

**Univerzita Karlova**  
**1. lékařská fakulta**

Studijní program: doktorský

Studijní obor: adiktologie



**UNIVERZITA KARLOVA**  
**1. lékařská fakulta**

**Mgr. Tomáš Jandáč**

Analýza duálních diagnóz v provozu Ambulance dětské a dorostové adiktologie

Analysis of dual diagnoses in the Outpatient Service for children and adolescents of the  
Department of Addictology

Typ závěrečné práce

(Disertační)

Školitelka: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Konzultant: doc. MUDr. et PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha, 2023

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval 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, 29.04.2023

Tomáš Jandáč

Podpis

Identifikační záznam:

JANDÁČ, Tomáš. *Analýza duálních diagnóz v provozu Ambulance dětské a dorostové adiktologie. [Analysis of dual diagnoses in the Outpatient Service for children and adolescents of the Department of Addictology]*. Praha, 2023. 74 s., 1 příl. Disertační práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Školitelka: Šťastná, Lenka.

### **Poděkování:**

Rád bych na tomto místě poděkoval zejména Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. za odborné vedení mé disertační práce, dále bych ji rád poděkoval za lidské a profesionální vedení po celou dobu mého doktorského studia. I díky jejímu přístupu jsem nabyl pozitivního vnímání vědy a výzkumu. Dík patří také mému konzultantovi, panu doc. MUDr. et PhDr. Kamilu Kalinovi, za dlouhodobé profesní vedení v oboru adiktologie a cizelování mé odborné osobnosti. Děkuji Mgr. Gabriele Rolové Ph.D. za podporu v metodických a statistických aspektech disertační práce a Mgr. Kateřině Rychlé za podporu během psaní práce a za diskuse nad podobou práce. Děkuji své ženě Heleně, že při mně stála po celou dobu doktorského studia a byla mou oporou.

## Abstrakt

Východiska – Se vznikem nové koncepce Dětské a dorostové adiktologie a Doporučených klinických postupů v adiktologii se objevuje potřeba popisu cílové populace dětí a mladistvých s duálními diagnózami. Přestože je tato problematika dobře popsána v dospělé populaci, u dětské populace je opora v tuzemské odborné literatuře nedostatečná.

Cíle – Cílem studie je zjistit prevalenci duálních diagnóz u pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Dalším cílem je zjistit, zda a jaké vztahy existují mezi typem užívané návykové látky či mezi nelátkovou závislostí a dalšími duševními onemocněními. Třetím hlavním cílem je objasnit vztahy mezi demografickými a dalšími údaji poskytovanými rodiči pacientů ambulance a výskytem duální diagnózy u pacientů.

Metody – Základní data byla získána z nemocničního výkaznického systému FONS. Přidružená data byla získána sběrem pomocí strukturovaných anamnestických listů (SAL) vyplňovaných jedním z rodičů při vstupním vyšetření pacientů. Základní data a přidružená data byla spárována do jednoho souboru dat. U základních dat byl výzkumný soubor o velikosti 393 osob, výzkumný soubor vzniklý spárováním dat ze systému FONS a dat z dotazníků SAL byl 157 osob. Data byla analyzována pomocí metod deskriptivní statistiky a pomocí metod korelační analýzy za využití Pearsonova chí kvadrátu, Fishermanova exaktního testu a Mann-Whitneyova U testu.

Výsledky – Prevalence duálních diagnóz u pacientů Ambulance dětské a dorostové ambulance činila 36,1 %. Nejčastější aditologickou poruchou byly poruchy způsobené užíváním kanabinoidů a jiné nutkavé a impulzivní poruchy zastřešující nelátkové závislosti. Nejčastější psychiatrickou komorbiditou byly poruchy z okruhu poruch chování a emocí s typickým nástupem v dětství a dospívání. Nebyl zjištěn žádný signifikantní vztah mezi typem užívané látky nebo nelátkovou závislostí a typem duševního onemocnění. Naopak jsme zjistili některé vztahy mezi výskytem duálních diagnóz a demografickými a dalšími údaji.

Závěr – Potvrdili jsme poměrně vysokou prevalenci duálních diagnóz u cílové populace dětí a mladistvých s adiktologickými poruchami, a tím potřebnost pedopsychiatrické složky ve službách pečujících o tuto cílovou populaci. Svým výstupem jsme podpořili otevření publikační činnosti o problematice duálních diagnóz u nezletilých pacientů.

## **Klíčová slova**

Adiktologické poruchy, duální diagnózy, pedopsychiatrie, dětská adiktologie

## **Abstract**

**Background** - With the emergence of the new concept of child and adolescent addiction medicine and the Czech Guidelines in Addiction Medicine, there is a need to describe the target population of children and adolescents with dual diagnoses. Although this issue is well described in the adult population, there is insufficient support in the czech literature for the pediatric population.

**Aims** - The aim of the study is to determine the prevalence of dual diagnoses in patients of the Outpatient Service of Children and Adolescent Addictology of the Department of Addictology of the 1st Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague. Another aim is to determine whether and what relationships exist between the type of substance used or between non-substance dependence and other mental illnesses. The third main aim is to clarify the relationships between demographic and other data provided by parents of patients and the prevalence of dual diagnosis in patients.

**Methods** - Baseline data were obtained from the hospital's reporting system FONS. Associated data were obtained by collecting structured anamnestic sheets completed by one of the parents during the initial examination of the patients. The baseline data and associated data were paired into a single dataset. For the baseline data, the research sample size was 393 individuals, and the research sample size of the paired data set was 157 individuals. Data were analyzed using descriptive statistics and correlation analysis methods using Pearson chi-square, Fisherman's exact test, and Mann-Whitney U test.

**Results** - The prevalence of dual diagnoses in patients was 36.1%. The most common addictive disorder was cannabinoid use disorder and other compulsive and impulsive disorders representing non-substance addictions. The most common psychiatric comorbidity was behavioural and emotional disorders with typical onset in childhood and adolescence. There was no significant relationship between type of substance use or non-substance dependence and type of mental illness. In contrast, we found some relationships between the prevalence of dual diagnoses and demographic and other data.

**Conclusion** - We confirmed the relatively high prevalence of dual diagnoses in the target population of children and adolescents with addictive disorders, and thus the need for a pediatric component in services caring for this target population. Our output supported the opening of publications on the issue of dual diagnoses in under-age patients.

## **Key words**

Addictive disorders, dual diagnosis, paedopsychiatry, children and adolescent addictology

1. Úvod	9
2. Terminologie duální diagnózy	10
3. Etiologie	11
4. Diagnostika duálních diagnóz	14
5. Adiktologické poruchy a duševní poruchy	17
6. Duševní poruchy a adiktologické poruchy	23
7. Prevalence duálních diagnóz u dětí a mladistvých	30
8. Ambulance dětské a dorostové adiktologie	37
9. Výzkumný problém	39
10. Cíle	39
11. Výzkumný soubor	39
12. Analýza dat výběrového souboru	41
13. Limity	42
14. Etika	42
15. Výsledky	43
16. Diskuze	60
17. Závěr	64
18. Bibliografie	65
19. Přílohy	72



## 1. Úvod

Předložená disertační práce se věnuje tématu duálních diagnóz u pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Pojmem duální diagnóza označujeme výskyt dvou či více různých psychických onemocnění, často s látkovou či nelátkovou závislostí. Vzhledem k vysoké prevalenci duálních diagnóz v dospělé populaci adiktologických klientů a pacientů je překvapující, jak malý publikační prostor je věnován problematice duálních diagnóz v cílové populaci dětí a mladistvých. Duální diagnózy jsou důležitým tématem nejen pro jejich vysokou prevalenci, ale také klinickou a společenskou závažnost a potřebu nastavení adekvátního léčebného plánu.

Disertační práce si dává za svůj hlavní cíl přispět k vyplnění tohoto prostoru a napomoci tak k popisu jmenované cílové populace. Ke splnění tohoto úkolu jsme si předsevzali dílčí cíle, ke kterým patřilo zjistit, jaká je prevalence duálních diagnóz u pacientů ambulance dětské a dorostové adiktologie. Dalším cílem bylo zjistit, zda existuje vztah mezi užívanou návykovou látkou nebo nelátkovou závislostí a nějakou další psychiatrickou poruchou. V neposlední řadě jsme se zaměřili na osvětlení některých vztahů mezi demografickými údaji a jinými dalšími údaji získanými od rodičů dětí a mladistvých a skutečností, že se u pacientů vyskytuje duální diagnóza. V rámci disertačního projektu vznikly také dva přehledové články týkající se duálních diagnóz u dětí a mladistvých, kteří se potýkají s adiktologickými poruchami, respektive u dětí a mladistvých, kteří se potýkají s psychiatrickým onemocněním. Znění těchto dvou studií lze najít v první části této disertační práce.

## 2. Terminologie duální diagnózy

Termín duální diagnóza je v adiktologii používán velmi často, ale zároveň je velmi často používán nekonzistentně. Světová zdravotnická organizace definuje duální diagnózu jako současný výskyt poruchy užívání návykových látek a jiné psychiatrické poruchy u jednoho jedince (EMCDDA, 2004). Pokud využijeme jiného zdroje tentokrát ze Spojeného království National Institute for Health and Care Excellence (NICE) definují duální diagnózu jako stav, kdy mladí lidé a dospělí se závažnými duševními poruchami užívají návykové látky. Každodenní používání termínu duální diagnóza je zřejmě velmi široké a popisuje současný výskyt zhoršeného psychického zdraví a zneužívání návykových látek, tedy situace, kdy daný jedinec může, ale také nemusí mít oficiální diagnózu nebo nemusí splňovat formální kritéria psychiatrické poruchy, závislosti nebo zneužívání návykových látek (Hughes, 2006). Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) označuje osobu s duální diagnózou jako pacienta s problémy souvisejícími se zneužíváním alkoholu nebo drog a další diagnózou, většinou psychiatrickou, jako je porucha nálady nebo schizofrenie. Tento pojem se vztahuje k dočasnému současnému výskytu dvou nebo více psychických onemocnění nebo poruch osobnosti, z nichž jedna je problémové užívání návykových látek (EMCDDA, 2004). Termíny komorbidita a duální diagnóza bývají často zaměňovány. Zatímco termín komorbidita se většinou používá v širším významu pro popis současného výskytu symptomů a poruch, pojem duální diagnóza se vztahuje k užšímu propojení mezi těmito podmínkami, což může zahrnovat i příčinu nebo důsledek (Kalina, 2015). K dalším slovním spojením, která v literatuře popisují fenomén duální diagnózy, patří souběžná porucha, duševně nemocní s látkovou závislostí, duševně nemocní uživatelé drog, komorbidní porucha, psychiatrická komorbidita. Obecný pojem komorbidita se používá od roku 1970, kdy se jím označovaly případy další samostatné klinické entity, která je buď již přítomna, nebo se rozvine u jedince sledovaného pro jasně diagnostikované onemocnění podle platné nomenklatury. Pro paralelní výskyt několika onemocnění u jedné osoby se může použít také termínu multimorbidita či polymorbidita. Vzhledem k tomu, že psychiatrická onemocnění se často nemusí vyznačovat jasnou fyziopatologií a validními, spolehlivými biologickými markery, jsou psychiatrické diagnózy spíše syndromy, pro které si odborná společnost musela vytvořit operativní diagnostická kritéria s popisnými kategorizacemi. V mnoha případech je tak těžké jednoznačně stanovit, zda souběžné diagnózy skutečně odpovídají přítomnosti různých klinických stavů nebo jsou důsledkem různých projevů jediné klinické entity (Torrens, 2017). Ačkoli je pojem duální diagnóza obecně přijímán jako komorbidita psychiatrické poruchy a zneužívání návykových

látek, v poslední době roste zájem z oblasti veřejného zdravotnictví o význam duální diagnózy vztahující se ke koexistenci psychiatrických poruch a mentálního postižení (Harvey et al., 2022). Užívání psychoaktivních látek může být spojeno s přítomností nebo rozvojem psychiatrické poruchy. Zatímco psychiatrická komorbidita adiktologických poruch je v dospělé populaci zdokumentovaná na vysoké úrovni, v cílové populaci dětí a dospívajících tomu zdaleka tak není. Je tomu tak i přesto, že je tato problematika velmi důležitým úkolem pro oblast národních politik a zájmů veřejného duševního zdraví. Děti a adolescenti potýkající se s duálními diagnózami představují značnou společenskou a finanční zátěž v systému veřejného zdravotnictví a sociálního zabezpečení (Couwenbergh et al., 2006). Porozumění jednoho z faktorů rozvoje zneužívání návykových látek může být krokem ke zlepšování přístupu k problému užívání u dětí a mladistvých. Závažné zdravotní, sociální a vývojové důsledky zneužívání návykových látek patří k předním preventabilním symptomům této cílové populace (Belcher & Shinitzky, 1998). Výsledky významných studií jednoznačně podporují navrhouvanou hypotézu, že jedinci, kteří se potýkají s duální diagnózou, vykazují větší problémy a sníženou kvalitu života ve srovnání s jedinci s jedinou adiktologickou poruchou. U těchto osob se vyskytují závažnější psychopatologie, častější případy urgentního příjmu s vyšší mírou hospitalizací v psychiatrických zařízeních. Jedinci s duálními diagnózami čelí častějším sebevražedným myšlenkám a častějším pokusům o sebevraždu. Chovají se rizikověji oproti ostatním uživatelům, což je důležité zejména ve vztahu k infekčním chorobám, jako je onemocnění AIDS nebo virová hepatitida typu B a C. Rizikovější chování je spojeno s výrazně častějšími agresivními a kriminálními činy a se závažnějšími psychosociálními problémy, jakými jsou bezdomovectví a nezaměstnanost. Z uvedeného vyplývá značná zátěž, kterou duální diagnózy u uživatelů představují pro oblast zdravotnictví a justice a pro oblast společenských nákladů (Torrens, 2017).

### **3. Etiologie**

Velmi obecně se rozlišují zejména dvě skupiny osob s duálními diagnózami v oboru adiktologie. První skupinou jsou užívající psychiatricky nemocní lidé a druhou skupinou jsou lidé s psychiatrickými poruchami, pro které je charakteristické užívání návykových látek nebo problémy s nelátkovými závislostmi. Z pozorování klinických případů vyvstává otázka, zda duševní porucha může zvýšit riziko vzniku závislosti, nebo zda závislost zvyšuje riziko vzniku duševní poruchy, či zda psychická nemoc a závislost jsou vyjádřením jedné základní příčiny (Miovský et al., 2018).

I když existují důkazy o významném vztahu mezi některými duševními poruchami a poruchami z užívání návykových látek, je tento vztah velmi složitý a může se lišit v závislosti na konkrétní duševní poruše (např. afektivní poruchy, psychotické poruchy nebo úzkostné poruchy) a na konkrétní návykové látce (např. alkohol, konopí, opioidy nebo kokain).

Vznik komorbidity může být důsledkem tří hlavních příčin, a to náhody, výběrového zkreslení a příčinné kauzality. Náhoda popisuje stav, kdy jde o komorbiditu, která nastává bez přímé souvislosti. Správné rozpoznání náhodné komorbidity je důležité, aby se odstranily mylné předpoklady o příčinné souvislosti. U výběrového zkreslení se jedná o výběr jednotlivců, skupin nebo dat, které neodpovídají celkovému rozložení cílové populace. Tento jev se někdy také nazývá výběrový efekt. Některé skupiny onemocnění se vyskytují častěji u pacientů, kteří vyhledali léčbu než v obecné populaci. Příčinná kauzalita se popisuje pomocí několika modelů.

### **3.1 Etiologické modely**

Příčinnost vzniku duálních diagnóz se vysvětluje několika etiologickými modely.

#### **Model společných faktorů**

Podle Torrense (2017) nazýván jako model souvisejících rizikových faktorů. Model společných faktorů pojednává o společných etiologických faktorech způsobujících adiktologické poruchy a psychiatrické onemocnění. Podle Rassoola (2002) se může jednat o příklad společných genetických faktorů adiktologické poruchy a antisociální poruchy osobnosti. Podle něj studie nepodporují myšlenku genetických faktorů vzniku adiktologické poruchy a psychiatrického onemocnění obecně, ale tato hypotéza byla potvrzena konkrétně u antisociální poruchy osobnosti. Navíc pravděpodobnost výskytu duální diagnózy narůstá v případě, kdy se u jedince s antisociální poruchou osobnosti vyskytovaly další závažná duševní onemocnění. Pro naši problematiku je důležité, že vyšší riziko výskytu duálních diagnóz je též u jedinců, kteří se potýkali s antisociální poruchou osobnosti a s poruchami chování v adolescenci. Co se týče konkrétních identifikovaných prediktorů komorbidity adiktologických poruch a psychiatrického onemocnění Mueser et al. (2000) představuje ve své studii faktory, jako je mužské pohlaví, mladý věk, nižší úroveň vzdělání, trestní činnost a poruchy chování.

## **Model přímé kauzality**

U tohoto modelu se předpokládá, že přítomnost jednoho onemocnění je příčinou vzniku druhého onemocnění (Torrens, 2017). A dále se může rozdělit na dvě větve.

Model primárního psychiatrického onemocnění se sekundární adiktologickou poruchou zahrnuje teorie sebemedikace, potřeby zmírnění dysforie a přecitlivělosti.

Teorie sebemedikace vychází z předpokladu, že jedinci potýkající se některými psychiatrickými poruchami užívají určité látky a rizikové chování ke zmírňování některých svých symptomů. Specifickým příkladem modelu sebemedikace je podle Rassoola (2002) model potřeby zmírnění dysforie, autor poukazuje na to, že dysforie samotná je ze své diagnostické definice charakterizovaná náchylností k závislostem. Dalším typem sebemedikace je model přecitlivělosti. Ten popisuje skutečnost, kdy někteří jedinci s duševními poruchami jsou zvýšeně citliví k nízkým dávkám alkoholu nebo některých jiných návykových látek (zejména amfetaminů). Toto zneužívání nízkých dávek ovšem vede k relapsům jejich primárního onemocnění.

## Model sekundárního psychiatrického onemocnění

Model sekundárního psychiatrického onemocnění s primární adiktologickou poruchou je některými autory zmiňován jako behaviorální senzibilizace. Tento model vychází ze situace, kdy užívání návykové látky nebo rizikového chování může uspíšit nebo napomoci k rozvoji dosud latentního duševního onemocnění. Rozvoj onemocnění se může uskutečnit případně v nižším věku, než by tomu došlo, kdyby jedinec žádné návykové látky neužíval. Zneužívání návykových látek je navíc spojeno s nižší efektivitou psychofarmaky, takové výsledky přinášejí studie týkající se léčby bipolární afektivní poruchy nebo studie reflektující léčbu lithiem. Některé určité návykové látky navíc mohou způsobovat některé specifické duševní poruchy, příkladem mohou být amfetaminy způsobující psychózu s výraznými rysy paranoidních a afektivních symptomů s menším výskytem negativních psychotických symptomů, než jaké by byly přítomny na příklad u onemocnění schizofrenií (Rassool, 2002).

## **Model heterogenity**

Popisuje situaci, kdy rizikové faktory pro jednotlivá onemocnění spolu nekorelují, avšak každý zvlášť je schopen způsobit onemocnění spojené s faktory, jež jsou rizikové z hlediska druhého onemocnění.

## **Model nezávislosti**

Popisuje situaci, kdy paralelní výskyt diagnostických rysů souběžných onemocnění ve skutečnosti souvisí s třetím samostatným onemocněním (Torrens, 2017).

## **4. Diagnostika duálních diagnóz**

Určení diagnózy pacienta na základě jediného vyšetření je extrémně obtížné a v některých případech dokonce nemožné. Vždy je důležité brát v úvahu možnost duální diagnózy. Užívání návykových látek, jak chronické, tak akutní, může způsobit symptomy, které mohou napodobovat symptomy jiných duševních poruch. To znamená, že rozlišování mezi psychiatrickými symptomy, které jsou důsledkem abúzu či abstinování od návykových látek, a symptomy samotné duševní poruchy může být složité (EMCDDA, 2016).

Je nezbytné mít rozsáhlé znalosti v oblasti psychologie a psychiatrie, aby bylo možné správně diagnostikovat komorbiditu. Nedostatečná diagnóza nebo opomenutí jedné z přítomných poruch může způsobit závažné komplikace v procesu léčby až po úplné zastavení nebo neúspěch a následné poškození pacienta (Chládková & Miovský, 2017).

V problematice duálních diagnóz je potřeba mít na paměti, že některé symptomy psychiatrických poruch mohou být indukovány jako efekt návykových látek nebo rizikového chování a mohou variovat v závislosti na užití látky nebo typu rizikového chování. Někdy může být velmi složité rozlišit, jaké symptomy jsou vyvolané látkou a jaké vlastním duševním onemocněním. Proto je užitečné představit projevy psychopatologie způsobované návykovými látkami nezávisle na duševním onemocnění (Rassool, 2002). Akutní nebo chronické farmakologické účinky různých psychoaktivních látek mohou vést k tomu, že se symptomy duševních poruch podobají symptomům jiných poruch. V důsledku toho je těžké odlišit psychopatologické symptomy, které jsou příznakem samostatné duševní poruchy, od symptomů způsobených užíváním návykové látky nebo od abstinčních příznaků při odnětí látky. Toto je důležitý faktor, který je třeba brát v úvahu. Překryv symptomů užívání návykových látek a abstinčních příznaků se symptomy duševních poruch představuje významné a složité téma pro diagnostiku komorbidit (Torrens, 2017).

Americký Diagnostický a statistický manuál duševních poruch navrhl tři kategorie duálních diagnóz. První kategorií jsou primární duševní poruchy, druhou kategorií jsou poruchy vyvolané užíváním psychoaktivní látky a třetí kategorií jsou předpokládané účinky

psychoaktivní látky (intoxikace látkou nebo abstinenční příznaky z jejího odnětí). Tato poslední kategorie by neměla být zaměňována s příznaky duševní poruchy. Primární duševní poruchy a jejich příznaky nevznikají v důsledku užití či užívání psychoaktivní látky, zároveň se vyskytuje současně s intoxikací nebo abstinenčními příznaky. Příznaky primární poruchy ovšem 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). O kategorii poruch vyvolaných užíváním návykových látek se uvažuje v situaci, kdy 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 třetí kategorii předpokládaných účinků se považují 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).

Systematický přehled nástrojů a rozhovorů přináší Torrensová (2017) ve své velké přehledové studii zaměřené na duální diagnózy v adiktologii. Kvůli zvýšení přesnosti psychiatrické diagnostiky byly vytvořeny různé diagnostické nástroje určené k systematickému a standardizovanému posuzování v souladu s hlavními diagnostickými manuály DSM a MKN, a tím redukovat chybovost ve výsledcích. Mezi klíčové aspekty procesu se řadí specifický jazyk klinických otázek, řazení otázek a vyhodnocování odpovědí. V rámci diagnostiky se dále posuzují všechny relevantní symptomy.

K posuzování adiktologických poruch je vytvořeno množství nástrojů, které se využívají na základě primárně zneužívané látky nebo jejich okruhů, např. při posuzování užívání alkoholu, tabáku a návykových látek se využívá Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), pro zneužívání alkoholu Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), užívání drog Drug Use Disorders Identification Test, užívání konopí Cannabis Abuse Screening Test (CAST) nebo test užívání alkoholu a drog u dospívajících Screening Test for Adolescents Using Alcohol and Other Drugs (CRAFFT).

Pro posouzení výskytu souběžné duševní poruchy u uživatelů psychoaktivních látek se využívá screeningových a diagnostických nástrojů, jejichž využití závisí na klinickém prostředí, na času, který je k dispozici, účelu posuzování a také odbornosti personálu. K využití

diagnostických nástrojů je potřeba hlubších znalostí psychopatologie odborníků s určitou kvalifikací, zatímco screeningové vyšetření může provést po proškolení i jiný pracovník.

K nejčastěji využívaným nástrojům patří General Health Questionnaire-28, což je sebehodnotící dotazník s 28 položkami, jeho administrování vyžaduje přibližně 5 minut. Zjišťuje aktuální stav klienta, a zda se liší od jeho obvyklého stavu. Zaměřuje se na afektivní poruchy, úzkosti, hypochondrii a sociální deficit. Symptom Checklist-90-Revised již podle názvu odkazuje na rozsah 90 otázek, jejichž vypořádání se odhaduje 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. Patient Health Questionnaire je sebehodnotící škála zkoumající 8 poruch a konzumaci alkoholu. Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire zkoumá 13 nejčastějších poruch (např. bipolární afektivní poruchu, afektivní poruchy, posttraumatickou stresovou poruchu, psychotické symptomy a další). Mental Health Screening Form je polostrukturovaný rozhovor pro osoby nastupující do léčby látkových závislostí. Modified Mini Screen je dotazník o 22 otázkách, jehož posuzování provádí klinický pracovník. Zaměřuje se na oblasti afektivních poruch, úzkostných poruch a psychotických poruch. Co-occurring Disorders Screening Instruments má své dva poddruhy pro posouzení duševních poruch a pro posouzení závažných duševních poruch. Je využíván především u vězeňské populace.

Není mnoho diagnostických rozhovorů, které by umožnily spolehlivé a validní stanovení psychiatrické diagnózy podle platných kritérií. Různé typy těchto nástrojů se liší ve flexibilitě kladení otázek ze strany dotazujícího. Strukturovaný rozhovor využívá standardizované otázky a jejich formulace musí být doslovná. Pokud je odpověď nejasná vůči stanoveným kritériím, může být položena doplňující otázka. Tento přístup zaručuje vysokou míru standardizace, i když předem stanovené otázky nemohou pokrýt všechny možné situace.

Mezi nejužívanější diagnostické rozhovory patří Diagnostic Interview Schedule, strukturovaný rozhovor hodnotící klinickou závažnost psychiatrických symptomů. Jeho administrace trvá přibližně 90-120 minut. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry je polostrukturovaný rozhovor, který posuzuje, měří a klasifikuje psychopatologii a chování, které souvisí s nejzávažnějšími duševními poruchami. Diagnostic Interview for Genetic Studies je klinický polostrukturovaný rozhovor zaměřený na genetické aspekty psychických poruch. Jeho administrace trvá 2-3 hodiny. Mini-International Neuropsychiatric Interview je 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. Jedná se o celkem 22 diagnostických oddílů (např. úzkostné poruchy, poruchy nálady, fobie, užívání návykových látek atd.). Structured Clinical Interview for DSM-IV (neboli SCID) patří zřejmě mezi nejužívanější polostrukturované rozhovory (Torrens, 2017).

## **5. Adiktologické poruchy a duševní poruchy**

### **5.1 Alkohol**

Užívání alkoholu může způsobovat celou šíři symptomů psychopatologie jako důsledek akutní intoxikace, abstinčního syndromu a odnětí látky a také jako důsledek dlouhodobého nadměrného pití alkoholu, z hlediska trvání symptomů psychopatologie se může jednat o akutní i dlouhodobé následky. Užívání alkoholu může vést k symptomům afektivních poruch a depresivního syndromu, jakými jsou pokleslá nálada, agitace, apatie, sebevražedné myšlenky, ztráta libida, časně ranní probouzení, snížení chuti k jídlu a redukce váhy. Někteří autoři potvrzují vztah mezi nadměrným pitím alkoholu a sebevražedností, alkohol také může zvyšovat prevalenci úspěšně dokonaných sebevražedných pokusů. K rizikům o pokus sebevraždy přispívají také nepříznivé životní události, somatické poškození organismu a předchozí sebepoškozující pokusy (Rassool, 2002).

Dlouhodobé nadměrné užívání alkoholu a užívání v závislostním vzorci může vést k přechodným a přerušovaným halucinacím, sekundárním paranoidním bludům, alkoholické žárlivosti a odvykacímu stavu s delíriem (MKN 10, 1992). Odvykací stav s delíriem je spojen s akutním stavem zmatenosti s dezorientací v čase a místě, může být doprovázen paroxysmy, v 5 % případů může mít fatální průběh. Tento odvykací stav se rozvíjí 24 hodin až tři dny po odnětí alkoholu a obvykle odezní do jednoho týdne. Chronické užívání alkoholu může vést také k alkoholické halucinóze, která se projevuje zejména perzekučním auditorním typem a která se odehrává za jasného vědomí bez akutního stavu zmatenosti. Tyto halucinace se mohou objevovat během období abstinence, sníženého užívání alkoholu i v období užívání alkoholu. Tyto pozitivní psychotické znaky mohou být těžce odlišitelné od projevů jiných psychotických onemocnění, ovšem vyskytují se bez poruch myšlení a bez typických bludných systémů, jedinci také nemusí mít psychotické onemocnění v anamnéze (Rassool, 2002). Rolová ve své studii představuje, že celoživotní prevalence mentální anorexie mezi uživatelkami alkoholu nacházejících se v dané době v ústavní léčbě závislostí byla 15,7 % a prevalence mentální

bulimie byla 11,8 % oproti prevalenci 1-4 %, resp. 1-2 % těchto poruch v obecné populaci. Ve výběrovém souboru byla tedy naznačena souvislost mezi poruchami příjmu potravy a rizikovým užíváním alkoholu (Rolová et al., 2017).

Dlouhodobé užívání alkoholu může vést k deficitu vitamínu B1, neboli thiaminu. Tento stav může vést k syndromu Wernikeho encefalopatie, která se projevuje nezvyklými pohyby očí, nejistou vrávoravou chůzí a zmatením. Pokud není stav léčen může progredovat v Korsakoffovu psychózu, která je charakterizovaná závažným zhoršením paměti a neschopností zapamatovat si nové informace, konfabulacemi, apatií a nedostatkem vzhledu (Rassool, 2002).

## 5.2 THC

Užívání THC může vést k rozvoji mnoha projevů psychopatologie. Poměrně běžné jsou projevy úzkosti a panických atak. K dalším symptomům mohou patřit únava, depersonalizace, derealizace, paranoia a přechodné poruchy nálady. Tyto symptomy jsou z většiny krátce trvající. Vysoké dávky THC a dlouhodobé užívání mohou vést k projevům akutního stavu zmatení, který je sice přechodný, ale limitující pro intoxikovanou osobu. V prevalenci akutních psychotických stavů z užívání THC panuje ve studiích poměrně velká variabilita, která je způsobená v rozdílech koncentrace samotného THC v užívaných výrobcích. Některé psychotické projevy se mohou objevovat za jasného vědomí a mohou být těžce odlišitelné od psychotických stavů způsobených psychotickými onemocněními, proto je velmi obtížné rozeznat, jaké symptomy jsou projevem relapsu původního psychotického onemocnění a jaké symptomy jsou způsobené užitím THC u pacientů, kteří se potýkají s psychotickým onemocněním. Někteří autoři se kloní k názoru, že neexistuje spolehlivý důkaz, že užívání THC způsobuje dlouhodobé psychiatrické onemocnění nebo že je nezávislým rizikovým faktorem pro vznik psychotického onemocnění (Rassool, 2002).

Užívání THC může způsobovat poruchy nálady, zejména mírné a přechodné projevy symptomů depresivního syndromu. Podle některých autorů ovšem neexistuje důkaz pro to, že by THC podněcovalo vznik vážné nebo prolongované poruchy nálady. V minulosti se vyskytl také termín amotivačního syndromu, který popisoval soubor symptomů u pravidelných uživatelů THC a který v sobě zahrnoval apatii, ztrátu ambicí, zhoršené rozhodování, sníženou koncentraci a zhoršení ve vzdělávacím a pracovním procesu. Další autoři diskutují, že pod vlivem dlouhodobého užívání THC může docházet ke změnám osobnosti, ale studie dokazují,

že vysvětlení se skrývá spíše v chronické intoxikaci než ve změně či zhoršení osobnosti (Rassool, 2002).

Jednou z běžných látek, kterou užívají lidé s psychózou, je konopí, také je často diagnostikována závislost na konopí u jedinců trpících schizofrenií nebo bipolární poruchou. Vztah mezi konopím a psychózami může být různorodý. Konopí může vyvolat nebo způsobit dočasný psychotický stav, který u jedinců bez předchozí diagnózy psychózy zmizí během několika dní. Může být také spouštěčem psychózy u rizikových jedinců nebo může zhoršovat psychotické symptomy u jedinců s aktuálně diagnostikovanou psychózou. Užívání konopí je také spojeno s brzkým nástupem psychózy a s vyšším rizikem opakované hospitalizace u pacientů s první psychotickou epizodou. Psychotičtí pacienti však obvykle neužívají konopí jako samoléčebný prostředek na zmírnění symptomů psychózy. Mezi důvody užívání patří sociální izolace, nedostatek empatie vůči ostatním, nedostatek energie, problémy se spánkem, smutek, úzkost, neklid, třes nebo chvění a nuda. Tyto symptomy mohou být součástí psychotického onemocnění nebo mohou být způsobeny dalším úzkostným či depresivním onemocněním nebo vedlejšími účinky léků (Torrens, 2017).

### **5.3 Amfetaminy**

Účinky vyvolané amfetaminy mohou být k nerozeznání od hypomanie se symptomy, jako je euforie, grandiozita, impulzivita, zhoršený úsudek a výrazná psychomotorická aktivita. Někteří jedinci užívající amfetaminy mohou mít zkušenosti s halucinacemi zrakového a sluchového charakteru, což někdy může připomínat stavy pacientů s psychotickým onemocněním. Ještě častější mohou být taktilní halucinace, které se projevují zejména silným pocitem svědění. U zneužívání amfetaminů se může objevovat agresivní chování a panické ataky jako důsledek paranoidních pocitů (Rassool, 2002). Dlouhodobé nadměrné užívání amfetaminů může vést ke stavu nazývaném akutní toxická psychóza, kterou doprovázejí perzekuční bludy, halucinace, psychomotorické poruchy, abnormální afekty, ztráta náhledu, nebývá však přítomen těžký stav zmatenosti. Tento stav se obvykle odeznívá do 24 hodin, ale může být nerozeznatelný od akutní psychózy jiné příčiny. Někdy se může rozvíjet reziduální psychóza s pozdním nástupem, tato porucha je typická svým prolongovaným trváním, při diagnostice musí být jasně předpokládán přímý účinek ve vztahu k psychoaktivní látce (MKN 10, 1992).

Amfetaminy stimulují centrální nervový systém díky změnám v rovnováze neurotransmiteru dopaminu. Je to díky tomu, že amfetaminy mají chemickými vlastnostmi podobnou strukturu jako noradrenalin a dopamin s podobnými farmakologickými efekty. Amfetaminy mají ovšem

delší dobu trvání účinku. Zvýšené uvolňování dopaminu napomáhá ke kýženým pocitům účinků amfetaminů, nakonec ovšem vede k depleci zásob dopaminu v mezolimbické dráze (v centru odměny). Tato nerovnováha koncentrace dopaminu v mezolimbické dráze je sledována mimo jiné u pacientů se schizofrenním onemocněním, může také stát za příčinou psychopatie v amfetaminy indukované psychóze (Rassool, 2002). Užívání stimulantů je spojeno s výraznými krátkodobými pozitivními a negativními psychotickými příznaky i u zdravých kontrolních skupin. Vysoké dávky stimulantů mohou vyvolat krátkodobou psychotickou poruchu. Diagnostikovat tuto poruchu místo intoxikace psychoaktivní látkou je vhodné pouze tehdy, pokud jsou příznaky dostatečně silné na to, aby byly samostatně kategorizovány. Rozlišení mezi psychotickými poruchami způsobenými účinky psychoaktivních látek a intoxikacemi psychoaktivními látkami zahrnuje délku trvání příznaků, jejich intenzitu a případný výskyt halucinací bez poškození reality. Dlouhodobější a intenzivnější užívání stimulantů prodlužuje čas potřebný k uzdravení a zhoršuje prognózu psychózy způsobené účinky stimulantů. Avšak opakované užívání stimulantů může vést k prodlouženým psychotickým stavům, které mohou trvat až několik měsíců po vysazení drogy. Z klinického hlediska se psychóza způsobená účinky stimulantů projevuje jak pozitivními, tak negativními příznaky, včetně paranoidních stavů s halucinacemi (zvukovými i vizuálními) a bludnými myšlenkami, stejně jako volními poruchami, často se nedá odlišit od akutní nebo chronické schizofrenie. U úplně vyléčených jedinců, kteří v minulosti trpěli psychózou způsobenou účinky užití stimulantů, mohou následkem jednoho užití stimulantů nastat akutní paranoidní stavy nebo návrat psychózy, i když je již několik let po prvotní diagnostice. U osob s potvrzenou psychotickou poruchou může po akutní expozici stimulantům nastat zhoršení symptomů zřejmě vlivem nárůstu hladiny monoaminů (Torrens, 2017).

## **5.4 Opioidy**

Vzhledem k reportované vysoké prevalenci duálních diagnóz v populaci uživatelů opiátů a opioidů má tato problematika značný význam. Užívání opioidů je často asociováno zejména s afektivními poruchami, úzkostnými poruchami a poruchami osobnosti. Převažují studie přinášející závěry dokladující, že duševní onemocnění byla ve výskytu primárními a byla prediktorem vzniku závislostních poruch u užívání opioidů. Osoby se závislostními poruchami z užívání opioidů stabilně vykazují nízká bodová ohodnocení v dotaznících zaměřující se na sledování kvality života, zároveň jedinci s duálními diagnózami mívají signifikantně horší kvalitu života. Tento fakt je důležité mít na paměti při sestavování léčebných plánů u osob

užívajících opioidy, neboť se ukazuje, že pacienti s metadonovou substituční terapií a současným výskytem duální diagnózy mají v léčbě lepší výsledky než pacienti bez duálních diagnóz (Rassool, 2002). Také další autoři poukazují na tyto paradoxní výsledky doprovodných aspektů v léčbě duálních diagnóz u uživatelů opioidů, kdy na jednu stranu uvádějí, že pozorovali vyšší riziko k návratu k užívání opioidů, horší psychosociální status, horší zdravotní stav a nižší kvalitu života, na druhou stranu však uvádějí lepší výsledky v léčebných intervencích, delší setrvání v léčebném procesu a lepší spolupráci v oblasti farmakoterapie (Torrens, 2017).

## **5.5 Nelátkové závislosti**

Kromě závislosti a adiktologických poruch z užívání návykových látek je třeba se zabývat také jinými typy rizikového chování týkajícího se nadužíváním jiných entit s nelátkovou podstatou, které souvisí zejména se změnou životního stylu a využíváním nových technologií. Pro adiktologické poruchy z nelátkové oblasti bohužel nemáme jednotné terminologické vymezení, proto se můžeme setkávat s pojmy, jako jsou nelátkové závislosti, behaviorální závislosti, procesuální závislosti, digitální závislosti apod. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize zaujímá explicitní stanovisko k patologickému hráčství s diagnostickým ukotvením F63.0. Pro ostatní typy rizikového chování z této oblasti se volí diagnostická kritéria jiných nutkavých a impulzivních poruch F63.8. V minulosti se nelátkové závislosti mohly diagnosticky považovat též za chování spadající do popisu obsedantně kompulzivní poruchy F42 (Vacek, 2010). V 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí se odborná společnost dočká popisu hráčské poruchy, ale jiné rizikové chování z ranku nelátkových závislostí své nové místo mít nebude (ICD-11, 2023).

### **5.5.1 Patologické hráčství**

Mnohé studie prozrazují vztah mezi patologickým hráčstvím a dalšími psychopatologiemi. Mezi nejčastěji reportované psychiatrické poruchy mezi patologickými hráči se udávají afektivní poruchy (37,9 %), úzkostné poruchy (37,4 %) a antisociální porucha osobnosti (28,8 %). Jiná přehledová studie, která se věnovala článkům týkajících se patologických hráčů vyhledávající léčbu, přinesla míru prevalence afektivních poruch ve výši 53 %, úzkostných poruch ve výši 17,6 % a prevalenci ADHD ve výši 9,3 % (Starcevic & Khazaal, 2017). Některé studie poukazují na fakt, že úzkostné a afektivní poruchy jsou rizikovým faktorem pro rozvoj patologického hráčství u žen, nikoliv u mužů. Další přehledové studie přinesly potvrzení, že

patologické hráčství je asociováno s afektivními poruchami a poruchami chování, přičemž poruchy chování byly navíc označovány jako rizikový faktor vzniku patologického hráčství. Mezi patologickými hráči byl také častý výskyt ADHD a poruch osobnosti (narcistická porucha osobnosti, emočně nestabilní a antisociální porucha osobnosti). Závažnost afektivních a úzkostných poruch byla prohloubena, když bylo patologické hráčství doprovázeno s další adiktologickou poruchou (Pontes et al., 2022).

### **5.5.2 Hráčská porucha**

V současné době již několik studií poukazuje na vztah mezi hráčskou poruchou a duševními poruchami, jakými jsou ADHD, úzkostné a afektivní poruchy a adiktologické poruchy. Přehledová studie zahrnující 24 prací ve svých výsledcích představuje prevalenci úzkostné poruchy ve výši 92 %, afektivních poruch ve výši 89 %, ADHD ve výši 85 % a symptomů obsedantně kompulzivní poruchy v 75 % u osob s hráčskou poruchou. Udávané studie se týkají dospělé populace. Podobně jako u duálních diagnóz týkajících se závislostí z užívání návykových látek, tak i u duálních diagnóz nelátkových závislostí je v současné době málo studií, které se zabírají cílovou populací dětí a dospívajících. Jedny z mála studií přinášejí informace typu psychiatrických komorbidit, kdy jmenují zejména ADHD, poruchy chování afektivní poruchy a úzkostné poruchy jako nejčastější komorbidity hráčské poruchy u dětí a mladistvých. Bohužel jako u jiných duálních diagnóz, ani tato studie neodkrývá, zda poruchy byly především příčinou, nebo důsledkem vzniku hráčské poruchy. Nicméně se zdá, že afektivní poruchy a fobické symptomy se vyskytují jako důsledky hráčské poruchy. Autoři se však kloní k názoru a hypotéze zacyklení symptomů, kdy osoby s predispozicí k afektivním poruchám mají zvýšené riziko ke vzniku hráčské poruchy. Izolace a jiné důsledky vedoucí z hraní her zhoršují symptomy a zvyšují riziko rozvoje afektivních poruch. Tento rozvoj afektivních poruch dále prohlubuje závažnost hráčské poruchy. Jedním z dalších předpokladů je, že hráčská porucha je prediktorem pozdního nástupu afektivních poruch. Jiní autoři poukazují na důležitost současného výskytu hráčské poruchy a ADHD. Komorbidita těchto dvou poruch zvyšovala závažnost impulzivity a hostility (Pontes et al., 2022).

### **5.5.3 Ostatní online závislosti**

Míra výskytu psychiatrických poruch a symptomů u jedinců s problémovým užíváním internetu se v jednotlivých studiích liší. Nejčastějšími doprovodnými psychiatrickými poruchami a příznaky jsou afektivní poruchy (až u 77,8 % jedinců s problémovým užíváním internetu),

zneužívání návykových látek (až u 55 %), úzkostné poruchy (až u 50 %), sociální úzkostná porucha (až u 45 %), příznaky poruch spánku (až u 38,6 %) a ADHD (až u 32,2 %). V dalších studiích byly nejsilnější asociace s problémovým užíváním internetu zaznamenány u afektivních poruch a ADHD následované poruchami užívání návykových látek, zneužíváním alkoholu a úzkostnými příznaky. Silné asociace mezi problémovým užíváním internetu a sociální úzkostnou poruchou a obsedantně-kompulzivními symptomy byly hlášeny rozporuplně. Mezi významné prediktory problémového užívání internetu patřily ADHD, afektivní porucha, sociální úzkostná porucha, úzkost, hostilita, problémy s chováním, sebevražedné myšlenky a sebevražedné pokusy. Vzorce souběžně se vyskytujícími poruchami u problémového užívání internetu se mohou u dospělých a dospívajících lišit, přičemž u dospívajících jsou častěji hlášeny ADHD, poruchy chování, disociativní poruchy, sociální úzkostná porucha, obsedantně-kompulzivní porucha a nespavost (Starcevic & Khazaal, 2017). Další studie potvrzují přítomnost afektivních poruch, úzkostných poruch, ADHD a poruch autistického spektra u závislosti na internetu (Pontes et al., 2022).

## **6. Duševní poruchy a adiktologické poruchy**

Další přehled pojednává o vztahu duševních poruch a užívání návykových látek.

### **6.1 Úzkostné poruchy**

Úzkostné poruchy, jako jsou například panická porucha a posttraumatická stresová porucha, se často vyskytují současně s užíváním návykových látek. Příčinný vztah mezi úzkostnými poruchami a užíváním drog (teorie sebemedikace nebo úzkost vyvolaná psychoaktivními látkami) není jednoznačně prokázán a závisí také na konkrétní kombinaci návykových látek a úzkostných poruch. Výskyt této komorbidity může dosáhnout až 35 %, přičemž hodnoty se liší podle konkrétních kombinací. Přesto úzkostné poruchy nejsou dostatečně diagnostikovány, zejména v adiktologickém prostředí. Diagnostika úzkostných poruch u uživatelů návykových látek je problematická, protože úzkostné příznaky mohou být vyvolány intoxikací nebo abstinenčními příznaky při odnětí drog. Proto je nutné pečlivě a důkladně posoudit situaci s ohledem na specifika těchto poruch (Torrens, 2017)

Jiní autoři klinických i epidemiologických studií odhalují vztah mezi přítomností úzkostných poruch a užíváním alkoholu u dospělých jedinců, studie také hovoří o dvakrát až třikrát vyšším riziku výskytu úzkostných poruch u lidí, kteří nadužívají alkohol. Někteří autoři navrhuji

hypotézu, že rodinní příslušníci osob potýkajících se úzkostnými poruchami mají vyšší riziko rizikového pití alkoholu. Z fobických úzkostných poruch se jeví jako nejrizikovější ve vztahu k užívání návykových látek sociální fobie. Sociální fobie byla také spojena se situací, kdy byla přítomna další přidružená psychopatologie a rozvíjelo se polyvalentní užívání návykových látek. Nástup úzkostných poruch u pacientů užívajících alkohol přicházel v 51 % případů po rozvinutí adiktologické poruchy a v 10 % případů současně s adiktologickou poruchou. Úzkostné poruchy jako panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha jsou spíše výsledkem dlouhodobého pití alkoholu nebo jako součást odvykacího stavu než jako primární duševní onemocnění (Rassool, 2002). Úzkostné poruchy jsou rovněž časté u uživatelů kokainu, amfetaminu a extáze. Celoživotní prevalence úzkostných poruch se pohybuje v rozmezí od 13 % do 23 %. Úzkost se často objevuje u lidí, kteří užívají konopí, obzvláště u mladých lidí, kteří s užíváním začali v mladém věku. Intenzivnější a častější užívání konopí může významně zvyšovat pravděpodobnost výskytu úzkosti. U nezkušených uživatelů může konopí způsobit úzkostné nebo panické záchvaty. Na druhé straně, chroničtí uživatelé konopí se zdají být naopak méně náchylní k úzkosti, při užívání se jim místo toho projevuje anxiolytický účinek. Též se domnívají, že úzkost může u někoho vyvolat touhu po problémovém užívání konopí. Rozlišení mezi úzkostnou poruchou a úzkostmi způsobenými nealkoholovými návykovými látkami je velmi obtížné. Jako pravděpodobnější se jeví, že úzkostné poruchy jsou spojeny s dlouhodobým chronickým užíváním látek a odvykacími stavy. Rozvoj strukturovaných diagnostických nástrojů a observace pacientů také během období abstinence by mohly být zásadní pro identifikaci etiologie duálních diagnóz s úzkostnými poruchami (Torrens, 2017).

## **6.2 Afektivní poruchy**

Komorbidity afektivních poruch s poruchou z užívání návykových látek je jednou z nejčastějších duálních diagnóz. Míra jejího výskytu se pohybuje od 12 % do 80 %, záleží na charakteristikách výběru (např. klinický nebo neklinický výběrový soubor, použitá diagnostická kritéria). Podle některých teorií jsou na vzniku těchto duálních poruch zodpovědné různé neurobiologické mechanismy, což má za následek klinický obraz, který má často závažnější průběh a horší prognózu než afektivní poruchy a závislost, které se vyskytují samostatně. Klíčové klinické informace ukazují, že lidé trpící afektivními poruchami jsou více náchylní k rozvoji poruchy z užívání návykových látek, a naopak, že lidé s touto poruchou mají vyšší pravděpodobnost výskytu afektivní poruchy v průběhu života v porovnání s obecnou populací. Současný výskyt poruchy z užívání návykových látek a afektivní poruchy je



prediktorem klinické závažnosti. Souběžná afektivní porucha s adiktologickou poruchou je navíc častější u žen než u mužů. Prevalence afektivních poruch u žen s poruchami z užívání návykových látek je dvojnásobná oproti ženám v obecné populaci. Podle výsledků studií je primární komorbidní afektivní porucha častější než afektivní porucha způsobená užíváním návykových látek u lidí s duálními diagnózami (Torrens, 2017).

Vztah mezi afektivními poruchami a užíváním návykových látek je sledována především u alkoholu. Dlouhodobé užívání alkoholu a akutní odvykací stav může vyvolávat symptomy afektivních poruch. Ukazuje se, že u lidí užívajících alkohol je vyšší riziko výskytu bipolární afektivní poruchy a periodické depresivní poruchy. Souběžný výskyt afektivních poruch a adiktologických poruch vzrůstá s přítomností biologických a genetických predispozic. Byly pozorovány genderové rozdíly v etiologii vzniku těchto duálních diagnóz. U žen se objevovala vyšší frekvence výskytu periodické depresivní poruchy jako primárního onemocnění a adiktologické poruchy z užívání alkoholu jako sekundární poruchy, zatímco u mužů byl sledován výskyt adiktologické poruchy jako primární poruchy a výskyt depresivního syndromu jako sekundárního onemocnění. Je také možné, že se liší manifestace základního onemocnění a rozdíly jsou v expresi základního onemocnění u mužů a žen.

Podobná situace se týká i nealkoholových návykových látek, kdy je těžké rozlišit, jestli je v etiologii primární psychiatrická, nebo adiktologická porucha. Každopádně užívání nealkoholových návykových látek významně ovlivňuje průběh a prognózu psychiatrického onemocnění. Závažnost duální diagnózy opět záleží na typu a množství užívané látky. U uživatelů amfetaminů je reportováno vyšší riziko výskytu bipolární afektivní poruchy i periodické depresivní poruchy. Deplece dopaminu spojená s dlouhodobým užíváním amfetaminů může zhoršovat craving i symptomy depresivního syndromu. Intervence tricyklickými antidepresivy může efektivně ovlivnit léčbu adiktologických poruch z užívání amfetaminů, neboť ovlivňuje symptomy depresivního syndromu i cravingu. Užívání opiátů může zhoršit symptomy depresivního syndromu, zároveň byla u uživatelů opiátů pozorována snížená schopnost zvládnání dysforických symptomů. Na druhou stranu někteří autoři sledují, že není rozdíl v efektu léčby afektivních poruch mezi různými generacemi antidepresiv u pacientů s duálními diagnózami. Antidepresiva SSRI typu jsou ovšem pravděpodobně bezpečnější. Tito autoři také poukazují na to, že léčení afektivních poruch neredukovalo užívání návykových látek a nezlepšovalo efekt léčby adiktologických poruch (Rassool, 2002). Komorbidní výskyt depresivní a adiktologické poruchy je charakterizován pomalejším tempem zlepšování stavu během léčby a z toho plynoucím nepříznivým průběhem deprese samé. Přítomnost depresivní poruchy však rovněž souvisí s nepříznivým průběhem poruchy z užívání návykových látek. U

těchto pacientů s duální diagnózou je také evidována vyšší prevalence pokusů i dokonaných sebevražd, než je tomu u pacientů pouze s jednou poruchou (Torrens, 2017).

### **6.2.1 Bipolární afektivní porucha**

Podle výsledků širokých průzkumů mezi populací se zdá, že mezi 40-60 % lidí s bipolární poruchou se vyskytuje také závislost na návykových látkách. Tyto osoby často zneužívají velké množství alkoholu a jiných návykových látek během manické fáze onemocnění. Současné užívání stimulantů a konopí se pravděpodobně negativně projevuje na manických symptomech. Také během depresivní fáze dochází ke zvýšenému užívání návykových látek, například alkohol zhoršuje depresi a užívání stimulantů a konopí může urychlit nástup manického stavu nebo smíšené epizody. Během období zlepšení se jedinec s poruchou typicky vrací k omezenému zneužívání návykových látek. Někteří autoři uvádějí, že přítomnost závislosti na návykových látkách u pacientů s bipolární poruchou předpovídá horší sociální přizpůsobivost a obecně horší výsledky (Torrens, 2017).

### **6.3 ADHD**

Porucha pozornosti s hyperaktivitou se považuje za celoživotní vývojovou poruchu, která vede ke kognitivním, sociálním a emočním deficitům. Česká souborná publikace zabývající se touto poruchou v adiktologickém prostředí (Miovský et al., 2018) udává, že porucha ADHD v kombinaci a s adiktologickými poruchami jsou častými duálními diagnózami s výraznými individuálními a sociálními dopady. Vnímá ho jako rizikový faktor z hlediska rozvoje adiktologických poruch v mladém věku. ADHD je asociováno s ranějším nástupem adiktologických poruch bez závislosti na další psychiatrické poruše. Dospělí vykazují trojnásobně vyšší riziko rozvoje adiktologické poruchy než u dospělých bez projevů ADHD. K tomuto faktu mohou přispívat nesprávné procesy učení spojené s poruchou pozornosti a pokusy o seabemedikaci. Symptomy ADHD mohou dále podporovat rozvoj a přetrvávání adiktologických poruch v dospělosti. Autoři popisují, že míra prevalence adiktologických poruch u dospělých osob s ADHD dosahuje až 50 %. Ze studií také vychází zjištění, že symptomy ADHD přetrvávají do dospělosti asi u poloviny osob, které vykazovaly symptomy poruchy v dětství. Z takového zjištění vyplývá, že je důležité zabývat se terapií poruchy v cílové populaci dětí a dospívajících, kdy mohou být příznaky poruchy spojeny s kompenzačním mechanismem, jako je na příklad seabemedikace ilegálními amfetaminy.

V rámci studie realizované v některých evropských zemích byla u uživatelů návykových látek, kteří vyhledali léčbu, zjištěna prevalence poruchy pozornosti s hyperaktivitou v dospělosti v rozmezí od 5–8 % v Maďarsku po 31–33 % v Norsku, v závislosti na použitých diagnostických kritériích. Vzorce komorbidity vykazovaly rozdíly podle jednotlivých podtypů poruchy pozornosti s hyperaktivitou, vyšší míra depresivní poruchy byla zaznamenána u podtypu s převažující poruchou pozornosti a kombinovaného podtypu, vyšší míra hypomanických epizod a disociální poruchy osobnosti u podtypu s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou a kombinovaného podtypu a vyšší míra bipolární poruchy byla zaznamenána u všech těchto podtypů (Torrens, 2017).

#### **6.4 Poruchy osobnosti**

Literatura popisuje vysokou prevalenci komorbidity mezi poruchami osobnosti a adiktologickými poruchami, zejména ve vztahu k disociální poruše osobnosti a emočně nestabilní poruše osobnosti. Jedná se o poruchy z okruhu poruch osobnosti u dospělých, které se tedy ze své podstaty nediodagnostikují v cílové populaci dětí a dospívajících. Odhad prevalence poruch osobnosti u dospělých se pohybuje od 44 % mezi pacienty s adiktologickou poruchou z užívání alkoholu až 79 % u pacientů s adiktologickou poruchou z užívání opiátů (Rassool, 2002). Podle Torrensové (2017) trpělo minimálně jednou poruchou osobnosti 46 % adiktologických pacientů (16 % disociální, 13 % emočně nestabilní a 8 % paranoidní, vyhýbavou a obsedantně-kompulzivní). Lidé s kombinací s touto poruchou osobnosti mají větší problémy s užíváním drog než ti, kteří tuto poruchu nemají. Také se častěji uchylují k nebezpečným praktikám, jako je injekční užívání drog, a rizikovému chování, jako jsou nechráněný pohlavní styk a jiné formy chování bez zábran, což je může vést k infekcím přenášených krví a dalším zdravotním a sociálním komplikacím, jako je protiprávní jednání. Je pro ně také těžší udržet se v léčebných programech a dodržovat léčbu, tento aspekt se týká zejména disociální poruchy osobnosti. Výrazný je podíl osob se závislosti na opioidech, kteří současně trpí poruchou osobnosti (Torrens, 2017).

#### **6.5 Poruchy příjmu potravy**

Je prokázáno, že souvislost mezi poruchami příjmu potravy a užíváním návykových látek je poměrně významná. Zatímco v obecné populaci se těmito poruchami trpí pouze 9 %, u osob s poruchou příjmu potravy se prevalence abúzu drog a alkoholu pohybuje kolem 50 %. Navíc

více než 35 % lidí s poruchou z užívání návykových látek uvádí také poruchu příjmu potravy, což je výrazně více než 1-3% prevalence uváděná v obecné populaci. Prevalence užívání návykových látek se liší v závislosti na typu poruchy příjmu potravy. Osoby trpící bulimií nebo chováním charakterizovaným záchvatovitým přejídáním a vyprazdňováním užívají návykové látky častěji než osoby s anorexií (zejména restriktivního typu) nebo obecná populace. Výzkumy ukazují, že u osob regulujících tělesnou hmotnost prostřednictvím užívání léků (např. laxativ, přípravků na hubnutí nebo diuretik) je pravděpodobnost užívání stimulantů a jiných návykových látek vyšší. Poruchy příjmu potravy jsou aktuálnější u uživatelů stimulantů, zejména amfetaminu, kokainu a extáze (Rassool, 2002; Rolová et al., 2018).

## **6.6 Psychotické poruchy**

Osoby s psychotickými onemocněními mají častější výskyt komorbidních poruch z užívání návykových látek ve srovnání s obecnou populací. Tyto osoby se často uchylují k sebemedikaci různými látkami, aby zmírnily své příznaky. U psychotiků, kteří současně užívají návykové látky, existuje vyšší riziko relapsu, hospitalizace, mortality a nedostatku základních potřeb. To je způsobeno tím, že užívané návykové látky mohou zhoršit psychózu nebo ovlivnit farmakologickou a psychologickou léčbu (Rassool, 2002).

Při vztahu mezi psychózou a poruchami z užívání návykových látek je důležité rozlišit mezi třemi různými situacemi. Za prvé, u některých jedinců mohou psychoaktivní látky urychlit vývoj psychotické poruchy, která může přetrvat i po vysazení těchto látek. Za druhé, u jiných lidí existuje základní psychotická porucha, která se zhoršuje souběžným užíváním návykových látek, zejména konopí a amfetaminů. A za třetí, v důsledku intoxikace nebo odvykání může dojít k akutní psychotické epizodě, což se nazývá psychóza způsobená užíváním psychoaktivních látek. Prevalence kombinace psychóz a užívání opioidů je celkově nízká, s hodnotami mezi 4 až 7 %. Tyto nízké hodnoty mohou být způsobeny antipsychotickými účinky opioidů. Dosud provedené studie dokazují, že opioidní neuropeptidy hrají přímou roli ve fyziologii psychotických poruch a antipsychotických vlastnostech opioidních agonistů, včetně jejich antipsychotického účinku (Torrens, 2017).

### **6.6.1 Schizofrenie**

Podle některých autorů přibližně 50 % dospělých pacientů se schizofrenií nadměrně a rizikově užívá alkohol a jiné návykové látky (Rassool, 2002). Podle jiných zdrojů komorbidita schizofrenie a závislosti na návykových látkách se vyskytuje u 30-66 % pacientů a nejčastěji se

jedná o užívání alkoholu, konopí a kokainu. Mnozí pacienti užívají návykové látky po celý život a někdy i současně (Torrens, 2017). Onemocnění schizofrenií může vést ke zhoršení kognitivních, afektivních funkcí, interpersonálních vztahů a somatického stavu. Užívání návykových látek může nejen samo o sobě vyvolat psychotické symptomy, ale může také zhoršit průběh symptomů u rozvinutého schizofrenního onemocnění. Vliv návykových látek na onemocnění má různou kvalitu podle druhu návykové látky, jejího množství, způsobu užití, setu a settingu užití (Rassool, 2002). Rozdíl mezi symptomy schizofrenie a psychózy vyvolané užíváním návykových látek se liší na základě symptomů po vysazení těchto látek. K určení rozdílu mohou pomoci případné předchozí, tzv. prodromální příznaky schizofrenie, jako změny osobnosti, sociální izolace, nedostatečná péče o sebe a bludné myšlenky, které se objevují před užíváním návykových látek a výskytem psychotických symptomů (Torrens, 2017).

Odvykací stav u amfetaminů u pacientů se schizofrenií může vyvolávat symptomy jako snížená nálada depresivního charakteru, sebevražedné myšlenky a psychomotorické zhoršení. Užívání stimulantů může zhoršit pozitivní psychotické symptomy, prohloubit emotivní labilitu a spánkovou deprivaci. Užívání THC zvyšuje prevalenci bludů, halucinací, deprese a úzkosti. Pacienti se schizofrenií, kteří užívají alkohol, mohou mít projevy agresivního chování, paranoidních myšlenek a depresivního syndromu (Rassool, 2002).

Pacienti se schizofrenií reportují důvody užívání návykových látek jako snižování pocitů nudy, zmírnění úzkostných a depresivních pocitů, překonání vedlejších sedativních účinků léků předepisovaných pro léčbu schizofrenie a kompenzování negativních psychotických symptomů schizofrenie. Tyto efekty návykových látek mají nicméně jen krátkodobý účinek, tato pozitiva jsou přehlušena negativními důsledky užívání návykových látek v dlouhodobém horizontu, kdy zhoršují prognózu schizofrenního onemocnění (Rassool, 2002). Hlavním argumentem, proč je vyšší míra užívání návykových látek u pacientů se schizofrenií je hypotéza o sebemedikaci. Ačkoliv souběžné užívání návykových látek a schizofrenie může zmírnit negativní symptomy, automedikace není vysvětlením pro všechny případy komorbidity. Komorbidita závislosti na návykových látkách a schizofrenie je spojena s vyššími obtížemi a horšími výsledky léčby, než kdyby pacient trpěl jen samotnou schizofrenií. I mírné užívání návykových látek může zhoršovat psychotické symptomy a tím bránit motivaci pacienta k omezení užívání. Užívání návykových látek souvisí s nedodržením léčby a delší dobou neléčené schizofrenie. Snížení míry užívání návykových látek vlivem dodržování léčby je u osob s psychózami asociováno s nižší intenzitou celkových příznaků (Torrens, 2017). Někteří autoři navrhují, že v léčbě duálních diagnóz spojených s onemocněním schizofrenie, je vyžadováno, aby bylo nejdříve stabilizováno duševní onemocnění a až poté bylo přikročeno k léčbě dalších poruch. Nejedná

se pouze o přidruženou adiktologickou poruchu, ale také na příklad o přidružené afektivní poruchy jako depresivní syndrom. Nejčastější farmakologickou intervencí první volby jsou nová atypická antipsychotika, která se vyznačují vyšší kompliance pacientů a jejich tolerancí, efektivitou v léčbě negativních symptomů a méně častějšími vedlejšími extrapyramidálními účinky. Psychofarmaka užívaná při léčbě odvykacích stavů mohou být využity při těchto stavech společně se základními psychofarmaky k duševnímu onemocnění, mohou být nápomocny při detoxikaci, snížení projevů cravingu a také mohou redukovat negativní psychotické symptomy (Rassool, 2002).

## **7. Prevalence duálních diagnóz u dětí a mladistvých**

Couwenbergh se svým týmem (2006) představil přehledovou studii, která přinášela souhrn výsledků 10 studií publikovaných mezi lety 1998 až 2004. Studie se zabývaly psychiatrickými komorbiditami u adolescentů a mladých dospělých, kteří užívají návykové látky. Velikost vzorků participantů variovala mezi 89 až 992 osobami s průměrným věkem 16 let. Studie se zabývaly uživateli v ambulantní i lůžkové péči. Podle autorů ambulantní typ léčby nezahrnuje složitější případy užívání a přidružených problémů, které se naopak mohou vyskytovat v lůžkové péči. Některé studie navíc obsahovaly několik typů adiktologických poruch, přičemž jiné studie se specializovaly pouze na jednu konkrétní poruchu. V šesti studiích byli uživatelé jedinými zpovídanými osobami, ve čtyřech studiích bylo v rámci zhodnocení využito informací i od jiných blízkých osob. Celková psychiatrická komorbidita se pohybovala mezi 61 % až 88 %. Mezi nejčastěji zneužívané látky patřil alkohol a THC. Prevalence ADHD a poruch chování byla vyšší než úzkostné poruchy a poruchy nálad. Americká studie zahrnující 91 mladistvých, kteří se potýkali s adiktologickou poruchou ze zneužívání návykových látek, přinesla výsledek, kdy se 63,7 % těchto mladistvých potýkalo s psychiatrickou komorbiditou (Wise et al., 2001). Prevalence poruch z užívání návykových látek podle studie, která analyzovala data 1 036 participantů ve věku mezi 13 a 18 lety. Mezi adolescenty, kteří byli v péči psychiatrických služeb, byla prevalence duálních diagnóz 40,8 % (Aarons et al., 2001). Podle novější studie analyzující data amerických adolescentů a mladých dospělých ve věku mezi 12 a 20 lety hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici primárně pro psychiatrické onemocnění byla prevalence duálních diagnóz 48 % (Stephens et al., 2014).

Anglická přehledová studie (Arnevik & Helverschou, 2016) analyzující odborné články zabývající se duálními diagnózami u pacientů s autistickými poruchami se zaměřila na 4 oblasti,

mezi které patřila epidemiologie, charakteristiky pacientů, účinky návykových látek na pacienty a efektivita léčebných intervencí. Studie identifikovala relevantních 18 článků, z čehož 11 bylo epidemiologických studií. Přesto se pouze jedna studie zabývala prevalencí duálních diagnóz u těchto pacientů.

Podle studie uskutečněné mezi adolescenty a mladými dospělými ve věku od 12 do 20 let věku života nebyly statisticky významné rozdíly mezi pohlavími u výskytu duálních diagnóz. Rozdíly nebyly zjištěny ani v dalších demografických faktorech, jakou byl původ participantů a socioekonomický status. Nejčastěji zneužívanou látkou bylo THC (Stephens et al., 2014). Rozdíly mezi pohlavími ovšem může způsobit vliv restriktivních opatření souvisejících s pandemií koronaviru, neboť některé studie poukazují na fakt, že tato opatření měla zásadnější negativní vliv na duševní zdraví dívek než chlapců (Halldorsdottir et al., 2021).

### **7.1 Typ komorbidity u dětí a mladistvých**

Období adolescence může být spojeno s touhou riskovat. K riskování může patřit rozhodnutí užívání návykových látek v brzkém věku. Užívání alkoholu v období dospívání narušuje vývoj kortikálních částí nervové soustavy, čímž ovlivňuje vyšší exekutivní funkce a impulzivní chování. Vývoj těchto funkcí sice probíhá již v útlém dětství, ale pokračuje přes adolescenci do rané dospělosti. Právě období adolescence je klíčové pro vývoj oblastí mozku zodpovědných za osobnostní zrání a za dovednosti nutné k nezávislosti jedince. Mezi duševní poruchy, které jsou spojeny s duálními diagnózami, patří zejména úzkostné poruchy, depresivní poruchy, psychotické poruchy, bipolární afektivní porucha a antisociální porucha osobnosti. Tyto spojitosti byly sledovány u dospělých jedinců, avšak mnoho z těchto duševních poruch se začíná rozvíjet během dospívání (Tejeda-Romero et al., 2018). Někteří autoři potvrzují, že navyšující počet psychiatrických poruch u jednoho mladistvého jedince může zvyšovat riziko rozvoje poruch z užívání návykových látek. U adolescentů, kteří se potýkali s bipolární afektivní poruchou, toto riziko zvyšovala přítomnost poruchy opozičního vzdoru a panická porucha, dále také užívání návykových látek v rodinné anamnéze a nedostatečná rodinná koheze (Goldstein et al., 2013). Čtyřletá follow up studie provedená na 627 participantech středoškolského věku potvrdila hypotézu sebemedikace. Duševní poruchy predikovaly rozvoj poruch ze zneužívání návykových látek. Mezi zkoumané duševní poruchy patřily úzkostné a depresivní poruchy. Posttraumatická stresová porucha predikovala zneužívání návykových látek obecně, sociální fobie predikovala zneužívání alkoholu. Žádná z úzkostných poruch nepredikovala zneužívání nealkoholových návykových látek. Depresivní poruchy predikovaly

zneužívání alkoholu. Zneužívání návykových látek nepredikovalo následný rozvoj úzkostných poruch ani depresivních poruch. Zneužívání alkoholu bylo ovšem spojeno s vyšší pravděpodobností výskytu obsedantně kompulzivní poruchy (Wolitzky-Taylor et al., 2012). Wise (2001) předložil výsledky studie týkající se duálních diagnóz u mladistvých, kdy depresivní porucha byla diagnostikována u 24 % případů, poruchy chování také u 24 %, ADHD u 11 %, porucha přizpůsobení u 7,7 % a bipolární afektivní porucha u 3,3 %. Nejčastěji zneužívanou látkou bylo THC (91,2 %), alkohol (60,8 %) a kokain (29,7 %). Polyvalentní užívání bylo velmi časté a objevilo se v 76,9 % případů. Adolescenti se nacházeli v lůžkovém rezidentním zařízení a nástrojem diagnostiky poruch byl DSM-IV ve vyšetření dětským psychiatrem. Mladiství byli mezi 13.-18. rokem života s průměrným věkem 15,36 roku.

## **7.2 Přehledové studie – duální diagnózy u dětí a mladistvých**

V rámci disertačního projektu byla uskutečněna přehledová studie na téma duálních diagnóz u dětí a mladistvých (Jandáč & Šťastná, 2023a; Jandáč & Šťastná, 2023b). Při procesu selekce a prvotní analýzy textů bylo zjištěno, že vyhledáváním byly identifikovány články pojednávající o prevalenci duálních diagnóz ze dvou hlavních pohledů. Prvním pohledem byla prevalence duálních diagnóz u dětí a dospívajících potýkajících se s adiktologickými poruchami. Druhým pohledem byla prevalence duálních diagnóz u dětí a dospívajících potýkajících se s psychiatrickými poruchami. Z klinického hlediska se jedná o stejnou situaci, ale z pohledu systematického review se jednalo o dvě různá témata, která vedla k rozdělení studie na dvě různé práce.

### **7.2.1 Metody**

Prevalence duálních diagnóz byla v rámci vyhledávání identifikována jako hlavní téma studií časopiseckých článků nebo jako vedlejší zájem těchto studií. Kritéria, která byla navržena pro vyhledávání, zněla (a) články, které byly publikovány mezi lednem 2010 a říjnem 2021, (b) články psané v angličtině, (c) texty publikované jako časopisecké recenzované články, kapitoly odborných knih, původní studie, (d) články dostupné jako fulltext.

Samotné vyhledávání článků proběhlo v říjnu 2021 a jako zdroje článků byly využity databáze dostupné výzkumníkům v rámci jejich působení na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Konkrétně se jednalo o databáze EBSCO, Medline, Scopus a Web of Science. K systematickému vyhledávání bylo využito protokolu PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews) a jeho doporučení.



V prvotním výběru vyhledávání bylo identifikováno 571 studií, z nichž bylo vyřazeno 27 duplikátů. Celkem 544 textů bylo vybráno pro další analýzu. Z tohoto počtu byly vyřazeny studie, které již dle názvu nekorespondovaly s cílovým tématem duálních diagnóz. Komorbidita se týkala jiných než psychiatrických onemocnění a adiktologických poruch. Další a podrobnější analýze bylo podrobena 55 článků, z nichž bylo vyřazeno 47 studií pro nesplnění kritérií výběru. Mezi kritéria, která vedla k vyloučení článku z vyhledávání, patřil věk participantů zavzatých do studie, který byl vyšší než 19 let. Studie identifikované vyhledáváním představovaly výsledky u dětí a adolescentů, ale ve studiích byla tato cílová skupina spojena s celým vzorkem populace bez konkrétního vymezení ze vzorku. Další studie popisovaly skupinu dětí a adolescentů společně s mladými dospělými – tato hranice ovšem nebyla ve studiích shodná a horní hranice věku mladých dospělých se lišila.

U obou pohledů přehledové studie jsme v konečném souhrnu článků identifikovali tyto základní tématické okruhy: (a) prevalence duálních diagnóz mezi dětmi a adolescenty léčenými primárně s psychiatrickým onemocněním, (b) výskyt duálních diagnóz dle pohlaví, (c) metody diagnostiky psychiatrických a adiktologických poruch, (d) druh psychiatrické diagnózy vyskytující se v rámci duálních diagnóz nebo typ užívané látky, (e) rozdíl v prevalenci s ohledem na druh poskytované péče.

## **7.2.2 Výsledky - duální diagnózy u dětí a dospívajících s duševním onemocněním**

Konečný počet článků, které se týkaly prevalence duálních diagnóz mezi dětmi a adolescenty, kteří byli léčeni s psychiatrickými onemocněními, byl 8.

### **7.2.2.1 Prevalence duálních diagnóz**

Prevalence duálních diagnóz u dětí a dospívajících, kteří se léčili primárně s psychiatrickým onemocněním, se pohybovala mezi 18,3 % a 54 %. Rozptyl mezi nejnižší a nejvyšší hodnotou je tedy 35,7 jednotek. Průměrná hodnota je 32,7 % s mediánem 28,3 %. Přestože námi identifikovaná konečná hodnota prevalence nepotvrzuje hodnoty jiných studií, stále se jedná o vysoké procentuální zastoupení duálních diagnóz v cílové populaci. Rozdíl mezi výsledky může být způsoben faktem, kdy participantů čelí zneužívání návykových látek, ale nesplňují diagnostická kritéria syndromu závislosti. Studie se poté kvůli svým metodologickým nastavením nezabývají škodlivým užitím a užíváním ve spojitosti se sledováním problematiky duálních diagnóz.

#### 7.2.2.2 Výskyt duálních diagnóz dle pohlaví

Čtyři studie (Hollen & Ortiz, 2015; Masroor et al., 2019; Wilens et al., 2013; Wu et al., 2011) odhalily, že riziko výskytu duálních diagnóz je častější u chlapců. Tři z těchto čtyř studií toto riziko kvantifikovaly – u jedné studie byla duální diagnóza spojena s chlapci v 75 %, další studie udávala 54 % chlapců, poslední studie udávala, že chlapec má riziko výskytu duální diagnózy 1,6krát vyšší než dívka. Jedna studie (Díaz et al., 2011) odhalila, že se častěji s duální diagnózou potýkají dívky, jedna studie (Korsgaard et al., 2016) nenašla žádný významný rozdíl mezi pohlavími. A nakonec dvě studie rozdíl mezi pohlavími nezmiňovaly. Většina studií tedy identifikovala mužské pohlaví jako rizikový faktor pro výskyt duální diagnózy.

#### 7.2.2.3 Diagnostické nástroje

Nejčastěji využívaným nástrojem k diagnostice psychiatrických a adiktologických poruch v analyzovaných studiích byl Diagnostický a statistický manuál IV. revize a od něho odvozené diagnostické nástroje. Diagnostické nástroje využitě ke stanovení psychiatrických diagnóz a adiktologických poruch byly popsány v metodách všech identifikovaných studií. V 75 % článků bylo využito diagnostického a statistického manuálu DSM-IV. revize a od něho odvozených diagnostických nástrojů. Mezi tyto nástroje patřil K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) obsažený ve dvou studiích (Hirschtritt et al., 2012; Wilens et al., 2013), v jedné studii bylo DSM-IV (Korsgaard et al., 2016) doplněno o M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview), v jedné studii bylo k DSM-IV (Díaz et al., 2011) využito sebesposuzovací škály YSR (Youth Self Report Form) a psychometrického nástroje CBCL (Child Behavior Checklist). U 2 článků byla jediným diagnostickým nástrojem Mezinárodní klasifikace nemocí 9. revize.

#### 7.2.2.4 Typ psychiatrické diagnózy

Popis psychiatrické diagnózy byl diskutován ve všech osmi analyzovaných studiích. Nejčastějšími diagnostikovanými poruchami byly afektivní poruchy, které se vyskytovaly v šesti z osmi studií. Na druhém místě se umístily poruchy chování, které byly zmiňovány také v šesti studiích z osmi, ovšem zastoupení v četnosti neměly tak silné jako afektivní poruchy. Na třetím a čtvrtém pořadí se v četnosti umístily úzkostné a psychotické poruchy, na pátém místě četnosti se umístilo ADHD. V jedné studii byly u dívek zmiňovány poruchy příjmu potravy, v další ze studií autoři diskutovaly obsedantně kompulzivní poruchu.

#### 7.2.2.5 Lůžková vs. ambulantní péče

Typ péče je diskutován ve všech analyzovaných studiích. Wu (2011) ve své studii dochází k závěru, že pacienti s duálními diagnózami se podle jeho národních dat vyskytovali více v lůžkové péči. Studie udávající nejvyšší prevalenci duálních diagnóz (Lachman et al., 2012) a třetí nejvyšší prevalenci (Hollen & Ortiz, 2015) shodně reportovaly lůžkovou péči participantů. Studie popisující druhou nejvyšší (Wilens et al., 2013) a nejnižší prevalenci duálních diagnóz (Díaz et al., 2011; Korsgaard et al., 2016) reportovaly ambulantní péči.

### 7.2.3 Výsledky – duální diagnózy u dětí a dospívajících s adiktologickými poruchami

Konečný počet článků, které se týkaly prevalence psychiatrických komorbidit mezi dětmi a adolescenty, kteří se potýkají s adiktologickými poruchami, byl 7.

#### 7.2.3.1 Prevalence duálních diagnóz mezi užívajícími dětmi a adolescenty

Prevalence duálních diagnóz (psychiatrické komorbidity) mezi dětmi a dospívajícími, kteří byli diagnostikováni s adiktologickými poruchami ze zneužívání návykových látek, se pohybovala v rozmezí mezi 35 % až 83 %. Rozptyl mezi nejnižší a nejvyšší hodnotou je tedy 48 jednotek. Průměrná hodnota prevalence je 59,6 % s mediánem 48 %.

#### 7.2.3.2 Diagnostické nástroje

Diagnostické nástroje využité ke stanovení adiktologických poruch a psychiatrických komorbidit byly popsány ve čtyřech studiích ze sedmi. Mezi diagnostické nástroje, které byly využity v analyzovaných studiích, jsme identifikovali Munich version of the Composite International Diagnostic Interview (Essau, 2011), Composite International Diagnostic Interview (Langenbach et al., 2010), Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia K-SADS (Langenbach et al., 2010), Diagnostic Interview Schedule for Children Disc-IV (Alegria et al., 2011; Gattamorta et al., 2017) and DSM-IV (Alegria et al., 2011; Essau, 2011; Gattamorta et al., 2017; Langenbach et al., 2010). Munich version of the Composite International Diagnostic Interview, Diagnostic Interview Schedule for Children Disc-IV, Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia K-SADS slouží pro zhodnocení symptomů, syndromů a diagnóz popsaných v DSM IV. Více diagnostických nástrojů se opírá o DSM než o MKN. Autoři studií popisovali jako původ diagnóz lékařské zprávy nebo klinické rozhovory pracovníků služeb, kdy se můžeme domnívat, že základ diagnózy tkví v DSM nebo MKN, ale bohužel nemůže tuto domněnku opřít o popis metod.

### 7.2.3.3 Typ psychiatrické komorbidity

Druh psychiatrické poruchy v komorbiditě s adiktologickou poruchou byl diskutován v šesti studiích z celkových sedmi. U dvou studií byla nejčastější psychiatrickou poruchou porucha chování (Langenbach et al., 2010; Marshall et al., 2012), u jedné studie byly nejčastější úzkostné poruchy (Essau, 2011), jedna studie udávala, že nejčastější komorbiditou byly afektivní poruchy spojené s úzkostnými poruchami (Alegria et al., 2011), jedna studie uváděla jako nejčastější komorbiditu symptom sebepoškozování bez upřesnění diagnózy a na druhém místě udávala hyperkinetické poruchy (James et al., 2013). Další studie pracovala se systémem externalizovaných a internalizovaných poruch, výsledkem této studie bylo stanovení nejčastější psychiatrické komorbidity jako přítomnost smíšených poruch, tedy současná přítomnost znaků internalizovaných a externalizovaných poruch u jedince (Gattamorta et al., 2017).

U dvou studií, kde byla nejčastější psychiatrickou poruchou porucha chování, výzkumníci identifikovali jako nejčastěji zneužívanou látku THC a na druhém místě alkohol (Langenbach et al., 2010; Marshall et al., 2012). U studie, kde byly nejčastějšími poruchami úzkostné poruchy byl jako nejčastější zneužívanou látkou identifikován alkohol a na druhém místě THC, u této studie se na třetím místě zneužívání objevily opiáty (Essau, 2011).

V analyzovaných studiích jsme se nesešli ve výsledcích s psychotickými poruchami a bipolární poruchou, které se objevují v jiných relevantních studiích.

### 7.2.3.4 Typ látek

Rozbor a specifikování zneužívaných látek byl pouze u tří studií. U dvou studií byla nejčastěji zneužívanou látkou THC a druhou nejčastěji zneužívanou látkou alkohol (Marshall et al., 2012; Langenbach et al., 2010), u jedné studie byl nejčastěji zneužívanou látkou alkohol a druhou nejčastěji zneužívanou látkou THC (Essau, 2011). Vyšší prevalence těchto látek může být způsobena nejen jejich neurobiologickým účinkem, ale také snazší dostupností látek v domácnosti a u vrstevníků. Při této úvaze bychom měli očekávat také výskyt zneužívání psychoaktivních léků, které se v námi analyzovaných studiích neobjevovaly. Vysvětlením může být, že se zneužíváním léků na předpis věnují jiné studie s jinými metodologiemi. U britské a jedné německé studie na dalších příčkách užívaných látek byly různé druhy amfetaminů, u další německé studie (Essau, 2011) se na třetím místě umístily opiáty a až poté amfetaminy.

### 7.2.3.5 Ambulantní vs. lůžková péče

U studií z větší části není diskutován typ služby, ve které se mladiství uživatelé nachází nebo léčí. Typ je zmíněn pouze u 3 studií. O typ lůžkové péče se jedná v jednom případě (Langenbach et al., 2010), zde byla reportovaná prevalence psychiatrických komorbidit v 67,7 % případů. Studie také diskutovala diagnostické nástroje ve formě DSM IV a K-SADS. Další dvě studie reportovaly ambulantní typ péče. Jedna ze studií udávala prevalenci komorbidit 48 % (James et al., 2013) a druhá nereportovala celkovou komorbiditu, ale pouze prevalenci poruch chování 45,5 % a ADHD 31,5 % (Marshall et al., 2012).

U lůžkové péče byla tedy vyšší prevalence duálních diagnóz. Tato skutečnost může mít příčinu v předpokladu, že do lůžkové péče jsou přijímáni pacienti s těžším průběhem onemocnění a s náročnější psychopatologií. Vzhledem k tomu, že z popisů výzkumných metod u studie pojednávající o lůžkovém typu služby byly nejdetailněji popsány nástroje diagnostiky a kliničtí pracovníci měli větší prostor pro zhodnocení stavu pacientů, domníváme se, že tato skutečnost mohla vést k odhalení většího zastoupení psychiatrických komorbidit.

U studie z lůžkové péče a z jedné studie ambulantního typu služeb bylo nejčastější psychiatrickou komorbiditou porucha chování (Langenbach et al., 2010; Marshall et al., 2012), u další studie ambulantních služeb (James et al., 2013) se naopak poruchy chování vyskytovaly v menší míře a nejčastější komorbiditou byly hyperkinetické a depresivní poruchy.

## 8. Ambulance dětské a dorostové adiktologie

Programy pro léčbu závislostí u dětí a mládeže mají v naší zemi poměrně dlouhou historii. Nejstarší zařízení tohoto druhu bylo založeno v roce 1957 Janem Mečírěm jako ambulantní služba, která se specializovala na léčbu mladistvých s problémy s alkoholem. Zařízení se nacházelo v tzv. Jungmannově domě na Apolinářské ulici. Vzhledem k rostoucímu zájmu o pomoc této rizikové skupině a vzhledem k epidemiologické situaci bylo v roce 1967 založeno Středisko pro děti a mládež v Apolináři na základě iniciativy docenta Jaroslava Skály, které se specializovalo na léčbu závislosti na alkoholu. V roce 1971 bylo centrum rozšířeno o léčbu drogových závislostí. Oba tyto programy poskytovaly služby mladým uživatelům a podle jejich úspěchu vznikla podobná zařízení i v dalších městech jako je Brno, Liberec, Opava a Teplice (Miovský et al., 2016).

Klinikou adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze byl vyvinut koncept vytvoření Ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA) v

reakci na rostoucí výskyt užívání návykových látek u dětí a dospívajících. Pilotní projekt, který probíhal v období od září 2014 do června 2015, měl za úkol ověřit účinnost ambulantního provozu. Kromě testování modelu léčby se pilotní projekt zaměřil také na ekonomickou stránku zařízení, složení pracovního týmu a specifickou cílovou skupinu. Během realizace projektu byla identifikována slabá místa v ekonomické stránce provozu, avšak tyto problémy byly řešeny včas, a to buď spojením s ambulancí pro dospělé uživatele nebo navázáním vztahů se zdravotními pojišťovnami. Pilotní projekt ukázal na důležitost týmové spolupráce a komunikace s jinými zařízeními, jako jsou OSPOD, školy nebo další zdravotnická zařízení. Celkově lze říci, že tento model se ukázal jako použitelný (Miovský & Popov, 2016).

Ambulance dětské a dorostové adiktologie se nachází v Praze 2 a je součástí Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN. Jejím cílem je poskytnout 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 se zaměřuje nejen na návykové látky, ale také na nelátkové závislosti, jako jsou například gaming a gambling. Ambulance se také věnuje léčbě duálních diagnóz a poskytuje péči v režimu ochranné léčby (Štastná, 2020).

## 9. Výzkumný problém

V současné době vzniká v České republice koncepce oboru dětské a adolescentní adiktologie. V rámci nové koncepce se řeší také problematika duálních diagnóz mezi dětmi a dospívajícími, kteří se potýkají s adiktologickými poruchami. Oproti dospělé populaci se v dětské a dorostové adiktologii potýkáme s nedostatkem epidemiologických studií popisujících duální diagnózy. Dokládá to mimo jiné Thurstone v zásadním textu doporučených postupů pro práci s mladými lidmi, kteří se potýkají s adiktologickými poruchami (Gilvarry et al., 2016). Výsledky mohou přispět k prozatím nedostatečnému popisu cílové skupiny dětských a mladistvých osob potýkajících se s adiktologickými poruchami. Naše studie tím může přispět k vývoji tuzemských doporučených postupů v dětské adiktologii. Pacienti s duálními diagnózami mají jiné potřeby a vyžadují jiné přístupy v adiktologické péči (Kalina, 2015). Naše studie může dále podpořit potřebu pedopsychiatrické složky v adiktologické péči.

## 10. Cíle

Zjistit prevalenci komorbidity poruch z užívání návykových látek nebo nelátkových závislostí (jiné nutkavé a impulzivní poruchy) a jiné duševní poruchy u pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie.

Zjistit, zda u vybraného souboru pacientů existuje vztah mezi výskytem adiktologické poruchy (druh užívané látky, nelátkové závislosti) a výskytem duální diagnózy (nějaká další psychiatrická porucha).

Zjistit, zda existuje vztah mezi demografickými údaji a dalšími údaji poskytnutými rodiči dětí a duální diagnózou, tedy typem adiktologické poruchy a výskytem duální diagnózy.

## 11. Výzkumný soubor

### 11.1 Základní soubor

Základní soubor tvoří všechny děti a mladiství, kteří mezi lety 2015–2021 využili služeb ambulancí, které se zabývají léčbou adiktologických poruch. Podle dat uveřejněných v ročence Psychiatrická péče 2015 vydané pod záštitou ÚZIS byl počet léčených dětských a mladistvých pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních 1756 osob, v roce 2016 se v ambulancích

léčilo 1891 osob a v roce 2017 se jednalo o 1577 osob. V tomto výčtu se jedná o léčby poruch vyvolané alkoholem, ostatními psychoaktivními látkami a diagnózy patologického hráčství. Za tyto sledované roky se v ambulancích léčilo s adiktologickými poruchami dohromady 5 224 osob dětského nebo mladistvého věku. V období mezi lety 2015–2021 tedy podle odhadu navštíví tyto ambulance přibližně 12 200 pacientů. Poruchy vyvolané alkoholem byly zastoupeny v 19 % případů, poruchy vyvolané jinými psychoaktivními látkami v 77 % případů a patologické hráčství ve 4 % případů. Do 15. roku stáří pacientů tvoří dívky necelou třetinu léčených, v adolescentním věku se poměr vyrovnává a dívky tvoří necelou polovinu léčených (Nechanská et al., 2016; 2017; 2018).

## **11.2 Výběrový soubor**

Výběrovým souborem jsou všichni pacienti, kteří navštívili Ambulanci dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze (ADDA). Věkově soubor spadá do 18 let včetně. Jedná se o děti a dospívající pravidelně užívající návykové látky v minimální úrovni škodlivého užívání (F.10-F.18), popřípadě užívání více návykových látek (F.19). Dále se jedná o děti a dospívající s diagnostikovatelnými (nebo diagnostikovanými) důsledky užívání návykových látek (kromě škodlivého užívání), tedy se závislostí, odvykacím stavem atd. V neposlední řadě se jedná o děti s nezvládnutými problémy s hraním a behaviorálními závislostmi (Miovský, 2016).

Výběr souboru proběhl institucionálním výběrem ze základního souboru. Počet pacientů ADDA za roky 2015–2021 činil celkem 450 osob. Z tohoto počtu bylo vyřazeno 57 osob, které neměly adiktologickou poruchu. Pro první dvě výzkumné otázky byl tedy výzkumný soubor o velikosti 393 pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie. Pro další výzkumnou otázku byl využit soubor pacientů, u kterých byla spárována data z nemocničního výkaznického systému FONS a data ze strukturovaného anamnestického listu SAL, který byl vyplňován jedním z rodičů při první návštěvě pacienta v zařízení. Po vyřazení dotazníků, které byly neúplně vyplněny pro použití výzkumné otázky, celkový soubor pro tuto analýzu činil 157 osob.



## 12. Analýza dat výběrového souboru

Data byla extrahována ze systému FONS, který je implementován v Ambulanci dětské a dorostové adiktologie. Extrahovaná data neobsahovala proměnné, ze kterých by bylo možné identifikovat pacienty. Do systému jsou data sbírána od roku 2015 a sběr pro studii probíhal do roku 2021. Vstup do systému pacientem je zajištěn při jeho každé návštěvě ADDA, kdy příslušná data zadávají do systému pracovníci ADDA. Sběr dat probíhá pod vedením dr. Lenky Šťastné jako vedoucí provozu.

Datová věta systému FONS obsahuje následné proměnné pojišťovna, pohlaví, rok narození, město, čtvrť (část), datum návštěvy, hlavní diagnóza, diagnóza 1, 2, 3, 4, poskytnuté výkony/služby. Z těchto dat byla vytvořena datová matice, v jejímž rámci muselo být uskutečněno párování návštěv ADDA k jednotlivým pacientům, aby nedošlo k znásobení souboru. Výhodou těchto dat je fakt, že diagnostiku všech pacientů provádí po celou dobu sběru jeden a tentýž lékař/pedopsychiatr. Tím je zvýšena validita sbíraných dat. Diagnostika je určována podle manuálu Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. MKN-10 je tedy nástrojem k určování diagnostiky.

Další soubor dat pocházel ze strukturovaného anamnestického listu pro rodiče SAL. Tento dotazník vyplňují rodiče při první návštěvě ambulance. Dotazník obsahuje základní demografické údaje, informace o sociálních vztazích, o psychickém stavu, právním postavení, škole, rodinné anamnéze a adiktologické anamnéze. Data z dotazníku SAL byla párována k datům ze systému FONS pracovníkem ambulance. Po spárování dat neobsahoval soubor proměnné, ze kterých by bylo možné identifikovat pacienta. Tato data nebyla sbírána po celou dobu a jedná se tedy o doplňující data k participantům v období 2017-2021.

Data byla využita k deskriptivní statistice, díky které můžeme představit prevalenci duálních diagnóz ve sledované populaci.

Pro další analýzu dat jsme zvolili statistické neparametrické metody. Pomocí metod korelační (Pearsonův Chí kvadrát či Fishermanův exaktní test) analýzy jsme identifikovali vztahy mezi jednotlivými typy adiktologických poruch (druh návykové látky či hraní počítačových her a užívání chytrých zařízení u nelátkových adiktologických poruch) a další psychiatrickou poruchou.

Dále jsme analyzovali vztahy mezi jednotkami týkajícími se adiktologické poruchy, další psychiatrické poruchy a faktory extrahovanými z dat pocházejících z anamnestického listu vyplněného rodiči pacientů (SAL). Tento list přináší rozšířené informace o dětských pacientech. Mezi kategorie, o kterých přinášíme informace, patří základní informace (demografická data,

zda má dítě přiděleného kurátora, jak se pacient o ambulanci dozvěděl apod.), sociální vztahy dítěte, psychický stav/anamnéza podle rodiče, právní postavení dítěte, škola, rodinná anamnéza a adiktologická anamnéza. Vzhledem k tomu, že se jedná o větší množství manifestních proměnných a cílem je analyzovat korelace a na základě této analýzy určit skupiny proměnných, za kterými stojí společný faktor (latentní proměnná; proměnné statisticky patří k sobě), jako metoda byla zvolena explorativní korelační analýza (Hendl, 2015).

### **13. Limity**

K limitům práce mohou patřit zvolené statistické metody. Sběr dat je prováděn klinickými pracovníky ambulance a limitem může tedy být jejich motivace k systematickému sběru nutnému k výzkumné práci. Jako nástroj diagnostiky je volen pouze manuál MKN 10. revize, u pacientů nedocházelo k validizaci diagnóz jinými diagnostickými nástroji.

Dalším limitem může být struktura a rozsáhlost dotazníku Strukturovaného anamnestického listu. Některé položky dotazníku mohly být pro respondenty zavádějící a nesrozumitelné. Rozsáhlost dotazníku mohla přispět k menší návratnosti dotazníku respondenty. Dotazník je z velké části postaven na sebesposuzování, proto je nutné takto přistupovat k datům z něj vycházejících, kdy se jedná zejména o subjektivní než objektivní vnímání situace respondenty. Mezi dalšími limity studie vnímáme poměrně malý vzorek participantů, kdy jsme některé z cílů mohli ověřit na vzorku 393 participantů, další z cílů jsme mohli předložit na spárovaných datech 157 participantů. Limitem studie je také fakt, že vycházíme z dat pouze jednoho zařízení ambulanci služby, která má omezenou územní působnost.

### **14. Etika**

Údaje, které by mohly vést k identifikaci pacientů, byly zaslepeny anonymním kódováním pracovníky zdravotnického zařízení. Výzkumník (doktorandský student) se tak díky kódování dostal k zaslepeným datům, ze kterých nebylo možné identifikovat konkrétního jedince. Participant i jejich zákonní zástupci byli o využití dat informováni a svůj souhlas stvrdili písemným podpisem. Dizertační projekt byl také schválen Etickou komisí VFN v Praze 29.6. 2020 pod číslem jednacím 434/20 S-IV.

## 15. Výsledky

### 15.1 Prevalence duálních diagnóz

Pomocí analýzy dat z nemocničního výkaznického systému FONS jsme mohli zodpovědět první výzkumnou otázku, která se týká duálních diagnóz u dětí a adolescentů docházejících v letech 2015-2021 do ambulance dětské a dorostové adiktologie. Celkový počet všech dětských a mladistvých pacientů v tomto období čítal 450 osob. Rozdělení dle pohlaví bylo v souboru 33,8 % dívek 66,2 % chlapců (tab.1).

Tab.1 Rozložení pacientů ve výběrovém vzorku dle pohlaví

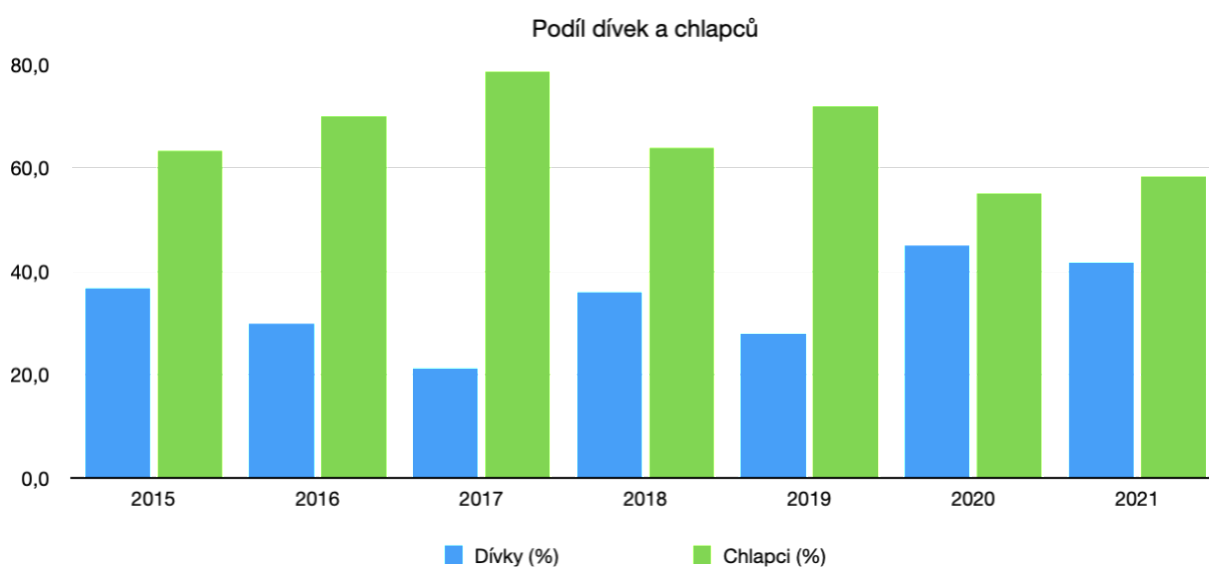
	Počet osob	Procenta (%)
Muž	298	66,2
Žena	152	33,8
Celkem	450	100

Tento poměr však v čase zaznamenává vývoj, kdy v roce 2015 činilo zastoupení dívek 36,7 %, v roce 2016 bylo zastoupení 29,9 %, v roce 2017 zastoupení 21,3 %, v roce 2018 zastoupení 36 %, v roce 2019 zastoupení 28 %, v roce 2020 zastoupení 44,9 % a v roce 2021 zastoupení 41,7 % (tab.2 a graf č.1). V roce 2015 navštívilo ambulanci 109 pacientů, v roce 2016 návštěvnost klesla na 67 pacientů, v roce 2017 klesl počet pacientů na 47 osob, v roce 2018 na 25 osob, v roce 2019 se zvýšil počet na 93 pacientů, v roce 2020 byl počet pacientů 49 osob a v roce 2021 byl počet 60 pacientů.

Tab.2 Procentuální zastoupení dívek a chlapců při prvních návštěvách zařízení v čase

Rok první návštěvy	Dívky (%)	Chlapci (%)	Celkový součet za daný rok
2015	36,7	63,3	109
2016	29,9	70,1	67
2017	21,3	78,7	47
2018	36	64	25
2019	28	72	93
2020	44,9	55,1	49
2021	41,7	58,3	60
Celkový součet	152	298	450

Graf č.1 Procentuální zastoupení dívek a chlapců při prvních návštěvách zařízení v čase



Ze všech 450 pacientů, nebylo 57 pacientů diagnostikováno s adiktologickou poruchou. Celkový počet pacientů s adiktologickými poruchami byl tedy 393 pacientů. Nejčastějšími adiktologickými poruchami byla duševní porucha a porucha chování způsobená užíváním kanabinoidů (F12.2) a jiné nutkavé a impulzivní poruchy (F63.8) ve stejném zastoupení u 34,9 % pacientů. Třetí nejčastější adiktologickou poruchou je polyvalentní užívání návykových látek (F19.2), u 18,8 % pacientů následována poruchou z užívání stimulantů (F15.2), u 14,5 % pacientů a poruchou z užívání alkoholu (F10.2) u 13,2 % pacientů. Porucha z užívání tabáku byla diagnostikována u 5,3 % pacientů a porucha z užívání sedativ a hypnotik u 1 % pacientů (tab.3).

Tab.3 Zastoupení adiktologických poruch u pacientů

F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F63
13,23 %	0,00 %	34,86 %	1,02 %	0,00 %	14,50 %	0,00 %	5,34 %	0,00 %	18,83 %	34,86 %
52	0	137	4	0	57	0	21	0	60	137

F10 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání alkoholu; F11 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání opioidů; F12 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání kanabinoidů; F13 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání sedativ a hypnotik; F14 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání kokainu; F15 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání stimulantů; F16 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání halucinogenů; F17 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání tabáku; F18 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání prchavých rozpouštědel; F19 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání více psychoaktivních látek; F63 Jiné nutkavé a impulzivní poruchy

Při rozdělení výzkumného souboru dle pohlaví můžeme sledovat mezi chlapci a dívkami následující rozdíly. U chlapců byla nejčastější adiktologickou poruchou diagnóza spadající do jiných nutkavých a impulzivních poruch (F63.8) u 45,5 % pacientů, druhou nejčastější poruchou jsou poruchy způsobené užíváním kanabinoidů (F12.2) u 34,2 % pacientů, dále polyvalentní užívání (F19.2) u 13,9 % chlapců následovanými poruchami způsobenými užíváním alkoholu (F10.2), které se vyskytují u 10,5 % chlapců. Poruchy způsobené užíváním stimulantů (F15.2) se vyskytují u chlapců v 6,8 % případů, tabáku (F17.2) v 5,6 % případů a poruchy spojené s užíváním hypnotik a sedativ (F13.2) u 1,5 % pacientů (tab. 4). Zatímco u dívek jsou nejčastějšími adiktologickými poruchami ty způsobené užíváním kanabinoidů (F12.2) vyskytující se u 36,2 % pacientek, druhými nejčastějšími jsou poruchy spojené s užíváním stimulantů (F15.2) u 30,7 % pacientek následovanými poruchami z polyvalentního užívání (F19.2) u 29,1 % pacientek. Dalšími jsou poruchy spojené s užíváním alkoholu (F10.2) u 18,9 % pacientek. Druhou nejméně častou adiktologickou poruchou jsou jiné nutkavé a

impulzivní poruchy (F63.8) u 12,6 % pacientek a nejméně časté jsou poruchy spojené s užíváním tabáku (F17.2) u 4,7 % pacientek (tab. 4).

Tab.4 Zastoupení adiktologických poruch u pacientů – chlapci a dívky

Diagnóza adiktologické poruchy	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F63
Chlapci	10,53 %	0,00 %	34,21 %	1,5 %	0,00 %	6,77 %	0,00 %	5,64 %	0,00 %	13,91 %	45,49 %
Dívky	18,90 %	0,00 %	36,22 %	0,00 %	0,00 %	30,71 %	0,00 %	4,72 %	0,00 %	29,13 %	12,60 %

F10 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání alkoholu; F11 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání opioidů; F12 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání kanabinoidů; F13 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání sedativ a hypnotik; F14 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání kokainu; F15 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání stimulantů; F16 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání halucinogenů; F17 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání tabáku; F18 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání prchavých rozpouštědel; F19 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání více psychoaktivních látek; F63 Jiné nutkavé a impulzivní poruchy

Při zkoumání duálních diagnóz v tomto výzkumném souboru docházíme ke konečnému výsledku, kdy se alespoň jedna přidružená psychiatrická diagnóza vyskytuje u **36,1 % osob**. Z toho jedna psychiatrická diagnóza se vyskytuje u 30,3 % osob, dvě psychiatrické diagnózy se vyskytují u 5,3 % osob a 3 psychiatrické diagnózy se vyskytují u 0,5 % osob (tab. 5).

Tab. 5 Přehled zastoupení duálních diagnóz u pacientů

Přehled duálních diagnóz		
	Frekvence (N)	Procenta (%)
bez komorbidit	251	63,9
Duální diagnóza (1 komorbidita)	119	30,3
Duální diagnóza (2 komorbidit)	21	5,3
Duální diagnóza (3 komorbidit)	2	0,5
Total	393	100,0

Nejčastějším přidruženým duševním onemocněním byly poruchy z okruhu poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání (F90 – F98), které se vyskytovaly u 64,1 % osob. Z tohoto okruhu patří zastoupení 22 % poruše aktivity a pozornosti (F90.0) a 31 % hyperkinetické poruše chování (F90.1), nesocializovaná porucha chování (F91.1) se v tomto

okruhu vyskytovala ve 29,4 % případů, ostatní poruchy chování se vyskytovaly v 17,6 % případů z okruhu poruch chování. Druhým nejčastějším zastoupeným okruhem poruch jsou ve vzorku poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69) vyjma patologického hráčství a jiných nutkavých a impulzivních poruch. Tento okruh poruch má zastoupení u 15,5 % osob. Třetí nejčastější skupinou jsou poruchy z okruhu neurotických, stresových a somatoformních poruch (F40-F49) u 11,3 % osob. Dále se vyskytují syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59), poruchy psychického vývoje (F80-F89) a afektivní poruchy (F30-F39; tab. 6). Toto poměrné zastoupení poruch odpovídá zejména poměrům u chlapců. U dívek oproti chlapcům je sledováno menší zastoupení poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání (F90-F98) s prevalencí 34,9 %, za to se častěji vyskytují poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69) s prevalencí 22,2 %, syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59) s prevalencí 15,9 % a neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F49) s prevalencí 14,3 % a afektivní poruchy (F30-F39) s prevalencí 7,9 %.

Tab. 6 Přehled typů duševních poruch a jejich zastoupení v duálních diagnózách

F20-F29	F30-F39	F40-F48	F50-F59	F60-F69	F70-F79	F80-F89	F90-F98
0,25 %	1,53 %	4,07 %	3,56 %	5,6 %	0,25 %	3,05 %	23,16 %
1	6	16	14	22	1	12	91

F20-F29 schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy; F30-F39 afektivní poruchy; F40-F48 neurotické, stresové a somatoformní poruchy; F50-F59 poruchy 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

## 15.2 Vztah mezi typem adiktologické poruchy a duálními diagnózami

Pro výzkumnou otázku týkající se vztahů mezi typy adiktologických poruch a nějakou další psychiatrickou poruchou jsme využili testování zejména pomocí Pearsonova chí kvadrátu, u jedné proměnné jsme museli zvolit metodu Fisherova exaktního testu, neboť proměnná byla zastoupena v nízkém počtu případů. Konkrétně se jednalo o poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ a hypnotik. Nebyl potvrzen žádný statisticky významný vztah mezi druhem adiktologické poruchy a nějaké další psychiatrické poruchy.

U testu vztahu proměnné duševní poruchy a poruchy chování způsobených užíváním alkoholu (F10) a nějaké jiné duševní poruchy byla hladina významnosti stanovena na hodnotě 0,440 (tab. 7). U testu vztahu mezi duševními poruchami a poruchami z užívání kanabinoidů (F12) a nějaké

jiné duševní poruchy byla p-hodnota 0,378 (tab. 8). U obdobného testu vztahu proměnné duševních poruch a poruch chování z užívání sedativ a hypnotik (F13) byla p-hodnota 0,301 (tab. 9), u proměnné duševní poruchy a poruchy chování z užívání stimulantů (F15) byla p-hodnota na hladině 0,658 (tab. 10), u další proměnné duševní poruchy a poruchy chování z užívání tabáku (F17) byla p-hodnota na hladině 1,0 (tab. 11), u proměnné duševní poruchy a poruchy chování z užívání více psychoaktivních látek (F19) byla p-hodnota 0,894 (tab. 12) a u proměnné jiné nutkavé a impulzivní poruchy (F63.8) byla p-hodnota stanovena na hladině 0,913 (tab. 13).

Tab. 7 Vztah duševní poruchy a poruchy chování způsobených užíváním alkoholu a nějaké jiné duševní poruchy

<b>F10 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání alkoholu * nějaká jiná duševní porucha</b>						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.747 <sup>a</sup>	1	0,387	0,440	0,241	
Continuity Correction <sup>b</sup>	.305 <sup>a</sup>	1	0,578			
Likelihood Ratio	0,762	1	0,383	0,440	0,241	
Fisher's Exact Test				0,440	0,241	
Linear-by-Linear Association	.745 <sup>a</sup>	1	0,388	0,440	0,241	0,087
N of Valid Cases	303					

Tab. 8 Vztah duševní poruchy a poruchy chování způsobených užíváním kanabinoidů a nějaké jiné duševní poruchy

<b>F12 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání kanabinoidů * nějaká jiná duševní porucha</b>						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.983 <sup>a</sup>	1	0,322	0,378	0,189	
Continuity Correction <sup>b</sup>	.677 <sup>a</sup>	1	0,378			
Likelihood Ratio	0,977	1	0,323	0,378	0,189	
Fisher's Exact Test				0,324	0,189	
Linear-by-Linear Association	.980 <sup>a</sup>	1	0,322	0,378	0,189	0,053
N of Valid Cases	303					



Tab. 9 Vztah duševní poruchy a poruchy chování způsobených užíváním sedativ a hypnotik a nějaké jiné duševní poruchy

<b>F13 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání sedativ a hypnotik * nějaká jiná duševní porucha</b>						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.286 <sup>a</sup>	1	0,131	0,301	0,165	
Continuity Correction <sup>b</sup>	0,978	1	0,323			
Likelihood Ratio	3,610	1	0,057	0,182	0,165	
Fisher's Exact Test				0,301	0,165	
Linear-by-Linear Association	2.280 <sup>c</sup>	1	0,131	0,301	0,165	0,165
N of Valid Cases	303					

Tab. 10 Vztah duševní poruchy a poruchy chování způsobených užíváním stimulantů a nějaké jiné duševní poruchy

<b>F15 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání stimulantů * nějaká jiná duševní porucha</b>						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.226 <sup>a</sup>	1	0,634	0,658	0,375	
Continuity Correction <sup>b</sup>	0,107	1	0,744			
Likelihood Ratio	0,229	1	0,633	0,658	0,375	
Fisher's Exact Test				0,658	0,375	
Linear-by-Linear Association	.226 <sup>c</sup>	1	0,635	0,658	0,375	0,107
N of Valid Cases	303					

Tab. 11 Vztah duševní poruchy a poruchy chování způsobených užíváním tabáku a nějaké jiné duševní poruchy

<b>F17 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání tabáku * nějaká jiná duševní porucha</b>						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.037 <sup>a</sup>	1	0,847	1,000	0,508	
Continuity Correction <sup>b</sup>	0,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	0,037	1	0,848	1,000	0,508	
Fisher's Exact Test				0,820	0,508	
Linear-by-Linear Association	.037 <sup>c</sup>	1	0,848	1,000	0,508	0,179
N of Valid Cases	303					

Tab. 12 Vztah duševní poruchy a poruchy chování způsobených užíváním více psychoaktivních látek a nějaké jiné duševní poruchy

F19 Duševní poruchy a poruchy chování z užívání více psychoaktivních látek * nějaká jiná duševní porucha						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.039 <sup>a</sup>	1	0,843	0,894	0,478	
Continuity Correction <sup>b</sup>	0,004	1	0,949			
Likelihood Ratio	0,039	1	0,843	0,894	0,478	
Fisher's Exact Test				0,894	0,478	
Linear-by-Linear Association	.039 <sup>a</sup>	1	0,843	0,894	0,478	0,105
N of Valid Cases	393					

Tab. 13 Vztah nelátkových závislostí a nějaké jiné duševní poruchy

F63 Jiné nutkavé a impulzivní poruchy* nějaká jiná duševní porucha						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.012 <sup>a</sup>	1	0,912	0,913	0,501	
Continuity Correction <sup>b</sup>	0,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	0,012	1	0,912	1,000	0,501	
Fisher's Exact Test				1,000	0,501	
Linear-by-Linear Association	.012 <sup>a</sup>	1	0,912	0,913	0,501	0,087
N of Valid Cases	393					

### 15.3 Vztah mezi demografickými a jinými údaji a duálními diagnózami

Pro další analýzu další analýzu byla využita data, která vznikla spárováním dvou sad dat pocházejících z nemocničního systému FONS a ze strukturovaných anamnestických listů SAL. Z celkového počtu 450 pacientů jsme vyloučili pro analýzu data pacienty, kteří neměli adiktologickou poruchu (57 pacientů). Z důvodu neodevzdání některých dotazníků a vyloučení špatně vyplněných dotazníků SAL vznikl konečný soubor 157 respondentů, kteří mají spárované informace ze systému FONS a z plně vyplněných dotazníků SAL. Ze 157 respondentů je zastoupení chlapců 68,8 % (108 osob) a dívek 31,2 % (celkem 49 osob, tab. 14).

Tab. 14 Rozložení osob dle pohlaví

	Počet osob (N)	Procenta (%)
Muž	108	68,8
Žena	49	31,2
Celkem	157	100

Prevalence duálních diagnóz v tomto souboru pacientů byla 38,8 %, kdy jednu přidruženou psychiatrickou diagnózu mělo 31,8 % pacientů a dvě přidružené psychiatrické diagnózy mělo 7 % pacientů. Nejčastějším věkem při zahájení léčby v ambulanci byl věk 17 let u 29,3 % pacientů, druhým nejčastějším věkem bylo 16 let u 19,1 % osob a dále 18 let u 17,8 % osob (tab. 15). Průměrný počet návštěv pacientů (terapeutických sezení, kontrolních vyšetření apod.) byl 16 setkání.

Tab. 15 Rozložení dle věku pacientů

Věk	Frekvence	Procenta (%)
8	2	1,3
9	2	1,3
11	2	1,3
12	6	3,8
13	5	3,2
14	14	8,9
15	22	14,0
16	30	19,1
17	46	29,3
18	28	17,8
Celkem	157	100,0

Z dotazníků můžeme získat informaci o tom, kdo pacienta do zařízení ambulance posílá. U 71,3 % pacientů tak učinili rodiče, u 10,8 % pacientů to byli pracovníci OSPOD, u 1,9 % poslala pacienty do zařízení škola, u 14 % pacientů to byl někdo jiný. Nejčastěji se pacienti se svými rodiči o ambulanci dozvěděli z webových stránek a na internetu (27,4 %), dále pak v jiných adiktologických službách (20,4 %) a od známých (10,2 %). Kurátora mělo přiděleno 33,1 % pacientů. Sociální pracovníci mělo přiděleno 64,3 % pacientů. Z dotazníku jsme zjistili že 10,2 % pacientů mělo zkušenost s ústavní výchovou. Předchozí adiktologickou léčbou prošlo 5,7 % pacientů a zkušenost s pobytem v nemocnici mělo 21,7 % pacientů, dále jsme zjistili že 38,7 % respondentů bylo hospitalizováno v psychiatrickém zařízení. Zkušenost s předchozí ambulancí psychiatrickou léčbou mělo 43,9 % pacientů. Na detoxifikační jednotce bylo v minulosti hospitalizováno 16,6 % pacientů. Při bližším zkoumání sociálních vztahů jsme zjistili že volný čas s příbuznými bez adiktologických problémů tráví 42,7 % pacientů. Podle rodičů tráví 42 %

pacientů svůj volný čas s přáteli bez problémů a 42,7 % pacientů tráví svůj volný čas s přáteli s problémy. Svůj volný čas tráví nejčastěji o samotě podle rodičů 33,8 % pacientů. Rodičům vyhovuje skutečnost, s kým tráví její dítě čas v 50 % případů, ve 45,1 % případů tato skutečnost rodičům nevyhovuje a 4,9 % případů je jim to jedno. Blízký vztah s matkou má 73,9 % pacientů a blízký vztah s otcem je udáván u 45,9 % pacientů, blízký vztah se sourozencem je udáván též u 45,9 % pacientů. Blízký vztah se sexuálním partnerem byl udáván u 19,7 % osob.

Získali jsme také informace o psychických obtížích pacientů z pohledu jejich rodičů. Potíže mimo užívání návykových látek a digitálních závislostí vnímalo u dětí 56,1 % respondentů vyplňující dotazník. Deprese v anamnéze dle rodičů mělo 17,8 % pacientů, úzkostné projevy mělo 22,3 % pacientů, zkušenost se sebepoškozováním mělo 21,7 % pacientů, halucinacemi někdy podle rodičů trpělo 3,2 % pacientů, problémy s ovládním mělo 26,8 % pacientů, o sebevraždu se pokusilo 8,9 % pacientů a myšlenkami na sebevraždu se zabíralo 14,6 % pacientů. Léky užívalo 26,1 % osob, nějakým projevem poruchy příjmu potravy dle rodičů trpělo 10,2 % dětí a problémy se soustředěním pozorovali rodiče ve 26,1 % případů.

V oblastech právní a trestní problematiky jsme zjistili, že 4,5 % pacientů bylo v minulosti vyšetřováno pro prodej omamných látek, dále pak 6,4 % pacientů bylo vyšetřováno pro krádež a 1,9 % pacientů pro násilný trestný čin. Podmínku nebo soudně nařízenou léčbu mělo 4,5 % pacientů. Celkově bylo zadržováno či vyšetřováno 15,9 % dětí a mladistvých.

Celkem 38,2 % pacientů přicházejících do ambulance docházelo na střední školu s maturitou, 36,8 % pacientů na základní školu, 11,8 % na střední odborné učiliště a 11,1 % na gymnázia. Podle rodičů mělo 36,1 % dětí průměrný, 29,7 % podprůměrný a 19,7 % výborný prospěch. Neprospívalo 17 % dětí. Sníženou známku z chování nebo jiný postih mělo někdy ve svém životě 51 % dětí. U 48,6 % dětí proběhla během studia změna školy, nejčastějším důvodem bylo stěhování rodiny, absence dítěte, nevyhovují škola a šikana.

Při pohledu na rodinné zázemí jsme zjistili, že 45 % dětí pocházelo z úplných rodin, 36,9 % z neúplných rodin a u 18,1 % byl v původní rodině chybějící rodič doplněn novým nevlastním rodičem. S prarodiči bydlelo 4,5 % dětí a ve střídavé péči žilo 5,1 % pacientů. Konflikty dětí s biologickou matkou byly udávány ve 43,9 % případů, konflikty s biologickým otcem ve 39,5 % případů, se sourozenci v 17,2 % případů a konflikty s jinými příbuznými ve 26,1 % případů. Děti pocházely z rodin, kde se vyskytoval problém s užíváním alkoholu v 8,5 % případů a problém s užíváním drog ve 2,4 % případů. Ohrožení rodiny užíváním alkoholu vnímalo 36,9 % respondentů vyplňující dotazník, ohrožení užíváním nelegálních návykových látek vnímalo 18,5 % respondentů a ohrožení psychickými potížemi 32,5 % respondentů. Ohrožení rodiny nezaměstnaností vnímalo 8,3 % respondentů dotazníků, ohrožení rodiny chudobou vnímalo 5,1

% respondentů, zdravotním znevýhodněním 8,9 % a ohrožení dluhy 9,6 % respondentů. Obecné ohrožení rodiny vnímalo 33,1 % respondentů. Dědeček z otcovy strany měl problém s užíváním alkoholu u 17,2 % dětí, s drogami u 8,3 % dětí a psychické potíže u 12,7 % dětí. Babička z otcovy strany měla problémy s užíváním alkoholu u 6,4 % dětí, s drogami žádná a psychické potíže u 6,4 % dětí. Z matčiny strany měla babička problém s užíváním alkoholu u 9,6 % dětí, s užíváním drog u 3,8 % dětí a psychické potíže u 9,6 % dětí.

Průměrným věkem iniciace dětí do užívání z pohledu respondentů (tedy z naprosté většiny rodičů) byl u alkoholu věk 13,6 let (tab. 16), u tabáku 13,5 let (tab. 17), u marihuany 13,9 let (tab. 18), u MDMA 15 let (tab. 19), u stimulantů věk 15,1 let (tab. 20), u halucinogenů 15 let a u tlumivých léků 14,8 let (tab. 21). První zkušenost s nelegálními návykovými látkami je tedy udáván průměrný věk 13,9 let a první zkušenost s rizikovým návykovým chováním 12,2 let.

Tab. 16 Iniciace užívání alkoholu u pacientů

<b>Iniciace - alkohol</b>	
Věk	Procenta (%)
8.0	1,4
10.0	1,4
11.0	4,2
12.0	18,1
13.0	19,4
14.0	23,6
14.5	1,4
15.0	20,8
16.0	9,7
Total	100,0

Tab. 17 Iniciace užívání cigaret/tabáku u pacientů

<b>Iniciace - cigarety</b>	
Věk	Procenta (%)
9	6,0
11	4,0
12	12,0
13	18,0
14	30,0
15	24,0
16	6,0
Total	100,0

Tab. 18 Iniciale užívání marihuany u pacientů

<b>Iniciale - marihuana</b>	
Věk	Procenta (%)
10	2,7
11	2,7
12	15,1
13	12,3
14	27,4
15	24,7
16	15,1
Total	100,0

Tab. 19 Iniciale užívání MDMA u pacientů

<b>Iniciale - MDMA</b>	
Věk	Procenta (%)
13	8,7
14	4,3
15	60,9
16	17,4
17	8,7
Total	100,0

Tab. 20 Iniciale užívání stimulancií u pacientů

<b>Iniciale - stimulancia</b>	
Věk	Procenta (%)
11	3,8
13	3,8
14	19,2
15	30,8
16	34,6
17	7,7
Total	100,0

Tab. 21 Iniciale užívání psychoaktivních léků u pacientů

<b>Iniciale - psychoaktivní léky</b>	
Věk	Procenta (%)
13	6,7
14	20,0
15	60,0
16	13,3
Total	100,0

Z dat ze strukturovaných anamnestických listů jsme získali proměnné, které jsme následně využili pro testování vztahů mezi těmito proměnnými a skutečností, kdy se u pacienta nacházela duální diagnóza. Hledali jsme tak vztahy, kdy některé skutečnosti udávané respondenty

dotazníků korelují s výskytem duálních diagnóz u dětí a mladistvých a jsou silnější než u dětí a mladistvých, kteří duální diagnózu nemají.

U vzorku všech zkoumaných bez rozdílu pohlaví jsme potvrdili hypotézu vztahu duální diagnózy a s neschopností se ovládat (tab. 22, 23). Neschopnost se ovládat byla reportována rodiči v dotaznících SAL podle jejich zkušenosti a pozorování svých dětí. Potvrdili jsme také hypotézu o existenci vztahu, kdy se u pacientů, kteří mají duální diagnózu, objevují mimo užívání návykových látek také užívání psychiatrických léků předepsaných lékařem (tab. 24, 25). Dále jsme potvrdili hypotézu vztahu mezi výskytem duální diagnózy a projevy poruch příjmu potravy reportovanými rodiči v dotaznících SAL. Jednalo se tak o projevy poruch příjmu potravy, jak je vnímali rodiče pacientů (tab. 26, 27). Dále jsme potvrdili vztah, kdy děti a mladiství s duální diagnózou častěji pocházejí z úplných rodin než děti bez duálních diagnóz (tab. 28, 29).

Tab. 22, 23 Vztah mezi neschopností se ovládat a výskytem duální diagnózy

		Neschopnost se ovládat		Total
		ne	ano	
Psychiatrická komorbidita	bez komorbidity	78	18	96
	s komorbiditou	37	24	61
Total		115	42	157

Chi-Square Tests	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	8.073 <sup>a</sup>	1	0,004	0,006	0,004	
Continuity Correction <sup>b</sup>	7,056	1	0,008			
Likelihood Ratio	7,936	1	0,005	0,006	0,004	
Fisher's Exact Test				0,006	0,004	
Linear-by-Linear Association	8.022 <sup>c</sup>	1	0,005	0,006	0,004	0,003
N of Valid Cases	157					

Tab. 24, 25 Vztah mezi užíváním psychofarmak a výskytem duální diagnózy

		Užívání psychiatrických léků		Total
		ne	ano	
Psychiatrická komorbidita	bez komorbidity	80	16	96
	s komorbiditou	36	25	61
Total		116	41	157

Chi-Square Tests	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	11.431 <sup>a</sup>	1	0,001	0,001	0,001	
Continuity Correction <sup>b</sup>	10,205	1	0,001			
Likelihood Ratio	11,238	1	0,001	0,001	0,001	
Fisher's Exact Test				0,001	0,001	
Linear-by-Linear Association	11.358 <sup>c</sup>	1	0,001	0,001	0,001	0,001
N of Valid Cases	157					

Tab. 26, 27 Vztah mezi symptomy poruch příjmu potravy a výskytem duální diagnózy

		Poruchy příjmu potravy		Total
		ne	ano	
Psychiatrická komorbidita	bez komorbidity	92	4	96
	s komorbiditou	49	12	61
Total		141	16	157

Chi-Square Tests	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	9.798 <sup>a</sup>	1	0,002	0,003	0,002	
Continuity Correction <sup>b</sup>	8,177	1	0,004			
Likelihood Ratio	9,642	1	0,002	0,005	0,002	
Fisher's Exact Test				0,003	0,002	
Linear-by-Linear Association	9.735 <sup>c</sup>	1	0,002	0,003	0,002	0,002
N of Valid Cases	157					



Tab. 28, 29 Vztah mezi rodinným stavem (ne/rozvedenost rodičů) a výskytem duální diagnózy

		Rodinný stav		Total
		úplná	rozvedení	
Psychiatrická komorbidita	bez komorbidity	36	42	91
	s komorbiditou	31	13	58
Total		67	55	149

Chi-Square Tests	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	8,825 <sup>a</sup>	2	0,012	0,013		
Likelihood Ratio	9,133	2	0,010	0,012		
Fisher's Exact Test	8,988			0,010		
Linear-by-Linear Association	.103 <sup>a</sup>	1	0,749	0,823	0,419	0,085
N of Valid Cases	149					

Na druhou stranu jsme nepotvrdili jsme vztah, kdy by pacienti s duální diagnózou měli signifikantnější vztah k prožívání depresí, úzkostí, sebepoškozování, myšlenkám na sebevraždu nebo nesoustředění. Nepotvrdil se silnější vztah mezi výskytem duální diagnózy a trestním řízením, vyšetřováním nebo zadržováním, také se nepotvrdil vztah mezi výskytem duální diagnózy a vnímáním ohrožení rodiny nezaměstnaností, chudobou, zdravotním znevýhodněním, dluhy či ztrátou bydlení. Dále se nepotvrdil silnější vztah se skutečností, že by mladistvý s duální diagnózou žil nebo měl vztah s někým, kdo užíval alkohol nebo bral drogy, měl školní postih, měl konflikty s někým blízkým. Také jsme nepotvrdili nižší věk v iniciaci užívání některé z návykových látek (alkohol, marihuana, cigarety, návykové chování obecně, zkušenost s nelegálními návykovými látkami) nebo rizikového užívání počítačů.

Při rozdělení souboru na dívky a chlapce jsme zjistili silnější vztah mezi výskytem duální diagnózy a projevů poruch příjmu potravy u dívek (tab. 30, 31). U dívek jsme také zjistili silnější vztah mezi výskytem duální diagnózy a častějším školním postihem. Tímto postihem byla vnímána nejen snížená známka z chování, ale také třídní a ředitelské dutky či podmíněčné vyloučení ze školy kvůli chování (tab. 32, 33). U dívek jsme také identifikovali silnější vztah mezi výskytem duální diagnózy a nižším věkem prvních zkušeností s návykovými látkami či s návykovým chováním obecně než u populace bez komorbidit (tab. 34).

Tab. 30, 31 Vztah mezi symptomy poruch příjmu potravy a výskytem duální diagnózy u dívek

		Potíže s poruchami příjmu potravy		Total
		ne	ano	
Psychiatrická komorbidita	bez komorbidity	27	1	28
	s komorbiditou	15	6	21
Total		42	7	49

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	6.125 <sup>a</sup>	1	0,013	0,033	0,019	
Continuity Correction <sup>b</sup>	4,253	1	0,039			
Likelihood Ratio	6,436	1	0,011	0,033	0,019	
Fisher's Exact Test				0,033	0,019	
Linear-by-Linear Association	6.000 <sup>a</sup>	1	0,014	0,033	0,019	0,018
N of Valid Cases	49					

Tab. 32, 33 Vztah mezi přítomností školního postihu v minulosti a výskytem duální diagnózy u dívek

		Měla školní postih		Total
		ne	ano	
Psychiatrická komorbidita	bez komorbidity	19	9	28
	s komorbiditou	8	13	21
Total		27	22	49

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4.296 <sup>a</sup>	1	0,038	0,048	0,037	
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,178	1	0,075			
Likelihood Ratio	4,342	1	0,037	0,048	0,037	
Fisher's Exact Test				0,048	0,037	
Linear-by-Linear Association	4.209 <sup>a</sup>	1	0,040	0,048	0,037	0,028
N of Valid Cases	49					

Tab. 34 Vztah mezi výskytem duální diagnózy a nižším věkem prvních zkušeností s návykovými látkami či s návykovým chováním obecně

Test Statistics <sup>a</sup>						
	Iniciace PC	Iniciace alkohol	Iniciace cigarety	Iniciace THC	Věk první zkušenosti s návykovými látkami/návykovým chováním	Věk první zkušenosti s nelegálními látkami
Mann-Whitney U	0,500	50,500	21,000	46,000	87,000	53,000
Wilcoxon W	28,500	105,500	66,000	101,000	240,000	119,000
Z	-1,927	-0,326	-0,207	-0,658	-2,021	-0,507
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,054	0,744	0,836	0,511	0,043	0,612
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.056 <sup>b</sup>	.756 <sup>b</sup>	.898 <sup>b</sup>	.557 <sup>b</sup>	.049 <sup>b</sup>	.652 <sup>b</sup>
Exact Sig. (2-tailed)	0,111	0,791	0,904	0,528	0,043	0,645
Exact Sig. (1-tailed)	0,056	0,395	0,461	0,265	0,022	0,323
Point Probability	0,056	0,026	0,102	0,007	0,001	0,008

U chlapců jsme potvrdili silnější vztah mezi výskytem duální diagnózy a neschopností se ovládat (tab. 35, 36)

Tab. 35, 36 Vztah mezi neschopností se ovládat a výskytem duální diagnózy u chlapců

		Neschopnost se ovládat		Total
		ne	ano	
Psychiatrická komorbidita	bez komorbidity	57	11	68
	s komorbiditou	24	16	40
Total		81	27	108

Chi-Square Tests	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	7.624 <sup>a</sup>	1	0,006	0,010	0,006	
Continuity Correction <sup>b</sup>	6,406	1	0,011			
Likelihood Ratio	7,432	1	0,006	0,010	0,006	
Fisher's Exact Test				0,010	0,006	
Linear-by-Linear Association	7.553 <sup>c</sup>	1	0,006	0,010	0,006	0,005
N of Valid Cases	108					

## 16. Diskuze

Problematika duálních diagnóz v cílové skupině dětí a mladistvých není oproti dospělé populaci v tuzemské literatuře dostatečně popsána a není jí věnován dostatečný prostor. V současné době navíc vzniká dokument Koncepce dětské a dorostové adiktologie, kde by toto téma mělo mít řádné ukotvení, neboť pacienti s duálními diagnózami mají jiné potřeby a vyžadují jiné přístupy v adiktologické péči než ostatní adiktologičtí pacienti (Kalina, 2015). Disertační prací jsme proto chtěli věnovat pozornost této problematice a přispět tak svými publikačními aktivitami k vyrovnání tohoto nedostatku. Výsledky disertační práce vycházejí z dat sbíraných u pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Jedná se o soubor 450 osob, které v letech 2015-2021 navštívily zařízení. Z celkového počtu bylo 31,2 % dívek a 68,8 % chlapců. Tento poměr však zaznamenává svůj vývoj, kdy se zvyšuje podíl dívek v roce 2020 a 2021 na 44,9 % respektive 41,7 %. Vyšší podíl dívek může být dán pandemickou situací, kdy statistická data ukazují, že na duševní zdraví dívek měla restriktivní společenská opatření větší vliv než u chlapců (Halldorsdottir et al., 2021).

Jedním z hlavních cílů bylo zjistit prevalenci duálních diagnóz, tedy komorbiditu poruch z užívání návykových látek nebo nelátkových závislostí (diagnóza jiné nutkavé a impulzivní poruchy) a jiné duševní poruchy u pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie. Ze všech 450 pacientů, nebylo 57 pacientů diagnostikováno s adiktologickou poruchou. Celkový počet pacientů s adiktologickými poruchami byl tedy 393 pacientů. Z tohoto vzorku mělo 36,1 % osob duální diagnózu. To je nižší podíl, než přináší přehledová studie Jandáče a Šťastné (2023) o duálních diagnózách u dětí a mladistvých s adiktologickými poruchami, kde byla průměrná hodnota prevalence duálních diagnóz 59,6 %. Tento rozdíl procentuálního zastoupení může být dán tím, že v přehledové studii byly začleněny výzkumy, které byly uskutečňovány také u pacientů v lůžkové péči. Pacienti v lůžkové péči vykazovali vyšší procento duálních diagnóz než ti v ambulantní péči. Tomuto faktu napovídá, že nižší procento výskytu duálních diagnóz odpovídá spíše studiím, které byly prováděny v ambulantních zařízeních (Couwenbergh, 2006; James et al., 2013; Marshall et al., 2012). Rozdíl může být také způsoben posuzováním a diagnostickým vnímáním daného psychiatra. Zmiňovaný přehledový článek se též zabýval studiemi, které se soustředily na adiktologické pacienty s látkovými závislostmi. V našem souboru je 34,9 % pacientů, kteří mají diagnostikovanou nelátkovou závislost pomocí kategorie jiné nutkavé a impulzivní poruchy. Zároveň 5,3 % pacientů z našeho vzorku čelilo adiktologické poruše z užívání tabáku, tato porucha také nebyla u studií v přehledovém článku zohledňována.

Vedle jiných nutkavých a impulzivních poruch byla se stejným procentuálním zastoupením 34,9 % nejčastější adiktologickou poruchou duševní porucha a porucha chování způsobená užíváním kanabinoidů, následovaná polyvalentním užíváním a užíváním stimulancií. Vysoká míra užívání kanabinoidů u pacientů odpovídá také studiím (Marshall et al., 2012; Langenbach et al., 2010), vyšší míra užívání odpovídá německé studii (Essau, 2011). Zahraniční studie reportovaly vyšší zastoupení uživatelů alkoholu, který byl v naší cílové populaci až pátou nejčastější poruchou. Rozdíl může být dán dostupností návykových látek v různých zemích a také zvyklostí u cílové populace dětí a mladistvých v užívání různých typů návykových látek. Závažnost adiktologické poruchy či typu užívané látky může být také ovlivněna typem adiktologické ambulantní služby, kdy závažnější adiktologické poruchy jsou řešeny v jiných formách služeb, na příklad v pobytových zařízeních. Nejčastějším přidruženým duševním onemocněním byly poruchy z okruhu poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání, které se vyskytovaly u 64,1 % osob. Tento závěr souzní se studiemi Langenbacha (2010), Marshalla (2012), ale také s výsledky obsáhlé studie Miovskeho a jeho kolektivu (2018), který upozorňoval na vysoké zastoupení poruch aktivity a pozornosti a hyperkinetické poruchy chování u adiktologických pacientů. Naopak naše výsledky neodpovídají výsledkům německé studie (Essau, 2011), která jako nejčastější komorbiditu jmenovala úzkostné poruchy, které v našem vzorku byly třetí nejčastějšími poruchami. Dále naše výsledky nekorelují se studií Alegria a kolektivu (2011), kde byly nejčastější komorbiditou afektivní poruchy, které v našem vzorku byly v nízkém zastoupení. Tento rozdíl může být dán tím, že u jmenovaných studií nebyly přítomny a studie nebyly zaměřeny na mladistvé s hyperkinetickými poruchami a poruchami aktivity. Dále může být rozdíl dán skutečností, že v našem vzorku byly na druhém místě diagnostikované poruchy osobnosti a chování v dospělosti, které se ve jmenovaných studiích neobjevovaly.

Dalším cílem disertační práce bylo zjistit, zda u vybraného vzorku pacientů existuje vztah mezi výskytem adiktologické poruchy (druh užívané látky, nelátková závislost) a výskytem duální diagnózy (nějaká další psychiatrická porucha). U tohoto cíle se nám bohužel nepodařilo potvrdit žádný signifikantní vztah mezi užívanou látkou či nelátkovou závislostí a typem komorbidity. Nenavazujeme tak na studie, které předpokládaly, že by mohl být vztah mezi užíváním kanabinoidů a poruchami chování (Marshall et al., 2012; Langenbach et al., 2010) nebo mezi užíváním alkoholu a úzkostnými či neurotickými poruchami (Essau, 2011). Zároveň ani tyto studie přímo nepotvrdily tento vztah signifikantními výsledky potvrzenými statistickými metodami, ale jen tyto úvahy navrhovaly. Náš výsledek může být ovlivněn poměrně malým vzorkem participantů a roztržštěním dat do mnoha proměnných. Na jedné straně širě

proměnných ve smyslu adiktologických poruch, na druhé straně širě proměnných ve smyslu psychiatrických komorbidit. Pro ověření těchto hypotéz proto navrhujeme uskutečnit šetření na větším vzorku participantů a dat.

Posledním z cílů disertační práce bylo zjistit, zda existuje vztah mezi demografickými údaji a dalšími údaji poskytovanými rodiči dětí a duální diagnózou, tedy typem adiktologické poruchy a výskytem duální diagnózy u pacientů. Pro tuto analýzu byla využita spárovaná data z nemocničního výkaznického systému s daty ze strukturovaného anamnestického listu, který vyplňoval vždy jeden z rodičů pacienta či pacientky. Konečný soubor v sobě zahrnoval data 157 pacientů (31,2 % dívek a 68,8 % chlapců). U pacientů jsme zjistili signifikantní vztah mezi duální diagnózou a zkušeností rodičů, že tyto děti a mladiství nemají schopnost se ovládat. Tuto zkušenost udávali rodiče mezi dalšími pozorovanými obtížemi mimo užívání návykových látek. Tato skutečnost může znamenat, že pacienti čelí neschopnosti se ovládat úpravou svého chování pomocí sebemedikace (Kalina, 2015). Další vztah, který jsme potvrdili, je vztah mezi duální diagnózou a užíváním psychiatrických léků předepsaných lékařem v anamnéze pacientů. Toto zjištění poukazuje na fakt, že mladiství pacienti mohli čelit psychickým obtížím již před návštěvou adiktologické ambulance a podstupovali psychofarmakologické intervence již před návštěvou adiktologické ambulance. Rodiče též udávali u pacientů s duálními diagnózami zkušenosti s projevy poruch příjmu potravy, aniž by tyto poruchy musely být minulostí diagnostikovány. Tento vztah se při rozdělení dat podle pohlaví potvrdil u dívek. Závěry souhlasí se závěry studie Rolové (2018) a publikace Rassoola (2002). Tato skutečnost může také souviset se skutečností, kdy dívky využívají působení návykových látek jako anorektik (Rolová et al., 2018). V takovém případě je třeba počítat s možností nárůstu hmotnosti u dívek, které se pokoušejí v adiktologické léčbě o abstinenci od návykových látek. Zajímavým zjištěním byl výsledek, kdy existuje signifikantní vztah mezi výskytem duální diagnózy a skutečností, že dítě či mladistvý pochází z úplné rodiny. Tento závěr nekorresponduje s míněním jiných studií, které poukazují na fakt, že demografické faktory a rodinný původ participantů (zda-li participanté pocházeli z úplných, nebo neúplných rodin) nemá na výskyt duálních diagnóz vliv (Stephens et al., 2014). Při rozdělení souboru na dívky a chlapce jsme dále zjistili vztah mezi výskytem duální diagnózy u dívek a zkušeností nějakého školního postihu týkajícího se chování. Tento závěr odpovídá velké studii Torrensové (2017) i přehledové publikaci Rassoola (2002), kteří odkazují na vyšší míru rizikového chování mimo užívání a překračování hranic v chování u pacientů s duálními diagnózami. U dívek jsme také pozorovali jev, kdy dívky s duální diagnózou mají zkušenost s návykovými látkami či s návykovým chováním obecně v nižším věku než u populace bez komorbidit. Tento závěr

potvrzuje závěry Torrensové (2017) i Rassoola (2002), kteří upozorňují na fakt, že lidé s duálními diagnózami začínají s rizikovým chováním v nižším věku.

Mezi silné stránky studie patří skutečnost, že vycházíme na tuzemské poměry z jedinečného souboru dat pacientů, kteří navštívili ambulantní zařízení v rozmezí let 2015-2021. Ve studii se zabýváme nejen pacienty, kteří se potýkají s rizikovým chováním spojeným s užíváním návykových látek včetně tabáku, ale také s rizikovým chováním ve spojení s nelátkovými závislostmi. Diagnostiku závislostního chování i přidružených duševních poruch prováděl jeden zkušený psychiatr po celou dobu sběru dat. Jsme si ovšem vědomi několika limitů a omezení, které s sebou naše studie přináší. Přestože předkládáme studii, která vznikla na konzistentních datech sbíraných v rámci jednoho zařízení, a diagnostika byla vedená jednou a tou samou osobou psychiatra, stále se jedná o data jedné služby a chybí srovnání s dalšími pracovišti, která by pracovala se stejnou datovou větou. Proto navrhujeme pokračovat ve sbírání dat společně s dalšími zařízeními, která by se také nacházela mimo oblast působení hlavního města Prahy. Získali bychom tak více heterogenní sadu informací. S tím souvisí další omezení studie, která pracovala s daty poměrně malého vzorku participantů, kdy soubor činil 393, respektive 157 osob. Dalším limitem je podoba strukturovaného anamnestického listu, který by v další vlně sběru dat měl být revidován a upraven. Některé obsažené otázky mohou být pro vyplňující osoby nesrozumitelné či zavádějící. Upravena by měla být též jeho rozsáhlost, která může být příčinou jeho návratnosti. Ta by se mohla zvýšit i formou dotazníku, kdy by nebyl v papírové formě, ale byla by využita digitální forma vyplňování na tabletech. Informace vycházejí ze sebeposuzování vyplňujících, což přispívá k subjektivitě získaných dat. K validitě informací by mohlo přispět využití dalších diagnostických nástrojů, neboť jsme pracovali s daty vycházejícími pouze z diagnostiky postavené na manuálu Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize.

## 17. Závěr

Naše studie přináší informaci o vysoké prevalenci duálních diagnóz mezi pacienty Ambulance dětské a dorostové adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, kdy mezi posuzovanými participanty byli nejen pacienti s rizikovým chováním s ohledem na užívání návykových látek, ale také s ohledem na nelátkové závislosti. Prevalence duálních diagnóz byla 36,1 %. Disertační projekt napomohl nejen k popisu cílové populace dětí a dospívajících s duálními diagnózami v tuzemském prostředí, jeho závěry by mohly být využity při tvorbě právě se rodící Koncepce dětské a dorostové adiktologie. Dále by mohl přispět při genezi Doporučených klinických postupů v adiktologii. Svými výsledky naznačuje, že je třeba se problematikou duálních diagnóz zabývat v prevenci a léčbě adiktologických poruch u dětí a dospívajících. Potvrzujeme také důležitost přítomnosti pedopsychiatrické péče v oblasti adiktologické léčby v cílové populaci dětí a dospívajících. Podporujeme spolupráci a dialog mezi pedopsychiatry a dalšími profesemi, jako jsou adiktologové, ve službách zabývajících se léčbou dětí a dospívajících s adiktologickými poruchami. Doporučujeme také rozvoj časných intervencí a screeningů v pediatrické péči.



## 18. Bibliografie

Aarons, G. A., Brown, S. A., Hough, R. L., Garland, A. F., & Wood, P. A. (2001). Prevalence of Adolescent Substance Use Disorders Across Five Sectors of Care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 419–426.

<https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00010>

Alegria, M., Carson, N. J., Goncalves, M., & Keefe, K. (2011). Disparities in Treatment for Substance Use Disorders and Co-Occurring Disorders for Ethnic/Racial Minority Youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(1), 22–31.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.10.005>

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

Arnevik, E. A., & Helverschou, S. B. (2016). Autism Spectrum Disorder and Co-occurring Substance Use Disorder—A Systematic Review. *Substance Abuse-Research and Treatment*, 10, 69–75. <https://doi.org/10.4137/SART.S39921>

Couwenbergh, C., van den Brink, W., Zwart, K., Vreugdenhil, C., van Wijngaarden-Cremers, P., & van der Gaag, R. J. (2006). Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: A review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(6), 319–328. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0535-6>

Díaz, R., Goti, J., García, M., Gual, A., Serrano, L., González, L., Calvo, R., & Castro-Fornieles, J. (2011). Patterns of substance use in adolescents attending a mental health department. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(6), 279–289.

<https://doi.org/10.1007/s00787-011-0173-5>

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

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

Essau, C. A. (2011). Comorbidity of substance use disorders among community-based and high-risk adolescents. *Psychiatry Research*, 185(1–2), 176–184. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.033>

Gattamorta, K. A., Mena, M. P., Ainsley, J. B., & Santisteban, D. A. (2017). The Comorbidity of Psychiatric and Substance Use Disorders Among Hispanic Adolescents. *Journal of Dual Diagnosis*, 13(4), 254–263. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1343965>

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 I.LF UK a VFN v Praze.

Goldstein, B. I., Strober, M., Axelson, D., Goldstein, T. R., Gill, M. K., Hower, H., Dickstein, D., Hunt, J., Yen, S., Kim, E., Ha, W., Liao, F., Fan, J., Iyengar, S., Ryan, N. D., Keller, M. B., & Birmaher, B. (2013). Predictors of First-Onset Substance Use Disorders During the Prospective Course of Bipolar Spectrum Disorders in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(10), 1026–1037. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.07.009>

Halldorsdottir, T., Thorisdottir, I. E., Meyers, C. C., Asgeirsdottir, B. B., Kristjansson, A. L., Valdimarsdottir, H. B., ... & Sigfusdottir, I. D. (2021). Adolescent well-being amid the COVID-19 pandemic: Are girls struggling more than boys?. *JCPP advances*, 1(2).

Harvey, C.; McGill, K.; Kinney, C.; Harvey, M.; Blumberg, E.; Farr, J. (2022). *FDDC-NADD Dual Diagnosis Study, Final Research Study Report*. Kingston: Developmental Disabilities Council. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.13686.68161>.

Hendl, J. (2015). *Přehled statistických metod*. Praha: Portál.

Hirschtritt, M. E., Pagano, M. E., Christian, K. M., McNamara, N. K., Stansbrey, R. J., Lingler, J., Faber, J. E., Demeter, C. A., Bedoya, D., & Findling, R. L. (2012). Moderators of fluoxetine treatment response for children and adolescents with comorbid depression and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(4), Art. 4.

<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.09.010>

Hollen, V., & Ortiz, G. (2015). Mental Health and Substance Use Comorbidity Among Adolescents in Psychiatric Inpatient Hospitals: Prevalence and Covariates. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 24(2), 102–112. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2013.768575>

Hughes, L. (2006). Closing the Gap: Dual Diagnosis *Framework*. London: DOH/CSIP.

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

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. (b.r.). Získáno 11. březen 2023, z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f499894965>

James, P. D., Smyth, B. P., & Apantaku-Olajide, T. (2013). Substance use and psychiatric disorders in Irish adolescents: A cross-sectional study of patients attending substance abuse treatment service. *Mental Health and Substance Use*, 6(2), 124–132. <https://doi.org/10.1080/17523281.2012.693519>

Kalina, K. Et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Korsgaard, H. O., Torgersen, S., Wentzel-Larsen, T., & Ulberg, R. (2016). Substance abuse and personality disorder comorbidity in adolescent outpatients: Are girls more severely ill

than boys? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10, 8.

<https://doi.org/10.1186/s13034-016-0096-5>

Lachman, A., Nassen, R., Hawkrigde, S., & Emsley, R. A. (2012). A retrospective chart review of the clinical and psychosocial profile of psychotic adolescents with co-morbid substance use disorders presenting to acute adolescent psychiatric services at Tygerberg Hospital. *South African Journal of Psychiatry*, 18(2), 53–60.

<https://doi.org/10.10520/EJC121609>

Langenbach, T., Spönlein, A., Overfeld, E., Wiltfang, G., Quecke, N., Scherbaum, N., Melchers, P., & Hebebrand, J. (2010). Axis I comorbidity in adolescent inpatients referred for treatment of substance use disorders. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 4, 25. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-4-25>

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. *ISRN Public Health*, 1–5. <https://doi.org/10.5402/2012/973850>

*Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10.* (1992). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Masroor, A., Patel, R. S., Bhimanadham, N. N., Raveendran, S., Ahmad, N., Queeneth, U., Pankaj, A., & Mansuri, Z. (2019). Conduct Disorder-Related Hospitalization and Substance Use Disorders in American Teens. *Behavioral Sciences*, 9(7), Art. 7.

<https://doi.org/10.3390/bs9070073>

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

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

Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Rosenberg, S. D., Swett Jr, C., Miles, K. M., & Hill, D. (2000). Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia bulletin*, 26(1), 179-192.

Nechanská, B., Jann, J., Slábová, V., Kudrna, K. & Pašingerová, R. (2016). *Psychiatrická péče 2015*. Praha: ÚZIS ČR.

Nechanská, B., Jann, J., Nováková, Z., Slábová, V., Kudrna, K. & Pašingerová, R. (2017). *Psychiatrická péče 2016*. Praha: ÚZIS ČR.

Nechanská, B., Jann, J., Nováková, Z., Slábová, V., Kudrna, K. & Pašingerová, R. (2018). *Psychiatrická péče 2017*. Praha: ÚZIS ČR.

Pontes, H. M. (Ed.). (2022). *Behavioral addictions: conceptual, clinical, assessment, and treatment approaches*. Springer Nature

Rolová, G., Barták, M., Rogalewicz, V., Štastná, L. (2018). Prevalence poruch příjmu potravy u žen hospitalizovaných pro abúzus alkoholu. *Adiktologie*, 18(1), 40–47.

Starcevic, V., & Khazaal, Y. (2017). Relationships between Behavioural Addictions and Psychiatric Disorders: What Is Known and What Is Yet to Be Learned? *Frontiers in Psychiatry*, 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2017.00053>

Stephens, J. R., Heffner, J. L., Adler, C. M., Blom, T. J., Anthenelli, R. M., Fleck, D. E.,

Welge, J. A., Strakowski, S. M., & DelBello, M. P. (2014). Risk and Protective Factors

Associated With Substance Use Disorders in Adolescents With First-Episode Mania. *Journal*

of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53(7), Art. 7.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.04.018>

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.

Tejeda-Romero, C., Kobashi-Margáin, R. A., Alvarez-Arellano, L., Corona, J. C., & González-García, N. (2018). Differences in substance use, psychiatric disorders and social factors between Mexican adolescents and young adults: Dual diagnosis in Mexican adolescents. *The American Journal on Addictions*, 27(8), 625–631. <https://doi.org/10.1111/ajad.12808>

Vacek, J. (2010). *Nelátkové závislosti-behaviorální závislosti. Výukový text*. Praha: Centrum adiktologie.

Wilens, T. E., Martelon, M., Anderson, J. P., Shelley-Abrahamson, R., & Biederman, J. (2013). Difficulties in emotional regulation and substance use disorders: A controlled family study of bipolar adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1–2), Art. 1–2.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.01.015>

Winstanley, ErinL., Steinwachs, DonaldM., Stitzer, MaxineL., & Fishman, MarcJ. (2012). Adolescent Substance Abuse and Mental Health: Problem Co-Occurrence and Access to Services. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 21(4), 310–322. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2012.709453>

Wise, B. K., Cuffe, S. P., & Fischer, T. (2001). Dual diagnosis and successful participation of adolescents in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(3), 161–165. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(01\)00193-3](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00193-3)

Wolitzky-Taylor, K., Bobova, L., Zinbarg, R. E., Mineka, S., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal investigation of the impact of anxiety and mood disorders in adolescence on


subsequent substance use disorder onset and vice versa. *Addictive Behaviors*, 37(8), 982–985. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.026>

Wu, L.-T., Gersing, K., Burchett, B., Woody, G. E., & Blazer, D. G. (2011). Substance use disorders and comorbid Axis I and II psychiatric disorders among young psychiatric patients: Findings from a large electronic health records database. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), Art. 11. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.012>

Zhu, Y., Mooney, L. J., Yoo, C., Evans, E. A., Kelleghan, A., Saxon, A. J., Curtis, M. E., & Hser, Y.-I. (2021). Psychiatric comorbidity and treatment outcomes in patients with opioid use disorder: Results from a multisite trial of buprenorphine-naloxone and methadone. *Drug and Alcohol Dependence*, 228, 108996. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108996>

## 19. Přílohy

### Strukturovaný anamnestický list

	<b>Všeobecná fakulní nemocnice v Praze</b> <b>Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN</b> <b>Ambulance dětské a dorostové adiktologie</b> 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: \_\_\_\_\_ Otec: \_\_\_\_\_  
Matky: \_\_\_\_\_

Kdo sem dítě posílá:

Rodiče  OSPOD/kurátor  Škola  Jiné: .....

Kde jste se o nás dozvěděli:

Známý  Web  Leták  OSPOD/kurátor  
 Jiná a diktologická 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. Ustavní výchova (DD, DU, 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):

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> S matkou      | <input type="checkbox"/> S otcem               | <input type="checkbox"/> S bratrem či sestrou | <input type="checkbox"/> Se sexuální partnerkou/partnerem |
| <input type="checkbox"/> Se spolužákem | <input type="checkbox"/> S přítelem/přítečkyní |   |   |

### Psychický stav/anamnéza

Kolikrát se vaše dítě léčilo pro psychiatrické (duševní) potíže?

- |   |                 |   |                 |
|---|-----------------|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Lůžkové (pobyty) | Kolikrát: _____ | <input type="checkbox"/> Ambulantně (návštěvy v ordinaci) | Kolikrát: _____ |
|---|-----------------|---|-----------------|

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

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vážnou depresi         | <input type="checkbox"/> Těžké stavy úzkosti  | <input type="checkbox"/> Sebeпоškození                      | <input type="checkbox"/> Halucinace (hlasy)     |
| <input type="checkbox"/> Neschopnost se ovládat | <input type="checkbox"/> Sebevražedný pokus   | <input type="checkbox"/> Mělo předepsané psychiatrické léky | <input type="checkbox"/> Myšlenky na sebevraždu |
| <input type="checkbox"/> Poruchy příjmu potravy | <input type="checkbox"/> Stav, při němž těžko něco chápalo, nesoustředilo se, nepamatovalo si |   |   |

### Právní postavení

Bylo vaše dítě někdy zadržované, vyšetřované v souvislosti s:

- |  |                                  |   |  |
|--|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prodejem drog | <input type="checkbox"/> Krádeží | <input type="checkbox"/> Násilným činem (vloupání, ublížení na zdraví, zabití znásilnění) | <input type="checkbox"/> Pro jiný trestný čin, jaký: ..... |
|--|----------------------------------|---|--|

Má vaše dítě podmínku či soudně nařízenou léčbu?:

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |
|-----------------------------|------------------------------|

### Škola

Ročník: \_\_\_\_\_

Typ studující školy:

- |                                      |   |   |                                    |
|--------------------------------------|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ZŠ          | <input type="checkbox"/> SŠ s maturitou | <input type="checkbox"/> SŠ či SOU bez maturity | <input type="checkbox"/> Gymnázium |
| <input type="checkbox"/> Jiné: ..... |   |   |                                    |

Školní prospěch v posledním školním roce:

- |   |                                       |  |   |
|---|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Výborný (1, 2) | <input type="checkbox"/> Průměrný (3) | <input type="checkbox"/> Podprůměrný (4) | <input type="checkbox"/> Neprospívá (5) |
|---|---------------------------------------|--|---|

Školní postihy za poslední 3 měsíce:

- |   |  |   |                                      |
|---|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Snížená známka z chování | <input type="checkbox"/> Důtka učitele | <input type="checkbox"/> Důtka ředitele | <input type="checkbox"/> Jiné: ..... |
|---|--|---|--------------------------------------|

Školní postihy, celý život:

- |   |  |   |                                      |
|---|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Snížená známka z chování | <input type="checkbox"/> Důtka učitele | <input type="checkbox"/> Důtka ředitele | <input type="checkbox"/> Jiné: ..... |
|---|--|---|--------------------------------------|

Proběhla v průběhu studia změna školy:

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