

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Eva Horová

Psychiatrická komorbidita v souvislosti s užíváním návykových látek
u klientů doléčovacího centra

*Substance-use related psychiatric comorbidity among clients
of aftercare programme*

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Praha, 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala 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, 27. 6. 2023

Eva Horová

Podpis

Identifikační záznam

HOROVÁ, Eva. *Psychiatrická komorbidita v souvislosti s užíváním návykových látek u klientů doléčovacího centra. [Substance-use related psychiatric comorbidity among clients of aftercare programme]*. Praha, 2023. 44 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mravčík, Viktor.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce doc. MUDr. Viktoru Mravčíkovi, Ph.D. za jeho odborné vedení, poskytnutí přínosných a inspirujících rad při psaní bakalářské práce. Velice si vážím jeho ochoty, trpělivosti a pohotové komunikace. Dále bych ráda poděkovala svým blízkým, kteří mi byli velkou oporou.

Abstrakt

Východiska: Duševní onemocnění je rizikovým faktorem vzniku závislosti např. v důsledku sebemedikace a naopak závislostní chování může ke vzniku duševního onemocnění přispět. Poruchy z užívání návykových látek souběžně s jinou psychickou poruchou, tzv. „duální diagnóza“ má u uživatelů návykových látek vysokou prevalenci. U klientů s psychiatrickou komorbiditou je vyšší výskyt rizikového chování nebo sebevražd a vyšší potřeba služeb a péče.

Cíl: Cílem této práce bylo zjistit, jaká je prevalence psychiatrické komorbidity spojené s užíváním návykových látek u klientů využívajících služeb doléčovacího centra a popsat faktory, které její výskyt provázejí.

Metody: Byla provedena sekundární analýza dat z poskytnuté anonymizované databáze klientů aktivně využívajících služeb doléčovacího centra ke dni 1. 3. 2023. Kromě sociodemografických dat klientů byla analyzována data o užívání návykových látek, povaze závislostní poruchy, přítomnosti poruch v oblasti duševního zdraví a faktorech, které jejich výskyt a klinickou závažnost u klienta mohly ovlivnit.

Výsledky: Výzkumný soubor tvořilo 79 klientů ambulantního a pobytového programu doléčovacího centra pro uživatele po léčbě, nyní abstinující od návykových látek (mimo tabák). Psychiatrická komorbidita byla přítomna u 71 % klientů. Nejčastějšími duševními poruchami byly (u různých uživatelských skupin v různé míře) neurotické, stresové a somatoformní poruchy a afektivní poruchy (poruchy nálady). U klientů s psychiatrickou komorbiditou se vyskytoval vyšší výskyt faktorů, které mohou komplikovat průběh jejich závislostní poruchy nebo její léčbu, a mít neblahý vliv na kvalitu jejich života: dřívější zkušenost s užitím návykové látky, vyšší výskyt nezaměstnanosti a problémů se zákonem, léčebných pokusů a suicidálního chování.

Závěr: Téměř tři čtvrtiny klientů doléčovacího centra s diagnózou závislosti na návykových látkách má komorbiditu v podobě dalšího duševního onemocnění. Rozšíření stávajících programů doléčovacího centra o program zacílený na klienty s duální diagnózou a jejich specifické potřeby by mohlo přispět k zefektivnění péče a podpory těchto klientů.

Klíčová slova

duální diagnóza – duševní poruchy – komorbidita – návykové látky

Abstract

Background: Mental illness is a risk factor for the development of addiction, e.g. as a result of self-medication, and vice versa, addictive behavior can contribute to the development of mental illness. Disorders from the use of addictive substances concurrently with another mental disorder, the so-called "dual diagnosis", has a high prevalence among users of addictive substances. Clients with psychiatric comorbidity have a higher incidence of risky behavior or suicide and a higher need for services and care.

Objective: The objective of this work was to determine the prevalence of psychiatric comorbidity associated with the use of addictive substances in clients using the services of an aftercare center and to describe the factors that accompany its occurrence.

Methods: A secondary analysis of data was performed from the provided anonymized database of clients actively using the services of the aftercare center as of March 1, 2023. In addition to the sociodemographic data of the clients, data on the use of addictive substances, the nature of the addiction disorder, the presence of disorders in the field of mental health and factors, were analyzed which could influence their occurrence and clinical severity in the client.

Results: The research group consisted of 79 clients of the outpatient and residential program of the aftercare center for users after treatment, now abstinent from addictive substances (except tobacco). Psychiatric comorbidity was present in 71 % of clients. The most common mental disorders were (to varying degrees in different user groups) neurotic, stress and somatoform disorders and affective disorders (mood disorders). Clients with psychiatric comorbidity had a higher incidence of factors that can complicate the course of their addiction disorder or its treatment and have an adverse effect on their quality of life: previous experience with the use of addictive substances, a higher incidence of unemployment and problems with the law, treatment attempts and suicidal behaviour.

Conclusion: Almost three quarters of the clients of the aftercare center with a diagnosis of addiction to addictive substances have comorbidity in the form of another mental illness. Expanding the existing programs of the aftercare center with a program aimed at clients with a dual diagnosis and their specific needs could contribute to the efficiency of care and support for these clients.

Key words

dual diagnosis – mental disorders – comorbidity – addictive substances

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Psychiatrická komorbidita	9
1.1. Etiologie.....	9
1.2. Diagnostika.....	11
1.3. Klasifikace duševních poruch dle MKN-10	12
1.4. Léčba.....	14
1.5. Následná péče.....	15
2. Prevalence psychiatrické komorbidity	16
3. Dopady na kvalitu života u uživatelů návykových látek	19
3.1. Zdravotní důsledky užívání návykových látek	20
3.2. Sociální důsledky užívání návykových látek.....	21
3.3. Kriminalita spojená s užíváním návykových látek.....	21
VÝZKUMNÁ ČÁST	23
4. Výzkumné cíle.....	23
5. Výzkumné otázky	23
6. Metodologický rámec a použité metody	23
7. Výzkumný soubor.....	25
8. Výsledky.....	25
DISKUSE.....	36
ZÁVĚR.....	40
Seznam zdrojů.....	41
Seznam tabulek a grafů.....	44

ÚVOD

Pojem duální diagnóza je v odborné literatuře používán pro souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. V podstatě jde o specifický typ psychiatrické komorbidity, již se obecně rozumí výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho klienta. Duševní onemocnění je rizikovým faktorem vzniku závislosti a zároveň může užívání návykových látek psychické onemocnění rozvinout. Často je těžké u uživatelů návykových látek určit, zda symptomy duševního onemocnění předcházely závislosti a návyková látka přinášela dočasnou úlevu od duševních obtíží (tzv. sebededikace), či se naopak užívání návykových látek mohlo podílet na rozvoji duševní poruchy (Kalina & Minařík, 2015).

U uživatelů návykových látek má psychiatrická komorbidita nepříznivý dopad na jejich klinický stav, psychosociální fungování a celkově na kvalitu života. U jedinců, u nichž se vyskytuje porucha z užívání návykových látek současně s jinou duševní poruchou je vyšší výskyt rizikového chování, vyšší počet hospitalizací, vyšší prevalence sebevražd apod., než je tomu u osob bez komorbidních duševních poruch (Torrens, Mestre-Pintó & Domingo-Salvany, 2017).

Důležitou a nedílnou součástí léčebného kontinua pro uživatele návykových látek je následná péče. Doléčovací program v ambulantní či pobytové formě, je určen pro klienty, kteří ukončili léčbu závislosti a jejichž primární závislost je na nealkoholových návykových látkách, včetně kombinace se závislostí na alkoholu a gamblingu. Do doléčovacího programu vstupují také lidé se zkušeností s dalším duševním onemocněním tzv. duální diagnózou. Po ukončení léčby závislosti se klienti mohou ocitnout v obtížných situacích, které bývají spojeny s vysokými nároky každodenního života, což může být často rizikové z hlediska udržení abstinence. Klientům doléčovacího centra jsou poskytovány služby a podpora podle jejich individuálních potřeb směřující k udržení pozitivních změn k nimž u klienta došlo před vstupem do programu, ke snižování rizika relapsu k jejich sociální stabilizaci, nalezení vlastního místa a uplatnění v komunitě (SANANIM, 2023).

Tato práce si klade za cíl prozkoumat výskyt psychiatrické komorbidity spojené s užíváním návykových látek u klientů využívajících služeb doléčovacího centra. Dále by měla zmapovat, jaké okruhy duševních poruch se vyskytují v souvislosti s užíváním konkrétní návykové látky, a porovnat odlišnosti mezi klienty s duální diagnózou a bez ní v základních sociodemografických a uživatelských charakteristikách.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Psychiatrická komorbidita

Psychiatrická komorbidita v souvislosti s užíváním návykových látek běžně označovaná také jako duální diagnóza je Světovou zdravotnickou organizací (WHO) definována jako „souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince“. Mezi uživateli návykových látek není psychiatrická komorbidita novým jevem, avšak v posledních letech roste počet osob, u nichž je výskyt komorbidit/duální diagnózy, kterou Evropské monitorovací centrum pro drogy drogovou závislost vymezuje jako dočasný souběžný výskyt dvou nebo více duševních poruch definovaných Mezinárodní klasifikací nemocí, z nichž jednou je problémové užívání návykových látek (EMCDDA, 2004).

1.1. Etiologie

Z hlediska etiologie jsou popsány různé teorie vzniku komorbidit. Mueser, Drake a Wallach (1998) předkládají čtyři obecné modely: model společných faktorů, model sekundárních poruch způsobených užíváním návykových látek, model sekundárních psychiatrických poruch a obousměrný model. Modely společných faktorů předpokládají, že vysoká míra komorbidit je výsledkem společné zranitelnosti vůči oběma poruchám. Řada dalších různých modelů předpokládá, že duševní porucha zvyšuje zranitelnost jedince vůči rozvoji poruchy v souvislosti s užíváním návykových látek a naopak. Tyto modely lze obecně rozdělit na dva typy: modely psychosociálních rizikových faktorů (modely samoléčby, zmírnění dysforie, více rizikových faktorů) a biologicky založený model zvýšené citlivosti na účinky návykových látek u psychické poruchy.

Kalina a Minařík (2015) popisují tři skupiny lidí s psychopatologickou komorbiditou:

První skupinu tvoří lidé s preexistující psychickou poruchou, bez ohledu na to, zda byla diagnostikována a léčena, nebo nebyla. V obou těchto případech mohou duševní obtíže vést k rozvoji užívání návykových látek, pokud látka přináší dočasnou úlevu tzv. sebemedikace, což může vést k rozvoji závislosti.

Druhou skupinou tvoří jedinci, u kterých dlouhodobé a intenzivní užívání návykových látek může duševní poruchu způsobit nebo častěji vyprovokovat. Duševní porucha se může rozvinout jako následek užívání nebo vlivem poškození, které je způsobeno

neurotoxicitou užívané psychoaktivní látky, případně vlivem nepříznivých okolností způsobených užíváním návykové látky.

Třetí skupina definuje předpoklad, že psychická nemoc a závislost na návykových látkách jsou vyjádřením jedné základní příčiny, např. poruchy osobnosti nebo stresové poruchy, která mohla vzniknout traumatizací v dětství.

Krausz (1996) in EMCDDA (2004) navrhuje rozdělení duálních diagnóz do čtyř kategorií:

- Primární diagnóza duševního onemocnění, s následnou duální diagnózou zneužívání návykových látek, které působí nepříznivě na duševní zdraví.
- Primární diagnóza závislosti na návykové látce s psychickými obtížemi vedoucími k duševnímu onemocnění.
- Souběžná diagnóza zneužívání návykových látek a duševní poruchy.
- Duální diagnóza zneužívání návykových látek a poruchy nálad, v obou případech plynoucí z traumatického zážitku, například z posttraumatického stresu.

Příčinné vztahy mezi duševními poruchami a poruchami způsobenými užíváním návykových látek nelze v mnoha případech jednoznačně prokázat. Symptomy duševního onemocnění a problémy spojené s užíváním návykových látek vstupují do interakce a vzájemně se ovlivňují (EMCDDA, 2004).

Maté (2020) ve své publikaci popisuje souvislosti mezi traumatizujícími a stresujícími zážitky již z raného dětství a rozvojem závislostních poruch. Předkládá názor, že závislost je ve své podstatě hluboce zakořeněnou reakcí na stres, tedy pokusem zvládat jej prostřednictvím sebetišení z čehož vyvozuje, že stres je jednou z hlavních příčin pokračování závislosti na návykových látkách. Prostředí, ve kterém dítě vyrůstá má zásadní vliv na jeho další vývoj. Pozorná a láskyplná péče rodičů či pečujících osob je rozhodující pro pozdější hladiny neurotransmitterů (např. serotonin, dopamin, nonadrenalin, endorfin, oxytocin apod.) potřebných pro regulaci nálad a chování. Pokud dochází v dětství k deprivaci a k jiným nepříznivým prožitkům, může to mít za následek nedostatek neurotransmitterů navozujících duševní pohodu nebo nadbytek těch zvyšujících míru psychického stresu. Dokonce i malé narušení rovnováhy neurobiologické aktivity těchto látek může mít vliv na projevy chování, na zpracování emocí a doživotní citlivost daných jedinců na působení stresorů. Vnímaví, stabilní, snadno čitelní pečující dospělí hrají ve vývoji neurobiologického aparátu zdravých reakcí na stres klíčovou roli. Röhr (2015) předkládá souvislosti ve struktuře osobnosti, která byla formována prostředím a blízkými vztahy již v raném dětství, a náchylnosti k užívání návykových látek. Každý člověk má vlastnosti, které utvářejí jeho individuální

strukturu, většinou se setkáváme se směsí osobnostních struktur. Pokud trvale a silně v mnoha oblastech převládají negativní osobnostní znaky, které mají negativní následky na sociální kontakty daného jedince, může se jednat o poruchu osobnosti. Jako často vyskytující se struktury či poruchy osobnosti u uživatelů návykových látek uvádí závislou, narcistní, hraniční, histrionskou, schizoidní a nutkavé a impulzivní poruchy. U těchto lidí užívání návykových látek může mít funkci např. ke stabilizaci slabého pocitu vlastní hodnoty, prázdnoty, nepřijetí, osamění, zmírnění frustrace, ke zvládnání emocí jako je vztek, smutek, bolest, úzkost, potlačení zneklidňujících myšlenek apod. Ve snaze nezažívat nepříjemné stavy jsou tyto lidé více náchylnější užívat návykové látky jako formu sebemedikace. Riegel, Kalina a Pěč (2020) uvádí, že disociální, hraniční a narcistní porucha osobnosti vykazují společné rysy v podobě narušené kapacity zvládat impulzy strachu a hněvu, což může vést k opakovanému užívání návykových látek a rozvoji závislosti.

1.2. Diagnostika

Diagnostika v psychiatrii patří mezi nejobtížnější ze všech medicínských oborů pro mnohotvárnost a proměnlivost klinických obrazů psychických poruch. U velké části psychických poruch není známa etiologie a patogeneze. Základní diagnostika k zachycení včasnějších příznaků a projevů duševní poruchy je zvláště obtížná ve zhodnocení, kdy jde o počínající psychickou poruchu a kdy o projevy, které mají obecný charakter a není nutno předpokládat, že půjde o psychickou poruchu (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Diagnostika psychiatrické komorbidity je poměrně náročná pro podobnosti některých stavů a symptomů, které mohou být snadno zaměnitelné. Diagnostické vyšetření je nutné provádět opakovaně, aby bylo možné některé stavy od sebe odlišit a zhodnotit, zda jde o další duševní onemocnění či o duševní stavy vyvolané v souvislosti s užíváním návykových látek. Je také důležité zvážit, že závislost může „nasedat“ na jinou již existující duševní poruchu a současně se může původní problém překrývat, což může znesnadnit rozpoznání a správné diagnostické posouzení.

Pro úspěšné provedení diagnostiky a následné stanovení odpovídajícího léčebného plánu lze stanovit několik základních zásad:

- Kvalitně provedené komplexní psychologické vyšetření zaměřené na osobnost i výkonové schopnosti pacienta.
- Sociální a sociálně-právní zhodnocení stavu a situace pacienta může pomoci v získání diagnosticky validních informací o jeho životě, míře vlivu jeho sociální a rodinné situace, na jeho problémy apod.

- Kontrolované podmínky pro vyšetření z hlediska požití návykových látek (kontrola doby abstinence, časový odstup od poslední intoxikace apod.).
- Detailní znalost anamnestických údajů individuálních i rodinných, průběh onemocnění/poruchy apod.
- Seznámení se s předchozí zdravotnickou dokumentací, komunikace s jinými odbornými zařízeními.
- Zajištění standardního toxikologického, biochemického a dalších vyšetření včetně celkového důkladného vyšetření tělesného stavu pacienta.
- Spolupráce a ochota pacienta, bez které není možné přesně zjistit okolnosti vzniku a průběhu závislosti apod.

Kvalitní diferenciální diagnostika a zhodnocení komorbidit jsou důležitými faktory pro efektivní léčbu klientů s duální diagnózou (Miovská, Miovský, & Kalina, 2008).

1.3. Klasifikace duševních poruch dle MKN-10

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN) je publikace Světové zdravotnické organizace (WHO), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností (ÚZIS ČR, 2023). Níže popsaná kodifikace vychází z aktualizované verze překladu MKN-10.

Poruchy duševní a poruchy chování F00-F99

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F99-F99 Neurčená duševní porucha

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek F10-F19

F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

F11 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů

F12 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů

F13 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik

F14 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu

F15 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu

F16 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů

F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku

F18 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel

F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

Každá z výše uvedených závislostních skupin poruch podle látek je dále dělena na následující typy poruch:

-0 Akutní intoxikace

-1 Škodlivé použití

-2 Syndrom závislosti

-3 Odvykací stav

-4 Odvykací stav s deliriem

-5 Psychotická porucha

-6 Amnestický syndrom

-7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem

-8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování

-9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

Syndrom závislosti je podle MKN-10 soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritou v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci, pro skupinu látek nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí

Psychotická porucha je soubor psychotických fenoménů, které se objevují během použití psychoaktivních látek nebo po něm, které však nelze vysvětlit pouze akutní intoxikací a nejsou součástí odvykacího stavu. Porucha je charakterizována

halucinacemi (typicky sluchovými, ale často ve více než jen v jedné sensorické modalitě), percepčními zkomoleními, bludy (často paranoidní nebo persekční povahy), psychomotorickými poruchami (vzrušením nebo stuporem) a abnormálním afektem, který se může objevit v rozsahu od intenzivního strachu až k extázi. Vědomí je obvykle jasné, ale určitý stupeň jeho zastření může být přítomen, nikoliv však těžký stav zmatenosti.

Anamnestický syndrom je syndrom sdružený s výrazným chronickým postižením paměti na nedávné i vzdálené skutečnosti. Bezprostřední vybavování je obvykle zachováno a čerstvá paměť je typicky více poškozena než paměť dávná. Narušení pocitu času a řazení událostí jsou obvykle zřejmé, jako je porušena schopnost učit se novému. Konfabulace může být vyjádřena, ale není vždy přítomna. Jiné kognitivní funkce mohou být relativně dobře zachovány a amnestické defekty jsou v nepoměru k ostatním poruchám.

Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem je porucha, u níž změny v poznávání, afektu, osobnosti nebo chování, vyvolané alkoholem nebo psychoaktivní substancí, přetrvávají za období, kdy přímý účinek ve vztahu k psychoaktivní látce může být předpokládán. Nástup poruchy by měl mít přímý vztah k užití psychoaktivní látky. Případy, kdy se úvodní nástup stavu objevuje později než epizoda (epizody) užití látky, by měl být bráno v potaz jen tehdy, je-li dosažitelný jasný a přesvědčivý doklad, že tento účinek můžeme přisoudit reziduálnímu účinku psychoaktivní látky. „Flashbacks” mohou být částečně odlišeny od psychotického stavu svou epizodickou povahou, běžně velmi krátkého trvání a svým opakováním dřívějších zkušeností ve vztahu k alkoholu nebo jiné psychoaktivní látce

Jiné duševní poruchy a poruchy chování uváděné v MKN-10 ve spojitosti s užíváním dané návykové látky (např. alkohol, stimulancia, opioidy, kanabinoidy) jsou anxiózní porucha, porucha nálada, porucha spánku a sexuální dysfunkce (ÚZIS ČR, 2023).

1.4. Léčba

Klienti s duální diagnózou mívají těžší průběh onemocnění se závažnějšími zdravotními i sociálními důsledky a horší léčebné výsledky než klienti bez komorbidit. Pro tyto klienty je často náročné zapojit se do léčby a setrvat v ní. K předčasným odchodům může docházet z důvodu motivační krize, interpersonálních konfliktů a rizikových situací, které mohou vést k relapsům a předčasným odchodům z léčby (Kalina et al., 2015).

Podle Nešpora (2003) je u klientů s duální diagnózou potřeba léčit jak závislostní poruchy, tak poruchy duševní. Tato léčba je daleko efektivnější nežli léčit tyto poruchy odděleně. Dále uvádí tyto modely léčby:

- Léčba následná: obvykle nejprve v jednom zařízení léčba závislostní poruchy a pak v jiném léčba poruchy duševní. Závislostní problém je často naléhavější a jeho zvládnutí podmiňuje spolupráci při psychoterapii nebo farmakoterapii.
- Léčba souběžná: obě poruchy se léčí současně, v zařízení pro léčbu závislostí a zároveň v jiném psychiatrickém zařízení.
- Léčba integrovaná: v jednom zařízení a jedním terapeutickým týmem, který je schopen léčit oba problémy.

Poslední z uvedených modelů, tedy léčba integrovaná je nejčastěji preferovaná, je ekonomičtější a přináší klientům větší prospěch. U klienta je vnímána souvislost mezi užíváním návykových látek a jinými psychickými obtížemi, které se vzájemně ovlivňují a propojují a jsou neoddělitelnou součástí klinického obrazu s ohledem na prožívání klienta a jeho vnímání závislostní i duševní poruchy jako vzájemně se ovlivňující a propojené zkušenosti (Kalina et al., 2015). S ohledem na tuto propojenost, je důležitá týmová spolupráce odborníků jak v oboru duševního zdraví, tak adiktologie, kteří jsou schopni podpůrně a pružně spolupracovat ve prospěch klienta podle jeho individuálních potřeb. V průběhu procesu klientova zotavení může mít v určitém bodě prvořadý význam psychiatrický problém, zatímco v jiném bodě může být prioritou problém se závislostí. Napříč léčebným kontinuem ze strany pracovníků služeb vyžaduje tato flexibilita velkou míru otevřené komunikace, spolupráce a získávání poznatků a zkušeností v kontextu mezioborového přístupu (Millerová, 2011).

Speciální zařízení určená konkrétně k léčbě klientů s duální diagnózou v České republice obecně neexistují, avšak léčba komorbidity adiktologických a duševních poruch je nedílnou součástí specializovaných lékařských i nelékařských adiktologických služeb a některá zařízení poskytují pro klienty s duální diagnózou speciální programy (Torrens et al., 2017).

1.5. Následná péče

Následná péče tzv. doléčování v ambulantní nebo pobytové formě je nedílnou součástí procesu léčby a zotavení klientů se zkušeností se závislostí a u některých také s dalším duševním onemocněním, kteří absolvovali předchozí střednědobou či dlouhodobou léčbu závislosti na návykových látkách či patologického hráčství a abstinují minimálně tři měsíce. Doléčování zahrnuje služby a intervence, které navazují na léčbu závislosti a které jsou zaměřené na udržení dosažených změn. Pokračující

podpora po ukončení léčby může zmírnit nebo odstranit faktory, které jsou spojeny s relapsem, a naopak posilovat faktory spojené s udržení abstinence jako jsou např. zapojení se do volnočasových aktivit, navazování a budování vztahů, nalezení stabilního zaměstnání, bydlení apod. Cílem služeb následné péče je pomoci klientům po ukončené léčbě překlenout přechod zpět do normálního života a připravit je na problémy s tím spojené, udržet jejich změny v životním stylu a chování dosažených v léčbě a pomoci jim zařadit se zpět do komunity. Další cíle kromě podpory udržení abstinence a prevence relapsu zahrnují podporu osobního růstu a změn v sebepojetí, stabilizaci základních sociálních jistot a sociálních rolí. Konkrétní cíle se stanovují podle individuálních a aktuálních potřeb klienta. Terapeutický tým programů následné péče je multidisciplinární, jehož jádro tvoří psycholog, sociální pracovník, psychiatr a adiktolog. Součástí programů je individuální a skupinová terapie, sociální práce, nastavení péče o somatické a psychické zdraví, chráněné bydlení, podporované zaměstnání, nabídka volnočasových aktivit apod. Pro doléčovací program je zásadní jeho pestrost, aby oslovil všechny klienty a nabízel prostor pro řešení jejich témat směřujících k jejich rozvoji a růstu (Pavlovská & Makovská Dolanská, 2015).

Integrovaní klientů s duální diagnózou do doléčovacích programů, kdy se účastní všech aktivit stejně jako klienti bez komorbidit, přináší vyšší nároky na terapeutické dovednosti týmu. Klienti s duální diagnózou potřebují vyšší míru podpory v podobě sociální práce, psychiatrické péče, doprovodů na úřady, k odborným lékařům, asistence při hledání zaměstnání, finanční a dluhové poradenství, pomoci najít a začlenit se do volnočasových aktivit apod. (Šuráňová et al., 2016). Při práci s klienty s duální diagnózou je vhodným nástrojem spolupráce formou case managementu napříč léčebným kontinuem. V následné péči, kdy se klienti setkávají s mnoha obtížemi spojenými s návratem do běžného života, podpora case managera může výrazně pomoci v postupném řešení jejich situací, nalezení vlastních zdrojů podpory a svého místa v komunitě. Metody case managementu jsou zaměřené na silné stránky klienta, je kladen důraz na vztah mezi klientem a case managerem a jeho důležitost, poskytované intervence jsou založeny na klientových rozhodnutích, asertivní přístup, posilování klientových schopností a dovedností s důvěrou k procesu změny, vedení klienta k tomu, aby více využíval komunitních zdrojů ke smysluplnému trávení času (Stuchlík, 2001).

2. Prevalence psychiatrické komorbidit

Psychiatrická komorbidita u uživatelů návykových látek má podle výsledků evropských studií vysokou prevalenci a s tím spojený větší dopad na klinickou a společenskou závažnost, psychosociální fungování a kvalitu jejich života (Torrens et al., 2017). Níže

jsou uvedeny duševní poruchy často se vyskytující v souvislosti s užíváním návykových látek.

Deprese je jedna z nejčastějších duševních poruch u uživatelů návykových látek. Prevalenční hodnoty se pohybují v rozmezí od 12 % do 80 % v závislosti na charakteristikách výběrového souboru. Celoživotní prevalence deprese je ve vyšší míře u uživatelů heroinu, kokainu, konopí a extáze. U těchto osob se vyskytuje těžší klinický průběh, horší odezva na léčbu s pomalejším tempem zlepšování stavu a z toho plynoucím nepříznivým průběhem deprese samotné. U uživatelů návykových látek s depresí je vyšší prevalence suicidálních pokusů i dokonaných sebevražd, než je tomu u uživatelů bez komorbidit.

Úzkostné poruchy zejména panická porucha a posttraumatická stresová porucha. Příčinná souvislost mezi úzkostnými poruchami a užíváním návykových látek není jednoznačně prokázána, tedy zda se jedná o sebemedikaci již existující poruchy či byla úzkost vyvolána užíváním návykové látky či kombinací psychoaktivních látek. Úzkost se často vyskytuje u uživatelů konopí, jehož častější užívání může být silným prediktorem úzkosti. U uživatelů kokainu, amfetaminu a extáze se celoživotní prevalence úzkostných poruch pohybuje v rozmezí 13-23 %. U uživatelů opioidů se úzkostné poruchy vyskytují v rozmezí 26-35 %.

Schizofrenie společně s poruchami z užívání návykových látek se vyskytuje v rozmezí 30-66 %. U jedinců se zkušeností s psychotickými stavy se nejčastěji vyskytuje užívání návykových látek jako je alkohol, konopí a v poslední době také kokain. Velké procento užívá různé návykové látky a jejich kombinace celoživotně. Mezi argumenty ke zdůvodnění užívání vyšší míry návykových látek při schizofrenii převládá hypotéza o sebemedikaci, podle níž lidé se schizofrenií užívají návykové látky ve snaze zmírnit symptomy onemocnění, avšak sebemedikací nelze vysvětlit všechny případy komorbidit užívání návykových látek a schizofrenie. Tato komorbidita je spojena s vyšší morbiditou a horšími výsledky léčby než u samostatně se vyskytující poruchy z užívání návykových látek.

Bipolární afektivní porucha a poruchy z užívání návykových látek jsou v celopopulačních studiích zastoupeny ve 40-60 %. K užívání alkoholu a jiných látek dochází často ve velké míře v manické fázi bipolárního onemocnění. Souběžné užívání stimulantů a konopí pravděpodobně může zhoršovat manické symptomy. V depresivní fázi může alkohol depresi zhoršovat a užívání stimulantů a konopí potenciálně urychlovat nástup manické fáze nebo smíšené epizody. Mimo tyto období se daná osoba vrací k omezenému užívání návykových látek. U těchto lidí je větší předpoklad pro horší sociální adaptaci a celkově horší výsledky.

Výskyt psychotických symptomů je jednou z nejzávažnějších komorbidit u poruch z užívání stimulantů, které patří u osob s psychózou mezi nejužívanější návykové látky. U uživatelů kokainu je výskyt psychotických symptomů mezi 12-86 %. Psychózy se často vyskytují také u uživatelů konopí, které je dáváno do souvislosti s raným nástupem psychózy a rostoucím rizikem opětovných hospitalizací. U uživatelů opioidů je prevalence psychóz nízká (4-7 %), což může souviset s antipsychotickým účinkem opioidů.

Poruchy osobnosti se často vyskytují u uživatelů návykových látek. Výskyt minimálně jedné poruchy osobnosti je četný (46 %) u osob s poruchou z užívání návykových látek. Tito lidé vykazují problematičtější symptomy užívání návykových látek než lidé bez poruchy osobnosti a častěji se uchylují k více rizikovému chování charakterizovaného ztrátou zábrán vedoucím např. k vyššímu riziku krví přenášeným virovým infekcím a dalším zdravotním a sociálním komplikacím jako je protiprávní jednání apod. U osob s poruchou osobnosti je výrazný podíl uživatelů opioidů. Jedinci závislí na opioidech vykazují silnější látkovou závislost a závislosti na dalších psychoaktivních látkách. Vyskytuje se u nich větší míra konfliktu se zákonem, zřejmě v souvislosti s obstaráváním si návykových látek, dále rizikovější injekční chování, vyšší výskyt sebevražd a předávkování a pociťují větší psychickou tíseň než osoby závislé na opioidech bez poruch osobnosti.

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) u osob užívajících návykové látky, kteří vyhledali léčbu, se vyskytovala porucha pozornosti s hyperaktivitou v dospělosti v rozmezí 5-8 %. Stejně jako u ostatních duševních poruch může být stanovení diagnózy v kontextu užívání návykových látek komplikované vzhledem u účinkům psychoaktivních látek na pozornost a schopnost koncentrace. K léčbě ADHD se běžně doporučují stimulantia, které můžou podáním již v dětství snížit rozvoj souběžné poruchy z užívání návykových látek v dospívání a dospělosti.

Poruchy příjmu potravy se často vyskytují s užíváním návykových látek. Více než 35 % osob s poruchou z užívání návykových látek uvádí také poruchu příjmu potravy. Což je v daleko vyšším měřítku než uváděná prevalence 1-3 % v obecné populaci. Z výsledků studií zkoumající populace bulimiků a anorektiků vyplývá, že větší pravděpodobnost užívání stimulantů a dalších návykových látek je u osob, které užívají ke snižování hmotnosti farmaka, např. laxativa, přípravky na hubnutí nebo diuretika. Osoby s poruchami příjmu potravy hůře kontrolují svoje impulsy, častěji se pokoušejí o sebevraždu, jsou impulzivnější a častěji trpí poruchou osobnosti. Tyto poruchy jsou častější u uživatelů stimulantů (Torrens et al., 2017).

3. Dopady na kvalitu života u uživatelů návykových látek

Lidé s duševním onemocněním patří do zranitelnějších skupin obyvatelstva, které sdílejí společné problémy související s jejich sociálním a ekonomickým postavením, sociální podporou a životními podmínkami, včetně stigmatu a diskriminace (zkušenosti s násilím a zneužíváním, omezení občanských a politických práv, vyloučení z účasti ve společnosti, obtíže v přístupu ke zdravotnickým službám, v přístupu ke vzdělání a pracovním příležitostem apod.) Tyto faktory zvyšují riziko duševních poruch a špatné duševní zdraví naopak může dále prohlubovat sociální znevýhodnění a sociální vyloučení. Tato izolace je považována za významný rizikový faktor spojený se vznikem duševních poruch a užíváním návykových látek (Mezzina, Gopikumar, Jenkins, Saraceno & Sashidharan, 2022; Ventura, 2017).

Užívání návykových látek je spojeno se zdravotními a sociálními dopady jak na úrovni individuální, tak populační. Charakter a míra závažnosti je podmíněna řadou faktorů.

- Mezi škody související s užíváním návykových látek na individuální úrovni jsou popsány tyto skupiny:

Somatické – přímá drogová úmrtí (předávkování), nepřímá drogová úmrtí (pod vlivem a na chronické následky užívání), přímá somatická komorbidita (vyvolaná či způsobená účinkem drogy), nepřímá somatická komorbidita (daná rizikovým chováním spojeným s užíváním drog).

Psychické – závislost, přímá psychiatrická komorbidita (vyvolaná účinkem drogy), nepřímá psychiatrická komorbidita (daná životním stylem spojeným s užíváním).

Sociální – ztráta hmotného majetku nebo aktiv (příjmu, bydlení, práce, nedokončené vzdělání, uvěznění apod.), narušení vztahů s rodinou a blízkými.

- Dopady užívání návykových látek působící na okolí uživatele jsou ve skupinách: Somatické a psychické – úrazy a další poškození (domácí násilí, poškození plodu, dopravní nehody, sekundární přenos infekcí apod.)

Sociální – zločinnost (především drobná majetková kriminalita), škody na životním prostředí (toxický odpad z výroby drog, pohozené jehly apod.), dysfunkční rodinné prostředí (rozpad rodiny, ekonomická nouze, emoční nespokojenost, zanedbávání dětí apod.), mezinárodní škody v důsledku poptávky po drogách (např. mezinárodní zločinnost), ekonomické škody (přímé i nepřímé), poškození komunit v důsledku ztráty sociální koheze a reputace (Mravčík, Chomynová & Grohmannová, 2019).

3.1. Zdravotní důsledky užívání návykových látek

Užívání návykových látek přináší řadu zdravotních komplikací jak v oblastech psychického, tak tělesného zdraví. Zdravotní obtíže úzce souvisí s životním stylem uživatelů návykových látek. Zahájení drogové kariéry v dospívání či ještě dříve může vést k dalším poruchám psychického i tělesného vývoje. U problémových uživatelů návykových látek se objevují zdravotní komplikace jako např. infekce kůže a měkkých tkání, CNS, skeletu, endokarditida, pneumonie, tuberkulóza, sexuálně přenosné choroby, HIV/AIDS, virové hepatitidy (Krekulová, 2021). Prevalence HIV je mezi problémovými uživateli dlouhodobě nízká, pohybuje se pod 1 %. Séronevalence virové hepatitidy typu C u klientů nízkoprahový programů je okolo 30-37 %, mezi uživateli ve vězení až 70 % (Chomynová et al., 2023). U uživatelů stimulancií dlouhodobé přetížení vede k poškození kardiovaskulárního systému, poškození jater a ledvin apod. U sniffingu dochází k poškození nosní sliznice, její atrofii a ztrácí se ochranná funkce dýchacích cest. U inhalace kouře látek se zvyšuje pravděpodobnost vzniku nádorového onemocnění dýchacích cest. U požití ústy může dojít k podráždění či poškození trávicího traktu. Zdravotní komplikace užívání návykových látek a míra poškození organismu má souvislost jak se způsobem aplikace, tak s toxicitou dané užívané látky nebo více látek. Užívání per os je v mnoha ohledech bezpečnější, než je tomu u intravenózní aplikace, avšak v souvislosti s nadměrným užíváním alkoholu dochází k poškození trávicího traktu např. zánět žaludku a slinivky břišní. S dlouhodobým a pravidelným příjmem alkoholu je spojeno s různými formami onemocnění jater. Vážnou komplikací cirhózy je portální hypertenze, vznik a krvácení z jícnových varixů. Další závažné důsledky u nadměrné konzumace alkoholu související s jeho toxicitou jsou spojená neurologická poškození v jejichž důsledku dochází k poškození také kognitivních funkcí (Kalina et al., 2015). V důsledku užívání alkoholu je ročně hlášeno 13-14 tisíc hospitalizací z toho 8 tisíc pro závislost na alkoholu (cca 60 %), 4 tisíce pro alkoholické onemocnění jater a 1 tisíc pro alkoholickou pankreatitidu. Alkohol je dlouhodobě příčinou 98 % úrazů pod vlivem návykových látek. Osoby závislé na alkoholu umírají v průměru o 24 let dříve než běžná populace. Nejčastější důvody jsou náhodná poranění (13 %), onemocnění jater (18 %), nemoci oběhové soustavy (15 %), zhoubné novotvary (7 %) a sebevraždy (6 %). U třetiny z odhadovaných alkoholových úmrtí je alkohol hlavní nebo jedinou příčinou úmrtí (Chomynová et al., 2023). Dalším závažným rizikem užívání návykových látek je smrtelné předávkování. U uživatelů opioidů je heroin nejčastější drogou zodpovědnou za většinu úmrtí (74 %) v souvislosti s užíváním drog v Evropě (EMCDDA, 2022). V souhrnné zprávě o závislostech v České republice je uvedeno necelé jedno procento úmrtí u lidí užívajících rizikově pervitin nebo opioidy. Přibližně třetina z nich zemře v důsledku nehody, časté jsou také sebevraždy, které zahrnují smrti předávkováním (Chomynová et al., 2023).

V souvislosti s užíváním návykových látek je v České republice službami evidován vzrůstající výskyt psychiatrické komorbidity. Nejčastěji uváděné problémy v oblasti duševního zdraví jsou toxické psychózy, depresivní a úzkostné poruchy, schizofrenie, halucinace, psychotické stavy, sebepoškozování, suicidální pokusy, posttraumatická stresová porucha, poruchy spánku, poruchy pozornosti a chování. Odhaduje se, že přibližně 40 % klientů s duševní poruchou z užívání návykových látek trpí současně další duševní poruchou (Chomynová et al., 2022).

3.2. Sociální důsledky užívání návykových látek

Lidé užívající návykové látky rizikově mají často kumulované obtíže v oblastech jako je bydlení, nezaměstnanost či nestabilní a neformální zaměstnání, finanční problémy, zadluženost a problémy ve vztazích s blízkými. Nestabilní bydlení a zadluženost jsou významnou překážkou k sociální a ekonomické integraci, která je důležitým aspektem pro zotavení osob užívajících návykové látky. Ztráta bydlení často souvisí se ztrátou zaměstnání. Nestabilní bydlení nebo bezdomovectví uvádí téměř tři čtvrtiny klientů nízkoprahových programů, stejně tak v obdobném zastoupení (75,4 %) klientů uvedlo výši dluhů v rozmezí od 200 tisíc do 10 mil. Kč. a polovina z nich uvedla nestabilní nebo nelegální příjem. Dalším důsledkem užívání návykových látek je domácí násilí, které je často spojováno s alkoholem. Konzumace alkoholu je v České republice vysoká, rizikově pije alkohol 17-19 % dospělé populace a 9-10 % spadá do kategorie škodlivé konzumace. Až dvě třetiny ze všech případů domácího násilí, kterým jsou postiženy zejména ženy, jsou spojeny s alkoholem (Chomynová et al., 2023).

3.3. Kriminalita spojená s užíváním návykových látek

Trestná činnost související s návykovými látkami je charakterizována několika kategoriemi podle motivace k páčání trestné činnosti. Psychofarmakologicky podmíněné trestné činnosti jsou páčány jako důsledek akutních nebo chronických účinků návykových látek. Nejčastěji jde o trestné činy ublížení na zdraví, loupež, přepadení, sexuální napadení apod. Do tohoto typu trestné činnosti jsou také řazeny trestné činy, při kterých je uživatel návykové látky sám obětí trestného činu. Ekonomicky motivovaná trestná činnost, která vychází z předpokladu finanční náročnosti užívání návykových látek a může vést k páčání trestné činnosti za účelem financování vlastní drogové závislosti. Často jde o majetkové trestné činy jako např. krádeže v obchodech, vykrádání aut, podvody, zpronevěra, loupeže apod. Další kategorií je systémová trestná činnost, která zahrnuje násilné trestné činy v rámci

fungování trhů s nelegálními návykovými látkami např. spory o území, vymáhání dluhů apod. Pachatelé mohou být jak uživatelé návykových látek, tak i osoby, které návykové látky neužívají. Kategorie trestných činů porušujících protidrogovou legislativu zahrnuje zejména řízení pod vlivem návykových látek, trestné činy držení, přechovávání, pěstování, výroby a obchodování s návykovými látkami apod. Stejně tak jako je tomu u předchozí kategorie, pachatelé mohou být jak uživatelé návykových látek, tak i osoby, které návykové látky neužívají (Gabrhelíková, 2015).

Pod vlivem nelegálních drog bylo v roce 2021 v České republice spácháno 4,5 tisíce trestných činů, tj. 6 % ze všech trestných činů a 32 % ze všech trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek anebo opilství. Trestné činy pod vlivem alkoholu tvoří 13 % z celkové objasněné trestné činnosti. V souvislosti s alkoholem nebo jinými návykovými látkami bylo v roce 2021 evidováno 13 tisíc přestupků a 1 tisíc v kontextu ochrany veřejného zdraví (Chomynová et al., 2023).

Problémy v těchto výše uvedených oblastech se navzájem ovlivňují jak na úrovni individuální, tak extra individuální a mají dopady na kvalitu života. Přítomnost psychiatrické komorbidity u uživatelů návykových látek zvyšuje riziko výskytu problémů v sociální oblasti např. vyšší mírou nezaměstnanosti, kriminality, agresivity apod. V souvislosti uvedenými důsledky dochází u uživatelů návykových látek k sociálnímu vyloučení, které má dopad také na jejich zdraví a zvyšuje rizika zdravotních komplikací včetně předávkování (Mravčík, et al., 2019).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. Výzkumné cíle

Cílem práce bylo zjistit prevalenci psychiatrické komorbidity spojené s užíváním návykových látek u klientů využívajících služeb doléčovacího centra a popsat faktory, které její výskyt provázejí.

5. Výzkumné otázky

- 1) Jaká je prevalence psychiatrické komorbidity u klientů doléčovacího centra?
- 2) Jaké okruhy duševních poruch se vyskytují v souvislosti s užíváním konkrétní návykové látky?
- 3) Jak se liší klienti s duální diagnózou od klientů bez ní v základních sociodemografických a uživatelských charakteristikách?

6. Metodologický rámec a použité metody

Byla provedena sekundární analýza existujících dat z klientské dokumentace Doléčovacího centra SANANIM, která zahrnuje aktivní případy v různých fázích doléčování ke dni 1. 3. 2023.

Anonymizovaná databáze klientů obsahující definované proměnné byla získaná na základě písemné dohody s provozovatelem doléčovacího centra, SANANIM z.ú. a zpracována v elektronické podobě.

Indikací pro vstup do doléčovacího programu je diagnóza závislosti na nealkoholových drogách včetně kombinací se závislostí na alkoholu a gamblingu, uvedených v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) z okruhu diagnóz F10-F19: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.

Pro účast v ambulantním programu je podmínkou předchozí léčba závislosti v délce minimálně tří měsíců, pro pobytový program chráněného bydlení řádně dokončená střednědobá nebo dlouhodobá léčba závislosti v délce trvání minimálně pěti měsíců.

U klientů byl sledován výskyt další poruchy v oblasti duševního zdraví a sociodemografické a uživatelské charakteristiky.

Proměnné

Byla analyzována data z poskytnuté anonymizované databáze klientů aktivně využívajících služby Doléčovacího centra SANANIM.

Kromě sociodemografických dat klientů byla analyzována data o užívání návykových látek, přítomnosti poruch v oblasti duševního zdraví a faktorech, které jejich výskyt a klinickou závažnost mohly ovlivnit. U klientů byla také sledována struktura psychiatrické komorbidity podle okruhu diagnóz uvedených ve skupině F00-F99 zahrnující poruchy duševní a poruchy chování v souvislosti s užíváním primární drogy. Výzkumný soubor byl dále rozdělen na dvě skupiny, a to na skupinu klientů s psychiatrickou komorbiditou a bez komorbidity. V těchto skupinách byly analyzovány definované faktory výzkumu a následně porovnány rozdíly mezi jednotlivými proměnnými.

Analyzované faktory (proměnné, okruhy proměnných):

- věk
- pohlaví
- vzdělání
- zaměstnání
- bydlení
- primární droga
- další drogy
- věk prvního užití návykové látky
- historie léčby závislosti
- psychiatrická komorbidita (další duševní onemocnění)
- somatická komorbidita
- suicidální chování
- finanční problémy (dluhy)
- problémy se zákonem

Analýza dat probíhala za pomoci programu Microsoft Excel verze 16.16.

Etické podmínky

V dohodě o poskytnutí anonymizované databáze s provozovatelem doléčovacího centra, SANANIM z.ú. byly jasně definované podmínky pro zajištění anonymity dat a dán souhlas s použitím poskytnuté databáze za účelem zpracování výzkumné bakalářské práce. Výzkum byl schválen etickou komisí pro posuzování studentských závěrečných prací Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

7. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořil 79 klientů (39 žen a 40 mužů) ambulantního a pobytového programu doléčovacího centra, kteří byli aktivními klienty ke dni 1. 3. 2023. Výzkumný soubor tvořili ženy a muži aktuálně abstinující od všech návykových látek a gamblingu (mimo tabák).

Průměrný věk všech klientů činil 36 let s minimem 23 let a maximem 53 let. U žen byl průměrný věk 35,3 let ve věkovém rozmezí 23-53 let a u mužů byl průměrný věk 36,7 let ve věkovém rozmezí 23-45 let. Četnosti zastoupení podle věkových kategorií jsou znázorněny v *Tab. 1* z nichž nejpočetnější zastoupení u žen (42,6 %) i u mužů (52,5 %) bylo v kategorii ve věku mezi 30-39 lety.

Tabulka 1 Věkové zastoupení v souboru

ŽENY			MUŽI		
Věk	Absolutní četnost	Podíl	Věk	Absolutní četnost	Podíl
18-29	11	28,2%	18-29	5	12,5%
30-39	18	46,2%	30-39	21	52,5%
40-49	9	23,1%	40-49	14	35,0%
50-59	1	2,6%	50-59	0	0,0%
Celkem žen	39	100%	Celkem mužů	40	100%
35,3 průměrný věk žen (23-53 let)			36,7 průměrný věk mužů (23-45 let)		
36 celkový průměrný věk					

8. Výsledky

Primární droga

Tab. 2 znázorňuje výskyt užívané primární drogy (pervitin, alkohol, kokain, heroin, THC) u všech klientů doléčovacího centra. V souboru byla nejvíce zastoupena jako primární droga pervitin (64,6 %), následně alkohol (17,7 %), heroin (10,1 %), kokain a THC ve stejném podílu (3,8 %). Jiné návykové látky nebyly primárně užívány.

Tabulka 2 Primární droga

Primární droga	Počet	Podíl
pervitin	51	64,6%
alkohol	14	17,7%
kokain	3	3,8%
heroin	8	10,1%
THC	3	3,8%
Celkem klientů	79	100%

Další užívané drogy

Společně s primární drogou všichni klienti užívali další jednu nebo více návykových látek či měli k primární droze přidruženu nelátkovou závislost. Mezi dalšími užívanými návykovými látkami byl v souboru nejvíce zastoupen alkohol (67,1 %), THC (65,8 %) a pervitin (21,5 %). Dalšími látkami byl heroin, kokain, LSD, benzodiazepiny, MDMA a nelátková závislost gambling (11,4 %) jak je uvedeno v *Tab. 3*.

Tabulka 3 Užívání další 1 a více návykových látek (NL) včetně gamblingu

Další NL a gambling	Počet	Podíl
pervitin	17	21,5%
alkohol	53	67,1%
kokain	6	7,6%
heroin	9	11,4%
THC	52	65,8%
LSD	7	8,9%
benzodiazepiny	6	7,6%
MDMA	7	8,9%
gambling	9	11,4%
Celkem klientů	79	

Věk prvního užití návykové látky

Průměrný věk prvního užití návykové látky v celém souboru byl 14,7 let. U klientů s psychiatrickou komorbiditou byl průměrný věk prvního užití návykové látky nižší (14,5 let), než u klientů bez psychiatrické komorbidity (15,2 let). Četnosti zastoupení podle

věkových kategorií jsou znázorněny v *Tab. 4* ze které je patrné, že klienti s psychiatrickou komorbiditou začínali s užíváním návykových látek již v 11 letech (5,4 %) oproti klientům bez psychiatrické komorbidity, kteří začali užívat v rozmezí 12-13 let. Nejpočetnější zastoupení v obou sledovaných skupinách (48,2 % resp. 34,8 %) bylo v kategorii ve věku mezi 14-15 lety.

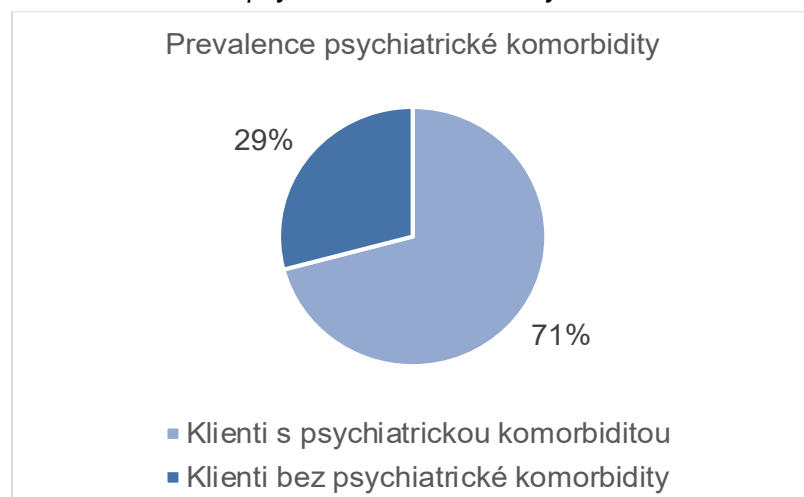
Tabulka 4 Věk prvního užití návykové látky (NL)

Klienti s psychiatrickou komorbiditou			Klienti bez psychiatrické komorbidity		
Věk prvního užití NL	Absolutní četnost	Podíl	Věk prvního užití NL	Absolutní četnost	Podíl
11 let	3	5,4%	11 let	0	0,0%
12-13 let	14	25,0%	12-13 let	8	34,8%
14-15 let	27	48,2%	14-15 let	8	34,8%
16-17 let	10	17,9%	16-17 let	3	13,0%
18-23 let	2	3,6%	18-23 let	4	17,4%
Celkem klientů	56	100%	Celkem klientů	23	100%
14,5 průměrný věk prvního užití NL			15,2 průměrný věk prvního užití NL		
14,7 celkový průměrný věk prvního užití NL					

Prevalence psychiatrické komorbidity

Výzkumný soubor tvořil 79 osob, které užívali více než jednu návykovou látku s diagnózou spadající do skupiny F10-F19. Z celkového počtu byla u 56 osob přítomna další duševní porucha spadající do skupiny F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování. Z níže uvedeného grafu *Graf 1* je patrné, psychiatrická komorbidita byla přítomna u 56 klientů (71 %).

Graf 1 Prevalence psychiatrické komorbidity



Povaha psychiatrické komorbidity

U sledované skupiny 56 klientů s další duševní poruchou se objevuje psychiatrická komorbidita výhradně v šesti okruzích duševních onemocnění:

- F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

U uživatelů pervitinu a alkoholu převládá okruh F40-F48: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (34,8 % resp. 35,3 %). U uživatelů THC je nejvyšší zastoupení v okruhu F30-F39: Afektivní poruchy (poruchy nálady) (66,7 %). U uživatelů jejichž primární drogou je heroin jsou nejvýše zastoupeny ve stejné míře okruhy F30-F39 a F40-F48 (37,5 %). U uživatelů kokainu je ve (100 %) zastoupen okruh F40-F48: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Psychiatrická komorbidita v souvislosti s užíváním jednotlivých návykových látek v dalších okruzích duševních poruch s nižším podílem, než je popsán výše je uveden v *Tab. 5*.

Tabulka 5 Psychiatrická komorbidita v souvislosti s primárně užívanou návykovou látkou

Primární droga	PERVITIN		ALKOHOL		THC		HEROIN		KOKAIN	
	Výskyt	Podíl	Výskyt	Podíl	Výskyt	Podíl	Výskyt	Podíl	Výskyt	Podíl
F20-F29	7	15,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
F30-F39	8	17,4%	4	23,5%	2	66,7%	3	37,5%	0	0,0%
F40-F48	16	34,8%	6	35,3%	0	0,0%	3	37,5%	3	100,0%
F50-F59	4	8,7%	4	23,5%	0	0,0%	2	25,0%	0	0,0%
F60-F69	6	13,0%	1	5,9%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%
F90-F98	5	10,9%	2	11,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Pozn.: F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady), F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, F50-F59 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých, F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

Vzdělání

Tab. 6 nabízí přehled stupně vzdělanosti klientů doléčovacího centra. S nejvyšším podílem (43 %) bylo nejvyšší dosažené vzdělání základní. Středoškolského vzdělání

bez maturity dosáhlo 24,1 % klientů, středoškolského s maturitou 29,1 % a vysokoškolského 3,8 % klientů.

Tabulka 6 Stupeň vzdělání

Vzdělání	Počet	Podíl
ZŠ	34	43,0%
SŠ bez maturity	19	24,1%
SŠ s maturitou	23	29,1%
VŠ	3	3,8%
Celkem klientů	79	100%

V *Tab. 7* je uvedeno porovnání nejvyššího dosaženého stupně vzdělání mezi oběma sledovanými skupinami klientů. U klientů s psychiatrickou komorbiditou je nejvyšší podíl u základního stupně vzdělání 44,6 % a stejně tak u klientů bez psychiatrické komorbidity (39,1 %). Středoškolského vzdělání bez maturity dosáhlo ve vyšší míře 34,8 % klientů bez psychiatrické komorbidity, u klientů s komorbiditou 19,6 % klientů. Naopak středoškolského vzdělání s maturitou dosáhlo 30,4 % klientů s psychiatrickou komorbiditou oproti 26,1 % klientů bez komorbidity. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 5,4 % klientů s psychiatrickou komorbiditou, ve skupině klientů bez komorbidity žádný z nich.

Tabulka 7 Porovnání stupně vzdělání u klientů s a bez psychiatrické komorbidity

Klienti s psychiatrickou komorbiditou			Klienti bez psychiatrické komorbidity		
Vzdělání	Počet	Podíl	Vzdělání	Počet	Podíl
ZŠ	25	44,6%	ZŠ	9	39,1%
SŠ bez maturity	11	19,6%	SŠ bez maturity	8	34,8%
SŠ s maturitou	17	30,4%	SŠ s maturitou	6	26,1%
VŠ	3	5,4%	VŠ	0	0,0%
Celkem klientů	56	100%	Celkem klientů	23	100%

Zaměstnání

V celém souboru (79 osob) je míra zaměstnanosti vysoká. Bez práce je pouze 5,1 % klientů, jak je uvedeno v *Tab. 8*. Mezi zaměstnanými klienty byla sledována délka trvání pracovního poměru. Dlouhodobě bylo zaměstnáno 73,4 % a krátkodobě a formou brigády 21,5 % klientů.

Tabulka 8 Zaměstnanost

Zaměstnání	Počet	Podíl
nezaměstnaný	4	5,1%
krátkodobě (brigády)	17	21,5%
dlouhodobě (3 měsíce a déle)	58	73,4%
Celkem klientů	79	100%

Dále byla porovnána míra zaměstnanosti u klientů s psychiatrickou komorbiditou (56 osob) a bez komorbidity (23 osob) viz *Tab. 9*. Klienti s psychiatrickou komorbiditou byli zaměstnaní krátkodobě (25 %), dlouhodobě (69,6 %), nezaměstnaní (5,4 %). U klientů bez komorbidity byl patrný vyšší podíl dlouhodobého zaměstnání (82,6 %), krátkodobě pracovalo (13 %) a nezaměstnaných bylo méně (4,3 %) klientů.

Tabulka 9 Porovnání zaměstnanosti u klientů s a bez psychiatrické komorbidity

Klienti s psychiatrickou komorbiditou			Klienti bez psychiatrické komorbidity		
Zaměstnání	Počet	Podíl	Zaměstnání	Počet	Podíl
nezaměstnaný	3	5,4%	nezaměstnaný	1	4,3%
krátkodobě (brigády)	14	25,0%	krátkodobě (brigády)	3	13,0%
dlouhodobě (3 měsíce a déle)	39	69,6%	dlouhodobě (3 měsíce a déle)	19	82,6%
Celkem klientů	56	100%	Celkem klientů	23	100%

Bydlení

Z celkového souboru (79 osob) mělo bydlení 83,5 % klientů. Klienti, u kterých je uvedeno v *Tab. 10*, že bydlení neměli (16,5 %), byli v doléčovacím pobytovém programu a ubytování v chráněném bydlení.

Tabulka 10 Bydlení

Bydlení	Počet	Podíl
ano	66	83,5%
ne	13	16,5%
Celkem klientů	79	100%

Dále bylo porovnáno bydlení u klientů s psychiatrickou komorbiditou (56 osob) a bez komorbidity (23 osob) viz *Tab. 11*. U klientů s psychiatrickou komorbiditou byl

zastoupen vyšší počet klientů (85,7 %), kteří bydlení měli, oproti skupině bez komorbidit (78,3 %).

Tabulka 11 Porovnání bydlení u klientů s a bez psychiatrické komorbidit

Klienti s psychiatrickou komorbiditou			Klienti bez psychiatrické komorbidit		
Bydlení	Počet	Podíl	Bydlení	Počet	Podíl
ano	48	85,7%	ano	18	78,3%
ne	8	14,3%	ne	5	21,7%
Celkem klientů	56	100%	Celkem klientů	23	100%

Finanční problémy

Ve finanční oblasti byla sledována míra zadluženosti klientů. V *Tab. 12* jsou uvedeny kategorie s výší dluhů a jejich výskyt u celkového počtu klientů (79 osob). Bez dluhů bylo 30,4 % klientů. Nejvyšší četnost zadlužení (32,9 %) byla v kategorii dluhů do 500 tisíc korun.

Tabulka 12 Finanční situace v oblasti dluhů

Dluhy (Kč)	Počet	Podíl
bez dluhů	24	30,4%
do 50 tis.	11	13,9%
do 100 tis.	8	10,1%
do 500 tis.	26	32,9%
do 1 mil.	7	8,9%
nad 1 mil.	3	3,8%
Celkem klientů	79	100%

Jak je uvedeno v *Tab. 13* byl podíl klientů s psychiatrickou komorbiditou bez dluhů vyšší (32,1 %) oproti klientům bez komorbidit (26,1 %) s nejvyšší četností zadlužení (28,6 % resp. 43,5 %) u obou sledovaných skupin v kategorii dluhů do 500 tisíc korun.

Tabulka 13 Porovnání finanční situace v oblasti dluhů u klientů s a bez psychiatrické komorbidity

Klienti s psychiatrickou komorbiditou			Klienti bez psychiatrické komorbidity		
Dluhy (Kč)	Počet	Podíl	Dluhy (Kč)	Počet	Podíl
bez dluhů	18	32,1%	bez dluhů	6	26,1%
do 50 tis.	8	14,3%	do 50 tis.	3	13,0%
do 100 tis.	6	10,7%	do 100 tis.	2	8,7%
do 500 tis.	16	28,6%	do 500 tis.	10	43,5%
do 1 mil.	6	10,7%	do 1 mil.	1	4,3%
nad 1 mil.	2	3,6%	nad 1 mil.	1	4,3%
Celkem klientů	56	100%	Celkem klientů	23	100%

Problémy se zákonem

Z celkového souboru (79 osob) bylo 36,7 % klientů v konfliktu se zákonem (podmíněné odsouzení, výkon vazby, výkon trestu odnětí svobody, ochranná léčba) viz *Tab. 14*.

Tabulka 14 Prevalence problémů se zákonem (podmínka, VV, VTOS, OL)

Problémy se zákonem	Počet	Podíl
ne	50	63,3%
ano	29	36,7%
Celkem klientů	79	100%

Z výsledků uvedených v *Tab. 15* je patrné, že klienti s psychiatrickou komorbiditou byli v konfliktu se zákonem ve vyšší míře (37,5 %) než klienti bez komorbidity (34,8 %).

Tabulka 15 Porovnání výskytu problémů se zákonem u klientů s a bez psychiatrické komorbidity

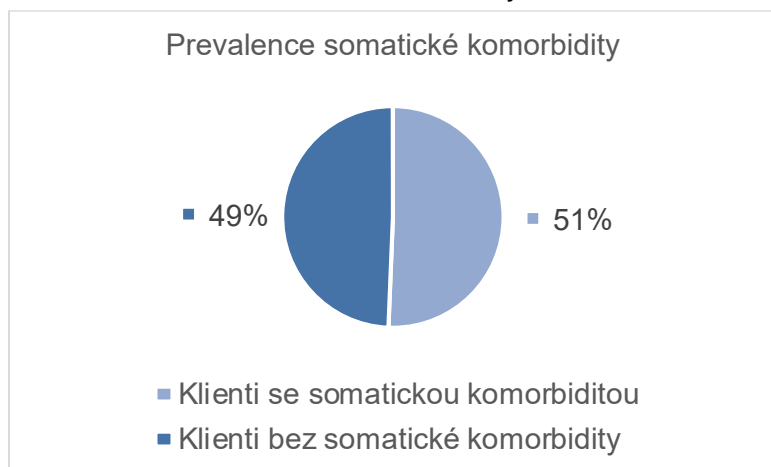
Klienti s psychiatrickou komorbiditou			Klienti bez psychiatrické komorbidity		
Problémy se zákonem	Počet	Podíl	Problémy se zákonem	Počet	Podíl
ne	35	62,5%	ne	15	65,2%
ano	21	37,5%	ano	8	34,8%
Celkem klientů	56	100%	Celkem klientů	23	100%

Somatická komorbidita

V souboru byl sledován výskyt somatické komorbidity. Z celkového počtu 79 osob byla přítomna somatická komorbidita u 40 z nich (51 %) viz *Graf 2*.

Somatická komorbidita byla nejvíce zastoupena v podobě infekčního onemocnění (celkem u 25 osob): hepatitida typu C (22), syfilis (2), HIV (1). Výskyt dalších onemocnění ve vyšší míře byl: vysoký krevní tlak, onemocnění GIT, alergie, astma. Dále pak u jednotlivců: infarkt myokardu, epilepsie, onemocnění štítné žlázy, mrtvice, celiakie, diabetes mellitus, onemocnění žilního systému, kožní onemocnění, kloubní onemocnění.

Graf 2 Prevalence somatické komorbidity



Dále byl porovnán výskyt somatické komorbidity u klientů s psychiatrickou komorbiditou (56 osob) a bez ní (23 osob). U klientů s psychiatrickou komorbiditou byl výskyt somatické komorbidity u 50 % z nich (28 osob), u klientů bez psychiatrické komorbidity byl výskyt somatické komorbidity u 52,2 % klientů (12 osob) viz *Tab. 16*.

Tabulka 16 Porovnání výskytu somatické komorbidity u klientů s a bez psychiatrické komorbidity

Klienti s psychiatrickou komorbiditou			Klienti bez psychiatrické komorbidity		
Somatická komorbidita	Počet	Podíl	Somatická komorbidita	Počet	Podíl
ano	28	50,0%	ano	12	52,2%
ne	28	50,0%	ne	11	47,8%
Celkem klientů	56	100%	Celkem klientů	23	100%

Suicidální chování

Ze sledovaných znaků suicidálního chování u celkového počtu klientů (79 osob) nebyly patrné u 63,3 % klientů, jak je znázorněno v *Tab. 17*. Suicidální myšlenky byly zastoupeny v souboru (12,7 %). Suicidální pokus byl nejpočetněji zastoupen

v kategorii 1 pokus o suicidium (17,7 %), v kategorii opakované suicidální pokusy (6,3 %).

Tabulka 17 Prevalence suicidálního chování

Suicidální chování	Počet	Podíl
žádné	50	63,3%
suicidální myšlenky	10	12,7%
1 pokus o suicidium	14	17,7%
opakované suicidální pokusy	5	6,3%
Celkem klientů	79	100%

Dále byl porovnán výskyt suicidálního chování u klientů s psychiatrickou komorbiditou (56 osob) a bez ní (23 osob) uvedený v *Tab. 18*, ze které je patrné, že výskyt suicidálního chování je u všech uvedených kategorií výrazně vyšší u klientů s psychiatrickou komorbiditou. U klientů bez psychiatrické komorbidity nebyly znaky suicidálního chování žádné (91,3 %) u většiny sledované skupiny a suicidální chování bylo pouze patrné v kategorii 1 pokus o suicidium (8,7 %). U klientů s psychiatrickou komorbiditou bylo zastoupení znaků nejpočetnější také v této kategorii (21,4 %). Suicidální myšlenky mělo 17,9 % klientů.

Tabulka 18 Porovnání výskytu suicidálního chování u klientů s a bez psychiatrické komorbidity

Klienti s psychiatrickou komorbiditou			Klienti bez psychiatrické komorbidity		
Suicidální chování	Počet	Podíl	Suicidální chování	Počet	Podíl
žádné	29	51,8%	žádné	21	91,3%
suicidální myšlenky	10	17,9%	suicidální myšlenky	0	0,0%
1 pokus o suicidium	12	21,4%	1 pokus o suicidium	2	8,7%
opakované suicidální pokusy	5	8,9%	opakované suicidální pokusy	0	0,0%
Celkem klientů	56	100%	Celkem klientů	23	100%

Historie léčby závislosti

U celkového počtu klientů (79 osob) byl sledován počet absolvovaných léčebných pokusů včetně nedokončených. Průměrný počet léčebných pokusů v souboru byl 3,4. Počet absolvovaných léčeb závislosti je znázorněn v *Tab. 19*, z nichž nejpočetnější zastoupení je v kategorii 1-2 léčebných pokusů (49,4 %) a nejnižší (7,6 %) v kategorii 8 a více absolvovaných léčebných pokusů.

Tabulka 19 Počet léčebných pokusů (LP)

Počet LP	Počet	Podíl
1-2 LP	39	49,4%
3-4 LP	19	24,1%
5-7 LP	15	19,0%
8 a více LP	6	7,6%
Celkem klientů	79	100%
3,4 průměrný počet LP		

Dále byl porovnán počet absolvovaných léčeb závislosti u klientů s psychiatrickou komorbiditou a bez ní. Průměrný počet léčebných pokusů u klientů s psychiatrickou komorbiditou (56 osob) byl 3,9 tedy vyšší než u klientů bez psychiatrické komorbidity (23 osob) s průměrným počtem 2,3 absolvovaných léčeb viz *Tab. 20*.

Tabulka 20 Porovnání počtu léčebných pokusů (LP) u klientů s a bez psychiatrické komorbidity

Klienti s psychiatrickou komorbiditou			Klienti bez psychiatrické komorbidity		
Počet LP	Počet	Podíl	Počet LP	Počet	Podíl
1-2 LP	25	44,6%	1-2 LP	14	60,9%
3-4 LP	12	21,4%	3-4 LP	7	30,4%
5-7 LP	13	23,2%	5-7 LP	2	8,7%
8 a více LP	6	10,7%	8 a více LP	0	0,0%
Celkem klientů	56	100%	Celkem klientů	23	100%
3,9 průměrný počet LP			2,3 průměrný počet LP		

DISKUSE

Výzkumná část této práce byla zaměřena na výskyt psychiatrické komorbidity u klientů využívajících služeb doléčovacího centra, abstinujících od všech návykových látek (mimo tabák), kteří v minulosti užívali více než jednu návykovou látku a byla jim diagnostikována některá z duševních poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek. Psychiatrická komorbidita u uživatelů návykových látek v má posledních letech stoupající tendenci. Na přelomu století byla komorbidita uváděna okolo 35 % a v posledních letech se výskyt komorbidity pohybuje v rozmezí 60-80 % (Riegel et. al., 2020). Z našich výsledků vyplývá, že u téměř tří čtvrtin (71 %) klientů služby se vyskytují duševní obtíže. Což ukazuje, že další duševní porucha u lidí se závislostní poruchou má vysokou prevalenci a s tím spojenou klinickou a společenskou závažnost.

Dále bylo cílem zjistit, jaké okruhy duševních poruch se vyskytují v souvislosti s užíváním konkrétní návykové látky. Z celkového počtu klientů byla jako primární droga nejvíce zastoupena: pervitin (64,6 %), následně alkohol (17,7 %), heroin (10,1 %), kokain a THC ve stejném podílu (3,8 %). Jiné návykové látky nebyly primárně užívány. Společně s primární drogou všichni klienti užívali další jednu nebo více návykových látek či měli k primární droze přidruženou nelátkovou závislost. Mezi dalšími užívanými návykovými látkami byl v souboru nejvíce zastoupen alkohol (67,1 %), THC (65,8 %) a pervitin (21,5 %).

U uživatelů jejichž primární drogou je pervitin a alkohol převládá okruh F40-F48: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (34,8 % resp. 35,3 %). U uživatelů THC je nejvyšší zastoupení v okruhu F30-F39: Afektivní poruchy (poruchy nálady) (66,7 %). U uživatelů jejichž primární drogou je heroin jsou nejvýše zastoupeny ve stejné míře okruhy F30-F39 a F40-F48 (37,5 %). U uživatelů kokainu je ve (100 %) zastoupen okruh F40-F48: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Je však potřeba mít na paměti, že velikost některých podsouborů podle primární drogy byla velmi malá. Nejčastěji zastoupené duševní poruchy v celém souboru byly úzkostné a depresivní poruchy, schizofrenie, poruchy osobnosti, porucha pozornosti, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku a posttraumatická stresová porucha.

Nejpočetněji užívanou primární drogou v našem souboru je pervitin, což potvrzuje, jak uvádí Chomynová et al. (2023), že pervitin je v České republice nejčastěji užívanou nelegální drogou mezi lidmi užívajícími drogy rizikově. Orlíková a Csémy (2016) uvádějí jako často se vyskytující psychiatrickou komorbiditu u uživatelů metamfetaminu afektivní a úzkostné poruchy, psychotické poruchy, poruchy osobnosti a další z duševních poruch např. ADHD, menší míře poruchy příjmu potravy. Podle

Chládkové a Miovského (2017) se prevalence komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek pohybuje v rozmezí 17-46 % podle typu poruchy příjmu potravy. U klientů s duální diagnózou primárně využívajících služeb pro lidi s duševním onemocněním, užívající stimulancia, se vyskytují duševní poruchy obdobně jako v našem souboru v těchto okruzích: F20-F29: Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (50 %), F30-F39: Afektivní poruchy (poruchy nálady) (14 %) a F60-F69: Poruchy osobnosti a chování u dospělých (36 %) (Horová & Mravčík 2022). Jako další nejčastěji užívanou návykovou látkou k primární droze byl v našem souboru alkohol, u jehož uživatelů se ve zvýšené míře vyskytují např. depresivní a úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, bipolární porucha a další z duševních poruch (Kieres-Salomoński & Wojnar, 2015). Dále užívání kanaboidů, u kterého uvádí Vyskočilová a Praško (2015) častý výskyt úzkostných a depresivních poruch, psychotických stavů a souvislost s užíváním konopných látek, které může vést ke spuštění schizofrenie a zhoršovat její průběh. Výše popsané duševní poruchy se objevují také v našem souboru v souvislosti s užíváním konkrétních návykových látek. V našem souboru se vyskytují duševní poruchy odpovídající také výsledkům evropských studií blíže popsaných v teoretické části, ze kterých vyplývá, že okruh duševních poruch u uživatelů návykových látek je většinou zastoupen ve stejných okruzích diagnóz, jaké se vyskytují v našem souboru.

Další výzkumnou otázkou bylo zjistit, jak se liší klienti s duální diagnózou od klientů bez ní v základních sociodemografických a uživatelských charakteristikách.

U klientů s psychiatrickou komorbiditou byl ve srovnání s klienty bez psychiatrické komorbidity srovnatelný věk prvního užití návykové látky (14,5, resp. 15,2 let) i výskyt somatické komorbidity nižší (50 %, resp. 52,2 %).

Průměrný počet léčebných pokusů jejich závislostní poruchy byl u klientů s psychiatrickou komorbiditou vyšší (3,9) než u klientů bez psychiatrické komorbidity (2,3).

Mezi klienty bez psychiatrické komorbidity byla většina bez znaků suicidálního chování (91,3 %), zatímco u klientů s psychiatrickou komorbiditou nebyly nalezeny znaky suicidálního chování u 51,8 % z nich. Suicidální chování u klientů bez komorbidity bylo patrné pouze v kategorii 1 pokus o suicidium (8,7 %). U klientů s psychiatrickou komorbiditou bylo zastoupení znaků nejpočetnější také v této kategorii (21,4 %), v kategorii opakované suicidální pokusy (8,9 %) a suicidální myšlenky mělo 17,9 % klientů.

U obou sledovaných skupin je nejčetnější podíl dosaženého základního stupně vzdělání, kterého dosáhlo 44,6 % klientů s psychiatrickou komorbiditou a 39,1 % klientů bez psychiatrické komorbidity. Středoškolského vzdělání bez maturity dosáhlo ve vyšší míře 34,8 % klientů bez psychiatrické komorbidity, u klientů s komorbiditou tomu bylo u 19,6 % klientů. Naopak středoškolského vzdělání s maturitou dosáhlo 30,4

% klientů s psychiatrickou komorbiditou oproti 26,1 % klientů bez komorbidity. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 5,4 % klientů s psychiatrickou komorbiditou, ve skupině klientů bez komorbidity žádný z nich.

U klientů s psychiatrickou komorbiditou je vyšší míra nezaměstnanosti (5,4 %) a krátkodobých zaměstnání (25 %) oproti klientům bez komorbidity (13 %), u kterých je patrný také vyšší podíl dlouhodobého zaměstnání (82,6 %) ve srovnání s klienty s psychiatrickou komorbiditou (69,6 %).

U klientů s psychiatrickou komorbiditou byl zastoupen vyšší počet klientů (85,7 %), kteří bydlení měli, oproti skupině bez komorbidity (78,3 %).

Podíl klientů s psychiatrickou komorbiditou bez dluhů byl vyšší (32,1 %) oproti klientům bez komorbidity (26,1 %) s nejvyšší četností zadlužení (28,6 % resp. 43,5 %) u obou sledovaných skupin v kategorii dluhů do 500 tisíc korun.

Co se týče právních problémů, mezi oběma sledovanými skupinami nebyl nalezen výrazný rozdíl. Klienti s psychiatrickou komorbiditou byli v konfliktu se zákonem v 37,5 %, bez komorbidity v 34,8 %.

Ve většině oblastí klienti s psychiatrickou komorbiditou vykazovali horší výsledky, ovlivňující kvalitu jejich života. Byla patrná vyšší míra suicidálního chování, léčebných pokusů, dřívější zkušenost s užitím návykové látky. Výsledky v porovnání odlišností obou sledovaných skupin v souboru z části podporují tvrzení, že klienti s duální diagnózou mají těžší průběh nemoci se závažnějšími zdravotními i sociálními důsledky, více komplikací v léčbě a celkově náročnější cestu k zotavení (Kalina et al., 2015).

Z výše uvedených analyzovaných faktorů, které byly následně porovnávány mezi oběma skupinami klientů (s a bez psychiatrické komorbidity) vyplývá, že u klientů s psychiatrickou komorbiditou byl ve větší míře podíl faktorů, které mohou komplikovat jejich léčbu a doléčování a mít neblahý vliv na kvalitu jejich života. Avšak u některých zkoumaných odlišností mezi oběma skupinami klientů nebyl rozdíl buď tak výrazný nebo byl ve prospěch klientů s psychiatrickou komorbiditou. Toto pozorování lze vysvětlit tím, že před vstupem do doléčovacího programu obě sledované skupiny klientů prošli střednědobou či dlouhodobou léčbou závislosti, ve které se jim dostalo podpory a potřebných intervencí směřovaných ke zlepšení jejich stavu dle jejich individuálních potřeb. Po léčbě se tak ocitají ve stabilnější životní situaci a při vstupu do doléčovacího programu abstinují minimálně tři měsíce a více od všech návykových látek (mimo tabák). U klientů s duální diagnózou může dlouhodobá abstinence také přispět ke zmírnění symptomů duševních obtíží, a tím u těchto klientů může vzniknout větší prostor k osobnímu růstu směřujícímu k jejich zotavení.

Metodologická omezení

Výsledky mají omezenou zobecnitelnost s ohledem na to, že výzkumný soubor je velmi malý a nereprezentativní.

Užívání návykových látek může být důvodem sebemedikace v podobě dočasné úlevy od symptomů duševních obtíží, nebo naopak duševní porucha může být důsledkem v souvislosti s užíváním návykových látek. Tyto souvislosti nebylo možné z poskytnuté anonymizované databáze analyzovat, neboť nemá charakter longitudinálního šetření, což představuje limit pro objasnění případných kauzálních souvislostí mezi výskytem duševních poruch a užíváním konkrétní návykové látky.

Nalezené rozdíly mezi lidmi s a bez psychiatrické komorbidity mohly být ovlivněny tím, že klienti již prošli řadou léčebných a pomáhajících intervencí různého druhu, kde se jim dostalo podpory, která vedla ke zlepšení jejich životní situace již před vstupem do doléčovacího programu. Z těchto intervencí mohli různí klienti a obě podskupiny profitovat v různé míře. Výskyt socioekonomických a zdravotních ukazatelů tedy nemusí odpovídat skutečnosti v době, kdy aktivně užívali návykové látky.

ZÁVĚR

Z výsledků výzkumu vyplývá, že téměř tři čtvrtiny klientů doléčovacího centra s diagnózou závislosti na návykových látkách má psychiatrickou komorbiditu v podobě dalšího duševního onemocnění. Závislostní chování a duševní onemocnění spolu souvisí jak svou etiologií, průběhem tak i dopady na kvalitu života klientů s duální diagnózou. Klienti s duální diagnózou mají vyšší výskyt řady nepříznivých socioekonomických a zdravotních charakteristik. Psychiatrická komorbidita u klientů adiktologických služeb v kontextu jejich dalšího socioekonomického a zdravotního znevýhodnění přináší pro stávající programy integrované péče v mnoha směrech větší nároky jak na klienty samotné, tak na pracovníky adiktologických programů v podobě vyšších nároků na case management těchto klientů. Ke stávajícím programům doléčovacího centra by zařazení programu zacíleného na klienty s duální diagnózou a jejich specifické potřeby mohlo přispět k zefektivnění péče a podpory těchto klientů.

Seznam zdrojů

Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*: 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing.

EMCDDA. (2004). *Co-morbidity*. Selected issue in Annual Report 2004: The state of the drugs problem in the European Union and Norway. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34901EN.html>

EMCDDA. (2022). *European Drug Report 2022: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en

Gabrhelíková, P. (2015). Uživatelé návykových látek a trestná činnost související s drogami. In Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie*. (s. 569-584). Praha: Grada Publishing.

Horová, E., & Mravčík, V. (2022). Psychiatrická komorbidita v souvislosti s užíváním návykových látek u klientů využívajících služby Komunitního týmu pro Prahu 3 a 7, Fokus Praha, z. ú. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 5(3), 172-176.

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., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Černíková, T., Orliková, B., Rous, Z., ... Vopravil, J. (2022). *Zpráva o nelegálních drogách v České Republice 2022*. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/zprava-o-nelegalnich-drogach-v-ceske-republice-2022/>

Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orliková, B., Rous, Z., Černíková, T. (2023). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022*. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/souhrnna-zprava-o-zavislostech-v-ceske-republice-2022/>

Kamil, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K., Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie* (s. 211-231). Praha: Grada publishing.

Kieres-Salomoński, I., & Wojnar, M. (2015). Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part I. Epidemiology of dual diagnosis. *Psychiatr. Pol*, 49(2), 265-275. doi: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/25704>

Krekulová, L. (2021). Infekční komplikace injekčního užívání drog. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 4(3), 158-167.

Maté, G. (2020). V říši hladových duchů: Blízká setkání se závislostí. Praha: PeopleComm.

Mezzina, R., Gopikumar, V., Jenkins, J., Saraceno, B., & Sashidharan, S. P. (2022). Social vulnerability and mental health inequalities in the “Syndemic”: Call for action. *Frontiers in psychiatry*, 13. doi:10.3389/fpsyt.2022.894370

Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.

Miovská, L., Miovský, M., & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie* (s. 75-83). Praha: Grada Publishing.

Mravčík, V., Chomynová, P., & Grohmannová, K. (2019). Koncept problémového užívání návykových látek. *Psychiatrie*, 23(3), 121-128.

Mravčík, V., Chomynová, P., & Grohmannová, K. (2019). Veřejnozdravotní význam užívání návykových látek. *Hygiena*, 64(1), 21-26.

Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734. doi: 10.1016/S0306-4603(98)00073-2

Nešpor, K. (2003). Psychiatrická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti-meziborový přístup*. (s. 233-237) Praha: Úřad vlády ČR.

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

Pavlovská, A., Makovská Dolanská, P. (2015). Následná péče a sociální rehabilitace. In Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie* (s. 469-479). Praha: Grada Publishing.

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

Röhr, H. P. (2015). *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál.

SANANIM. (2023). *Doléčovací centrum SANANIM*. Dostupné z: <https://www.sananim.cz/sluzby-a-zarizeni/dolecovak/>

Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Praha.

Šuráňová, V. et al. (2016). *Klienti s duální diagnózou v programu doléčování drogové závislosti*. Společnost Podané ruce. Dostupné z: https://podaneruce.cz/wp-content/uploads/2018/07/metodika_prace-s-pacienty-s-dualnimi-diagnozami.pdf

Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I., & Domingo-Salvany, A. (2017). *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykovove-latky/vyzkumne-zpravy/komorbidity-adiktologickych-a-dusevnych-poruch-v-evrope/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2023). MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Aktualizované vydání k 1. 1. 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>

Ventura, C. A. A. (2017). Mental Health and Vulnerability: challenges and potentialities in the use of the human rights reference. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 13(4), 174-175. doi: 10.11606/issn.1806-6976.v13i4p174-175

Vyskočilová, J., & Praško, J. (2015). Psychické a somatické komplikace závislosti na kanabinoidech. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 111(1).

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 Věkové zastoupení v souboru	25
Tabulka 2 Primární droga	26
Tabulka 3 Užívání další 1 a více návykových látek (NL) včetně gamblingu	26
Tabulka 4 Věk prvního užití návykové látky (NL)	27
Tabulka 5 Psychiatrická komorbidita v souvislosti s primárně užívanou návykovou látkou	28
Tabulka 6 Stupeň vzdělání	29
Tabulka 7 Porovnání stupně vzdělání u klientů s a bez psychiatrické komorbidity ..	29
Tabulka 8 Zaměstnanost	30
Tabulka 9 Porovnání zaměstnanosti u klientů s a bez psychiatrické komorbidity	30
Tabulka 10 Bydlení	30
Tabulka 11 Porovnání bydlení u klientů s a bez psychiatrické komorbidity.....	31
Tabulka 12 Finanční situace v oblasti dluhů	31
Tabulka 13 Porovnání finanční situace v oblasti dluhů u klientů s a bez psychiatrické komorbidity	32
Tabulka 14 Prevalence problémů se zákonem (podmínka, VV, VTOS, OL).....	32
Tabulka 15 Porovnání výskytu problémů se zákonem u klientů s a bez psychiatrické komorbidity	32
Tabulka 16 Porovnání výskytu somatické komorbidity u klientů s a bez psychiatrické komorbidity	33
Tabulka 17 Prevalence suicidálního chování.....	34
Tabulka 18 Porovnání výskytu suicidálního chování u klientů s a bez psychiatrické komorbidity	34
Tabulka 19 Počet léčebných pokusů (LP).....	35
Tabulka 20 Porovnání počtu léčebných pokusů (LP) u klientů s a bez psychiatrické komorbidity	35
Graf 1 Prevalence psychiatrické komorbidity	27
Graf 2 Prevalence somatické komorbidity	33