kdy může dojít k záměně symptomů. Psychiatrické onemocnění může ale na druhou stranu velmi negativně ovlivňovat snahy pacienta o udržení abstinence, což může vést k předčasnému vypnutí z léčby a k relapsu. Opačné pořadí léčby poruch se volí v situacích, kdy je možné klinicky prokázat sebemedikaci, tedy pokud pacient prokazatelně užívá návykovou látku pro potlačení symptomů duševního onemocnění (Kalina, Vácha, 2013). Tento model léčby má značné nevýhody, jako například nejistotu, kterou z poruch začít léčit jako první. Porucha, která je neléčená, může zhoršovat stav poruchy léčené a v neposlední řadě těžko odhadneme, kdy poruchu léčíme úspěšně (Fox a kol., 2011).

2.4.2 Paralelní léčba

Při užití paralelního modelu probíhá léčba duševní i závislostní poruchy současně, ovšem v různých léčebných zařízeních. Zde může nastat problém, pokud spolu služby vzájemně nekomunikují, nejsou tedy integrované a na klienta jsou kladeny vysoké nároky, což může negativně ovlivňovat jeho stav (Fox a kol., 2011).

2.4.3 Integrovaná léčba

Model integrované léčby je považován za nejefektivnější přístup k léčbě duální diagnózy u pacientů. Při tomto modelu léčby je léčena duševní porucha současně se závislostní poruchou v rámci jednoho zařízení pod jedním týmem či klíčovými pracovníkem. Pacient je vnímán jako celek a na obě jeho onemocnění se pohlíží jako na vzájemně se ovlivňující složky. Tato forma léčby je také ekonomicky výhodnější, avšak na druhou stranu klade větší nároky na personál zařízení. Pracovníci by měli být vzděláni nejen v oblasti závislostních poruch, ale také v problematice duálních diagnóz. Jedním z principů úspěšného integrovaného programu je multidisciplinarita týmu, ve kterém by měl být psychiatr, se kterým by měli mít pracovníci možnost konzultovat své případy, zdravotní sestra, case manager, pracovníci poskytující rehabilitační služby a odborník na návykové látky. (Kalina, Vácha, 2013; Fox a kol., 2011).

2.4.4 Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi v kontextu léčby komorbidit dle Gilvarryho (2016):

Mladí uživatelé návykových látek stejně jako dospělí často trpí nezvládnutelnými komorbidními komplikacemi užívání. Pro práci s touto rizikovou skupinou je důležitý integrovaný systém intervencí, který bude probíhat adekvátně dlouhou dobu i se zapojením evidence-based intervencí tedy intervencí založených na důkazech. Přístup by měl obsahovat prvky asertivní komunitní léčby, který je charakteristický sdílením péče o klienta celým týmem, četnými kontakty a proaktivním vyhledáváním jedinců v jejich přirozeném prostředí a asertivním kontaktování těch, kteří obtížně spolupracují v procesu léčby (Probstová & Pěč, 2014).

Pro účinnost je důležitý rychlý přístup ke službám, méně případů na jednoho pracovníka, zkušený praktik, asertivní zapojení a sdílení informací o pacientovi uvnitř multidisciplinárního týmu.

Intervence je nutné přizpůsobit mladší klientele ve smyslu zaměření na vývojové potřeby jako je vzdělávání, ubytování, bezpečí a péče. Evidence-based přístupy sdílejí charakteristiky účinnosti jako například:

- Komplexní spolupráce, mobilizace dalších služeb a organizace trvalé podpory
- Postava terapeuta – charismatický a sociálně zkušený
- Individuálně přizpůsobené terapeutické směřování

Léčba různých psychiatrických komorbidit by měla využívat podpurné terapeutické postupy, zapojovat rodinu a blízké okolí klienta a v průběhu léčby i po ní uplatňovat pravidelný dohled a revizi (Gilvarry, 2016).

2.5 Prevalence duálních diagnóz u dospělé populace

U uživatelů návykových látek je relativně vysoká prevalence komorbidit, kdy asi 50 % pacientů užívá návykové látky, a zároveň trpí poruchou duševního zdraví. Vzhledem k tomu, že neexistuje žádná evropská epidemiologická studie o komorbiditě duševního zdraví a poruch souvisejících s užíváním návykových látek, pocházejí stávající epidemiologická data z národních nebo místních studií v evropských zemích. Tyto studie se liší v příslušných definicích komorbidit, použitých metodologiích, uvažovaných látkách, postupech odběru vzorků a geografických zvláštностech týkajících se dostupnosti léčby a trhů s drogami (EMCDDA, 2016).

Nejčastější psychiatrické diagnózy vyskytující se při závislostech jsou poruchy osobnosti (50–90 %) a to zejména disociální (25 %), afektivní poruchy (20–60 %), psychotické stavy (15–20 %). Kromě zmíněných diagnóz se u závislých lze setkat i s vyšším výskytem úzkostných poruch (4-32 %), depresemi (5-72 %), sociální fobií a posttraumatickými stresovými poruchami (EMCDDA, 2004; Adamson 2006;2008).

U žen lze ve větší míře pozorovat vedle závislosti i poruchy příjmu potravy. U mužů se často objevuje disociální porucha osobnosti, přičemž násilné nebo jinak bezohledné jednání často předchází vzniku návykového onemocnění. Závislí muži jsou více ohroženi i patologickým hráčstvím (Kalina a kol., 2003). Z hlediska věku se uvádí, že u mladších závislých se vyskytuje komorbidita v mnohem vyšší míře než u starších závislých jedinců (Katona, 2013).

Podle některých autorů, prevalence duální diagnózy v obecné populaci je kolem 17 %, zatímco ve skupině psychiatrických pacientů může dosáhnout 65 % (Struzik a kol., 2017). Podle dánské studie z roku 2016 byla prokázána duální diagnóza u 46,4 % pacientů s poruchou osobnosti, 36,6 % se schizofrenií, 34,9 % s bipolární poruchou a 31,9 % s depresí, podle výsledků, nejčastějším typem syndromu užívání byla porucha spojená s užíváním alkoholu (Toftdahl a kol., 2016).

Starší literatura uvádí, že zneužívání látek nebo závislost jsou problémem pro 20 % až 50 % mladých, chronicky duševně nemocných pacientů a vede ke značnému excessu. Pacienti se schizofrenií a jinými psychotickými poruchami jsou náchylnější k zneužívání stimulantů, halucinogenů, marihuany a alkoholu. Ve srovnání s psychotickým pacientem, který neužíval látky, dochází u uživatele psychotických látek k častějším a závažnějším recidivám, častěji dochází k rehospitalizaci a je pro něj podstatně obtížnější zapojit se do léčby (Nigam a kol., 1992).

Dle Kaliny (2003) 40 – 60 % na alkoholu závislých žen má další psychiatrickou diagnózu, muži alkoholicí pak ve 20 – 40 %. Nejčastěji jde o depresivní a úzkostné poruchy, osobnostní poruchy, poruchu příjmu potravy či závislost na další psychoaktivní látce, která se objevuje u 10 % všech závislých pijáků alkoholu.

U závislých osob se nejčastěji vyskytuje emočně nestabilní a disociální porucha osobnosti. Při emočně nestabilní poruše osobnosti je v popředí mimo jiné také egocentrismus, tendence k manipulativnímu chování, zvýšená impulzivita, intenzivnější reagování na stresové podněty. Zneužívání návykových látek může přechodně zmírňovat nepříznivé subjektivní psychické prožívání, v konečném důsledku však zhoršuje adaptaci a snižuje frustrační toleranci, čímž se vytváří bludný kruh, ve kterém se stupňuje užívání návykových látek (Kolibáš, 2007).

Epidemiologická studie provedená v roce 2003 americkým úřadem pro zneužívání návykových látek a duševní zdraví (SAMHSA) uvedla, že 19,6 milionu dospělých ve věku 18 let nebo starších mělo závažné duševní onemocnění. Z těchto dospělých 27 % užilo v posledním roce nelegální látku a 21 % bylo závislých na drogách nebo je zneužívalo. Navíc v celkové studované populaci měli dospělí, kteří užívali nelegální drogy nebo trpěli přímo závislostí na nějaké návykové látce, více než dvakrát vyšší pravděpodobnost vážného duševního onemocnění než dospělí, kteří neužívali návykové látky. Průzkum odhaduje, že v USA může být více než 4,2 milionu dospělých s duální diagnózou (US Department of Health and Human Services, 2004)

Další americká studie odhaduje, že současný výskyt závažných duševních chorob a poruch souvisejících s užíváním návykových látek je přítomen u 7 až 10 milionů dětí a dospělých ve Spojených státech, a pokud jsou tito jedinci léčeni, je to obvykle pouze pro jednu ze dvou poruch (US Department of Health and Human Services, 2003).

Švédská studie z roku 2002, která zkoumala 108 žen s různými druhy užívaných psychoaktivních látek (alkohol, BZD, amfetaminy a heroin) zjistila u 53 % poruchu osobnosti. Uživatelky heroinu byly méně emotivní, méně vyjadřovaly své pocity, uživatelky benzodiazepinů a amfetaminu byly schopnější ve směru sebeprosazení. Všechny skupiny žen vykazovaly nízkou zralost osobnosti, závislé na benzodiazepinech si v tomto směru vedli o něco lépe než ženy užívající alkohol a opiáty (Gerdner a kol., 2002).

Grant a kolektiv (2004) uvádí, že v jejich studii mezi žadateli o léčbu s jakoukoli poruchou související s alkoholem mělo více než 40 % komorbidní poruchu nálady a 33 % úzkostnou poruchu; mezi žadateli o léčbu s poruchou související s drogami mělo více než 60 % komorbidní poruchu nálady a více než 42 % úzkostnou poruchu (Grant a kol., 2004).

Podle Tiet a Mausbacha (2007) výzkumy naznačují, že mezi jedinci, u kterých byla diagnostikována celoživotní schizofrenní porucha, mezi 33 % a 66 % splňuje kritéria pro alespoň jednu poruchu související s návykovou látkou v průběhu života (Tiet a Mausbach, 2007). Stejní autoři zmiňují také starší studii Epidemiologic Catchment Area (ECA), která zahrnovala podávání Plánu strukturovaných diagnostických rozhovorů 20 291 dospělým ve věku nad 18 let žijícím v komunitách a institucionalizovaným dospělým. Ta zjistila, že více než 56 % osob s jakoukoli celoživotní bipolární poruchou a 47 % osob s celoživotní schizofrenií měli během svého života také komorbidní poruchu související s užíváním návykových látek. Podobně jedinci s diagnózou poruchy užívání látek mají často komorbidní psychiatrické poruchy. Studie ECA odhaduje, že asi jedna třetina (37 %) jedinců s celoživotními poruchami souvisejícími s alkoholem a asi polovina (53 %) jedinců s celoživotními poruchami souvisejícími s drogami má celoživotní komorbiditu jiné psychiatrické diagnózy (Regier a kol., 1990).

I nelátkové závislosti se mnohdy pojí s duševní poruchou, například problémové užívání internetu se často vyskytuje společně s úzkostnou poruchou (sociální, generalizovanou), poruchou afektivity či pozornosti. Dále klienty závislé na různých sférách internetu a na hraní počítačových her často sužuje deprese nebo se u nich vyskytují obsedantně-kompulzivní rysy (Rosenberg, 2014). Také George a Murali (2005) uvádí, že u osob s problémovým nebo patologickým hráčstvím se častěji než u běžné populace vyskytují závažné psychiatrické poruchy: těžká deprese, disociální porucha osobnosti, fobie a současná nebo předešlá historie zneužívání alkoholu. Deprese je pravděpodobně nejčastější psychiatrickou poruchou a její prevalence se pohybuje od 50 do 75 %. S nabídkou vysvětlení vztahu mezi hazardem a depresí přišel již v roce 1996 Becona a kolektiv. Jedním z nich je, že ztráty související s hazardními hrami a další nepříznivé důsledky vedou k depresi. Druhým je, že hazardní hry jsou činností, která se zabývá zmírněním depresivního stavu – používá se jako „antidepressivum“, což je možné vztáhnout i do dnešní doby. Kausch (2003) ve své studii patologických hráčů poznamenal, že 66,4 % mělo celoživotní diagnózu zneužívání návykových látek nebo závislosti. Dalšími poruchami, které jsou podle něj běžně komorbidní s patologickým hráčstvím, jsou poruchy osobnosti, poruchy kontroly impulzivity, úzkostné poruchy a porucha pozornosti s hyperaktivitou.

2.5.1 Shrnutí prevalence komorbidit dle výzkumné zprávy z roku 2015 (Torrens, 2015):

2.5.1.1 Deprese

Prevalence deprese u uživatelů psychoaktivních látek je 12-80 %. Osoby trpící depresemi jsou více náchylní k rozvoji závislosti na návykových látkách, a naopak, lidé s adiktologickou poruchou jsou více ohroženi depresivní poruchou. Výzkumy ukazují, že komorbidní depresivní porucha se častěji vyskytuje u žen než u mužů a nejčastější užívanou látkou je v tomto případě alkohol.

2.5.1.2 Úzkostné poruchy

Nejčastěji hovoříme o panické poruše a posttraumatické stresové poruše. Prevalence úzkostí je až 35 %. U diagnostiky úzkostných poruch často narážíme na problém, jelikož úzkost je nezřídka projevem intoxikace či abstinčních příznaků. Velmi často se setkáváme s úzkostí u uživatelů konopí, kteří začali s užíváním v nízkém věku či u nezkušených uživatelů, u chronických uživatelů je účinek opačný (anxiolytikum). Prvotně vyskytující se úzkost může jedince predisponovat k užívání konopí. U opioidů je prevalence úzkostných poruch 26-35 % (především panická porucha a PTSD) u kokainu, extáze a amfetaminů pak 13-23 %.

2.5.1.3 Schizofrenie

Prevalence schizofrenie v komorbidním vztahu s užíváním návykových látek je 30-66 %. Nejčastěji užívané látky jsou sestupně tabák, alkohol, konopí a v posledních letech také kokain.

2.5.1.4 Bipolární afektivní porucha

U 40-60 % pacientů trpících touto poruchou se současně vyskytuje užívání návykových látek, a to především alkoholu, konopí a stimulancií. Tyto látky však s největší pravděpodobností zhoršují manické projevy nemoci.

2.5.1.5 Poruchy osobnosti

Mezi nejčastějšími poruchami osobnosti bychom u uživatelů nelegálních drog našli poruchu disociální a emočně nestabilní. Norská studie z roku 2012 potvrdila poruchu osobnosti u 46 % uživatelů (16 % disociální – jen muži, 13 % emočně nestabilní, 8 % paranoidní, obsedantně-kompulzivní a vyhýbavá). U uživatelů s touto komorbiditou je častější rizikové užívání (injekční užívání) a celkově rizikovější chování (sexuální praktiky, protiprávní jednání). Nejvýznamnější podíl takovéto duální diagnózy je u uživatelů opioidů.

2.5.1.6 Porucha pozornosti s hyperaktivitou

Prevalenční hodnoty duálních diagnóz s poruchami pozornosti s hyperaktivitou u dospělých dosahují 5-33 %.

2.5.1.7 Poruchy příjmu potravy

Prevalence užívání návykových látek u osob trpících poruchou příjmu potravy je až 50 %. Dále 35 % uživatelů psychoaktivních látek uvádí nějakou z poruch příjmu potravy, v obecné populaci je prevalence 1-3 %. Rizikovou skupinou pro užívání stimulancií jsou jedinci, kteří užívají farmaka ke snížení hmotnosti (laxativa, diuretika atd.)

3 NÁVYKOVÉ LÁTKY A PSYCHICKÉ PORUCHY U DĚTÍ

3.1 Užívání návykových látek u dětí

Problematiku užívání návykových látek u dětí a mladistvých pravidelně sledují různé výzkumy. Za jednu z předních a zároveň největší celoevropskou studii je považována Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), která sleduje rozsah užívání návykových látek a rizikové chování u mladistvých ve věku 15-16 let, zpravidla každé čtyři roky od roku 1995. V následujících řádcích bych ráda uvedla její poslední výsledky z roku 2019 (Chomynová, Csémy, & Mravčík, 2020).

Výsledky poslední studie ukázaly příznivý vývoj této problematiky, což je přičítáno především změně životního stylu této věkové skupiny, kdy užívání návykových látek není tak přitažlivé jako dřív a dospívající více dbají o své zdraví. Dále pravděpodobně situaci ovlivnily preventivní programy na školách, kdy každá škola (základní i střední) musí disponovat minimálním preventivním programem a školním metodikem prevence. Se změnami jistě souvisí také rozvoj komunikačních technologií, kdy mládež více komunikuje přes internet, a to ať už ve volném čase nebo kvůli studiu. Na druhou stranu tráví mladiství velké množství času hraním her na počítači a sledováním obsahu na sociálních sítích, což může být rizikové.

Podle výsledků studie na území České republiky, 54 % šestnáctiletých alespoň jednou v životě kouřilo cigarety, a to v období 14 a 15 let. V posledních 30 dnech kouřilo 23,6 %, kde vidíme mírný pokles od předchozí studie z roku 2015, kdy procento činilo 29,8 %. Z dlouhodobého hlediska je znát celkový pokles prevalence, jelikož při první studii v roce 1995 kouření v posledních 30 dnech uvedlo celkem 34,3 % studentů. 10,3 procenta studentů kouří klasické cigarety denně a 2,8 % kouří 11 a více cigaret denně. Ve studii se projevil také nový fenomén elektronických cigaret, u kterých uvedlo alespoň jednu zkušenost více mladistvých (60,4 %, poprvé průměrně v 15 letech) než těch, kteří uváděli zkušenosti s kouřením klasických cigaret, elektronické cigarety kouří celkem 3,1 % denně/téměř denně. Alkohol alespoň jednou za život vyzkoušelo 95,1 % studentů, z nichž na 42 % lze nahlížet jako na pravidelné konzumenty, první zkušenost obvykle v období 14 let. Za posledních 30 dnů pilo alkohol 62,7 % studentů, v roce 2015 68,5 %. Z pohledu genderového rozdělení je míra konzumace srovnatelná, jen dívky o něco více uváděly jednorázovou zkušenost. Konzumaci nadměrných dávek alkoholu v posledním měsíci alespoň jednou uvedlo 38,5 % a třikrát a častěji v posledním měsíci 11,7 % šestnáctiletých (Chomynová, Csémy, & Mravčík, 2020).

Pití nadměrných dávek alkoholu alespoň jednou v posledním měsíci uvedlo v r. 2019 celkem 38,5 % šestnáctiletých, opakované časté pití 5 a více sklenic, tj. pití nadměrných dávek alkoholu 3krát a častěji v posledních 30 dnech, uvedlo 11,7 % studentů. Ve srovnání s předchozími studiemi došlo k mírnému poklesu užívání alkoholu.

Celkem 29,3 % studentů uvedlo alespoň jednu zkušenost s nelegální látkou (nejvíce konopné látky - 28,4 % a to průměrně ve věku 14,5 let). Jinou, než konopnou látku uvádí 7,6 % mladistvých, jednalo se o látky extáze (3,6 %), LSD a halucinogenní houby (3,5 % a 2,5 %), těžké látky (4,9 %), pervitin (1,5 %), kokain (1,6 %), heroin a jiné opiáty méně než 1 procento, anabolické steroidy uvedlo 0,7 % respondentů. Asi 10 % šestnáctiletých někdy za svůj život užívalo na doporučení lékaře léky na uklidnění a 14,4 % zneužívalo léky bez doporučení lékaře.

Co se týče subjektivně vnímané dostupnosti látek, 70,9 % si dokáže snadno či velmi snadno obstarat cigarety, pivo pak 81 % a více než polovina i jiný alkohol, necelá polovina dokáže snadno i velmi snadno sehnat konopné látky.

ESPAD sleduje také trávení času na počítači, tabletu a telefonu, a to konkrétně hraní her a užívání sociálních sítí. Celkem 21,9 % respondentů hraje hry sedm dní v týdnu (více chlapci), 74,2 % (více dívky) užívá každý den sociální síť (Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat atd.). Z celkového počtu pouze 1,7 % uvedlo, že v posledních sedmi dnech netrávila ani jeden den na sociální síti.

K souhrnu se dá ještě poznamenat, že se postupně posouvá první zkušenost s návykovými látkami do vyššího věku a že v současné době dochází ke genderovému vyrovnání na rozdíl od minulých let, kdy bylo užívání návykových látek vždy vyšší u chlapců. Prevalence užívání a rizikového chování se liší podle studované školy, a sice u gymnazistů je nižší výskyt než u studentů odborných učilišť a žáků devátých tříd základních škol (Chomynová, Csémy, & Mravčík, 2020).

Další významnou studií je Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), což je evropská výzkumná studie mapující životní styl dospívajících. Studie je prováděna každé čtyři roky a momentálně je do ní zapojeno 48 zemí (Česká republika od roku 1994) a celkem 1 300 000 respondentů (v ČR 50.000 respondentů).

Zpráva z roku 2016 kromě jiného sledovala trendy v užívání návykových látek a přinesla zjištění, že 20 % chlapců a 14 % dívek ve věku patnácti let pravidelně pije alkohol, což výrazně převyšuje mezinárodní průměr ostatních zemí zapojených do této studie. V oblasti cigaret došlo ke zlepšení oproti roku 2012, Česká republika je ale v tomto ohledu stále nadprůměrná a cigarety dle výsledků kouří pravidelně 11 % chlapců a 16 % dívek ve věku patnácti let. Ve zkušenostech s užíváním konopných látek je Česká republika v mezinárodním srovnání na šestém nejhorším místě s číslem 23 % u patnáctiletých chlapců i dívek. Až 80 % dětí na našem území nemá dostatek pohybové aktivity a místo toho tráví většinu času u počítače, televize či na telefonu (MŠMT, 2020).

3.2 Psychické poruchy u dětí

Mezi jedny z nejčastěji se vyskytujících psychických poruch v dětské populaci řadíme poruchy chování (F91). Tyto poruchy se projevují trvalým a opakujícím se obrazem agresivního, vzdorovitého a disociálního chování (Theiner, 2007). Touto poruchou trpí mezi 10–15 % dětí a mladistvých. V celkovém počtu převládají chlapci, a to v poměru 4-12: 1 (Pešatová, 2003). Vágnerová udává rozmezí ještě širší, a to konkrétně 2-20 % z této populace. Dle autorky závisí četnost na různých faktorech, jako je například nejasná hranice mezi jednoznačně vyjádřenou poruchou a potížemi tohoto druhu, které jsou méně akcentované a můžou být s poruchou zaměňovány. Dále také uvádí, že aplikace jednotných kritérií na různé skupiny ve společnosti může být značně zkreslující – v romském společenství obecně kladen menší důraz na sebeovládání a podobně. Všechny zdroje se ale shodují, že se poruchy chování objevují převážně u chlapců (Vágnerová, 2004).

V souvislosti s poruchami chování hovoříme také často o emočních poruchách. Německá studie zkoumající prevalenci emociálních poruch a poruch chování uvádí souhrnnou prevalenci 17,6 %, což znamená, že z celkového počtu 13,43 milionů 3-18letých, každé šesté dítě vykazuje potřebu klinicky indikované diagnostiky, poradenství a/nebo léčby (Barkmann, & Schulte-Markwort, 2012).

Podle norské studie z roku 2012, která se zaměřovala na děti v předškolním věku, na 12,5 % 4letých dětí trpí alespoň jednou psychiatrickou poruchou. Míra poruch chování v této studii byla nižší než v jiných podobných studiích. Na druhé straně míra deprese ležela na horní hranici běžně uváděného rozmezí (0–2 %), zatímco prevalence úzkostných poruch byla na spodní hranici předchozího rozmezí 1–9 % (Wichstrøm a kol., 2012).

Co se týče depresivních poruch, ty se u dětí vyskytují ve 2-4 %, zde je poměr mezi chlapci a dívkami 1:1. S přibývajícím věkem ale roste také prevalence a u adolescentů již hovoříme o 4-8 %. Počty se také mění mezi pohlavími a dívky depresivní poruchou v tomto věku trpí dvakrát častěji než chlapci. U této populace je pozorován výskyt suicidálního jednání ve 2-4 %, a to je zhruba šestkrát víc než u zdravé populace ve stejném věkovém rozmezí. S věkem se u mladistvých postižených depresivními poruchami také zvyšuje počet suicidálních pokusů (Goetz, 2005).

U dětí a dospívajících se také objevuje bipolární afektivní porucha, jejíž prevalence se mění s přibývajícím věkem. U dětí je prevalence 0,2-0,4 % u adolescentů se již dostává na 1 %, v obou případech je zastoupení pohlaví přibližně stejné (Dudová & Hrdlička, 2006). Další americká studie z roku 2013 uvádí, že se tato porucha objevuje u 1-3 % mládeže, a to zejména u adolescentů (Birmaher, 2013)

Jednou z nejčastějších psychiatrických diagnóz u dětí jsou úzkostné poruchy a jejich prevalence je uváděna v rozmezí 8- 27 % (Costello a kol., 2005). Americká studie prováděná na 43 283 dětech ve věku 3-17 let uvádí, že 7,1 % dětí trpí právě úzkostnou poruchou (Ghadnour a kol, 2019).

V neposlední řadě je nutné zmínit hyperkinetické poruchy (F90), a to konkrétně jejich dva základní typy, poruchy aktivity a pozornosti a hyperkinetické poruchy chování. Podle dostupných studií se poruchy z oblasti F90 vyskytují u 5-8 % dětí a u 60-70 % z nich můžou přetrvat až do dospělosti (Drtilková a kol., 2007).

3.3 Prevalence duálních diagnóz u dětí

U adolescentů s vážnými emočními poruchami se nezdá vyskytují komorbidní stavy, které vyžadují zvláštní pozornost a komplexní přístup. Dospívající s duální diagnózou jsou stejně jako dospělí ohroženi nejen samotnou diagnózou ale i problémy v jiných oblastech života, a to ať už z hlediska vzdělávání či v oblasti rodinné a sociální (Hollen & Ortiz, 2015). Matali (2016) ve své práci uvádí, že užívání psychoaktivních látek je jedním z nejčastějších důvodů návštěvy pohotovostní služby pro děti a mladistvé, přičemž nejčastěji jsou s těmito návštěvami spojeny konopí a alkohol. Dalšími převládajícími diagnózami pozorovanými v této populaci jsou depresivní poruchy, poruchy chování, úzkostné poruchy a sebepoškození. Tento stav u adolescentů je často spojen s horšími výsledky léčby, vyššími náklady, recidivou, vyšší mírou relapsů a horším přístupem k lékařským i psychiatrickým službám.

Co se týče prevalence užívání návykových látek spojeného se současným výskytem psychické poruchy u dětí a dospívajících, zde se čísla pohybují mezi 25 – 45 %. I když ne příliš výrazně, studie ukazují, že duální diagnózy častěji postihují chlapce. Například podle španělské studie provedené na dětech a dospívajících (věkové rozmezí 1-18 let), podle které je celková prevalence 25 % hovoříme o výskytu duální diagnózy v 50,9 % o chlapcích a ve 49,1 % o dívkách. Studie také ukazují, že se duální diagnóza vyskytuje více u starších dospívajících než u mladších dětí. U zmíněné španělské studie byly nejčastější diagnózou poruchy chování a to u 43,8 %, dále psychotické poruchy 10 %, úzkostné poruchy asi 10 % a porucha přizpůsobení 2,7 % (Matali, 2016).

Britská studie z roku 2012 uskutečněná v Manchesteru s 55 respondenty (30 chlapců a 25 dívek) ve věku mez 10–19 lety přišla s prevalencí duálních diagnóz u 45 % dotazovaných. Výzkumníci uvedli, že 96 % respondentů užívalo konopné látky a u 78 % se objevovalo problémové pití alkoholu, několik z dotazovaných uvedlo také užívání extáze a kokainu, ovšem v nižší míře než konopí a alkohol. Jako psychiatrické komorbidity se vyskytovaly nejčastěji poruchy chování u 45,5 % a ADHD u 31,5 % (Marshall, 2012).

Zajímavé výsledky přinesla finská studie vydaná v roce 2008, tato studie zkoumala komorbiditu závislosti na alkoholu a drogách s psychiatrickými poruchami podle pohlaví na klinickém vzorku 300 dívek a 208 chlapců (ve věku 12–17 let), kteří byli hospitalizováni v psychiatrické léčebně v období od dubna 2001 do března 2006. Výsledky ukázaly vyšší výskyt depresivní symptomatiky u chlapců než u dívek, což je opačný jev než u dospělých uživatelů. Autoři vysvětlují toto zjištění trváním a průběhem závislého chování. Depresivní dívky začnou užívat alkohol ve vyšším věku než chlapci nebo se u dívek depresivní komorbidita objeví později než u chlapců (Ilomäki, 2008).

Jiná, tentokrát švédská studie, přišla s objevem, že dvě třetiny z počtu 46 dívek, které podstupovaly povinnou léčbu pro drogovou závislost v zařízení pro děti a dospívající, měly zároveň diagnózu poruchy osobnosti či jinou psychiatrickou poruchu (EMCDDA, 2004).

Studie z roku 2015 analyzovala dostupné údaje o 9 154 dospívajících pacientech z psychiatrických léčeben ve věkovém rozmezí 11–17 let (55 % chlapců a 45 % dívek). Z tohoto počtu se duální diagnóza objevila u 25 % pacientů, kdy jí více trpěli chlapci a to o 3 % více než dívky. Duální diagnóza se častěji objevovala u starších dětí ve věku 16 nebo více let a také u dospívajících se statutem kriminálního nebo sexuálního delikventa (Hollen & Ortiz, 2015).

V celé skupině byla nejčastější duševní poruchou afektivní porucha osobnosti v necelých 70 % a nejčastější užívanou látkou byly barbituráty (12,3 %). Užívání barbiturátů bylo nejčastěji spojeno s poruchami chování (18,1 %) a s poruchami osobnosti (7,1 %). Druhým nejvyšším podílem poruch souvisejících s užíváním návykových látek byl alkohol v rozmezí od 2,1 % (pacienti se schizofrenií) do 13,8 % (pacienti s poruchami chování). U mladších dětí nebyly z hlediska pohlaví zaznamenány příliš velké rozdíly, ty se objevily až s přibývajícím věkem, kdy například chlapci s poruchou chování měli 1,6krát vyšší pravděpodobnost užívání alkoholu než dívky se stejnou diagnózou (Hollen & Ortiz, 2015).

Pompili a kolektiv (2012) se zaměřili na studie zkoumající spojitosti mezi užíváním návykových látek a sebevražedným chováním u adolescentů. Podle některých studií byla prokázána souvislost mezi poruchami užívání alkoholu a rizikem sebevraždy a užíváním konopí a zvyšujícím se výskytem destruktivního chování. Epstein a Spirito (2010) v průřezové studii na 13 917 středoškolských studentech zase uvedli, že časný začátek užívání alkoholu a injekční užívání návykových látek bylo významně spojeno se sebevražedností napříč pohlavími. Podle výsledků studie dva faktory zvyšovaly riziko zvažování sebevraždy (pouze u dívek), a sice první pití alkoholu před dosažením věku 13 let a kouření denně v posledních 30 dnech. U dívek i chlapců, kteří se poprvé napili před 13 lety, čichali lepidlo, nabízeli/prodávali drogy a aplikovali si drogy injekčně, se výrazně zvýšila pravděpodobnost, že se skutečně pokusí o sebevraždu.

4 VYPADNUTÍ Z LÉČBY

Problém předčasného vypadnutí klienta z léčby (neboli „drop out“/“drop-out“) je na území České republiky i ve světě poměrně častý jev. Rozsah případů, kdy nedojde k řádnému dokončení léčby je odlišný podle druhu léčebných programů, které klienti navštěvují. Přesný počet drop outů se v Čechách plošně neeviduje, dílčí sledování však ukazují, že se jedná o zhruba 40 % klientů, přičemž nejvyšší procento je uváděno u denních stacionářů, kde procenta neklesají pod 50 %. Dle Kaliny dokončená léčba podle plánovaného termínu značně zvyšuje šance na pozitivní vývoj situace klienta. Výsledkem drop outu je u 60-90 % klientů relaps, pokud dojde k předčasnému ukončení léčby v prvním období léčebného procesu, trvalejší porušení abstinence se navrácí u 80-90 % klientů (Kalina, 2003).

Vypadnutí z léčby lze rozdělit na spontánní, kdy se klient rozhodne ukončit léčbu na vlastní žádost a indukované, kdy klient poruší stanovená pravidla a ukončení léčby je ze strany zařízení. V naprosté většině dochází k ukončení léčby ze strany pacienta. Dále je možné drop outy rozlišit podle času, kterého se využívá především u hodnocení dodržení léčebného programu v terapeutické komunitě a při ústavní léčbě, kdy hovoříme o časném vypadnutí z léčby (u terapeutické komunity, vypadnutí v prvních třech měsících od nástupu) či o syndromu prvního období v počátcích ústavní léčby (Kalina, 2008).

4.1 Rizikové faktory na straně klienta/zařízení

Ball a kolektiv (2006) uvádí, že s předčasným ukončením léčby souvisí různé demografické faktory jako pohlaví, postavení menšiny a nižší věk. Dále také dřívější počátek užívání návykových látek, zneužívání více látek současně, souběžně se vyskytující psychiatrická diagnóza (především disociální a emočně nestabilní porucha osobnosti) a závažnost psychiatrických symptomů jsou spojeny s častějším výskytem drop outů. Další rizikovým faktorem může být nízký socioekonomický status a motivace, pokročilejší stadia alkoholismu či kriminální historie klienta.

V otázce vypadávání klientů z léčby je nutné mít vždy na paměti riziko výskytu dalších přidružených psychiatrických diagnóz. Literatura v oboru zdůrazňuje důležitost včasného rozpoznání komorbidity, aby se předešlo nepříznivým výsledkům léčby. Pokud nedojde k rozpoznání všech poruch v rané fázi léčby, zvyšuje se riziko destabilizace, která může negativně ovlivňovat snažení klienta o abstinenci. Britská studie z roku 2010 zjišťovala míru, do jaké je komorbidita u pacientů v ambulantní léčbě závislosti rozpoznávána, zda je po

rozpoznání nastaven adekvátní léčebný plán a zda komorbidita zvyšují riziko předčasného ukončení léčby. Studie zjistila, že 71 % ze 176 klientů, kteří zahájili léčbu v 6 ambulantních protidrogových/protialkoholních službách, bylo pozitivně vyšetřeno na souběžné problémy s duševním zdravím. Z toho služby rozpoznaly přidruženou diagnózu pouze u 54 % klientů a tyto problémy řešily u pouhých 23 % z nich. U klientů, jejichž komorbidita nebyla během léčby specificky řešena (77 %), byla významně vyšší pravděpodobnost, že před 90. dnem (minimální pobyt v délce 90 dnů jsou nyní ve Spojeném království vyžadovány jako ukazatele účinnosti léčby) odejdou. (Schulte a kol., 2010).

Další britský výzkum sledoval 58 studií, které podávají zprávu o vztahu mezi problémy duševního zdraví a setrváním v protidrogové léčbě, včetně přibližně 15 000 klientů. Z hlediska geografického původu bylo 49 z 58 studií z USA, tři z Kanady, jedna z Austrálie, čtyři z jižní Evropy a tři ze severní Evropy. Dle jejich výsledků většina klientů s duální diagnózou, kteří vyhledávají léčbu v protidrogových službách, setravá v léčebném programu stejně jako klienti bez duální diagnózy. Zatímco celkový počet předčasných odchodů klientů je v mnoha shromážděných studiích vysoký, nezdálo se, že by klienti s dalšími psychologickými problémy byli v nevýhodě, pokud jde o jejich šanci zůstat v léčbě dostatečně dlouho. Na druhou stranu při zkoumání druhů léčebných programů nabízených v zúčastněných službách výzkum zjistil, že specializované protidrogové služby mají tendenci se zaměřovat na léčbu problému zneužívání návykových látek spíše než nabízet komplexní služby svým duálně diagnostikovaným klientům (Meier & Barrowclough, 2009). Autoři ale zároveň upozorňují na fakt, že ve Spojeném království dva nedávné průzkumy zjistily, že pouze 74 % všech protidrogových služeb a 55 % rezidenčních protidrogových služeb přijímá klienty s duální diagnózou, a ne všichni akceptují akutní případy (Meier, 2006; Schulte, 2007).

Dle výzkumu z 366 pacienty z roku 2016 se dozvídáme, že na předčasném ukončení léčby se nepodílí ani tak druh závislosti, ale spíše věk klientů. Podle výzkumu častěji nedokončili pobyt v zařízeních mladší klienti, a to většinou díky disciplinárnímu ukončení léčby (Tibenská a kol., 2016).

Výzkum prováděný s 309 klienty v roce 2008 ukázal, že pacienti, kteří dokončili léčbu v řádném termínu, po šesti měsících častěji abstinovali (54 %). U klientů, u kterých byla léčba ukončena indukovaně z disciplinárních důvodů dosáhlo procento abstinence 31,3 %. U klientů, kteří opustili zařízení spontánně, došlo po šesti měsících k udržení abstinence u pouhých 5,6 % (Tibenská a kol., 2008).

Na téma rizikových faktorů drop outu vzniká pravidelně mnoho výzkumů, které se buď vzájemně podporují nebo naopak vyvrací. Brorson a kolektiv přišli se srovnáním 112 různých studií, z nichž uvedli poznatky o prevalenci, statistické významnosti a směrovosti každého potenciálního rizikového faktoru vypadnutí z léčby, v následující části je zmíněno několik faktorů na straně klienta, o kterých se v této souvislosti nejčastěji hovoří:

- Věk klienta: faktor zkoumalo 72 studií, z toho 46 nezjistilo žádnou souvislost mezi věkem pacienta a předčasným vypadnutím z léčby, 26 shledává věk jako rizikový faktor, přičemž 23 studií spojovalo mladší ročník se zvýšeným rizikem
- Pohlaví klienta: celkem 64 studií se zabývalo genderovými rozdíly, jen 10 uvedlo významné souvislosti, avšak pět uvedlo, že u mužů je předvídan předčasný odchod, zatímco zbývajících pět studií uvádělo větší riziko předčasného ukončení u pacientek.
- Vzdělání: 42 studií zkoumalo vztah mezi úrovní vzdělání a drop outem. Devět studií uvedlo statisticky významné vztahy, přičemž rizikovým faktorem je nižší vzdělání.
- Souběžná porucha: 38 studií - poruchy nálady byly studovány ve 23 studiích a souvislost byla statisticky významná v pěti studiích. Souvislost mezi úzkostí a drop outem byla studována ve 14 studiích a byla zjištěna jako statisticky významná ve čtyřech. Celkem 13 studií zkoumalo poruchy osobnosti (především disociální a emočně nestabilní porucha osobnosti) jako rizikový faktor vypadnutí a devět studií tuto souvislost potvrdilo.
- Rodinný stav: 36 studií, pouze 4 uvedly rodinný stav jako významný a to především, že u pacientů, kteří v současné době nejsou ve vztahu, je zvýšené riziko předčasného ukončení léčby

Pouze 4 % studií se zabývala rizikovými faktory na straně zařízení, a to konkrétně délkou léčby, a jejím nastavením, užívanými metodami a poměrem zaměstnanců a klientů. Zbývajících 5 % studií řešilo terapeutický vztah, spokojenost klientů s léčbou a motivaci (Brorson a kol., 2013).

Evans a kolektiv ve svém shrnutí rizikových faktorů uvádí jako další například nízkou motivaci, nezaměstnanost, primární užívání jiných drog než alkoholu (zejména heroinu nebo kokainu), kognitivní deficity, anamnéza zneužívání nebo zanedbávání v dětství, horší rodinné a sociální fungování či deviace mezi vrstevníky (Evans a kol., 2009).

Výše uvedené je možno rozšířit dle Kaliny (2003) o několik dalších charakteristických znaků, které se často objevují u klientů předčasně vypadávajících z léčby. Jedná se o klienty špatně zvládající stres, s nízkou schopností navazovat vztahy a komunikovat. Klienty na první léčbě a v nepodlesní řadě dlouhodobá nezaměstnanost (nezvyk na denní řád) či partnerský vztah. V rámci léčby se méně zapojují do programu, může jim dělat problém akceptování skupinové psychoterapie, nevelká důvěra k terapeutům, popírání problému, bagatelizování, výmluvy a problémy se zvládním kritiky chování. Drop out je ovšem komplexní situací a jeho důvody mohou být kromě klienta i na straně zařízení či konkrétních terapeutů.

Ball a kolektiv (2006) ve své studii důvodů pro předčasné ukončení léčby uvádí po motivaci jako druhý nejčastější důvod konflikty se zaměstnanci, kdy měli klienti problém s interakcí, důvěrou a líbivostí. Jako další důvod byla zmíněna neadekvátně vysoká očekávání ze strany zařízení či problém s dostupností adekvátní péče. U pacientů v léčebných zařízeních, kteří byli hodnoceni jako málo podporovaní nebo vysoce kontrolovaní, byla také větší pravděpodobnost, že předčasně ukončí léčbu (McKellar, 2006).

4.2 Prevence vypadnutí z léčby

Terapeuti si musí být vědomi nebezpečí drop outu u rizikových skupin, do kterých patří zejména mladší pacienti, klienti s kognitivní dysfunkcí či s diagnózou poruchy osobnosti (především disociální a emočně nestabilní). Aby bylo zabráněno předčasnému ukončení léčby, měli by poskytovatelé služeb identifikovat tyto rizikové skupiny a již od počátku hodnotit kognitivní funkce pacientů a provádět screening zaměřený na poruchy osobnosti a jiné komorbidity (Ball a kol., 2013).

Dále, léčba by měla být navržena tak, aby podpořila setrvání klientů v zařízení. U rizikových pacientů bylo zjištěno nižší procento drop outů, když bylo prostředí léčby hodnoceno jako vysoce podporující a málo kontrolované. Z praktického hlediska by se personál a terapeuti neměli snažit vysoce rizikové pacienty kontrolovat, ale spíše se snažit zapojit je do rozhodování o jejich léčbě. U pacientů, kteří se potýkají s kognitivními deficity, by měly být provedeny další úpravy. Léčebný program by mohl těmto deficitům částečně čelit nabídkou kratších terapeutických sezení pro ty, kteří bojují s udržením pozornosti, individuální terapie spíše než skupinové pro ty, kteří se snadno rozptýlí, nebo doplněním terapie ilustrativními kresbami pro osoby s nižším abstraktním uvažováním (McKellar a kol., 2006).

Pro udržení klienta v léčbě je také důležitý dobrý vztah mezi klientem a terapeutem. Při vzdělávání terapeutů je tedy nutné pamatovat i na tréninkové programy zaměřené na utváření a udržování dobrého vztahu s klientem (Baldwin a kol., 2007)

Zařízení a jeho personál by mělo akceptovat vlastní odpovědnost a rozebrat situaci drop outu z hlediska vlastního podílu. Klient může být vystaven nepřiměřeným přístupům a postojům terapeuta, které neodpovídají jeho schopnostem a možnostem. Pracovníci by měli pracovat na svých postojích a vyhýbat se pesimismu, negativním postojům vůči klientům a „nálepkování“. A kromě dostatečných znalostí a dovedností by měli být schopni realizovat intervence zaměřené přímo na prevenci předčasného vypadnutí z léčby (Kalina, 2003).

Kalina (2003) doporučuje několik intervencí, zaměřených na tuto problematiku. Jedná se například o poradenství probíhající před nástupem do léčby, skupinové diskuse na téma drop outu, nabídka krizové intervence, „zadržovací strategie“, zapojování rodiny a partnera do léčebného procesu, možnost změnit garanta, či konzultovat s jiným garantem, po svévolném odchodu možnost návratu do jednoho až dvou dnů.

5 AMBULANCE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ ADIKTOLOGIE

Adiktologické programy pro děti a mládež mají na našem území relativně dlouhou historii. Za nejstarší je považováno ambulantní zařízení založené v roce 1957 vedené Janem Mečirem, které se zaměřovalo na protialkoholní léčbu mladistvých. Ambulance se nacházela v Apolinářské ulici v tzv. Jungmannově domě. Na základě stoupajícího zájmu o tuto rizikovou skupinu a s přihlédnutím k epidemiologické situaci bylo v Apolináři v roce 1967 z iniciativy docenta Jaroslava Skály založeno Středisko pro děti a mládež, které se zaměřovalo na závislost na alkoholu a v roce 1971 Středisko drogových závislostí. Obě zařízení poskytovala služby mladistvým uživatelům a podle jejich vzoru vznikala zařízení i například v Brně, Liberci, Opavě či Teplicích (Miovský a kol., 2016).

Koncept Kliniky adiktologie 1 LF UK a VFN v Praze o vzniku Ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA) byl vytvořen na základě vývoje epidemiologické situace v otázce užívání návykových látek dětí a dospívajících a byl reakcí na analýzu potřeb této rizikové skupiny. V období od 1.9. 2014 až 31.6. 2015 probíhal pilotní projekt, jehož úkolem bylo ověření ambulantního provozu. Pilotní projekt kromě testování modelu léčby řešil také ekonomickou stránku zařízení, složky pracovního týmu a specifitější určení cílové skupiny. Při realizaci projektu byla objevena slabá místa, a to konkrétně ekonomická stránka provozu. Včasné odhalení této problematiky ovšem přineslo i dvě možná řešení, a to spojení provozu dětské ambulance s ambulancí pro dospělé uživatele, nebo v podobě navázání vztahů se zdravotními pojišťovnami. Pilotní projekt také poukázal na nutnost intenzivnější týmové spolupráce stejně jako na potřebu komunikace s jinými zařízeními (OSPOD, školy, další zdravotnická zařízení atd.). V celkovém pohledu se však model ukázal jako použitelný (Miovský, Popov, 2016). Ambulance dětské a dorostové adiktologie je součástí Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze sídlící v Apolinářské ulici na Praze 2. Zařízení poskytuje komplexní diagnostiku (celkové zhodnocení vývoje a vytvoření terapeutického plánu opírajícího se o individuální potřeby klienta), case management, poradenský servis (předávání informací o návykových látkách, prevence a krátká intervence), individuální i skupinovou práci (psychoterapie, farmakoterapie, socioterapeutické postupy), nácvikové i tréninkové programy, socioterapii (nácvik komunikačních dovedností, volnočasové aktivity, seberegulace, atd.) a pomoc blízkým osobám (rodinná terapie, atd.). Ambulance není zaměřena jen na návykové látky, zároveň poskytuje služby také klientům s nelátkovou závislostí (počítač, gambling atd.). Kromě toho ambulance řeší i duální diagnózy a poskytuje ochrannou léčbu (Šťastná, 2020).

6 PRAKTICKÁ ČÁST

6.1 Cíl

Cílem diplomové práce je podrobnější pohled na druhy diagnóz vyskytující se mezi pacienty Ambulance dětské a dorostové adiktologie a hledání možné pravidelnosti výskytu stejného vzorce těchto diagnóz (psychiatrické diagnózy pacientů spojené s užíváním návykových látek či nelátkovou závislostí). Dále se práce zaměřuje na počet návštěv pacientů, tedy jaké návštěvnosti zařízení dosahují pacienti s různými diagnózami.

6.2 Výzkumné otázky

- Jaké psychiatrické diagnózy se nejčastěji vyskytují u pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie?
- Existuje mezi výskytem psychiatrických diagnóz pacientů a užíváním návykových látek či nelátkových závislostí pravidelnost?
- Je rozdíl v četnosti návštěv u pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie, kteří mají diagnostikovanou komorbiditu a u těch pacientů ADDA, u kterých se komorbidita nevyskytuje?

6.3 Základní a výzkumný soubor

Základní soubor tvoří všechny děti a mladiství, kteří v letech 2015 – 2021 využili služeb ambulantní péče zaměřující se na léčbu adiktologických poruch. Například za rok 2016 využilo těchto služeb 1891 dětských a mladistvých pacientů, v roce 2017 šlo o 1577 dětí a mladistvých. Nejčastěji se jednalo o pacienty, kteří služeb ambulance využili pro problém s alkoholem, pro poruchy vyvolané jinými psychoaktivními látkami nebo pro problémy s patologickým hráčstvím (Nechanská et al., 2017; 2018).

Výzkumný soubor tvoří všichni pacienti Ambulance dětské a dorostové adiktologie, kteří v letech 2015-2021 navštívili toto zařízení, jde tedy o totální výběr všech pacientů kliniky za dané období. Jedná se o pacienty zpravidla do 18 let věku, kteří do ambulance přicházejí s problémem s návykovými látkami či s nelátkovou závislostí.

Nejvíce zneužívanými látkami mezi těmito pacienty jsou zejména kanabinoidy, pervitin a alkohol. Závažnost obtíží se pohybuje od častěji opakovaných experimentů až po denní zneužívání (včetně intravenózní aplikace). Průměrně 30-45 % pacientů tvoří uživatelé návykových látek (užívání jako primární diagnóza), nelátkové závislosti 30-35 % pacientů, jiná primární diagnóza (např. afektivní či anxiózní poruchy) se vyskytuje u asi 20 % pacientů.

6.4 Metody

Data pro práci byla získána ze Strukturovaných anamnestických listů (SAL, viz. Příloha 1), které vyplňují rodiče po příchodu dítěte do Ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA) a z informačního systému FONS, který ambulance využívá, a do kterého data zadávají přímo zaměstnanci ambulance (pedopsychiatr – založení karty, jiný zdravotník – doplňující informace). Dotazníky SAL zjišťují základní demografické informace o pacientech, dále psychický stav, sociální a rodinnou anamnézu, situaci ve škole a samozřejmě adiktologickou anamnézu. V dotaznících SAL jsem se zaměřila na základní informace o pacientech a na jejich psychický stav. Informační systém FONS shromažďuje základní informace o pacientovi (pohlaví, bydliště, věk), jeho pojišťovnu, město, datумы návštěv, hlavní diagnóza, diagnóza 1, 2, 3, 4, poskytnuté výkony/služby. Pro účely výzkumu jsem se v systému FONS zaměřila na základní informace, počty návštěv u jednotlivých pacientů a na jejich diagnózy.

Každý pacient má v systému FONS a v dotazníku SAL přidělen jeden unikátní kód, a jelikož mi nebylo známo, který z pacientů se pod jakým kódem skrývá, byla v tomto směru zároveň ošetřena i anonymita výzkumného souboru. Všichni pacienti zmínění v práci (450 pacientů) mají záznam v systému FONS, dotazník SAL je však dostupný jen u části pacientů (162 pacientů) Všechna zmíněná data byla spojena do jednoho souboru, ze kterého byly následně vytaženy výsledky pro zpracování práce, a to konkrétně za použití dostupných funkcí počítačového programu Microsoft Excel

Hlavním řešeným problémem byl výskyt pravidelnosti mezi typy adiktologických poruch a psychiatrických diagnóz a počty návštěv pacientů. V takto seskupených datech jsem se zaměřila na to, jak dlouho průměrně dochází do ambulance pacienti s látkovými závislostmi, jak dlouho pacienti s nelátkovými závislostmi a jak se návštěvnost liší u různých diagnóz. Metodou analýzy dat byla korelační analýza. Za pomoci korelační analýzy je možné znázornit statistickou závislost dvou veličin. Dvě proměnné jsou takzvaně korelované, pokud určité hodnoty jedné z proměnných mají tendence se vyskytnout společně s určitými hodnotami proměnné druhé. Úkolem korelační analýzy je měření vzájemného vztahu dvou proměnných, v tomto případě se jedná o vztah mezi počtem návštěv pacientů s komorbiditou, která se u pacienta vyskytuje či nevyskytuje vůbec (Hendl, 2009). Zároveň je obraz pacientů doplněn informacemi z dotazníků SAL, tato data a zbylá data ze systému FONS byla popsána pomocí popisné statistiky.

6.5 Etika

Co se týče etické stránky výzkumu, zákonný zástupce pacienta dává při vstupu pacienta do zařízení a před vyplněním dotazníku SAL souhlas s budoucím zpracováním dat pro účely výzkumu. Informace z dotazníků a systému, které by jakýmkoli způsobem mohly vést k odhalení identity pacientů kliniky, byly skryty pracovníky ambulance ještě dříve, než jsem s nimi začala pracovat. Ve výzkumu tedy nefigurují jména pacientů, ale pracuje se pouze s kódem pacienta. Celý výzkum byl také schválen Etickou komisí VFN v Praze 29.6. 2020.

7 VÝSLEDKY

Pro zpracování výsledků mi byla poskytnuta data z informačního systému FONS, který shromažďuje informace o pacientech navštěvujících Ambulanci dětské a dorostové adiktologie, a to nejen základní údaje, ale také datum první návštěvy, počty dalších návštěv a diagnózy pacientů. Zpracovaná data popisují pacienty, kteří v letech 2015-2021 navštívili zmíněnou ambulanci. Konkrétně se jedná o 450 pacientů, Tabulka č. 1 podrobněji znázorňuje počty pacientů zahrnutých do výzkumu podle toho, ve kterém roce ambulanci poprvé navštívili. U 162 pacientů je také k dispozici Strukturovaný anamnestický list (dále SAL), který vyplnili rodiče pacientů v období prvních návštěv zařízení. Výsledky jsou tedy přehledem dat z obou těchto zdrojů, tedy z informačního systému FONS, který vede ambulance elektronicky a z dotazníků SAL, které jsou uchovávány v papírové podobě.

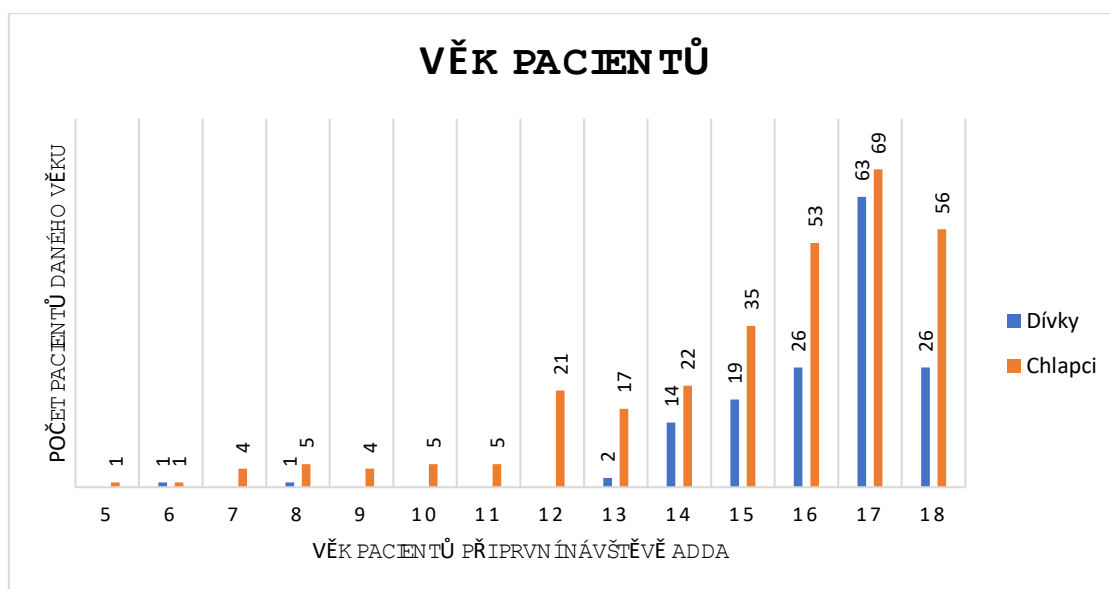
Tabulka č. 1 – Rozdělení počtu popisovaných pacientů za daný rok v rozmezí 2015-2021 – systém FONS

Rok první návštěvy	Dívky	Chlapci	Celkový součet za daný rok
2015	40	69	109
2016	20	47	67
2017	10	37	47
2018	9	16	25
2019	26	67	93
2020	22	27	49
2021	25	35	60
Celkový součet	152	298	450

Z předchozí tabulky (Tabulka č. 1) je patrné, že v každém roce převažuje mezi pacienty počet chlapců nad dívkami. V celkovém počtu zkoumaných pacientů (450 pacientů) najdeme 298 chlapců a 152 dívek.

Podíváme-li se na věk pacientů v době jejich první návštěvy, z Grafu č. 1 je patrné, že nejčastěji přichází pacienti ve věku 17 let, v průřezu let šlo celkem o 132 pacientů, a to konkrétně 69 chlapců a 63 dívek v daném věku. Další s nejvyšším počtem jsou pacienti ve věku 18 let, kterých bylo celkem 82 (56 chlapců, 26 dívek), třetí s významnějším počtem jsou klienti šestnáctiletí, kterých bylo 79 (53 chlapců, 26 dívek). Celkově lze podle grafu říci, že nejvíce pacientů přichází mezi dvanáctým a osmnáctým rokem života.

Graf č. 1 – Rozdělení pacientů podle věku při první návštěvě ADDA – systém FONS

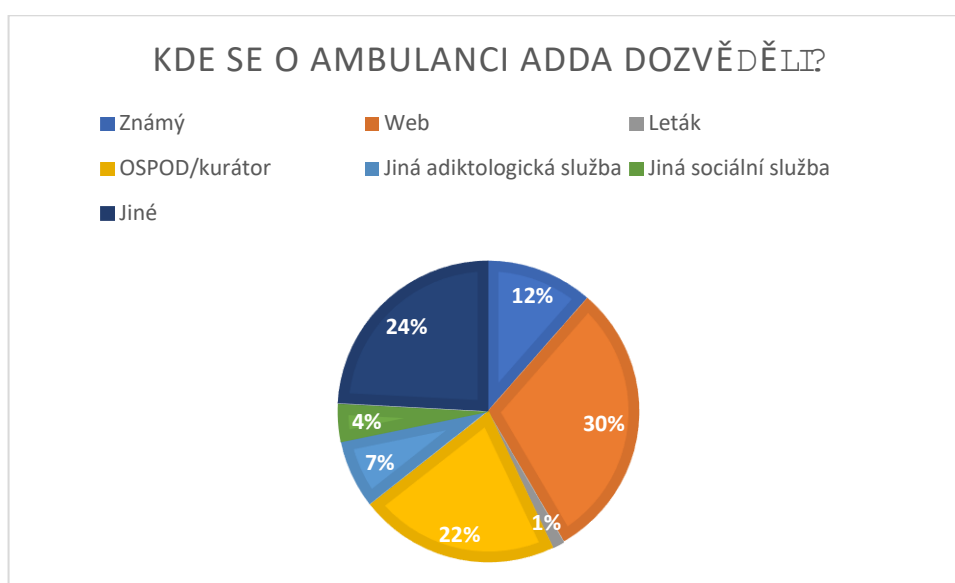


Pokud se zaměříme na místo, odkud pacienti pocházejí, není vzhledem k poloze ambulance překvapením, že ze vzorku 369, u kterých bylo uvedeno bydliště na 243 žije přímo v Praze. Ostatní pacienti pocházejí většinou z blízkého okolí Prahy, ale najdeme zde pacienty pocházející i z různých koutů České republiky.

U části pacientů (konkrétně 158) jsme díky dotazníkům SAL schopni říci, kdo je do dané ambulance posílá. Na 113 z nich bylo do ambulance přivedeno rodiči, 18 posílá OSPOD/kurátor a u 4 byla uvedena škola. V ostatních dotaznicích (23) byla vybrána možnost „jiné“, kde respondenti uváděli nejčastěji například lékaře (psychiatra/praktického lékaře), DDŠ, soud, anebo někoho z příbuzných dítěte (prarodiče, strýc, teta).

Informace o tom, kdo dítě do ambulance posílá je ještě dále rozvíjena následující otázkou v dotazníku SAL, a sice o informaci, kde se respondenti o ambulanci ADDA dozvěděli. Odpověď poskytlo celkem 149 dotazovaných, kdy nejčastěji byla uvedena odpověď „web“, a to u 45 z nich. Jako další byla nejčastěji zvolena možnost „jiné“ (celkem 36krát), kde bychom našli odpovědi jako „psychiatr, praktický lékař, škola“ nebo „televize“. Celkem 32krát byla zvolena možnost „OSPOD/kurátor“, dále „známý“ celkem 17krát. Díky jiné adiktologické službě našlo danou ambulanci 11 respondentů, dalších 6 pak díky službě sociální. Pouze dva z celého počtu uvedli možnost „leták“. Výsledky blíže nastiňuje Graf č. 2.

Graf č. 2 – Kde se respondenti o ambulanci ADDA dozvěděli? – dotazník SAL



Celkem 162 dotazníků SAL obsahovalo odpověď na otázku, zda má pacient přiděleného kurátora. Zde třetina z dotazovaných uvedla (konkrétně 54), že dítě kurátora přiděleného má, 108 kurátora nemá. Z další otázky, kterou zodpovědělo 136 respondentů je pak patrné, že 31 pacientů má přiděleného sociálního pracovníka a 105 nemá.

Dotazníky SAL obsahují také otázky týkající se psychického stavu pacienta, nebo lépe řečeno, jejich bývalých zkušeností se zařízením zaměřujícím se právě na psychické zdraví. V první části totiž dotazník zjišťuje, zda již bylo dítě umístěno v nějakém zařízení, zde uvedlo 47 respondentů, že dítě již absolvovalo psychiatrickou léčbu.

V následující sekci, která zjišťuje více o psychickém zdraví, jsou respondenti tázáni, zda má za sebou dítě léčbu buď na lůžkovém oddělení nebo docházelo do léčby duševních problémů ambulantně. Odpověď, že má za sebou pacient léčbu v lůžkovém zařízení zaškrtno celkem 43 dotazovaných, 68 odpovědělo, že nikoliv. Ambulantní léčbu absolvovalo podle dotazníků 49 dětí ze 110 uvedených odpovědí. Léčba ambulantní a zároveň lůžková byla uvedena ve 25 případech.

Diagnózy pacientů dle informačního systému FONS

Jak již bylo zmíněno výše, z informačního systému FONS se můžeme u každého pacienta dozvědět, jaké mu byly během různých vyšetření stanoveny diagnózy. Jelikož mají pacienti často více než jednu diagnózu, v systému je u každého pacienta vždy uvedena diagnóza hlavní a poté diagnózy přidružené, které jsou v systému označeny jako diagnózy 1-4.

V systému se zaměřuji celkem na 450 pacientů (298 chlapců, 152 dívek), kteří spadají do stanoveného období 2015-2021. Hlavní diagnóza je uvedena u všech z nich a je posuzována podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10). Nejčastěji se objevující diagnózou je F63.0 tedy patologické hráčství, kterou má celkem 96 pacientů. Je zde patrný velký rozdíl mezi pohlavími, kdy problém s hráčstvím najdeme u 90 chlapců oproti 6 dívkám. Téměř stejný počet (94) má jako hlavní diagnózu F12.2 tedy poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů – syndrom závislosti, konkrétně 72 chlapců a 22 dívek.

Třetí nejčastěji zastoupenou je diagnóza F19.2 poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek – syndrom závislosti, kterou najdeme u 43 pacientů (24 chlapců a 19 dívek), zde je již viditelné, že v přepočtu na celkový počet pacientů rozdělených podle pohlaví se tato diagnóza vyskytuje spíše u dívek (u 12 % z celkového počtu 152) než u chlapců (8 % z celkového počtu 298).

Další najdeme diagnózu z oblasti F15 poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, a to konkrétně F15.2 tedy syndrom závislosti stejně jako u předchozích dvou. Tuto diagnózu má celkem 41 pacientů, kdy vzhledem k celkovému počtu ve velkém znovu převažují dívky (31).

U 29 pacientů je uvedena jako hlavní diagnóza F63.8 jiné nutkavé a impulzivní poruchy (21 chlapců a 8 dívek). O něco méně (25–12 chlapců a 13 dívek) je zastoupen syndrom závislosti na alkoholu, ovšem i zde výrazně převládají v celkovém přepočtu dívky nad chlapci. Z výše uvedeného je patrné, že převládají diagnózy závislosti, mezi pacienty najdeme ale i ty, kterým bylo jako hlavní diagnóza přiřazeno škodlivé použití. U kombinace více látek jde o 16 pacientů (6 chlapců, 10 dívek), u kanabinoidů 12 pacientů (7 chlapců, 5 dívek) a u alkoholu celkem 11 pacientů (7 chlapců a 4 dívky).

Kromě diagnóz spojených přímo s patologickým hráčstvím nebo s užíváním návykových látek se v souboru objevují například poruchy chování a přizpůsobení, úzkostné a depresivní poruchy nebo například mentální anorexie. Přehledněji hlavní diagnózy popisuje tabulka č. 2.

Tabulka č. 2 – Hlavní diagnózy pacientů ADDA – systém FONS

Hlavní diagnóza	Dívky	Chlapci	Celkem
F63.0 Patologické hráčství	6	90	96
F12.2 Kanabinoidy – závislost	22	72	94
F19.2 Více látek – závislost	19	24	43
F15.2 Stimulancia – závislost	31	10	41
F63.8 Jiné nutkavé a impulzivní poruchy	8	21	29
F10.2 Alkohol – závislost	13	12	25
F19.1 Více látek – škodlivé použití	10	6	16
F12.1 Kanabinoidy – škodlivé použití	5	7	12
F10.1 Alkohol – škodlivé použití	4	7	11
F90.1 Hyperkinetická porucha chování	0	10	10
F43.2 Poruchy přizpůsobení	6	2	8

F90.0 Porucha aktivity a pozornosti	1	5	6
F91.1 Nesocializovaná porucha chování	2	3	5
F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha	4	1	5
F60.8 Jiné specifické poruchy osobnosti	4	0	4
F50.0 Mentální anorexie	3	0	3
F92.0 Depresivní porucha chování	2	1	3
F15.1 Stimulancia – škodlivé použití	0	3	3
F32.1 Středně těžká depresivní fáze	2	1	3
Jiné			33

Celkem 213 pacientů má kromě hlavní diagnózy ještě další přidruženou diagnózu. Z celkového počtu 450 pacientů hovoříme celkem o 131 chlapcích a 82 dívkách. Při pohledu na Tabulku č.3 je evidentní, že přední příčky v četnosti výskytu těchto komorbidit již nedrží poruchy spojené s užíváním návykových látek, ale spíše různé druhy poruch chování a pozornosti.

Celkem u 21 chlapců se objevují poruchy chování spojené s poruchou aktivity a pozornosti, tedy hyperkinetická porucha chování (F90.1). U 20 pacientů byla zjištěna nesocializovaná porucha chování F91.1, a to u 14 chlapců a 6 dívek. Celkem u 15 chlapců se objevuje další diagnóza z oblasti hyperkinetických poruch, a to konkrétně F90.0 porucha aktivity a pozornosti, ani zde se stejně jako u první příčky nevyskytuje žádná dívka s touto diagnózou.

Situace se ale mění u čtvrté nejčastěji se objevující diagnózy (tabulka č. 3), kterou je závislost na kanabinoidech, kterou najdeme u 14 pacientů z nichž celkem 11 jsou dívky oproti 3 chlapcům. Početně dívky převyšují chlapce i u další diagnózy, kterou je diagnóza F60.8 tedy jiné specifické poruchy osobnosti, kterou trpí celkem 8 z nich oproti 3 chlapcům.

Jak je z tabulky č. 3 patrné, zde se znovu přesouváme spíše k diagnózám, které se týkají užívání návykových látek a nelátkových závislostí. Například i zde najdeme patologické hráčství a stejně jako v případě hlavních diagnóz vidíme, že trápí spíše chlapce (9 vs 1 dívka). Celkem 9 pacientů má diagnostikovanou závislost na tabáku F17.2 (7 chlapců, 2 dívky), dalších 8 (3 chlapci, 5 dívek) škodlivě užívá kanabinoidy, tedy diagnóza F12.1. Se stejným počtem najdeme i pacienty, u který se objevuje škodlivé použití stimulancií F15.1 a škodlivé použití více látek F19.1 (v obou případech 3 chlapci, 5 dívek), 7 pacientů má problém se škodlivým užíváním alkoholu F10.1 (5 chlapců, 2 dívky). U dalších pacientů se jako druhá diagnóza vyskytují také poruchy přizpůsobení, přetrvávající změny osobnosti, nutkavé a impulzivní poruchy, socializované, depresivní a jiné poruchy chování. Přehledněji rozepsané komorbidity pacientů najdeme v Tabulce č. 3.

Tabulka č. 3–1. přidružené diagnózy pacientů ADDA – systém FONS

2. diagnóza	Dívky	Chlapci	Celkem
F90.1 Hyperkinetická porucha chování	0	21	21
F91.1 Nesocializovaná porucha chování	6	14	20
F90.0 Porucha aktivity a pozornosti	0	15	15
F12.2 Kanabinoidy – závislost	11	3	14
F60.8 Jiné specifické poruchy osobnosti	8	3	11
F63.0 Patologické hráčství	1	9	10
F17.2 Tabák – závislost	2	7	9
F12.1 Kanabinoidy – škodlivé použití	5	3	8
F15.1 Stimulancia – škodlivé použití	5	3	8

F19.1 Více látek – škodlivé použití	5	3	8
F81.3 Smíšená porucha školních dovedností	2	6	8
F10.1 Alkohol – škodlivé použití	2	5	7
F43.2 Poruchy přizpůsobení	4	2	6
F10.2 Alkohol – závislost	3	2	5
F15.2 Stimulancia – závislost	2	2	4
F62.8 Jiné přetrvávající změny osobnosti	1	3	4
F63.8 Jiné nutkavé a impulzivní poruchy	1	3	4
F41.0 Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost)	2	1	3
F91.2 Socializovaná porucha chování	2	1	3
F92.0 Depresivní porucha chování	1	2	3
F92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí	1	2	3
F93.8 Jiné dětské emoční poruchy	2	1	3
Jiné			36

Celkem 10 pacientů má kromě hlavní a druhé diagnózy také diagnózu třetí. Podle tabulky č. 4 je patrné, že každá z diagnóz je zastoupena pouze jednou. Jedná se například o škodlivé použití kanabinoidů, odvykací stav na stimulantech, o středně těžkou depresivní fázi, poruchy chování (nesocializované, hyperkinetické, NS), poruchy osobnosti, aktivity a pozornosti, poruchy psaní a výslovnosti, nebo například přejídání spojené s psychologickou poruchou.

Tabulka č.4-2. přidružené diagnózy pacientů ADDA – systém FONS

3. diagnóza	Dívky	Chlapci	Celkem
F12.1 Kanabinoidy – škodlivé použití	1	0	1
F153 Stimulancia – odvykací stav	0	1	1
F32.1 Středně těžká depresivní fáze	1	0	1
F50.4 Přejídání spojené s psychologickými poruchami	1	0	1
F60.8 Jiné specifické poruchy osobnosti	1	0	1
F81.1 Specifická porucha psaní a výslovnosti	1	0	1
F90.0 Porucha aktivity a pozornosti	0	1	1
F90.1 Hyperkinetická porucha chování	0	1	1
F91.1 Nesocializovaná porucha chování	1	0	1
F91.9 Porucha chování NS	0	1	1

Mezi 450 pacienty se vyskytuje pouze jeden pacient, který má kromě hlavní diagnózy diagnostikovány ještě 4 další komorbidity. Jedná se o pacienta, jehož hlavní diagnózou jsou jiné nutkavé či impulzivní poruchy a přidružené jsou úzkostná porucha NS, z oblasti F81 – specifická porucha čtení a dále psaní a výslovnosti a jeho pátou diagnózou je F92.8, která označuje kombinaci poruch chování s výraznými a trvalými emočními symptomy (například anxieta obsese, fobie, kompulze, depersonalizace nebo jiné).

Pravidelnosti výskytu duálních diagnóz

Jak již bylo řečeno výše, nejčastější hlavní diagnózu je u pacientů patologické hráčství. Z 96 pacientů má 36 diagnostikovanou další komorbiditu, 60 z nich se léčí pouze pro patologické hráčství. Pokud se podíváme, se kterou diagnózou se F63.0 nejčastěji pojí, u 8 pacientů najdeme jako komorbiditu poruchu aktivity a pozornosti, u 5 pak hyperkinetickou poruchu (F90.1), specifické poruchy osobnosti F60.8 (3 pacienti), porucha chování – nesocializovaná (3 pacienti) jiné poruchy nutkavé a impulzivní (3 pacienti). Dále zde najdeme několik diagnóz z oblasti poruch příjmu potravy F50.

Závislost na kanabinoidech, která je hlavní diagnózou u 94 pacientů, nejčastěji doprovází nesocializovaná porucha chování (10 pacientů), škodlivé použití stimulantů (8 pacientů) porucha chování – hyperkinetická (7 pacientů), patologické hráčství (5 pacientů), dále škodlivé použití více látek, alkoholu nebo závislost na tabáku (u všech zmíněných 4 pacienti). Pouze necelá třetina (30 pacientů) nemá diagnostikovanou žádnou komorbiditu.

Celkem 30 pacientů, kteří se léčí se závislostí na více látkách nemá žádnou duální diagnózu, u zbylých 13 byla zjištěna například znovu diagnóza F90.1 (3 pacienti), F60.8 (2 pacienti) nebo sociální fobie (2). Dále zde najdeme komorbidity jako depresivní poruchu chování nebo panickou či smíšenou (úzkostnou a depresivní) poruchu.

41 pacientů dochází do ambulance s problémem závislostí na stimulantech, pouze 10 z nich nemá diagnostikovanou žádnou další poruchu. Celkem u 14 pacientů se jako komorbidita objevuje závislost na kanabinoidech, u 5 pak jejich škodlivé použití. U 4 najdeme závislost na tabáku a několik různých diagnóz souvisejících s poruchami chování.

20 pacientů z 29 s nutkavou a impulzivní poruchou nemá diagnostikovanou žádnou přidruženou poruchu, naopak u 4 se objevuje porucha pozornosti a aktivity. U dalších pacientů se objevují poruchy chování (F91) či poruchy přizpůsobení (F43.2).

U závislosti na alkoholu má z 25 komorbiditu diagnostikovanou celkem 14 pacientů, jedná se nejčastěji o škodlivé použití či závislost na kanabinoidech a více látkách.

U škodlivého použití více látek má komorbiditu 7 ze 16 pacientů, a to nejčastěji ze spektra hyperkinetických poruch F90 a F93 tedy ze spektra emočních poruch s nástupem specifickým v dětství. Podobně je tomu i u škodlivého použití kanabinoidů (7 z 12 pacientů), kde kromě diagnóz z F90 najdeme například také problémy s užíváním alkoholu (závislost i škodlivé použití). Desátá nejčastější hlavní diagnóza F90.1 se vyskytuje u 10 pacientů a jen u jedno z nich najdeme komorbiditu, konkrétně F63.0.

Podíváme-li se na počet komorbidit u jednotlivých diagnóz, hlavní diagnózu a k ní dvě další poruchy se objevují u závislost na stimulanciích (11 pacientů), u patologického hráčství (6 pacientů), závislosti na kanabinoidech (6) a alkoholu (5). Hlavní diagnóza spojená s třemi komorbiditami se nejčastěji objevuje u závislosti na kanabinoidech, kde najdeme 5 pacientů s celkem čtyřmi diagnózami (1 hlavní a 3 přidružené).

Počet návštěv ve vztahu k diagnózám pacienta

Následující část se věnuje rozdílům v celkovém počtu návštěv ambulance u pacientů bez komorbidit (NK) a u pacientů s jednou či více komorbiditami (K). Mezi daty se občas u jednotlivých pacientů objevovaly velmi vysoké počty návštěv, které měly samozřejmě vliv na celkový průměr, v příložené tabulce č. 5 jsou tedy uvedeny obě hodnoty, jak s přičtením extrémních čísel, tak bez nich.

U patologického hráčství se počet návštěv u NK pacientů a K pacientů příliš neliší, průměrný počet návštěv NK pacientů je 16,5, u K pacientů 15 návštěv. V souboru NK se vyskytovali dva pacienti s číslem evidentně převyšujícím ostatní, a to konkrétně pacienti se 130 a 192 návštěvami. Ani v případě závislosti na kanabinoidech F12.2 nejsou patrné velké rozdíly, pacienti NK mají průměrný počet návštěv 14, pacienti K 14,7.

První rozdíly jsou patrné u pacientů závislých na více látkách F19.2, kde počet návštěv u NK pacientů je 14,8 u K pacientů pak 21. Obrácená situace je v případě závislosti na stimulanciích F15.2, kde NK pacienti navštěvují ambulanci průměrně 34krát (41,8 se započítáním pacienta se 112 návštěvami) oproti pacientům K, u kterých je průměr pouhých 6,6 návštěv.

U diagnózy F63.8 je počet návštěv u NK 10,1 u K 9,2 (po vyřazení pacienta s počtem návštěv 98). Podobné výsledky ukazuje také diagnóza F10.2, kde NK má 12,9 (vyřazení pacienta se 145 návštěvami) a K 11,5 (vyřazen pacient s 66 návštěvami). Znatelný rozdíl je pak u pacientů s diagnózou F19.1, kdy NK pacienti dosahují 11,6 návštěv (vyřazen pacient se 65 návštěvami) oproti K pacientům s 4,5 návštěvami. U škodlivého užívání kanabinoidů F12.1 je počet návštěv větší u pacientů NK (17,6) oproti pacientům K (6,8), opačně je tomu u škodlivého užívání alkoholu F10.1, kdy pacienti NK mají průměrně 7,6 návštěv oproti pacientům K, kteří mají 12,6 návštěv. U diagnózy F90.1 je u pacientů NK průměr 9,3 návštěv, ve vzorku se nachází pouze jeden pacient K, který měl v součtu celkem 38 návštěv.

Tabulka č. 5 – srovnání průměrného počtu návštěv u pacientů s komorbiditou a pacientů bez komorbidity – systém FONS

Diagnóza	Průměrný počet návštěv – bez komorbidit	Průměr bez extrémních hodnot – bez komorbidit	Průměrný počet návštěv – s komorbiditou	Průměr bez extrémních hodnot – s komorbiditou
F63.0	21,2	16,5	15	
F12.2	14		14,7	
F19.2	14,8		21	
F15.2	41,8	34	6,6	
F63.8	10,1		19,1	9,2
F10.2	17,7	12,9	21	11,5
F19.1	16,1	11,6	4,6	
F12.1	17,6		6,8	
F10.1	7,6		12,6	
F90.1	9,3		38 (pouze 1 pacient)	

8 DISKUSE

Následující kapitola se zabývá pozitivy i nedostatky celé studie, dává příklady, jak by bylo možné výzkum provést v budoucnu a diskutuje předložené výsledky s poznatky dalších autorů. Dále předkládá možnou interpretaci zjištěných výsledků a zmiňuje i limity zpracování předložených dat.

Pro práci byly zpracovány dotazníky SAL, a to konkrétně jejich základní část a část psychického stavu pacienta. Ze základních informací bylo možné vyhodnotit, v kolika letech přichází pacienti do ambulance poprvé. Průměrně přichází nejvíce pacientů ve věku 17 let, v průřezu let šlo celkem o 132 pacientů, a to konkrétně 69 chlapců a 63 dívek v daném věku. Další s nejvyšším počtem jsou pacienti ve věku 18 let, kterých bylo celkem 82 (56 chlapců, 26 dívek), třetí s významnějším počtem jsou klienti šestnáctiletí, kterých bylo 79 (53 chlapců, 26 dívek).

Jelikož jsou dotazníky vyplňovány při příchodu pacienta do ambulance, výzkum se v nich snaží dohledat informaci, kolik dětí bylo do ambulance posláno přímo psychiatrem a kolik z pacientů se již dříve léčilo pro psychické poruchy. Pokud se zaměříme na to, kde se rodiče dítěte dozvěděli o ambulanci či kdo dítě do ambulance posílá, ani v jednom případě nebyly výsledky označující přímo psychiatra nijak statisticky významné. Nejčastěji byly informace získávané z webu či od OSPODu nebo kurátora a v převaze posílali děti do ambulance právě rodiče (113 ze 158). Dotazníky nenabízí ani u jedné otázky možnost „psychiatr“, a tak se tato odpověď vyskytovala pouze pod kolonkou „jiné“, kam respondenti doplňují vlastní možnosti.

Co se týče předchozí léčby pro psychické potíže, 43 ze 111 pacientů se již dříve léčilo na lůžkovém oddělení a 49 ze 110 absolvovalo ambulantní léčbu. Léčba ambulantní a zároveň lůžková byla uvedena ve 25 případech. Ve zbylých asi padesáti dotaznících můžeme předpokládat, že se dítě nikdy dříve pro psychické potíže neléčilo, a proto byla celá tato sekce v dotazníku přeskočena, spíše než uvažovat, že šlo o opomenutí či například nechuť vyplňovat dané otázky.

Z výsledků zpracování dat ze systému FONS vyplývá, že v ambulanci výrazně převládá počet chlapců, kterých je celkem 298 oproti 152 dívkám. U 213 pacientů ze 450 byla diagnostikována jedna nebo více komorbidit. Z procentuálního hlediska se tedy jedná o 47 % pacientů z celkového vzorku, kteří mají více než jen jednu diagnózu. V rozdělení na pohlaví hovoříme o 62 % chlapců (131 pacientů) a 38 % dívek (82 pacientek).

Matali (2016) ve svých studiích uvádí prevalenci duálních diagnóz u dětí a dospívajících v rozmezí mezi 25-45 %, stejně tak Marshall (2012) v britské studii přichází s prevalencí 45 %. Zde se tedy pacienti z našeho vzorku pohybují ještě těsně nad jejich stanoveným rozmezím.

U pacientů ADDA bylo zjištěna jako nejčastější primární diagnóza patologické hráčství a závislost na kanabinoidech, kdy u patologického hráčství se další přidružená diagnóza vyskytovala u 38 %, u závislosti na kanabinoidech v 68 %. I jiné studie se shodují, že pravidelné hraní hazardních her je nejčastěji uváděným potenciálně návykovým chováním mládeže (70–80 % někdy hrálo), podle všeho je populárnější než například kouření cigaret, alkohol a užívání drog a psychiatrická komorbidita je v této problematice běžná a neustále narůstá (Kaminer a kol., 2002).

Marshall (2012) uvádí u této věkové skupiny jako nejčastější diagnózy spojené s užíváním kanabinoidů, a to u 96 % respondentů, není zde ale možné přesné porovnání, jelikož ve své studii nezmiňuje problematiku nelátkových závislostí. Naopak studie zaměřená přímo na patologické hráčství a duální diagnózy uvedla 14,5 % pacientů s problematickým hráčstvím v rámci duální diagnózy (Ayala-Rojas a kol., 2022).

Z práce také vyplývá, že nejčastější druhou přidruženou diagnózou jsou různé poruchy chování a poruchy aktivity a pozornosti, podíváme-li se znovu na Mataliho studii (2016), je patrné, že se zde ve výsledcích znovu setkáváme. U zmíněné španělské studie byly nejčastější diagnózou právě poruchy chování a to u 43,8 %. Hollen a Ortiz (2015) také udávají jako nejčastější poruchy chování a to u 18,1 % u uživatelů barbiturátů a 13,8 % u uživatelů alkoholu. Britská studie uvádí stejnou diagnózu s prevalencí 45,5 % a dále ADHD u 31,5 % (Marshall, 2012). Mezi pacienti ambulance ADDA se poruchy chování vyskytují nejčastěji u pacientů závislých na kanabinoidech.

Podíváme-li se na průměr počtu návštěv u nejčastějších diagnóz, z výzkumu vyplývá, že u pacientů s hlavní diagnózou závislosti na stimulantech a škodlivého užívání kanabinoidů a více látkách, kde žádný z pacientů nemá diagnostikovanou komorbiditu je průměr počtu návštěv vyšší než u těch, kteří komorbiditu mají. Obrácená je situace u závislosti na více látkách a u škodlivého užívání alkoholu, kde vyššího průměru počtu návštěv dosahují pacienti s více než jednou diagnózou.

Meier a Barrowclough (2009) uvádějí, že dle jejich výsledků většina klientů s duální diagnózou, kteří vyhledávají léčbu v protidrogových službách, setrvává v léčebném programu stejně jako klienti bez duální diagnózy. Jejich studie mohou podpořit i některé výsledky této práce, jelikož u několika zkoumaných poruch byl průměr návštěv u klientů s komorbiditou a klientů bez komorbidity téměř stejný. Jedná se například o patologické hráčství, závislost na kanabinoidech či alkoholu a jiné nutkavé a impulzivní poruchy.

Zajímavé je, jak se liší průměr počtu návštěv v rámci jedné látky, kdy například u závislosti na kanabinoidech je průměr téměř stejný, ale u škodlivého užívání dosahují klienti s duální diagnózou menšího počtu návštěv. Stejně tak je tomu v případě škodlivého užívání více látek. Ze zjištěného tedy vyplývá, že by přítomnost duální diagnózy u škodlivého užívání těchto látek mohla mít skutečně vliv na setrvání klientů v léčbě.

Schulte a kolektiv (2010) uvádějí ve svých studiích jako jeden ze zásadních problémů vypadávání z léčby, že zařízení často nevěnují pozornost možnosti výskytu právě duální diagnózy a na 77 % klientů s nerozpoznanou či neřešenou přidruženou diagnózou podle nich nedokončí léčbu ani v minimálním stanoveném rozsahu 90 dní. Meier (2006) a Schulte (2007) také uvádí, že pouze 55-74 % různých protidrogových zařízení přijímá klienty trpící duální diagnózou. Z výše zmíněného vyplývá, že se pravděpodobně nejedná o problém neuvažování nad možností výskytu přidružené poruchy, jelikož ambulance klienty s duálními diagnózami nejen přijímá, ale také u pacientů provádí potřebná vyšetření k jejich odhalení. Je ale možné, že menší průměr návštěv u určitých diagnóz je dán jejich samotnou závažností, to znamená například obtížnější léčbou určité diagnózy bez ohledu na výskyt komorbidit.

Co se týče podoby samotné práce, v rámci studie jsem pracovala celkem se 450 pacienty, kteří navštívili ambulanci ADDA v průběhu let 2015-2021. Vzhledem k tomu, že se jedná o pacienty pouze jednoho zařízení, není možné zjištěná data zobecňovat na všechny dětské a dospívající adiktologické pacienty, ale díky počtu a poměrně širokému období s ohledem na dobu fungování ambulance je možné zobecnit data pro dané zařízení. Pro případné další výzkumy by bylo jistě přínosné porovnání výskytu duálních diagnóz i u pacientů jiných adiktologických zařízení zaměřených na tuto věkovou skupinu.

8.1 Limity

Za nedostatky práce je možné považovat nesouhlasný rozsah používaných zdrojů, tedy dat ze systému FONS a Strukturovaných anamnestických listů (SAL). Zde totiž narážíme na problém, kdy nejsou u všech pacientů dostupné právě dotazníky SAL, jelikož nebyly ambulancí využívány u všech pacientů. I takto bylo ale možné využít několika zajímavých zjištění právě z těchto dotazníků a ucelit tak dané téma psychických poruch pacientů.

9 ZÁVĚR

Tato diplomová práce předkládá data týkající se duálních diagnóz a průměrného počtu návštěv u pacientů navštěvujících Ambulanci dětské a dorostové adiktologie. Za použití více zdrojů se snaží o bližší popis těchto pacientů a o identifikaci nejčastějších duševních poruch, se kterými pacienti do ambulance přicházejí. Na počátku výzkumu byly stanoveny tři výzkumné otázky, které se ptaly po nejčastějším druhu diagnóz, dále po pravidelnosti výskytu různých poruch společně, a nakonec na rozdíl četnosti návštěv u pacientů s komorbiditou a pacientů bez komorbidit.

Z výzkumu vyplynulo, že nejčastější diagnózou, se kterou se zde setkáváme je patologické hráčství a v těsném závěsu je závislost na kanabinoidech. Dále nejvíce přichází pacienti se závislostí na více látkách a se závislostí na stimulantech. Více než jednu diagnózu má 213 pacientů ze 450 zkoumaných. Obecně nejčastější přidruženou diagnózou jsou poruchy chování, a to F90.1 hyperkinetická porucha chování a F91.1 nesocializovaná porucha chování. Z 96 patologických hráčů má 36 komorbiditu, a to převážně poruchy aktivity a pozornosti. U pacientů se závislostí na kanabinoidech se další diagnóza vyskytuje častěji, celkem u 64 pacientů z 94, v tomto případě jde nejčastěji o nesocializovanou poruchu chování.

Co se týče četnosti návštěv, ne všude byly v návštěvnosti výrazné rozdíly. Podle zjištění, pacienti se závislostí na více látkách bez komorbidit dosahují průměrně 14,8 návštěv, s komorbiditou 21. U diagnózy F19.1 je průměrná návštěvnost pacientů s komorbiditou 4,6, bez ní 11,6. U F12.1 je průměr návštěv u pacientů komorbiditou 6,8, bez ní 17,6. U závislosti na stimulantech (F15.2) bez komorbidit dosahují pacienti průměrně 34 návštěv, s komorbiditou pouze 6,6. U dalších často se vyskytujících diagnóz nejsou rozdíly příliš významné a hovoříme o rozmezí 10-15 návštěv.

Adiktologická péče, zaměřující se na děti a dospívající, se v posledních letech značně posouvá vpřed, i přesto je stále tato cílová skupina v porovnání například s dospělou populací nedostatečně popsána. Výzkum by tak mohl doplnit současné poznatky o dětech a dospívajících využívajících péče adiktologických sužeb, a to především z hlediska popisu psychiatrických komorbidit, kterými daní pacienti trpí. Nad výsledky práce je možné uvažovat také z hlediska udržení se klientů v léčbě.

10 LITERATURA

Adamson, S.J., Todd, F.C., Sellman, J.D., Huriwai T., Porter J. (2006). Coexisting psychiatric disorders in a New Zealand outpatient alcohol and other drug clinical population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40: 164–170.

Adamson, S.J., Sellman, J.D., Robertson, P.J. (2008). Social phobia in an outpatient alcohol and drug treatment sample. *Journal of Psychiatry*, 42(2): 134–140.

American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition*. American Psychiatric Association, Washington, D.C.

Ayala-Rojas, R. E., Granero, R., Mora-Maltas, B., Rivas, S., Fernández-Aranda, F., Gómez-Peña, M., ... & Jiménez-Murcia, S. (2022). Factors related to the dual condition of gambling and gaming disorders: A path analysis model. *Journal of Psychiatric Research*, 145, 148-158.

Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852.

Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive behaviors*, 31(2), 320-330.

Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*, 66(3), 194-203.

Becona, E., del Carmen Lorenzo, M., & Fuentes, M. J. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychological reports*, 78(2), 635-640.

Birmaher, B. (2013). Bipolar disorder in children and adolescents. *Child and adolescent mental health*, 18(3), 140-148.

Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical psychology review*, 33(8), 1010-1024.

Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(4), 631-648.

Drtílková, I., Hrdlička, M., Paclt, I. (2006). Hyperkinetické poruchy u dětí. In: Raboch, J., Anders, M., Praško, J., Hellerová, P. (eds.): *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče II*, Praha, Psychiatrická společnost ČLS JEP, s.141–149.

Dudová, I., & Hrdlička, M. (2006). Bipolární afektivní porucha u dětí a adolescentů. *Čes. a slov. Psychiat.*, 102, No. 8, pp. 423–430.

EMCDDA (2016) *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Publication Office of the European Union.

EMCDDA (2004). *Úkol drogy. Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy*. Lisbon: EMCDDA.

Epstein, J. A., & Spirito, A. (2010). Gender-specific risk factors for suicidality among high school students. *Archives of suicide research*, 14(3), 193-205.

Evans, E., Li, L., & Hser, Y. I. (2009). Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. *Evaluation and program planning*, 32(3), 204-212.

Fox, L., Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., Becker, D. R., McGovern, M. R., Cimpean, D., Bartels, S. J., Torrey, W. C., Foster, F. P., Strickler, D. A., Merrens, M. R., Acquilano, S. C. (2011). *Integrovaná léčba duálních poruch: aktualizovaná a rozšířená příručka: nejlepší postupy, dovednosti a zdroje pro úspěšnou péči o klienty*. Praha: Centrum pro rozvoj duševního zdraví.

George, S., & Murali, V. (2005). Pathological gambling: An overview of assessment and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(6), 450-456.

Gerdner, A., Nordlander, T., & Pedersen, T. (2002). Personality factors and drug of choice in female addicts with psychiatric comorbidity. *Substance use & misuse*, 37(1), 1-18.

Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of pediatrics*, 206, 256-267.

Gilvarry, E., McArdle, P., O'Herlihy, A., Mirza, K., Bevington, D., & Malcolm, N. (2016). Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek. *Praha: Klinika adiktologie, 1*.

Goetz, M. (2005). Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*, 6(6), 271-274.

Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., ... & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(8), 807-816.

Hendl, J. (2009). *Přehled statistických metod: Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál

Hollen, V., & Ortiz, G. (2015). Mental Health and Substance Use Comorbidity Among Adolescents in Psychiatric Inpatient Hospitals: Prevalence and Covariates. *Journal of Child & Adolescent*

Chládková, N., Miovský, M. (2017). Pilotní studie komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění. *Adiktologie*, 17(1), 22–32.

Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2016). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. *Zaostřeno*, 5, 1-16.

Ilomäki, R., Södervall, J., Ilomäki, E., Hakko, H., & Räsänen, P. (2008). Drug-dependent boys are more depressed compared to girls: a comorbidity study of substance dependence and mental disorders. *European addiction research*, 14(3), 161-168.

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Praha: Ústav vlády České republiky.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Grada Publishing as.

Kalina, K., Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*. *Adiktologie*, 13(2)

Kaminer, Y., Burleson, J. A., & Jadamec, A. (2002). Gambling behavior in adolescent substance abuse. *Substance Abuse*, 23(3), 191-198.

Kausch, O. (2003). Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of substance abuse treatment*, 25(4), 263-270.

Katona, P. L. (2013). Problematika komorbidity u závislých. *Psychiatr. prax*, 14(3), 142-144.

Kolibáš E, Novotný V. (2007) *Alkohol, drogy, závislosti. Psychické poruchy spojené s užíváním návykových látek*. Univerzita Komenského Bratislava.

Marshall, R., Theodosiou, L., Bhat, P., Ghosh, A., & Ark, J. (2012). Mental Health Needs of Young People with Problematic Drug and Alcohol Use in Manchester. *International Scholarly Research Notices*, 2012.

Matali, J. L., Andion, O., Pardo, M., Iniesta, R., Serrano, E., & San, L. (2016). Adolescents and dual diagnosis in a Psychiatric Emergency Service. *Adicciones*, 28(2), 71-79.

McKellar, J., Kelly, J., Harris, A., & Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 31(3), 450–460

Meier, P. S., & Barrowclough, C. (2009). Mental health problems: Are they or are they not a risk factor for dropout from drug treatment? A systematic review of the evidence. *Drugs: education, prevention and policy*, 16(1), 7-38.

Meier, P. S., Donmall, M. C., et al. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(1), 57–64.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2020). *Ministerstva školství a zdravotnictví chtějí "rozhybat" děti.* [cit. 28.01. 2022]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/rezorty-zdravotnictvi-a-skolstvi-chteji-spolecne-rozhybat>

Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. a kol., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing

Mioviský, M., Štastná, L., Popov, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), 330–341.

Mioviský, M., Popov, P. (2016). Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), 292–318.

Nešpor, K. (2003). Psychiatrická komorbidita a komplikace, duální diagnózy. In: Kalina, K., a kol., *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha: Národní monitorovací centrum

Nigam, R., Schottenfeld, R., & Kosten, T. R. (1992). Treatment of dual diagnosis patients: A relapse prevention group approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(4), 305-309.

Pešatová, I. (2003). *Vybrané kapitoly z etopedie. 1. vyd. Liberec: TU.*

Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Biondi, M., Siracusano, A., Di Giannantonio, M., Möller-Leimkühler, A. M. (2012). Substance abuse and suicide risk among adolescents. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(6), 469-485.

Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál.

Reiger, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264(19), 2511-2518.

Rosenberg, K. P. (2014). Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment. *Academic Press*.

Schulte, S. (2007). *Treatment Options and Pathways for clients with Comorbidity (TOPCOM): A national survey*. Manchester, UK: Manchester Metropolitan University.

Schulte, S. J., Meier, P. S., Stirling, J., & Berry, M. (2010). Unrecognised dual diagnosis—a risk factor for dropout of addiction treatment. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, 3(2), 94-109.

Struzik, M., M Wilczynski, K., Chalubinski, J., Mazgaj, E., & Krysta, K. (2017). Comorbidity of substance use and mental disorders. *Psychiatria Danubina*, 29(suppl. 3), 623-628

Šťastná, L. (2020). *Rok 2019 a 2020 v Adiktologické ambulanci, Ambulanci dětské a dorostové adiktologie*. Klinika adiktologie. 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice. Univerzita Karlova v Praze.

Theiner, P. (2007). Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 85-87.

Tiet, Q. Q., & Mausbach, B. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4), 513-536.

Tibenská, A., Čížek, J., Martinek, C., & Libiger, J. (2008). Katamnestické sledování účinnosti odvykací léčby. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 104(5), 230-235.

Tibenská, A., Martinek, C., & Libiger, J. (2016). Katamnestické sledování pacientů se závislostí po 5 letech od ukončení odvykací léčby. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 112(4).

Toftdahl, N. G., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(1), 129-140.

Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., & Domingo-Salvany, A. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Publication Office of the European Union.

US Department of Health and Human Services. (2003). President's New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: Transforming mental health care in America. *Final report*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.


US Department of Health and Human Services (2004). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*. National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 2004.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha. Portál, (s 254), 259.

Virgo, G.B., Higgins, D., Bennett, L., Thomas, P. (2001). The prevalence and characteristics of co-occurring serious mental illness (SMI) and substance abuse or dependence in the patients of Adult Mental Health and Addictions Services in eastern Dorset. *Journal of mental health*, 10(2), 175-188.

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(6), 695-705.

11 PŘÍLOHA Č. 1 - STRUKTUROVANÝ ANAMNESTICKÝ LIST PRO RODIČE

	Všeobecná fakulní nemocnice v Praze Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN Ambulance dětské a dorostové adiktologie Apolinářská 4, 128 08 Praha 2	
---	---	--

Strukturovaný anamnestický list pro rodiče (SAL)

Kdo vyplňuje (matka, otec):

Datum vyplnění:

Základní informace

Jméno pacienta: _____ Věk: _____
 Země narození: Pacienta: _____ Otce: _____
 Matky: _____

Kdo sem dítě posílá:

Rodiče OSPOD/kurátor Škola Jiné:

Kde jste se o nás dozvěděli:

Známy Web Leták OSPOD/kurátor
 Jiná adiktologická služba Jiná sociální služba Jiné:

Přidělen kurátor:

Ne Ano Jméno: _____ Kontakt: _____

Přidělena sociální pracovnice:

Ne Ano Jméno: _____ Kontakt: _____

Bylo již vaše dítě někde umístěno?

a. Jen detoxifikace	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
b. Léčba pro alkohol/drogy	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
c. Nemocnice (úraz, nemoc, ...)	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
d. Psychiatrická léčba	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
e. Denní stacionář	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
f. Ústavní výchova (DD, DÚ, VU)	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
g. Středisko výchovné léčby	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
h. Vězení, cela zadržení	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
i. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____

Sociální vztahy

S kým hlavně tráví vaše dítě volný čas?

S příbuznými bez problémů S příbuznými, kteří mají problémy s alkoholem či drogami S přáteli bez problémů S přáteli, kteří mají problémy s alkoholem či drogami
 Tráví volný čas sám

Vyhovuje vám, s kým tráví vaše dítě volný čas?

Ne Je to jedno Ano

Kolik má blízkých přátel?

Počet: _____

Mělo vaše dítě během svého života velmi blízký vztah s (křížkujte i více možností):

- S matkou S otcem S bratrem či sestrou Se sexuální partnerkou/partnerem
 Se spolužákem S přítelem/přítelkyní

Psychický stav/anamnéza**Kolikrát se vaše dítě léčilo pro psychiatrické (duševní) potíže?**

- Lůžkově (pobyt) Kolikrát: _____ Ambulantně (návštěvy v ordinaci) Kolikrát: _____

Mělo vaše dítě někdy období, které NEBYLO následkem užívání návykových látek, kdy mělo:

- Vážnou depresi Těžké stavy úzkosti Sebeпоškození Halucinace (hlasy)
 Neschopnost se ovládat Sebevražedný pokus Mělo předepsané psychiatrické léky Myšlenky na sebevraždu
 Poruchy příjmu potravy Stavy, při nichž těžko něco chápalo, nesoustředilo se, nepamatovalo si

Právní postavení**Bylo vaše dítě někdy zadržované, vyšetřované v souvislosti s:**

- Prodejem drog Krádeží Násilným činem (vloupání, ublížení na zdraví, zabití znásilnění) Pro jiný trestný čin, jaký:

Má vaše dítě podmínku či soudně nařízenou léčbu?:

- Ne Ano

Škola

Ročník: _____

Typ studující školy:

- ZŠ SŠ s maturitou SŠ či SOU bez maturity Gymnázium
 Jiné:

Školní prospěch v posledním školním roce:

- Výborný (1, 2) Průměrný (3) Podprůměrný (4) Neprospívá (5)

Školní postihy za poslední 3 měsíce:

- Snižovaná známka z chování Důtka učitele Důtka ředitele Jiné:

Školní postihy, celý život:

- Snižovaná známka z chování Důtka učitele Důtka ředitele Jiné:

Proběhla v průběhu studia změna školy:

- Ne Ano Kolikrát: _____ Důvod: _____

Rodinná anamnéza

Rodina:

- Úplná Neúplná (chybí rodič) Doplněná (nový partner v domácnosti)

Bydlení společně s:

- Rodiče Matka Otec Prarodiče
 Sourozenci Partner/partnerka Sám/sama Střídavá péče
 V chráněném prostředí Jiné:

Věk a zaměstnání členů rodiny

Matka _____ Otec _____ Bratr _____ Sestra _____

Konflikty, obtíže ve vztazích:

- | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Biologická matka | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Biologický otec | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |
| Náhradní matka | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Náhradní otec | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |
| Vlastní sourozenci | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Nevlastní sourozenci | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |
| Babička | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Děda | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |

Bydlí vaše dítě s někým, kdo:

- Má teď problémy s alkoholem Ne Ano Bere drogy Ne Ano Bral drogy Ne Ano

Ohrožení rodiny:

- | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|
| Nezaměstnanost | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Jazykové znevýhodnění | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Chudoba | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |
| Zdravotní znevýhodnění | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Dluhy | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Ztráta bydlení | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |
| Závislosti | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Prostituce | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Jiné: | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |

Z otcovy strany

- | | Alkohol | Drogy | Psychické potíže |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Otec | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Babička | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dědeček | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strýc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jiní | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Z matčiny strany

- | | Alkohol | Alkohol | Drogy | Psychické potíže |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Otec | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Babička | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dědeček | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strýc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jiní | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sourozenci

- | | Alkohol | Drogy | Psychické potíže |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bratr 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bratr 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sestra 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sestra 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nevlastní sourozenec | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Adiktologická anamnéza

	Věk, kdy poprvé	Celoživotně (roky)	Posledních 30 dní	Forma aplikace
PC hry/gambling				
Alkohol				
Cigarety				
Marihuana, hašiš				
MDMA, extáze				
Stimulancia (pervitin)				
Halucinogeny (LSD)				
Těkavé látky				
Heroin				
Metadon/subutex				
Jiné opiáty (např. buprenorfin, kodein, morfin, ...)				
Tlumivé léky (Xanax, Diazepam, Rohypnol, ...)				
Kokain				
Více než jedna látka denně				

Hlavní droga: _____

Pokusy abstinence:

Ne Ano Kolikrát:

Zaškrtnete, jaká je situace Vašeho dítěte v následujících oblastech:

	1	2	3	4	5	0
	<i>(velmi dobré)</i>				<i>(velmi špatné)</i>	<i>(neznámo)</i>
psychické zdraví (úzkost, deprese a obtíže s emocemi a city)						
fyzické zdraví (závažnost zdravotních obtíží a obav z nemocí)						
sociální fungování (finance, zaměstnání, škola, problémy se zákonem, s úřady)						
vztahy s blízkými (bydlení, vztahy s dětmi, rodiči, příbuznými)?						
konflikt se zákonem						
kvalita života						