

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**FILOZOFICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA PSYCHOLOGIE**

Psychiatrická symptomatologie u uživatelů návykových  
látek v léčbě závislosti

Psychiatric Symptomatology among Substance Users  
in Addiction Treatment



**DISERTAČNÍ PRÁCE**

AUTOR: Mgr. Barbora Orlíková

ŠKOLITEL: Mgr. Miroslav Charvát, PhD.

OLOMOUC

2019

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem svou disertační práci „Psychiatrická symptomatologie u uživatelů návykových látek v léčbě“ vypracovala samostatně a svědomitě pod odborným dohledem vedoucího disertační práce a uvedla jsem všechny použité podklady, zdroje a literaturu.

V Praze dne .... 2019

Podpis.....

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Miroslavu Charvátovi, PhD., za odborné vedení doktorského studia, za jeho podporu a rady. Ráda bych poděkovala také PhDr. Ladislavu Csémymu, doc. MUDr. Viktoru Mravčíkovi, PhD., a celému týmu Epidemiologického a klinického výzkumu závislostí Národního ústavu duševního zdraví za možnost podílet se na uvedeném výzkumu. Dále jmenovitě Mgr. Zuzaně Dvořákové a Mgr. Jitce Prajsové za cenné rady a podporu při statistickém zpracování dat. Mé díky patří i organizacím, které byly ochotny spolupracovat, stejně jako jejich zaměstnancům a samotným respondentům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Dále také Mgr. Vilmě Táborské za připomínky a rady při zpracování práce. Avšak největší díky patří mému synovi Tomáši Orlíkovi a mým rodičům Ing. Karlu Orlíkovi a Ing. Zdeňce Orlíkové, bez jejichž podpory a trpělivosti bych práci nebyla schopná dokončit.

# Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
<b>1. UŽÍVÁNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK V ČESKÉ REPUBLICE.....</b>	<b>12</b>
1.1. HISTORIE .....	13
1.2. PROTIDROGOVÁ POLITIKA V ČR.....	14
1.3. SPECIFIKA SITUACE OHLEDNĚ NÁVYKOVÝCH LÁTEK VE SROVNÁNÍ SE ZAHRANIČÍM .....	15
<b>2. VÝZKUMY ZAMĚŘENÉ NA UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V ČESKÉ POPULACI .....</b>	<b>17</b>
2.1. CELOPOPULAČNÍ STUDIE .....	17
2.2. STUDIE VE SPECIFICKÝCH POPULACÍCH .....	18
2.3. VÝSLEDKY STUDIÍ ZAMĚŘENÝCH NA ŽÁKY A STUDENTY .....	19
<b>3. PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK .....</b>	<b>21</b>
3.1 TRENDY NA DROGOVÉ SCÉNĚ .....	23
3.2 NOVÉ SYNTETICKÉ DROGY .....	23
3.3 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG .....	24
<b>4. LÉČBA UŽIVATELŮ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V ČR.....</b>	<b>25</b>
4.1. SYSTÉM PÉČE V PÉČI O DROGOVĚ ZÁVISLÉ .....	26
4.2. OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA SNIŽOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH RIZIK (HARM REDUCTION).....	28
4.3. LÉČBA SMĚROVANÁ K ABSTINENCI .....	28
4.4. SUBSTITUČNÍ LÉČBA.....	31
4.5. NÁRODNÍ REGISTR LÉČBY UŽIVATELŮ DROG .....	33
<b>5. PSYCHICKÉ A SOMATICKÉ DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....</b>	<b>34</b>
5.1. PSYCHICKÉ A SOMATICKÉ KOMPLIKACE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM METAMFETAMINU .....	35
5.2. PSYCHICKÉ A SOMATICKÉ KOMPLIKACE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM OPIOIDŮ.....	36
5.3. PSYCHICKÉ A SOMATICKÉ KOMPLIKACE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM ALKOHOLU .....	37
<b>6. PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA .....</b>	<b>38</b>
6.1. PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA U UŽIVATELŮ METAMFETAMINU .....	39
6.1.1. Psychotické stavy .....	41
6.1.2. Afektivní poruchy .....	44

6.1.3 Úzkostné poruchy.....	46
6.1.4. Poruchy osobnosti.....	46
6.1.5. Poruchy příjmu potravy .....	47
6.1.6. Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD).....	47
6.1.7. Neurokognitivní poškození v důsledku užívání metamfetaminu .....	47
6.1.8. Závislost na metamfetaminu a zároveň na dalších látkách .....	48
6.1.9. Primární psychiatrické onemocnění a zkušenost psychiatrických pacientů s metamfetaminem ...	48
6.2. PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA U UŽIVATELŮ OPIOIDŮ .....	49
6.2.1. Psychotické stavy .....	49
6.2.2. Afektivní poruchy .....	50
6.2.3. Úzkostné poruchy.....	50
6.2.4. Poruchy osobnosti.....	51
6.2.5. Poruchy příjmu potravy .....	51
6.2.6. Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD).....	52
6.2.7. Neurokognitivní poškození.....	52
6.2.8. Závislost na opiátech a na dalších psychoaktivních látkách.....	52
6.2.9. Primární psychiatrické onemocnění a zkušenost psychiatrických pacientů s opiáty .....	53
6.3. PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA U UŽIVATELŮ ALKOHOLU.....	53
6.3.1. Psychotické stavy .....	55
6.3.2. Afektivní poruchy .....	56
6.3.3. Úzkostné poruchy.....	57
6.3.4. Poruchy osobnosti.....	58
6.3.5. Poruchy příjmu potravy .....	58
6.3.6. Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD).....	59
6.3.7. Neurokognitivní poškození.....	59
6.3.8. Závislost na alkoholu a na dalších psychoaktivních látkách.....	59
6.3.9. Primární psychiatrické onemocnění a zkušenost psychiatrických pacientů s alkoholem.....	60
<b>7. PREDIKTORY ÚSPĚŠNOSTI LÉČBY SE ZŘETELEM K PSYCHIATRICKÉ KOMORBIDITĚ</b>	<b>61</b>
7.1. PREDIKTORY ÚSPĚŠNOSTI LÉČBY ZÁVISLOSTI NA METAMFETAMINU (PERVITINU).....	62
7.1.1. Délka léčby.....	63

7.1.2. Charakteristiky na straně klienta/pacienta .....	63
7.1.3. Charakteristiky na straně léčebného zařízení a léčebné strategie .....	67
7.2. PREDIKTORY ÚSPĚŠNOSTI LÉČBY NA HEROINU A JINÝCH NELEGÁLNÍCH OPIOIDECH .....	69
7.2.1 Délka léčby.....	69
7.2.2. Charakteristiky na straně klienta/pacienta .....	70
7.2.3. Faktory na straně léčebného zařízení a léčebné strategie .....	78
7.3. PREDIKTORY ÚSPĚŠNOSTI LÉČBY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU .....	81
7.3.1. Délka léčby.....	82
7.3.2. Charakteristiky na straně klienta/pacienta .....	82
7.3.3. Faktory na straně léčebného zařízení a léčebné strategie .....	85
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>86</b>
<b>8. METODOLOGIE .....</b>	<b>86</b>
8.1. ZÁKLADNÍ CÍLE STUDIE .....	87
8.2. HYPOTÉZY .....	87
8.3. VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	88
8.4. PRŮBĚH REALIZACE STUDIE.....	91
8.5. NÁSTROJE.....	92
8.5.1. <i>Addiction Severity Index-Lite (ASI-Lite) – Index závažnosti závislosti – verze Lite</i> .....	94
8.5.2. <i>Mental Health Inventory 5 (MHI-5) – Inventář duševního zdraví</i> .....	95
8.5.3. <i>Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form (Q-LES-Q-SF) – Kvalita života a spokojenost se životem</i> .....	95
8.5.3. <i>Brief Symptom Inventory 53 (BSI-53) – Stručný inventář symptomů</i> .....	96
<b>9. VÝSLEDKY .....</b>	<b>97</b>
9.2. VÝSLEDKY Z ČÁSTI DOTAZNÍKU ADDICTION SEVERITY INDEX LITE ZAMĚŘENÉ NA PSYCHICKÝ STAV ..	97
9.3. VÝSLEDKY DOTAZNÍKU MENTAL HEALTH INVENTORY 5 - MHI 5 .....	102
9.4. VÝSLEDKY DOTAZNÍKU QUALITY OF LIFE ENJOYMENT AND SATISFACTION QUESTIONNAIRE – SHORT FORM (Q-LES-Q-SF).....	109
9.5. VÝSLEDKY DOTAZNÍKU BRIEF SYMPTOM INVENTORY (BSI 53).....	113
9.6. ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ .....	122
<b>10. DISKUSE.....</b>	<b>123</b>

<b>11. SHRNU TÍ</b> .....	<b>130</b>
<b>12. ZÁVĚR</b> .....	<b>134</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA</b> .....	<b>136</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>158</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>159</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>161</b>
<b>ABSTRAKT</b> .....	<b>162</b>





## Úvod

Užívání návykových látek představuje vážný problém pro veřejné zdraví. Je příčinou psychiatrické a somatické komorbidity včetně infekčních onemocnění, vyšší úmrtnosti, sociálního vyloučení a páchání trestné činnosti (Mravčík, Chomynová & Grohmannová, 2016). K pochopení problematiky užívání návykových látek a závislosti je potřeba mezioborového přístupu, jádrem je integrovaný, bio-psycho-sociální model závislosti a multidisciplinární přístup k léčbě závislostí, který koresponduje s komplexností problému závislosti (Miovský, 2003). Cílem léčby závislostí je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou úroveň, a je definována těmito oblastmi: (1) snížení míry závislosti (2) snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené užíváním návykových látek nebo s ním spojené (3) podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a jejich sociální integrace (WHO, 1998 in (Kalina, 2015).

Léčba je v České republice (ČR) poskytována několika různými typy zdravotnických i nezdravotnických zařízení (ambulantními psychiatry, adiktologickými ambulancemi a jinými ambulantními programy, specializovanými substitučními centry, psychiatrickými nemocnicemi a terapeutickými komunitami) (Nechanská, Nečas & Mravčík, 2013).

V ČR nebyla léčba závislosti dosud komplexně vyhodnocena. Kromě sledování dostupnosti různých typů léčby v rámci republiky, monitoringu žádostí o léčbu a sledování základních charakteristik osob v léčbě, je k dispozici několik dílčích studií. Ty jsou ovšem zaměřeny na některé vybrané aspekty léčby, například na úspěšnost léčby v terapeutických komunitách (Šefránek, 2013), na problematiku ADHD (Čablová, Miovský, Kalina & Šťastná, 2015; Kalina, Rubášová, Miovský, Čablová & Šťastná, 2014; Miovský, Čablová & Kalina, 2013) a další psychiatrické komorbidity a osobnostní charakteristiky u klientů léčebných zařízení (Hosák et al., 2011; Hosák, Preiss, Halíř, Čermáková & Csémy, 2004; Jeřábek, 2013; Kalina & Vácha, 2013), na prediktory úspěšnosti léčby u žen se závislostí na alkoholu (Csémy, Kubička & Dvořák, 2004), na prediktory úspěšnosti léčby uživatelů metamfetaminu (Hosák, Csémy, Preiss & Čermáková, 2005).

V rámci Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ) byla z tohoto důvodu zahájena pilotní studie Evaluace léčby závislostí, kterou provádí centrum Epidemiologického a klinického výzkumu závislostí. Pilotní studie měla za cíl ověřit proveditelnost výzkumu zaměřeného na evaluaci všech dostupných léčebných intervencí, popsat strukturu a charakteristiky

klientů/pacientů v léčbě a případně zhodnotit úspěšnost různých léčebných modalit u různých cílových skupin. Jedná se o prospektivní kohortovou studii porovnávající výsledky léčby ve všech typech zařízení na celkovém vzorku 165 respondentů. Sběr údajů od respondentů probíhal na počátku léčby, po třech měsících a po jednom roce. Hodnocenými indikátory byly změny v užívání alkoholu a jiných návykových látek, ve zdravotním stavu včetně psychiatrické symptomatologie, v sociálním fungování, v redukci trestné činnosti a míra setrvání v léčbě. Studie se detailněji zaměřovala na problematiku psychiatrické komorbidity u uživatelů návykových látek v léčbě závislosti (Csémy, Mravčík, Orlíková & Nečas, 2016). Studie probíhala od roku 2015 do roku 2018. Na základě jejího vyhodnocení je plánován obsáhlý výzkum zaměřený na vyhodnocení léčby závislostí v ČR, který by měl být zahájen v roce 2020.

Pilotní výzkum pro studii Evaluaci léčby v ČR byl financován projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I.

Výzkum předkládaný v rámci této disertační práce je součástí této pilotní studie.

Autorka práce je zaměstnankyní NÚDZ a podílela se na provádění studie – jak na přípravě baterie výzkumných nástrojů a jejím pilotním ověření, tak na přímém sběru dat s respondenty, na koordinaci externích tazatelů zapojených do sběru dat pro studii, na analýze dat a na publikační činnosti související se studií. Zejména se věnovala okruhu témat spojených se sledováním psychiatrické symptomatologie. V rámci této práce budou prezentovány výsledky, které se týkají zejména psychiatrické symptomatologie a psychiatrických duálních diagnóz.

Jedná se o problematiku, na niž se soustřeďuje aktuální výzkum. Význam komorbidit duševních poruch u uživatelů návykových látek souvisí s její vysokou prevalencí, klinickou a společenskou závažností, obtížnou řešitelností a negativním vlivem na další vývoj situace u osob komorbiditou postižených.

U jedinců, kteří trpí některou poruchou z užívání návykových látek a současně jinou komorbidní duševní poruchou, se eviduje vyšší míra urgentních příjmů, výrazně vyšší počet hospitalizací s psychiatrickými problémy a vyšší prevalence sebevražd, než je tomu u osob bez komorbidních duševních poruch. Uživatelé drog s komorbidními duševními poruchami navíc vykazují vyšší frekvenci rizikového chování, jež může vést k psychosociálním deficitům (např. vyšší výskyt nezaměstnanosti a bezdomovectví) a projevům násilného a kriminálního chování (Torrens, Mestre-Pintó & Domingo-Salvany, 2017).

Z klinické praxe dále vyplývá, že komorbidní poruchy jsou ve vzájemné interakci a mají cyklickou povahu (Torrens et al., 2017). Pokud se léčba nezaměřuje jak na psychiatrické poruchy, tak na poruchy z užívání návykových látek, prognóza bude jak v případě závislosti, tak v případě psychiatrické poruchy spíše nepříznivá (Kalina & Minařík, 2015). U lidí s komorbidním výskytem poruch z užívání návykových látek a duševních poruch existuje vyšší riziko chronicity a kriminálního chování, léčba bývá obtížná a nákladná a naděje na uzdravení menší (Torrens et al., 2017).

Prevalence duálních diagnóz mezi uživateli drog se dle různých studií provedených v evropských zemích pohybuje od 5 % do 84 % – studie se ovšem různí dle typu zkoumaného typu populace, typu psychiatrických potíží i v použité metodologii (EMCDDA, 2013a; Torrens et al., 2017). Výskyt psychiatrické komorbidity u uživatelů drog zůstává důležitým tématem dalšího výzkumu, a to jak v zájmu popsání rozsahu tohoto jevu, tak zejména v zájmu lepšího zajištění odpovídající léčby (Torrens et al., 2017).

Ve studii, která je prezentována v rámci této práce, byly porovnány údaje týkající psychiatrické symptomatologie a diagnóz, předchozích zkušeností s psychiatrickými službami, užívání psychofarmak a další oblasti související s psychickým zdravím ve třech skupinách respondentů podle typu primární užívané látky – **metamfetamin, opiáty, alkohol**. Dále také mezi skupinami respondentů z jednotlivých typů léčebných zařízení zahrnutých do studie.

## **Teoretická část**

### **1. Užívání psychoaktivních látek v České republice**

Aktuální data z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR za uplynulý rok ukazují, že míra užívání alkoholu a tabáku v populaci je dlouhodobě vysoká (Mravčík et al., 2018). Pětina české populace se nachází v riziku problémů způsobených alkoholem, případně již problémově alkohol užívá (Mravčík, Chomynová, Grohmannová, et al., 2016). ČR je v tomto ohledu na jednom z prvních míst v Evropě, stejně jako ve spotřebě alkoholu na dospělého obyvatele (OECD, 2018).

Co se týče nelegálních drog, nejčastěji jsou užívané konopné látky, zatímco míra celoživotních zkušeností s ostatními drogami je na výrazně nižší úrovni. Mezi problémovými uživateli drog převládá dlouhodobě užívání pervitinu (metamfetaminu), mezi opiáty užívané v ČR patří především buprenorfin (pocházející z léčiv určených k substituční léčbě závislosti na opiátech, které se dostávají na černý trh) (Mravčík et al., 2018).

V posledních letech dochází k některým novým trendům a změnám na drogové scéně, i když celkově je situace týkající se návykových látek v ČR stabilní jak v oblasti legálních návykových látek, tak v oblasti nelegálních drog. Po několika letech, kdy stoupaly počty odhadovaných problémových uživatelů drog, v roce 2015 poklesly (Mravčík et al., 2018). Užívání návykových látek, včetně nelegálních, má i mezi českými dospívajícími klesající tendenci, nicméně stále jsou čeští dospívající v tomto ohledu na předních místech v Evropě (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016). ČR má dobře nastavenou protidrogovou politiku, která je i v zahraničí pozitivně hodnocena. Nově propojuje oblast legálních i nelegálních drog a patologického hráčství. V ČR také funguje rozsáhlá síť služeb pro uživatele návykových látek a jejich blízké, od kontaktních center a terénních programů až po léčebná zařízení a zařízení následné péče. Nicméně zde existuje řada nedostatků ve smyslu dostupnosti péče v některých regionech a pro některé cílové skupiny. Jednou z těchto cílových skupin jsou i osoby, které kromě užívání návykových látek trpí dalšími psychiatrickými potížemi. Rozvoj služeb i podpora výzkumu v této oblasti je nadále výzvou do budoucna (Orlíková, Chomynová, Grohmannová & Mravčík, 2017).

## 1.1. Historie

Do roku 1989 byla situace v tehdejší Československu odlišná od současnosti, kdy se mezi problémovými uživateli drog objevují především pervitin (metamfetamin), buprenorfin a heroin. Nicméně stimulantia a opioidy se užívaly i tehdy, byť za specifických podmínek. Odlišnosti byly spíše v tom, které konkrétní látky byly zneužívány – jednalo se v prvé řadě o alkohol, a pak o léčiva (např. Fenmetrazin jako zástupce stimulačních látek, Algena obsahující fenobarbital nebo Alnagon obsahující kodein jako zástupci analgetik). Jako významný mezník se jeví „objevení“ postupů pokoutní výroby pervitinu (metamfetaminu) a braunu (mj. hydrokodonu) v polovině 70. let minulého století, což je asociováno se svěbytnou subkulturou problematických uživatelů (Brenza & Gabrhelík, 2014).

Největší změny pak nastaly po roce 1989. Devadesátá léta, charakterizovaná otevřením naší společnosti a jejím postupným návratem k západoevropské kultuře, s sebou přinesla i některé nežádoucí jevy. Na poli drogové problematiky je to zejména postupné přibližování všech důležitých ukazatelů (rozšíření nelegálních drog a různých typů jejich užívání, související zdravotní poškození, primární a sekundární drogová kriminalita atd.) k typickému obrazu středoevropské země (jako je např. Rakousko). S otevřením hranic se začaly objevovat importované drogy jako např. heroin nebo MDMA (Zábranský, 2003). Heroinová epidemie, která proběhla v 90. letech, ovšem nikdy nedosáhla úrovně, v jaké zasáhla jiné státy v Evropě a ve světě. Nadále se také užíval pervitin, nicméně postupem času dochází k nahrazování skupin uživatelů soustředěných kolem výrobce klasickou sítí organizovaného zločinu a scéna se komercializuje (Orlíková et al., 2017; Zábranský, 2003).

Od roku 2000 je v ČR dostupný Subutex® jako první buprenorfinový substituční preparát a přibližně od roku 2002 začíná období spojené s jeho problémovým užíváním. Buprenorfinové preparáty z černého trhu jsou hlavním opioidem mezi problémovými uživateli drog v současnosti (Malinovská & Mravčík, 2017b). Aktuálně je problémové užívání opioidů v ČR charakterizováno také tím, že roste míra zneužívání opioidních analgetik získaných nelegitimně z lékařských zdrojů. Mezi tato analgetika patří například fentanyl, morfin, hydromorfon a oxykodon, které mohou lokálně představovat nejčastější opioid mezi problémovými uživateli; běžné je také užívání tramadolu. Současně se u uživatelů opioidů vyskytuje užívání benzodiazepinů (diazepam, flunitrazepam, klonazepam a další) jak v tabletách, tak v injekční formě. V menší míře se užívá surové opium z makových polí (Malinovská & Mravčík, 2017a, 2017b; Mravčík et al., 2018).

Nejčastěji užitou nelegální drogou je konopí, zkušenost s nimi má čtvrtina populace, odhaduje se cca 125 tis. osob ve vysokém riziku problémů spojených s užíváním konopných drog (Mravčík et al., 2018). Od dubna 2013 je v ČR legalizováno užívání léčebného konopí pro léčbu a výzkum (Mravčík et al., 2013)

Zneužívání legálních návykových látek, alkoholu a sedativ a hypnotik, zůstává v ČR stále na vysoké úrovni. V r. 2016 byl odhadnut počet osob zneužívajících sedativa a hypnotika na 885 tis., z toho největší podíl tvoří osoby zneužívající alprazolam (např. Neuro1®), který zneužívá cca 270 tis. osob a zolpidem (např. Stilnox®), který zneužívá cca 190 tis. osob (Mravčík et al., 2018).

Více k aktuální situaci týkající se problémového užívání alkoholu, metamfetaminu a opioidů viz kapitola 3. Problémové užívání návykových látek.

Fenoménem posledních let je také výskyt nových syntetických drog ze skupiny katinonů nebo fenetylaminů, ale jejich užívání se také dosud vyskytuje omezeně (Mravčík, Běláčková, Grohmannová & Zábranský, 2015)

## 1.2. Protidrogová politika v ČR

V uplynulé dekádě bylo možno v evropském kontextu pozorovat trend formalizace společenské a politické reakce na problém užívání drog, a to v podobě politických dokumentů, jako jsou národní strategie, akční plány, národní programy apod. V současné době se v Evropě jak na národní, tak nadnárodní úrovni uplatňuje princip protidrogové politiky založené na důkazech („*evidence-based policy*“). Podstatou je vyvážené uplatňování strategií v oblasti kontroly, represe a vymáhání práva na jedné straně a strategií prevence, minimalizace poškození, léčby a sociální reintegrace na straně druhé (EMCDDA, 2010b, 2015; Mravčík, Chomynová & Grohmannová, 2016).

Především v politice v oblasti nelegálních drog vede vyšší míra represe v podobě trestního postihu držení drog a kriminalizace samotných uživatelů drog ke zvýšení veřejnozdravotních rizik prostředí, ve kterém dochází k užívání drog. Např. injekční uživatelé drog se tak často uchylují k injekční aplikaci ve spěchu a hygienicky rizikových podmínkách, čímž se zvyšuje riziko krví přenosných nákaz (HIV/AIDS a virových hepatitid), riziko předávkování a snižuje se jejich kontakt se službami prevence, snižování rizik a léčby závislostí (Mravčík, Chomynová & Grohmannová, 2016; Rhodes, 2009; Rhodes et al., 2007; Strathdee et al., 2010). U legálních drog, např. alkoholu, jsou strategie v oblasti kontroly nabídky

(např. cenové a daňové nástroje) široce uplatňovány, jsou akceptovány a považovány za efektivní (Anderson, Chisholm & Fuhr, 2009; Mravčík, Chomynová & Grohmannová, 2016). Přesto se i v oblasti legálních drog v poslední době diskutuje o tom, jaká míra sociálního tlaku na uživatele je žádoucí a eticky ospravedlnitelná tak, aby nedocházelo ke stigmatizaci uživatelů, jejich sociálnímu vyloučení a následně k nižší míře vyhledávání pomoci (Mravčík, Chomynová & Grohmannová, 2016; Williamson, Thom, Stimson & Uhl, 2015).

Současná česká protidrogová politika staví na pragmatickém a racionálním přístupu, který si stanovuje realistické a dosažitelné cíle (nikoli „společnost bez drog“). Opírá se o čtyři základní pilíře (tj. o primární prevenci, harm reduction, léčbu a resocializaci, a o represe), usiluje o vyváženost co do uplatňování prevence a represe a vychází ze současných a ověřených poznatků o drogách a jejich užívání (Mravčík, Škařupová & Sklenář, 2009). K nelegálním drogám ovšem nelze přistupovat jako k fenoménu ohraničenému, bez souvislosti se zneužíváním legálně dostupných látek a s dalšími formami závislosti. V r. 2016 byla revidována Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 (NSPP), která se nyní kromě problematiky nelegálních látek zaměřuje i na negativní dopady užívání alkoholu a tabáku a hazardního hraní v ČR (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016a).

Česká protidrogová politika je v zahraničí vnímána jako vzor pro přechod z represivně orientované protidrogové politiky k přístupu založenému na vědecky ověřených faktech (Csete, 2012).

### **1.3. Specifika situace ohledně návykových látek ve srovnání se zahraničím**

V ČR je situace týkající se užívání návykových látek specifická ve srovnání se situací v ostatních evropských zemích. Jednak patří k zemím, kde je na vysoké úrovni spotřeba alkoholu (OECD, 2018), jednak je zde na rozdíl od jiných zemí v EU typické užívání metamfetaminu (pervitinu) (EMCDDA & Europol, 2009). Přestože užívání metamfetaminu není v Evropě markantním jevem, je tato droga přes svou relativně nízkou prevalenci schopna působit významnou újmu (Mounteney, Groshkova, Thanki, Cunningham & Rychert, 2014).

Světová zpráva o drogách uvádí odhadovaný počet uživatelů amfetaminových drog ve světě cca 34,2 miliónů, přičemž užívání metamfetaminu dominuje (UNODC, 2018). Ve světě jsou ohniska rozšíření metamfetaminu především v USA, ve východní a jihovýchodní Asii a v Austrálii (Mounteney et al., 2014).

V Evropě je obecně více rozšířeno užívání amfetaminu než metamfetaminu (EMCDDA, 2018; Mounteney et al., 2014). V některých souborech dat z evropských zemí nelze metamfetamin a amfetamin rozlišit a v takových případech se používá obecný pojem amfetaminy. Evropská zpráva o drogách (EMCDDA, 2018) uvádí, že amfetaminy užilo v posledním roce asi 1,7 milionu (0,5 %) dospělých (15 – 64 let) a alespoň jednou v životě užilo metamfetamin cca 12 milionů dospělých (3,6 %). Dlouhodobé problémy s metamfetaminem (pervitinem) jsou nejvíce patrné v České republice a na Slovensku. Zdrojem většiny metamfetaminu v Evropě je již dlouho Česká republika a nověji také příhraniční oblasti sousedních zemí (EMCDDA, 2018).

Přibližně 35 000 klientů žádajících o specializovanou léčbu drogové závislosti v Evropě v roce 2016 uvedlo jako primární drogu amfetaminy, z čehož asi 15 000 osob požádalo o léčbu poprvé. Osoby žádající o léčbu, které jako primární drogu uvádějí metamfetamin, se soustředí v České republice a na Slovensku a dohromady tvoří 90 % z 9 200 klientů žádajících o specializovanou léčbu závislosti na metamfetaminu v Evropě (EMCDDA, 2018).

Co se týče užívání opioidů, tak Evropská zpráva o drogách uvádí, že problémových uživatelů je dle expertních odhadů v Evropě 1,3 miliónu. Opioidy jsou primární drogou u 36 % celkového počtu žadatelů o léčbu v EU. V roce 2016 podstoupilo 628 000 uživatelů opioidů substituční léčbu (EMCDDA, 2018). Světová zpráva o drogách udává odhadovaných 34,3 miliónu uživatelů opioidů, z toho 19,4 miliónu uživatelů opiátů, kteří užili tyto látky v posledním roce. Zároveň udává, že užívání opioidů má největší zdravotní dopady a k 76 % úmrtí na předávkování drogami dochází v důsledku jejich užívání (UNODC, 2018).

Užívání alkoholu ovšem ve světě převládá. Alkohol pije přibližně polovina celosvětové populace, tradičně nejvíce se pije v Evropě a v Severní Americe. Celosvětově trpí poruchami z užívání alkoholu („*alcohol use disorders*“) 237 miliónů mužů a 46 miliónů žen, s nejvyšší prevalencí v Evropě (14,8% a 3,5%) a v Americe (11,5% a 5,1%). Do poruch z užívání alkoholu se zahrnuje škodlivé užívání („*harmful use of alcohol*“) a závislost („*dependence*“) (World Health Organization, 2018).



## **2. Výzkumy zaměřené na užívání návykových látek v české populaci**

Populační průzkumy jsou jedním z klíčových indikátorů poskytujících informace o rozsahu a vzorcích užívání návykových látek, standardně se provádějí výzkumy ve všeobecné (dospělé) a školní populaci. Epidemiologický výzkum představuje klíčový prvek pro porozumění drogovému problému, pro vývoj intervencí a pro sledování jejich přiměřenosti a efektivity. Na podkladě těchto měření pak mohou být intervence dále modifikovány a přizpůsobovány měnícím se podmínkám (Zábranský, 2003; Zábranský & Mravčík, 2015).

### **2.1. Celopopulační studie**

Výsledky průzkumu provedeného Státním zdravotním ústavem (SZÚ) z roku 2016 ukazují, že pití alkoholu je v české dospělé populaci velmi rozšířeným fenoménem. Pravidelné a časté pití, tj. pití denně, případně obden, udává 13,8 % dospělé populace. U mužů je výskyt častého pití 20 %, u žen 7,8 % %. Pití alkoholických nápojů alespoň jednou týdně uvedlo 46 % mužů a 22 % žen. Oproti výsledkům obdobného šetření z let 2012 a 2014 bylo v roce 2016 více dotázaných, kteří uvedli, že jsou abstinenti. V míře celoživotní abstinence nebyl mezi ženami a muži podstatný rozdíl (4,4 % oproti 3,1 %). Téměř 14 % dotázaných abstinovalo v posledním roce. V tomto ohledu jsou rozdíly mezi pohlavími markantní: abstinovalo 9,9 % mužů a 17,3 % žen (Váňová, Skývová & Csémy, 2017).

Studie zaměřené na nelegální drogy realizované v posledních letech ukazují stejný vzorec užívání drog v obecné populaci – nejčastěji užívanou nelegální drogou jsou konopné látky, které alespoň jednou v životě vyzkoušela více než čtvrtina dospělé populace, v posledním roce užila konopné látky přibližně desetina dospělé populace.

V r. 2017 realizovalo NMS výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR, jednalo se již o sedmou vlnu každoročního šetření s cílem monitorovat zkušenost respondentů s vybranými nelegálními návykovými látkami. Stejně jako v předchozích letech bylo v r. 2017 kromě tradičních nelegálních drog sledováno také užívání nových psychoaktivních látek, užívání ketaminu, poppers nebo GHB/GBL, anabolických steroidů, léků na uklidnění, nespavost nebo bolest (na bázi opiátů) a substitučních přípravků získaných bez lékařského předpisu (Mravčík et al., 2018).

Nějakou nelegální drogu užilo někdy v životě celkem 31,2 % dotázaných ve věkové kategorii 15–64 let (38,4 % mužů a 23,8 % žen). Nejčastěji užitou nelegální drogu byly konopné látky (28,6 %), následované extází (5,8 %), halucinogenními houbami (4,7 %), **pervitinem** (3,3 %) a kokainem (2,4 %). Rozsah zkušeností s ostatními nelegálními drogami je v obecné populaci na nízké úrovni (méně než 1,5 %). S heroinem má alespoň jednu zkušenost 0,2 % dospělých věkové skupiny 15 – 64 let, přičemž ve skupině mladých dospělých (15 – 34 let) je to 0,7 %, s jinými opioidy (např. metadon, buprenorfin, fentanyl bez lékařského předpisu) 1,1 % dospělých. V horizontu posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů je výskyt užívání nelegálních drog v obecné populaci velmi nízký s výjimkou konopných látek, jejichž užití uvedlo 8,9 %, resp. 2,0 % dotázaných. (Mravčík et al., 2018).

V roce 2016 provedlo NMS celopopulační studii Národní výzkum užívání návykových látek (*Národní výzkum 2016*). Z výsledků vyplynulo, že alespoň jednou v životě užilo nelegální drogu 30,5 % obecné populace ve věku 15–64 let (38,8 % mužů a 22,7 % žen). Nejčastěji užitou nelegální drogu byly konopné látky (26,6 %), následované extází (7,1 %), halucinogenními houbami (5,4 %), **pervitinem** (3,0 %) a LSD (2,1 %). Zkušenost s poppers uvedlo 1,8 % a s kokainem 1,4 % dotázaných, míra zkušeností s ostatními drogami je pod 1 %. Zkušenost s **heroinem** uvedlo 0,7 % respondentů (1,2 % mužů a 0,3 % žen), v posledním roce je užilo 0,2 % respondentů. Užívání opioidních analgetik se v rámci studie sledovalo také, k dispozici jsou údaje o prevalenci užití v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech. V posledním roce užilo léky na bázi opioidů užívané proti bolesti 8,1 % respondentů (6,1 % mužů a 10,1 % žen), přičemž 53,4 % z nich tyto léky získalo bez předpisu lékaře (Mravčík et al., 2017).

Tyto údaje potvrzuje studie Prevalence užívání drog v populaci ČR z r. 2014 i Národní výzkum užívání návykových látek z r. 2012 (Chomynová, 2013; Mravčík, Chomynová, et al., 2015).

## 2.2. Studie ve specifických populacích

V r. 2017 byl proveden výzkum NMS ve spolupráci s kanceláří Rady vlády pro záležitosti romské menšiny s názvem *Zdraví a návykové látky mezi Romy*. Šlo o průřezovou dotazníkovou studii na vybraném vzorku příslušníků romské menšiny v lokalitách, kde dlouhodobě působí romští terénní sociální pracovníci. Vzorek čítal 546 respondentů z 11 krajů ČR, z nichž (52,6 %) byli tzv. mladí dospělí ve věku 15 – 34 let. Nejčastěji užitou nelegální drogu někdy v životě byly konopné látky (52,4 %), následované léky na uklidnění

nebo nespavost bez lékařského předpisu (30,2 %), pervitinem a amfetaminy (25,5 %), extází, těkavými látkami a rozpouštědly, lysohlávkami (15 %) a dalšími látkami (pod 10 %) (Mravčík et al., 2017). Komparace studií *Zdraví a návykové látky mezi Romy a Národní výzkum 2016* (týkající se obecné populace) poukázala na významně vyšší míru užívání všech sledovaných látek mezi romskou populací. Největší rozdíl je patrný u pervitinu, jehož hodnota je více než desetinásobně vyšší ve studii *Zdraví a návykové látky mezi Romy* než v *Národním výzkumu 2016* (Mravčík et al., 2017).

Z výzkumu provedeném NMS ve spolupráci s Vězeňskou službou ČR mezi vězeňskou populací vyplývá, že zkušenost s nelegální drogou někdy v životě má 59 % respondentů. Nejčastěji šlo o zkušenost s konopnými látkami, pervitinem či amfetaminy a extází. Alespoň jednou v životě užilo konopné látky 44 % respondentů, amfetaminy (pervitin) 42 % a extází 26 % dotázaných. Během pobytu ve vězení užilo nějakou nelegální drogu 21 % odsouzených. Nejčastěji šlo o léky na uklidnění, nespavost nebo proti bolesti užitá bez předepsání lékařem, dále pervitin, konopné látky a alkohol vyrobený ve vězení. Pervitin užilo ve věznici 11 % dotázaných. Zkušenost s injekčním užitím drogy alespoň jednou v životě uvedlo 31 % respondentů, ve vězení užilo drogu injekčně 7 % respondentů. V případě osob nastupujících VV nebo VTOS se provádí orientační testování na přítomnost drog jako součást vstupní lékařské prohlídky. Z 11 060 osob nastupujících do vězení mělo 50 % osob pozitivní orientační test na některou z testovaných drog, nejčastěji šlo o pervitin (36 % pozitivních) a konopné látky (32 %). V téměř 25 % pozitivních případech bylo zjištěno více látek současně. Za problémové uživatele drog lze označit 31 % vězňů (tj. injekční užití drogy nebo opakované užití pervitinu, opioidů nebo kokainu ve 30 dnech před nástupem do vězení), což v přepočtu na celou populaci odsouzených vězňů představuje 6200 osob (Mravčík et al., 2017).

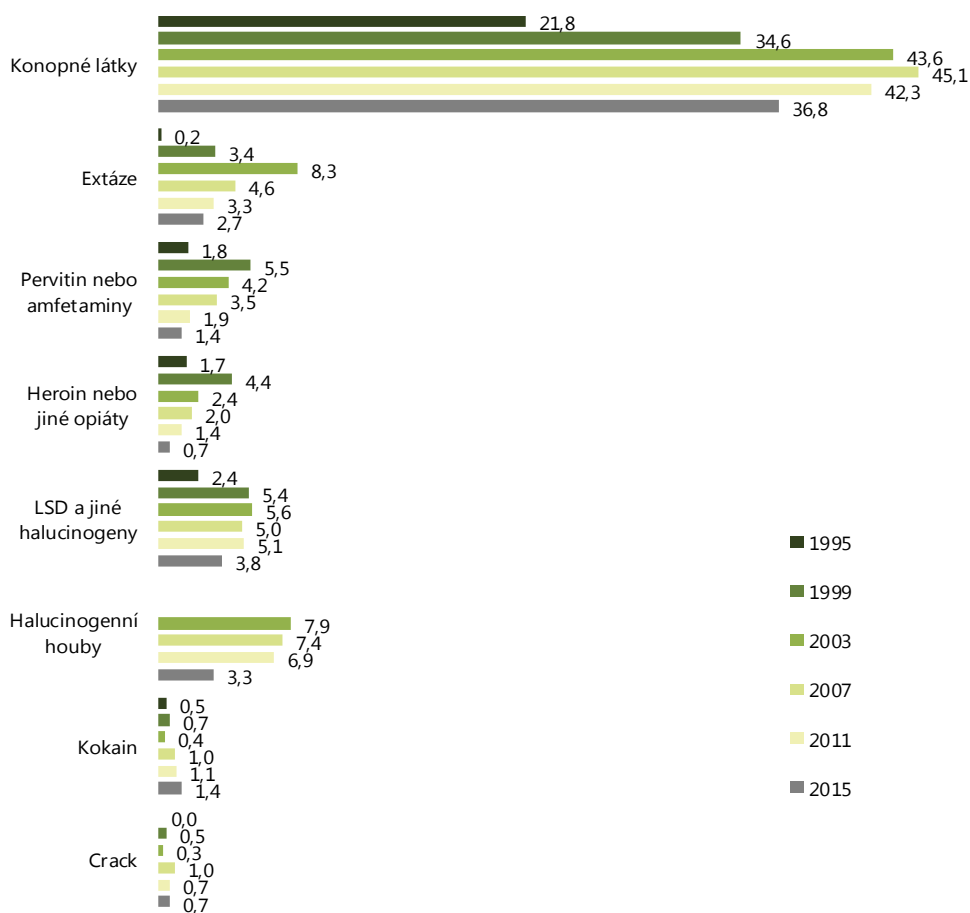
### **2.3. Výsledky studií zaměřených na žáky a studenty**

V roce 2015 proběhla zatím poslední vlna Evropské školní studie o alkoholu a drogách (ESPAD) mezi šestnáctiletými žáky a studenty. Jednalo se o šestou vlnu sběru dat od roku 1995. V ČR se do výsledného souboru zapojilo téměř 3000 respondentů narozených v roce 1999. Studii realizuje NMS ve spolupráci s NÚDZ a agenturou FOCUS (Mravčík, Chomynová, et al., 2015). Z výsledků překvapivě vyplynulo, že v posledním období došlo ke změně trendů hlavních sledovaných indikátorů a ke značnému poklesu prevalence užívání návykových látek mezi studenty ve věku 16 let, zejména nápadný byl pokles v kategoriích

týkajících se alkoholu a tabáku. Čeští šestnáctiletí však zůstávají v kouření, pití alkoholu a užívání konopí nadále nad evropským průměrem (Chomynová et al., 2016).

Co se týče pití **alkoholu**, tak 95,8 % studentů ochutnalo v životě alkohol, v posledních dnech pilo alkohol 68,5 % z nich; 41,9 % šestnáctiletých pilo v posledních 30 dnech 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti a pití nadměrných dávek alespoň jednou týdně uvedlo 12,1 % studentů. Pokud se zaměříme pouze na nelegální drogy, tak 37,4 % studentů vyzkoušelo v životě nějakou nelegální drogu, nejčastěji (36,8 %) konopné látky. Alespoň jednu zkušenost s **pervitinem** mělo 1,4 % respondentů, s **heroinem** nebo jinými nelegálními opioidy 0,7 % respondentů (Chomynová et al., 2016). Více informací viz Graf 1. Další vlna studie ESPAD byla zahájena v r. 2019, v současnosti probíhá sběr dat.

Graf 1. Výsledky studie ESPAD od r. 1995 do r. 2015.

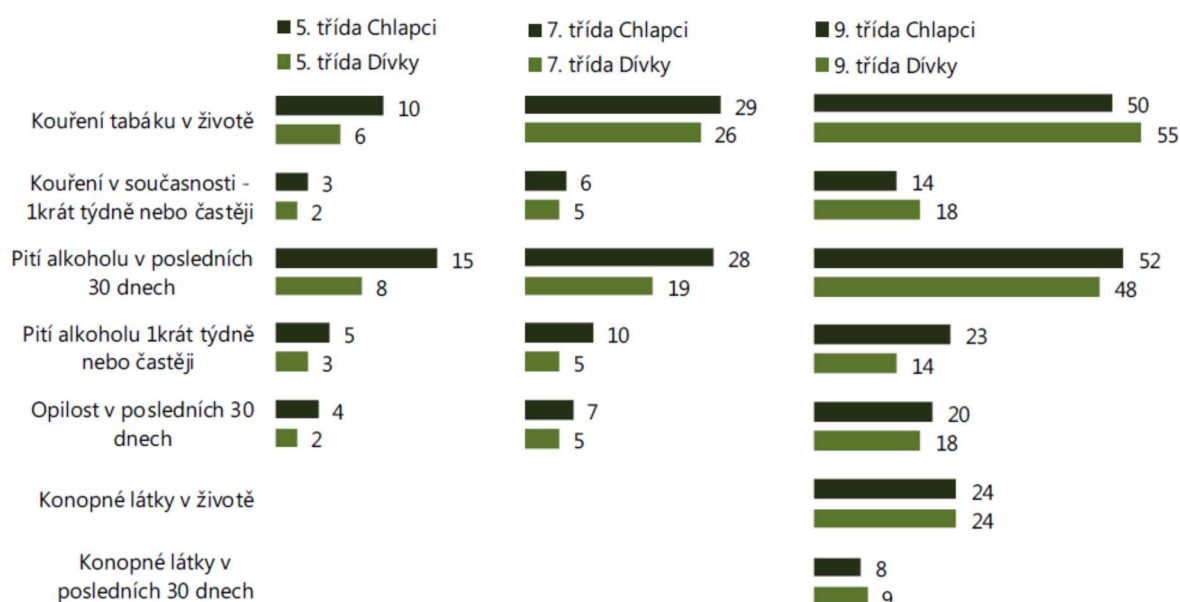


Zdroj: Chomynová et al., 2016

Další evropskou výzkumnou studií, v níž se mimo jiné sleduje i užívání návykových látek, je *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC). Studie HBSC je zaměřená na zdraví a životní styl mládeže, cílovou skupinou jsou žáci základních škol ve věku 11, 13 a 15 let. Kromě jiných oblastí jsou sledovány zkušenosti s tabákem, alkoholem a konopnými

drogami. Studie probíhá již od r. 2002 každé 4 roky. V ČR se jí v r. 2014 účastnilo 14 136 respondentů (Kalman et al., 2015). S alkoholem se někteří žáci seznámili již v 11 letech, v pozdějším věku zkušenosti s pitím (i opakovaným) a s opilostí rostou (viz Graf 2.) (Mravčík, Chomynová, et al., 2015). Ve srovnání s výstupy z předcházejících vln studie nicméně dochází celkově k poklesu zkušeností s tabákem a alkoholem, což potvrzují i výsledky studie ESPAD. Zvýšil se také průměrný věk, kdy se mladí lidé v Česku poprvé opijí. Po alkoholu sáhnou čeští školáci méně často než stejně staré děti před deseti či patnácti lety. Stále však alkohol konzumují častěji než jejich vrstevníci v Evropě (Kalman et al., 2015).

Graf 2. Zkušenosti s užíváním alkoholu, tabáku a konopí ze studie HBSC



Zdroj: Mravčík et al., 2015

Zkušenosti s užitím konopných látek žáci 5. a 7. tříd neuvádějí, ty se objevují až ve věku kolem 15 let. Konopné drogy alespoň jednou v životě vyzkoušelo 24 % žáků v 9. třídě (shodně chlapců i dívek), v posledních 30 dnech je užilo 9 % respondentů (Mravčík, Chomynová, et al., 2015).

### 3. Problémové užívání návykových látek

Denní konzumace alkoholu v dospělé populaci je dlouhodobě na stejné úrovni (7,7–9,5 %), mezi muži zůstává výrazně vyšší. V kategorii rizikové konzumace alkoholu se v r. 2017 nacházelo celkem 16,8 % populace ve věku 15+ let, z nichž 9,0 % spadalo do kategorie vysokého rizika. Při přepočtu na dospělé populaci ČR se přibližně 1,6 mil. osob ocitá

v riziku vzniku problémů spojených s alkoholem, z toho 900 tis. ve vysokém riziku. Denních konzumentů alkoholu je přibližně 600 tis., z toho přibližně 100 tis. denně konzumuje nadměrné dávky alkoholu (Mravčík et al., 2018).

Problémové užívání nelegálních drog (PDU) bylo v Evropě tradičně definováno jako injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu (v ČR není do odhadů PDU kokain zahrnován vzhledem k velmi nízkým počtům uživatelů v použitých zdrojích dat). Tato definice byla v r. 2011 revidována a nyní se hovoří o tzv. vysoce rizikovém užívání drog – opakované užívání drog s negativními důsledky zahrnujícími závislost, ale i ostatní zdravotní, psychické a sociální problémy (Mravčík, Chomynová, et al., 2015).

Co se týče problémového (vysoce rizikového) užívání, tak z dostupných údajů vyplývá, že ze skupiny drog amfetaminového typu se v ČR užívá výhradně pervitin (metamfetamin), jakožto hlavní českou problémovou drogou.

V r. 2017 bylo v ČR odhadnuto 47,8 tis. problémových uživatelů opioidů a pervitinu, z toho 34,7 tis. uživatelů pervitinu a 13,1 tis. uživatelů opioidů. Z nich bylo 3,9 tis. uživatelů heroínu, 6,9 tis. uživatelů buprenorfinu a 2,3 tis. uživatelů jiných opioidů. Injekční aplikace je u problémových uživatelů pervitinu a opiátů převažujícím způsobem aplikace. Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog dosáhl 43,7 tis. Nejvyšší relativní počet problémových uživatelů drog je tradičně odhadován v Praze a Ústeckém kraji, tedy současně v oblastech s vysokým výskytem problémových uživatelů opioidů, a v Libereckém kraji (Mravčík et al., 2018). Ženy tvoří přibližně 30 % populace problémových uživatelů, průměrný věk dosahuje 30 – 35 let. Uživatelé opioidů jsou v průměru o cca 6 – 7 let starší než uživatelé pervitinu a ženy o cca 3 roky mladší než muži (Mravčík et al., 2017).

V ČR byl pozorován zřetelný nárůst problémového užívání metamfetaminu, zejména injekčního, v letech 2007 až 2013 – ze zhruba 20 000 na více než 34 000 osob (EMCDDA, 2015; Mravčík et al., 2014). V posledních letech jsou odhadované počty problémových uživatelů pervitinu stabilní. Mírně roste rozsah aktuálního užívání pervitinu, tedy zkušenosti s užitím látky v posledním roce u obecné populace (Mravčík et al., 2017).

### 3.1 Trendy na drogové scéně

V roce 2015 NMS realizovalo výzkum zaměřený na aktuální trendy u problémových uživatelů drog. Z průzkumu vyplynulo, že klientela nízkoprahových programů stárne, průměrný věk je 30 – 32 let. Častěji sice přicházejí i uživatelé mladší 18 let, ale v některých regionech je zaznamenán nárůst počtu uživatelů, kteří začínají drogy užívat až ve věku kolem 50 let. Starší uživatelé se dostávají do kontaktu s drogami na ubytovnách, které jsou označovány za ohnisko sociálně negativních jevů (lze zde získat kontakty na uživatele drog a osoby obchodující s drogami, není výjimkou, že na ubytovně dochází i k výrobě pervitinu).

Klienti ve věku 15–18 let spíše nevyhledají kontakt v nízkoprahovém centru sami, ale často ho zprostředkuje rodina, orgán sociálně-právní ochrany dětí či terénní pracovník. Dlouholeté užívání se ve vyšším věku se pojí se závažnějšími zdravotními (infekční endokarditidy, abscesy, flegmóny) a existenčními problémy. Narůstá míra psychiatrické komorbidity, včetně paranoidních poruch a toxických psychóz. S rostoucím věkem vzrůstá podíl klientů-rodíčů, což klade na služby další nároky. Poměr mužů a žen je v čase stále přibližně stejný (muži převažují v poměru 2 : 1 či 3 : 2) (Mravčík, Chomynová, et al., 2015).

Počet uživatelů heroinu se snížil v důsledku jeho omezené dostupnosti a zhoršené kvality (Mravčík, Chomynová, et al., 2015). Je patrný trend hledání levnějších alternativ k užívaným drogám. Častou variantou je alkohol, dále levnější a méně kvalitní pervitin od vietnamských výrobců a nové syntetické drogy. Také se objevuje zneužívání benzodiazepinů. Ve většině krajů je dlouhodobě zaznamenáváno sezónní užívání surového opia (Mravčík, Běláčková, et al., 2015; Mravčík, Chomynová, et al., 2015). Na vzestupu je též polymorfního užívání (tj. užívání více drog) či nahrazování pervitinu jinými látkami (Mravčík et al., 2018).

### 3.2 Nové syntetické drogy

V posledních letech se objevil fenomén nových psychoaktivních látek, v Evropě označovaných jako „*new psychoactive substances*“ nebo „*legal highs*“, v češtině nejčastěji jako nové syntetické drogy (NSD). Jedná se o látky s různými psychoaktivními účinky, které nepodléhají kontrole podle mezinárodních úmluv OSN a současně zpravidla nebývají kontrolovány jako omamné a psychotropní látky na národní nebo nadnárodní (EU) úrovni. Zahrnují látky kompletního spektra účinků od stimulačních a euforizujících přes halucinogenní až po tlumivé, v ČR nejčastěji ze skupiny katinonů nebo fenetylaminů. Jejich užívání se dosud vyskytuje v omezené míře. NSD jsou pro problémové uživatele drog

převážně doplňkovou drogou. V souvislosti s užíváním katinonů byly v ČR hlášeny somatické a psychické potíže (poškození žil, kožní poruchy, vyčerpání a únava, rozlady, psychózy) (Mravčík, Chomynová, et al., 2015). V ČR je zvýšený výskyt nových psychoaktivních látek (NPS) patrný přibližně od r. 2010. Po značné redukci nabídky prostřednictvím kamenných obchodů v dubnu 2011 jsou NPS dostupné zejména na internetu, v omezené míře však i na černém trhu s tradičními nelegálními drogami.

Prevalence užívání NSD je v dospělé populaci v ČR velmi nízká. Vyšší míra zkušeností byla zjištěna u dvou specifických skupin, kterými jsou problémoví uživatelé drog a účastníci tanečních akcí. Problémoví uživatelé drog mají zkušenost především s katinony, tzn. látkami chemicky podobnými amfetaminům, nejčastěji jde o mefedron a látky označované jako *funky* či *turbo tdi* (Mravčík, Běláčková, et al., 2015; Mravčík, Chomynová, et al., 2015).

### **3.3 Zdravotní důsledky užívání drog**

V rámci Evropy se sledují i indikátory, které souvisejí se zdravotními důsledky užívání drog. Jedná se zejména o infekční onemocnění – HIV, virové hepatitidy typu B a C, která se přenášejí krví, tj. prostřednictvím sdílení injekčního náčiní, a jejichž prevalence je ve skupině problémových uživatelů je vyšší než v běžné populaci. Dále se sleduje mortalita uživatelů drog. V ČR se naštěstí daří udržet výskyt infekčních onemocnění a úmrtí na nízké úrovni.

Prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog je dlouhodobě velmi nízká, pod 1 %, stejně tak jako podíl přenosu jehlou na nových případech. V r. 2017 bylo nově diagnostikováno 5 případů HIV infekce, kdy došlo k přenosu při injekční aplikaci drogy. Podíl tohoto způsobu přenosu na nových případech je v ČR dlouhodobě nízký (Mravčík et al., 2018). Počet nově hlášených případů virové hepatitidy typu B má od r. 2001 díky zavedení očkování klesající tendenci, počet případů u injekčních uživatelů drog dosahuje aktuálně do 20 případů ročně. Počet nově hlášených případů virové hepatitidy typu C (VHC) u injekčních uživatelů drog dosahuje aktuálně 500–650 případů ročně a dlouhodobě tvoří více než polovinu všech případů (58,5 % v r. 2017). Prevalence VHC mezi injekčními uživateli drog se pohybuje v rozmezí 15–80 % podle charakteristik souboru vyšetřených (Mravčík et al., 2018). Přestože jsou v současnosti k dispozici efektivní způsoby léčby VHC, míra vstupu injekčních uživatelů drog do léčby je nízká a situace se zlepšuje jen pomalu. Mezi hlavní překážky patří nízká míra testování a nákladnost léčby, ale zejména obavy



klinických lékařů z nespolupráce uživatelů drog (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016b).

V r. 2017 bylo ze soudnělékařských oddělení hlášeno 42 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (32 v r. 2016), z toho ve 27 případech šlo o opioidy (15 v r. 2016), v 11 případech o pervitin (stejně jako v r. 2016), ve 3 případech o těkavé látky (5 v r. 2016) a v 1 případě o GHB. Psychoaktivní léky byly příčinou předávkování v 50 případech (62 případů v r. 2016). Na nárůstu počtu smrtelných předávkování opioidy se podílí zejména fentanyl, morfin a kodein (Mravčík et al., 2018).

Ve speciálním registru soudních pitev bylo dále identifikováno 128 úmrtí pod vlivem nealkoholových drog (97 v r. 2016), nejvíce jich bylo v důsledku nehod a sebevražd. V dlouhodobém horizontu je nejvyšší počet případů nepřímých úmrtí pod vlivem drog spojen s pervitinem a konopnými látkami. Meziročně došlo v r. 2017 k nárůstu úmrtí pod vlivem opioidů (z 6 na 18 případů).

V r. 2017 bylo v obecném registru mortality hlášeno 370 smrtelných předávkování alkoholem (415 v r. 2016). Z dat soudnělékařských oddělení vyplývá, že v souvislosti s alkoholovým opojením zemře v ČR ročně kolem 800 osob (Mravčík et al., 2018). Hlavní příčinou 70 % všech úmrtí souvisejících s alkoholem je neléčená či špatně léčená závislost na alkoholu. Zvýšení počtu léčených pro závislost na alkoholu je tedy zásadním předpokladem pro snížení nemocnosti a úmrtnosti na důsledky konzumace alkoholu (Popov, 2013).

V důsledku konzumace alkoholu zemřely v roce 2016 po celém světě více než tři miliony lidí. Alkohol tak stál za každým dvacátým úmrtím, vyplývá ze zprávy Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, 2018). Více než tři čtvrtiny úmrtí způsobených alkoholem podle WHO připadaly na muže.

Více ke zdravotním důsledkům užívání metamfetaminu, opiátů a alkoholu viz Kapitola 5. Psychické a somatické důsledky užívání metamfetaminu, opiátů a alkoholu.

## **4. Léčba uživatelů návykových látek v ČR**

Závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Podstatnými pojmy jsou dispozice (např. genetické či biologické, případně dispozice psychologické získané v raném dětství), zranitelnost (která

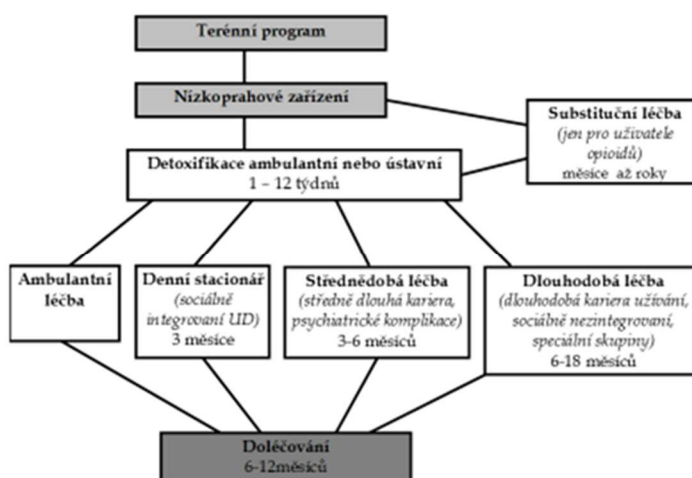
se vyvíjí na podkladů dispozic v dalším průběhu života) a spouštěče (např. životní události nebo nároky vývojového období), které vedou k manifestaci poruchy (Kalina, 2003).

V bio-psycho-sociálním modelu závislosti a její léčby se rozšiřuje model biomedicínský, v němž byla závislost vnímána jako onemocnění mozku, nemoc chronická a obtížně léčitelná, o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Léčení závislostí musí zahrnout všechny faktory bio-psycho-sociálního modelu. Tomu odpovídají vedle detoxikace a farmakoterapie léčebné postupy, souhrnně nazývané psychosociálními terapiemi. Patří k nim různé metody individuální, skupinové a rodinné psychoterapie, včetně terapie v léčebném společenství – tzv. terapeutická komunita (Kalina, 2003).

V ČR funguje síť státních a nestátních zařízení, která se zabývají péčí o závislé. Jedná se o celý systém služeb, od nízkoprahových zařízení a ambulantního poradenství přes detoxifikaci a pobytovou léčbu v léčebně či terapeutické komunitě až po následnou péči. V posledních letech většina nestátních neziskových zařízení prošla certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2015) a jsou uvedena v Seznamu držitelů certifikátů odborné způsobilosti na webu RVKPP (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019). K zařízením nestátního neziskového sektoru, která certifikát nemají, je vhodné přistupovat s obezřetností (Minařík & Nečas, 2010).

#### 4.1. Systém péče v péči o drogově závislé

Obrázek 1. Zjednodušené schéma systému péče o uživatele drog



Zdroj: Minařík & Nečas, 2010

Stávající systém adiktologických služeb nyní pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek, avšak tvoří ji v zásadě tři sítě:

- síť nízkoprahových služeb a specializovaných programů ambulantní léčby a následné péče a terapeutických komunit, které mají převážně statut sociální služby a jsou provozovány NNO a cílí zejména na uživatele nelegálních nealkoholových drog, výjimečně na patologické hráče,
- síť zdravotnických zařízení oboru psychiatrie, případně se specializací AT, která poskytují ambulantní a rezidenční zdravotní služby jak uživatelům alkoholu, tak nealkoholových drog, méně patologickým hráčům,
- centra pro závislé na tabáku, která se vytvořila převážně při lůžkových odděleních nebo klinikách oboru pneumologie nebo vnitřního lékařství (Miovský, Doležalová, et al., 2013; Mravčík et al., 2018).

Podle studie Sčítání adiktologických služeb v roce 2014 je v ČR 271 zařízení poskytujících adiktologickou léčbu (Mravčík, Chomynová, et al., 2015).

Skladba uživatelů různých druhů návykových látek se významně liší v závislosti na typu programu. V nízkoprahových centrech převažují problémoví uživatelé pervitinu a opioidů. V ambulantních a lůžkových psychiatrických zařízeních převažují uživatelé alkoholu, ale vysoký je zde i podíl uživatelů pervitinu, opioidů, polyvalentních uživatelů nebo uživatelů sedativ a hypnotik. V kontaktu s pomáhajícími programy je přibližně 70 % problémových uživatelů pervitinu a opioidů, podíl problémových uživatelů alkoholu, denních kuřáků nebo problémových hráčů v kontaktu s odbornými službami je výrazně nižší (jednotky procent) (Mravčík et al., 2017).

Odhadnout celkový počet uživatelů návykových látek v kontaktu s adiktologickými službami je velmi obtížné, protože agregovaná data neumožňují vyloučit duplicity a jednotlivé hlášené systémy se překrývají (Mravčík et al., 2014). Uvedené odhady o celkových počtech klientů/pacientů v léčbě a nízkoprahových zařízeních jsou proto orientační. V kapitolách 4.3., 4.4. a 4.5. jsou uvedeny podrobnější údaje o počtu klientů/pacientů v jednotlivých typech zařízení (zejména jsou k dispozici údaje zdravotnických zařízení).

V nízkoprahových i léčebných zařízeních vzrůstá podíl klientů, kteří jsou rodiči, což klade na služby nové nároky. V otázkách péče o rodiny, kde jsou rodiče uživateli pervitinu, není v ČR mnoho dostupných informací z výzkumu, pouze dílčí informace z praxe.

## **4.2. Opatření zaměřená na snižování zdravotních rizik (harm reduction)**

První úrovní jsou služby pro aktivní uživatele drog, kteří nejsou motivováni ke změně. Hlavním úkolem takových zařízení je minimalizace poškození spojených s užíváním drog (harm reduction), přičemž význam spočívá nejen v ochraně zdraví samotných uživatelů drog, ale v důsledku i celé společnosti. HR se snaží zejména minimalizovat riziko přenosu život a zdraví ohrožujících infekcí, které se může šířit mimo jiné i sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog (HIV/AIDS a hepatitidy B a C), riziko dalších tělesných komplikací, předávkování a sociálního debaklu (Kalina, 2001). Zahrnují terénní programy a nízkoprahová kontaktní centra. Obvykle nabízejí anonymní kontakt. Mezi stěžejní služby patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), poradenství a edukace o rizicích. Dále screeningové testování na infekční choroby, základní zdravotní ošetření, předléčebné poradenství a zprostředkování léčby (Kalina, 2001; Minařík & Nečas, 2010).

Počet nízkoprahových programů se v ČR v posledních letech pohybuje kolem stovky. V r. 2017 jich bylo 108 (54 kontaktních center a 54 terénních programů). V kontaktu s nimi bylo 39,2 tis. uživatelů drog, a odhadem dalších 13,5 tis. osob v kontaktu zprostředkovaném (výměna pro více lidí na „drogovém bytě“). Mezi klienty nízkoprahových programů dominují uživatelé pervitinu (24,8 tis.), dále opioidů (10,3 tis.) a konopných látek (2,3 tis.). Programy odhadují 13,5 tis. osob ve zprostředkovaném kontaktu. Podíl injekčních uživatelů drog mezi klienty nízkoprahových programů se dlouhodobě pohybuje kolem 80 % (84 % v r. 2017). Pokračuje trend nárůstu průměrného věku klientů (32,2 v r. 2017), ženy tvoří dlouhodobě kolem 30 % klientů (29 % v r. 2017) (Mravčík et al., 2018).

## **4.3. Léčba směřovaná k abstinenci**

Jedná se o typ léčby, v níž je konečným cílem abstinence od návykové látky (nejde tedy o léčbu za pomoci náhražkové látky). Řada zařízení (zejména ambulantních) poskytuje ovšem i poradenské služby vedoucí ke snížení užívání návykových látek a stabilizaci sociální situace a životního stylu, nejedná se tedy o služby, které nutně vyžadují u klientů/pacientů plnou abstinenci od návykových látek.

Jedná se tedy v první řadě o ambulantní služby – psychiatrické ambulance (zejména AT ordinace), denní stacionáře, adiktologické poradny a další poradenská zařízení. Některá zařízení jsou zdravotnická, jiná mají statut sociální služby. Nabízejí poradenské

a psychoterapeutické služby, jsou schopny zajistit psychosociální složku péče o klienta. V ideálním případě nabízejí komplexní služby zahrnující ambulantní psychoterapii, sociální poradenství, chráněná pracovní místa a napojení na síť spolupracujících zaměstnavatelů (Minařík & Nečas, 2010).

Další úrovní jsou rezidenční služby – ústavní detoxifikace, oddělení pro léčbu závislostí při psychiatrických klinikách a léčebnách a terapeutické komunity pro léčbu závislostí. Léčba v terapeutických komunitách je dlouhodobá, obvykle trvá od šesti do dvanácti (i více) měsíců, vhodná je pro osoby s dlouhodobější drogovou kariérou a souběhem potíží (sociální vyloučení, kriminální minulost apod.). Terapeutické komunity obvykle nemají statut zdravotnických zařízení. Z léčebných zařízení klienti mohou přejít do doléčovacího centra. Tato zařízení někdy disponují i chráněným bydlením a chráněnými pracovními místy pro klienti po léčbě. Účast v jejich programu obvykle vyžaduje plnou abstinenci, úspěšně absolvovanou odvykací léčbu, nebo dlouhou dobu abstinence bez léčby. Cílem je pomoci klientovi po léčbě s reintegrací do běžného života (Minařík & Nečas, 2010).

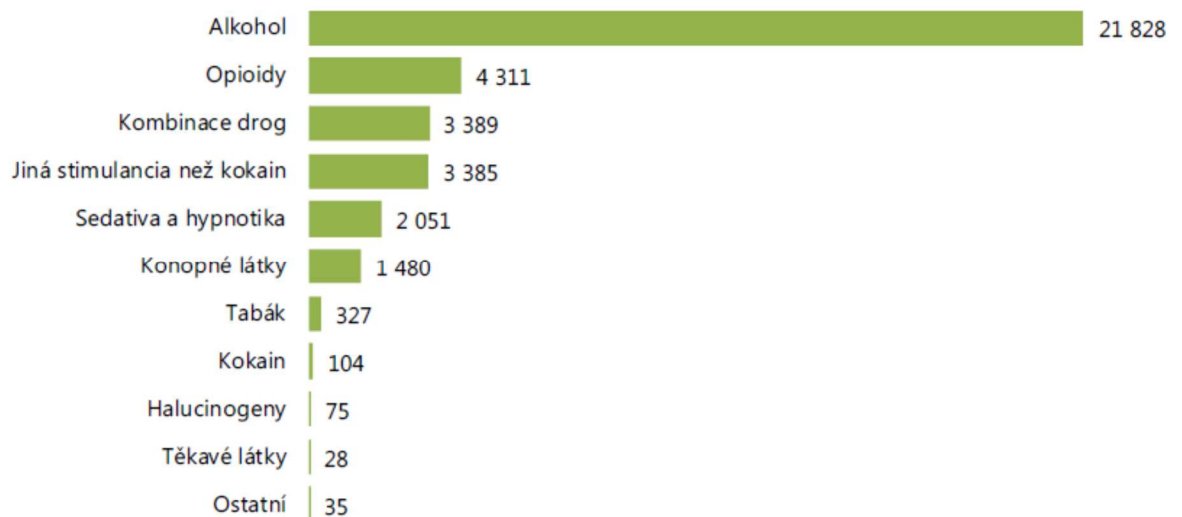
V r. 2017 vykazalo 491 psychiatrických ambulantí léčbu celkem 37 013 pacientů se základní diagnózou duševních poruch a poruch chování způsobených užíváním návykových látek (F10 – F19). Nejde pouze o specializované AT ambulance, ale o všechny psychiatrické ambulance, které v r. 2017 léčily alespoň jednoho pacienta z daného diagnostického okruhu. Nejvíce pacientů se léčilo s poruchami způsobenými užíváním alkoholu (21 828 pacientů, tj. téměř 59 %). Pacientů s poruchami způsobenými užíváním nealkoholových drog (bez tabáku) bylo 14 858 (40 %). Nejvíce uživatelů drog bylo léčeno pro poruchy způsobené užíváním opioidů (28 % všech pacientů léčených pro nelegální drogy), pro užívání stimulantů mimo kokainu (22 %), především pervitinu (17 %) a více drog současně (22 %). Podíl pacientů léčených pro užívání konopných látek činil 10 % a pro užívání sedativ a hypnotik 14 %. U všech sledovaných návykových látek je podíl mužů vyšší než podíl žen, výjimku představují sedativa a hypnotika, kde ženy dlouhodobě tvoří téměř 56 %. Děti a mladistvých se v r. 2017 léčilo celkem 1 062 (necelá 3 %) (Mravčík et al., 2018). Viz Graf 3. Ambulantní psychiatrická péče (Mravčík et al., 2018; ÚZIS, 2018).

Počet hospitalizací pro problémy způsobené návykovými látkami v psychiatrických zařízeních se v l. 2000 – 2016 s výkyvy pohyboval mezi 15,5 a 16,5 tis. pacientů. Dlouhodobě je patrný nárůst případů spojených s kombinací drog, stimulantů (pervitinem) a konopnými látkami, naopak pokles v souvislosti s opioidy (Mravčík et al., 2017). V r. 2017 bylo evidováno 14 513 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek,

z toho 8903 (61 %) hospitalizací bylo pro poruchy způsobené alkoholem, 5609 (39 %) pro poruchy způsobené nealkoholovými drogami. Viz Graf 4. Lůžková psychiatrická péče (Mravčík et al., 2018; ÚZIS, 2018).

V 10 terapeutických komunitách se v r. 2017 léčilo 657 klientů, a to převážně mužů (64 %). Primární drogou byl v 83 % pervitin, uživatelé opioidů tvořili 8 % léčených, 80 % léčených byli injekční uživatelé drog. Uživatelé alkoholu a konopných látek byli spíše v menšině (9 %, resp. 3%) (Mravčík et al., 2018). Mezi žadateli o léčbu z řad uživatelů nelegálních drog je míra injekčního užívání drog dlouhodobě velmi vysoká a představuje nejčastější způsob aplikace pervitinu, heroinu a buprenorfinu (Mravčík et al., 2017).

Graf 3. Ambulantní psychiatrická péče (37 013 pacientů).



Zdroj: Mravčík et al., 2018, ÚZIS 2018

Graf 4. Lůžková psychiatrická péče (14 513 pacientů)



Zdroj: Mravčík et al., 2018, ÚZIS, 2018

V ČR se setkáváme s paradoxem, který spočívá v dlouhé historii užívání metamfetaminu, bohatých zkušenostech v léčbě závislosti na metamfetaminu a současně v nedostatku informací o některých oblastech souvisejících s jeho užíváním. Pravidelně je monitorován rozsah užívání pervitinu v obecné i školní populaci, jsou prováděny odhady problémového užívání pervitinu a využití léčebných a nízkoprahových zařízení. Současně chybí řada informací o tom, jak je vedena léčba závislosti na pervitinu, chybí studie prokazující efektivitu konkrétních intervencí (Gabrhelík, Šťastná, Holcnerová, Miovský & Minařík, 2010; Zábranský, 2007).

#### 4.4. Substituční léčba

Substituce je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno (lékařsky předepsanou) látkou s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky, než původní droga (např. heroin je nahrazen metadonem). Dále může jít o substituci škodlivého způsobu užití (cigarety nahrazeny nikotinovými náplastmi nebo žvýkačkami), případně kombinace obou způsobů (injekční aplikování heroínu je nahrazeno orálně podávaným metadonem). Cílem substituce je eliminování nebo snížení užívání určité drogy, zvláště pokud je ilegální, nebo snížení škodlivé formy a metody podávání, provázející techniky nebezpečné zdraví (např. sdílení jehel) a snižování sociálních následků (Kalina, 2001)

Počet osob léčených v opiátové substituční léčbě v posledních 5 letech stagnuje. V r. 2017 registrovalo tyto pacienty celkem 62 zdravotnických zařízení (63 v r. 2016) a bylo evidováno celkem 2249 léčených osob (2266 v r. 2016), z nich 1506 (67 %) buprenorfinem a 743

(33 %) metadonem. Významný počet pacientů na opiátové substituci však není do registru hlášen (odhadem 1500–3000). V průměru bylo v ČR v r. 2017 registrováno v substituční léčbě 17,2 % problémových uživatelů opioidů (17,8 % v r. 2016). Problémem zůstává finanční dostupnost substitučních preparátů s účinnou látkou buprenorfin. Monopreparáty s buprenorfinem nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění a pacient tedy hradí v lékárně plnou cenu. Kombinovaný preparát Suboxone® 8 mg je jako jediný hromadně vyráběný substituční preparát od r. 2010 hrazen ze zdravotního pojištění, ale v praxi je počet pacientů léčených hrazeným Suboxone® odhadován na několik desítek případů. V r. 2018 se navíc finanční dostupnost dále snížila, neboť i za hrazený Suboxone® musí pacienti nově doplácet (Mravčík et al., 2018).

V r. 2017 bylo v ČR k dispozici šest přípravků určených pro substituční léčbu, a to metadon, Subutex®, Buprenorphine Alkaloid®, Addnok® a Ravata® (poslední čtyři zmíněné s účinnou látkou buprenorfin) a Suboxone® (kompozitní přípravek s účinnými látkami buprenorfin a naloxon) (Mravčík et al., 2018)

Léčba závislosti na metamfetaminu je vedena výhradně abstinčně a nelze počítat s větší podporou medikací při léčbě závislosti jako takové. V rámci léčby jsou kombinovány poradenské, psychoterapeutické a sociálně pracovní postupy, v indikovaných případech lze podávat antidepresiva nebo hypnotika, u psychotických poruch jsou indikována antipsychotika (Gabrhelík et al., 2010; Minařík & Gabrhelík, 2011).

Farmakoterapie závislosti na metamfetaminu je v současné odborné literatuře extenzivně diskutována. V léčebné praxi v ČR však není dosud schválený substituční preparát (Minařík & Gabrhelík, 2011). Dosud byly publikovány přehledové články či prezentace týkající se léčby závislosti na metamfetaminu včetně možné substituční léčby a mapování zájmu uživatelů o substituční léčbu (Gabrhelík et al., 2010; Nezdarová & Gabrhelík, 2016; Oktábec & Gabrhelík, 2015) a případové studie z pilotního výzkumu substituce metylfenidátem (Minařík, Gabrhelík, Malcolm, Pavlovská & Miller, 2015). Psychiatrická komorbidita je nicméně v případě substituční léčby velkou výzvou – přehledové práce ji zmiňují v řadě výzkumů jako kontraindikaci, v některých je ale naopak považována naopak za indikaci k substituční léčbě (Gabrhelík et al., 2010; Minařík et al., 2015).

Farmakologická léčba, ať již ve smyslu substituční léčby nebo léčby, která zmírňuje odvykací potíže a „*craving*“ (bažení), by pomohla zvýšit atraktivitu léčby, retenci uživatelů metamfetaminu v léčbě a její výsledky (Phillips, Epstein & Preston, 2014; World Health



Organization, 2001), bohužel však v současné době není taková léčba k dispozici, přestože je tomuto tématu věnována řada studií a byla zkoumána řada přípravků, které by mohly být k tomuto účelu vhodné (Courtney & Ray, 2014; Gabrhelík et al., 2010; Minařík & Gabrhelík, 2011; Rawson, Gonzales & Brethen, 2002).

Co se týče alkoholu, tak substituční léčba není k dispozici, stejně jako u metamfetaminu je vedena výhradně abstinенčně. Mezi farmakoterapeutické prostředky, které jsou užívány u závislých na alkoholu, patří léky zvyšující vnímavost vůči účinkům alkoholu (Antabus®), které působí jako metabolický blok a při užití alkoholu způsobí výraznou vegetativní reakci organismu. Dále jsou to látky snižující „*craving*“ a psychofarmaka k léčbě přidružených psychiatrických potíží (Popov, 2013).

V jediném výzkumném projektu kanadských autorů (Pauly et al., 2016) se provádí poskytování malých dávek alkoholu v pravidelných intervalech klientům, kteří trpí závislostí na alkoholu a zároveň jsou bez domova. Jedná se o projekt „*managed alcohol program*“, jehož účelem je snížit zdravotní rizika související s užíváním náhražek alkoholických nápojů (např. čisticí prostředky apod.) a poskytnout klientům bezpečné prostředí. Participantů projektu byli oproti kontrolnímu vzorku schopnější si udržet bydlení a jejich kvalita života s ohledem na bydlení a na pocit bezpečí byla vyšší. V českém prostředí obdobný program neexistuje, pouze v Brně je plánováno tzv. mokré denní centrum pro osoby bez domova (Prokopová, 2018).

#### **4.5. Národní registr léčby uživatelů drog**

V letech 1995–2014 v ČR monitorovala situaci v oblasti léčby uživatelů nelegálních psychoaktivních látek hygienická služba ČR. Získané výsledky vypovídají o rostoucím počtu žádostí o léčbu, dlouhodobě nejvíce preferovanou nelegální drogou je pervitin (metamfetamin) aplikovaný injekčně. Pervitin a ostatní stimulantia byly uváděny jako základní droga nejčastěji a jejich podíl tvoří od 35,7 % v roce 1995 do 75,2 % v roce 2014, dlouhodobě naopak klesal počet uživatelů opioidů (zejména heroinu). Osoby žádající o léčbu poprvé v životě (prvožadatelé) tvořily dlouhodobě přibližně polovinu všech hlášených případů. Po dvacetiletém období sledování léčby uživatelů drog, tzv. žadatelů o léčbu, které bylo v gesci hygienické služby, nastala od roku 2015 nová etapa ve způsobu sběru dat (Fulleová & Petrášová, 2016).

Na začátku března 2015 byl v rámci rekonstrukce celého Národního zdravotního informačního systému ČR spuštěn Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který integruje Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL). Po spuštění NRLUD do něj byly převedeny údaje z obou stávajících informačních systémů a tyto zanikly. NRLUD je legislativně zakotven v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Na rozdíl od Registru žádostí o léčbu vedeném hygienickou službou umožňuje rovněž hlášení osob s primární drogou alkohol i tabák nebo patologických hráčů (Chomynová & Grohmannová, 2015; Mravčík, Chomynová, et al., 2015; Nechanská, Mravčík & Popov, 2014). První rok se registr potýkal s počátečními technickými problémy, a i přes zlepšení, ke kterým došlo v r. 2016, v registru stále chybí data z významné části léčebné sítě za r. 2015 i 2016 (Mravčík et al., 2017).

Do r. 2014 včetně bylo do Registru žádostí o léčbu hlášeno kolem 10 tis. případů. V NRLUD bylo v l. 2015 a 2016 hlášeno přes 7 tis. klientů včetně nově hlášených uživatelů alkoholu a tabáku jako primární drogy a patologických hráčů, kteří do r. 2014 včetně nebyli předmětem hlášení. Uživatelé alkoholu tvoří přibližně čtvrtinu všech hlášených klientů, uživatelé nelegálních drog téměř 70 % (uživatelé opioidů tvoří přibližně třetinu a uživatelé pervitinu přibližně pětinu všech klientů). Rozdíl v podílu uživatelů opioidů a pervitinu mezi dřívějším registrem hygienické služby a NRLUD je dán především tím, že NRLUD mnohem více pokrývá substituční léčbu a naopak méně nízkoprahové kontaktní a poradenské služby (Mravčík et al., 2017).

Údaje o léčených klientech v r. 2017 nahlásilo do registru celkem 120 programů (143 v r. 2016) a celkem bylo evidováno 8647 klientů, z nichž 3513 (40,6 %) zahájilo léčbu poprvé v životě (tzv. prvožadatelé); pro srovnání v r. 2016 to bylo 7198 klientů, z nichž 2128 (29,6 %) bylo prvožadatelů. V r. 2017 bylo evidováno celkem 3196 (37 %) léčených uživatelů alkoholu, 348 (4 %) uživatelů tabáku a 312 (4 %) léčených patologických hráčů. Uživatelů drog mimo alkohol a tabák (nelegálních drog) bylo celkem 4791 (55 %) (Mravčík et al., 2018).

## **5. Psychické a somatické důsledky užívání návykových látek**

Existuje zřejmá souvislost mezi užíváním návykových látek a negativními dopady na zdraví, přičemž závislost je pouze jedním z nich (Mravčík, Chomynová & Grohmannová, 2016). Pokud jde o samotné užívání, v Mezinárodní klasifikaci nemocí se mírnější porucha

označuje jako „škodlivé užívání“ a závažná porucha jako „syndrom závislosti“ (ÚZIS, 2012). Americký Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch v této souvislosti popisuje „zneužívání látek“ a „závislost“ (American Psychiatric Association, 2000). Závislost na návykových látkách je porucha, která mezi svými příznaky zahrnuje silné přání užít drogu, narušené sebeovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, preferenci užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšenou toleranci pro drogu a někdy také tělesný odvykací stav (Mravčík, Chomynová & Grohmannová, 2016).

Jednotlivé návykové látky vykazují různou míru poškození, které jsou s jejich užíváním spojeny. Může jít o škody psychické, somatické i sociální. Míru nemocnosti a úmrtnosti v souvislosti s danou látkou ovlivňuje řada faktorů, především způsob aplikace látky (velmi riziková je zejména injekční aplikace), současné užívání více látek (např. užití benzodiazepinů s nelegálními drogami zvyšuje jejich toxicitu), sociální kontext a prostředí (např. užívání v prostředí tanečních akcí spojené s námahou a dehydratací), individuální psychická, biologická (genetická) predispozice a zranitelnost a v neposlední řadě také velikost dávky a čistota drogy (Best, Gross, Vingoe, Wilton & Strang, 2003; Mravčík, Chomynová & Grohmannová, 2016). Více o somatických a psychických komplikacích užívání metamfetaminu, opiátů a alkoholu v následujících kapitolách 5.1., 5.2. a 5.3.

## **5.1. Psychické a somatické komplikace spojené s užíváním metamfetaminu**

Metamfetamin patří mezi psychomotorická stimulantia, ta způsobují celkové povzbuzení organismu, zvyšují duševní i tělesný výkon (Minařík & Kmoch, 2015). Metamfetamin byl poprvé syntetizován na začátku 20. století v Japonsku, v současnosti je ve světě velmi rozšířen (UNODC, 2018; Zábranský, 2007). V ČR patří mezi nelegální drogy. Metamfetamin (v ČR obvykle nazývaný pervitin) má jedinečné postavení na české drogové scéně a jeho problémové užívání je spojeno s celou řadou zdravotních komplikací a má závažné veřejnozdravotní implikace (Gabrhelík et al., 2010).

I při jednorázovém užití může u vysokých dávek dojít k těžkým příznakům intoxikace, jako jsou agitovanost, výkyvy nálady s prvky agresivního chování, silný psychomotorický neklid a psychotické stavy s typicky paranoidně-halucinatorním syndromem. K tomu se mohou přidat panické příznaky (Braunwarth et al., 2017).

Tělesně dochází po užití krystalického metamfetaminu zpravidla ke zrychlení srdečního tepu spolu se zvýšením tlaku, ke zvýšení svalového napětí, návalům pocení a horka, jakož i záchvatům zimnice. Zpočátku také bývá znakem konzumace rozšíření zornic. Coby akutní komplikace při předávkování se může objevit hypertenzní krize. Tím stoupá riziko mozkové mrtvice, srdečního infarktu, poruch srdečního rytmu a hypertermie spolu se selháním orgánů (Braunwarth et al., 2017).

Co se týče somatických příznaků dlouhodobého užívání, následkem přetížení organismu může dojít až k selhání oběhu a dalších tělesných funkcí. Nápadným příznakem je také výrazné zhubnutí, neboť metamfetamin snižuje chuť k jídlu, při chronickém užívání se mohou dostavit příznaky a sešlost spojená s podvýživou (Minařík, 2003b; Minařík & Kmoch, 2015). Jako následek chronického užívání může vznikat organické mozkové poškození (asi u 10 % zemřelých nalezeny změny na mozku) (Minařík, 2003b).

U chronických uživatelů se často vyskytuje stav z odnětí drogy, jehož délka trvání je v řádu týdnů až měsíců. Často se objevují depresivní příznaky s anhedonií a sebevražednými sklony. Typická bývá únava, podrážděnost a psychická labilita, somaticky je možno pozorovat bradykardii a nárůst hmotnosti. Neurokognitivní defekty jsou rozšířeny mezi konzumenty metamfetaminu ve fázi odvykání a několik měsíců již v čase abstinence (Braunwarth et al., 2017).

Mezi negativní psychické následky pravidelného užívání patří zejména psychóza, depresivní a úzkostné poruchy, sebevražedné chování a násilné chování, viz např. Darke, Kaye, McKetin a Duflou (2008), velká část uživatelů ovšem vykazuje i psychiatrické poruchy, které předcházely užívání metamfetaminu (Salo et al., 2011; Zweben et al., 2004), viz kapitola 6. Psychiatrická komorbidita.

## **5.2. Psychické a somatické komplikace spojené s užíváním opioidů**

Opiáty jsou tlumivé látky, původně získávané ze šťávy nezralých makovic (opium), způsobují analgezií, sedaci, mají euforický efekt. Nejvýznamnějšími přírodními zástupci jsou alkaloidy opia – morfium a kodein, ze syntetických látek jsou to heroin, metadon, buprenorfin a v ČR také tzv. braun (Minařík & Kmoch, 2015).

I při jednorázovém užití může dojít k nepříznivým účinkům a důsledkům. U opiátů je charakteristická malá terapeutická šíře, je malý rozdíl mezi dávkou terapeutickou a smrtelnou, což je příčinou předávkování. Při intoxikaci dochází k celkovému útlumu

nervového systému, k útlumu dechového centra, změlčení dechu vede až k nedostatečné ventilaci plic a cyanotickému zabarvení kůže. Zpomalena je i srdeční činnost a snížena tělesná teplota. Zejména u prvoživatelů může dojít při intoxikaci ke zvracení. Typické je dále svědění těla, které vede k poškrabování (Minařík & Kmoch, 2015).

Při chronickém užívání dochází k rozvoji psychické i somatické závislosti (projevující se odvykacím stavem při vysazení opiátů). K poškození organismu může dojít v souvislosti s nežádoucími účinky a s poklesem citlivosti vůči bolesti. Opiáty např. způsobují ochabnutí hladkého svalstva – to vede ke zpomalení pohybu potravy ve střevech a k zácpě a k problémům s močením. Snížená ventilace plic a pokles pohyblivosti hladkého svalstva řasinkového epitelu bývá příčinou častých pneumonií. U žen dochází ke vzestupu napětí dělohy a k poklesu pohyblivosti řasinkové výstelky ve vejcovodech a tím k neplodnosti. Často dochází k infekcím, které souvisejí s oslabením imunitního systému a nesterilní injekční aplikací drogy. (Minařík, 2003a). Intenzita odvykacího stavu závisí na užívané dávce. V lehčích případech se projevuje především příznaky bolestmi břicha, průjmý, mydriázou, z psychických příznaků úzkostí a depresí. Pravidelnou, obvykle delší dobu přetrvávající, obtíží je nespavost. V těžších případech dochází k vzestupu tělesné teploty, úporné nespavosti, poruchám řeči, třesům, nechutenství a dehydrataci. Vzácně dochází ke kolapsu a úmrtí (Minařík & Kmoch, 2015).

Při chronickém abúzu je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností, intelekt bývá nepostižen. Časté bývají depresivní příznaky, nespavost, únava a podrážděnost (Minařík, 2003a). Stejně jako u ostatních uvedených látek, u části dlouhodobých uživatelů se objevují psychiatrické poruchy, které předcházely počátku zneužívání opiátů. Více viz kapitola 6.2.

### **5.3. Psychické a somatické komplikace spojené s užíváním alkoholu**

Alkohol je znám od starověku, stejně tak jako problémy s jeho zneužíváním. V ČR je alkohol legálně dostupný (i když je jeho užívání omezeno některými právními předpisy, které zakazují např. jeho podávání osobám do 18 let) (Minařík & Kmoch, 2015).

Nepříznivé důsledky může mít i jednorázová konzumace alkoholu, v závislosti na výši dávky. Typická je porucha rovnováhy, svalového napětí, zpomalení reakčního času, nevolnost, zvracení. Poruchy chování s agresivitou a snížená sebekritičnost mohou vést k riskantnímu chování a úrazům. Při těžších intoxikacích hrozí kvantitativní porucha vědomí až smrt (Minařík & Kmoch, 2015).

Chronické užívání alkoholu může vést k rozvoji psychické i somatické závislosti (projevující se odvykacím stavem po vysazení alkoholu). Značná toxicita alkoholu vede při dlouhodobém užívání k vážnému poškození organismu. Dochází k poškození gastrointestinálního traktu (poruchy trávení, průjmy, gastritidy, poškození pankreatu a rozvoj diabetu, poškození jater, může dojít až k nádorovému bujení). Malnutrice běžná při chronickému abúzu může vést k avitaminózám, které mohou být život ohrožující. Dále dochází k funkčnímu a orgánovému poškození oběhového systému, k poruchám krevetvorby, anémii a poruchám hemokoagulace, také k poškození endokrinního systému, u těhotných žen může užívání alkoholu způsobit fetální alkoholový syndrom, což je závažné poškození plodu. Po dlouhodobém a intenzivním abúzu alkoholu se objevuje odvykací stav, který odeznívá cca do týdne a jehož příznaky jsou psychomotorický neklid, třes, pocení, úzkost, nevolnost a zvracení, tachykardie, slabost a poruchy spánku, při závažnějších formách se mohou dostavit i halucinace nebo křeče. Nejzávažnější formou je delirium tremens, které má relativně vysokou mortalitu a je typické poruchami vědomí, halucinacemi, bludy, tachykardií, pocením, třesem a záchvaty křečí (Chval, 2007; Minařík & Kmoch, 2015).

Z psychických důsledků chronického užívání se může jednat o poruchy spánku, úzkostné a depresivní stavy, dále o psychózy (ty vznikají v důsledku poškození mozku, jsou pro ně typické halucinace, paranoidní bludy, změny afektivity a kognitivních funkcí). Alkohol je neurotoxický a může způsobit polyneuropatii a organické poškození mozku vedoucí k poruchám paměti až do stadia demence (Minařík & Kmoch, 2015).

Více k psychickým důsledkům užívání metamfetaminu, opiátů a alkoholu v následující kapitole 6. Psychiatrická komorbidita.

## **6. Psychiatrická komorbidita**

Frekvence výskytu komorbidních duševních poruch u uživatelů alkoholu a jiných psychoaktivních látek je vysoká, jednak je psychická nemoc rizikovým faktorem pro vznik závislosti, a jednak užívání látky může ovlivnit vznik a rozvoj duševní poruchy (EMCDDA, 2010a; Kalina & Minařík, 2015). Často není možné kauzální souvislost určit, některé symptomy a stavy mohou předcházet užívání, některé mohou být jeho důsledkem a jiné se mohou na rozvoji další psychiatrické diagnózy podílet. Někteří autoři se přiklánějí k tomu, že závislost a další psychiatrická diagnóza jsou pouze dvě tváře jednoho problému, vyjádřením jedné základní příčiny (Kalina & Minařík, 2015).

Komorbidity, která je někdy označována jako *duální diagnóza*, definovala Světová zdravotnická organizace (WHO) jako souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním návykové látky a další duševní poruchy u téhož jedince (EMCDDA, 2013a). Prevalence duálních diagnóz se mezi uživateli návykových látek velmi liší dle různých studií (v některých je uvedena prevalence až 84 %). Studie se ovšem různí dle typu zkoumaného typu populace, typu psychiatrických potíží i v použité metodologii (EMCDDA, 2013a).

## **6.1. Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu**

Následující text shrnuje poznatky týkající se psychických komplikací a komorbidity u uživatelů metamfetaminu, jak z českých, tak zahraničních odborných studií. Část tohoto textu vyšla jako přehledový článek v časopise *Adiktologie* (Orlíková & Csémy, 2016).

V ČR jsou nejpočetnější skupinou problémových uživatelů drog/léčených uživatelů drog uživatelé metamfetaminu, přesto o prevalenci psychiatrických duálních diagnóz mezi nimi není příliš informací. Psychiatrická komorbidita se u zmíněné skupiny vyskytuje ve významné míře (EMCDDA, 2010a; Salo et al., 2011), je výrazně vyšší než v obecné populaci (Akindipe, Wilson & Stein, 2014; Hosák, Maixnerová & Valešová, 2009; Shoptaw, Peck, Reback & Rotheram-Fuller, 2003) a vyšší než u uživatelů opiátů a kokainu (EMCDDA, 2010a).

Nejnápadnější komplikací při užívání metamfetaminu jsou psychotické stavy, zejména metamfetaminem přímo vyvolaná tzv. *toxická psychóza* (Darke et al., 2008). Ta je také nejčastějším důvodem pro hospitalizaci uživatelů metamfetaminu. Z dalších psychických potíží lze jmenovat zejména o depresivní a úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, o problematiku ADHD, a v menší míře o poruchy příjmu potravy. Přičemž část poruch je primární (zejména úzkostné a z části i depresivní stavy, u psychóz je primárních cca 20 %), část vyvolaná užíváním metamfetaminu (především psychotické stavy, z části deprese) (Orlíková & Csémy, 2016).

Co se týče metamfetaminu, psychiatrické symptomy se mohou vázat jednak k akutnímu účinku, případně jeho vysazení, a jednak se jeho opakované užívání projevuje řadou psychologických a psychiatrických potíží (Darke et al., 2008). Užití metamfetaminu může také provokovat dosud skrytou psychiatrickou poruchu (Všetička, 2014). U řady uživatelů navíc existovala primární psychiatrická porucha již před začátkem užívání metamfetaminu a v důsledku užívání metamfetaminu mohlo dojít ke zhoršení jejích příznaků (EMCDDA, 2010a).

Výzkumné studie uvádějí, že až 2/3 uživatelů metamfetaminu trpí další psychiatrickou diagnózou, zejména úzkostnými a depresivními stavy, psychotickými poruchami a poruchami osobnosti (Akindipe et al., 2014; EMCDDA, 2013a) a nelátkovými závislostmi – patologickým hráčstvím (Salo et al., 2011). Do okruhu duálních diagnóz se oprávněně zahrnuje i ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*), která představuje závažnou neuropsychickou problematiku a pojí se s další psychiatrickou komorbiditou (Kalina et al., 2014). Další specifickou problematikou je poškození kognitivních funkcí u dlouhodobých uživatelů, které je dáno neurotoxicitou metamfetaminu (Hosák et al., 2011; Scott et al., 2007). Psychiatrická komorbidita je jedním z ústředních témat při léčbě závislosti na stimulantech, které by mělo být bráno v potaz při stanovení léčebného režimu (Salo et al., 2011). Diagnostické zanedbání psychopatologických komplikací závislostní poruchy může vést k neadekvátnímu nastavení léčebného plánu s negativními důsledky pro klienta (Kalina & Vácha, 2013).

Práce týkající se psychiatrické komorbidity u uživatelů metamfetaminu jsou bohužel velmi obtížně porovnatelné, jednak s ohledem na charakteristiky skupiny respondentů výzkumu, zejména délku abstinence od metamfetaminu, jednak na rozdílnou metodologii zkoumání psychického stavu účastníků. Poskytují tedy poněkud roztříštěný obraz o duálních diagnózách u uživatelů metamfetaminu, nicméně z nich přesto vyplývají důležité informace týkající se např. typologie poruch a poměru primárních psychiatrických onemocnění a drogou vyvolaných psychických potíží (Orlíková & Csémy, 2016).

Salo et al. (2011) provedli výzkum na vzorku 189 uživatelů metamfetaminu, u nichž byla hodnocena celoživotní prevalence dalších psychiatrických diagnóz. Autoři uvádějí výskyt psychotické poruchy u 28,6 % participantů (přičemž ve 23,8 % se jednalo o poruchu indukovanou metamfetaminem). Poruchy nálady, které nebyly způsobené užíváním návykových látek, se vyskytovaly u 32,3 % participantů (nejčastěji se jednalo o velkou depresivní poruchu). Poruchy nálady vyvolané užíváním metamfetaminu se vyskytovaly u 10,7 % účastníků. Prevalence úzkostných poruch byla 24,3 %, přičemž pouze malá část byla vyvolána užíváním metamfetaminu (3,7 %). U psychotických poruch převládají ty, které byly vyvolané užíváním metamfetaminu, oproti poruchám nálady a úzkostným poruchám, kde převládají ty, jež užívání metamfetaminu předcházely.

Akindipe et al. (2014) uvádějí studii, v níž byl zjišťován výskyt psychiatrických komorbidit u 100 participantů závislých na metamfetaminu z Jihoafrické republiky. Prevalence psychiatrických poruch byla celkově 36 %. Jednalo o v 16% o poruchy nálady (zejména



deprese), z toho u 4 % participantů se vyskytovaly deprese vyvolané užíváním metamfetaminu. Psychotické poruchy byly u 13 %, z toho u 4 % účastníků se jednalo o metamfetaminem vyvolané psychotické stavy přechodného charakteru. U 7 % respondentů byly přítomny úzkostné stavy, které byly označeny ve všech případech jako primární. Čtvrtina uživatelů metamfetaminu, kteří trpí psychiatrickou poruchou, má tedy potíže přímo vyvolané užíváním drogy.

Shoptaw et al. (2003) provedli v USA studii s 155 uživateli metamfetaminu, jednalo se o klienty vstupující do léčby, kteří uvedli, že jsou homosexuální či bisexuální. Z psychiatrických poruch u nich byla identifikována depresivní porucha někdy v životě, a to u 52,9 % účastníků (z nichž u 41,5 % byla způsobena užíváním drog). V souladu s tím byla také identifikována velká část účastníků, kteří uváděli předchozí sebevražedné myšlenky (24,7 %). Psychotický stav v průběhu života uvedlo tak 26,5 % respondentů (ve všech případech se jednalo o psychózu vyvolanou užíváním psychoaktivních látek), 28,4 % respondentů splňovalo kritéria pro úzkostné poruchy (z nichž 25 % bylo identifikováno jako drogou způsobené). Účastníci, kteří byli kromě metamfetaminu závislí i na jiné látce, trpěli psychiatrickými potížemi výrazně častěji než ti, kteří užívali pouze metamfetamin (jednalo se zejména o úzkostné poruchy). Studie dále poukazuje na velmi vysokou míru rizikového sexuálního chování ve zkoumané populaci.

Dyer a Cruickshank (2005) uvádějí, že ve vzorku australských uživatelů metamfetaminu přijatých do léčby (n = 218) v letech 1995-2003, bylo 46 % respondentů, u nichž byla v minulosti diagnostikována psychiatrická porucha. U 35 % z nich se jednalo o depresi, u 35 % o psychotické stavy, z dalších poruch šlo především o ADHD. U téměř poloviny participantů zaznamenali historii sebepoškozování (47 %). Sebevražedné myšlenky někdy v životě uvedlo 61 % účastníků studie.

### **6.1.1. Psychotické stavy**

Psychotické stavy jsou častou komplikací, jedná se především o metamfetaminem přímo vyvolanou tzv. *toxickou psychózu*. Tento fenomén je nejnápadnější psychiatrickou poruchou související s užíváním metamfetaminu (Darke et al., 2008). Prevalence psychotických stavů vyvolaných metamfetaminem je obtížně identifikovatelná s ohledem na diagnostickou nejasnost a špatnou odlišitelnost od primární psychotické poruchy nezpůsobené návykovými látkami, případně od poruchy způsobené užíváním jiných látek než metamfetaminu (Hsieh, Stein & Howells, 2014). V různých studiích je uváděn její výskyt od 7 do 51 % (EMCDDA,

2013a; Glasner-Edwards & Mooney, 2014; Hides et al., 2015; Palkovič, Alexanderčíková, Slezáková, Vojtková & Okruhlica, 2011; Salo et al., 2011). Prevalence je uváděna 11krát častější v subpopulaci uživatelů metamfetaminu než v obecné populaci (Hosák et al., 2009). V českém prostředí byla sledována prevalence psychóz ve vzorku 92 klientů léčených ve dvou terapeutických komunitách. Psychotická porucha byla zjištěna u 15 klientů, z toho u 12 z nich se jednalo o paranoidní psychotickou poruchu – protrahovanou toxickou psychózu související s užíváním metamfetaminu (Kalina & Minařík, 2015; Kalina & Vácha, 2013).

Někteří autoři nepovažují toxickou psychózu za duální diagnózu v pravém slova smyslu, neboť tvoří v podstatě standardní doprovod závislosti na metamfetaminu a odeznívá v abstinenci, nicméně může dojít i k protrahovanému průběhu psychózy, kdy metamfetamin mohl působit jako provokační, nikoli kauzální faktor (Kalina & Vácha, 2013). Skutečnost, že metamfetamin může působit jako spouštěč endogenních psychóz u disponovaných osob, uvádí i další autoři, např. Všetická (2014), André, Novotný a Cook (2006), Bousman et al. (2014).

Pro stanovení diagnózy je důležitý časový faktor – začátek psychotických příznaků se musí vyskytnout v průběhu užívání nebo do 2 týdnů po ukončení užívání návykové látky, příznaky musí trvat déle než 48 hodin (Hosák et al., 2009). Toxická psychóza je přechodného charakteru, obvykle trvá jen několik dní (Darke et al., 2008; Hosák et al., 2009). Po jednom měsíci by mělo dojít k odeznění příznaků nebo k výraznému zlepšení, i pokud je psychóza dlouhodobějšího charakteru. Ani při déletrvajících potížích by dle diagnostických kritérií MKN-10 neměla překročit 6 měsíců (Hosák et al., 2009; Novotný, André & Somošová, 2005). Palkovič et al. (2011) doporučují při přetrvávání psychotických příznaků déle než půl roku za nejrelevantnější kombinovanou diagnózu, např. schizofrenní porucha a závislost na metamfetaminu, i z hlediska farmakoterapie. Dle českých poznatků z praxe se ovšem ukazuje, že u řady klientů ani 6 měsíců nestačí, aby psychóza zcela odezněla: stav se sice zvolna zlepšuje, ale některé zbytkové příznaky, např. senzitivní vztahovačnost, mohou přetrvávat až jeden rok (Kalina & Minařík, 2015).

Všetická (2014) uvádí, že nejčastěji je hospitalizace pro *toxickou psychózu* spojena s polyvalentním užíváním nebo s užíváním metamfetaminu, s tím, že metamfetamin je mnohonásobně potentnější k vyvolání psychózy než např. konopné drogy. Nárůst toxických i endogenních psychóz by mohl být částečně způsoben zvýšením počtu problémových uživatelů pervitinu v populaci (André et al., 2006; Všetická, 2014).

Z klinického obrazu nelze sice jednoznačně usuzovat na konkrétní typ psychoaktivní látky, je ovšem možné vyčlenit základní projevy formy. Klinický obraz toxických psychóz u uživatelů drog ze skupiny amfetaminů je typický agitovaností a projevy paranoidně – halucinatorního charakteru (André et al., 2006). Často jsou přítomny bludy pronásledování a sluchové halucinace. Uváděna je častěji pozitivní symptomatologie, přičemž negativní symptomatologie není výrazně vyjádřena (Grant et al., 2012; Hosák et al., 2009; Hsieh et al., 2014).

K rozvoji psychózy dochází obvykle u chronických uživatelů nebo při užití vysoké dávky metamfetaminu, viz např. Hsieh et al. (2014), přispívají však i další faktory. Jedná se zejména o věk, genetické předpoklady a o charakteristiky premorbidní osobnosti (Hosák et al., 2009; Chen et al., 2003; Salo et al., 2013).

Chen et al. (2003) provedli výzkum týkající se premorbidních charakteristik a komorbidit u uživatelů metamfetaminu, u nichž se vyvine psychotický stav v souvislosti s užíváním a těch, u kterých se v průběhu užívání nerozvine. Pravděpodobnost rozvoje psychózy je vyšší u uživatelů, kteří začali užívat drogu v nízkém věku a zkonsumovali jí větší množství (míněno jako celkový objem drogy zkonsumovaný v průběhu drogové kariéry). Uživatelé, u kterých se rozvinula psychóza, vykazovali také vyšší míru depresivních symptomů, poruch z užívání alkoholu a poruch osobnosti. U těch, u nichž byla zaznamenána porucha osobnosti, měla psychóza spojená s metamfetaminem horší a delší průběh. Salo et al. (2013) také zkoumali prediktory rozvoje psychózy. Zjistili, že uživatelé metamfetaminu s historií ADHD jsou náchylnější k vzniku toxické psychózy a že ti, u nichž se rozvinula psychóza, častěji uváděli předchozí zkušenost s psychiatrickou péčí než ti, u nichž se psychóza nerozvinula. V rámci australské studie se 198 injekčními uživateli metamfetaminu – klienty nízkoprahového zařízení (Hides et al., 2015) bylo zjištěno, že 51% účastníků studie trpí nebo někdy v životě trpělo psychotickými stavy. U 31 % účastníků byl zjištěn psychotický stav v době provádění studie (současná epizoda psychózy). V 80 % případů se jednalo o psychózu vyvolanou užíváním metamfetaminu a ve 20 % o primární psychotické stavy. Skupiny se nelišily co do závažnosti příznaků. Jako rizikový faktor pro rozvoj psychózy byl uveden zejména věk (čím nižší věk začátku pravidelného užívání, tím pravděpodobnější vznik psychózy vyvolané užíváním metamfetaminu).

Pod záštitou WHO byla v čtyřech zemích (Austrálie, Japonsko, Thajsko, Filipíny) provedena studie s pacienty přijatými pro metamfetaminovou psychózu do psychiatrických zařízení (Ali et al., 2006). Předchozí zkušenost s psychiatrickou péčí uvedlo cca 60 % respondentů

(z toho polovina pro psychické potíže, které nebyly způsobené užíváním drog). V době provádění výzkumu uvádělo závažné depresivní stavy 8–66 % participantů (nejméně na Filipínách, nejvíce v Austrálii), závažné úzkostné stavy 54–72 % participantů (nejvíce v Austrálii, nejméně na Filipínách).

Bousman et al. (2014) prezentuje studii, jejímž cílem bylo popsat typologii psychotických symptomů u vzorku 40 uživatelů metamfetaminu, u nichž došlo k rozvoji psychotické poruchy způsobené metamfetaminem. Studie se zaměřovala na souvislost mezi typem symptomů metamfetaminové psychózy a případným pozdějším rozvojem schizofrenie. V rámci studie byly sledovány i další psychiatrické potíže, přičemž celoživotní prevalence velké depresivní poruchy byla 60%, disociální poruchy osobnosti 38 %, ADHD 18 % a bipolární poruchy 13 %.

### **6.1.2. Afektivní poruchy**

Jak již bylo výše uvedeno, afektivní poruchy, zejména depresivní stavy, bývají častou komorbiditou. Deprese se objevuje jednak jako primární porucha předcházející užívání drogy, jednak jsou depresivní stavy obvykle součástí tzv. dojezdu a součástí odvykacího stavu a přetrvávají v prvních dnech nebo týdnech abstinence. Může dojít i k rozvoji přetrvávajících depresivních stavů v důsledku užívání metamfetaminu, viz např. Glasner-Edwards et al. (2009).

V rámci studie *Methamphetamine Treatment Project* (MTP) byla zkoumána mimo jiné psychiatrická komorbidita u 1016 závislých na metamfetaminu, kteří zahájili léčbu v ambulantním léčebném zařízení v USA (Zweben et al., 2004), byly prováděny i follow-up (návazná) vyšetření po 3 letech. Účastníci uvedli vysokou míru psychiatrických potíží, zejména depresivních symptomů někdy v průběhu života (68 % žen vs. 50 % mužů). Depresivní stavy v současnosti zažívalo 34 % žen a 24 % mužů. Sebevražedné myšlenky někdy v životě postihly 28 % žen a 13 % mužů. Sebevražedný pokus v anamnéze se vyskytl u 27 % z celkového vzorku, předchozí přijetí do pobytového psychiatrického zařízení absolvovalo 26 % účastníků a 32 % uvedlo psychiatrickou medikaci předepsanou v minulosti. V další studii z dat MTP (follow-up 3 roky po zahájení léčby), kdy bylo zkoumáno 526 účastníků, byla přítomnost jakékoliv psychiatrické poruchy zachycena u 48 % participantů (přičemž u 34,2 % se jednalo o depresivní poruchu, u 26,2 % o úzkostnou poruchu, o psychotickou poruchu u 12,9 % a o poruchu příjmu potravy u 2,5 % účastníků). Někteří participantů splňovali kritéria pro více poruch. Účastníci s depresivní

a úzkostnou poruchou vykazovali 3 roky od zahájení léčby vyšší frekvenci užívání metamfetaminu než účastníci bez komorbidní poruchy a dokonce i než participanti s psychotickou poruchou. Ženy vykazovaly vyšší podíl psychiatrických poruch než muži (51,5 % vs. 42,8 %). Téměř třetina účastníků uvedla jeden či více sebevražedných pokusů v životě (Glasner-Edwards et al., 2010b).

Studie zaměřená výhradně na depresi (využívající stejná data z MTP) uvádí následující zjištění: a) symptomy deprese před léčbou predikují nižší léčebnou adherenci a chronicitu deprese b), depresivní symptomy při propuštění z léčby a následných vyšetřeních jsou významně spojeny s vyšší frekvencí užívání metamfetaminu v období posledních 30 dní předcházejících rozhovoru, c) abstinence od metamfetaminu je spojena s nižším výskytem depresivních symptomů, d) velká depresivní porucha je spojena s větším celkovým poškozením a další psychiatrickou symptomatologií (Glasner-Edwards et al., 2009).

Dluzen a Liu (2008) v přehledové studii zaměřené na genderové charakteristiky v psychiatrické komorbiditě u uživatelů metamfetaminu popisují výskyt deprese od 38,8 % do 68 % u žen a 29,8 % až 50 % u mužů (v rámci jednotlivých studií je vždy deprese výrazněji zastoupena u žen). Stejně tak je u žen udáván vyšší výskyt sebevražedných myšlenek. Ženy také v rámci výzkumů častěji uvádějí *sebemedikaci* depresivních stavů a únik od emocionálních problémů jako důvod začátku užívání metamfetaminu.

Chen et al. (2014) provedli výzkum, v němž jsou srovnávány charakteristiky a vzorce užívání u uživatelů metamfetaminu a uživatelů stimulačních látek určených k léčbě ADHD (zneužívaných bez lékařského předpisu), přičemž jsou využita data z *National Survey on Drug Use and Health*, provedené v USA v letech 2009 – 2011. Mezi uživateli metamfetaminu ve věku 12 – 17 let (n=197) bylo 29,9 % těch, kteří trpěli velkou depresivní poruchou a 3,6 % těch, u nichž byly zaznamenány úzkostné poruchy. Ve věkové skupině nad 18 let se jednalo o 12,5 % uživatelů metamfetaminu s velkou depresivní poruchou a 10,7 % s úzkostnou poruchou. V předchozí psychiatrické péči bylo 28,4 % uživatelů metamfetaminu ve věku 12 – 17 let, a 22,8 % uživatelů ve věku nad 18 let.

Semple, Zians, Strathdee a Patterson (2007) zkoumali ženy – uživatelky metamfetaminu (n=146), přičemž 60 % z nich splnilo kritéria pro středně těžkou až těžkou depresi. Uživatelky metamfetaminu se střední až vysokou mírou depresivních symptomů byly častěji nezaměstnané, užívaly častěji pervitin pro zvládnání nepříjemných psychických stavů,

konzumovaly větší množství metamfetaminu v období předchozích 30 dní a častěji uváděly nárazové užívání vysokých dávek – užívání v tazích (*binge drug use*).

### **6.1.3 Úzkostné poruchy**

Úzkostné poruchy bývají relativně často komorbiditou u závislosti na metamfetaminu, i když jejich prevalence je obvykle nižší než u deprese. Specifické je, že řada výzkumů zmiňuje úzkostné poruchy jako primární, existující před rozvojem závislosti, jen malý podíl je označen jako metamfetaminem vyvolané, viz např. Salo et al. (2011).

Glasner-Edwards et al. (2010a) s využitím dat z MTP follow-up udávají 26,2 % participantů, kteří splňovali kritéria pro úzkostnou poruchu (pro současnou epizodu i v minulosti). Nejčastěji zjištěnou byla generalizovaná úzkostná porucha (12,3 %), sociální fobie (8,5 %), posttraumatická stresová porucha (5,8 %), panická úzkostná porucha (2,6 %) a agorafobie (2,6 %). Účastníci s úzkostnými poruchami vykazovali vyšší frekvenci užívání metamfetaminu v období od základního rozhovoru, horší adherenci k léčbě (méně dokončených týdnů v léčbě) a signifikantně častěji splňovali kritéria pro závislost na alkoholu a dalších látkách kromě metamfetaminu. Salo et al. (2011) uvádí u účastníků studie s úzkostnou poruchou nejčastěji posttraumatickou stresovou poruchu (12,2 %), generalizovanou úzkostnou poruchu (7,4 %), panickou poruchu (5,2 %) a obsedantně kompulzivní poruchu (3,7 %).

Smith, Blumenthal, Badour a Feldner (2010) se zabývali výzkumem souvislosti posttraumatické stresové poruchy (PTSD) a užívání metamfetaminu. Účastníky výzkumu byly osoby s prožitkem traumatické události. Respondenti, u nichž se po prožitém traumatu rozvinula PTSD, vykazovali vyšší celoživotní prevalenci užívání metamfetaminu než osoby, u nichž se PTSD nerozvinula (50 % vs. 17,7 %). Studie byla provedena na vzorku 89 osob, převážně žen.

### **6.1.4. Poruchy osobnosti**

Poruchy osobnosti bývají v literatuře týkající se komorbidních duševních poruch uváděny jako nejčastější poruchy spojené s užíváním drog (EMCDDA, 2013a). Ve studiích týkajících se psychiatrické komorbidity u užívání metamfetaminu se nicméně častěji objevují depresivní, úzkostné a psychotické poruchy. Salo et al. (2011) např. uvádí výskyt poruch osobnosti pouze u 2,6 % účastníků výzkumu. Poruchy osobnosti byly zkoumány a zaznamenány v rámci některých výzkumů u pacientů hospitalizovaných pro

metamfetaminovou psychózu, viz např. Chen et al. (2003). Poruchy osobnosti ovšem mohou být hlouběji položenou poruchou vykazující různé symptomy, podobně jako PTSD (Kalina & Minařík, 2015) a tudíž nemusí být snadno identifikovány.

### **6.1.5. Poruchy příjmu potravy**

Z dalších duálních diagnóz byly zaznamenány poruchy příjmu potravy, přičemž údaje o jejich výskytu se dosti různí. Přestože úbytek váhy je zmiňován jako důvod pro začátek užívání metamfetaminu, viz např. Dluzen a Liu (2008), studií týkajících se prevalence poruch příjmu potravy u závislých na metamfetaminu a výsledků léčby u závislých na metamfetaminu s komorbidní poruchou příjmu potravy, je velmi málo (Glasner-Edwards et al., 2011). Mezi účastníky studie MTP (Glasner-Edwards et al., 2011) bylo identifikováno 2,4 % osob s poruchou příjmu potravy (pouze bulimie, žádný subjekt nesplnil kritéria pro anorexii). Tyto osoby vykazovaly 3 roky po zahájení léčby horší výsledky ve smyslu opětovného užívání metamfetaminu, zvýšeného využívání zdravotnických služeb a vyšší úroveň poškození v dalších oblastech fungování. Osoby s poruchou příjmu potravy měly oproti jiným skupinám, které trpěly užíváním metamfetaminu a psychiatrickou komorbiditou, horší výsledky týkající se rodinných vztahů a fungování rodiny.

### **6.1.6. Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD)**

Další oblastí zmiňovanou v souvislosti s užíváním metamfetaminu, je ADHD. V českých terapeutických komunitách (TK) proběhl výzkum zaměřený na ADHD u klientů v léčbě, přičemž u 56,6 % z nich byla shledána potenciální diagnóza ADHD (Kalina et al., 2014). V českých TK se léčí cca 70 % závislých na metamfetaminu (Mravčík et al., 2014; Šefránek, 2013). Závislostní problematika bývá častou komorbiditou ADHD, nicméně se často vyskytují i další psychiatrické komorbidity podobně jako u závislosti jako takové (depresivní a úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy), tyto poruchy mohou zastírat původní ADHD symptomatologii a vést ke zkreslení stanovené diagnózy. Dále mohou některé nespecifické symptomy, imponující jako ADHD, vyplývat ze samotné závislostní poruchy, zejména u uživatelů metamfetaminu a krátká doba abstinence nemusí stačit k jejich odstínění (Kalina et al., 2014).

### **6.1.7. Neurokognitivní poškození v důsledku užívání metamfetaminu**

Dlouhodobé užívání metamfetaminu je spojeno s kognitivními deficity v oblasti pozornosti, kontroly, schopnosti plánování a rozhodování, zhoršením paměti a schopnosti učení

v důsledku neurotoxicity (Scott et al., 2007). Scott et al. (2007) v přehledové studii uvádějí, že 40 % chronických uživatelů metamfetaminu vykazuje středně závažné až závažné neurokognitivní poškození (nutno ale brát v potaz premorbidní ADHD, komorbidní deprese, další přidružená psychiatrická onemocnění, užívání jiných látek apod.). Z výsledků výzkumu ADHD u klientů léčících se v terapeutických komunitách v ČR také vyplývá nutnost ověření diagnostických nástrojů vhodných pro další výzkum této poruchy, neboť se ukazuje, že současné screeningové nástroje pro ADHD nemusí být dostatečné pro diferenciálně-diagnostické posouzení klienta. Problémem jsou právě poškození a poruchy spojené s užíváním stimulancií (Miovský, Čablová, et al., 2013). V dalším zkoumání by bylo zapotřebí se věnovat tématu zlepšení kognitivních funkcí v průběhu abstinence, zda a jak k němu dochází (Scott et al., 2007). Při poskytování služeb uživatelům metamfetaminu by měla být zohledněna možná neurokognitivní poškození.

#### **6.1.8. Závislost na metamfetaminu a zároveň na dalších látkách**

V rámci některých studií byly sledovány závislostní poruchy na dalších látkách vedle metamfetaminu. Polymorfnní užívání není považováno za duální diagnózu v pravém slova smyslu, nicméně je potřeba se na něj v rámci léčby zaměřit. Například souběžná závislost na metamfetaminu a na alkoholu nebo komorbidní patologické hráčství bude pravděpodobně léčbu významně komplikovat. Salo et al. (2011) uvádějí, že 20 – 35% uživatelů metamfetaminu zároveň vykazuje závislost na alkoholu. Participantů MTP výzkumu (Glasner-Edwards et al., 2010b), kteří jsou závislí na metamfetaminu a zároveň na další návykové látce, vykazují významně vyšší výskyt psychiatrické komorbidity (zejména je to patrné u úzkostných stavů). Zjištění ze studie Evaluace léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti (EVLTK) poukazují na to, že 31,3 % klientů po roce od ukončení léčby v terapeutické komunitě konzumuje alkohol v míře, která prokazatelně poškozuje zdraví jednotlivce a představuje riziko pro jeho sociální okolí. Excesivní konzumace alkoholu představuje značné riziko osobních, zdravotních i sociálních komplikací po jinak úspěšné léčbě a efektivní intervence směřující ke snížení užívání alkoholu po léčbě mohou významně podpořit udržení dobrých léčebných výsledků (Šefránek, 2013).

#### **6.1.9. Primární psychiatrické onemocnění a zkušenost psychiatrických pacientů s metamfetaminem**

Prevalence škodlivého užívání nebo závislosti na návykových látkách se u psychiatrických pacientů pohybuje kolem 50 % (Kalina & Minařík, 2015). Zkušenost s (met)amfetaminem



byla zkoumána pouze v několika pracích. Všetická (2014) prozkoumával údaje 510 pacientů psychiatrické nemocnice hospitalizovaných pro endogenní psychózu – průzkum se týkal se jejich předchozí zkušenosti s metamfetaminem a marihuanou. Pacienti měli častější zkušenost s pervitinem oproti běžné populaci (a to 2,9 – 8,7krát). Zkušenost s marihuanou byla shodná nebo nižší než v běžné populaci. Všetická dále uvádí, že u pacientů se schizofrenií byla zjištěna až 4,3 – 12,7krát častější zkušenost s pervitinem než v běžné populaci. Výsledky této české studie korespondují se studií provedenou v Kanadě, kde byl v rámci prospektivního šetření zkoumán vztah mezi užíváním amfetaminů a následným rozvojem schizofrenie. Bylo zjištěno, že pacienti s potížemi souvisejícími s užíváním amfetaminů (bez předchozí či současné diagnózy z okruhu psychotických poruch, bipolární poruchy a závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách než amfetaminy) přijatí do akutní péče v nemocnici, byly signifikantně častěji neodkladně hospitalizováni pro schizofrenii v následujících 10 letech než pacienti v kontrolní skupině (Callaghan et al., 2012).

## **6.2. Psychiatrická komorbidita u uživatelů opioidů**

Přestože se psychiatrická komorbidita u uživatelů opioidů nevyskytuje v tak nápadné podobě jako u uživatelů metamfetaminu, jedná se také o závažnou problematiku komplikující léčbu závislosti na opioidech. Vyskytuje se u zhruba poloviny osob závislých na opiátech/opioidech (Brooner, King, Kidorf, Schmidt & Bigelow, 1997). Často se jedná o poruchy nálady (zejména depresivní porucha), úzkostné stavy (zejména posttraumatická stresová porucha), poruchy osobnosti (Grella, Karno, Warda, Niv & Moore, 2009). Řada uživatelů opiátů zároveň zneužívá stimulační drogy (kokain, amfetaminy), benzodiazepiny, konopné látky, případně má problémy s nadužíváním nebo závislostí na alkoholu (Grella et al., 2009; Marel et al., 2015; Pani, Trogu, Contu, Agus & Gessa, 1997).

### **6.2.1. Psychotické stavy**

Psychotické stavy nejsou mezi uživateli opiátů časté, neboť je na rozdíl od metamfetaminu a alkoholu opiáty s ohledem na mechanismus účinku nezpůsobují. Ve studii, která zkoumala psychotické stavy u pacientů pobytové léčby, byla prevalence psychotických stavů mezi uživateli stimulačních drog 30 % a mezi uživateli opiátů 6 % (pokud užívali pouze opiáty a nikoli opiáty v kombinaci s dalšími látkami, tam pak výskyt psychotických stavů vzrostl) (Dalmau, Bergman & Brismar, 1999). V čínské studii, která mapovala výskyt psychiatrické

komorbidit u uživatelů heroinu, byl uveden výskyt psychotických potíží u méně než 1 % respondentů (Yang, Liao, Wang, Chawarski & Hao, 2015).

### **6.2.2. Afektivní poruchy**

Ve studii s pacienty metadonové substituční léčby byla uváděna prevalence poruch nálady (nejčastěji deprese) u 10 % respondentů (Pani et al., 1997). V rámci jiné studie s respondenty substituovanými metadonem byl zjištěn výskyt velké depresivní poruchy u 16 % respondentů, přičemž převažovaly ženy nad muži (Brooner et al., 1997). Mezi americkými pacienty léčenými pro závislost na opiátech v pobytové léčbě se zjistila přítomnost depresivní poruchy v 44 % případů (Chen et al., 2011). Čínská studie z nedávné doby na vzorku 1000 respondentů popsala psychiatrické komorbidit u osob závislých na heroinu, které se léčily v pobytové léčbě (ať již nařízené nebo dobrovolné). Afektivní poruchy byly identifikovány u 19 % respondentů, dominovala velká depresivní porucha (Yang et al., 2015). V australské studii, která sledovala uživatele heroinu, bylo zjištěno, že mezi mladými uživateli ve věku 18 – 24 let, byla prevalence současné depresivní poruchy 23 % a 17 % respondentů se pokusilo o sebevraždu v posledním roce (Mills, Teesson, Darke, Ross & Lynskey, 2004). Grella et al. (2009) detekovali ve studii NESARC 60 % osob s poruchami nálady (velká depresivní porucha byla přítomna u 52 % respondentů) u uživatelů opioidů ve Spojených státech.

### **6.2.3. Úzkostné poruchy**

Mezi americkými pacienty léčenými pro závislost na opiátech v pobytové léčbě se zjistila přítomnost úzkostné poruchy v 36 % případů (Chen et al., 2011). Výše zmíněná čínská studie popsala úzkostné poruchy u 12,8 % respondentů, přičemž nejčastěji byla zastoupena posttraumatická stresová porucha (8,1 %) (Yang et al., 2015). Ve studii NESARC byla zjištěna nějaká úzkostná porucha u 39 % respondentů, nejčastěji se jednalo o specifické fobie, panickou poruchu, sociální fobii a generalizovanou úzkostnou poruchu (Grella et al., 2009).

Prevalence posttraumatické stresové poruchy (PTSD) byla u uživatelů heroinu opakovaně zjišťována vyšší než u závislých na ostatních psychoaktivních látkách (Mills et al., 2018). V australské studii ATOS byla mezi závislými na heroinu zjištěna přítomnost PTSD u 41 % respondentů (někdy v životě), přičemž přes 30 % respondentů trpělo příznaky PTSD v posledním roce. Ti, kteří trpěli PTSD, vstupovali do léčby ze závislosti na heroinu s horším

zdravotním (somatickým i psychickým) stavem i situací týkající se zaměstnání (Mills et al., 2018).

#### **6.2.4. Poruchy osobnosti**

Ve studii s pacienty metadonové substituční léčby bylo popsáno, že 9 % z nich trpělo poruchou osobnosti, z nichž nejčastější byla hraniční porucha osobnosti a nespecifikovaná porucha osobnosti (Pani et al., 1997). V jiné studii byla zjištěna prevalence 25 % poruch osobnosti, přičemž nejčastější byla antisociální porucha osobnosti, která byla zjištěna výrazně častěji u mužů než u žen (Brooner et al., 1997). Výzkum s léčenými uživateli návykových látek v pobytové léčbě, v rámci něhož se sledovala psychiatrická komorbidita i u skupin respondentů rozdělených podle primární drogy, uvádí výskyt antisociální poruchy osobnosti u 33 % respondentů závislých na opiátech a výskyt hraniční poruchy osobnosti v 29 % případů (Chen et al., 2011). V některých studiích je uváděn výskyt poruch osobnosti až u 59 %, přičemž nejvyšší výskyt je u mužů s nařízenou léčbou závislosti (a to zejména antisociální porucha osobnosti a hraniční porucha osobnosti) (Yang et al., 2015).

Mladí uživatelé heroínu, respondenti australské studie, vykazovali naplnění kritérií pro antisociální poruchu osobnosti v 75 % případů, u hraniční poruchy osobnosti v 51 % případů, nicméně je otázkou, zda se dá plně odlišit kriminální a antisociální chování související se závislostí na heroínu a osobní nezralost s ohledem na věk od poruchy osobnosti (Mills et al., 2004).

Ve studii NESARC byla popsána přítomnost poruchy osobnosti u poloviny respondentů, jednalo se převážně o antisociální poruchu osobnosti, v menší míře o paranoidní a obsesivně kompulzivní poruchu osobnosti. Antisociální porucha se vyskytovala ve větší míře u mužů, paranoidní porucha více u žen (Grella et al., 2009).

#### **6.2.5. Poruchy příjmu potravy**

K problematice poruch příjmu potravy u závislých na opiátech není mnoho dostupné literatury. Obecně je prevalence poruch příjmu potravy ve studiích zaměřených na uživatele opiátů velmi nízká (viz např. (Yang et al., 2015), pouze v jedné ze studií bylo poukazováno na zvýšený výskyt psychogenního přejídání a „závislosti na jídle“ u skupiny závislých na heroínu (Canan, Karaca, Sogucak, Gecici & Kuloglu, 2017).

### **6.2.6. Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD)**

Taktéž k problematice ADHD u závislých na opiátech není příliš mnoho informací, projevy ADHD v dospělosti mohou být diagnostikovány i jako jiná psychiatrická porucha, u závislých v substituční léčbě mohou být projevy také tlumeny substituční látkou, a nejsou tak patrné. V rámci Evropy je k dispozici italská studie k výskytu ADHD mezi závislými na heroinu na vzorku 1057 respondentů z 20 zařízení substituční léčby, přičemž 19 % respondentů vykazovalo příznaky ADHD v dospělosti. Diagnóza ADHD byla taktéž spojena s vyšší závažností závislosti na heroinu a s vyšším výskytem dalších komorbidních psychiatrických poruch, s častější nezaměstnaností a vyšší závažností závislosti na nikotinu (Lugoboni et al., 2017).

### **6.2.7. Neurokognitivní poškození**

Dlouhodobé užívání opioidů pro tlumení bolesti ve větší míře neovlivňuje neuropsychologický výkon – kontrolované užívání opioidů pod lékařským dohledem může vést ke zpožděnému vybavování, narušení kódování a zpracování verbálních informací, snížení koncentrace a pozornosti, narušení pracovní paměti (Miovska & Miovsky, 2006). Chronické užívání nelegálních opioidů může vést k dlouhotrvajícím mozkovým dysfunkcím, tyto negativní účinky vyžadují další rehabilitaci zaměřenou především na kognitivní deficit, které narušují každodenní fungování. Výsledky moderních zobrazovacích metod poukazují na odlišnosti ve frontálním kortexu, a to jak u současných uživatelů, tak uživatelů abstinujících jeden rok (Ersche, 2005 in Krupčík a Charvát (2014). Látka samotná ovšem může být pouze jednou z proměnných, dále to může být vliv polymorfního užívání, celkového životního stylu a malnutrice (Krupčík & Charvát, 2014).

### **6.2.8. Závislost na opiátech a na dalších psychoaktivních látkách**

U osob závislých na opiátech se často vyskytuje souběžné užívání či závislost na jiných psychoaktivních látkách. Zejména se jedná o stimulantia (kokain, amfetaminy), benzodiazepiny, alkohol, konopné drogy. Problémem je pak zneužívání dalších látek v rámci substituční léčby, čímž se tato komplikuje a respondenti vykazují horší léčebné výsledky. Více viz kapitola 7.2. Prediktory léčby závislosti na heroinu a jiných nelegálních opioidech.

Ze studie NESARC vyplynulo, že téměř 70 % respondentů někdy v životě splňovalo kritéria závislosti ještě na další látce či látkách kromě opioidů. Jednalo se zejména o alkohol (63 %), marihuanu (19 %), kokain (18 %) a amfetaminy (15 %), dále léky se sedativními

a anxiolytickými účinky (10 %) (Grella et al., 2009). Obdobné výsledky přináší starší australská studie s injekčními uživateli heroinu, kteří byli rekrutováni v léčebných zařízeních (zejména substituční léčbě) i mimo léčbu. Kritéria pro závislost na alkoholu splňovalo 49 % respondentů, pro závislost na konopných drogách 40 %, na amfetaminu 24 % a na benzodiazepinech 16 % respondentů (Darke & Ross, 1997).

### **6.2.9. Primární psychiatrické onemocnění a zkušenost psychiatrických pacientů s opiáty**

Jen velmi málo studií je zaměřeno na zneužívání opiátů u osob, které se léčí kvůli jiným psychiatrickým potížím. Studie se spíše zaměřují na užívání konopných drog, alkoholu a stimulačních látek, které mají potenciál vyvolat závažné psychotické stavy.

Ze studie provedené ve Spojených státech, která zkoumala více než 800 psychiatrických pacientů, vyplynulo, že 18 % z nich má zkušenost se zneužíváním opiátů. Ve vyšší míře se vyskytovalo u těch pacientů, kteří uvedli zkušenost s fyzickým či sexuálním zneužíváním. U těch, kteří měli za sebou takovou traumatickou zkušenost, bylo 2 – 3krát zvýšeno riziko zneužívání opiátů (Heffernan et al., 2000).

### **6.3. Psychiatrická komorbidita u uživatelů alkoholu**

Psychiatrická komorbidita se u závislých na alkoholu vyskytuje ve významné míře, přítomnost psychických potíží je výrazně vyšší než v obecné populaci. Z výzkumných studií vyplývá, že 45 – 80 % závislých na alkoholu trpí další psychiatrickou diagnózou. Nejčastěji se jedná o depresivní stavy (vyskytuje se u 14% – 53 % pacientů v léčbě ze závislosti na alkoholu), dále bipolární porucha (5 – 35 %), úzkostné stavy (posttraumatické poruchy, generalizovaná úzkostná porucha, sociální fobie, obsedantně kompulzivní porucha), které se vyskytují u 5 – 20% pacientů, poruchy osobnosti (cca 5 – 20%), psychotické stavy (cca 2% – 10%), poruchy příjmu potravy (zejména bulimie u žen), poruchy paměti a další neurokognitivní poškození (Giorgi, Ottonello, Vittadini & Bertolotti, 2015; Malik, Chand, Marimuthu & Suman, 2017; Pettinati, 2004; Urbanoski, Kenaszchuk, Veldhuizen & Rush, 2015).

Popov (2003) uvádí, že další psychiatrickou diagnózu má cca 40 – 60 % žen závislých na alkoholu, u mužů se jedná o 20 – 40 %, přičemž nejčastější jsou depresivní a úzkostné poruchy.

V období 2002 až 2012 byly v ČR provedeny 4 celonárodní výzkumy zaměřené na spotřebu alkoholu v populaci. Problémové nebo závislé pití bylo zjišťováno různými způsoby (symptomy poruch z užívání alkoholu dle klasifikace DSM IV, skór v dotazníku zaměřeném na závažnost potíží s alkoholem AUDIT, kompozitní index spotřeby alkoholu). Odhady komorbidních psychiatrických poruch byly provedeny na základě dotazníků Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), Mental Health Inventory 5 (MHI 5) a Satisfaction With Life Scale. Dotázaní, kteří splňovali kritéria pro závislost na alkoholu, měli vyšší výskyt komorbidních psychiatrických poruch oproti populačnímu vzorku (Orlíková & Csémy, 2017). Více informací viz Tabulka 1.

Tabulka 1. Psychiatrická komorbidita u závislosti na alkoholu

	Prev v populaci	Výskyt ve skup. záv. na alk.	OR (95% CI)
<b>Závislost na drogách</b>	<b>1,9</b>	<b>9,8</b>	<b>8,2 (4,8 - 14,1)</b>
<b>Velká depresivní porucha</b>	<b>7,0</b>	<b>18,3</b>	<b>3,5 (2,4 - 5,0)</b>
Psychotická porucha	3,2	8,5	3,1 (1,9 – 5,2)
<b>Porucha nálady s psychotickými příznaky</b>	<b>2,7</b>	<b>9,8</b>	<b>5,1 (3,1 – 8,3)</b>
Posttraumatická stresová porucha	1,4	6,8	7,5 (3,9 – 13,5)
Obsedantně kompulzivní porucha	2,2	5,2	2,8 (1,5 – 5,3)
<b>Generalizovaná úzkostná porucha</b>	<b>3,6</b>	<b>11,1</b>	<b>4,1 (2,6 – 6,4)</b>
Sociální fobie	2,1	5,6	3,1 (1,7 – 5,8)
<b>Antisociální porucha osobnosti</b>	<b>2,8</b>	<b>19,3</b>	<b>15,3 (9,9 – 23,8)</b>

Zdroj: Orlíková & Csémy (2017)

Výskyt komorbidních poruch se lišil v závislosti na pohlaví. U mužů se častěji objevovala antisociální porucha osobnosti, zatímco u závislých žen bylo více poruch nálady. Obdobné výsledky přinesla i americká populační studie, která sledovala rozdíly mezi muži a ženami, kteří naplnili kritéria pro závislost na alkoholu, a to s ohledem na další psychiatrické komorbidity (Khan et al., 2013).

U osob se závislostí na alkoholu je cca 3 – 4krát větší riziko depresivních stavů než u běžné populace, přičemž u žen závislých na alkoholu se vyskytovala deprese cca v 20 %, u mužů v 5 %. Zároveň je u žen častější přítomnost depresivní a úzkostné poruchy v kombinaci se

závislosti na alkoholu (Orlíková & Csémy, 2017). Viz také např. Grant a Harford (1995), Pettinati (2004), Boschloo et al. (2011).

V ČR byla ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) zpracována analýza dat pacientů hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách a odděleních nemocnic s hlavní nebo vedlejší diagnózou F10 – F19 (Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek). Z analýzy vyplynulo, že v r. 2003 bylo hospitalizováno 15 118 pacientů se základní nebo vedlejší diagnózou F10 – F19, z nichž u 2 489 pacientů bylo diagnostikováno další psychiatrické onemocnění. Tedy pouze u cca 6 % pacientů, což vypovídá spíše o tom, že psychiatrická komorbidita byla poddiagnostikovaná. U souborů z jiných výzkumů se tato hodnota pohybovala kolem 30 % a výše. U pacientů hospitalizovaných pro základní diagnózu závislosti na alkoholu, kteří trpěli další psychiatrickou poruchou, se jednalo v 19,3 % o současnou závislost na další návykové látce, u 3,6 % o poruchy schizofrenního spektra, u 12,8 % o afektivní poruchy, u 17,4 % neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy a poruchy osobnosti byly zachyceny u 31,2 % pacientů (Miovská, Miovský & Mravčík, 2006).

### **6.3.1. Psychotické stavy**

Psychotické poruchy vyvolané alkoholem (*alkoholické psychózy*), vznikají jako následek dlouhodobého, léta trvajícího chronického abúzu. Řadí se sem alkoholická paranoidní psychóza s typickými žárliveckými (emulačními) bludy a alkoholická halucinóza se sluchovými a vizuálními halucinacemi, které se mohou objevit po vysazení alkoholu u osob těžce závislých na alkoholu (Kalina & Minařík, 2015; Popov, 2003). Dříve byly mezi alkoholické psychózy zařazovány také patická ebrieta, delirium tremens, Korsakovova psychóza, alkoholická epilepsie a Wernickeova encefalopatie (Popov, 2002).

Delirium tremens, které může vzniknout v rámci odvykacího stavu, je závažný, někdy život ohrožující stav s relativně vysokou mortalitou (v některých případech se tento stav může objevit také v průběhu pijáckého excesu, pak bývá označován jako intoxikační delirium). Projevuje se poruchami vědomí, kognitivních funkcí, vizuálními, taktilními, čichovými nebo sluchovými halucinacemi, bludy (často paranoidními), dezorientací, výrazným psychomotorickým neklidem, vegetativními poruchami (tachykardií, pocením), hrubým třesem, záchvaty křečí, s maximem potíží v noci, typická je inverze spánku. Stav je komplikován hypoglykemií, progredujícími poruchami rovnováhy elektrolytů s rizikem metabolického rozvratu, proto je nezbytné sledovat stav vnitřního prostředí, monitorovat

vitální funkce a včas zahájit intenzivní léčbu. Porucha v minulosti zařazovaná mezi klasické alkoholové psychózy je dnes řazena do kategorie odvykacích stavů (Popov, 2002). Prevalence deliria tremens je mezi závislími na alkoholu cca 1 – 2 % (Moore, Fuehrlein & Rosenheck, 2017).

Alkoholická halucinóza je diagnostikována na základě trvalé přítomnosti halucinací, většinou sluchových a vizuálních, objevujících se po snížení množství konzumovaného alkoholu u osoby závislé 10 a více let. Postihuje čtyřikrát častěji muže než ženy, vzácně přechází do chronické formy připomínající schizofrenii (Popov, 2002). Vyskytuje se dle různých studií od 1 % do 12 % v populaci léčených závislých na alkoholu (Jordaan & Emsley, 2014).

### **6.3.2. Afektivní poruchy**

Afektivní poruchy jsou jednou z nejčastějších komorbidit závislosti na alkoholu. Jak již bylo výše uvedeno, u osob se závislostí na alkoholu je cca 3 – 4krát větší riziko depresivních stavů než u běžné populace, přičemž u žen závislých na alkoholu se tyto stavy vyskytují výrazně častěji než u mužů. Zároveň je u žen častější výskyt kombinace depresivní a úzkostné poruchy a závislosti na alkoholu.

Existuje řada hypotéz o tom, zda je deprese příčinou či spouštěčem závislosti na alkoholu nebo zda je vyvolána intenzivním užíváním alkoholu, případně zda nadměrné užívání alkoholu zvýraznilo předtím subklinické příznaky deprese na úroveň klinické deprese. Existují i hypotézy, že přítomnost deprese a závislosti na alkoholu nemá spojitost a vyvíjí se nezávisle na sobě. Výsledky studií jsou v tomto poněkud roztržité, podporu lze nalézt pro všechny výše uvedené teorie (Malik et al., 2017; Racková & Janů, 2008).

Ve studii s respondenty – muži nad 55 let, kteří se léčili kvůli závislosti na alkoholu, jich trpělo depresí 23 %, přičemž u jedné čtvrtiny z nich se jednalo o depresi indukovanou alkoholem, u zbývajících tří čtvrtin se jednalo o depresi předcházející závislosti na alkoholu (Atkinson, Misra, Ryan & Turner, 2003). V osmi evropských zemích byla provedena rozsáhlá studie mapující charakteristiky osob v léčbě kvůli poruchám z užívání alkoholu, přičemž prevalence deprese u nich byla 43,2 % (38,8 % u mužů a 54,7 % u žen) (Rehm et al., 2015). V americkém výzkumu byla popsána u osob léčených kvůli alkoholu prevalence afektivních poruch v 31 % (depresivní porucha někdy v životě), resp. 22 % (současná depresivní porucha) (Benjamin, Mossman, Graves & Sanders, 2006).



Obdobné výsledky týkající se prevalence afektivních poruch uvádí i indická studie, v níž byla sledována psychiatrická komorbidita u žen závislých na alkoholu. Velká depresivní porucha byla přítomna u 34 % žen, dysthymie u 11 % žen. Zároveň se u 11 % respondentek vyskytovaly sebevražedné myšlenky (Malik et al., 2017).

V rámci italského výzkumu zaměřeného na psychologické charakteristiky pacientů v krátkodobé pobytové léčbě byla sledována psychiatrická symptomatologie na začátku a v průběhu léčby. Depresivní a úzkostné stavy, které byly často spojené s odvykacím stavem, obvykle spontánně ustupovaly po 2 týdnech abstinence a po 3 týdnech již byly u větší části respondentů v normě. Přetrvávající deprese vykazovalo 28 % pacientů (Giorgi et al., 2015).

V rozsáhlé celopopulační studii ve Spojených státech byla zkoumána souvislost mezi pitím alkoholu a poruchami z užívání alkoholu s poruchami nálady, úzkostnými stavy a poruchami osobnosti. Bylo zjištěno, že dokonce i u osob, které sice pily v posledním roce alkohol, ale nejednalo se o *binge drinking* ani o škodlivé užívání či závislost, bylo o 50 % zvýšeno riziko, že budou trpět některou z výše uvedených poruch. Zároveň i osoby, které byly bývalými pijáky (a nepily v posledním roce) trpěly výrazně zvýšeným rizikem poruch nálady, úzkostí nebo poruch osobnosti. Co se týče deprese, tak mezi osobami se závislostí na alkoholu bylo riziko velké depresivní poruchy a dysthymie cca 4krát vyšší než u osob bez závislosti na alkoholu (Dawson, Grant, Stinson & Chou, 2005).

### **6.3.3. Úzkostné poruchy**

Prevalence úzkostných poruch je v populaci osob, které trpí závislostí na alkoholu, vysoká, zejména u žen. Z výše zmíněné evropské studie bylo zjištěno, že úzkostná porucha se objevuje cca u poloviny respondentů, přičemž u žen byla přítomna v 59,3 % (Rehm et al., 2015). Z celopopulační studie provedené v USA vyplynulo, že u osob závislých na alkoholu je výrazně vyšší výskyt úzkostných stavů, a to 2 – 5krát vyšší než v běžné populaci (nejvyšší je u osob nižšího věku a s nižším vzděláním, které trpí závislostí na alkoholu, a to 5krát vyšší u sociální fobie, 4krát vyšší u panické poruchy, 5krát vyšší u specifických fobií a 2,8krát vyšší u generalizované úzkostné poruchy) (Dawson et al., 2005).

Zejména ženy s depresivními a úzkostnými poruchami používají alkohol jako *sebemedikaci*, která ulevuje od symptomů. Úleva, kterou pocítují díky alkoholu, vede k pokračujícímu užívání a případnému rozvoji závislosti. Nicméně u těžké závislosti a dlouhodobého nadužívání alkoholu mohou být tyto stavy i důsledkem a souviset s problémy způsobenými

alkoholovou závislostí, nemusí jim nutně předcházet. Výsledky studií jsou v tomto ohledu smíšené, a empirická podpora byla nalezena pro oba modely (Boschloo et al., 2011; Malik et al., 2017).

V indické studii byla u žen závislých na alkoholu nejčastěji přítomna posttraumatická stresová porucha (9 % respondentek) a reakce na těžký stres s poruchou přizpůsobení (8 %). V americké studii byly úzkostné poruchy zjištěny u čtvrtiny pacientů léčených pro závislost na alkoholu (Benjamin et al., 2006). V italském výzkumu přetrvávaly úzkostné stavy po jednom měsíci v léčbě u 12 % respondentů (Giorgi et al., 2015).

#### **6.3.4. Poruchy osobnosti**

Poruchy osobnosti patří mezi častou psychiatrickou poruchu u osob se závislostí na alkoholu. Řada studií ovšem zkoumala přítomnost výhradně antisociální poruchy osobnosti. Přičemž se závislostí na alkoholu je často spojena např. i histriónská porucha osobnosti (Dawson et al., 2005). Typ poruchy osobnosti se u závislých na alkoholu liší i podle pohlaví, u mužů se vyskytuje zejména antisociální a histriónská porucha, u žen častěji hraniční, závislá nebo vyhubá (Orlíková & Csémy, 2017).

V celopopulační studii z USA se poruchy osobnosti se vyskytovaly zejména u osob s nižším vzděláním a závislostí na alkoholu, u osob se škodlivým užíváním alkoholu nebyl výskyt tak vysoký. U závislých na alkoholu byly nejvýrazněji zastoupena zejména histriónská porucha, která se vyskytovala až 16krát častěji než v běžné populaci, paranoidní porucha (až 8krát častěji), antisociální porucha (až 8krát častěji). Ostatní poruchy osobnosti byly sice méně časté, ale přesto se u závislých na alkoholu vyskytovaly více než v běžné populaci (Dawson et al., 2005).

V jiné populační studii ve Spojených státech byla zjišťována prevalence škodlivého užívání a závislosti na alkoholu. U osob, u nichž byla zaznamenána závislost na alkoholu v posledním roce, bylo 4krát více těch s poruchou osobnosti než v populaci bez poruch způsobených alkoholem, u osob se škodlivým užíváním to bylo 1,4krát (Grant et al., 2004). V indické studii se poruchy osobnosti vyskytovaly u 17 % respondentek a jednalo se zejména o hraniční poruchu osobnosti (Malik et al., 2017).

#### **6.3.5. Poruchy příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy jsou častá komorbidita především u žen závislých na alkoholu. Spojitost byla prokázána zejména u bulimie a psychogenního přejídání, podíl žen, které trpí

bulimií a zároveň poruchami z užívání alkoholu se v různých studiích liší, průměrně je uváděno, že čtvrtina až polovina žen, které vyhledají pomoc kvůli poruchám příjmu potravy, zároveň škodlivě užívá alkohol, případně trpí závislostí (Gadalla & Piran, 2007). Mentální bulimie se vyskytovala u 16,9 % pacientek v první léčbě závislosti na alkoholu a u 25,4 % pacientek, které se léčily opakovaně. Pravděpodobnost vzniku závislosti na některé návykové látce včetně alkoholu je u bulimiček až 7x vyšší než u anorektiček (Pecinovská, 1999 in Chládková a Miovský (2017).

### **6.3.6. Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD)**

S ADHD se pojí řada psychiatrických komorbidit, včetně vyššího výskytu závislosti. V průzkumu ve skupině dospělých respondentů s ADHD byl oproti kontrolnímu vzorku bez ADHD zjištěn statisticky významně vyšší výskyt závislosti na alkoholu – mezi respondenty s ADHD bylo 35 % těch, kteří splňovali kritéria pro škodlivé užívání nebo závislost na alkoholu oproti 10 % dospělých bez ADHD (Murphy & Barkley, 1996). Taktéž španělská studie provedená s mladými dospělými s ADHD oproti kontrolnímu vzorku bez ADHD potvrdila vyšší výskyt poruch z užívání alkoholu u skupiny s ADHD (18 % vs. 2,3 %) (Miranda, Colomer, Berenguer, Roselló & Roselló, 2016).

### **6.3.7. Neurokognitivní poškození**

Uvádí se, že 50 – 70 % těch, kterým byl diagnostikován syndrom závislosti na alkoholu, vykazuje v porovnání s běžnou populací nějaký stupeň neurokognitivního deficitu. Není ovšem úplně jasné, jaký vztah je mezi dobou užívání a kognitivním poškozením. Některé studie uvádějí lineární vztah, jiné, že kognitivní deficit můžeme nalézt až po cca 10 letech nadměrného pití (Yucel, 2007 in Krupčík a Charvát (2014).

### **6.3.8. Závislost na alkoholu a na dalších psychoaktivních látkách**

Pacienti závislí na alkoholu mají často tendenci ke škodlivému užívání dalších psychoaktivních látek, resp. jsou na nich rovněž závislí. Dle australské studie se cca v 15 % se jedná o závislost na konopných drogách, u dalších 15 % o závislost na psychoaktivních lécích, opiátech a stimulantech. Pacienti, u kterých se vyskytuje souběh závislosti na alkoholu a deprese, tak mají výrazně vyšší zkušenost se zneužíváním nelegálních drog (objevuje se až u 40 % z nich) (Degenhardt & Hall, 2003). Italská studie udává, že u 54 % pacientů přijatých do léčby závislosti na alkoholu trpí závislostí na dalších látkách (nejčastěji

šlo o benzodiazepiny, konopné drogy a kokain). Tito respondenti vykazovali při ukončení léčby více depresivních a úzkostných symptomů (Giorgi et al., 2015).

Popov (2003) uvádí, že současná závislost na další návykové látce se vyskytuje přibližně u 10 % všech pacientů závislých na alkoholu. Z analýzy dat ÚZIS o pacientech hospitalizovaných pro diagnózy F10 – F19 vyplývá, že u pacientů hospitalizovaných pro závislost na alkoholu je diagnostikováno škodlivé užívání nebo závislost na další látce v 19,3 % (Miovska et al., 2006).

Kouření a závislost na nikotinu je v populaci závislých také přítomno ve výrazně vyšší míře než v běžné populaci, evropská studie uvádí, že 72 % respondentů v léčbě ze závislosti na alkoholu jsou zároveň kuřáci (Rehm et al., 2015). Některé jiné studie popisují pravidelné kouření u 80 % závislých na alkoholu (Li, Volkow, Baler & Egli, 2007).

### **6.3.9. Primární psychiatrické onemocnění a zkušenost psychiatrických pacientů s alkoholem**

Méně pozornosti je věnováno zneužívání alkoholu a závislosti na alkoholu u primárně psychiatrických pacientů. Mezi pacienty s úzkostnou poruchou je téměř 18 % takových, kteří mají rovněž problémy s abúzem alkoholu, totéž se týká 16,5 % pacientů trpících depresemi; abúzus alkoholu se vyskytuje v průběhu onemocnění u 33 % pacientů se schizofrenií a 43 % pacientů s poruchou osobnosti má sklon k abúzu alkoholu.

V ČR také proběhla studie COSMOS (*COmorbiditieS in MOst Severe Neurology and Psychiatric Indications in the Czech Republic*) – Komorbidita pacientů s diagnózou schizofrenie (SCH), depresivní poruchy (MDD), generalizované úzkostné poruchy (GAD) a neuropatické bolesti (NP). Jednalo se o prospektivní multicentrickou studii, kterou organizoval NUDZ. Sledovány byly jak somatické, tak psychiatrické komorbidity u výše uvedených onemocnění. Z výsledků vyplynulo, že u schizofrenie se souběžná porucha z užívání alkoholu (F10) vyskytuje v 14,6 % u mužů a u 3 % žen, u depresivní poruchy se diagnóza F10 vyskytuje u 10 % mužů a 2,8 % žen a u generalizované úzkostné poruchy u 9,2 % mužů a 4,4 % žen (Kohútová et al., 2018). Viz Tabulka 2.

Tabulka 2. Výskyt komorbidních psychiatrických poruch u schizofrenie, deprese a generalizované úzkostné poruchy

KOMORBIDITY	SCH (N = 744)		MDD (N = 896)		GAD (N = 626)	
	Muži (N = 446)	ženy (N = 298)	muži (N = 280)	ženy (N = 616)	muži (N = 173)	ženy (N = 453)
F00–F09	18 (4,0)	3 (1,0)	4 (1,4)	16 (2,6)	3 (1,7)	3 (0,7)
F10	65 (14,6)	9 (3,0)	28 (10,0)	17 (2,8)	16 (9,2)	20 (4,4)
F11–F19	32 (7,2)	7 (2,3)	4 (1,4)	6 (1,0)	5 (2,9)	12 (2,6)
F32–F33	3 (0,7)	21 (7,0)	-	-	23 (13,3)	49 (10,8)
F40	15 (3,4)	0	10 (3,6)	11 (1,8)	7 (4,0)	29 (6,4)
F41	6 (1,3)	29 (9,7)	34 (12,1)	101 (16,4)	24 (13,9)	88 (19,4)
F42	2 (0,4)	3 (1,0)	5 (1,8)	10 (1,6)	0	10 (2,2)
F43	9 (2,0)	6 (2,0)	10 (3,6)	34 (5,5)	6 (3,5)	23 (5,1)
F50–F52	24 (5,4)	6 (2,0)	18 (6,4)	31 (5,0)	8 (4,6)	30 (6,6)
F60–F69	24 (5,4)	16 (5,4)	26 (9,3)	42 (6,8)	14 (8,1)	33 (7,3)
Celkem	151 (33,9)	84 (28,2)	140 (50,0)	301 (48,9)	77 (44,5)	226 (49,9)

V závorkách jsou uvedena procenta.

Použité zkratky: GAD – generalizovaná úzkostná porucha, MDD – depresivní porucha, SCH – schizofrenie

F00–F09 – Demence a organické duševní poruchy, F10 – Poruchy způsobené užíváním alkoholu, F11–F19 – Poruchy způsobené užíváním návykových látek jiných než alkohol a nikotin, F32–F33 Depresivní porucha, F40 – Fobické úzkostné poruchy, F41 – Jiné úzkostné poruchy, F42 – Obsedantně kompulzivní porucha, F43 – Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, F50–F52 – Behaviorální syndromy, F60–F69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Zdroj: Kohútová et al., 2018

Z analýzy provedené z dat ÚZIS vyplynulo, že v r. 2003 bylo 1 740 psychiatrických hospitalizací se základní diagnózou mimo okruh návykových látek, kdy poruchy vyvolané užíváním návykových látek byly uvedeny jako jedna z vedlejších diagnóz. U neurotických poruch, které tvořily 30,4 % všech těchto diagnóz, byly nejčastěji užívanými látkami alkohol (66,4 %), sedativa nebo hypnotika (11,5 %) a konopné látky (4,7 %). U poruch osobnosti (20,1 % ze všech diagnóz) se jednalo o alkohol (60,2 %) a konopné látky (8,1 %) a polymorfní užívání (19,8 %). Třetí nejpočetnější skupinu tvořily schizofrenie (19,9 %) v kombinaci s užíváním alkoholu (57,9 %) a konopných látek (6,0 %) (Miovská et al., 2006).

## 7. Prediktory úspěšnosti léčby se zřetelem k psychiatrické komorbiditě

Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. Tyto cíle jsou dosažitelné a měřitelné, ne však vždy a u každého klienta za stejných okolností a podmínek (Kalina, 2015). Retence v léčbě, její úspěšné dokončení a udržení pozitivních výsledků po jejím ukončení závisí na řadě okolností. Kromě faktorů na straně jedince vstupujícího do léčby se jedná i o faktory na straně poskytovatele léčby (EMCDDA, 1999) – tedy takové, které mohou odborníci ovlivnit a zvýšit tak účinnost procesů změny (Kalina, 2015). Porozumění těmto faktorům (prediktorům) zlepšuje

potenciál služeb zapojit do léčby terapeuticky obtížné klienty a pomáhat jim překonávat překážky pro vstup do terapie a udržení se v ní (Kalina, 2015).

### **Prediktory úspěšnosti léčby společné pro všechny návykové látky jsou:**

- vyšší věk při začátku léčby,
- délka léčby (delší doba strávená v léčbě),
- nižší míra užívání drogy/alkoholu před zahájením léčby a neužívání drogy/alkoholu v průběhu léčby,
- podpora rodiny
- dostupnost služeb, spárování potřeb klienta/pacienta s vhodnou léčebnou modalitou,
- individualizovaný přístup a terapeutický vztah.

Rizikovými faktory byly obecně:

- psychiatrická komorbidita (i když se vyskytují některé výjimky),
- denní užívání drogy/alkoholu před zahájením léčby, užívání drogy/alkoholu v průběhu léčby,
- nižší věk v době nástupu do léčby,
- konfliktní rodinné prostředí, chybějící podpora,
- kontakt s uživateli drog/závislými na alkoholu

V následujících kapitolách budou popsány specifické prediktory a rizikové faktory vztahující se k léčbě závislosti na metamfetaminu, heroinu a jiných nelegálních opiátech a alkoholu.

## **7.1. Prediktory úspěšnosti léčby závislosti na metamfetaminu (pervitinu)**

V českých podmínkách jsou nejvýznamnější skupinou uživatelů drog v léčbě uživatelé metamfetaminu (Mravčík, Chomynová, Grohmannová, et al., 2016). Predikcí úspěšnosti odvykací léčby při závislosti na metamfetaminu se zabývá jen málo prací (Hosák et al., 2005). Následující text shrnuje situaci týkající se užívání metamfetaminu v ČR a prediktory úspěšnosti léčby u uživatelů metamfetaminu z českých i zahraničních odborných zdrojů. Jeho hlavní část byla publikována jako kapitola v knize *Crystal Meth. Prävention, Beratung und Behandlung* (Orlíková, 2017).

Celkově lze říct, že vliv sociodemografických charakteristik (pohlaví, věk, příslušnost k rase, vzdělání) je slabý, i když některé studie naznačují, že ženy profitují z léčby více, a že rizikovým faktorem může být nízký věk a nižší socioekonomický status. Co se týče dalších

charakteristik, tak slabší výsledky obvykle vykazují klienti/pacienti, kteří trpí psychiatrickou duální diagnózou. Některé studie ovšem zmiňují, že např. klienti s diagnostikovanou depresí mají vyšší retenci v rezidenční léčbě (Brecht, Greenwell & Anglin, 2005). Lepší výsledky mají ti uživatelé, kteří mají při vstupu do léčby negativní test na přítomnost metamfetaminu, ti, kteří neužívali metamfetamin před léčbou denně a nejsou injekčními uživateli (Brecht et al., 2005). V ČR je ovšem mezi problémovými uživateli metamfetaminu více než 90 % těch, kteří užívají nitrožilně (Mravčík et al., 2014). Vyšší závažnost závislosti a delší drogová kariéra (spolu s vyšším věkem při nástupu do léčby a většími problémy v psychosociálním fungování souvisejícími s užíváním metamfetaminu) bývá také označována jako prediktor vyšší retence, dokončení léčby i lepších výsledků po léčbě. Podpora rodiny a sociálního okolí je také důležitým faktorem. Jedním z nejvýznamnějších prediktorů úspěšnosti ovšem zůstává délka léčby, její úspěšné ukončení a vnější tlak daný konflikty se zákonem. Dalším významným předpokladem k tomu, aby klient/pacient do léčby nastoupil, vytrval v ní a dokončil jí, je dostupnost služeb, spárování potřeb klienta/pacienta s vhodnou léčebnou modalitou, individualizovaný přístup a terapeutický vztah (Kalina et al., 2015; Šefránek, 2013). U uživatelů metamfetaminu se osvědčila delší plánovaná doba léčby a léčba s prvky kognitivně-behaviorální terapie a *contingency management* (pobídková terapie).

### **7.1.1. Délka léčby**

Ze zahraničních studií vystupuje jako jednoznačný prediktor úspěšnosti léčby její délka a úspěšné ukončení (Gossop, Marsden, Stewart & Rolfe, 1999). Lepší výsledky léčby jsou spojeny s delší dobou setrvání v léčbě, což je potvrzováno dalšími studii např. (Brecht & Herbeck, 2014; Šefránek, 2013). V českém prostředí se tomuto tématu věnovala Gazdová (2009), která upozorňuje především na faktor dokončení léčby (respondenti, kteří dokončili pobytovou léčbu závislosti na metamfetaminu, abstinovali ve vyšší míře rok po ukončení léčby).

### **7.1.2. Charakteristiky na straně klienta/pacienta**

#### **Psychologické charakteristiky a psychiatrická komorbidita**

V ČR se prediktory úspěšnosti léčby závislosti na metamfetaminu zabývali Hosák et al. (2005; 2011). Zkoumali souvislost mezi osobnostními rysy, závažností závislosti a abstinencí jeden rok po ukončení léčby. Osobnostní rysy byly hodnoceny pomocí Cloningerova dotazníku temperamentu a charakteru TCI (Temperament and Character Inventory), pomocí něž lze měřit sedm dimenzí osobnosti, označovaných jako *novelty*

*seeking* (vyhledávání nového), *harm avoidance* (vyhýbání se poškození), *reward dependence* (závislost na odměně), *persistence* (vytrvalost), *self-directedness* (cílesměrnost), *cooperativeness* (kolegialita, schopnost spolupráce) a *self transcendence* (sebepřesah). Závažnost závislosti byla sledována pomocí dotazníku EuropASI (evropské verze Addiction Severity Index). Dle výsledků této studie abstinovalo rok po propuštění z léčby 39 % pacientů. Jednalo se častěji o ty, kteří vykazovali lepší schopnost spolupráce s jinými jedinci, což odpovídá dimenzi TCI s názvem *cooperativeness*. Vysvětlením může být například předpokládané nižší zastoupení specifických poruch osobnosti v podskupině abstinujících pacientů oproti té části souboru, která metamfetamin zneužívala i po odvykací léčbě. Abstinující jedinci také dosahovali vyšších skóre v dimenzi *self transcendence*, což odpovídá schopnosti přesáhnout sama sebe v rámci celkového vnímání světa a klást menší důraz na individuální bezprostřední požitek. Co se týče výsledků vyšetření na základě dotazníku EuropASI, tak abstinující respondenti měli vyšší celkový skóre závažnosti závislosti než neabstinující. Dále také začínali užívat metamfetamin v nižším věku a měli za sebou delší drogovou kariéru. Dle autorů lepších výsledků odvykací léčby tedy může dosáhnout ten nemocný, který nemá abnormní rysy osobnosti a je k abstinenci dostatečně motivován, byť těmi problémy, které si svým návykem postupně způsobil (Hosák et al., 2005; Hosák et al., 2011). Z této studie vychází ve své práci také Gazdová, která zkoumala vliv pohlaví na úspěšnost v léčbě. Dle jejích výsledků ženy dokončily léčbu častěji než muži a abstinovaly ve větší míře po roce od ukončení léčby (Gazdová, 2009).

Jedna z největších studií zabývajících se predikcí úspěšnosti léčby závislosti na metamfetaminu byla provedena v Kalifornii, USA, a zkoumala faktory, které mají vliv na udržení se v léčbě a dokončení léčby u pacientů přijatých k léčbě mezi lety 1992 a 2002. Jako rizikové faktory pro kratší setrvání v léčbě a její nedokončení (ať již v ambulantní nebo pobytové léčbě) byly označeny zejména následující charakteristiky: nižší než středoškolské vzdělání, nižší věk při přijetí do léčby, tělesné postižení, vyšší intenzita užívání metamfetaminu (denní užívání) a injekční užívání. Ti, kteří byli pod soudním dohledem (*legal supervision*), častěji dokončili léčbu a zůstávali v léčbě déle než ti, kteří neměli právní problémy (Brecht et al., 2005).

Studie, která zkoumala faktory ovlivňující riziko relapsu užívání metamfetaminu u vzorku pacientů po léčbě, zařadila následující faktory jako protektivní: závažné psychické/behaviorální problémy související s užíváním metamfetaminu v době přijetí do léčby, delší doba strávená v léčbě, a participace ve svépomocných skupinách nebo v jiném



modelu návazné péče po léčbě. Jako rizikové faktory byly označeny: rodiče s alkoholovým nebo drogovým problémem a zapojení se do obchodu s metamfetaminem. Z výsledků také vyplývá důležitost návazné péče a prevence relapsu v období po ukončení léčby (Brecht & Herbeck, 2014).

Další americký výzkum byl zaměřen na protektivní faktory udržení se v léčbě u pacientů, kteří byli uživateli metamfetaminu a zároveň trpěli další psychiatrickou poruchou. Jako prediktory udržení se v léčbě byly označeny následující faktory: nižší intenzita užívání metamfetaminu (zejména negativní test na přítomnost metamfetaminu při přijetí do léčby), nižší závažnost psychiatrických potíží a větší zapojení se do léčby (Angelo et al., 2013). Úroveň užívání metamfetaminu v okamžiku zahájení léčby byla označena jako silný prediktor úspěšnosti v léčbě i v jiných studiích (Cochran, Stitzer, Nunes, Hu & Campbell, 2014; Dean et al., 2009). Glasner-Edwards et al. (2010b) uvádí, že pacienti s duální psychiatrickou diagnózou úzkosti, deprese, poruchy příjmu potravy a poruch osobnosti vykazovali v období tří let po léčbě vyšší úroveň užívání metamfetaminu a nižší úroveň psychosociálního fungování než ti, u nichž duální diagnóza nebyla diagnostikována.

Co se týče souvislosti psychiatrických symptomů a *cravingu* (bažení), tak jedna ze studií poukazuje (Nakama et al., 2008), že zejména symptomy deprese signifikantně korelují s bažením po metamfetaminu. Léčba deprese u uživatelů metamfetaminu v léčbě prokazatelně snížila *craving* a také následné riziko relapsu. Nebyla však prokázána souvislost mezi psychiatrickou symptomatologií a vzorci či charakteristikami užívání metamfetaminu. Jiná studie v souladu s těmito zjištěními poukazuje na to, že fyzické cvičení jako aktivita zařazená do léčby závislosti na metamfetaminu zmírňuje depresivní symptomatologii, a potažmo *craving* u pacientů, kteří vykazovali nižší závažnost užívání metamfetaminu v období před léčbou. U intenzivních uživatelů nebyl tento vliv prokázán jako významný (Rawson et al., 2015).

V rámci japonské studie, která měla za cíl identifikovat profily pacientů závislých na metamfetaminu, jež jsou spojeny s vyšší retencí v léčbě, byly porovnány charakteristiky pacientů, kteří vytrvali v léčbě déle než tři měsíce a těch, kteří ukončili léčbu po době kratší než tři měsíce. Jako faktory spojené s udržením se v léčbě byly zjištěny: vyšší věk v době zahájení léčby, psychotické symptomy, využívání systému státní podpory a historie uvěznění. Sekundární analýza prokázala, že zkušenost s uvězněním v minulosti byla nejsignifikantnějším prediktorem udržení se v léčbě déle než tři měsíce (Kobayashi et al., 2008).

K podobným výsledkům dochází výzkum zaměřený na uživatele metamfetaminu, kteří navštěvovali ambulantní léčbu, a to na základě soudního nařízení (*drug court*) v porovnání s klienty bez právních problémů. Participanti pod kontrolou soudu vykazovali lepší zapojení se do léčby, retenci v léčbě, dokončení léčby i následné abstinenci, a to i v dlouhodobějším horizontu (12 měsíců po léčbě) (Marinelli-Casey et al., 2008). Další studie zaměřená na respondenty s nařízenou léčbou, byla zaměřena na uživatele amfetaminu (nikoli pouze metamfetaminu). Klienti, kteří byli zaměstnaní a měli děti, častěji dokončili léčbu. Nedokončení léčby znamenalo podstoupit výkon trestu odnětí svobody (Wu, Altshuler, Short & Roll, 2012).

### **Sociodemografické charakteristiky**

Co se týče rozdílu mezi muži a ženami v odpovědi na léčbu závislosti na metamfetaminu, studie neposkytují jednoznačné závěry. V některých výzkumech vykazují ženy větší prospěch z léčby, jak uvádí např. Gazdová (2009), ale i někteří zahraniční autoři (Hser, Joshi, Maglione, Chou & Anglin, 2001). Výzkum, který byl proveden v Kalifornii, USA, s 1 073 pacienty z ambulantních i rezidenčních zařízení vyplynulo, že ženy se od mužů ve výsledcích léčby významně neliší. Ženy nicméně vykazují poněkud výraznější zlepšení v oblastech rodinných vztahů a zdravotního stavu, přestože byly na počátku léčby častěji nezaměstnané, měly v péči děti, žily s někým, kdo užívá drogy nebo alkohol, byly v minulosti fyzicky nebo sexuálně zneužívány a uváděly více psychiatrických symptomů (Hser, Evans & Huang, 2005). Ženy vykazovaly vyšší retenci v ambulantních programech a nižší retenci v rezidenční léčbě, u mužů tomu bylo naopak (Hser et al., 2005).

### **Rodina a sociální okolí**

Častěji než pozitivní prediktory jsou definovány rizikové faktory pro vypadnutí z léčby, případně pro horší výsledky po ukončení léčby. Co se týče nejobvyklejších rizikových faktorů, tak je shrnují (Ling, Rawson & Shoptaw, 2006), a jedná se o následující:

Nepolevující dysforie a anhedonie po ukončení užívání metamfetaminu (protrahovaný odvykací stav), neurokognitivní poškození spojené s předchozím užíváním (především v oblasti rozhodování a pozornosti), neurobiologické faktory nesouvisející s užíváním (lehká mozková dysfunkce), chybějící podpora ze strany okolí, tlak na užívání metamfetaminu ze strany přátel a blízkých, časté vystavení podnětům spojeným s užíváním metamfetaminu, *craving* a deficity ve zvládnání stresu (*coping skills*).

Mezi další rizikové faktory plynoucí z výzkumu mezi adolescenty při vstupu a po propuštění z ambulantní léčby (Rawson, Gonzales, Obert, McCann & Brethen, 2005) patřily sebevražedné myšlenky a užití drog v průběhu léčby. Uživatelé metamfetaminu vykazovali větší problémy v psychosociálním fungování než uživatelé jiných drog, a to i v okamžiku propuštění z léčby.

### **Užívání návykových látek před léčbou a v průběhu léčby**

Faktory související s horším fungováním v rámci léčby i s horšími výsledky po ukončení léčby označené dalšími autory byly: injekční užívání a kouření metamfetaminu (oproti jiným způsobům užívání), vyšší intenzita užívání metamfetaminu v posledním měsíci před léčbou (více než 15 dní z posledních 30 dní), drogová kariéra kratší než dva roky. Prediktory lepšího fungování v léčbě a lepšího výsledku léčby byla drogová kariéra delší než dva roky, méně intenzivní užívání v období před léčbou (méně než 15 dní v posledních 30 dnech) a negativní testy na přítomnost metamfetaminu v průběhu léčby (Hillhouse et al., 2007). V této studii vykazovaly ženy horší výsledky než muži v řadě kategorií, oproti zjištěním, které vyplynuly z jiných výzkumů (Hser et al., 2005).

### **7.1.3. Charakteristiky na straně léčebného zařízení a léčebné strategie**

Ve studii, která srovnávala výsledky u participantů, kteří prošli obvyklou léčbou oproti těm, kteří obdrželi obvyklou léčbu kombinovanou s *contingency management* (pobídková terapie) (Roll et al., 2006), vyplynulo, že účastníci, kterým byla nabídnuta léčba s prvky *contingency management*, měli lepší léčebné výsledky. Obvyklá léčba vycházela z psychosociálního modelu vyvinutého v USA speciálně pro léčbu závislosti na metamfetaminu (Matrix), jejíž výsledky byly ve výzkumech (Courtney & Ray, 2014; Rawson et al., 2004) prezentovány jako lepší než jiné dostupné psychosociální léčebné modality. V závěru této studie je doporučeno přidat k léčebnému modelu Matrix i prvky *contingency management*, což pomůže výsledky léčby ještě zlepšit (Roll et al., 2006).

Přestože byly v USA vyvinuty některé specializované léčebné postupy zaměřené na léčbu závislosti na metamfetaminu, jako je zmíněný Matrix Model, není obvykle americkými autory považováno za nezbytné vyvíjet specifickou psychosociální léčbu pro uživatele metamfetaminu. S poukazem na to, že uživatelé metamfetaminu mají podobné výsledky v léčbě jako uživatelé kokainu, a že jejich léčba vychází z předchozích zkušeností s léčbou závislosti na kokainu (Cretzmeyer, Sarrazin, Huber, Block & Hall, 2003; Vocci & Montoya, 2009). Jako nejslibnější léčebné postupy jsou uváděny kognitivně behaviorální terapie,

motivační rozhovory a *contingency management* (Rawson et al., 2002; Roll et al., 2006), nicméně stále není k dispozici dostatek důkazů o účinnosti těchto intervencí u všech subpopulací uživatelů metamfetaminu. Někteří autoři poukazují na to, že úspěšnost léčby závislosti na metamfetaminu je obecně slabší než u jiných návykových látek (Shearer, 2007). Ze studie provedené v USA, v níž byly porovnávány výsledky léčených uživatelů různých návykových látek, vyplynulo, že uživatelé metamfetaminu mají obdobné výsledky léčby jako uživatelé kokainu i heroinu, významně se ovšem liší od těch, kteří se léčili pro závislost na alkoholu či marihuaně. Uživatelé alkoholu a marihuany měli lepší výsledky léčby než uživatelé ostatních látek (Luchansky, Krupski & Stark, 2007). Studie provedená s pacienty léčícími se ze závislosti na kokainu nebo metamfetaminu v ambulantním léčebném programu v San Franciscu, USA, došla také k závěru, že adherence k léčbě a výsledky léčby se u těchto dvou skupin neliší, přestože charakteristiky uživatelů metamfetaminu a kokainu se od sebe v některých parametrech mírně liší (uživatelé metamfetaminu byli častěji běloši, muži, častěji uváděli homosexuální orientaci, rizikové chování včetně injekčního užívání a psychické potíže) (Copeland & Sorensen, 2001). Studie provedená v ČR (Šefránek, 2013) s klienty terapeutických komunit ukazuje, že uživatelé metamfetaminu jsou schopni profitovat z rezidenční léčby obdobně jako uživatelé jiných drog. V terapeutických komunitách v ČR je podíl uživatelů metamfetaminu mezi léčenými klienty cca 70 %. Další autoři (Ravarino, Gardner, Hill & Lundberg, 2008) zmiňují důležitost motivačního tréninku a podpůrného předléčebného kontaktu v rámci motivační skupiny pro uživatele metamfetaminu. S intenzivnější docházkou do motivační skupiny před léčbou se zvyšuje šance na nástup klienta do léčby a jeho udržení se v léčbě.

Co se týče kognitivního poškození, tak uživatelé metamfetaminu vykazovali oproti kontrolním jedincům nižší schopnosti flexibilně reagovat na novou situaci, využít novou informaci, formulovat logickou koncepci a učit se (Hosák et al., 2005; Hosák et al., 2011). S ohledem na neurokognitivní poškození je doporučována delší doba léčby, díky které se mají kognitivní schopnosti v průběhu abstinence tendenci zlepšovat a pacienti tak mohou z léčby více profitovat (Wang et al., 2013). Vliv neurokognitivního poškození na vstup do léčby, udržení se v léčbě a její výsledky by dle řady autorů měl být předmětem dalšího výzkumu (Courtney & Ray, 2014; Hosák et al., 2011)

Farmakologická léčba, ať již ve smyslu substituční léčby nebo léčby, která zmírňuje odvykací potíže a *craving*, by také pomohla zvýšit atraktivitu léčby, retenci uživatelů

metamfetaminu v léčbě a zlepšit její výsledky (Phillips et al., 2014; World Health Organization, 2001), bohužel však v současné době není taková léčba k dispozici.

## **7.2. Prediktory úspěšnosti léčby na heroinu a jiných nelegálních opioidech**

Následující text shrnuje informace týkající se prediktorů úspěšnosti léčby u uživatelů heroinu a nelegálních opioidů z českých i zahraničních odborných zdrojů. Vzhledem k tomu, že léčba závislosti na opioidech může být vedena jak abstinenčně, tak farmakologicky za pomoci náhražkové látky, v textu jsou zohledněny informace o obou typech léčebných intervencí. Přes některé kontroverze přetrvávající v některých zemích je substituční léčba v našich podmínkách považována za klíčovou a plnohodnotnou modalitu léčby závislosti (Pavlovská & Minařík, 2015). Tato kapitola vychází z provedeného systematického přehledu této problematiky, který autorka disertační práce publikovala v r. 2018 v časopise Adiktologie (Orlíková, 2018).

Existuje řada faktorů, které ovlivňují výsledky léčby závislosti na heroinu a jiných nelegálních opioidech, ne vždy jsou výstupy výzkumných studií konzistentní – zejména co se týče vlivu sociodemografických a psychologických faktorů u jednotlivce. Přestože studie jsou poměrně nesourodé, co se týče definice „úspěchu léčby“ a ve sledovaných indikátorech, je možné shrnout základní faktory, které se podílejí na pozitivních výsledcích. Obecně lze říci, že delší pobyt v léčbě, vyšší věk klienta při vstupu do léčby, stabilnější rodinné a sociální zázemí a sociální podpora jsou pozitivními prediktory úspěšnosti léčby. Rizikovými faktory jsou užívání nepředepsaných látek v průběhu léčby, závažná psychiatrická komorbidita, nepodporující rodinné zázemí a kontakt s uživateli drog. Je ale třeba samozřejmě mít na paměti, že ke klientům/pacientům v léčbě je potřeba přistupovat individuálně a že právě důrazem na faktory na straně léčby (dobré vztahy s ošetřujícím personálem, vhodné nastavení léčby včetně dávky substitučního přípravku, psychosociální a psychoterapeutická podpora) je možné účinně pomoci i klientům/pacientům, kteří mají v začátku horší výchozí podmínky.

### **7.2.1 Délka léčby**

Jedním z nejdůležitějších faktorů, který predikuje úspěšnost léčby, je její délka. Čím déle se podaří udržet klienta/pacienta v léčbě, tím lepších výsledků léčby dosahuje (Corsi, Lehman & Booth, 2009). Tento faktor je samozřejmě provázán s dalšími vlivy – někteří

pacienti/klienti mají tendenci vypadávat z léčby častěji než jiní a zkoumání faktorů, které k tomu vedou, by měl zpětně napomoci k jejich lepšímu udržení se v léčbě a tím k celkovému zlepšení jejich situace.

Na délku léčby jako prediktivního faktoru poukazuje např. italská studie s pacienty závislími na heroinu (Salamina et al., 2010) a další studie zaměřené na efektivitu léčby závislosti na opiátech (Bell, Burrell, Indig & Gilmour, 2006; Eastwood, Strang & Marsden, 2017; Peles, Linzy, Kreek & Adelson, 2008). Tento faktor byl také potvrzen u mladistvých, kteří se léčili ze závislosti na heroinu, a to bez ohledu na typ léčby, zda substituční či vedené abstinčně. Z provedené meta analýzy vyplynulo, že vyšší retenci vykazovali mladiství v substituční metadonové léčbě. Nicméně pokud mladiství pacienti vytrvali v abstinčně vedené léčbě alespoň 6 měsíců, vykazovali lepší výsledky oproti pacientům metadonové léčby (Hopfer, Khuri, Crowley & Hooks, 2002).

## **7.2.2. Charakteristiky na straně klienta/pacienta**

### **Psychologické charakteristiky a psychiatrická komorbidita**

Co se týče psychiatrické komorbidity, ta bývá označována obecně za jeden z faktorů predikující neúspěch klientů/pacientů v léčbě. Některé ze studií poskytují k tomuto tématu detailnější údaje. Australský výzkum (*Australian Treatment Outcome Study – ATOS*), v rámci něhož byla proveden follow-up s respondenty po 11 letech, uvádí, že přítomnost deprese byla jedním z nejsilnějších prediktorů pokračování v užívání heroinu u participantů (Teesson et al., 2015). Nicméně jiný výzkum, provedený v substituční léčbě, neshledává rozdíly ve výsledku léčby související s depresivní symptomatologií při zahájení léčby nebo délkou a závažností užívání drog. Překvapivě jako prediktor horšího výsledku léčby označuje kouření tabáku. Dále také uvádí, že závažná úzkostná symptomatologie zjištěná při zahájení léčby dvojnásobila úspěšnost léčby (Ziedonis et al., 2009).

Také byla zkoumána prevalence psychiatrických duálních diagnóz u uživatelů heroinu a vliv psychiatrické komorbidity na opakovaný vstup do léčby po již absolvované metadonové léčbě nebo léčbě naltrexonovým implantátem. Bylo zjištěno, že 32 % pacientů závislých na heroinu trpí psychiatrickou duální diagnózou. Ti měli za sebou signifikantně více léčebných pokusů než pacienti bez psychiatrické komorbidity. Autoři ovšem doporučují další výzkum této problematiky, s tím, že ne vždy musí být psychiatrická duální diagnóza prediktorem slabých výsledků léčby (Ngo, Tait & Hulse, 2011). V rámci jiného výzkumu, zaměřeného na klienty buprenorfinové substituce s dlouhou předchozí heroinovou kariérou, byla zjištěna

prevalence psychiatrické komorbidity 68,4 % (deprese 29,6 %, generalizovaná úzkostná porucha 11,2 %, poruchy osobnosti 21,8 %, schizofrenie 6,3 %). Skupina trpící depresí měla významně vyšší retenci v léčbě a méně užívala v průběhu léčby nelegální látky (měla lepší výsledky léčby než skupina bez komorbidity), nejnižší retenci v léčbě vykazovali pacienti se schizofrenií a poruchami osobnosti, autoři připisují lepší výsledky léčby u depresivních pacientů efektu buprenorfinu, který vykazuje větší efekt právě u této psychiatrické komorbidity (Gerra et al., 2004; Gerra et al., 2006). Maremmani et al. (2008) poukazují na to, že klienti s psychiatrickou komorbiditou v metadonové léčbě, u nichž se psychiatrické potíže objevily již před zahájením užívání heroinu, měli větší tendenci se v léčbě udržet.

V českých podmínkách byla provedena studie retence v substituční léčbě buprenorfinem a autoři uvádějí, že z psychosociálních faktorů lze za prediktory úspěchu v programu považovat absenci závažných psychiatrických poruch, nízký skóre na škále neuroticismu (tj. psychickou stabilitu) a nízkou úroveň bažení (Večeřová-Procházková et al., 2007). Také další studie zmiňují psychiatrickou komorbiditu jako rizikový faktor pro vypadnutí z léčby (Clark et al., 2015; Michelazzi et al., 2008; Salamina et al., 2010). Riziko relapsu bylo také výrazně vyšší u těch, u nichž byla kromě závislosti na opioidech diagnostikována souběžná závislost na alkoholu nebo jiných látkách (Clark et al., 2015).

Marissen et al. (2006) zkoumali vliv faktoru *attentional bias* (AB) u pacientů v léčbě závislosti na heroinu. Nešpor (2013) definuje AB jako preferenční vnímání podnětů souvisejících s návykovým chováním na úkor jiných podnětů (nebo také jako odchyl pozornosti), což vede k zhoršené schopnosti se efektivně rozhodovat a využívat vlastní zkušenosti nebo relevantní informace z okolí. Vyšší úroveň AB při follow-up vyšetřeních predikovala relaps na heroinu. Abramsohn et al. (2009) studovali na vzorku bývalých uživatelů heroinu v metadonovém programu v Izraeli, stabilitu *sense of coherence*. Konstrukt *sense of coherence* (SC) je definován jako globální postoj ke světu, kde svět je vnímán jako do určité míry pochopitelný, zvládnutelný a smysluplný a je spojen s psychickou odolností a schopností využít své vnitřní zdroje k přežití. Pacienti metadonového programu byli kontaktováni na počátku léčby a po roce. Skóre SC byly obdobné na počátku měření i při follow-up, nicméně byly celkově nižší u těch pacientů, kteří nadále užívali drogy. Pacienti s vyššími skóre SOC vykazovali vyšší retenci v léčbě. Autoři považují úroveň SC za stabilní parametr a prediktor úspěšnosti metadonové léčby, a to jak ve smyslu retence v léčbě, tak abstinence.

Další studie provedená v USA zkoumala vliv parametru *novelty seeking* (vyhledávání nového) na udržení se v léčbě u závislých na heroinu, kteří zároveň užívali kokain. Ti byli léčeni buprenorfinem za využití pobídkové terapie (*contingency management*). V rámci výzkumu byl využit osobnostní dotazník (TPQ). Z výsledků vyplynulo, že přestože uživatelé s vyšším skórem *novelty seeking* ve srovnání s těmi, kteří měli skóry nižší, vypadávali ke konci léčby častěji, tak měli vyšší retenci v léčbě v jejím počátku. Autoři to připisují tomu, že ti, kteří vykazují větší náchylnost k vyhledávání nového, vnímali pobídkovou terapii jako léčebnou modalitu, která je novinkou. Zahrnutí nových metod a modalit léčby považují tedy za faktor, který by mohl pomoci zvýšení retence v léčbě u této skupiny klientů/pacientů (Helmus, Downey, Arfken, Henderson & Schuster, 2001).

Úroveň sebedůvěry a *self efficacy* (sebeúčinnosti) má také vliv na výsledky léčby, klienti, kteří na počátku léčby měli vyšší úroveň sebedůvěry, častěji po ukončení léčby abstinovali od heroinu (Murphy, Bentall, Ryley & Ralley, 2003). Autoři britské studie upozorňují, že neuropsychologické charakteristiky, zejména ty, které se týkají rozhodovacích procesů, mají vliv na výsledek léčby. Ti respondenti v ambulantní léčbě, kteří v rámci studie vykázali horší výsledky v testech zaměřených na rozhodování (*Cambridge Gamble Task and the Iowa Gambling Task*) výrazně méně často abstinovali od drog po třech měsících od úvodního vyšetření (Passetti, Clark, Mehta, Joyce & King, 2008), výsledky ovšem platily pouze pro ambulantně vedenou léčbu, nikoliv pobytovou, jak vyplynulo z navazujícího výzkumu (Passetti et al., 2011).

### **Sociodemografické charakteristiky**

Výzkumné studie sledují sociodemografické charakteristiky respondentů, zejména pohlaví, věk, úroveň vzdělání, úroveň socioekonomickou, rodinný stav, právní situaci. V rámci některých z nich je pak poskytnuto hodnocení, zda některé charakteristiky mají (ať už pozitivní nebo negativní) vliv na úspěšnost léčby.

Slovenská prospektivní studie, provedená s 351 participanty, kteří vstupovali do léčby z důvodu závislosti na opiátech, poukázala na to, že signifikantně lepších výsledků po třech letech od ukončení léčby dosahovali ti, kteří byli v době přijetí do léčby zaměstnání či byli studenty ve škole (Okruhlica, Mihalkova, Klempova & Skovayova, 2002). Nezaměstnanost jako prediktor vypadnutí z léčby uvádějí i autoři irské studie s uživateli heroinu zařazenými do třítydenního detoxifikačního programu buprenorfinem (Williams, Remedios, Oyefeso & Bennet, 2002), také v dalších studiích je zmiňován vliv zaměstnání na retenci v léčbě



a abstinenci (Eastwood et al., 2017; Kenne, Boros & Fischbein, 2010; Nosyk, Anglin, Brecht, Lima & Hser, 2013; Stein, Cloe & Friedmann, 2005), ovšem u některých studií se vliv zaměstnání neprokázal (Ziedonis et al., 2009).

Australská studie zkoumala faktory, které ovlivňují udržení se v léčbě na základě dat ze zdravotnických registrů týkajících se pacientů v metadonové léčbě (sociodemografické charakteristiky, ukončení léčby, opětovné nastoupení léčby). Po půl roce od zahájení léčby bylo 51 % pacientů nadále v léčbě, což odpovídá i výsledkům dalších (nejen) australských studií. Dvě třetiny z těch, kteří z léčby vypadli, následně vstoupili do léčby znovu a byly u nich zaznamenány opakované epizody vstupu do léčby a odchodu z léčby. Signifikantními prediktory pro opakovaný vstup do léčby byly věk a délka první léčebné epizody. U pacientů staršího věku a s delší léčbou bylo méně pravděpodobné, že se do léčby vrátí. S větším rozšířením a dostupností metadonové léčby narůstá i pravděpodobnost fenoménu, kdy klienti opětovně do léčby vstupují a vypadávají z ní (Bell et al., 2006). Z nedávné anglické studie taktéž vyplynulo, že pacienti staršího věku častěji dokončili léčbu a méně často se do ní po ukončení vraceli (Eastwood et al., 2017). Vyšší věk byl prediktorem lepších výsledků léčby i v dalších studiích (Anderson & Warren, 2004; Backmund, Meyer, Eichenlaub & Schütz, 2001; Weinstein et al., 2017). Některé studie ovšem vliv věku nepotvrzují (Nosyk et al., 2013).

Ohledně vlivu vzdělání na úspěšnost léčby se výzkumy úplně neshodují, některé neshledávají vyšší vzdělání jako prediktor úspěchu, např. (Ziedonis et al., 2009), některé naopak vyšší vzdělání hodnotí jako faktor pozitivně ovlivňující výsledky léčby (Avants, Margolin & McKee, 2000; Backmund et al., 2001; Večeřová-Procházková et al., 2007).

Stejně tak jako ohledně vlivu předchozí trestné činnosti a předchozího odsouzení nepanuje úplně shoda, některé výzkumy naznačují, že předchozí pobyt ve vězení a současný probační dohled zvyšují retenci v léčbě (Backmund et al., 2001). V některých výzkumech vykazují lepší výsledky respondenti, kteří se před léčbou neangažovali v trestné činnosti (Darke et al., 2007; Helleman, Conner, Anglin & Longshore, 2009), některé studie vliv právních problémů na úspěšnost léčby neshledávají ani v pozitivním ani negativním duchu (Ziedonis et al., 2009).

Co se týče prediktivního vlivu pohlaví na úspěšnost léčby, tak výzkumy také neposkytují jednoznačné závěry. Studie autorů Ziedonis et al. (2009) nepovažuje pohlaví za prediktor úspěšnosti léčby. Nicméně např. z poznatků z praxe pražského metadonového programu

(Bečka, 2007) vyplynulo, že ženy vyhledávaly metadonový program ve stejné míře jako muži, vykazovaly však lepší schopnost se v něm udržet a subjektivně vnímaly pravidla jako méně přísná. Ve větší míře realizovaly odchod do úplné abstinence postupným snižováním dávky a poté významně převládaly mezi těmi, o jejichž abstinenci měli pracovníci programu potvrzené zprávy (Bečka, 2007).

V australské studii s uživateli heroinu, jež byla součástí národního výzkumu výsledků léčby (ATOS), byli respondenti sledováni po dobu 36 měsíců. Nebyly však zaznamenány signifikantní rozdíly mezi muži a ženami v rámci udržení kontinuální abstinence od heroinu po dobu 36 měsíců. Ženy však ve větší míře abstinovaly alespoň posledních 12 měsíců. Nicméně, pouze 8 % respondentů abstinovalo bez přerušení celé tři roky od zahájení studie. Přestože po celou dobu se nepodařilo abstinenci udržet valné většině respondentů, abstinenci posledních 12 měsíců před ukončením studie vykazovalo 40 % z nich. Výsledky poukazují na dlouhodobý vliv léčby na změnu životního stylu, který je směřovaný k abstinenci (Darke et al., 2007). tzv. *kumulativní efekt léčby* (i epizod, kdy klient abstinguje bez léčby) byl potvrzen i jinými autory (Nosyk et al., 2013).

Mladí dospělí (18 – 25 let) mají obvykle horší výsledky léčby. Studie, která porovnávala výsledky buprenorfinové léčby u mladých dospělých a starších pacientů prokázala, že ve srovnání se staršími dospělými měli mladší pacienti výrazně nižší úroveň retence v léčbě a častěji pozitivní testy na nelegální opioidy (Schuman-Olivier, Weiss, Hoepfner, Borodovsky & Albanese, 2014). Podobné výsledky přináší i další studie týkající se léčby mladistvých a mladých dospělých (Warden et al., 2012), i jiné výzkumy (Burns et al., 2009; Hellemann et al., 2009; Kenne et al., 2010).

### **Rodina a sociální okolí**

Důležitým faktorem, který má vliv na úspěšnost léčby, je sociální okolí klienta/pacienta, zejména jeho rodina. V rámci amerického výzkumu Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS) byli mimo jiné sledováni respondenti závislí na heroinu, kteří se účastnili studie v době vstupu do metadonové léčby. Po pěti letech abstinovalo dlouhodobě 27 % z nich. Ti uváděli méně rodinných konfliktů, měli přátele mimo okruh uživatelů drog a alkoholu a podporu rodiny v dosažení abstinence (Flynn, Joe, Broome, Simpson & Brown, 2003). Pokud má klient dva a více přátel z okruhu drogově závislých osob, je to označeno jako prediktor vypadnutí z léčby (Hellemann et al., 2009).

Pokud člověk žije s rodinou, je vyšší pravděpodobnost udržení se v léčbě, jak je uvedeno např. v italské studii – fakt, že respondent žil před léčbou sám, zvyšuje riziko vypadnutí z léčby (Salamina et al., 2010), podobně potvrzuje tento faktor studie zaměřená na život v manželství či s partnerem jako prediktor neužívání nepředepsaných návykových látek v průběhu metadonové léčby (Heinz, Wu, Witkiewitz, Epstein & Preston, 2009).

Pickens et al. (2001) zkoumali vliv rodinných faktorů na výsledky metadonové substituční léčby, a zjistili, že pacienti, kteří měli rodiče závislé na alkoholu nebo jiných návykových látkách, častěji vykazovali závažnější závislost na opiátech. V rámci léčby (na identické dávce metadonu jako pacienti, kteří neměli v anamnéze závislost v rodině) sice méně užívali nelegální opiáty, o to více však brali v průběhu substituce kokain. Autoři předpokládají, že faktory dědičnosti hrají roli nejen v náchylnosti k závislosti na heroinu, ale i v odpovědi na metadonovou léčbu. Absence problému se závislostí v rodině byla označena taktéž za prediktor úspěšnosti i v další studii (Poirier et al., 2004), kde autoři navíc označují jako jeden z prediktorů úspěchu i absenci poruch nálady v rodině. Ve studii zaměřené na zneužívání jiných opioidů v průběhu metadonové léčby byl nepřekvapivě jako jeden z prediktorů pokračujícího užívání nepředepsaných látek určen život s partnerem, který nadále užívá heroin (Lions et al., 2014), totéž uvádí i jiní autoři (Hser, 2007; Michelazzi et al., 2008).

Jedním z cílů irské národní studie léčby závislosti bylo sledovat vliv péče o dítě na výsledek léčby závislosti na opiátech. Respondenti, kteří měli v péči děti, užívali heroin v signifikantně nižším množství, nicméně častěji užívali jiné opiáty a alkohol. Respondenti, kteří neměli v péči děti, užívali častěji heroin, marihuanu i benzodiazepiny. U těch, kteří měli v péči děti, docházelo sice k poklesu užívání nelegálních látek, ale také k posunu v rámci užívání méně společensky stigmatizujících látek substituujících heroin (Comiskey, 2013).

### **Užívání návykových látek před léčbou a v průběhu léčby**

Vzorce užívání návykových látek před nástupem do léčby (např. injekční užívání, užívání více látek, souběžná závislost na drogách a alkoholu) a v průběhu léčby (např. užívání nelegálních drog v průběhu substituční léčby) má vliv na udržení se v léčbě a na její výsledky. A to jak v případě substituční léčby, tak léčby vedené abstinencí. Více výzkumů je nicméně k dispozici z oblasti substituční léčby.

Pokračující užívání nelegálních drog v průběhu substituční léčby je vážný problém, který podkopává cíle metadonové substituční léčby a v případě injekčního užívání zvyšuje riziko

nákazy HIV (Avants et al., 2000). V rámci studií zabývajících se prediktory úspěšnosti a rizikovými faktory v substituční léčbě, sehrává pokračující užívání návykových látek v průběhu léčby roli jednoho z nejrizikovějších faktorů.

Na užívání drog v průběhu prvních třech měsíců metadonové substituce a vliv kognitivních, afektivních a behaviorálních prediktorů na léčbu byl zaměřen výzkum Avantse et al. (2000). Pokračování v užívání heroinu bylo spojeno se závažností závislosti před léčbou a se silným přesvědčením a identifikací s tím, že jsem závislý (*addicted self-schema*). Užívání kokainu v průběhu metadonové léčby bylo spojeno se závažností závislosti před léčbou, s pojetím sebe sama jako závislého, ale také s nízkou úrovní *self-efficacy* a s absencí negativních zkušeností souvisejících s užíváním kokainu.

V rámci studie s uživateli heroinu vstupujícími do léčby (součást studie ATOS) byl sledován vliv užívání kokainu při přijetí do léčby na výsledky léčby v průběhu dvou let sledování. Dvě pětiny z 615 participantů závislých na heroinu užívalo v době prvotního vyšetření kromě primární drogy i kokain. Nicméně v návazných šetřeních (po 3, 12 a 24 měsících) užívání kokainu mezi respondenty klesalo. Užívání kokainu při zahájení léčby se ukázalo jako signifikantní prediktor slabšího výsledku léčby po 24 měsících Ti, kteří uváděli užívání kokainu v úvodním šetření, vykazovali v průběhu dvouletého sledování vyšší míru užívání heroinu, nezaměstnanosti, sdílení injekčního náčiní, trestné činnosti a uvěznění (Williamson, Darke, Ross & Teesson, 2007). Podobné výsledky zjistili ve své studii kanadští autoři (Franklyn et al., 2017) – pacienti substituční léčby, kteří měli pozitivní test na přítomnost kokainu v organismu při zahájení léčby, častěji vypadávali z léčby a celkově setrvali v léčbě kratší dobu než pacienti, kteří test na kokain pozitivní neměli. Čím intenzivnější bylo užívání kokainu v průběhu léčby, tím větší bylo riziko vypadnutí z léčby. Užívání kokainu v průběhu substituční léčby je vnímáno jako jeden z hlavních rizikových faktorů pro vypadnutí z léčby i v italské studii (Salamina et al., 2010). To potvrzují i autoři německé studie s pacienty v substituční léčbě buprenorfinem/naloxonem, ti k prediktorům vypadnutí z léčby přidávají ještě pozitivní test na benzodiazepiny a opiáty vyjma buprenorfinu (Apelt, Scherbaum & Soyka, 2014). Autoři výzkumu provedeného na klinikách v USA a v Izraeli zmiňují podobně negativní vliv užívání kokainu amfetaminů na retenci v metadonové léčbě u respondentů z USA a vliv benzodiazepinů a pokračujícího užívání opiátů u pacientů z Izraele (Peles et al., 2008)

V americké studii týkající se užívání marihuany v průběhu metadonové léčby (Ghitza, Epstein & Preston, 2007) se autoři zaměřovali především na souvislost fenoménu nepřiznání

se k užívání marihuany v průběhu metadonové léčby a úspěšnosti v léčbě (přičemž samotné užití marihuany nebylo důvodem k vyloučení z léčby). Ti respondenti, kteří tajili užívání marihuany, častěji užívali v průběhu léčby také kokain a heroin. Samotné užívání marihuany ovšem dle autorů nemělo vliv na výsledek léčby, vliv mělo pouze utajování tohoto užívání. Další výzkum zaměřený na výsledky léčby závislosti na opiátech a jejich souvislost s užíváním marihuany (Hill et al., 2013) u participantů ve věku 15 – 21 let neukázal na souvislost horších výsledků léčby a užívání marihuany. Polovina klientů v průběhu buprenorfinové léčby marihuanu příležitostně užívala a jedna šestina vzorku marihuanu kouřila denně. Přestože tedy užívání marihuany může být potenciálně rizikové, autoři shrnují, že v této studii se neprokázal vliv na výsledek buprenorfinové léčby u mladistvých.

Lions et al. (2014) se zabývali zneužíváním jiných opioidů v průběhu metadonové léčby. Po 12 měsících léčby bylo zjištěno užívání nepředepsaných opioidů v posledním měsíci u 32 % pacientů, rizikovými faktory bylo zejména užívání kokainu v průběhu metadonové léčby a hazardní konzumace alkoholu. V jiné studii byla také potvrzena role závažnosti užívání alkoholu – jako zásadního prediktoru retence v léčbě, Výzkumníci využili výsledek testu AUDIT – čím nižší skóre, tím vyšší byla šance udržení se klienta v substitučním programu a jeho přechod do další fáze léčby (s vyšším prahem) (Abrahamsson et al., 2016). Co se týče léčby u mladistvých a mladých dospělých závislých na opiátech (15 – 21 let), studie provedená Wardenem et al. (2012) označila jako ohrožené vypadnutím z léčby ty respondenty, kteří v prvních dvou týdnech léčby měli pozitivní testy na přítomnost opiátů.

Kanadská studie substituční léčby heroinem a metadonem, zkoumala mimo jiné i prediktory neužívání ilegálního heroinu v průběhu léčby (základní šetření bylo provedeno při zahájení léčby a pak byli pacienti sledováni po 3, 6, 9 a 12 měsících). Pacienti, kteří neužívali ilegální heroin v posledním měsíci, měli také méně dnů, kdy užívali kokain a věnovali se trestné činnosti v průběhu posledního měsíce. Pravidelná docházka do léčby (méně dnů, kdy se klient nedostavil) a celkové množství užitých substitučních látek za poslední měsíc také predikovalo nižší úroveň užívání nelegálního heroinu (Oviedo-Joekes et al., 2015). Pacienti, kteří měli již předchozí zkušenost s nelegálně získaným buprenorfinem, měli vyšší retenci v buprenorfinové substituční léčbě než ti, kteří předchozí zkušenost s buprenorfinem neměli (Monico et al., 2015).

Prediktory úspěšnosti léčby buprenorfinem u závislých na heroinu byly sledovány ve studii provedené Woodcockem et al. (2015) – jako hlavní parametr byla určena abstinence od heroinu. Jako prediktor vyšší úspěšnosti byl označen vyšší věk při zahájení užívání heroinu

a méně dní v posledním měsíci před léčbou, kdy respondent užíval heroin (nižší intenzita užívání heroinu před léčbou), a dále také více pokusů o abstinenci od heroinu v minulosti. Ti, kteří neužili heroin na počátku léčby, častěji udrželi abstinenci v závěru léčby a po vysazení buprenorfinu.

Významným prediktorem vypadnutí z léčby bylo také injekční užívání drog během posledního měsíce před vstupem do léčby (Dayal & Balhara, 2017). Soyka, Zingg, Koller a Kuefner (2008) považují za jeden z prediktivních faktorů také věk respondenta v době zahájení pravidelného užívání opiátů – čím nižší věk v začátku „*drogové kariéry*“, tím nižší byla zjištěná retence v substituční léčbě. Dalším faktorem byla tíže pociťovaných abstinčních příznaků na začátku léčby (vyšší skóre v dotazníku Opiate Withdrawal Scale znamenalo vyšší riziko vypadnutí z léčby).

### **7.2.3. Faktory na straně léčebného zařízení a léčebné strategie**

Jedná se o faktory, které vyplývají z nastavení léčebné strategie, typu léčby a léčebného zařízení, přístupu personálu ke klientům a v neposlední řadě se jedná i o typ využití medikace (zejména druh substituční látky v rámci substituční léčby) a nabídku psychosociální/psychoterapeutické podpory. Tyto faktory ovlivňují spokojenost a angažovanost klientů v léčbě a přispívají k retenci v léčbě a jejím výsledkům.

#### **Látka užívaná k substituční léčbě a její dávkování**

Řada studií srovnávala účinnost jednotlivých látek sloužících k substituční léčbě závislosti na opioidech, a výsledky substituční léčby s ohledem na výši dávky substitučních preparátů.

Data ze systematických přehledových studií poukazují na to, že největší efektivitu v retenci pacientů v léčbě a v potlačení užívání heroinu má metadonová udržovací léčba, přičemž vyšší dávky metadonu jsou spojeny s lepšími výsledky léčby (Amato et al., 2005). Nedávný systematický přehled porovnává účinnost metadonu, buprenorfinu a placebo (Mattick, Breen, Kimber & Davoli, 2014). Buprenorfin byl shledán účinnější než placebo medikace, co se týče udržení pacientů v léčbě. Na potlačení užívání nelegálních opioidů v průběhu léčby měl buprenorfin vliv pouze ve vyšších dávkách – v nízkých dávkách byl jeho efekt srovnatelný s placebem. Buprenorfin byl shledán méně efektivní, co se týče udržení pacientů v léčbě než metadon. Mezi buprenorfinem a metadonem nebyl zjištěn rozdíl, pokud byly látky podávány ve středních a vysokých dávkách (Mattick et al., 2014). Další výzkumy srovnávající efektivitu jednotlivých substitučních látek uvádí, že pro klienty, kteří neprofitují ze standardní substituční léčby a mají za sebou dlouhou sérii neúspěšných pokusů o léčbu,

je vhodnou variantou i léčba prostřednictvím heroinu jakožto substituční látky. V té se jim daří udržet ve významně vyšší míře než v běžné substituční léčbě, a to těm, kteří nevykazují přílišnou motivaci k léčbě (Bascaran, Garcia-Portilla, Bobes-Bascaran, Saiz & Bobes, 2014; Nosyk et al., 2010; Oviedo-Joekes et al., 2009).

Německá retrospektivní studie např. porovnávala pacienty substituované kodeinem a metadonem a uživatele nelegálního heroinu v tom, zda dokončili započatou pobytovou detoxifikaci vedoucí k abstinenci. Pacienti přicházející ze substituční léčby metadonem byli v dokončení detoxifikace úspěšnější než pacienti substituovaní kodeinem a obě skupiny substituovaných dokončily detoxifikaci signifikantně častěji než uživatelé heroinu (Backmund et al., 2001). Jiná studie, která se zaměřila mimo jiné na typ medikace užitý v průběhu 14denní detoxifikace, potvrdila, že pacienti léčení buprenorfinem s naloxonem měli lepší výsledky než pacienti léčení klonidinem (Ziedonis et al., 2009), což potvrzují i další autoři, kteří zkoumali rozdíl ve výsledcích léčby u pacientů substituovaných buprenorfinem a klonidinem (Marsch et al., 2005).

Ve studii srovnávající účinnost substitučních látek buprenorfinu a metadonu bylo zjištěno, že vyšší dávky substituční látky, jak u metadonu, tak u buprenorfinu predikují lepší výsledky (méně pozitivních nálezů při testování na přítomnost nelegálních drog v moči). Účinnost obou látek autoři studie považují za prokazatelnou a srovnatelnou, s tím, že buprenorfin vykazuje vyšší účinnost u pacientů s depresivní symptomatologií (Gerra et al., 2004). Vyšší dávky substituční látky jako prediktoru lepších výsledků léčby uvádí i další autoři (Michelazzi et al., 2008; Peles et al., 2008; Villafranca, McKellar, Trafton & Humphreys, 2006). Podobný závěr ovšem nepotvrzuje Soyka et al. (2008), v jejichž studii nebyla retence v substituční léčbě závislá na výši dávky. Retrospektivní kohortová studie, která zjišťovala míru retence v udržovací léčbě buprenorfinem u mladých dospělých a posuzovala faktory důležité pro setrvání v léčbě, uvádí, že jedním z důležitých prediktorů byla denní dávka buprenorfinu. Při nižších dávkách častěji docházelo k přerušení léčby. Zvýšení dávky o 1 mg snížilo pravděpodobnost jejího přerušení o 14 % (Dayal & Balhara, 2017).

Americká studie, která se zabývala účinností substituční léčby, poukázala na to, že pacienti léčení buprenorfinem nebo metadonem vykazovali nižší riziko relapsu na nelegálních drogách než pacienti po léčbě vedené abstinencí. Delší léčba byla spojena s nižším rizikem relapsu (Clark et al., 2015).

## **Další charakteristiky léčby**

Substudie v rámci NTORS se závislymi na opiátech, kteří podstupovali metadonovou léčbu, sledovala několik parametrů. Zaměřila se na faktor motivace před léčbou, frekvenci a obsah poradenských služeb, spokojenost s léčbou ze strany pacientů a výši dávky metadonu a zkoumala souvislost s výsledky léčby po jednom a šesti měsících od jejího zahájení. Ukázalo se několik vztahů - spokojenost s léčbou a dávka metadonu souvisela s poklesem v užívání heroinu po jednom měsíci. Využívání poradenských služeb bylo spojeno s poklesem v užívání heroinu po půl roce od zahájení léčby. Užívání heroinu po jednom měsíci léčby predikovalo užívání heroinu po šesti měsících. Faktory týkající se léčby mají důležitý efekt zejména v počátcích léčby, nicméně díky tomu mohou ovlivnit i dlouhodobé výsledky a úspěšnost pacientů v léčbě (Gossop, Stewart & Marsden, 2003). Jako jeden ze základních prediktorů retence v metadonové substituční léčbě uvádí spokojenost s léčbou i studie provedená s válečnými veterány závislymi na opioidech (Villafranca et al., 2006).

Co se týče důležitosti psychosociální složky substituční léčby, tak na její důležitost i vliv na výsledky léčby poukazuje i česká studie (Kostínková, 2008). V souladu s tím italská autoři uvádějí, že psychoterapeutická podpora v rámci léčby snižovala riziko vypadnutí z léčby na polovinu (Salamina et al., 2010). To, že využívání sociálních a psychologických služeb v rámci substituční léčby, zvyšuje úspěšnost léčby, potvrzují i další studie (Amato et al., 2008; Avants et al., 2000; Oviedo-Joekes et al., 2015; Stein et al., 2005). Také intenzita kontaktu s poradenskými pracovníky (Backmund et al., 2001) a pravidelnost docházky (Oviedo-Joekes et al., 2015) je uváděna jako jeden z prediktorů úspěšnosti.

Ve studii, která zkoumala charakteristiky léčebných zařízení a jejich vliv na výsledky léčby, byly identifikovány další faktory, které mohou ovlivnit retenci v metadonové léčbě ze strany zařízení. Retence u pacientů v metadonovém programu byla vyšší, pokud zaměření programu pokládalo menší důraz na změnu životního stylu pacienta a byl kladen menší tlak na učení se novým dovednostem. Dále také programy vykazovaly vyšší úspěšnost, pokud mezi personálem byl nízký podíl bývalých uživatelů drog (Hser et al., 2001).

Co se týče formy poskytování substituční léčby buprenorfinem v ČR, tak z výsledků studie s respondenty ze tří forem substituce (specializované centrum, kombinace specializovaného centra s ordinací praktického lékaře a ordinace praktického lékaře) vyplynulo, že způsob poskytování léčby nemá vliv na délce setrvání pacientů v programu (po třech měsících od zahájení léčby) (Večeřová-Procházková et al., 2007). Podobně dokládá irská studie, že



výsledky metadonové léčby se nelišily v závislosti na typu zařízení, kde byla poskytována (Comiskey & Cox, 2010).

Studie zaměřující se na prediktory úspěšnosti léčby odvykacího stavu u závislosti na opiátech sledovala pacienty 14denní detoxifikační léčby, a poukázala na to, že typ léčby má vliv na dokončení detoxifikace a abstinenci od drog v průběhu léčby. Pobytová léčba měla vyšší úspěšnost než ambulantní detoxifikace (Ziedonis et al., 2009).

Italská studie provedená s klienty/pacienty závislými na heroinu v různých typech zařízení (metadonová substituční léčba, terapeutická komunita a jiná pobytová abstinенčně orientovaná léčba) označila jako nejsilnější prediktor setrvání v léčbě typ léčby. Jiná pobytová abstinенčně orientovaná léčba než v terapeutické komunitě měla nejnižší retenci, u metadonové léčby závisela retence v léčbě na výši dávky metadonu (Salamina et al., 2010). V australské studii s uživateli heroinu (ATOS) byli respondenti ze čtyř typů zařízení sledováni, s jakou úspěšností se jim dařilo abstinovat po dobu 36 měsíců respondentům z jednotlivých typů zařízení. Nejčastěji abstinovali od heroinu po celých 36 měsíců respondenti z rezidenční abstinенčně vedené léčby, dále ze substituční léčby, méně často ti, kteří absolvovali pouze detoxifikaci a nikdo z respondentů, kteří byli kontaktováni v nízkoprahových zařízeních (Darke et al., 2007).

Ve studii Lionse et al. (2014) je poukazováno mimo jiné na to, že prediktorem neužívání jiných opioidů v průběhu metadonové léčby byl dobrý vztah s ošetřujícím lékařem. Autoři studie doporučují zaměřit se na vztahy pacientů s ošetřujícím personálem a na témata související s partnerskými vztahy a sociálním okolím pacientů, což by pomohlo zlepšit výsledky metadonové léčby. Taktéž v abstinенčně orientované léčbě v pobytovém zařízení byl prediktorem úspěšného dokončení léčby dobrý vztah s léčebným personálem, pocit bezpečí a nediskriminující přístup ke klientům (Brener, von Hippel, von Hippel, Resnick & Treloar, 2010).

V britské studii, která sledovala pacienty po roce, pěti a jedenácti letech od zahájení substituční léčby v zařízeních primární péče, se nejsilnějším prediktorem pozitivních výsledků ukázala kontinuální, nepřerušovaná léčba (Parmenter et al., 2013).

### **7.3. Prediktory úspěšnosti léčby závislosti na alkoholu**

Následující text shrnuje informace týkající se prediktorů úspěšnosti léčby u závislých na alkoholu, a to z českých i zahraničních odborných zdrojů. Stejně jako u metamfetaminu

a opiátů, jsou studie nesourodé, co se týče definice úspěchu léčby a ve sledovaných indikátorech. České studie obvykle definují úspěšnost léčby ve smyslu trvalé abstinence. To ztěžuje srovnatelnost výsledků se studii, kde se výsledek léčby měří počtem dnů abstinence za určité období. Tento přístup je běžný v Británii a USA, kde se statisticky významné snížení počtu dnů, v nichž pacient nepije (oproti stavu před léčbou) považuje za zlepšení (Csémy, Pecinová, et al., 2016).

Rizikovými faktory jsou obecně:

- psychiatrická komorbidita (i když se vyskytují některé výjimky – vyšší retence v léčbě u depresivních a úzkostných poruch),
- denní užívání alkoholu před zahájením léčby,
- užívání alkoholu v průběhu léčby,
- nižší věk v době nástupu do léčby,
- konfliktní rodinné prostředí, špatné sociální zázemí a chybějící podpora okolí

### **7.3.1. Délka léčby**

Stejně jako u léčby závislosti na metamfetaminu a opiátech má dokončení léčebného programu, resp. délka setrvání v léčebném programu, přímý vztah k výsledku léčby. Tento předpoklad potvrzuje řada studií (Csémy, Pecinová, et al., 2016; Fletcher & Battjes, 1999; Hubbard, Craddock & Anderson, 2003; Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson & Etheridge, 1997).

### **7.3.2. Charakteristiky na straně klienta/pacienta**

#### **Psychologické charakteristiky a psychiatrická komorbidita**

Staines et al. (2003) studovali motivační strukturu závislých pacientů v léčbě ze závislosti na alkoholu a zjistili, že pouze vnitřní („*intrinsic*“) motivace má vztah k dokončení léčby. Vnitřní motivaci a vnitřní ztotožnění se s ideologií léčebného programu (přijetí nemoci a abstinence jako cíle léčby) uvádí jako jeden z prediktorů úspěšnosti léčby česká studie provedená v léčebném zařízení pro ženy závislé na alkoholu (Csémy, Pecinová, et al., 2016). Dalším faktorem bylo posílení sebevědomí a zlepšení duševního stavu v rámci léčby.

Pro tuto studii bylo osloveno celkem 150 pacientek z léčebného programu u Apolináře, jediným kritériem pro zařazení do studie bylo setrvání v léčebném programu alespoň 14 dnů. Byly sledovány výsledky léčby po jednom roce a třech letech od dokončení léčby. Tři roky

po léčbě abstinovalo 57 % pacientek, rok po léčbě 47 %, míra úplné abstinence byla tedy vysoká. Tyto výsledky jsou srovnatelné s výsledky dřívější studie, která se týkala léčby žen v Psychiatrické léčebně Bohnice, kde po roce abstinovalo 37 % pacientek (Csémy et al., 2004). Lepší výsledek Apolinářského léčebného programu může zčásti souviset se skutečností, že zde nebyly do hodnocení zařazeny pacientky, které opustily program během prvních 14 dnů. Druhou okolností, která má zásadní vliv na výsledek léčby, je odlišný systém výběru a zařazování pacientů do léčebného programu (v Psychiatrické nemocnici Bohnice jsou pacientky indikované pro léčbu přijímány bez dalších podmínek, pokud je volná kapacita, u Apolináře terapeutický tým pečlivě vyhodnocuje připravenost k léčbě).

Zajímavým a neočekávaným nálezem ve studii v léčebném zařízení u Apolináře bylo, že mezi pacientkami s úspěšným výsledkem léčby bylo více osob s psychiatrickou komorbiditou, což autoři vysvětlují skutečností, že úspěšně léčené pacientky setrvávají v léčbě déle a rozpoznání komorbidní psychiatrické poruchy je tedy pravděpodobnější. Jejím rozpoznání a adekvátní léčení pak může dobrému léčebnému výsledku účinně napomáhat. Dalším identifikovaným faktorem důležitým pro úspěšnost léčby byla totiž farmakoterapie deprese (Csémy, Pecinová, et al., 2016).

Psychologické charakteristiky a psychiatrická komorbidita i jejich vliv na úspěšnost léčby byly u závislosti na alkoholu v zahraničí zkoumány poměrně intenzivně, viz např. Giorgi et al. (2015), Malik et al. (2017), LoCastro, Potter, Donovan, Couper a Pope (2008).

### **Sociodemografické charakteristiky**

Co se týče vlivu pohlaví na úspěšnost léčby, Greenfield et al. (2007) publikovali přehledovou práci, v níž shrnuli poznatky z 280 studií. Autoři uvádějí, že ženy sice mají nižší ochotu vstupovat do léčby, ale pokud již v léčbě jsou, pak pohlaví není statisticky významný prediktor retence, dokončení ani výsledku léčby. Neprokázalo se, že by léčba byla účinnější v koedukovaných programech oproti programům jen pro ženy. Významné rozdíly mezi muži a ženami v úspěšnosti léčby neprokazuje ani další systematický přehled (Adamson, Sellman & Frampton, 2009).

Rozdílům v retenci ve vztahu k pohlaví byla věnována i další studie (Mertens & Weisner, 2000), v níž autoři uvádějí, že celkově lepší retenci v léčbě mají ženy, které jsou vdané, mají vyšší příjem a nižší závažnost poruchy. Z domácích prací je možné zmínit studii (Csémy et al., 2004), v níž autoři na základě regresní analýzy dospěli k závěru, že u studované skupiny závislých žen dokončení léčebného programu predikují tyto faktory: vývoj v úplné rodině

do 15 let věku, silná pozitivní motivace k léčbě, věk vyšší než 29 let. Nižší věk jako rizikový faktor je uváděn i v jiných studiích (Graff et al., 2009). Giorgi et al. (2015) zjistili, že respondenti mladšího věku měli závažnější úzkostné a depresivní příznaky, nicméně při dokončení léčby vykazovali vyšší úroveň životní spokojenosti a častěji v průběhu léčby dosáhli pozitivních změn.

V některých studiích se ukazuje, že nižší vzdělání je spojeno s vyšším pocíťovaným stresem a menší úspěšností léčby, zároveň je závislost na alkoholu pravděpodobnější u osob s nižším vzděláním (Giorgi et al., 2015).

### **Rodina a sociální okolí**

V rámci další studie (Dobkin, De, Paraherakis & Gill, 2002) byl sledován vliv funkční sociální podpory na retenci v léčbě a její výsledek. Bylo zjištěno, že sociální podpora má u osob závislých na alkoholu sice slabý, ale statisticky významný vztah, jak k délce setrvání v léčbě, tak k jejímu výsledku. I v české studii byl potvrzen vliv spolupráce rodiny (účast v rodinné či párové terapii v průběhu léčby) u žen závislých na alkoholu (Csémy, Pecinovská, et al., 2016). Jiný výzkum poukazuje na to, že početnější skupina přátel a silná podpora ze strany blízkých je silným prediktorem úspěchu léčby zejména pro ženy (Moos, Moos & Timko, 2006).

### **Užívání návykových látek před léčbou a v průběhu léčby**

Nižší závažnost závislosti a méně intenzivní užívání alkoholu před léčbou bylo prediktorem lepšího výsledku léčby v řadě výzkumů, viz např. Adamson et al. (2009); Graff et al. (2009).

Ojedinelou studií je longitudinální sledování 850 pacientů závislých na alkoholu v Katalánsku (Gual, Bravo, Lligona & Colom, 2009). Po 20 letech byla míra abstinence 32,6 % (u žen 47 %; u mužů 29 %). Abstinence byla nejčastějším a nejstabilnějším výsledkem léčby a byla spojena s nejnižším výskytem problémů a celkově lepším psychosociálním fungováním. Kontrolované pití (3,4 %) reprezentovalo stav, který se jen zřídka podařilo udržet stabilizovaný po delší dobu. Co se týče kontrolovaného pití jako alternativního cíle léčby, z výzkumu provedeného v pobytovém programu pro léčbu žen závislých na alkoholu vyplynulo, že kontrolované pití jako cíl léčby pro pacientky závislé na alkoholu není přijatelné (Csémy, Pecinovská, et al., 2016).

### 7.3.3. Faktory na straně léčebného zařízení a léčebné strategie

Poměrně rozšířené jsou studie, které srovnávají efektivitu různých terapeutických přístupů. McCrady, Epstein, Cook, Jensen a Hildebrandt (2009) srovnávali výsledky párové a individuální behaviorální terapie. S odstupem 6 a 12 měsíců měly pacientky zařazené do párové terapie více dnů abstinence a méně dnů nadměrného pití ve srovnání se skupinou, kde probíhala individuální behaviorální terapie. Obvykle je zapojení rodiny či partnera do léčby popisován jako pozitivní prediktor. Nicméně v rámci jednoho výzkumu se ženami v ambulantní léčbě bylo zjištěno, že ty, které absolvovali pouze individuální formu terapie, prosperovaly v léčbě více než ty, které využívaly párovou terapii (Graff et al., 2009).

Co se týče míry úspěšnosti ambulantní versus pobytové léčby, není prokázáno, že by jedna modalita byla efektivnější než druhá (Adamson et al., 2009).

V rámci výzkumu v léčebném zařízení u Apolináře odpovídaly pacientky volně na otázku, co považují z léčby za mimořádně významné pro řešení vlastního problému s alkoholem. Obsahová analýza slovních odpovědí naznačila, že kromě přijetí nemoci (závislosti na alkoholu), přijetí abstinence jako cíle léčby a posílení sebevědomí, byla pro pacientky velmi významná psychoterapie a jiné specifické prvky léčby posilující motivaci (Csémy, Pecinová, et al., 2016). Medikace přidružených psychických potíží, zejména deprese, měla vliv na udržení se v léčbě a na lepší výsledky po ukončení léčby (Csémy, Pecinová, et al., 2016; Giorgi et al., 2015).

Zejména v amerických studiích je potvrzován pozitivní vliv docházky na setkání Anonymních alkoholiků (AA) v rámci léčby nebo po jejím ukončení na výsledky léčby, viz např. Moos et al. (2006). V ČR sice možnost docházky do AA existuje, nicméně tento přístup nemá u nás takovou tradici. V rámci českých léčebných programů jsou obvyklé např. kluby abstinentů nebo možnost krátkodobých opakovacích pobytů v léčebném zařízení, které mají zajistit následnou péči po ukončení léčby. Je kladen důraz na to, aby pacienti zůstali v kontaktu s léčebným zařízením a doléčovali se (Csémy, Pecinová, et al., 2016). Využití následné péče zvyšuje úspěšnost léčby (Sannibale et al., 2003).

## Výzkumná část

### 8. Metodologie

Předkládaná pilotní studie k plánovanému výzkumu Evaluace léčby závislostí v ČR byla zahájena v roce 2015. Realizovalo ji Centrum pro epidemiologický a klinický výzkum závislostí NÚDZ ve spolupráci s léčebnými zařízeními v ČR. Sběr dat byl dokončen v roce 2018. Jednalo se o klinickou prospektivní kohortovou studii porovnávací charakteristiky klientů/pacientů v léčbě závislosti na návykových látkách a výsledky léčby v různých typech zařízení na celkovém vzorku 165 respondentů (sběr údajů probíhal v době zahájení léčby, dále po třech měsících a po jednom roce).

Základní metodou sběru dat byl rozhovor s klientem v délce cca 90 minut, v rámci něhož klient vyplňoval dotazníkovou baterii (některé části ve spolupráci s tazatelem, jiné samostatně). Byly zjišťovány sociodemografické údaje, zkušenosti s předchozí léčbou, historie užívání návykových látek, stupeň závislosti, somatické a psychické zdraví a kvalita života, kriminální aktivity, rizikové chování a infekční choroby související s injekčním užíváním drog. Při sběru dat byly využity standardizované nástroje.

Sledovanými ukazateli byly:

- změny v množství a frekvenci užívání návykových látek (včetně abstinence),
- **změny ve zdravotním stavu (včetně psychiatrické symptomatologie),**
- snížení rizikového chování spojeného s injekčním užíváním drog,
- zlepšení v oblasti sociálního fungování,
- zlepšení postavení v zaměstnání nebo návrat ke studiu,
- snížení trestné činnosti,
- udržení v léčbě,
- průběh léčby.

Tato práce se pak detailněji zaměřuje na problematiku psychického stavu a psychiatrické symptomatologie u uživatelů **metamfetaminu, opiátů a alkoholu.**

Na tuto pilotní studii bude navazovat rozsáhlejší evaluační studie, která je nyní připravována a měla by být zahájena v roce 2020. Vycházet bude z analýzy dat z pilotní studie a ze zkušeností získaných během pilotní studie, na jejichž základě bude možné budoucí výzkum lépe metodologicky i organizačně koncipovat.

Respondenti byli osloveni ve čtyřech typech zařízení – nízkoprahových poradenských center, ambulantních programů (psychiatrické ordinace a adiktologické ambulance), specializovaných center poskytující opiátovou substituční léčbu a psychiatrických nemocnic zaměřených na léčbu závislosti.

## **8.1. Základní cíle studie**

Základním cílem výzkumu prezentovaného v této práci bylo zejména:

1. zmapování výskytu psychiatrické symptomatologie a psychiatrické komorbidity u klientů/pacientů v nízkoprahových i léčebných zařízeních,
2. zjištění, zda se výskyt liší u respondentů podle typu zařízení/typu léčebné péče a podle typu užívané primární návykové látky.

Celý pilotní výzkum v rámci NÚDZ se nezaměřoval pouze na psychiatrickou symptomatologii, ale i na další charakteristiky souboru a na charakteristiky poskytované péče v rámci zařízení, nicméně ty nejsou popisovány v rámci disertační práce.

## **8.2. Hypotézy**

Předpokladem bylo, že se skupiny respondentů rozdělených podle typu zařízení i podle typu primární užívané návykové látky budou lišit. S tím, že uživatelé metamfetaminu budou vykazovat více psychiatrických symptomů a potíží než závislí na alkoholu a uživatelé opiátů. A dále, že nejvíce psychiatrických symptomů a potíží bude zjištěno u klientů kontaktních center oproti klientům či pacientům léčebných zařízení (substituční léčby, ambulantní i pobytové léčby). Níže jsou uvedeny základní hypotézy:

H1 – Závislí na metamfetaminu vykazují statisticky významně vyšší skóre v subškále Psychoticismus v dotazníku BSI 53 než závislí na ostatních návykových látkách.

H2 – Respondenti oslovení v nízkoprahových zařízeních závažnější úzkostně depresivní příznaky v dotazníku MHI 5 potíží než respondenti z jiných typů zařízení.

H3 – Mezi respondenty z různých typů péče existují rozdíly v závažnosti úzkostně depresivních příznaků dle dotazníku MHI 5.

H4 – Mezi respondenty rozdělenými do skupin podle primární užívané návykové látky v závažnosti úzkostně depresivních příznaků dle dotazníku MHI 5.

### **8.3. Výzkumný soubor**

Nábor klientů pro studii byl zahájen v červnu 2015 a ukončen na začátku roku 2017. První sběr dat probíhal v době zahájení léčby a dále po 3 a 12 měsících od prvního vyšetření (v nízkoprahových zařízeních se jednalo o klienty, kteří využívají poradenské intervence nad rámec anonymních harm reduction služeb). Návazné rozhovory (follow-up) probíhaly pak až do roku 2018. Předkládané údaje v této práci pochází z prvního vyšetření respondentů.

Celkový počet respondentů byl 165, z toho 96 mužů a 69 žen. Jednalo se o 38 osob z kontaktních center, 26 osob z ambulantních léčebných programů, 46 osob z programu substituční léčby závislosti na opiátech a 55 osob z psychiatrické pobytové léčby.

Základní deskripci souboru z hlediska pohlaví, věku, primární návykové látky a typu léčebného zařízení uvádí tabulky 3 až 6. V tabulce č. 3 je popsán výzkumný soubor s ohledem na pohlaví a typ léčebného zařízení, v němž byli osloveni. V tabulce č. 4 jsou respondenti rozděleni podle pohlaví a typu primární užívané návykové látky, tabulka č. 5 prezentuje údaje o tom, kolik respondentů s jakým druhem primární užívané látky pochází z jednotlivých typů zařízení. V tabulce č. 6 lze vidět dělení respondentů podle typu užívané látky a věkové kategorie.



Tabulka 3. Typ programu a respondenti podle pohlaví (n,%.)

		Pohlaví		
		<i>Muži</i> <i>n (%)</i>	<i>Ženy</i> <i>n (%)</i>	<i>Celkem</i> <i>n</i>
<b>Typ programu</b>	<i>kontaktní centra</i>	33 (86,8)	5 (13,2)	38
	<i>ambulantní programy</i>	13 (50,0)	13 (50,0)	26
	<i>substituční programy</i>	28 (60,9)	18 (39,1)	46
	<i>pobytová léčba</i>	22 (40,0)	33 (60,0)	55
<b>Celkem respondentů n (%)</b>		<b>96 (58,2)</b>	<b>69 (41,8)</b>	<b>165 (100)</b>

Co se týče primárně užívaných látek, tak jsou respondenti rozděleni do tří kategorií: (1) opioidy a kombinace opioidů s další návykovou látkou, (2) pervitin a kombinace pervitinu s další návykovou látkou, (3) alkohol a kombinace alkoholu s další návykovou látkou. Zejména u nelegálních drog bylo spíše výjimkou, pokud klient užíval výhradně jeden typ látky (např. pouze metamfetamin). Z tohoto důvodu jsou do kategorie „metamfetamin a kombinace s metamfetaminu s další návykovou látkou“ zařazeni respondenti, kteří jako primární drogu uvedli metamfetamin. Přesto užívání primární návykové látky vždy v počtech dní užívání jednoznačně převládalo nad ostatními případnými užívanými látkami. Obdobně jsme postupovali i u kategorií „alkohol a kombinace alkoholu s jinou návykovou látkou“ a „opioidy a kombinace opioidů s další návykovou látkou“. Tabulka s počty dnů užívání jednotlivých návykových látek v posledním měsíci je součástí dotazníku ASI Lite (jedná se o otázky v části Alkohol a drogy, D1. – D14).

Tabulka 4. Respondenti podle primární návykové látky a pohlaví (N, %).

		Pohlaví		
		<i>Muži</i> <i>n (%)</i>	<i>Ženy</i> <i>n (%)</i>	<i>Celkem</i> <i>n</i>
<b>Primární návyková látka</b>	<i>opiáty + kombinace</i>	41 (64,1)	23 (35,9)	64
	<i>pervitin + kombinace</i>	33 (67,3)	16 (32,7)	49
	<i>alkohol + kombinace</i>	22 (42,3)	30 (57,7)	52
<b>Celkem respondentů n (%)</b>		<b>96 (58,2)</b>	<b>69 (41,8)</b>	<b>165 (100)</b>

Tabulka 5. Respondenti podle typu programu a druhu užívané látky (N, %).

		Typ programu			
		<i>kontaktní centra</i> n (%)	<i>ambulantní programy</i> n (%)	<i>substituční programy</i> n (%)	<i>PL – lůžka</i> n (%)
<b>Primární návyková látka</b>	<i>opiáty + kombinace</i>	12 (18,8)	4 (6,3)	46 (71,9)	2 (3,1)
	<i>pervitin + kombinace</i>	25 (51,0)	19 (38,8)	0	5 (10,2)
	<i>alkohol + kombinace</i>	1 (1,9)	3 (5,8)	0	48 (92,3)

Tabulka 6. Respondenti podle typu užívané látky a věkové kategorie (N, %).

		Primární návyková látka			
		<i>opiáty + kombinace</i> n (%)	<i>pervitin + kombinace</i> n (%)	<i>alkohol + kombinace</i> n (%)	<i>Celkem</i> n (%)
<b>Věkové skupiny</b>	18 – 29 let	5 (7,8)	11 (22,4)	13 (25,0)	29 (17,6)
	30 – 39 let	41 (64,1)	24 (49,0)	19 (36,5)	84 (50,9)
	40 – 49 let	16 (25,0)	9 (18,4)	9 (17,3)	34 (20,6)
	50 let a více	2 (3,1)	5 (10,2)	11 (21,2)	18 (10,9)
<b>Průměrný věk respondentů (Std. Dev.)</b>		<b>37,4 (6,97)</b>	<b>36,9 (10,97)</b>	<b>39,2 (11,32)</b>	<b>37,8 (9,73)</b>

Do kategorie substituční léčba spadají logicky ovšem pouze uživatelé opiátů, v pobytové psychiatrické léčbě oproti tomu výrazně převažovali závislí na alkoholu, v kontaktních centrech se zase vyskytují téměř výhradně uživatelé nelegálních drog (metamfetaminu a opiátů). V ambulantní léčbě jsou zastoupeny všechny tři kategorie užívaných látek, na které se zaměřovala tato studie.

## 8.4. Průběh realizace studie

Nábor do studie prováděla jednotlivá zařízení dle svých obvyklých postupů pro indikaci a zahájení léčby. Rozhovory s klienty/pacienty vedli proškolení tazatelé (tazatelská skupina se skládala ze 7 osob). Všichni tazatelé byli vysokoškolsky vzdělaní odborníci se zkušeností s prací se závislými klienty/pacienty. Při zahájení studie byli proškoleni v použití nástrojů využívaných pro sběr dat, měli k dispozici výzkumný plán studie a pokyny pro vyplňování dotazníků a záznamových formulářů atd. V každém zařízení byla dále určena kontaktní osoba zodpovědná za realizaci studie v daném zařízení. Kontaktní osoba podle nastavení spolupráce v jednotlivém programu buď (1) zajistila vyplnění formuláře způsobilosti, informovaného souhlasu a kontaktního formuláře a předala je koordinátorovi studie nebo určenému tazateli nebo (2) zajistila (předběžný) souhlas vhodného klienta s účastí ve studii a předala jej k dalšímu dotazování tazateli. Tazatel kontaktoval klienta a pokud možno do 14 dní prováděl základní dotazování. Dále realizoval také follow-up dotazování po 3 a 12 měsících od vstupu do léčby. Při follow-up vyšetřeních byly rovněž shromažďovány informace od léčebného/poradenského zařízení (pokud byl klient/pacient stále v programu nebo v kontaktu s programem) o poskytnutých intervencích a terapii.

Spolupracující zařízení byla v Praze (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN, Progressive, o. p. s., DROP IN, o. p. s.), ve Středočeském kraji (Magdalena, o. p. s.), Jihomoravském kraji (Sdružení Podané ruce, o. p. s., Kolpingovo dílo, o. p. s.), Ústeckém kraji (Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z., DRUG OUT Klub, z. s.) a Jihočeském kraji (Psychiatrická nemocnice Červený Dvůr). Pro každý jednotlivý program byl určen cílový počet respondentů, a pokud to bylo relevantní, stanoveny orientační kvóty počtu uživatelů alkoholu, pervitinu a klientů v substituční léčbě.

Podrobnější popis jednotlivých zařízení:

- Klinika adiktologie 1. LF UK V Praze – pobytová léčba na psychiatrickém oddělení zaměřeném výhradně na léčbu závislosti
- Progressive, o.p.s. (Praha) – nízkoprahové kontaktní centrum
- DROP IN, o.p.s. (Praha) – nízkoprahové kontaktní centrum, metadonová substituční léčba závislosti na opiátech
- Magdalena, o.p.s. (Mělník) – adiktologická ambulance
- Podané ruce, o.p.s. (Brno) – ambulantní adiktologické programy, nízkoprahové kontaktní centrum, substituční léčba závislosti na opiátech

- *Kolpingovo dílo ČR – Terapeutická komunita (nebyla nakonec zahrnuta do pilotního výzkumu s ohledem na to, že většina klientů před nástupem do komunity absolvovala delší pobyt v jiném zařízení a jednalo se o dlouhodobě abstinující klienty, kteří vlastně nebyli na počátku léčby)*
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z. – adiktologická ambulance, substituční program, pobytová léčba na psychiatrickém oddělení
- DRUG – OUT club, z. s. – nízkoprahové kontaktní centrum, adiktologická ambulance
- Psychiatrická nemocnice Červený Dvůr – pobytová léčba v psychiatrickém zařízení zaměřeném výhradně na léčbu závislostí

**Pro vstup do studie museli účastníci splňovat následující kritéria:**

- Osoby vykazující problémy s užíváním návykové látky, které momentálně zahájily léčebnou epizodu (či začaly využívat poradenských služeb – v případě nízkoprahového programu) v zařízení, které se účastní studie.
- Schopnost účastnit se studie v celém trvání (tj. po dobu sledovaných 12 měsíců).
- Duševní způsobilost k poskytnutí informovaného souhlasu s účastí v této studii (tj. nemají závažné poškození kognitivních funkcí, mentální retardaci, závažné psychotické symptomy atd.) a schopnost spolupracovat při sběru dat – při rozhovoru a samostatném vyplňování dotazníku
- Věk 18 a více let.

Z důvodu nesplnění kritérií byli vyloučeni dva respondenti (oba z důvodu nástupu do výkonu trestu odnětí svobody). Někteří respondenti také po seznámení s informacemi pro účastníky výzkumu nakonec spolupráci odmítli, jednalo se o 4 respondenty. Jedna klientka nízkoprahového zařízení z důvodu akutní intoxikace nedokončila vstupní vyšetření a z výzkumu byla vyřazena.

## **8.5. Nástroje**

Data byla shromažďována prostřednictvím self-reportových dotazníků a v rámci semistrukturovaných rozhovorů se školeným tazatelem. Celá baterie dotazníků byla pilotně otestována v rámci tří pilotních rozhovorů s pacienty oddělení pro léčbu závislostí v Psychiatrické nemocnici Bohnice v květnu 2015. Byly využity standardizované nástroje

zaměřené na měření závažnosti závislosti a souvisejících potíží. Pouze v části zaměřené na předchozí léčbu závislosti a na zkušenost se substituční léčbou nebyl využit standardizovaný dotazník. Tento dotazník, zaměřený na kvantitativní sledování zkušenosti respondenta se substituční léčbou závislosti na opiátech, byl vytvořen pouze pro potřeby předkládané studie.

Dotazník pro klienta při základním dotazování se skládal z následujících částí:

- **Addiction Severity Index-Lite (ASI-Lite) – Index závažnosti závislosti – Lite verze (Kubička & Csémy, 1998; McLellan, Luborsky, Woody & O'Brien, 1980)**
- **Severity of Dependence Scale (SDS) – Škála závažnosti závislosti (Gossop et al., 1995)**
- Části týkající se symptomatologie somatické komorbidity, bydlení a zadluženosti z Maudsley Addiction Profile (MAP) (Marsden et al., 1998; Šefránek, 2014)
- Část týkající se rizikového chování z dotazníku pro séroprevalenční studie EMCDDA (Mravčík, Petrošová, Zábranský, Řehák & Coufalová, 2009).
- **Mental Health Inventory – 5 (MHI-5) – Index duševního zdraví (Berwick et al., 1991)**
- **Brief Symptom Inventory 53 (BSI 53) – Stručný inventář symptomů (Derogatis, 1993; Kabát et al., 2018)**
- **Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form – Dotazník kvality života a spokojenosti se životem (Q-LES-Q-SF) (Endicott, Nee, Harrison & Blumenthal, 1993; Kolektiv autorů, 2003)**
- **Circumstances, Motivation, and Readiness scales for substance abuse treatment (CMR) – Okolnosti, motivace a připravenost k léčbě (De Leon, Melnick & Kressel, 1997; Horák & Somerlíková, 2017)**
- Část týkající se zkušeností s předchozí léčbou závislosti a část týkající se pouze substituční léčby a nastavení dávky

**V rámci sledování psychického stavu a psychiatrické symptomatologie jsou pro potřeby této práce zohledňovány výsledky ve zvýrazněných dotaznících (podrobnější popis nástrojů viz kapitoly 8.4.1 – 8.4.4). Znění dotazníků pro základní vyšetření je v příloze č. 2.**

### **Dotazník pro klienta při follow-up vyšetřeních**

Dotazník pro klienta při follow-up vyšetřeních využívá stejných nástrojů, zaměřených ovšem pouze na období od posledního rozhovoru. Navíc jsou přidány dva nástroje, a to Dotazník o podstoupené terapii (Treatment services review – TSR) (McLellan, Alterman, Cacciola, Metzger & O'Brien, 1992) a Dotazník spokojenosti klienta (Treatment perceptions questionnaire – TPQ) (Marsden et al., 2000). Dále je sledováno setrvání v léčbě a případné důvody a okolnosti ukončení léčby.

Vyplnění základního dotazníku trvá přibližně 90 minut, dotazník pro follow-up sledování přibližně 60 minut. Při follow-up vyšetřeních se rovněž shromažďovaly informace od léčebného/poradenského zařízení (pokud byl klient/pacient stále účasten v programu nebo v kontaktu s programem) o poskytnutých intervencích a terapii (včetně psychofarmakoterapie). Údaje z follow-up vyšetření nejsou prezentovány v rámci této práce.

#### **8.5.1. Addiction Severity Index-Lite (ASI-Lite) – Index závažnosti závislosti – verze Lite**

Dotazník Addiction Severity Index – Lite version (ASI Lite) je zkrácená verze dotazníku Addiction Severity Index (ASI), resp. v ČR již validizovaného Evropského indexu závažnosti návykového chování EuropASI (Kubička & Csémy, 1998; McLellan et al., 1980). ASI Lite je semistrukturovaný nástroj, který se používá v rámci rozhovoru respondenta s tazatelem. Umožňuje posoudit u osob s návykovými poruchami jejich problémy v sedmi životních oblastech: zdraví, zaměstnání, užívání alkoholu, užívání nealkoholových drog, dodržování zákona, rodina a psychické zdraví. Každá oblast je pokryta více položkami a pro každou je možné spočítat tzv. kompozitní skór nabývající hodnot od 0 do 1. Na základě hodnot kompozitních skórů lze porovnávat závažnost problémů v jednotlivých životních oblastech. V rámci ASI jsou získávány údaje nejen o celoživotní prevalenci případných potíží, ale i údaje o výskytu obtíží v posledních 30 dnech. ASI Lite obsahuje o 22 otázek méně než originální ASI, jeho vyplnění zabere cca 30 minut (Cacciola, Alterman, McLellan, Lin & Lynch, 2007). Je využíváný jak v klinické, tak výzkumné praxi. V ČR byl již využit např. ve studii s uživateli heroínu a metamfetaminu (Csémy et al., 2012).

### **8.5.2. Mental Health Inventory 5 (MHI-5) – Inventář duševního zdraví**

Screeningová škála Mental Health Inventory (MHI-5) (Berwick et al., 1991; Kelly, Dunstan, Lloyd & Fone, 2008) je hojně využívaný nástroj pro zhodnocení případných potíží v oblasti duševního zdraví. Jedná se o pětipoložkový dotazník (viz příloha č. 2 – Dotazník pro samostatné vyplnění). Je zaměřen na odhalení míry úzkosti (dvě otázky) a depresivity (tři otázky). Výsledkem je součtová škála nabývající hodnot od 5 do 25, přičemž čím vyšší hodnoty respondent dosahuje, tím lepšímu duševnímu zdraví se těší. Jde o zkrácenou podobu dotazníku MHI, který je součástí the Medical Outcomes Study (MOS) Short Form Health Survey, a zároveň vychází z dotazníku SF-36 měřící obecné fungování (functional status), životní pohodu (well-being) a vnímání celkového zdraví (general health perception) (Prajsová, Chomynová, Dvořáková, Příhodová & Csémy, 2018).

V případě, že respondent dosáhne 15 a více bodů, jedná se o dobré duševní zdraví bez vážných známek deprese a úzkosti. Pokud dosáhne 13–14 bodů, je u něj zvýšená přítomnost úzkostně depresivních příznaků, při dosažení 12 a méně bodů je vysoká pravděpodobnost poruchy duševního zdraví. V obecné populaci je výskyt zvýšené přítomnosti úzkostně depresivních příznaků zaznamenán u 4,3 % obyvatel a vysoká pravděpodobnost poruchy duševního zdraví u 4,5 % obyvatel.

V ČR byl využit např. v rámci Národního výzkumu užívání návykových látek v r. 2012 (Chomynová, 2013) nebo ve studii ESPAD, která probíhá na populaci šestnáctiletých studentů v evropských zemích. Šetření probíhá ve všech zúčastněných státech podle jednotné metodologie s cílem získat mezinárodně srovnatelná data. Dotazník je tvořen otázkami, které povinně zařazuje každá účastnická země a které jsou zaměřeny na kouření, konzumaci alkoholu a zkušenosti s užíváním nelegálních drog. Nicméně k dotazníku ve studii ESPAD je možné přidat doplňující otázky relevantní daným zemím. V ČR šlo v roce 2015 právě o modul zjišťující duševní pohodu (MHI 5) a otázky týkající se suicidálního chování (Prajsová et al., 2018).

### **8.5.3. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form (Q-LES-Q-SF) – Kvalita života a spokojenost se životem**

Originální dotazník Quality of Life Satisfaction and Enjoyment Questionnaire (Q-LES-Q) má 93 otázek rozdělených do 8 domén, odpovědi jsou na pětibodové Likertově škále. Obvykle jej klient vyplňuje sám, případně s pomocí tazatele (Endicott et al., 1993). Krátká verze (Q-LES-Q-SF) se skládá ze 14 otázek v dimenzích (1) fyzické zdraví, (2) nálada, (3)

práce, (4) domácnost, (5) sociální vztahy, (6) rodinné vztahy, (7) volnočasové aktivity, (8) fungování v běžném životě, (9) sexuální výkon, chuť, zájem o sex, (10) ekonomická situace, (11) situace ohledně bydlení, (12) pohyb bez pocitů závratí a pádů, (13) zrak v souvislosti s výkonem práce a koníčků, (14) pocíťovaná životní pohoda („*wellbeing*“). Respondent se vyjadřuje na škále 1 – 5 (velmi nespokojen – velmi spokojen). Dotazník se široce používá v klinické praxi (byl využit např. pro studie s pacienty s ADHD, s úzkostnými stavy i s uživateli návykových látek) a je doporučován jako reliabilní a validní nástroj pro hodnocení kvality života (Kožený, Tišanská, Bednařík & Hoschl, 2019). V ČR byl využit např. ve studii COSMOS, která se zaměřovala na komorbiditu u pacientů v ambulantní psychiatrické péči (Kohútová et al., 2018).

### **8.5.3. Brief Symptom Inventory 53 (BSI-53) – Stručný inventář symptomů**

Dotazník Brief Symptom Inventory je zaměřený na psychiatrickou symptomatologii, jedná se o screeningový nástroj o 53 otázkách. Symptomy jsou hodnoceny v 9 kategoriích (somatizace, obsese-kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, úzkost, hostilita, fobická úzkost, paranoidní myšlení a psychoticismus). Všechny položky jsou hodnoceny na pětibodové škále Likertova typu 0 až 4 (od „vůbec ne“ po „velmi silně“). Respondent popisuje výskyt symptomu v posledních čtyřech týdnech. Hodnota symptomových dimenzí jednotlivého případu se vypočítá ze součtu bodů, dosažených v položkách příslušných k určité dimenzi, děleného počtem položek v dimenzi. Součástí dotazníku jsou čtyři nezařazené položky zaměřené na chuť k jídlu, spánek, přemýšlení o smrti a pocíťování viny. Kromě výše popsaných dimenzí lze z BSI-53 získat globální ukazatel závažnosti příznaků (GSI, Global Severity Index), který vyjadřuje celkovou míru závažnosti a je považován za nejlepší obecný ukazatel současného psychického stavu jedince. Silnou psychometrickou vlastností BSI 53 je jeho konvergentní validita s jinými klinickými nástroji k hodnocení psychopatologie (Kabát et al., 2018). Dotazník byl vyvinut z SCL 90 jako jeho kratší verze (Derogatis, 1993; Derogatis & Melisaratos, 1983).

Pro dotazník Brief Symptom Inventory jsou nyní čerstvě k dispozici české normy, v roce 2016 byl dotazník BSI 53 zařazen do české celopopulační studie Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života (1 841 respondentů), na základě něž byly definovány normy platné pro českou obecnou populaci. Výzkum byl proveden agenturou INRES SONES pro Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL, 2017).



Zároveň byl dotazník v tomtéž období zařazen do studie, díky níž byly normy pro BSI pro českou populaci definovány na vzorku 1 800 respondentů a publikovány (Kabát et al., 2018). Normy získané ze studie SUKL (2017) se neliší od norem definovaných posledním publikovaným výzkumem.

## 9. Výsledky

Od července 2015 do začátku roku 2017 se podařilo získat v rámci základního dotazování data od 165 respondentů (popis výzkumného souboru viz kapitola 8.3).

V následujících kapitolách jsou uvedeny základní deskriptivní statistické údaje. Data byla zpracovávána ve statistickém programu SPSS (verze 23.0). Kromě základní deskriptivní statistiky souboru byly rovněž otestovány rozdíly v průměrném skóru v jednotlivých dimenzích dotazníku BSI, MHI 5, Q-LES a ve výsledcích dotazníku ASI Lite (části zaměřené na psychické zdraví) mezi dílčími skupinami respondentů (respondenti rozdělení podle typu primární návykové látky a podle typu zařízení, v němž byli osloveni). Byly testovány za pomoci  $\chi^2$  testu dobré shody na pětiprocentní hladině významnosti. Z důvodu nenormálního rozložení a malého počtu respondentů v jednotlivých skupinách byly analýzy provedeny za pomoci neparametrických testů (Kruskal Wallis Test a Wilcoxon Signed Ranks Test).

### 9.2. Výsledky z části dotazníku Addiction Severity Index Lite zaměřené na psychický stav

Z dotazníku ASI Lite byla pro potřeby této práce vybrána část zaměřená na psychické potíže a zkušenosti s psychiatrickou péčí. Jednalo se o otázky P1 – P11 v dotazníku, který vyplňoval respondent s tazatelem (viz příloha č. 2).

V otázkách P1. až P3. byli respondenti dotazováni na předchozí zkušenosti s psychiatrickou léčbou a na to, zda jsou v invalidním důchodu pro psychiatrickou diagnózu. Významná část z nich se v minulosti léčila pro psychické potíže nesouvisející přímo s užíváním návykových látek, ať již v ústavní nebo ambulantní péči. Pro psychické problémy jiné než užívání/závislost na návykových látkách bylo někdy v životě hospitalizováno 22 % respondentů (téměř polovina z nich opakovaně), v ambulantní psychiatrické péči bylo 29 % respondentů (čtvrtina z nich opakovaně). Invalidní důchod kvůli psychiatrické diagnóze měli 4 respondenti.

Dále byla v otázkách P4. až P10. dotazníku ASI Lite sledována přítomnost psychiatrické symptomatologie. O otázek P4. až P7. byli respondenti dotazováni na depresivní stavy, úzkostné stavy, halucinace a kognitivní potíže (potíže s pamětí, soustředěním, chápáním), které se u nich objevily, aniž by byly vyvolány užitím návykové látky nebo odvykacím stavem. U otázek P8. až P10. se mohlo jednat i o stavy, které vznikly v souvislosti s užitím návykové látky nebo odvykacím stavem, jednalo se o potíže s ovládním (záchvaty zuřivosti, násilí), myšlenky na sebevraždu a pokusy o sebevraždu.

Rozdíly mezi jednotlivými skupinami respondentů (podle typu primární návykové látky a podle typu zařízení) byly testovány za pomoci  $\chi^2$  testu dobré shody na pětiprocentní hladině významnosti. **Rozdíly ve skupinách podle typu zařízení nebyly zjištěny, rozdíly ve skupinách podle typu návykové látky byly zjištěny u dvou otázek.**

Jednalo se o otázku P9 - **myšlenky na sebevraždu** někdy v průběhu života ( $\chi^2 = 6,147$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,046$ ), síla účinku měřená koeficientem  $\eta^2$  je 0,194, tj. malá věcná významnost. Výrazně méně trpí myšlenkami na sebevraždu uživatelé opiátů než ostatní skupiny. Další rozdíl byl otázky P11 – **předepsané léky na psychické potíže** někdy v průběhu života ( $\chi^2 = 7,858$ ;  $df = 2$ ,  $p < 0,020$ ), koeficient  $\eta^2 = 0,220$ . tj. malá věcná významnost. Výrazně méně často měli předepsané léky na psychické potíže uživatelé opiátů oproti ostatním skupinám, závislí na alkoholu měli léky na psychické potíže předepsané nejčastěji.

V níže uvedených tabulkách jsou popsány počty, resp. podíly respondentů, kteří uvedli, že mají psychické potíže, na které byli dotázáni v rámci otázek P4. až P11. dotazníku ASI Lite.

Tabulka 7. Výskyt závažných depresivních stavů u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P4. ASI Lite.

Deprese	Primární návyková látka			
	<i>opiáty + kombinace</i> n=64, (%)	<i>pervitin + kombinace</i> n=49, (%)	<i>alkohol + kombinace</i> n=52, (%)	<i>Celkem</i> n (%)
<i>celoživotně</i>	34 (54)	31 (63,3)	32 (61,5)	97 (59)
<i>v posledních 30 dnech</i>	19 (30,2)	16 (32,7)	18 (35,5)	53 (32,5)

Tabulka 8. Výskyt úzkostných stavů u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P5. ASI Lite.

Úzkost	Primární návyková látka			
	<i>opiáty + kombinace</i> n=64, (%)	<i>pervitin + kombinace</i> n=49, (%)	<i>alkohol + kombinace</i> n=52, (%)	<i>Celkem</i> n (%)
<i>celoživotně</i>	32 (50,8)	25 (51)	30 (57,7)	87 (53)
<i>v posledních 30 dnech</i>	20 (31,7)	15 (32,7)	18 (35,5)	53 (32,5)

Tabulka 9. Výskyt halucinací bez ovlivnění návykovou látkou u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P6. ASI Lite.

Halucinace	Primární návyková látka			
	<i>opiáty + kombinace</i> n=64, (%)	<i>pervitin + kombinace</i> n=49, (%)	<i>alkohol + kombinace</i> n=52, (%)	<i>Celkem</i> n (%)
<i>celoživotně</i>	8 (12,7)	8 (16,3)	7 (13,5)	23 (14)
<i>v posledních 30 dnech</i>	2 (3,2)	3 (6,3)	3 (6)	8 (5)

Tabulka 10. Kognitivní potíže bez ovlivnění návykovou látkou u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P7. ASI Lite.

Kognitivní potíže	Primární návyková látka			
	<i>opiáty + kombinace</i> n=64, (%)	<i>pervitin + kombinace</i> n=49, (%)	<i>alkohol + kombinace</i> n=52, (%)	<i>Celkem</i> n (%)
<i>celoživotně</i>	24 (38,1)	18 (37,5)	18 (35,3)	60 (37)
<i>v posledních 30 dnech</i>	12 (19)	16 (33,3)	8 (16)	36 (22,4)

Tabulka 11. Potíže s ovládním (epizody zuřivosti, násilí) u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P8. ASI Lite.

Potíže s ovládním, zuřivost	Primární návyková látka			
	<i>opiáty + kombinace</i> n=64, (%)	<i>pervitin + kombinace</i> n=49, (%)	<i>alkohol + kombinace</i> n=52, (%)	<i>Celkem</i> n (%)
<i>celoživotně</i>	22 (34,9)	24 (49)	23 (44,2)	69 (42,1)
<i>v posledních 30 dnech</i>	8 (12,7)	8 (16,3)	10 (20)	26 (16)

Tabulka 12. Četnost myšlenek na sebevraždu u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P9. ASI Lite.

Myšlenky na sebevraždu:	Primární návyková látka			
	<i>opiáty + kombinace</i> n=64, (%)	<i>pervitin + kombinace</i> n=49, (%)	<i>alkohol + kombinace</i> n=52, (%)	<i>Celkem</i> n (%)
<i>celoživotně</i>	20 (31,7)	25 (51,0)	27 (51,9)	72 (43,9)
<i>v posledních 30 dnech</i>	5 (7,9)	7 (14,3)	10 (19,6)	22 (13,5)

Tabulka 13. Četnost pokusů o sebevraždu u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P10. ASI Lite.

Pokusy o sebevraždu:	Primární návyková látka			
	<i>opiáty + kombinace</i> n=64, (%)	<i>pervitin + kombinace</i> n=49, (%)	<i>alkohol + kombinace</i> n=52, (%)	<i>Celkem</i> n (%)
<i>celoživotně</i>	8 (12,7)	13 (26,5)	12 (23,1)	33 (20,1)
<i>v posledních 30 dnech</i>	0	3 (6,3)	2 (3,8)	5 (3,1)

Tabulka 14. Počet respondentů ve skupinách dle primární návykové látky, kteří měli předepsané léky pro psychické potíže (N, %), otázka P11 ASI Lite.

Předepsané léky:	Primární návyková látka			
	<i>opiáty + kombinace</i> n=64, (%)	<i>pervitin + kombinace</i> n=49, (%)	<i>alkohol + kombinace</i> n=52, (%)	<i>Celkem</i> n (%)
<i>celoživotně</i>	14 (22,6)	20 (41,7)	24 (46,2)	58 (35,8)
<i>v posledních 30 dnech</i>	7 (11,3)	4 (8,3)	23 (44,2)	34 (21,0)

V dotazníku ASI Lite jsou v závěru části zaměřené na psychický stav respondenti dotazováni na počet dní v posledních 30 dnech, kdy zažívali závažné psychické potíže. Polovina respondentů uvedla, že v posledních 30 dnech nepocítovali žádné psychické potíže, 13 % z nich uvedlo, že zažívalo závažné duševní obtíže po celých 30 dní.

Tabulka 15. Počet dní se závažnými psychickými potížemi v posledních 30 dnech (N, %), otázka P12. dotazníku ASI Lite.

Počet dní se závažnými psychickými potížemi v posledních 30 dnech			
<i>0 dní</i>	<i>1 – 10 dní</i>	<i>11 – 20 dní</i>	<i>21 – 30 dní</i>
N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
82 (53,2)	36 (23,4)	15 (9,7)	21 (13,6)

Dále respondenti hodnotili závažnost pocítovaných psychických potíží a potřebu odborné pomoci v tomto ohledu (otázky P13. a P14). V obou otázkách byla část respondentů, kteří odpověď neuvedli, odpovědělo 157 účastníků z celkového počtu 165. Viz Tabulka 16.

Tabulka 16. Udávaná závažnost psychických potíží a potřeby odborné pomoci (N, %), otázky P13. a P14. dotazníku ASI Lite.

	Udávaná závažnost potíží a potřeby odborné pomoci				
	<i>Vůbec ne</i>	<i>Trochu</i>	<i>Dosti</i>	<i>Značně</i>	<i>Mimořádně silně</i>
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<i>Závažnost psychických potíží</i>	79 (50,6)	14 (9)	18 (11,5)	25 (16)	20 (12,8)
<i>Potřeba odborné pomoci</i>	80 (50)	16 (10,2)	11 (7)	21 (13,4)	29 (18,5)

Polovina respondentů tedy udává, že nemá psychické potíže a nepocítuje tudíž potřebu odborné pomoci, na druhé straně jich 40 % zmiňuje přítomnost psychických stavů, které je obtěžují (pocítované jako „dosti“ až „mimořádně silně“). Potřebu odborné pomoci vyjadřuje polovina respondentů, přičemž 40 % ji pocítuje „dosti“ až „mimořádně silně“.

### 9.3. Výsledky dotazníku Mental Health Inventory 5 - MHI 5

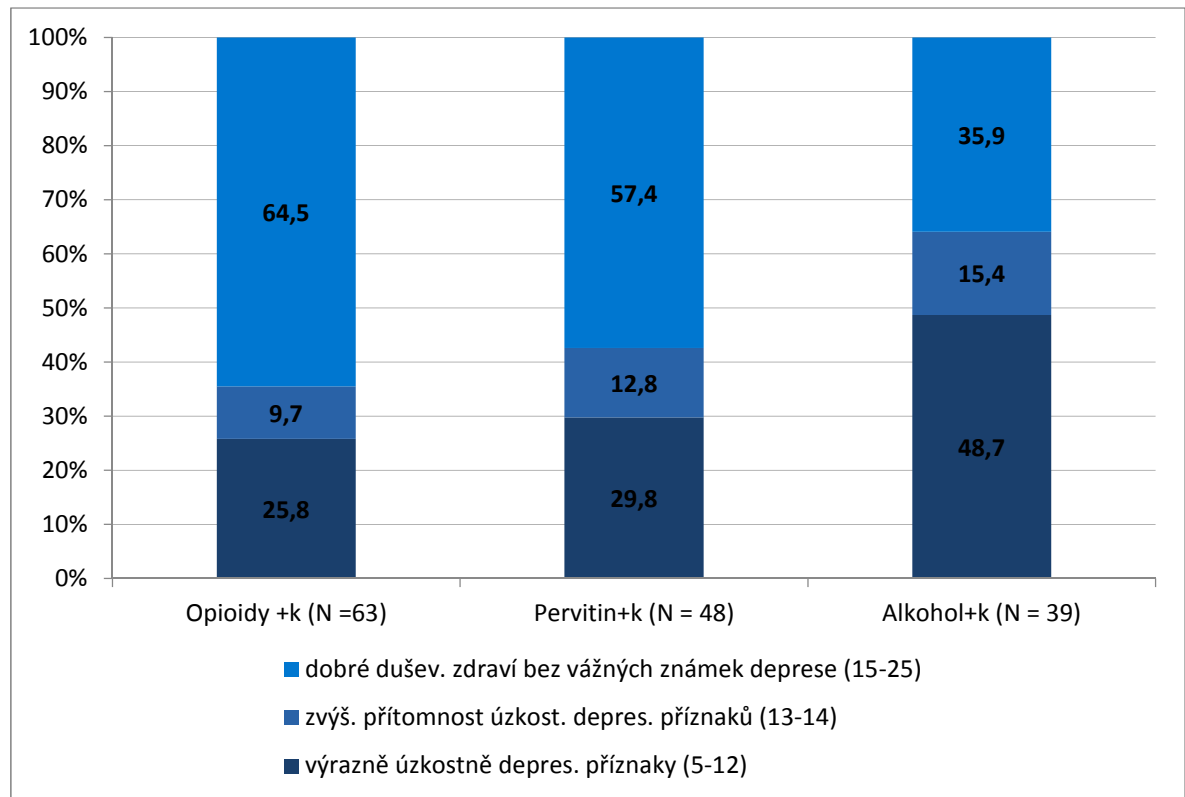
V rámci testové baterie byl také využit dotazník Mental Health Inventory 5 - MHI 5, krátký test o pěti položkách, který je zaměřen na screeningové posouzení psychického stavu respondentů. Sledována je míra depresivních a úzkostných příznaků.

V Grafu 5. jsou zobrazeny výsledky dotazníku u respondentů rozdělených podle typu primární užívané návykové látky. U respondentů ze skupiny se závislostí na alkoholu bylo 48,7 % těch, kteří vykazovali výrazně anxiózní a depresivní příznaky a 15,4 % těch, kteří vykazovali zvýšenou přítomnost úzkostných a depresivních příznaků. Podle screeningového dotazníku MHI 5 jich pouze 35,9 % vykazovalo známky dobrého duševního zdraví, přičemž u uživatelů opiátů a metamfetaminu bylo v této kategorii 64,5 %, resp. 57,4 % respondentů.

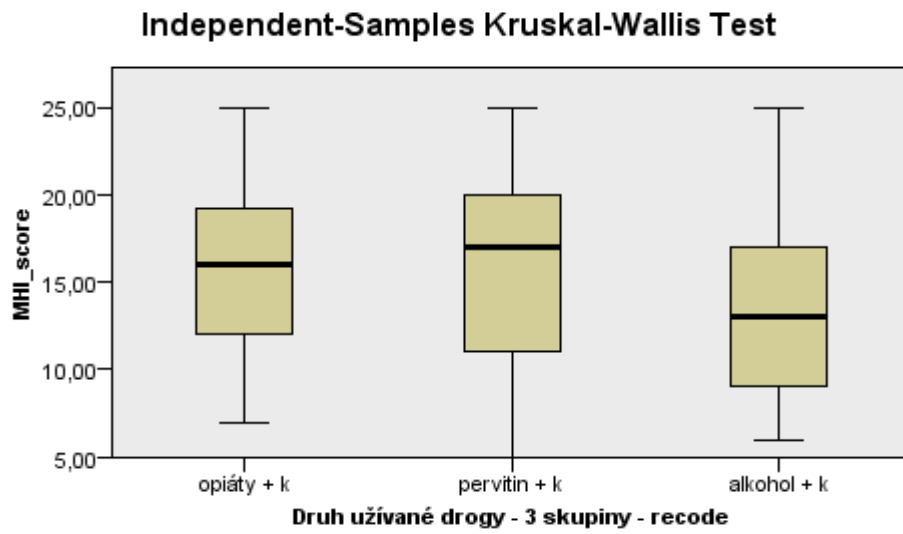
K testování rozdílů mezi skupinami byl použit neparametrický Kruskal-Wallis test (viz graf a tabulka I). Při srovnání skupin podle jednotlivých primárních návykových látek je zde patrný statisticky významný rozdíl ( $\chi^2 = 7,607$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,022$ ). Síla účinku naměřeného rozdílu -koeficient  $\eta^2$  je 0,050, což poukazuje na malý efekt. **Rozdíl byl zejména mezi klienty se závislostí na alkoholu oproti ostatním skupinám.** Závislí na alkoholu mají v dotazníku nízké skóry (tj. vyšší závažnost psychických potíží), u uživatelů opiátů a

metamfetaminu jsou skóry vyšší a mezi těmito dvěma skupinami nebyl nalezen statisticky ani věcně významný rozdíl (blíže viz graf a tabulka).

Graf 5. Výsledky dotazníku MHI 5 u respondentů podle typu primární užívané látky



Graf 6. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) MHI 5 podle typu primární návykové látky



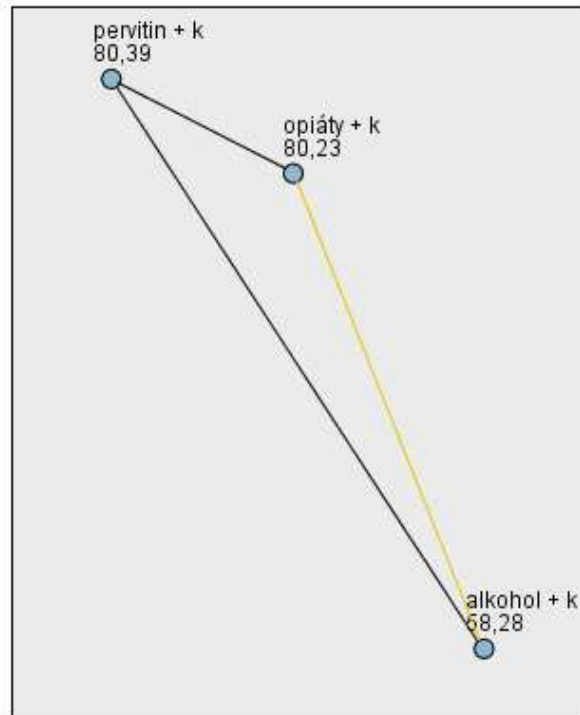
<b>Total N</b>	148
<b>Test Statistic</b>	7,607
<b>Degrees of Freedom</b>	2
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,022

1. The test statistic is adjusted for ties.



Graf 7. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test MHI 5 podle typu primární návykové látky

### Pairwise Comparisons of Druh užívané drogy - 3 skupiny - recode



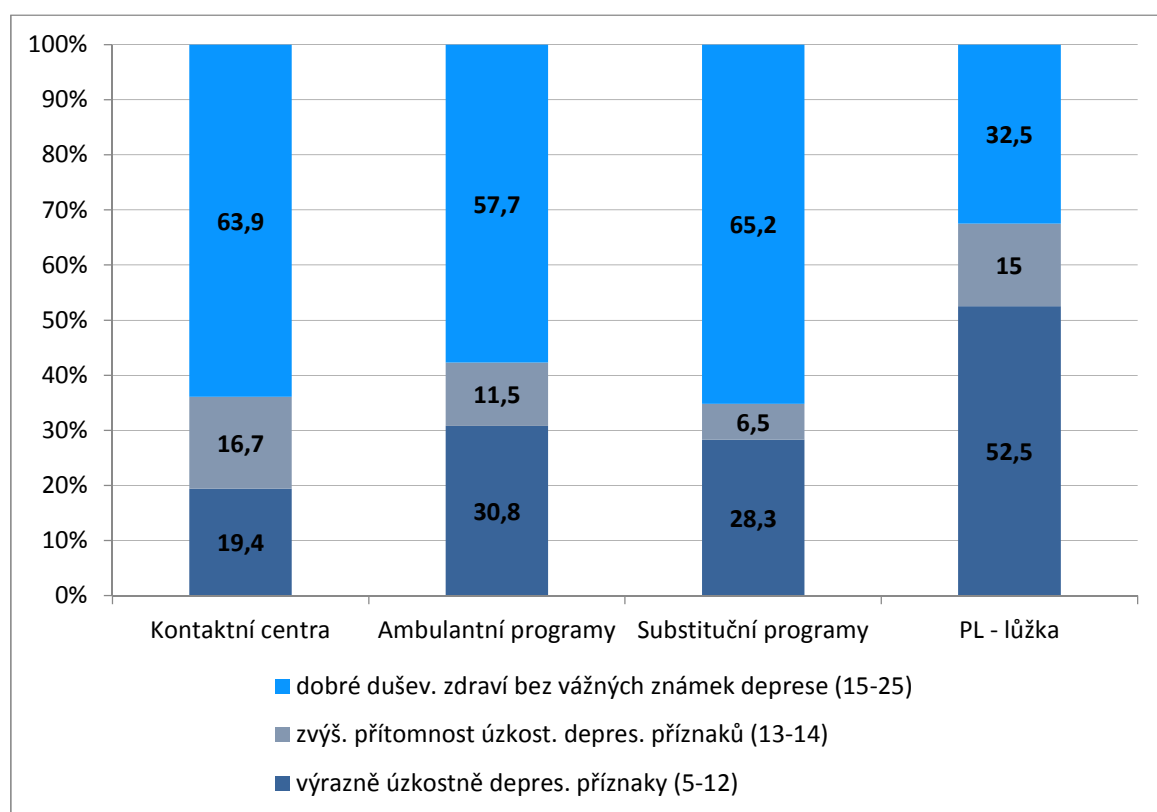
Each node shows the sample average rank of Druh užívané drogy - 3 skupiny - recode.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
alkohol + k-opiáty + k	21,952	8,746	2,510	,012	,036
alkohol + k-pervitin + k	22,112	9,269	2,386	,017	,051
opiáty + k -pervitin + k	-,160	8,276	-,019	,985	1,000

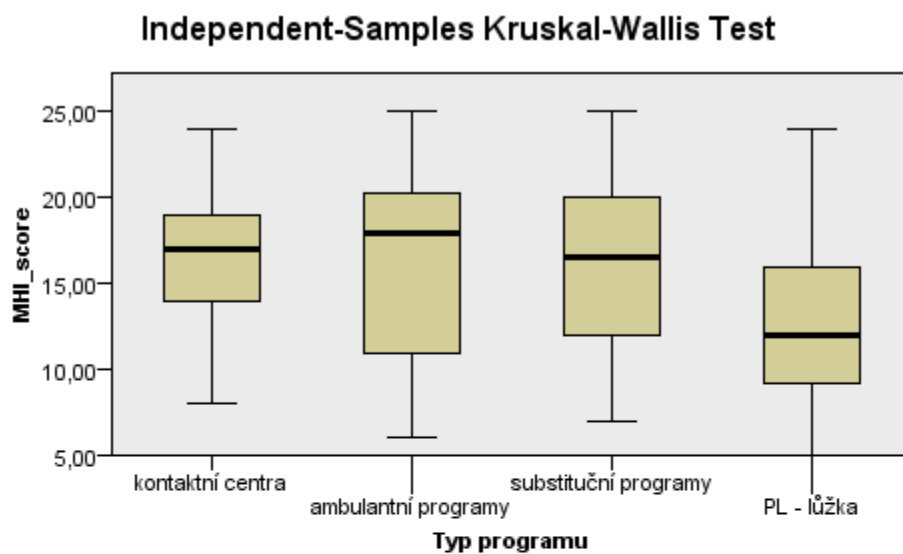
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

V grafu 8. jsou zobrazeny výsledky dotazníku u respondentů rozdělených podle typu léčebného zařízení, v němž byli kontaktováni. Z respondentů ze skupiny, která byla oslovena v pobytové psychiatrické léčbě, bylo 52,5 % těch, kteří vykazovali výrazně anxiózní a depresivní příznaky a 15 % těch, kteří vykazovali zvýšenou přítomnost úzkostných a depresivních příznaků. Podle MHI 5 jich pouze 32,5 % vykazovalo známky dobrého duševního zdraví, zatímco u respondentů z ostatních zařízení se v této kategorii pohybovalo 57,7 – 65,2 % respondentů.

Graf 8. Výsledky dotazníku MHI 5 u respondentů podle typu léčebného zařízení.



Graf 9. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) MHI 5 podle typu léčebného zařízení

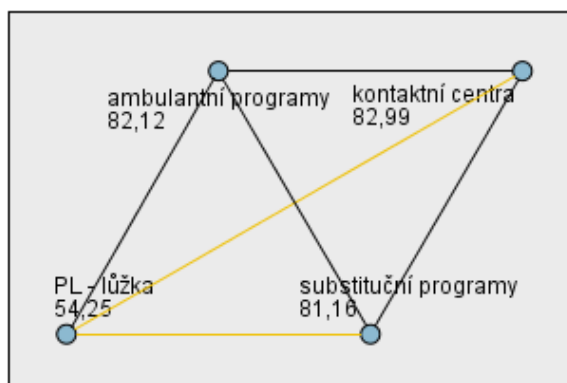


<b>Total N</b>	148
<b>Test Statistic</b>	12,312
<b>Degrees of Freedom</b>	3
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,006

1. The test statistic is adjusted for ties.

Graf 10. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test MHI 5 podle typu léčebného zařízení

### Pairwise Comparisons of Typ programu



Each node shows the sample average rank of Typ programu.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
PL - lůžka-substituční programy	26,913	9,251	2,909	,004	,022
PL - lůžka-ambulantní programy	27,865	10,780	2,585	,010	,058
PL - lůžka-kontaktní centra	28,736	9,831	2,923	,003	,021
substituční programy-ambulantní programy	,952	10,499	,091	,928	1,000
substituční programy-kontaktní centra	1,823	9,522	,191	,848	1,000
ambulantní programy-kontaktní centra	,871	11,013	,079	,937	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

Při porovnání skupiny podle jednotlivých zařízení zde byl nalezen statisticky významný rozdíl ( $\chi^2 = 11,938$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,008$ ). Síla účinku tohoto rozdílu vyjádřená koeficientem  $\eta^2$  je 0,086, což znamená střední efekt. **Byl zde zjištěn rozdíl zejména u klientů lůžkových zařízení oproti všem ostatním skupinám.** Vykazují nejnižší skóry (tj. nejvyšší závažnost příznaků), ostatní tři skupiny mají skóry vyšší a ve všech třech zbylých skupinách vycházejí hodnoty obdobně. Výrazně se tedy liší jen hodnoty u pacientů lůžkových zařízení (blíže viz grafy včetně tabulek 9 a 10).

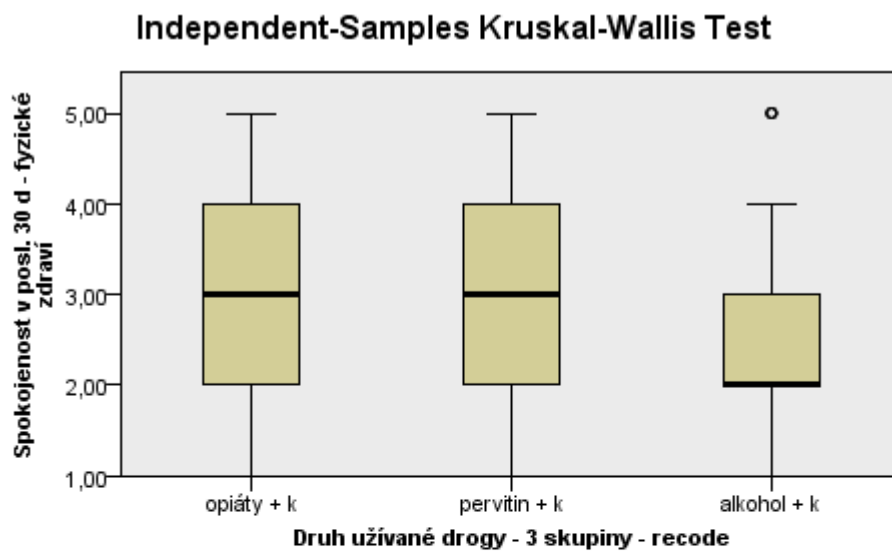
## 9.4. Výsledky dotazníku Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form (Q-LES-Q-SF)

Dotazník kvality života a spokojenosti se životem – krátká verze (Q-LES-Q-SF) slouží ke zhodnocení spokojenosti respondentů v základních oblastech života (podrobnější popis dotazníku viz kapitola 8.4.4.).

K testování rozdílů mezi skupinami byl opět vzhledem k charakteru proměnných použit neparametrický Kruskal-Wallis test. Při porovnání skupin respondentů podle typu užívané návykové látky byly nalezeny rozdíly ve dvou dimenzích. Jednalo se o dimenzi **fyzické zdraví** ( $\chi^2 = 6,731$ ;  $df = 2$ ;  $p \text{ value} < 0,035$ ). Věcná významnost měřená koeficientem  $\eta^2$  je 0,042, což značí malý efekt. Dále byl nalezen rozdíl v dimenzi **nálada** ( $\chi^2 = 6,670$ ;  $df = 2$ ;  $p \text{ value} < 0,036$ ). Koeficient  $\eta^2$  je 0,037, tedy opět malý efekt. **Nejlépe své fyzické zdraví posuzují uživatelé metamfetaminu, nejhůře uživatelé alkoholu. U nálady jsou na tom nejhůř opět uživatelé alkoholu**, ostatní skupiny jsou podobné (blíže viz graf včetně tabulky 11 – 14).

Při zjišťování rozdílů mezi skupinami podle jednotlivých zařízení byly nalezeny rozdíly v pěti dimenzích, a to **nálada, volnočasové aktivity, fungování v běžném životě, pohyb bez závratí a wellbeing**. U dimenze nálada ( $\chi^2 = 8,265$ ;  $df = 3$ ;  $p \text{ value} < 0,041$ ) je koeficient  $\eta^2$  0,049, rozdíl tedy vykazuje malý efekt účinku. U dimenze volnočasové aktivity ( $\chi^2 = 9,077$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,028$ ) koeficient  $\eta^2$  je 0,064, tedy se středním efektem. U dimenze fungování v běžném životě ( $\chi^2 = 9,101$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,028$ ) je koeficient  $\eta^2$  0,061, opět se středním efektem účinku. U dimenze pohyb bez závratí a pádů ( $\chi^2 = 7,965$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,047$ ) vykazuje tento rozdíl efekt účinku měřený koeficientem  $\eta^2$  0,032 malý efekt. U dimenze wellbeing ( $\chi^2 = 8,219$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,042$ ) je věcná významnost tohoto rozdílu měřená koeficientem  $\eta^2$  0,056 (malý efekt). **Nejnižší hodnoty (tedy nejvyšší spokojenost se životem) vykazují respondenti v ambulantní péči, nejvyšší hodnoty (nejnižší spokojenost se životem) pacienti v pobytové léčbě**. Pouze u dimenze pohyb bez závratí jsou na tom obdobně pacienti v pobytové léčbě i klienti kontaktních center. Post hoc analýzy byly provedeny, pro přehlednost však nejsou již jejich grafy a tabulky uváděny v rámci disertační práce, výsledky má autorka k dispozici.

Graf 11. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) Spokojenost s fyzickým zdravím dle typu užívané drogy

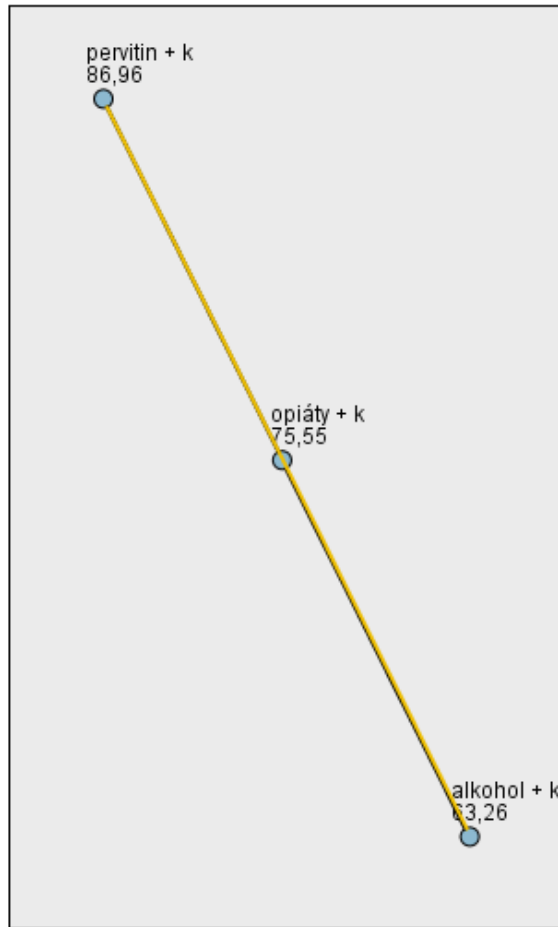


<b>Total N</b>	151
<b>Test Statistic</b>	6,731
<b>Degrees of Freedom</b>	2
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,035

1. The test statistic is adjusted for ties.

Graf 12. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test Spokojenosti s fyzickým zdravím podle návykové látky

### Pairwise Comparisons of Druh užívané drogy - 3 skupiny - recode

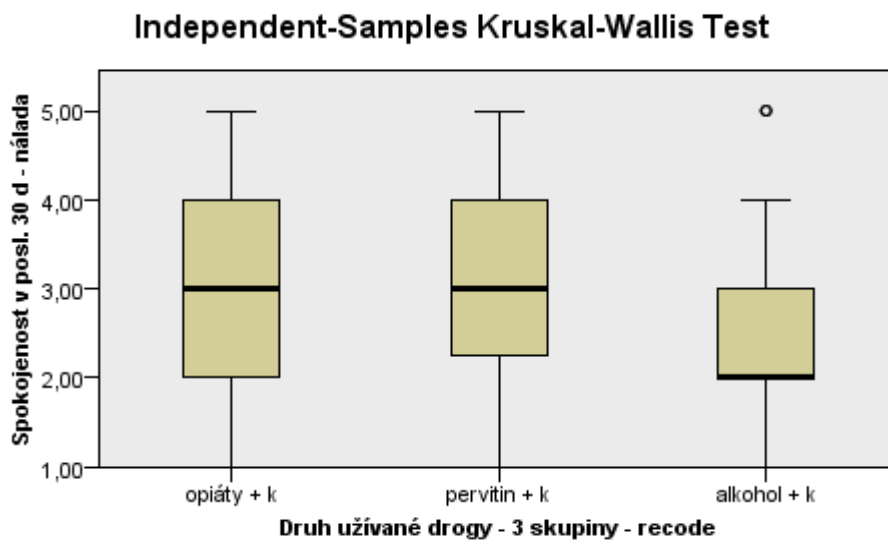


Each node shows the sample average rank of Druh užívané drogy - 3 skupiny - recode.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
alkohol + k-opiáty + k	12,290	8,617	1,426	,154	,461
alkohol + k-pervitin + k	23,702	9,144	2,592	,010	,029
opiáty + k -pervitin + k	-11,411	8,099	-1,409	,159	,477

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

Graf 13. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) Spokojenost s náladou dle typu užívané drogy



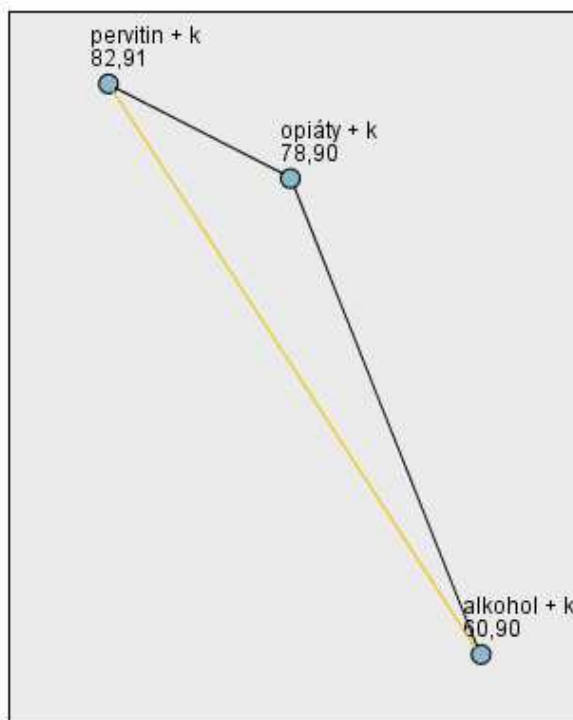
<b>Total N</b>	150
<b>Test Statistic</b>	6,670
<b>Degrees of Freedom</b>	2
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,036

1. The test statistic is adjusted for ties.



Graf 14. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test Spokojenosti s náladou podle typu primární návykové látky

### Pairwise Comparisons of Druh užívané drogy - 3 skupiny - recode



Each node shows the sample average rank of Druh užívané drogy - 3 skupiny - recode.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
alkohol + k-opiáty + k	17,999	8,525	2,111	,035	,104
alkohol + k-pervitin + k	22,009	9,020	2,440	,015	,044
opiáty + k -pervitin + k	-4,009	8,016	-,500	,617	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

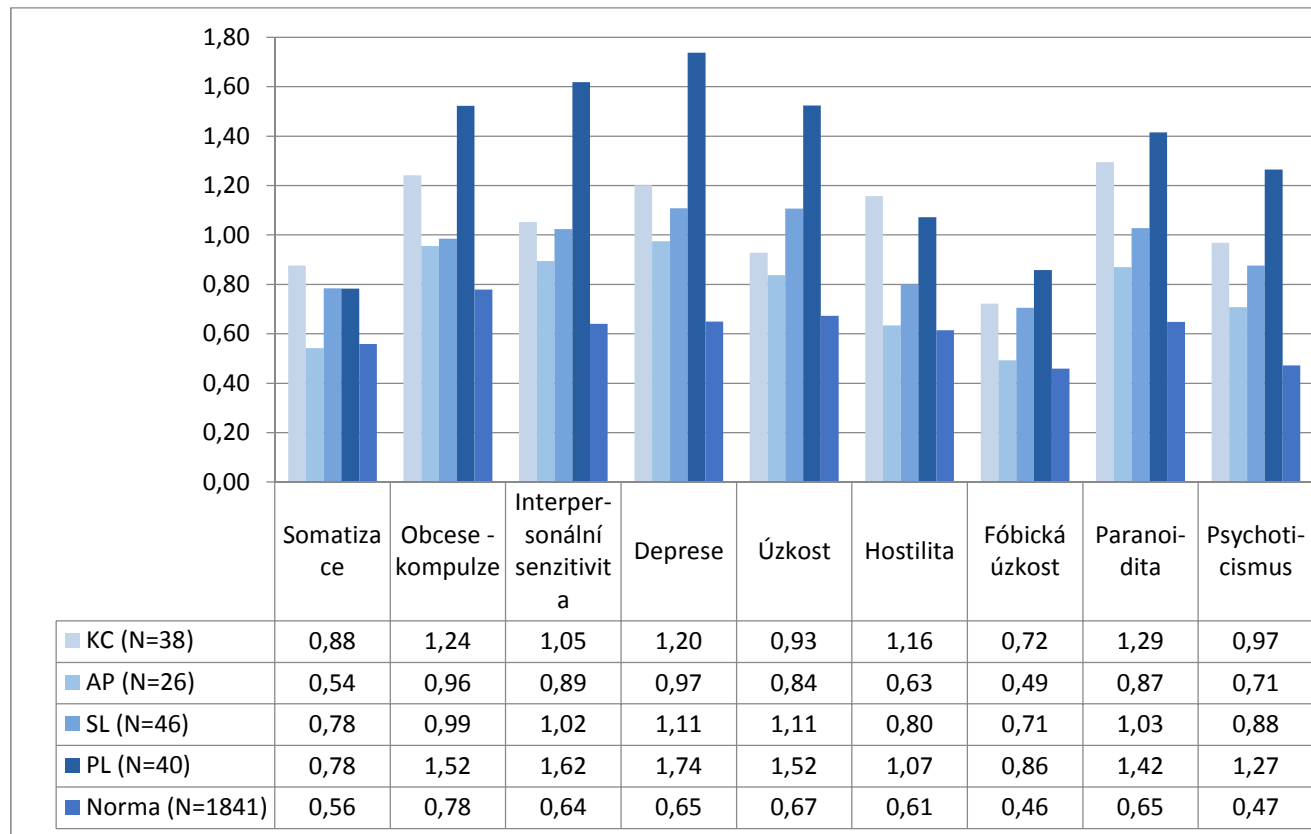
## 9.5. Výsledky dotazníku Brief Symptom Inventory (BSI 53)

V následujících grafech jsou uvedeny skóry v jednotlivých dimenzích u respondentů z jednotlivých typů zařízení a podle primárně užívaných návykových látek v porovnání s normou. Data pochází z dotazníků od 150 respondentů z celkových 165 osob zahrnutých do výzkumu (část z nich dotazník nevyplnila).

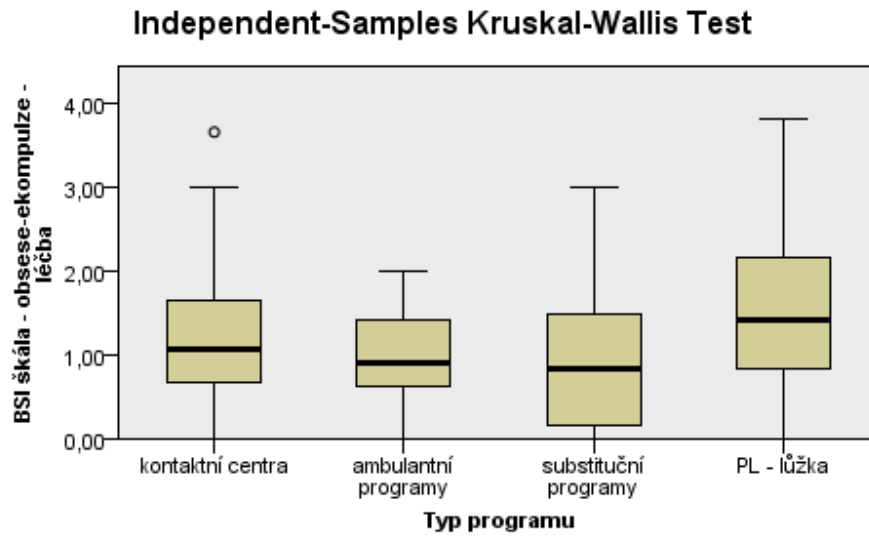
K testování byl použit neparametrický Kruskal-Wallis test. Při porovnání skupin podle jednotlivých zařízení (viz graf a tabulka XIX a XX), byly nalezeny rozdíly u obsedantně

kompulzivní dimenze ( $\chi^2 = 9,289$ ;  $df = 3$ ;  $p\text{-value} < 0,026$ ) a dimenze deprese ( $\chi^2 = 8,953$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,030$ ). Co se týče věcné významnosti těchto analyzovaných rozdílů, u obsedantně kompulzivní dimenze je koeficient  $\eta^2 0,048$ , což představuje malý efekt. U dimenze deprese byl koeficient  $\eta^2 = 0,064$ , tedy taktéž malý efekt. Nejnižší (nejpříznivější) hodnoty v obou případech mají lidé v ambulantní péči, nejvyšší (nejméně příznivé) vykazují lidé v pobytové léčbě (blíže viz grafy včetně tabulek 15 – 19).

Graf 15. Skóry v jednotlivých dimenzích dotazníku BSI 53 u respondentů podle typu zařízení.



Graf 16. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) BSI – obsese/kompulze léčba podle typu léčebného zařízení

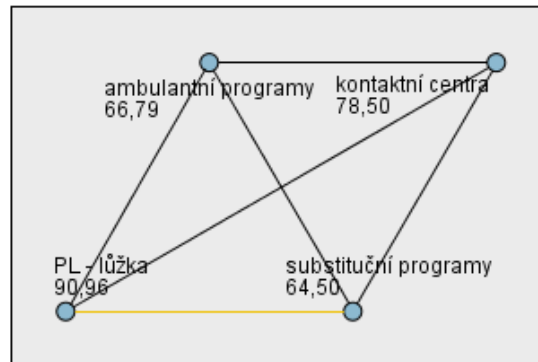


<b>Total N</b>	150
<b>Test Statistic</b>	9,289
<b>Degrees of Freedom</b>	3
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,026

1. The test statistic is adjusted for ties.

Graf 17. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test BSI – obsese/kompulze podle typu léčebného zařízení

### Pairwise Comparisons of Typ programu

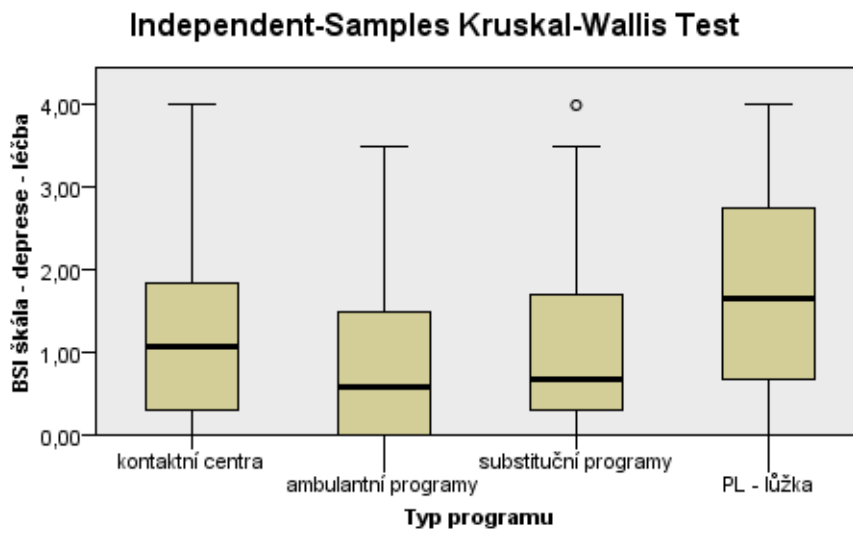


Each node shows the sample average rank of Typ programu.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
substituční programy-ambulantní programy	2,288	10,633	,215	,830	1,000
substituční programy-kontaktní centra	14,000	9,500	1,474	,141	,843
substituční programy-PL - lůžka	-26,462	9,369	-2,825	,005	,028
ambulantní programy-kontaktní centra	11,712	11,029	1,062	,288	1,000
ambulantní programy-PL - lůžka	-24,174	10,917	-2,214	,027	,161
kontaktní centra-PL - lůžka	-12,462	9,817	-1,270	,204	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

Graf 18. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) BSI - deprese léčba podle typu léčebného zařízení

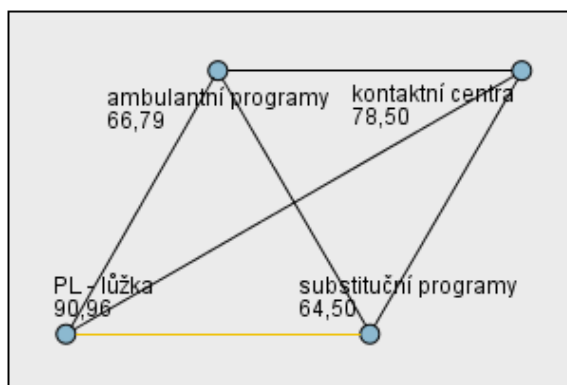


<b>Total N</b>	150
<b>Test Statistic</b>	8,953
<b>Degrees of Freedom</b>	3
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,030

1. The test statistic is adjusted for ties.

Graf 19. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test BSI - deprese podle typu léčebného zařízení

### Pairwise Comparisons of Typ programu



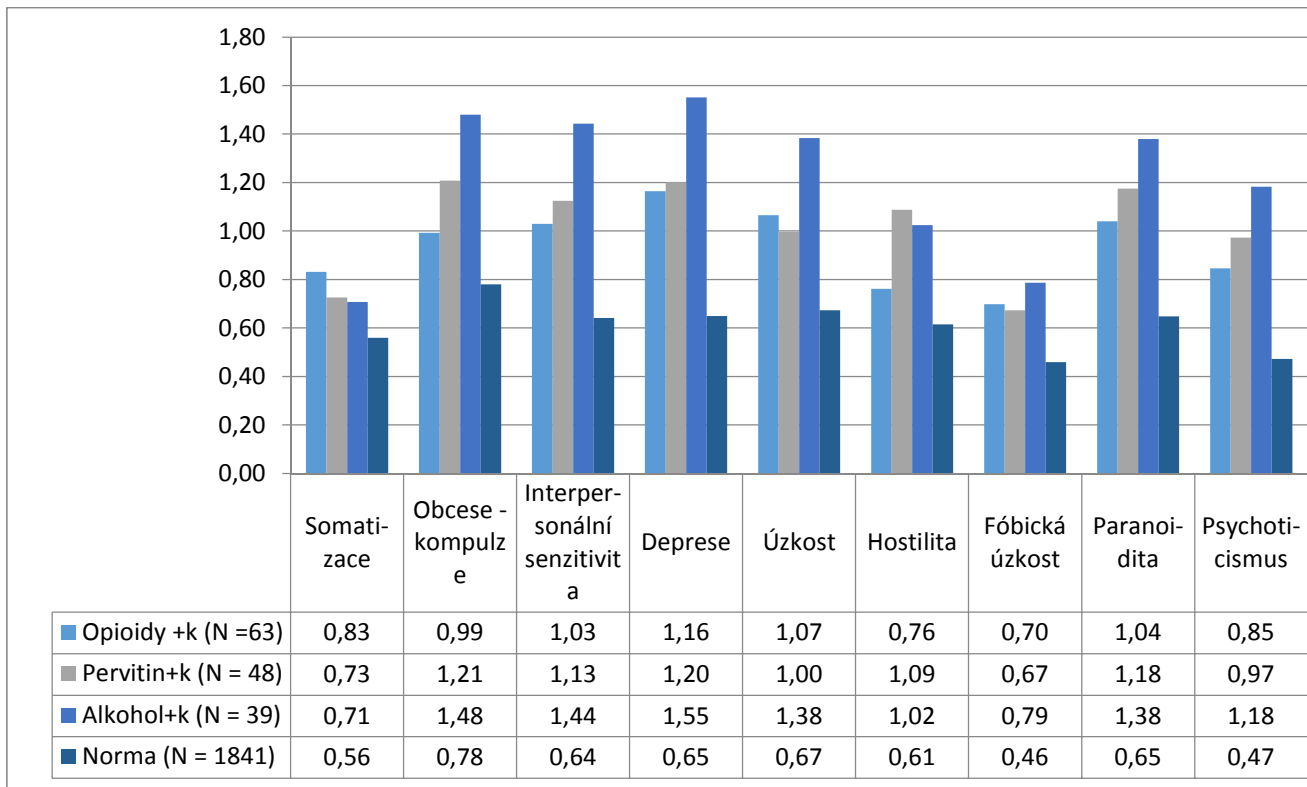
Each node shows the sample average rank of Typ programu.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
substituční programy-ambulantní programy	2,288	10,633	,215	,830	1,000
substituční programy-kontaktní centra	14,000	9,500	1,474	,141	,843
substituční programy-PL - lůžka	-26,462	9,369	-2,825	,005	,028
ambulantní programy-kontaktní centra	11,712	11,029	1,062	,288	1,000
ambulantní programy-PL - lůžka	-24,174	10,917	-2,214	,027	,161
kontaktní centra-PL - lůžka	-12,462	9,817	-1,270	,204	1,000

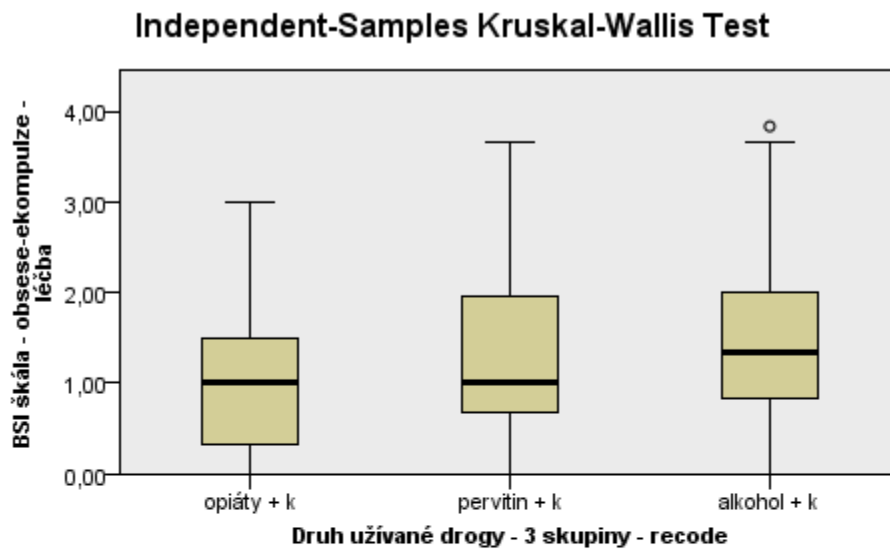
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

Pokud porovnááme skupiny podle primární drogy (viz grafy včetně tabulek 21 a 22), tak jediný statisticky významný rozdíl byl nalezen u dimenze obsese/kompulze ( $\chi^2 = 6,660$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,036$ ). Síla účinku naměřeného rozdílu zjišťovaná pomocí koeficientu  $\eta^2$  je 0,048, což znamená malý efekt. Nejnižší hodnoty v této subškále (tedy nejpříznivější výsledky) vykazují uživatelé opiátů, nejvyšší hodnoty vykazují závislí na alkoholu. Viz Graf 20.

Graf 20. Skóry v dotazníku BSI u respondentů podle typu primární užívané návykové látky.



Graf 21. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) BSI – obsese/kompulze podle typu primární návykové látky



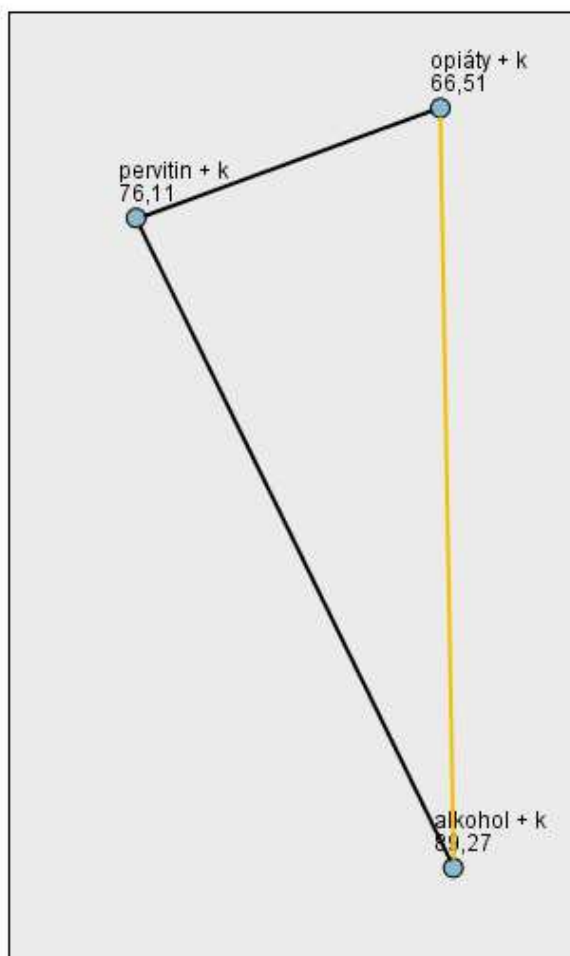
<b>Total N</b>	150
<b>Test Statistic</b>	6,660
<b>Degrees of Freedom</b>	2
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,036

1. The test statistic is adjusted for ties.



Graf 22. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test BSI – obsese/kompulze podle typu primární návykové látky

### Pairwise Comparisons of Druh užívané drogy - 3 skupiny - recode



Each node shows the sample average rank of Druh užívané drogy - 3 skupiny - recode.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
opiáty + k -pervitin + k	-9,607	8,303	-1,157	,247	,742
opiáty + k -alkohol + k	-22,761	8,830	-2,578	,010	,030
pervitin + k-alkohol + k	-13,155	9,342	-1,408	,159	,477

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

V tabulce č. 20 je uvedeno celkové skóre závažnosti psychických potíží (tzv. Global Severity Index, který je celkovým skóre z dotazníku BSI 53).

Skór GSI se mezi jednotlivými skupinami statisticky významně neliší (a to ani podle typu zařízení ani podle typu návykové látky). Nicméně všechny skupiny se statisticky významně

liší od normy. U skóru GSI byl v porovnání mezi všemi skupinami respondentů a obecnou populací (normou) nalezen statisticky významný rozdíl (p hodnota pro Wilcoxon Signed Ranks Test < 0,000).

Tabulka 17. Skóry GSI (Global Severity Index) v dotazníku BSI.

<b>Skór GSI podle typu zařízení</b>	
<i>Kontaktní centra</i>	1,0521
<i>Ambulantní programy</i>	0,7787
<i>Substituční programy</i>	0,9543
<i>Psychiatrické nem. (pobytová léčba)</i>	1,3126
<b>Norma</b>	<b>0,6155</b>
<b>Skór GSI podle primární návykové látky</b>	
<i>Opioidy + k</i>	0,9599
<i>Pervitin + k</i>	1,0165
<i>Alkohol + k</i>	1,2144
<b>Norma</b>	<b>0,6155</b>

## 9.6. Zhodnocení výsledků

Na základě výše uvedených údajů není možné přijmout první dvě hypotézy jmenované v kapitole 8.2, další dvě byly přijaty.

H1 – Závislí na metamfetaminu vykazují statisticky významně vyšší skóry v subškále Psychoticismus v dotazníku BSI 53 než závislí na ostatních návykových látkách. V subškále Psychoticismus nebyl zjištěn mezi skupinami podle typu návykové látky statisticky významný rozdíl. **Hypotéza byla zamítnuta na pětiprocentní hladině významnosti.**

H2 – Respondenti oslovení v nízkoprahových zařízeních závažnější úzkostně depresivní příznaky v dotazníku MHI 5 potíží než respondenti z jiných typů zařízení. Závažnější

příznaky vykazovaly pacienti pobytových zařízení. **Hypotéza byla zamítnuta na pětiprocentní hladině významnosti.**

H3 – Mezi respondenty z různých typů péče existují rozdíly v závažnosti úzkostně depresivních příznaků dle dotazníku MHI 5. **Hypotéza byla přijata na pětiprocentní hladině významnosti.**

H4 – Mezi respondenty rozdělenými do skupin podle primární užívané návykové látky v závažnosti úzkostně depresivních příznaků dle dotazníku MHI 5. **Hypotéza byla přijata na pětiprocentní hladině významnosti.**

Podrobnější informace k výsledkům v dalších dotaznících viz předchozí kapitoly 9.2. – 9. 5.

Rozvaha, jak metodologické nastavení výzkumu včetně výběru zařízení a respondentů mohlo mít ovlivnit výsledky, bude následovat v kapitole Diskuse.

## 10. Diskuse

Přestože je vzorek respondentů v pilotním výzkumu Evaluace léčby v ČR relativně malý, ukazují se signifikantní rozdíly mezi respondenty z různých typů léčebných zařízení a dle jednotlivých primárních drog. Psychiatrická symptomatologie u pacientů v léčbě závislosti na návykových látkách je podle dotazníku BSI celkově u všech kategorií (dle typu zařízení, dle typu užívané látky) signifikantně vyšší než je česká norma. Také hypotézy, že skupiny respondentů rozdělených do skupin podle typu léčby a podle primární užívané látky se budou od sebe lišit, byly přijaty. Skupiny se lišily v některých otázkách části týkající se psychického stavu v dotazníku ASI Lite, v některých položkách dotazníku Q-LES-Q-SF, ve výsledcích dotazníku MHI 5 i v některých subškálách dotazníku BSI 53. Nebyla přijata hypotéza, že uživatelé metamfetaminu mají statisticky významně vyšší skóre v subškále BSI *psychoticismus*. Nejzávažnější potíže týkající se úzkostných a depresivních stavů dle dotazníku MHI 5 se vyskytovaly u závislých na alkoholu a u pacientů pobytové léčby.

Otázkou je, jak se symptomatologie mění v čase, zejména, zda je výskyt symptomů nižší s delší dobou léčby, které typy symptomů mají tendenci přetrvávat, a zda se jejich další vývoj u pacientů liší také podle typu léčby a podle užívané látky. Na tyto otázky by mohla dát odpověď analýza dotazníků provedených při návazných rozhovorech. V rámci pilotní studie se ovšem nepodařilo v některých skupinách respondentů získat potřebné údaje pro follow-up vyšetření. Po třech měsících byly návazné rozhovory provedeny u skupiny užívající opiáty v 59 případech (92 %), u skupiny užívající metamfetamin v 33 případech (67 %),

u závislých na alkoholu ovšem pouze v 17 (32 %) případech. Po 12 měsících se podařilo follow-up vyšetření provést u 41 (64 %) respondentů ze skupiny uživatelů opiátů, u 26 (53 %) respondentů ze skupiny uživatelů metamfetaminu a pouze u 3 (6 %) respondentů závislých na alkoholu.

Zejména u závislých na alkoholu byly počty respondentů v rámci návazných vyšetření velice nízké. Účast ve follow-up u uživatelů opiátů a metamfetaminu byla po 3 měsících obdobná jako v jiných studiích, kdy bývá obvyklá retence ve výzkumu u zhruba poloviny až dvou třetin výzkumného vzorku, přičemž zachycení 70 % respondentů a více je považováno za dobrý výsledek (Smith, McNamara & King, 2017). Po třech měsících, a zejména po jednom roce, byla ovšem u závislých na alkoholu výrazně nižší retence ve výzkumu než v obdobných studiích, viz např. Csémy, Pecinová, et al. (2016).

Respondenti se závislostí na alkoholu byli nejčastěji osloveni v rámci pobytové léčby. Do rezidenční léčby se ovšem dostávají pacienti z různých částí republiky, nemusí se jednat o osoby s bydlištěm v místě léčebného zařízení. Do ostatních typů péče (ať již se jednalo o nízkoprahové zařízení, substituční léčbu nebo ambulantní léčbu) klienti docházejí, tudíž obvykle mají bydliště v místě, kde se nachází zařízení. Pro follow-up byli tedy lépe dosažitelní než lidé po odchodu z pobytové léčby, kteří se často vraceli do bydliště v jiném regionu, než kde byli původně osloveni. Přestože byl pro potřeby návazných vyšetření vytvořen i dotazník na internetové platformě, který oslovení respondenti mohli vyplnit ze svého domova bez nutnosti osobního setkání s tazatelem, touto formou se podařilo zachytit pouze několik respondentů.

V pilotním výzkumu se také nepodařilo zajistit rovnoměrné rozložení respondentů mezi jednotlivými zařízeními. Což bylo dáno i tím, jak systém péče v ČR využívají lidé s problémem závislosti nebo škodlivého užívání u různých návykových látek. Nízkoprahová kontaktní centra jsou historicky určena pro uživatele nelegálních drog a obdobná zařízení pro osoby s problematickým užíváním alkoholu nejsou v ČR dostupná. Substituční léčba je k dispozici pouze pro uživatele opioidů. Pro osoby, které nadužívají alkohol či stimulační látky, neexistuje. V pobytové léčbě v psychiatrických nemocnicích či na psychiatrických odděleních pro léčbu závislostí se zase nachází největší podíl závislých na alkoholu oproti ostatním skupinám (Mravčík et al., 2018). V terapeutických komunitách (TK) převažují uživatelé nelegálních drog, nicméně TK do pilotního výzkumu nebyly nakonec zahrnuty. Zejména z toho důvodu, že klienti přicházejí do léčby v TK ve většině případů po delší době strávené v jiném zařízení, především kvůli delším čekacím dobám na nástup do léčby. Není

neobvyklé, že klient stráví nejprve několik týdnů či měsíců např. v psychiatrické léčebně pro léčbu závislostí (Preston & Malinowski, 2007).

Rozložení podle pohlaví odpovídalo podílům mužů a žen v léčebných zařízeních, kde je uváděna převaha mužů vůči ženám zhruba v poměru 2 : 1 (Mravčík et al., 2018). V souboru pilotní studie bylo 58 % mužů a 42 % žen.

V plánované rozsáhlejší studii evaluace léčby závislostí budou lépe nastaveny segmenty léčby, ze kterých budou klienti nabíráni, také bude dbáno na dodržení kvót pro počty klientů z jednotlivých zařízení. Pravděpodobně nebudou do studie zahrnuti respondenti z nízkoprahových zařízení, kterým bude případně věnována studie samostatná, stejně jako bude proveden samostatný výzkum s pacienty substituční léčby. Studie evaluace léčby se do budoucna zaměří na segmenty léčby směřující k abstinenci, ambulantní i pobytové formy.

Výsledky týkající se psychiatrické symptomatologie mohou být zkresleny několika faktory. Jedním z nich je, že klienti substitučních programů (oproti ostatním typům léčebné péče) jsou pod opioidní medikací danou substituční látkou. Díky efektu substituční látky se u nich psychické potíže nemusí projevit v takové míře jako u respondentů z jiných typů léčby. Zejména substituce buprenorfinem působí na zmírnění depresivních příznaků (Gerra et al., 2004). Nicméně obecně je uváděno, že u uživatelů opiátů bývá prevalence psychiatrické komorbidity nižší než u např. u uživatelů metamfetaminu (EMCDDA, 2010a).

Jak bylo navíc zjištěno, z dotazníku ASI Lite, klienti substituční léčby neuváděli substituční látku mezi aktuálně užívanou medikaci v dotazníku, zmiňovali zde pouze psychofarmaka užívaná nad rámec substituční léčby. Pravděpodobně bude nutné tento problém řešit v budoucím výzkumu lepším proškolením tazatelů, případně vypracováním podrobnějšího manuálu k použitým nástrojům pro tazatele.

Za další úskalí lze považovat, že respondenti byli zachyceni v různých fázích léčby a s různou délkou případné abstinence, což může mít vliv na aktuální psychiatrickou symptomatologii. Po vysazení návykové látky dochází ke zhoršení psychických potíží v rámci odvykacího stavu. Posléze obvykle alespoň část příznaků spontánně ustupuje, u závislých na alkoholu tuto skutečnost popisují např. Giorgi et al. (2015) a Johnson, Brems, Mills a Fisher (2007), u uživatelů metamfetaminu pak např. Zorick et al. (2010). Přestože byli respondenti oslovováni co nejdříve po zahájení léčby, tak ne vždy se účastnili výzkumu (např. ihned v prvním týdnu léčby). Navíc řada účastníků před zahájením léčby (např.

v pobytovém zařízení) absolvovala nějakou dobu docházky do ambulantní péče, případně absolvovala pobyt v jiné léčebné instituci kvůli zdravotním potížím.

Různá doba strávená v léčbě nebo různě dlouhá abstinence u respondentů ovšem nemá vliv na předchozí zkušenosti s psychiatrickou péčí, psychofarmaka předepsaná v minulosti, na výskyt závažných psychických potíží v minulosti včetně např. pokusů o sebevraždu, což jsou oblasti, které byly taktéž sledovány. Předchozí zkušenosti s psychiatrickou pobytovou péčí (nezahrnující léčbu závislosti) má 22 % respondentů (téměř polovina z nich opakovaně), v ambulantní psychiatrické péči bylo 29 % respondentů (čtvrtina z nich opakovaně). Více než polovina z nich uvádí depresivní a úzkostné stavy někdy v průběhu života, u 44 % z nich se vyskytly v minulosti myšlenky na sebevraždu a 20 % z nich se o sebevraždu pokusilo. K velmi podobným výsledkům dochází americký výzkum s léčenými uživateli metamfetaminu (Salo et al., 2011), u nichž se sebevražedný pokus v anamnéze se vyskytl u 27 % z celkového vzorku, předchozí přijetí do pobytového psychiatrického zařízení absolvovalo 26 % účastníků.

Získané údaje jsou nicméně založené na vlastní výpovědi respondentů, pro potřeby budoucího výzkumu by měly být informace více objektivizovány (např. ošetřujícím personálem). Výpovědi pacientů např. o vlastním užívání drog v posledních 30 dnech nebyly dle některých zahraničních studií úplně souladu s kontrolou prostřednictvím analýzy moči, (Chermack et al., 2000), tudíž i v prezentovaném výzkumu mohly být některé údaje o užívání návykových látek zkreslené. Přičemž k tomuto mohlo dojít zejména u respondentů, jimž by hrozila nějaká sankce v případě, že by uvedli užití drogy v průběhu léčby (např. vyloučení z pobytové nebo substituční léčby). Přestože byli klienti informováni o tom, že výzkumní pracovníci údaje nesdílí s ošetřujícím personálem, tak mohli mít obavy ze zveřejnění informace.

V rámci pilotní studie byl sice vytvořen dotazník pro ošetřující personál a snahou bylo objektivizovat údaje zejména o zdravotním stavu respondenta a užívané medikaci, nicméně tento dotazník nebyl ve všech případech vyplněn nebo nebyly zodpovězeny ze strany personálu všechny dotazy. Pro budoucí výzkum bude třeba pilotně ověřit i dotazník pro ošetřujícího lékaře/garanta respondentů. Jak se ukázalo z výpovědí pracovníků spolupracujících zařízení, současná podoba dotazníku nebyla vyhovující (zejména dotazy na změny stavu u klienta v průběhu léčby nebyly vhodně formulované).

V publikacích, které přinášejí informace o výzkumech zaměřených na psychiatrickou komorbiditu u uživatelů nelegálních drog v rámci Evropy, je poukazováno na velmi obtížnou porovnatelnost studií a na využití velmi různých metodologických přístupů (EMCDDA, 2013b; Torrens et al., 2017). Výsledky týkající se psychiatrické komorbidity u souboru této pilotní studie nicméně řádově odpovídají zjištěním z jiných studií.

Z výsledků v dotazníku ASI Lite, v části zaměřené na psychický stav, uvádělo 63 % uživatelů metamfetaminu přítomnost depresivních příznaků někdy v životě a 33 % v posledních 30 dnech. Prevalence depresivních stavů v průběhu života u uživatelů metamfetaminu byla v zahraničních studiích zjištěna cca u 16 % (Akindipe et al., 2014) až 68 % respondentů (Zweben et al., 2004), podle typu studie. Uživatelé opiátů v dotazníku ASI Lite uváděli přítomnost depresivních stavů někdy v životě v 54 % případů a v posledních 30 dnech v 30 % případů. U závislých na opiátech se prevalence deprese v zahraničních výzkumech pohybovala od 10 % (Pani et al., 1997) do 52 % (Grella et al., 2009). Respondenti závislí na alkoholu uváděli v dotazníku ASI Lite depresi v 62 % (celoživotně), resp. 32 % (v posledních 30 dnech). U závislých na alkoholu se prevalence deprese zjištěná v rámci zahraničních výzkumů pohybovala od 23 % (Atkinson et al., 2003) do 54 % (Rehm et al., 2015).

Co se týče úzkostných stavů, tak respondenti uváděli jejich přítomnost někdy v životě v 53 % případů a v 33 % udávali úzkostné stavy v posledních 30 dnech (skupiny rozdělené podle jednotlivých návykových látek se mezi sebou neliší). Zahraniční výzkumy uvádějí úzkostné stavy u zhruba poloviny závislých na alkoholu, více u žen (Rehm et al., 2015), u uživatelů opiátů od 13 % (Yang et al., 2015) do 39 % (Grella et al., 2009), u uživatelů metamfetaminu od 7 % (Akindipe et al., 2014) do 74 % (Ali et al., 2006).

V ČR byla v nedávné době provedena studie zaměřená na prevalenci duševních chorob v obecné populaci (Čermáková, 2017; Winkler, Formánek, Mladá & Čermáková, 2018). Celkem 24 % populace vykazuje příznaky duševního onemocnění, nejčastěji jsou to poruchy týkající se užívání návykových látek. Prevalence velké depresivní poruchy v populaci je dle této studie 4 %, prevalence úzkostných poruch také cca 4 %. Sebevražedné myšlenky uvádělo také cca 4 % populace.

Co se týče výsledků v dotazníku MHI 5, tak u závislých na alkoholu bylo 48,7 % těch, kteří vykazovali výrazně anxiózní a depresivní příznaky a 15,4 % těch, kteří vykazovali zvýšenou přítomnost úzkostných a depresivních příznaků. Pouze 35,9 % vykazovalo známky dobrého

duševního zdraví, přičemž u uživatelů opiátů a metamfetaminu bylo v této kategorii 64,5 %, resp. 57,4 % respondentů. U respondentů z pobytové léčby, bylo 52,5 % těch, kteří vykazovali výrazně anxiózní a depresivní příznaky a 15 % těch, kteří vykazovali zvýšenou přítomnost úzkostných a depresivních příznaků. Podle MHI 5 jich pouze 32,5 % vykazovalo známky dobrého duševního zdraví, zatímco u respondentů z ostatních zařízení se v této kategorii pohybovalo 57,7 – 65,2 % respondentů. Respondenti se závislostí na alkoholu a pacienti pobytových zařízení měli nepříznivější výsledky v porovnání s ostatními skupinami.

V obecné populaci byla zjištěna pomocí dotazníku MHI 5 zvýšená přítomnost úzkostně depresivních příznaků zaznamenaná u 4,3 % obyvatel a vysoká pravděpodobnost poruchy duševního zdraví (výrazně anxiózně depresivní příznaky) u 4,5 % obyvatel. Jednalo se o výsledky celopopulačního výzkumu zaměřeného na užívání návykových látek v r. 2012 (Chomynová, 2013).

Respondenti pilotní studie mají tedy ve srovnání se studiem v obecné populaci výrazně vyšší prevalenci psychických poruch, přičemž jsou mezi nimi mírné rozdíly podle typu primární návykové látky i podle typu léčebného zařízení. Obdobné studie, které zjišťovaly rozdíly v psychiatrické komorbiditě u uživatelů heroinu a metamfetaminu, dospěly k podobným výsledkům, viz např. Dong et al. (2017). Bylo ovšem poukazováno na to, že zjištění mohou být ovlivněna zejména tím, řada pacientů užívá k uváděné primárně látce ještě další psychotropní substance (zejména alkohol, benzodiazepiny, v některých případech halucinogeny), které mohou mít na výsledky vliv. Což se ukázalo i v této pilotní studii, kdy byli respondenti rozděleni do skupin podle primárních návykových látek, nicméně řada z nich v posledním měsíci užívala i jiné látky. Výzkumný soubor byl rozdělen do skupin podle primární užívané látky na základě údajů v tabulce v dotazníku ASI Lite, v níž respondenti uváděli informace o všech návykových látkách užívaných v posledních 30 dnech. Do příslušné skupiny byli pak zařazeni podle toho, která látka v aktuálním užívání převažovala.

Celkově je nutno říct, že nebyl zjištěn velký vliv typu primární psychotropní substance na výsledky týkající se psychického stavu. Respondenti se bez ohledu na typ látky výrazně lišili od normy pro českou populaci, např. v dotazníku Brief Symptom Inventory a vykazovaly větší prevalenci úzkostných a depresivních stavů než obecná populace (viz dotazník MHI). Respondenti závislí na alkoholu měli oproti původnímu očekávání v některých škálách nejméně příznivé výsledky ze všech uživatelů (horší než uživatelé ostatních látek).



S ohledem na to, že polyvalentní užívání je velmi rozšířené a podíl osob v nízkoprahových i léčebných zařízeních, které užívají více drog současně, stoupá (Mravčík et al., 2018; Mravčík, Chomynová, et al., 2015), tak se bude potřeba v dalším výzkumu soustředit výrazněji na tuto problematiku a opustit koncept „typického uživatele“ konkrétních typů návykových látek.

Výsledky této pilotní studie mohou sloužit jako podklad pro pracovníky v klinické praxi, s poukazem na to, že u všech klientů/pacientů závislých na návykových látkách je potřeba věnovat pozornost případným přidruženým psychickým problémům a psychiatrickým diagnózám, a že mezi uživateli jednotlivých návykových látek nejsou velké rozdíly ve výskytu psychických obtíží. Není tedy možné jednoznačně říci, že u pacientů léčených pro metamfetamin se vyskytují pouze určité konkrétní psychiatrické komorbidity a u pacientů závislých na alkoholu úplně jiné. Jednotlivé látky jsou sice typické svým účinkem a metamfetamin může typicky na rozdíl od heroinu způsobit např. toxickou psychózu (Dalmau et al., 1999), nicméně u všech kategorií závislých je třeba dbát na to, že se u nich ve zvýšené míře psychiatrické komorbidity vyskytují, zejména úzkostné a depresivní stavy a další méně nápadné psychické potíže. Z dat ze zdravotnických registrů vyplývá, že v rámci zdravotnické péče jsou další psychické potíže u léčených ze závislosti spíše poddiagnostikovány (Miovská et al., 2006). Přitom léčba rozpoznané psychiatrické poruchy a její včasná medikace zvyšuje úspěšnost léčby závislosti (Csémy, Pecinovská, et al., 2016).

Opět je tedy třeba vyzdvihnout základní požadavek na moderní léčbu závislostí jako na individualizovanou terapeutickou péči přizpůsobenou specifickým potřebám klienta, neopomínat vyšetření (alespoň screeningové) na přítomnost psychiatrických obtíží u pacientů vstupujících do léčby a nepodceňovat přetrvávající symptomy duševního onemocnění. Léčebný plán by měl zahrnovat koordinovanou a integrovanou léčbu závislosti i přidružených psychiatrických diagnóz (Kalina & Vácha, 2013). Pokud není zároveň léčena i psychiatrická duální diagnóza, je prognóza jak v případě závislosti, tak v případě duševní poruchy spíše nepříznivá (Kalina & Minařík, 2015; Torrens et al., 2017).

Problematika psychiatrických komorbidit nebyla dosud v ČR nijak extenzivně zkoumána na větším vzorku pacientů léčených pro závislost. K dispozici jsou spíše dílčí informace zaměřené buď na určitý typ poruch, např. ADHD (Kalina et al., 2014) nebo na klienty či pacienty určitého typu zařízení. Řada výzkumů proběhla v prostředí terapeutických komunit (Kalina et al., 2014; Kalina & Vácha, 2013; Šefránek, 2014) nebo v prostředí léčby v psychiatrické nemocnici (Csémy, Pecinovská, et al., 2016; Hetzerová & Gabrhelík, 2014;

Hosák et al., 2011), méně často v ambulantní léčbě a jiných typech zařízení. Důležitým závěrem pilotního průzkumu tedy je, že v ČR je potřeba provést ucelenou a rozsáhlou studii zaměřenou na celou šíři problematiky léčby závislostí a na evaluaci léčebných postupů. Taková studie bude realizována na základě prezentovaného pilotního výzkumu Národním ústavem duševního zdraví a zahájena v roce 2020.

## 11. Shrnutí

Teoretická část práce vychází z popisu situace v ČR týkající se užívání návykových látek. Jsou prezentovány výzkumy provedené v rámci obecné populace, jak mezi dospělými, tak mezi dětmi a dospívajícími.

Situace v ČR je specifická tím, že je zde hojně nadužíván alkohol a jeho spotřeba patří v české populaci k nejvyšším na světě (OECD, 2018). Pětina české populace se nachází v riziku problémů způsobených alkoholem, případně již problémově alkohol užívá (Mravčík, Chomynová, Grohmannová, et al., 2016). Co se týče nelegálních drog, nejčastěji jsou užívané konopné látky, zatímco míra celoživotních zkušeností s ostatními drogami je na výrazně nižší úrovni. Mezi problémovými uživateli drog převládá dlouhodobě užívání pervitinu (metamfetaminu), mezi opioidy užívané v ČR patří především buprenorfin (pocházející z léčiv určených k substituční léčbě závislosti na opiátech, které se dostávají na černý trh) (Mravčík et al., 2018).

Epidemiologické údaje z obecné populace i z populace léčených uživatelů návykových látek jsou uvedeny pro zasazení výzkumného problému do kontextu českého prostředí.

Dále navazují kapitoly týkající se přímo psychiatrické komorbidity u jednotlivých látek sledovaných v pilotním průzkumu (metamfetamin, opiáty a alkohol), kde jsou přehledovou formou prezentovány české i zahraniční výzkumy k této problematice.

Ze studií, zahrnutých do tohoto přehledu, vyplývá, že užívání uvedených látek (zejména škodlivé užívání a závislost na nich) je spojena s výraznou měrou přidružených psychických potíží. Prevalence psychiatrických duálních diagnóz se v různých studiích liší, podle typu zkoumané populace, použité metodologie apod. Obecně lze říci, že zhruba u dvou třetin uživatelů metamfetaminu a alkoholu lze nalézt další závažné psychické poruchy, u závislých na opiátech je prevalence o něco málo nižší. U opiátů se nevyskytují nejnápadnější psychiatrické poruchy, tedy tzv. toxické psychózy typické zejména pro metamfetamin a další stimulační látky (Dalmau et al., 1999). Psychotické stavy se ovšem vyskytují i u uživatelů

alkoholu. Některé specifické potíže se vyskytují častěji ve spojení s určitou návykovou látkou, ale celkově jsou rozdíly v prevalenci duševních poruch mezi jednotlivými látkami poměrně malé. Poruchy příjmu potravy jsou třeba častěji spojené se závislostí na alkoholu (Chládková & Miovský, 2017), posttraumatická porucha byla častěji identifikována u závislosti na heroinu (Mills et al., 2018).

Obecně jsou u uživatelů návykových látek nejčastější depresivní poruchy, úzkostné stavy, poruchy osobnosti, přičemž byly identifikovány rozdíly mezi pohlavími, co se týče prevalence jednotlivých přidružených duševních onemocnění.

Podobně jsou zpracovány kapitoly týkající se prediktorů úspěšnosti léčby u uvedených sledovaných návykových látek. Z přehledu vyplývá, že pozitivními prediktory úspěšnosti léčby společnými pro všechny návykové látky jsou (a) vyšší věk při začátku léčby, (b) délka léčby (delší doba strávená v léčbě), (c) nižší míra užívání drogy/alkoholu před zahájením léčby a neužívání drogy/alkoholu v průběhu léčby, (d) podpora rodiny, (e) dostupnost služeb, spárování potřeb klienta/pacienta s vhodnou léčebnou modalitou, (f) individualizovaný přístup a terapeutický vztah. Rizikovými faktory byly obecně: (a) psychiatrická komorbidita (i když se vyskytují některé výjimky), (b) denní užívání drogy/alkoholu před zahájením léčby, užívání drogy/alkoholu v průběhu léčby, (c) nižší věk v době nástupu do léčby, (d) konfliktní rodinné prostředí, chybějící podpora, (e) kontakt s uživateli drog/závislými na alkoholu.

Další částí práce je popis metodologie výzkumu včetně podrobnějšího popisu nástrojů využitých pro sledování psychického stavu a psychiatrické symptomatologie u respondentů.

Základními cíli výzkumu bylo zejména:

1. zmapování výskytu psychiatrické symptomatologie a psychiatrické komorbidity u klientů/pacientů v nízkoprahových i léčebných zařízeních,
2. zjištění, zda se výskyt liší u respondentů podle typu zařízení/typu léčebné péče a podle typu užívané primární návykové látky.

Jednalo se o klinickou prospektivní kohortovou studii. Celkový počet respondentů byl 165, z toho 96 mužů a 69 žen. Účastnilo se 38 osob z kontaktních center, 26 osob z ambulantních léčebných programů, 46 osob z programu substituční léčby závislosti na opiátech a 55 osob z psychiatrické pobytové léčby. Respondenti pak byli pro potřeby analýzy dat rozděleni i do skupin podle primárně užívané návykové látky (64 uživatelů opiátů, 49 uživatelů metamfetaminu a 52 závislých na alkoholu). Účastníci byli oslovováni v nízkoprahových

zařízeních a dále v léčebných programech, po nástupu do léčby. Vyplňovali baterii standardizovaných dotazníků zaměřených na závažnost závislosti a na psychický stav. Byli pak opakovaně dotazováni po třech měsících a po jednom roce, v této práci nejsou výsledky návazných vyšetření prezentovány, jsou uvedena jen data ze základního vyšetření. Bohužel retence ve výzkumu byla zejména u závislých na alkoholu velmi nízká a počty respondentů jsou pro následné analýzy velmi malé.

V rámci sledování psychického stavu a psychiatrické symptomatologie jsou pro potřeby této práce zohledňovány výsledky v dotaznících:

- Addiction Severity Index-Lite (ASI Lite) – Index závažnosti závislosti – Lite verze (část zaměřená na psychické zdraví)
- Mental Health Inventory – 5 (MHI 5) – Index duševního zdraví
- Brief Symptom Inventory 53 (BSI 53) – Stručný inventář symptomů
- Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form – Dotazník kvality života a spokojenosti se životem (Q-LES-Q-SF)

Z výsledků dotazníku ASI Lite vyplynulo, že pro psychické problémy jiné než užívání/závislost na návykových látkách bylo někdy v životě hospitalizováno 22 % respondentů (téměř polovina z nich opakovaně), v ambulantní psychiatrické péči bylo 29 % respondentů (čtvrtina z nich opakovaně). Invalidní důchod kvůli psychiatrické diagnóze měli 4 respondenti. U otázek P4. až P7. dotazníku ASI Lite byli respondenti dotazováni na depresivní stavy, úzkostné stavy, halucinace a kognitivní potíže (potíže s pamětí, soustředěním, chápáním), které se u nich objevily, aniž by byly vyvolány užitím návykové látky nebo odvykacím stavem. U otázek P8. až P10. se mohlo jednat i o stavy, které vznikly v souvislosti s užitím návykové látky nebo odvykacím stavem, jednalo se o potíže s ovládním (záchvaty zuřivosti, násilí), myšlenky na sebevraždu a pokusy o sebevraždu.

Depresivní stavy někdy v životě uvádělo 59 % respondentů, úzkostné stavy 53 %, halucinace 14 % a kognitivní potíže 37 % respondentů. Potíže s ovládním někdy v životě uvedlo 42 % respondentů, myšlenky na sebevraždu 44 %, pokusy o sebevraždu 20 % a užívání psychiatrické medikace 36 % respondentů.

Rozdíly ve skupinách podle typu zařízení nebyly zjištěny, rozdíly ve skupinách podle typu návykové látky byly zjištěny u dvou otázek, a to u myšlenek na sebevraždu a předepsané

psychiatrické medikaci. Výrazně méně trpí myšlenkami na sebevraždu uživatelé opiátů, kteří také měli významně méně často předepsané léky na psychické potíže než ostatní skupiny.

Celkově polovina respondentů udává, že nemá aktuálně v posledních 30 dnech psychické potíže a nepocítuje tudíž potřebu odborné pomoci, na druhé straně jich 40 % zmiňuje přítomnost nepříjemných psychických stavů, které je obtěžují (pocitované jako *dosti až mimořádně silně*). Potřebu odborné pomoci vyjadřuje polovina respondentů, přičemž 40 % ji vnímá *dosti až mimořádně silně*.

Dotazník Mental Health Inventory (MHI 5) sleduje především přítomnost úzkostných a depresivních příznaků. U respondentů ze skupiny se závislostí na alkoholu bylo 48,7 % těch, kteří vykazovali výrazně anxiózní a depresivní příznaky a 15,4 % těch, kteří vykazovali zvýšenou přítomnost úzkostných a depresivních příznaků. Pouze 35,9 % vykazovalo známky dobrého duševního zdraví, přičemž u uživatelů opiátů a metamfetaminu bylo v této kategorii 64,5 %, resp. 57,4 % respondentů.

Při rozdělení respondentů podle typu zařízení bylo zjištěno, že ze skupiny, která byla oslovena v pobytové psychiatrické léčbě, bylo 52,5 % těch, kteří vykazovali výrazně anxiózní a depresivní příznaky a 15 % těch, kteří vykazovali zvýšenou přítomnost úzkostných a depresivních příznaků. Podle MHI 5 jich pouze 32,5 % vykazovalo známky dobrého duševního zdraví, zatímco u respondentů z ostatních zařízení se v této kategorii pohybovalo 57,7 – 65,2 % respondentů. Statisticky významné rozdíly byly zjištěny u uživatelů alkoholu a u klientů pobytové léčby, kteří vykazovali více závažných úzkostných a depresivních stavů - oproti ostatním skupinám, které jsou na tom obdobně.

Dále byly sledovány údaje z Dotazník kvality života a spokojenosti se životem – krátká verze (Q-LES-Q-SF), který slouží ke zhodnocení spokojenosti respondentů v základních oblastech života. Při porovnání skupin respondentů podle typu užívané návykové látky byly rozdíly ve dvou dimenzích. Jednalo se o dimenzi *fyzické zdraví* a dimenzi *nálada*. Nejlépe své fyzické zdraví posuzují uživatelé metamfetaminu, nejhůře uživatelé alkoholu. U nálady jsou na tom nejhůř opět uživatelé alkoholu, ostatní skupiny jsou podobné.

Při zjišťování rozdílů mezi skupinami podle jednotlivých zařízení byly nalezeny rozdíly v pěti dimenzích, a to nálada, volnočasové aktivity, fungování v běžném životě, pohyb bez závrátí a *wellbeing*. Nejvyšší spokojenost se životem v těchto oblastech vykazují respondenti v ambulantní léčbě, nejnižší spokojenost pacienti v pobytové léčbě.

Co se týče sledování psychiatrické symptomatologie prostřednictvím dotazníku Brief Symptom Inventory, při porovnání skupin podle jednotlivých zařízení byly nalezeny rozdíly u obsedantně kompulzivní dimenze a dimenze deprese. Nejpříznivější hodnoty v obou případech mají lidé v ambulantní péči, nejméně příznivé vykazují lidé v pobytové léčbě. Pokud porovnáваме skupiny podle primární drogy, tak jediný statisticky významný rozdíl byl nalezen u dimenze obsese/kompulze. Nejpříznivější výsledky vykazují uživatelé opiátů, nejméně příznivé závislí na alkoholu.

Vzorek respondentů v pilotním výzkumu je relativně malý, přesto se ukazují se signifikantní rozdíly mezi respondenty z různých typů léčebných zařízení a dle jednotlivých primárních drog.

Psychiatrická symptomatologie u pacientů v léčbě ze závislosti na návykových látkách je podle dotazníku BSI celkově u všech kategorií (dle typu zařízení, dle typu užívané látky) signifikantně vyšší než je česká norma. Hypotézy, že skupiny respondentů rozdělených do skupin podle typu léčby a podle primární užívané látky se budou od sebe lišit, byly přijaty. Skupiny se lišily ve výsledcích dotazníku MHI i v dotazníku BSI. Nebyly přijaty hypotézy, že nejvíce potíží v oblasti psychického stavu dle dotazníků MHI a BSI mají uživatelé metamfetaminu a klienti nízkoprahových zařízení. Pokud byly nalezeny rozdíly mezi skupinami, nejzávažnější potíže se vyskytovaly u závislých na alkoholu a u pacientů pobytové léčby.

Pilotní studie ovšem byla zatížena několika metodologickými nedostatky – malým počtem respondentů, špatnou retencí závislých na alkoholu v návazných rozhovorech, nerovnoměrným rozložením respondentů v různých typech léčebných zařízení, možným zkreslením výsledků díky tomu, že údaje v dotaznících jsou založeny pouze na vlastní výpovědi respondentů a dalšími aspekty, které jsou zhodnoceny v rámci kapitoly Diskuse.

## **12. Závěr**

Psychiatrická komorbidita u uživatelů návykových látek je významný problém v léčebné praxi, u něhož je potřeba podrobnějšího výzkumu. Dosud jsou dostupné pouze dílčí studie a informace z klinické praxe. Tato pilotní studie se snažila zmapovat kromě dalších témat i výskyt psychických komplikací u respondentů z nízkoprahových a léčebných zařízení v ČR.

**Z prozatímních výsledků vyplývá, že pacienti v léčbě kvůli závislosti na alkoholu vykazují v některých oblastech hodnocení psychického stavu i v některých subškálách psychiatrické symptomatologie nejméně příznivých výsledků oproti respondentům, kteří užívají jiný typ látek** a že všichni klienti/pacienti v léčbě ze závislosti i klienti nízkoprahových center dosahují méně příznivých výsledků než obecná populace. Typologie duševních potíží se mezi jednotlivými skupinami také mírně liší. Výsledky týkající se výskytu psychiatrické komorbidity u léčených uživatelů návykových látek v souladu s obdobnými studiemi provedenými v zahraničí.

Pro ucelenější výzkum problematiky je v rámci NÚDZ plánována rozsáhlejší studie zaměřená na léčbu závislostí v ČR, která bude opět sledovat i psychický stav a psychiatrickou symptomatologii klientů/pacientů v léčbě závislosti a bude vycházet z poznatků a zkušeností nabytých v rámci pilotní studie prezentované v této práci.

## Použitá literatura

- Abrahamsson, T., Widinghoff, C., Lilliebladh, A., Gedeon, C., Nilvall, K., & Hakansson, A. (2016). Interim buprenorphine treatment in opiate dependence: A pilot effectiveness study. *Substance Abuse, 37*(1), 104-109. doi:10.1080/08897077.2015.1065541
- Abramsohn, Y., Peles, E., Potik, D., Schreiber, S., & Adelson, M. (2009). Sense of coherence as a stable predictor for methadone maintenance treatment (MMT) outcome. *J Psychoactive Drugs, 41*(3), 249-253. doi:10.1080/02791072.2009.10400535
- Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(1), 75-86. doi:10.1016/j.jsat.2008.05.007
- Akindipe, T., Wilson, D., & Stein, D. J. (2014). Psychiatric disorders in individuals with methamphetamine dependence: prevalence and risk factors. *Metab Brain Dis, 29*(2), 351-357. doi:10.1007/s11011-014-9496-5
- Ali, R., Baigent, M., Marsden, J., Montiero, M., Srisurapanont, M., Sunga, A., . . . Wada, K. (2006). *WHO Multi-Site Project on Methamphetamine-induced Psychosis: A descriptive report of findings from participating countries*. Parkside: Drug & Alcohol Services South Australia.
- Amato, L., Davoli, M., Perucci, C. A., Ferri, M., Faggiano, F., & Mattick, R. P. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat, 28*(4), 321-329. doi:10.1016/j.jsat.2005.02.007
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. M. F., & Mayet, S. (2008). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). doi:10.1002/14651858.CD005031.pub3
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Anderson, J. F., & Warren, L. D. (2004). Client retention in the British Columbia methadone program, 1996-1999. *Canadian Journal of Public Health, 95*(2), 104-109.
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet, 373*(9682), 2234-2246. doi:10.1016/s0140-6736(09)60744-3
- André, I., Novotný, V., & Cook, J. (2006). Toxické psychózy II. časť. Psychopatológia toxických psychóz. *Alkoholizmus a drogové závislosti, 41*(2), 77-83.
- Angelo, F. N., McDonell, M. G., Lewin, M. R., Srebnik, D., Lowe, J., Roll, J., & Ries, R. (2013). Predictors of stimulant abuse treatment outcomes in severely mentally ill outpatients. *Drug Alcohol Depend, 131*(1-2), 162-165. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.11.017
- Apelt, S. M., Scherbaum, N., & Soyka, M. (2014). Induction and switch to buprenorphine-naloxone in opioid dependence treatment: Predictive value of the first four weeks. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 16*(3), 87-98.



- Atkinson, R. M., Misra, S., Ryan, S. C., & Turner, J. A. (2003). Referral paths, patient profiles and treatment adherence of older alcoholic men. *Journal of Substance Abuse Treatment, 25*(1), 29-35. doi:10.1016/S0740-5472(03)00048-5
- Avants, S. K., Margolin, A., & McKee, S. (2000). A Path Analysis of Cognitive, Affective, and Behavioral Predictors of Treatment Response in a Methadone Maintenance Program. *Journal of Substance Abuse, 11*(3), 215-230. doi:10.1016/S0899-3289(00)00022-5
- Backmund, M., Meyer, K., Eichenlaub, D., & Schütz, C. G. (2001). Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. *Drug and Alcohol Dependence, 64*(2), 173-180. doi:10.1016/S0376-8716(01)00122-3
- Bascaran, M. T., Garcia-Portilla, M. P., Bobes-Bascaran, M. T., Saiz, P. A., & Bobes, J. (2014). Long term outcomes of pharmacological treatments for opioid dependence: Does methadone still lead the pack? *British Journal of Clinical Pharmacology, 77*(2), 272-284. doi:10.1111/bcp.12031
- Bečka, J. (2007). Ženy v metadonovém programu Apolinář. *Adiktologie, 7*(3), 369-377.
- Bell, J., Burrell, T., Indig, D., & Gilmour, S. (2006). Cycling in and out of treatment; participation in methadone treatment in NSW, 1990–2002. *Drug and Alcohol Dependence, 81*(1), 55-61. doi:https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.05.010
- Benjamin, A. B., Mossman, D., Graves, N. S., & Sanders, R. D. (2006). Tests of a symptom checklist to screen for comorbid psychiatric disorders in alcoholism. *Comprehensive Psychiatry, 47*(3), 227-233. doi:10.1016/j.comppsy.2005.08.003
- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware, J. E., Jr., Barsky, A. J., & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Med Care, 29*(2), 169-176.
- Best, D., Gross, S., Vingoe, L., Wilton, J., & Strang, J. (2003). *Dangerousness of drugs: a guide to the risks and harms associated with substance use*. London: Department of Health.
- Boschloo, L., Vogelzangs, N., Smit, J. H., van den Brink, W., Veltman, D. J., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders, 131*(1–3), 233-242. doi:10.1016/j.jad.2010.12.014
- Bousman, C. A., McKetin, R., Burns, R., Woods, S. P., Morgan, E. E., Atkinson, J. H., . . . Grant, I. (2014). Typologies of positive psychotic symptoms in methamphetamine dependence. *The American Journal on Addictions, 24*(2), 94-97. doi:10.1111/j.1521-0391.2014.12160.x
- Braunwarth, W.-D., Christ, M., Dirks, H., Dyba, J., Härtel-Petri, R., Harfst, T., . . . Krampe-Scheidler, A. (2017). *Poruchy vzniklé užíváním metamfetaminu* (Z. Tion Leštinová Ed.). Praha: Úřad vlády ČR.
- Brecht, M. L., Greenwell, L., & Anglin, M. D. (2005). Methamphetamine treatment: trends and predictors of retention and completion in a large state treatment system (1992-2002). *J Subst Abuse Treat, 29*(4), 295-306. doi:10.1016/j.jsat.2005.08.012

- Brecht, M. L., & Herbeck, D. (2014). Time to relapse following treatment for methamphetamine use: a long-term perspective on patterns and predictors. *Drug Alcohol Depend*, *139*, 18-25. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.02.702
- Brener, L., von Hippel, W., von Hippel, C., Resnick, I., & Treloar, C. (2010). Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: Utility of a mixed methods approach. *Drug and Alcohol Review*, *29*(5), 491-497. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00173.x
- Brenza, J., & Gabrhelík, R. (2014). Vývoj užívání léčiv v České socialistické republice v období před „objevem“ postupů pokoutní výroby pervitinu a braunu. *Adiktologie*, *14*(3), 284-293.
- Brooner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt, C. W., Jr., & Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry*, *54*(1), 71-80.
- Burns, L., Randall, D., Hall, W. D., Law, M., Butler, T., Bell, J., & Degenhardt, L. (2009). Opioid agonist pharmacotherapy in New South Wales from 1985 to 2006: Patient characteristics and patterns and predictors of treatment retention. *Addiction*, *104*(8), 1363-1372. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02633.x
- Cacciola, J. S., Alterman, A. I., McLellan, A. T., Lin, Y. T., & Lynch, K. G. (2007). Initial evidence for the reliability and validity of a "Lite" version of the Addiction Severity Index. *Drug Alcohol Depend*, *87*(2-3), 297-302. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.09.002
- Callaghan, R. C., Cunningham, J. K., Allebeck, P., Arenovich, T., Sajeev, G., Remington, G., . . . Kish, S. J. (2012). Methamphetamine Use and Schizophrenia: A Population-Based Cohort Study in California. *American Journal of Psychiatry*, *169*(4), 389-396. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10070937
- Canan, F., Karaca, S., Sogucak, S., Gecici, O., & Kuloglu, M. (2017). Eating disorders and food addiction in men with heroin use disorder: a controlled study. *Eat Weight Disord*, *22*(2), 249-257. doi:10.1007/s40519-017-0378-9
- Clark, R. E., Baxter, J. D., Aweh, G., O'Connell, E., Fisher, W. H., & Barton, B. A. (2015). Risk Factors for Relapse and Higher Costs Among Medicaid Members with Opioid Dependence or Abuse: Opioid Agonists, Comorbidities, and Treatment History. *J Subst Abuse Treat*, *57*, 75-80. doi:10.1016/j.jsat.2015.05.001
- Cochran, G., Stitzer, M., Nunes, E. V., Hu, M. C., & Campbell, A. N. (2014). Clinically relevant characteristics associated with early treatment drug use versus abstinence. *Addiction Science & Clinical Practice*, *9*(1), 6-9.
- Comiskey, C. M. (2013). A 3 year national longitudinal study comparing drug treatment outcomes for opioid users with and without children in their custodial care at intake. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *44*(1), 90-96. doi:10.1016/j.jsat.2012.04.002
- Comiskey, C. M., & Cox, G. (2010). Analysis of the impact of treatment setting on outcomes from methadone treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *39*(3), 195-201. doi:10.1016/j.jsat.2010.05.007
- Copeland, A. L., & Sorensen, J. L. (2001). Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, *62*(1), 91-95. doi:10.1016/S0376-8716(00)00164-2

- Corsi, K. F., Lehman, W. K., & Booth, R. E. (2009). The effect of methadone maintenance on positive outcomes for opiate injection drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*(2), 120-126. doi:10.1016/j.jsat.2008.11.004
- Courtney, K. E., & Ray, L. A. (2014). Methamphetamine: an update on epidemiology, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment literature. *Drug Alcohol Depend, 143*, 11-21. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.08.003
- Cretzmeyer, M., Sarrazin, M. V., Huber, D. L., Block, R. I., & Hall, J. A. (2003). Treatment of methamphetamine abuse: research findings and clinical directions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 24*(3), 267-277. doi:10.1016/s0740-5472(03)00028-x
- Csémy, L., Kubička, L., & Dvořák, V. (2004). Retence ve specializovaném programu pro léčbu závislostí u žen. Srovnání žen závislých na alkoholu se ženami závislými na nelegálních drogách. *Adiktologie, 4*(1), 12-19.
- Csémy, L., Mravčík, V., Orliková, B., & Nečas, V. (2016). *Evaluační studie pro Etickou komisi Národního ústavu duševního zdraví*. Unpublished work. Národní ústav duševního zdraví.
- Csémy, L., Pecinová, O., Heller, J., Přikrylová, L., Popov, P., & Dvořáková, Z. (2016). Výsledky Apolinářského programu pro léčbu žen závislých na alkoholu. In J. Horáček, L. Kesner, C. Höschl, & F. Španiel (Eds.), *Mozek a jeho člověk, mysl a její nemoc*. Praha: Galén.
- Csémy, L., Zábranský, T., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Brenza, J., & Janíková, B. (2012). Dospívající uživatelé heroínu a pervitinu po 14 letech: analýza psychosociálních charakteristik. *Ceskoslovenska Psychologie, 56*(6), 505-517.
- Csete, J. (2012). *Hledání rovnováhy. Koncepce protidrogové politiky v České republice*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Čablová, L., Mioviský, M., Kalina, K., & Šťastná, L. (2015). Význam diferenciální diagnostiky poruch osobnosti u pacientů s ADHD v léčbě závislostí. *Čs. psychiatrie, 111*(2), 233-243.
- Čermáková, P. (2017). *Czech Mental Health Study*. Paper presented at the Setkání expertní platformy projektu MERRPS, Klecany.
- Dalmau, A., Bergman, B., & Brismar, B. (1999). Psychotic disorders among inpatients with abuse of cannabis, amphetamine and opiates. Do dopaminergic stimulants facilitate psychiatric illness? *Eur Psychiatry, 14*(7), 366-371.
- Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., & Duffell, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug Alcohol Rev, 27*(3), 253-262. doi:10.1080/09595230801923702
- Darke, S., & Ross, J. (1997). Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors. *Drug and Alcohol Dependence, 48*(2), 135-141. doi:10.1016/S0376-8716(97)00117-8
- Darke, S., Ross, J., Mills, K. L., Williamson, A., Havard, A., & Teesson, M. (2007). Patterns of sustained heroin abstinence amongst long-term, dependent heroin users: 36 months findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addictive Behaviors, 32*(9), 1897-1906. doi:10.1016/j.addbeh.2007.01.014

- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., & Chou, P. S. (2005). Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. *Drug and Alcohol Dependence*, *77*(2), 139-150. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.07.012
- Dayal, P., & Balhara, Y. P. S. (2017). A naturalistic study of predictors of retention in treatment among emerging adults entering first buprenorphine maintenance treatment for opioid use disorders. *J Subst Abuse Treat*, *80*, 1-5. doi:10.1016/j.jsat.2017.06.004
- De Leon, G., Melnick, G., & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*, *23*(2), 169-189.
- Dean, A. C., London, E. D., Sugar, C. A., Kitchen, C. M., Swanson, A. N., Heinzerling, K. G., . . . Shoptaw, S. (2009). Predicting adherence to treatment for methamphetamine dependence from neuropsychological and drug use variables. *Drug Alcohol Depend*, *105*(1-2), 48-55. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.06.008
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2003). Patterns of co-morbidity between alcohol use and other substance use in the Australian population. *Drug and Alcohol Review*, *22*(1), 7-13. doi:10.1080/0959523021000059776
- Derogatis, L. R. (1993). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, *13*(03), 595-605.
- Dluzen, D. E., & Liu, B. (2008). Gender differences in methamphetamine use and responses: A review. *Gender Medicine*, *5*(1), 24-35. doi:10.1016/S1550-8579(08)80005-8
- Dobkin, P. L., De, C. M., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, *97*(3), 347-356.
- Dong, H., Yang, M., Liu, L., Zhang, C., Liu, M., Shen, Y., . . . Hao, W. (2017). Comparison of demographic characteristics and psychiatric comorbidity among methamphetamine-, heroin- and methamphetamine-heroin co- dependent males in Hunan, China. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 183-183. doi:10.1186/s12888-017-1346-7
- Dyer, K. R., & Cruickshank, C. C. (2005). Depression and other psychological health problems among methamphetamine dependent patients in treatment: Implications for assessment and treatment outcome. *Australian Psychologist*, *40*(2), 96-108. doi:10.1080/00050060500094647
- Eastwood, B., Strang, J., & Marsden, J. (2017). Effectiveness of treatment for opioid use disorder: A national, five-year, prospective, observational study in England. *Drug and Alcohol Dependence*, *176*, 139-147. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.03.013
- EMCDDA. (1999). *Evaluating the treatment of drug abuse in the European Union* (J. Mounteney & O. Baker Eds.). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA. (2010a). *Problem amphetamine and metamphetamine use in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- EMCDDA. (2010b). *Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- EMCDDA. (2013a). *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA. (2013b). *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: A review of the data*. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- EMCDDA. (2015). *Evropská zpráva o drogách 2015. Trendy a vývoj* Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- EMCDDA. (2018). *Evropská zpráva o drogách. Trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- EMCDDA, & Europol. (2009). *Methamphetamine: a European Union perspective in the global context*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull*, 29(2), 321-326.
- Fletcher, B. W., & Battjes, R. J. (1999). Introduction to the special issue: treatment process in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 81-87. doi:10.1016/s0376-8716(99)00089-7
- Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003). Recovery from opioid addiction in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 177-186. doi:10.1016/S0740-5472(03)00125-9
- Franklyn, A. M., Eibl, J. K., Gauthier, G. J., Pellegrini, D., Lightfoot, N. E., & Marsh, D. C. (2017). The impact of cocaine use in patients enrolled in opioid agonist therapy in Ontario, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 48(Supplement C), 1-8. doi:10.1016/j.drugpo.2017.05.044
- Fulleová, A., & Petrášová, B. (2016). Léčení uživatelé nelegálních drog v České republice. *Hygiena*, 61(2), 63-69.
- Gabrhelík, R., Šťastná, L., Holcnerová, P., Miovský, M., & Minařík, J. (2010). Aktuální otázky léčby závislosti na metamfetaminu. *Adiktologie*, 10(2), 92-100.
- Gadalla, T., & Piran, N. (2007). Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Arch Womens Ment Health*, 10(4), 133-140. doi:10.1007/s00737-007-0184-x
- Gazdová, V. (2009). *Prediktory úspěšnosti ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu*. (Diplomová práce), Univerzita Pardubice.
- Gerra, G., Borella, F., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Bubici, C., & Bertacca, S. (2004). Buprenorphine versus methadone for opioid dependence: predictor variables for treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 75(1), 37-45. doi:10.1016/j.drugalcdep.2003.11.017
- Gerra, G., Leonardi, C., D'Amore, A., Strepparola, G., Fagetti, R., Assi, C., . . . Lucchini, A. (2006). Buprenorphine treatment outcome in dually diagnosed heroin dependent patients: A retrospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(2), 265-272. doi:10.1016/j.pnpbp.2005.10.007

- Ghitza, U. E., Epstein, D. H., & Preston, K. L. (2007). Nonreporting of cannabis use: Predictors and relationship to treatment outcome in methadone maintained patients. *Addictive Behaviors, 32*(5), 938-949. doi:10.1016/j.addbeh.2006.06.034
- Giorgi, I., Ottonello, M., Vittadini, G., & Bertolotti, G. (2015). Psychological changes in alcohol-dependent patients during a residential rehabilitation program. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11*, 2989-2996. doi:10.2147/NDT.S93520
- Glasner-Edwards, S., Marinelli-Casey, P., Hillhouse, M., Ang, A., Mooney, L. J., Rawson, R., & Methamphetamine Treatment Project Corporate, A. (2009). Depression among methamphetamine users: association with outcomes from the Methamphetamine Treatment Project at 3-year follow-up. *J Nerv Ment Dis, 197*(4), 225-231. doi:10.1097/NMD.0b013e31819db6fe
- Glasner-Edwards, S., & Mooney, L. J. (2014). Methamphetamine psychosis: epidemiology and management. *CNS drugs, 28*(12), 1115-1126.
- Glasner-Edwards, S., Mooney, L. J., Marinelli-Casey, P., Hillhouse, M., Ang, A., & Rawson, R. (2011). Bulimia nervosa among methamphetamine dependent adults: association with outcomes three years after treatment. *Eat Disord, 19*(3), 259-269. doi:10.1080/10640266.2011.566149
- Glasner-Edwards, S., Mooney, L. J., Marinelli-Casey, P., Hillhouse, M., Ang, A., Rawson, R., & Methamphetamine Treatment Project Corporate, A. (2010a). Anxiety disorders among methamphetamine dependent adults: association with post-treatment functioning. *Am J Addict, 19*(5), 385-390. doi:10.1111/j.1521-0391.2010.00061.x
- Glasner-Edwards, S., Mooney, L. J., Marinelli-Casey, P., Hillhouse, M., Ang, A., Rawson, R. A., & Methamphetamine Treatment Project Corporate, A. (2010b). Psychopathology in methamphetamine-dependent adults 3 years after treatment. *Drug Alcohol Rev, 29*(1), 12-20. doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00081.x
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction, 90*(5), 607-614.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 89 - 98.
- Gossop, M., Stewart, D., & Marsden, J. (2003). Treatment process components and heroin use outcome among methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence, 71*(1), 93-102. doi:10.1016/S0376-8716(03)00067-X
- Graff, F. S., Morgan, T. J., Epstein, E. E., McCrady, B. S., Cook, S. M., Jensen, N. K., & Kelly, S. (2009). Engagement and retention in outpatient alcoholism treatment for women. *American Journal on Addictions, 18*(4), 277-288. doi:10.1080/10550490902925540
- Grant, B. F., & Harford, T. C. (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug and Alcohol Dependence, 39*(3), 197-206. doi:10.1016/0376-8716(95)01160-4
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic

Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 361-368.

- Grant, K. M., LeVan, T. D., Wells, S. M., Li, M., Stoltenberg, S. F., Gendelman, H. E., . . . Bevens, R. A. (2012). Methamphetamine-associated psychosis. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 7(1), 113-139.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., . . . Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend*, 86(1), 1-21. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012
- Grella, C. E., Karno, M. P., Warda, U. S., Niv, N., & Moore, A. A. (2009). Gender and comorbidity among individuals with opioid use disorders in the NESARC study. *Addictive Behaviors*, 34(6-7), 498-504. doi:10.1016/j.addbeh.2009.01.002
- Gual, A., Bravo, F., Lligona, A., & Colom, J. (2009). Treatment for alcohol dependence in Catalonia: health outcomes and stability of drinking patterns over 20 years in 850 patients. *Alcohol and Alcoholism*, 44(4), 409-415. doi:10.1093/alcalc/agg032
- Heffernan, K., Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Portera, L., & Leon, A. C. (2000). Childhood trauma as a correlate of lifetime opiate use in psychiatric patients. *Addictive Behaviors*, 25(5), 797-803. doi:10.1016/S0306-4603(00)00066-6
- Heinz, A. J., Wu, J., Witkiewitz, K., Epstein, D. H., & Preston, K. L. (2009). Marriage and relationship closeness as predictors of cocaine and heroin use. *Addictive Behaviors*, 34(3), 258-263. doi:10.1016/j.addbeh.2008.10.020
- Helleman, G., Conner, B. T., Anglin, M. D., & Longshore, D. (2009). Seeing the trees despite the forest: applying recursive partitioning to the evaluation of drug treatment retention. *J Subst Abuse Treat*, 36(1), 59-64. doi:10.1016/j.jsat.2008.03.005
- Helmus, T. C., Downey, K. K., Arfken, C. L., Henderson, M. J., & Schuster, C. R. (2001). Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 61(3), 287-295. doi:10.1016/S0376-8716(00)00153-8
- Hetzerová, L., & Gabrhelík, R. (2014). Pohled personálu ženského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie na léčbu pacientek závislých na pervitinu. Pilotní studie. *Adiktologie*, 14(1), 22-29.
- Hides, L., Dawe, S., McKetin, R., Kavanagh, D. J., Young, R. M., Teesson, M., & Saunders, J. B. (2015). Primary and substance-induced psychotic disorders in methamphetamine users. *Psychiatry Res*, 226(1), 91-96. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.077
- Hill, K. P., Bennett, H. E., Griffin, M. L., Connery, H. S., Fitzmaurice, G. M., Subramaniam, G., . . . Weiss, R. D. (2013). Association of cannabis use with opioid outcomes among opioid-dependent youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1-2), 342-345. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.02.030
- Hillhouse, M. P., Marinelli-Casey, P., Gonzales, R., Ang, A., Rawson, R. A., & Methamphetamine Treatment Project Corporate, A. (2007). Predicting in-treatment performance and post-treatment outcomes in methamphetamine users. *Addiction*, 102 Suppl 1, 84-95. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01768.x

- Hopfer, C. J., Khuri, E., Crowley, T. J., & Hooks, S. (2002). Adolescent heroin use: a review of the descriptive and treatment literature. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(3), 231-237. doi:10.1016/S0740-5472(02)00250-7
- Horák, M., & Somerlíková, K. (2017). Rozdíly v motivaci k léčbě závislosti mezi interními pacienty psychiatrických nemocnic a terapeutických komunit. *Adiktologie*, 17(3), 198-206.
- Hosák, L., Csémy, L., Preiss, M., & Čermáková, E. (2005). Predikce úspěšnosti ústavní odvykací léčby. *Čes. a slov. Psychiat.*, 101(2), 82-87.
- Hosák, L., Hrnčiarová, J., Bažant, J., Tibenská, A., Maixnerová, R., & Valešová, D. (2011). Výzkum závislosti na metamfetaminu na Psychiatrické klinice v Hradci Králové. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 46(3), 129-142.
- Hosák, L., Maixnerová, R., & Valešová, D. (2009). Psychotické příznaky u závislých na metamfetaminu. *Psychiatrie pro praxi*, 10(2), 66-69.
- Hosák, L., Preiss, M., Halíř, M., Čermáková, E., & Csémy, L. (2004). Temperament and character inventory (TCI) personality profile in metamphetamine abusers: a controlled study. *European Psychiatry*, 19(4), 193-195. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.04.003
- Hser, Y., Evans, E., & Huang, Y. (2005). Treatment outcomes among women and men methamphetamine abusers in California. *J Subst Abuse Treat*, 28(1), 77-85. doi:10.1016/j.jsat.2004.10.009
- Hser, Y., Joshi, V., Maglione, M., Chou, C., & Anglin, M. (2001). Effects of program and patient characteristics on retention of drug treatment patients. *Evaluation and Program Planning*, 24, 331 - 341.
- Hser, Y. I. (2007). Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: Findings from a 33-year follow-up study. *Journal of Addictive Diseases*, 26(1), 51-60. doi:10.1300/J069v26n01\_07
- Hsieh, J. H., Stein, D. J., & Howells, F. M. (2014). The neurobiology of methamphetamine induced psychosis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 537. doi:10.3389/fnhum.2014.00537
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *J Subst Abuse Treat*, 25(3), 125-134.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J., & Etheridge, R. M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 261-278. doi:10.1037/0893-164X.11.4.261
- Chen, C. K., Lin, S. K., Sham, P. C., Ball, D., Loh, E. W., Hsiao, C. C., . . . Murray, R. M. (2003). Pre-morbid characteristics and co-morbidity of methamphetamine users with and without psychosis. *Psychological Medicine*, 33(8), 1407-1414. doi:10.1017/s0033291703008353
- Chen, K. W., Banducci, A. N., Guller, L., Macatee, R. J., Lavelle, A., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2011). An examination of psychiatric comorbidities as a function of



- gender and substance type within an inpatient substance use treatment program. *Drug Alcohol Depend*, 118(2-3), 92-99. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.03.003
- Chen, L. Y., Strain, E. C., Alexandre, P. K., Alexander, G. C., Mojtabai, R., & Martins, S. S. (2014). Correlates of nonmedical use of stimulants and methamphetamine use in a national sample. *Addict Behav*, 39(5), 829-836. doi:10.1016/j.addbeh.2014.01.018
- Chermack, S. T., Roll, J., Reilly, M., Davis, L., Kilaru, U., & Grabowski, J. (2000). Comparison of patient self-reports and urinalysis results obtained under naturalistic methadone treatment conditions. *Drug Alcohol Depend*, 59(1), 43-49.
- Chládková, N., & Mioviský, M. (2017). Psychotherapeutic Responses to Comorbidity of Eating Disorders and Substance Abuse: a Pilot Study. *Adiktologie*, 17(1), 22-32.
- Chomynová, P. (2013). Národní výzkum užívání návykových látek 2012. *Zaostřeno na drogy*, 2013(2), 1-16.
- Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2016). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. *Zaostřeno*, 2016(5), 1-16.
- Chomynová, P., & Grohmannová, K. (2015). Drogová situace v České republice v roce 2014. Souhrn. *Zaostřeno*, 15(5), 1-16.
- Chval, J. (2007). Delirium tremens. *Psychiatrie pro praxi*, 8(6), 254-256.
- Jeřábek, P. (2013). Komprehenzivní koncept psychopatologie látkové závislosti. *Adiktologie*, 13(2), 166-177.
- Johnson, M. E., Brems, C., Mills, M. E., & Fisher, D. G. (2007). Psychiatric symptomatology among individuals in alcohol detoxification treatment. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1745-1752. doi:10.1016/j.addbeh.2006.12.007
- Jordaan, G. P., & Emsley, R. (2014). Alcohol-induced psychotic disorder: a review. *Metab Brain Dis*, 29(2), 231-243. doi:10.1007/s11011-013-9457-4
- Kabát, J., Kaščáková, N., Fürstová, J., Bartůšková, L., Glogar, P., Poláčková Šolcová, I., & Tavel, P. (2018). Psychometrické charakteristiky české verze stručného inventáře příznaků (BSI-53). *Ceskoslovenska Psychologie*, 62(Supplement 1), 19-39.
- Kalina, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* Praha: Filia / Úřad vlády.
- Kalina, K. (2003). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2015). Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnáctá, Š., Dvořáček, J., . . . Zima, T. (2015). *Klinická adiktologie* (K. Kalina Ed.). Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., & Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K., Rubášová, E., Mioviský, M., Čablová, L., & Šťastná, L. (2014). Vliv ADHD na proces a výstupy léčby u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé v České republice. Pilotní studie. *Adiktologie*, 14(3), 228-246.
- Kalina, K., & Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé. Možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*, 13(2), 144-164.

- Kalman, M., Baďura, P., Sigmundová, D., Sigmund, E., Pavelka, J., Hollein, T., . . . Hamřík, Z. (2015). *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2014 v rámci projektu "Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC)"*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kelly, M. J., Dunstan, F. D., Lloyd, K., & Fone, D. L. (2008). Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12: a comparison of five different methods. *BMC Psychiatry*, 8(1), 10. doi:10.1186/1471-244x-8-10
- Kenne, D. R., Boros, A. P., & Fischbein, R. L. (2010). Characteristics of opiate users leaving detoxification treatment against medical advice. *Journal of Addictive Diseases*, 29(3), 383-394. doi:10.1080/10550887.2010.489452
- Khan, S., Okuda, M., Hasin, D. S., Secades-Villa, R., Keyes, K., Lin, K. H., . . . Blanco, C. (2013). Gender differences in lifetime alcohol dependence: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(10), 1696-1705. doi:10.1111/acer.12158
- Kobayashi, O., Matsumoto, T., Otsuki, M., Endo, K., Okudaira, K., Wada, K., & Hirayasu, Y. (2008). Profiles associated with treatment retention in Japanese patients with methamphetamine use disorder: preliminary survey. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62(5), 526-532. doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01845.x
- Kohútová, B., Novák, T., Kožený, J., Tišanská, L., Mravčíková, K., Bednařík, J., & Höschl, C. (2018). Komorbidita a kvalita života pacientů v ambulantní péči s diagnózou schizofrenie, depresivní poruchy a generalizované úzkostné poruchy: projekt Cosmos. Výsledky průřezového šetření. *Psychiatrie*, 22(2), 60-67.
- Kolektiv autorů. (2003). *Dotazník kvality života (Q-LES-Q): kvalita prožívání radosti a spokojenosti ze života : informace pro terapeuta: Academia Medica Pragensis - Amepra*.
- Kostínková, L. (2008). Psychosociální podpora v substituční léčbě. *Adiktologie*, 8(1), 64-72.
- Kožený, J., Tišanská, L., Bednařík, J., & Hoschl, C. (2019). A Rasch analysis of the Q-LES-Q-SF questionnaire in a cohort of patients with neuropathic pain. *Cesk Slov Neurol*, 82/115(1), 60– 67. doi:10.14735/amcsnn201960
- Krupčík, O., & Charvát, M. (2014). Diagnostika kognitivních funkcí u léčených klientů s anamnézou dlouhodobého užívání návykových látek. *Psychologie a její kontexty*, 5(Supplement), 89-15.
- Kubička, L., & Csémy, L. (1998). Validita české verze EuropASI. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 33(5), 307-315.
- Li, T. K., Volkow, N. D., Baler, R. D., & Egli, M. (2007). The biological bases of nicotine and alcohol co-addiction. *Biol Psychiatry*, 61(1), 1-3. doi:10.1016/j.biopsych.2006.11.004
- Ling, W., Rawson, R., & Shoptaw, S. (2006). Management of methamphetamine abuse and dependence. *Current Psychiatry Reports*, 8(5), 345-354. doi:10.1007/s11920-006-0035-x
- Lions, C., Carrieri, M. P., Michel, L., Mora, M., Marcellin, F., Morel, A., . . . Roux, P. (2014). Predictors of non-prescribed opioid use after one year of methadone

- treatment: An attributable-risk approach (ANRS-Methaville trial). *Drug and Alcohol Dependence*, 135, 1-8. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.10.018
- LoCastro, J. S., Potter, J. S., Donovan, D. M., Couper, D., & Pope, K. W. (2008). Characteristics of first-time alcohol treatment seekers: The COMBINE study. *J Stud Alcohol Drugs*, 69(6), 885-895.
- Lugoboni, F., Levin, F. R., Pieri, M. C., Manfredini, M., Zamboni, L., Somaini, L., . . . Gruppo InterSert Collaborazione, S. (2017). Co-occurring Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms in adults affected by heroin dependence: Patients characteristics and treatment needs. *Psychiatry Research*, 250, 210-216. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.052
- Luchansky, B., Krupski, A., & Stark, K. (2007). Treatment response by primary drug of abuse: does methamphetamine make a difference? *J Subst Abuse Treat*, 32(1), 89-96. doi:10.1016/j.jsat.2006.06.007
- Malik, K., Chand, P. K., Marimuthu, P., & Suman, L. N. (2017). Addiction severity and comorbidity among women with alcohol use disorders: A hospital-based study from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 28, 67-72. doi:10.1016/j.ajp.2017.03.028
- Malinovská, J., & Mravčík, V. (2017a). Problémové užívání opioidů mezi klienty nízkoprahových kontaktních center v Praze: dotazníkové šetření. *Adiktologie*, 17(4), 262-271.
- Malinovská, J., & Mravčík, V. (2017b). Vývoj problémového užívání opioidů na území České republiky: literární přehled. *Adiktologie Adiktologie*, 17(4), 282-291.
- Marel, C., Teesson, M., Mills, K., Darke, S., Ross, J., Slade, T., . . . Lynskey, M. (2015). Long-term patterns of heroin use and mental health: 11-Year follow-up of the Australian treatment outcome study. *Drug and Alcohol Dependence*, 146, e193. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.09.440
- Maremmanni, I., Pacini, M., Lamanna, F., Pani, P. P., Trogu, M., Perugi, G., . . . Gerra, G. (2008). Predictors for non-relapsing status in methadone-maintained heroin addicts. A long-term perspective study. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 10(4), 19-28.
- Marinelli-Casey, P., Gonzales, R., Hillhouse, M., Ang, A., Zweben, J., Cohen, J., . . . Methamphetamine Treatment Project Corporate, A. (2008). Drug court treatment for methamphetamine dependence: treatment response and posttreatment outcomes. *J Subst Abuse Treat*, 34(2), 242-248. doi:10.1016/j.jsat.2007.04.005
- Marissen, M. A., Franken, I. H., Waters, A. J., Blanken, P., van den Brink, W., & Hendriks, V. M. (2006). Attentional bias predicts heroin relapse following treatment. *Addiction*, 101(9), 1306-1312. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01498.x
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., & Lehmann, P. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93(12), 1857 - 1867.
- Marsden, J., Stewart, D., Gossop, M., Rolfe, A., Bacchus, L., Griffiths, P., . . . Strang, J. (2000). Assessing Client Satisfaction with Treatment for Substance Use Problems and the Development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ). *Addiction Research*, 8(5), 455-470. doi:10.3109/16066350009005590

- Marsch, L. A., Bickel, W. K., Badger, G. J., Stothart, M. E., Quesnel, K. J., Stanger, C., & Brooklyn, J. (2005). Comparison of pharmacological treatments for opioid-dependent adolescents: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1157-1164. doi:10.1001/archpsyc.62.10.1157
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2. doi:10.1002/14651858.CD002207.pub4
- McCrary, B. S., Epstein, E. E., Cook, S., Jensen, N., & Hildebrandt, T. (2009). A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *J Consult Clin Psychol*, 77(2), 243-256. doi:10.1037/a0014686
- McLellan, A. T., Alterman, A. I., Cacciola, J., Metzger, D., & O'Brien, C. P. (1992). A new measure of substance abuse treatment. Initial studies of the treatment services review. *J Nerv Ment Dis*, 180(2), 101-110.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis*, 168(1), 26-33.
- Mertens, J. R., & Weisner, C. M. (2000). Predictors of substance abuse treatment retention among women and men in an HMO. *Alcohol Clin Exp Res*, 24(10), 1525-1533.
- Michelazzi, A., Vecchiet, F., Leprini, R., Popovic, D., Deltito, J., & Maremmani, I. (2008). GPs' office based metadone maintenance treatment in Trieste, Italy. Therapeutic efficacy and predictors of clinical response. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 10(2), 27-38.
- Mills, K. L., Marel, C., Darke, S., Ross, J., Slade, T., & Teesson, M. (2018). The long-term impact of post traumatic stress disorder on recovery from heroin dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 89, 60-66. doi:10.1016/j.jsat.2018.04.001
- Mills, K. L., Teesson, M., Darke, S., Ross, J., & Lynskey, M. (2004). Young people with heroin dependence: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(1), 67-73. doi:10.1016/j.jsat.2004.05.001
- Minařík, J. (2003a). Opioidy a opiáty. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Minařík, J. (2003b). Psychostimulancia. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Minařík, J., & Gabrhelík, R. (2011). Farmakoterapie závislosti na metamfetaminu. *Adiktologie*, 11(Supplement), 48-52.
- Minařík, J., Gabrhelík, R., Malcolm, R., Pavlovská, A., & Miller, P. (2015). Methylphenidate substitution for methamphetamine addiction and implications for future randomized clinical trials: a unique case series. *Journal of Substance Use*, 1-4. doi:10.3109/14659891.2015.1045047
- Minařík, J., & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Minařík, J., & Nečas, V. (2010). Drogová scéna v ČR. *Psychiatrie pro praxi*, 11(1), 18-21.

- Miovská, L., & Miovský, M. (2006). Kognitivní deficity způsobené užíváním opioidů. In M. Preiss & H. Kučerová (Eds.), *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada.
- Miovská, L., Miovský, M., & Mravčík, V. (2006). Psychiatric comorbidity in patients treated for drug-related problems. *Psychiatrie*, 10(3), 150-156.
- Miovský, M. (2003). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Miovský, M., Čablová, L., & Kalina, K. (2013). Vliv ADHD na vybrané psychické funkce a na životní dovednosti u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách. *Adiktologie*, 13(2), 130-143.
- Miovský, M., Doležalová, P., Jeřábek, P., Kalina, K., Libra, J., Mravčík, V., . . . Vavrinčíková, L. (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice* (M. Miovský Ed.). Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.
- Miranda, A., Colomer, C., Berenguer, C., Roselló, R., & Roselló, B. (2016). Substance use in young adults with ADHD: Comorbidity and symptoms of inattention and hyperactivity/impulsivity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 157-165. doi:10.1016/j.ijchp.2015.09.001
- Monico, L. B., Mitchell, S. G., Gryczynski, J., Schwartz, R. P., O'Grady, K. E., Olsen, Y. K., & Jaffe, J. H. (2015). Prior Experience with Non-Prescribed Buprenorphine: Role in Treatment Entry and Retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 57, 57-62. doi:10.1016/j.jsat.2015.04.010
- Moore, D. T., Fuehrlein, B. S., & Rosenheck, R. A. (2017). Delirium tremens and alcohol withdrawal nationally in the Veterans Health Administration. *Am J Addict*, 26(7), 722-730. doi:10.1111/ajad.12603
- Moos, R. H., Moos, B. S., & Timko, C. (2006). Gender, treatment and self-help in remission from alcohol use disorders. *Clinical Medicine and Research*, 4(3), 163-174. doi:10.3121/cmr.4.3.163
- Mounteney, J., Groshkova, T., Thanki, D., Cunningham, A., & Rychert, M. (2014). Mapování trendů o užívání, výrobě a distribuci metamfetaminu v Evropě. *Zaostřeno na drogy*, 3.
- Mravčík, V., Běláčková, V., Grohmannová, K., & Zábranský, T. (2015). Nové psychoaktivní látky a jejich výskyt v České republice. *Časopis lékařů českých*, 154(5), 216-221.
- Mravčík, V., Chomynová, P., & Grohmannová, K. (2016). Užívání návykových látek a problematika závislosti. In J. Horáček, L. Kesner, C. Hoschl, & F. Španiel (Eds.), *Mozek a jeho člověk, mysl a její nemoc*. Praha: Galén.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., . . . Vopravil, J. (2018). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017* (V. Mravčík Ed.). Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z., . . . Malinová, H. (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Leštinová, Z. T., Rous, Z., . . . Vopravil, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015* (V. Mravčík Ed.). Praha: Úřad vlády ČR.

- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., . . . Vopravil, J. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016* (V. Mravčík Ed.). Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., . . . Jurystová, L. (2014). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013* (V. Mravčík Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Kiššová, L., Nechanská, B., . . . Jurystová, L. (2013). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012* (V. Mravčík Ed.). Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Petrošová, B., Zábranský, T., Řehák, V., & Coufalová, M. (2009). Výskyt VHC u injekčních uživatelů drog. Výsledky studie prováděné mezi klienty nízkoprahových zařízení v letech 2002–2005 (978-80-7440-003-2). Retrieved 31. 7. 2017, from Úřad vlády ČR [https://www.drogy-info.cz/data/download/91330/393423/file/5\\_Vyskyt\\_VHC\\_u\\_injekcnich\\_uzivatelu\\_drog\\_ePubl.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/download/91330/393423/file/5_Vyskyt_VHC_u_injekcnich_uzivatelu_drog_ePubl.pdf)
- Mravčík, V., Škařupová, K., & Sklenář, O. (2009). Česká protidrogová politika a její koordinace. Historie a současnost. *Zaostřeno*, 2009(2), 1-12.
- Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37(6), 393-401. doi:10.1016/S0010-440X(96)90022-X
- Murphy, P. N., Bentall, R. P., Ryley, L. D., & Ralley, R. (2003). Predicting postdischarge opiate abstinence from admission measures of motivation and confidence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(2), 167-170. doi:10.1037/0893-164X.17.2.167
- Nakama, H., Chang, L., Cloak, C., Jiang, C., Alicata, D., & Haning, W. (2008). Association between psychiatric symptoms and craving in methamphetamine users. *Am J Addict*, 17(5), 441-446. doi:10.1080/10550490802268462
- Nechanská, B., Mravčík, V., & Popov, P. (2014). Národní registr léčby uživatelů drog. *Adiktologie*, 14(4), 364-365.
- Nechanská, B., Nečas, V., & Mravčík, V. (2013). Sčítání adiktologických služeb. *Zaostřeno na drogy*, 13(5), 1-16.
- Nešpor, K. (2013). *Sebeovládání. Stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat* Praha: Portál.
- Nezdarová, E., & Gabrhelík, R. (2016). Zájem aktivních uživatelů metamfetaminu o farmakoterapii závislosti na metamfetaminu. *Čes a slov Psychiat*, 112(2), 76-81.
- Ngo, H. T., Tait, R. J., & Hulse, G. K. (2011). Hospital psychiatric comorbidity and its role in heroin dependence treatment outcomes using naltrexone implant or methadone maintenance. *J Psychopharmacol*, 25(6), 774-782. doi:10.1177/0269881110364266
- Nosyk, B., Anglin, M. D., Brecht, M. L., Lima, V. D., & Hser, Y. I. (2013). Characterizing durations of heroin abstinence in the California civil addict program: Results from a 33-year observational cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 177(7), 675-682. doi:10.1093/aje/kws284
- Nosyk, B., Geller, J., Guh, D. P., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., . . . Anis, A. H. (2010). The effect of motivational status on treatment outcome in the North

- American Opiate Medication Initiative (NAOMI) study. *Drug and Alcohol Dependence*, 111(1), 161-165. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.03.019
- Novotný, V., André, I., & Somošová, J. (2005). Toxické psychózy I. časť. Terminológia, výskyt, diagnostika. . *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 40(5), 283-297.
- OECD. (2018). Alcohol consumption (Publication no. 10.1787/e6895909-en). Retrieved 1.4.2019, from Organisation for Economic Co-operation and Development <https://www.oecd-ilibrary.org/content/data/e6895909-en>.
- Okruhlica, L., Mihalkova, A., Klempova, D., & Skovayova, L. (2002). Three-year follow-up study of heroin users in Bratislava. *Eur Addict Res*, 8(2), 103-106. doi:52061
- Oktábec, Z., & Gabrhelík, R. (2015). *Substituce metamfetaminu: souhrn klinických studií*. Paper presented at the XXI. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 54. celostátní konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Seč. 7.6.-11.6.2015.
- Orlíková, B. (2017). Prädiktoren für den Behandlungserfolg bei Methamphetamin-Abhängigkeit. In H. Stover, A. Dichtl, & N. Graf (Eds.), *Crystal Meth. Prävention, Beratung und Behandlung*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag - Der Verlag für Angewandte Wissenschaften.
- Orlíková, B. (2018). Predictors of the Successful Treatment of Addiction to Heroin and Other Illicit Opioids. Systematic review. *Adiktologie*, 18(2), 7-14.
- Orlíková, B., & Csémy, L. (2016). Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu. *Adiktologie*, 16(1), 26-35.
- Orlíková, B., & Csémy, L. (2017). *Psychiatrické duální diagnózy u uživatelů alkoholu*. Paper presented at the XXIII. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 56. celostátní konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Seč 4. 6. - 8. 6. 2017.
- Orlíková, B., Chomynová, P., Grohmannová, K., & Mravčík, V. (2017). Situace a trendy na české drogové scéně. *Psychiatrie*, 21(3), 140-148.
- Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., Lauzon, P., Guh, D., Anis, A., & Schechter, M. T. (2009). Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *New England Journal of Medicine*, 361(8), 777-786. doi:10.1056/NEJMoa0810635
- Oviedo-Joekes, E., Sordo, L., Guh, D., Marsh, D. C., Lock, K., Brissette, S., . . . Schechter, M. T. (2015). Predictors of non-use of illicit heroin in opioid injection maintenance treatment of long-term heroin dependence. *Addictive Behaviors*, 41, 81-86. doi:10.1016/j.addbeh.2014.10.003
- Palkovič, P., Alexanderčíková, Z., Slezáková, S., Vojtková, D., & Okruhlica, L. (2011). Kombinovaná diagnóza – závislost od metamfetamínov a psychóza. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 46(3), 175-183.
- Pani, P. P., Trogu, E., Contu, P., Agus, A., & Gessa, G. L. (1997). Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance treatment program. *Drug and Alcohol Dependence*, 48(2), 119-126. doi:10.1016/S0376-8716(97)00115-4

- Parmenter, J., Mitchell, C., Keen, J., Oliver, P., Rowse, G., Neligan, I., . . . Mathers, N. (2013). Predicting biopsychosocial outcomes for heroin users in primary care treatment: a prospective longitudinal cohort study. *Br J Gen Pract*, *63*(612), 499-505. doi:10.3399/bjgp13X669220
- Passetti, F., Clark, L., Davis, P., Mehta, M. A., White, S., Checinski, K., . . . Abou-Saleh, M. (2011). Risky decision-making predicts short-term outcome of community but not residential treatment for opiate addiction. Implications for case management. *Drug and Alcohol Dependence*, *118*(1), 12-18. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.02.015
- Passetti, F., Clark, L., Mehta, M. A., Joyce, E., & King, M. (2008). Neuropsychological predictors of clinical outcome in opiate addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, *94*(1), 82-91. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.10.008
- Pauly, B., Gray, E., Perkin, K., Chow, C., Vallance, K., Krysowaty, B., & Stockwell, T. (2016). Finding safety: a pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduction Journal*, *13*(1), 1-11. doi:10.1186/s12954-016-0102-5
- Pavlovská, A., & Minařík, J. (2015). Substituční léčba závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Peles, E., Linzy, S., Kreek, M. J., & Adelson, M. (2008). One-year and cumulative retention as predictors of success in methadone maintenance treatment: A comparison of two clinics in the United States and Israel. *Journal of Addictive Diseases*, *27*(4), 11-25. doi:10.1080/10550880802324382
- Pettinati, H. M. (2004). Antidepressant treatment of co-occurring depression and alcohol dependence. *Biological Psychiatry*, *56*(10), 785-792. doi:10.1016/j.biopsych.2004.07.016
- Phillips, K. A., Epstein, D. H., & Preston, K. L. (2014). Psychostimulant addiction treatment. *Neuropharmacology*, *87*, 150-160. doi:10.1016/j.neuropharm.2014.04.002
- Pickens, R. W., Preston, K. L., Miles, D. R., Gupman, A. E., Johnson, E. O., Newlin, D. B., . . . Umbricht, A. (2001). Family history influence on drug abuse severity and treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, *61*(3), 261-270. doi:10.1016/S0376-8716(00)00146-0
- Poirier, M.-F., Laqueille, X., Jalfre, V., Willard, D., Bourdel, M. C., Fermanian, J., & Olié, J. P. (2004). Clinical profile of responders to buprenorphine as a substitution treatment in heroin addicts: results of a multicenter study of 73 patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *28*(2), 267-272. doi:10.1016/j.pnpbp.2003.10.003
- Popov, P. (2002). Závislosti na alkoholu. *Interni medicina pro praxi*, *4*(10), 4-7.
- Popov, P. (2003). Alkohol. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Popov, P. (2013). Problematika alkoholu v ČR z pohledu adiktologie (a krátce o historii přístupů k alkoholismu). *Revue České lékařské akademie*, *9*, 6-7.
- Prajsová, J., Chomynová, P., Dvořáková, Z., Příhodová, K., & Csémy, L. (2018). Analýza projevů suicidálního chování u českých adolescentů: rizikové faktory pro suicidální



myšlenky, plány a pokusy. *Československá psychologie : časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 62(1), 16-31.

- Preston, A., & Malinowski, A. (2007). *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě. Praktická příručka pro uživatele drog* (M. Šefránek Ed.). Praha: Úřad vlády ČR.
- Prokopová, M. (2018). Pití pod kontrolou. Brno jako první v republice zřídí mokré centrum. Retrieved 2.4.2019 [https://www.idnes.cz/brno/zpravy/mokre-centrum-brno-bezdomovci-hollan.A180818\\_421694\\_brno-zpravy\\_vh](https://www.idnes.cz/brno/zpravy/mokre-centrum-brno-bezdomovci-hollan.A180818_421694_brno-zpravy_vh).
- Racková, S., & Janů, L. (2008). Antidepressiva, deprese a závislost na alkoholu. *Psychiatria pre prax*, 9(3), 130-134.
- Ravarino, J. M., Gardner, M. K., Hill, R. D., & Lundberg, K. (2008). Effectiveness of pretreatment interim support group attendance in facilitating treatment enrollment among methamphetamine abusers. *Addict Behav*, 33(2), 336-341. doi:10.1016/j.addbeh.2007.09.006
- Rawson, R. A., Frazier, Y., McCann, M. J., Zweben, J., Marinelli-Casey, P., Gallagher, C., . . . Vandersloot, D. (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99, 708-717.
- Rawson, R. A., Gonzales, R., & Brethen, P. (2002). Treatment of methamphetamine use disorders an update. *J Subst Abuse Treat*, 23(2), 145-150.
- Rawson, R. A., Gonzales, R., Obert, J. L., McCann, M. J., & Brethen, P. (2005). Methamphetamine use among treatment-seeking adolescents in Southern California: participant characteristics and treatment response. *J Subst Abuse Treat*, 29(2), 67-74. doi:10.1016/j.jsat.2005.04.001
- Rawson, R. A., Chudzynski, J., Mooney, L., Gonzales, R., Ang, A., Dickerson, D., . . . Cooper, C. B. (2015). Impact of an exercise intervention on methamphetamine use outcomes post-residential treatment care. *Drug Alcohol Depend*. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.08.029
- Rehm, J., Allamani, A., Aubin, H. J., Della Vedova, R., Elekes, Z., Frick, U., . . . Wojnar, M. (2015). People with alcohol use disorders in specialized care in eight different European countries. *Alcohol Alcohol*, 50(3), 310-318. doi:10.1093/alcalc/aggv009
- Rhodes, T. (2009). Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach. *Int J Drug Policy*, 20(3), 193-201. doi:10.1016/j.drugpo.2008.10.003
- Rhodes, T., Watts, L., Davies, S., Martin, A., Smith, J., Clark, D., . . . Lyons, M. (2007). Risk, shame and the public injector: a qualitative study of drug injecting in South Wales. *Soc Sci Med*, 65(3), 572-585. doi:10.1016/j.socscimed.2007.03.033
- Roll, J. M., Petry, N. M., Stitzer, M. L., Brecht, M.-L., Peirce, J. M., McCann, M. J., . . . Kellogg, S. (2006). Contingency Management for the Treatment of Methamphetamine Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1993-1999. doi:10.1176/ajp.2006.163.11.1993
- Salamina, G., Diecidue, R., Vigna-Taglianti, F., Jarre, P., Schifano, P., Bargagli, A. M., . . . Faggiano, F. (2010). Effectiveness of therapies for heroin addiction in retaining patients in treatment: results from the VEdeTTE study. *Subst Use Misuse*, 45(12), 2076-2092. doi:10.3109/10826081003791932

- Salo, R., Fassbender, C., Iosif, A., Ursu, S., Leamon, M. H., & Carter, C. (2013). Predictors of methamphetamine psychosis: History of ADHD-relevant childhood behaviors and drug exposure. *Psychiatry Research*, *210*(2), 529-535.
- Salo, R., Flower, K., Kielstein, A., Leamon, M. H., Nordahl, T. E., & Galloway, G. P. (2011). Psychiatric comorbidity in methamphetamine dependence. *Psychiatry Res*, *186*(2-3), 356-361. doi:10.1016/j.psychres.2010.09.014
- Sannibale, C., Hurkett, P., Van Den Bossche, E., O'Connor, D., Zador, D., Capus, C., . . . McKenzie, M. (2003). Aftercare attendance and post-treatment functioning of severely substance dependent residential treatment clients. *Drug and Alcohol Review*, *22*(2), 181-190. doi:10.1080/09595230100100624
- Scott, J. C., Woods, S. P., Matt, G. E., Meyer, R. A., Heaton, R. K., Atkinson, J. H., & Grant, I. (2007). Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev*, *17*(3), 275-297. doi:10.1007/s11065-007-9031-0
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2015). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2016a). *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018, 2. revize*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2016b). Počet případů hepatitidy C stoupá. Přestože prevence ušetří miliony, ČR se potýká s nedostatkem sociálních pracovníků. Retrieved 31. 7. 2017, from Úřad vlády ČR <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/pocet-pripadu-hepatitidy-c-stoupa--prestoze-prevence-usetri-miliony--cr-se-potyka-s-nedostatkem-socialnich-pracovniku-147352/>.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2019). Seznam držitelů certifikátů odborné způsobilosti. Retrieved 2. 4. 2019, from Úřad vlády ČR <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/sit-sluzeb/seznam-drzitelu-certifikatu-odborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-uzivatele-drog-102635/>.
- Semple, S. J., Zians, J., Strathdee, S. A., & Patterson, T. L. (2007). Psychosocial and behavioral correlates of depressed mood among female methamphetamine users. *J Psychoactive Drugs, Suppl 4*, 353-366.
- Shearer, J. (2007). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: a systematic review. *J Subst Abuse Treat*, *32*(1), 41-52. doi:10.1016/j.jsat.2006.06.012
- Shoptaw, S., Peck, J., Reback, C. J., & Rotheram-Fuller, E. (2003). Psychiatric and substance dependence comorbidities, sexually transmitted diseases, and risk behaviors among methamphetamine-dependent gay and bisexual men seeking outpatient drug abuse treatment. *J Psychoactive Drugs*, *35 Suppl 1*, 161-168. doi:10.1080/02791072.2003.10400511
- Schuman-Olivier, Z., Weiss, R. D., Hoepfner, B. B., Borodovsky, J., & Albanese, M. J. (2014). Emerging adult age status predicts poor buprenorphine treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *47*(3), 202-212. doi:10.1016/j.jsat.2014.04.006
- Smith, L. J., McNamara, P. J., & King, A. C. (2017). Optimizing follow-up and study retention in the 21st century: Advances from the front line in alcohol and tobacco

- research. *Drug and Alcohol Dependence*, 175, 171-178. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.01.045
- Smith, R. C., Blumenthal, H., Badour, C., & Feldner, M. T. (2010). An investigation of relations between crystal methamphetamine use and posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*, 35(6), 625-627.
- Soyka, M., Zingg, C., Koller, G., & Kuefner, H. (2008). Retention rate and substance use in methadone and buprenorphine maintenance therapy and predictors of outcome: Results from a randomized study. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11(5), 641-653. doi:10.1017/S146114570700836X
- Staines, G., Magura, S., Rosenblum, A., Fong, C., Kosanke, N., Foote, J., & Deluca, A. (2003). Predictors of drinking outcomes among alcoholics. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 29(1), 203-218.
- Stein, M. D., Cloe, P., & Friedmann, P. D. (2005). Brief report: Buprenorphine retention in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(11), 1038-1041. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0228.x
- Strathdee, S. A., Hallett, T. B., Bobrova, N., Rhodes, T., Booth, R., Abdool, R., & Hankins, C. A. (2010). HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet*, 376(9737), 268-284. doi:10.1016/s0140-6736(10)60743-x
- SÚKL. (2017). *Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života*. . Státní ústav pro kontrolu léčiv. Praha.
- Šefránek, M. (2013). Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí: výsledky po jednom roce od ukončení léčby. *Adiktologie*, 13(2), 106-128.
- Šefránek, M. (2014). *Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí. Změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Teesson, M., Marel, C., Darke, S., Ross, J., Slade, T., Burns, L., . . . Mills, K. L. (2015). Long-term mortality, remission, criminality and psychiatric comorbidity of heroin dependence: 11-year findings from the Australian treatment outcome study. *Addiction*, 110(6), 986-993. doi:10.1111/add.12860
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J., & Domingo-Salvany, A. (2017). *Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě* (L. Grolmusová Ed.). Praha: Úřad vlády ČR.
- UNODC. (2018). *World Drug Report*. New York: United Nations Office for Drugs and Crime.
- Urbanoski, K., Kenaszchuk, C., Veldhuizen, S., & Rush, B. (2015). The Clustering of Psychopathology Among Adults Seeking Treatment for Alcohol and Drug Addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 49, 21-26. doi:10.1016/j.jsat.2014.07.004
- ÚZIS. (2012). Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Retrieved 2.4.2019, from Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- ÚZIS. (2018). *Psychiatrická péče 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Váňová, A., Skývová, M., & Csémy, L. (2017). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2016. Výzkumná zpráva*. Praha: Státní zdravotní ústav.

- Večeřová-Procházková, A., Csémy, L., Staňková, Z., Molnárová, M., Jacobs Exnerová, P., Kožený, J., . . . Peláková, K. (2007). Retence v substitučním programu buprenorfinem. *Čes. a slov. Psychiat.*, *103*(7), 329–335.
- Villafranca, S. W., McKellar, J. D., Trafton, J. A., & Humphreys, K. (2006). Predictors of retention in methadone programs: A signal detection analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *83*(3), 218-224. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.11.020
- Vocci, F. J., & Montoya, I. D. (2009). Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence. *Curr Opin Psychiatry*, *22*(3), 263-268. doi:10.1097/YCO.0b013e32832a3b44
- Všetička, J. (2014). Souvislosti mezi užíváním pervitinu a marihuany, toxickými psychózami a schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie*, *110*(2), 67-74.
- Wang, G., Shi, J., Chen, N., Xu, L., Li, J., Li, P., . . . Lu, L. (2013). Effects of length of abstinence on decision-making and craving in methamphetamine abusers. *PLoS One*, *8*(7), e68791. doi:10.1371/journal.pone.0068791
- Warden, D., Subramaniam, G. A., Carmody, T., Woody, G. E., Minhajuddin, A., Poole, S. A., . . . Trivedi, M. H. (2012). Predictors of attrition with buprenorphine/naloxone treatment in opioid dependent youth. *Addict Behav*, *37*(9), 1046-1053. doi:10.1016/j.addbeh.2012.04.011
- Weinstein, Z. M., Kim, H. W., Cheng, D. M., Quinn, E., Hui, D., Labelle, C. T., . . . Samet, J. H. (2017). Long-term retention in Office Based Opioid Treatment with buprenorphine. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *74*, 65-70. doi:10.1016/j.jsat.2016.12.010
- Williams, H., Remedios, A., Oyefeso, A., & Bennet, J. (2002). Buprenorphine detoxification treatment for heroin dependence: A preliminary experience in an outpatient setting. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *19*(3), 80-83. doi:10.1017/S0790966700007114
- Williamson, A., Darke, S., Ross, J., & Teesson, M. (2007). The effect of baseline cocaine use on treatment outcomes for heroin dependence over 24 months: Findings from the Australian Treatment Outcome Study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *33*(3), 287-293. doi:10.1016/j.jsat.2006.12.009
- Williamson, L., Thom, B., Stimson, G. V., & Uhl, A. (2015). Stigma as a public health tool: Implications for health promotion and citizen involvement - A response to Bayer and Fairchild. *Int J Drug Policy*, *26*(7), 615-616. doi:10.1016/j.drugpo.2015.04.004
- Winkler, P., Formánek, T., Mladá, K., & Čermáková, P. (2018). The CZEch Mental health Study (CZEMS): Study rationale, design, and methods. *Int J Methods Psychiatr Res*, *27*(3), e1728. doi:10.1002/mpr.1728
- Woodcock, E. A., Greenwald, M. K., & Lundahl, L. H. (2015). Predictors of sublingual buprenorphine induction and detoxification response among heroin-dependent adults. *Drug and Alcohol Dependence*, *146*, 25-26. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.09.750
- World Health Organization. (2001). *Systematic review of treatment for amphetamine-related disorders*. Ženeva: World Health Organization.

- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Ženeva: World Health Organization.
- Wu, L. J., Altshuler, S. J., Short, R. A., & Roll, J. M. (2012). Predicting drug court outcome among amphetamine-using participants. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(4), 373-382. doi:10.1016/j.jsat.2011.09.008
- Yang, M., Liao, Y., Wang, Q., Chawarski, M. C., & Hao, W. (2015). Profiles of psychiatric disorders among heroin dependent individuals in Changsha, China. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 272-279. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.01.028
- Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Zábranský, T. (2007). Methamphetamine in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues*, 37(1), 155-180. doi:10.1177/002204260703700108
- Zábranský, T., & Mravčík, V. (2015). Epidemiologie návykových látek (drogová epidemiologie). In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Ziedonis, D. M., Amass, L., Steinberg, M., Woody, G., Krejci, J., Annon, J. J., . . . Ling, W. (2009). Predictors of outcome for short-term medically supervised opioid withdrawal during a randomized, multicenter trial of buprenorphine–naloxone and clonidine in the NIDA clinical trials network drug and alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1–3), 28-36. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.06.016
- Zorick, T., Nestor, L., Miotto, K., Sugar, C., Hellemann, G., Scanlon, G., . . . London, E. D. (2010). Withdrawal symptoms in abstinent methamphetamine-dependent subjects. *Addiction*, 105(10), 1809-1818. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03066.x
- Zweben, J. E., Cohen, J. B., Christian, D., Galloway, G. P., Salinardi, M., Parent, D., & Iguchi, M. (2004). Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *Am J Addict*, 13(2), 181-190. doi:10.1080/10550490490436055

## Seznam tabulek

Tabulka 1. Psychiatrická komorbidita u závislosti na alkoholu .....	54
Tabulka 2. Výskyt komorbidních psychiatrických poruch u schizofrenie, deprese a generalizované úzkostné poruchy .....	61
Tabulka 3. Typ programu a respondenti podle pohlaví (n,%.) .....	89
Tabulka 4. Respondenti podle primární návykové látky a pohlaví (N, %). .....	89
Tabulka 5. Respondenti podle typu programu a druhu užívané látky (N, %). .....	90
Tabulka 6. Respondenti podle typu užívané látky a věkové kategorie (N, %). .....	90
Tabulka 7. Výskyt závažných depresivních stavů u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P4. ASI Lite. ....	98
Tabulka 8. Výskyt úzkostných stavů u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P5. ASI Lite. ....	99
Tabulka 9. Výskyt halucinací bez ovlivnění návykovou látkou u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P6. ASI Lite. ....	99
Tabulka 10. Kognitivní potíže bez ovlivnění návykovou látkou u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P7. ASI Lite. ....	99
Tabulka 11. Potíže s ovládním (epizody zuřivosti, násilí) u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P8. ASI Lite. ....	100
Tabulka 12. Četnost myšlenek na sebevraždu u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P9. ASI Lite. ....	100
Tabulka 13. Četnost pokusů o sebevraždu u respondentů ve skupinách dle primární návykové látky (N, %), otázka P10. ASI Lite. ....	100
Tabulka 14. Počet respondentů ve skupinách dle primární návykové látky, kteří měli předepsané léky pro psychické potíže (N, %), otázka P11 ASI Lite. ....	101
Tabulka 15. Počet dní se závažnými psychickými potížemi v posledních 30 dnech (N, %), otázka P12. dotazníku ASI Lite. ....	101
Tabulka 16. Udávaná závažnost psychických potíží a potřeby odborné pomoci (N, %), otázky P13. a P14. dotazníku ASI Lite. ....	102

Tabulka 20. Skóry GSI (Global Severity Index) v dotazníku BSI. ....	122
---	-----

## **Seznam grafů**

Graf 1. Výsledky studie ESPAD od r. 1995 do r. 2015. ....	20
Graf 2. Zkušenosti s užívání alkoholu, tabáku a konopí ze studie HBSC .....	21
Graf 3. Ambulantní psychiatrická péče (37 013 pacientů). ....	30
Graf 4. Lůžková psychiatrická péče (14 513 pacientů) .....	31
Graf 5. Výsledky dotazníku MHI 5 u respondentů podle typu primární užívané látky ....	103
Graf 6. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) MHI 5 podle typu primární návykové látky .....	104
Graf 7. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test MHI 5 podle typu primární návykové látky .....	105
Graf 8. Výsledky dotazníku MHI 5 u respondentů podle typu léčebného zařízení.....	106
Graf 9. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) MHI 5 podle typu léčebného zařízení.....	107
Graf 10. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test MHI 5 podle typu léčebného zařízení.....	108
Graf 11. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) Spokojenost s fyzickým zdravím dle typu užívané drogy.....	110
Graf 12. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test Spokojenosti s fyzickým zdravím podle návykové látky .....	111
Graf 13. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) Spokojenost s náladou dle typu užívané drogy.....	112
Graf 14. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test Spokojenosti s náladou podle typu primární návykové látky .....	113
Graf 15. Skóry v jednotlivých dimenzích dotazníku BSI 53 u respondentů podle typu zařízení.....	114
Graf 16. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) BSI – obsese/kompulze léčba podle typu léčebného zařízení.....	115

Graf 17. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test BSI – obsese/kompulze podle typu léčebného zařízení .....	116
Graf 18. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) BSI - deprese léčba podle typu léčebného zařízení.....	117
Graf 19. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test BSI - deprese podle typu léčebného zařízení.....	118
Graf 20. Skóry v dotazníku BSI u respondentů podle typu primární užívané návykové látky. ....	119
Graf 21. Graf včetně tabulky Kruskal-Wallis test (boxplot) BSI – obsese/kompulze podle typu primární návykové látky .....	120
Graf 22. Graf včetně tabulky Dunn-Bonferroni Post-Hoc test BSI – obsese/kompulze podle typu primární návykové látky .....	121



## **Seznam příloh**

1. Informace pro klienta a informovaný souhlas
2. Dotazník pro klienta – pro základní šetření
3. Dotazník pro personál
4. Rozhodnutí Etické komise NUDZ
5. Rozhodnutí Etické komise VFN v Praze

## **Abstrakt**

Název práce: Psychiatrická symptomatologie u uživatelů návykových látek v léčbě závislosti

Autor práce: Mgr. Barbora Orlíková

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, PhD.

Počet stran a znaků: 163 stran, 334 385 znaků včetně mezer

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 294

**Abstrakt:**

V disertační práci jsou představeny výsledky části pilotní studie zaměřené na léčbu závislostí v ČR, kterou provádí Národní ústav duševního zdraví. Jedná se o prospektivní kohortovou studii porovnávací profil klientů a výsledky intervencí ve čtyřech typech zařízení (kontaktní centrum, ambulantní program, substituční léčbě a pobytové léčbě v psychiatrické nemocnici) na vzorku 165 respondentů. Údaje byly sbírány v rámci semistrukturovaných rozhovorů s klienty (základní rozhovor probíhal po zahájení léčby, návazné vyšetření po třech měsících a po jednom roce). Jsou prezentovány výsledky ze základního vyšetření týkající se psychického stavu a psychiatrické symptomatologie u respondentů rozdělených do skupin podle primární užívané návykové látky a podle typu zařízení, kde byli osloveni. Jsou využity standardizované nástroje Addiction Severity Index Lite (část zaměřená na psychické zdraví), Mental Health Inventory 5, Brief Symptom Inventory 53, Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form. Pacienti v léčbě kvůli závislosti na alkoholu vykazují v některých oblastech hodnocení nejméně příznivých výsledků oproti respondentům, kteří užívají jiný typ látek. Všichni respondenti dosahují méně příznivých výsledků než obecná populace. Pro ucelenější výzkum problematiky je v rámci NÚDZ plánována rozsáhlejší studie zaměřená na léčbu závislostí v ČR.

**Klíčová slova:** Psychiatrická komorbidita, psychiatrická symptomatologie, léčba závislosti, návykové látky

## **Abstract**

Title: Psychiatric Symptomatology among Substance Users in Addiction Treatment

Author: Mgr. Barbora Orliková

Supervisor: Mgr. Miroslav Charvát, PhD.

Number of pages and characters: 163 pages, 334 385 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 294

Abstract:

This thesis presents preliminary results of a study Evaluation of addiction treatment, carried out by the National Institute of Mental Health. This is a prospective cohort study comparing the profile of clients and the results of interventions in four types of facilities (drop-in centers, outpatient programs, substitution treatment, inpatient treatment in a psychiatric hospital) in the total sample of 165 respondents. Data are collected as part of semistructured interviews with clients (baseline interview and follow-up examination after three months and one year). The results of the initial assessment regarding the mental state and psychiatric symptoms among respondents grouped according to primary substance use and the type of the treatment facility are presented. Standardized tools were used (Addiction Severity Index Lite (the part Psychiatric status), Mental Health Inventory 5, Brief Symptom Inventory 53, Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form. Alcohol addiction treatment patients show in some areas the least favorable outcomes compared to those who use another type of substance. All respondents have less favorable results than the general population. A more extensive study focusing on the treatment of addictions in the Czech Republic is planned for a more comprehensive research of the issue within the NIMH.

Key words: Psychiatric comorbidity, psychiatric symptomatology, addiction treatment, substance use