



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

VÝZKUMNÁ ZPRÁVA

Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě

Marta Torrens
Joan-Ignasi Mestre-Pintó
Antònia Domingo-Salvany



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě

Marta Torrens, Joan-Ignasi Mestre-Pintó, Antònia Domingo-Salvany

Český překlad tohoto dokumentu je publikován se svolením EMCDDA a je plnou zodpovědností překladatele.

Původní dokument Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe viz http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe_en.

Obsah této publikace nemusí nutně odrážet oficiální stanoviska jednotlivých partnerů EMCDDA, členských zemí EU nebo jakýchkoli institucí či orgánů Evropské unie. Bližší informace o Evropské unii jsou k dispozici na internetu (<http://europa.eu>).



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě

1. vydání v českém jazyce

© Úřad vlády České republiky, 2017

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

tel.: +420 296 153 222

rvkpp.vlada.cz, www.drogy-info.cz

Autoři: Marta Torrens, Joan-Ignasi Mestre-Pintó a Antònia Domingo-Salvany

Editor českého vydání: Mgr. Lucie Grolmusová

Odpovědný redaktor: Mgr. Lucie Grolmusová

Jazyková korektura: PhDr. Alena Palčová

Design: Missing Element

Sazba: Vladimír Vašek

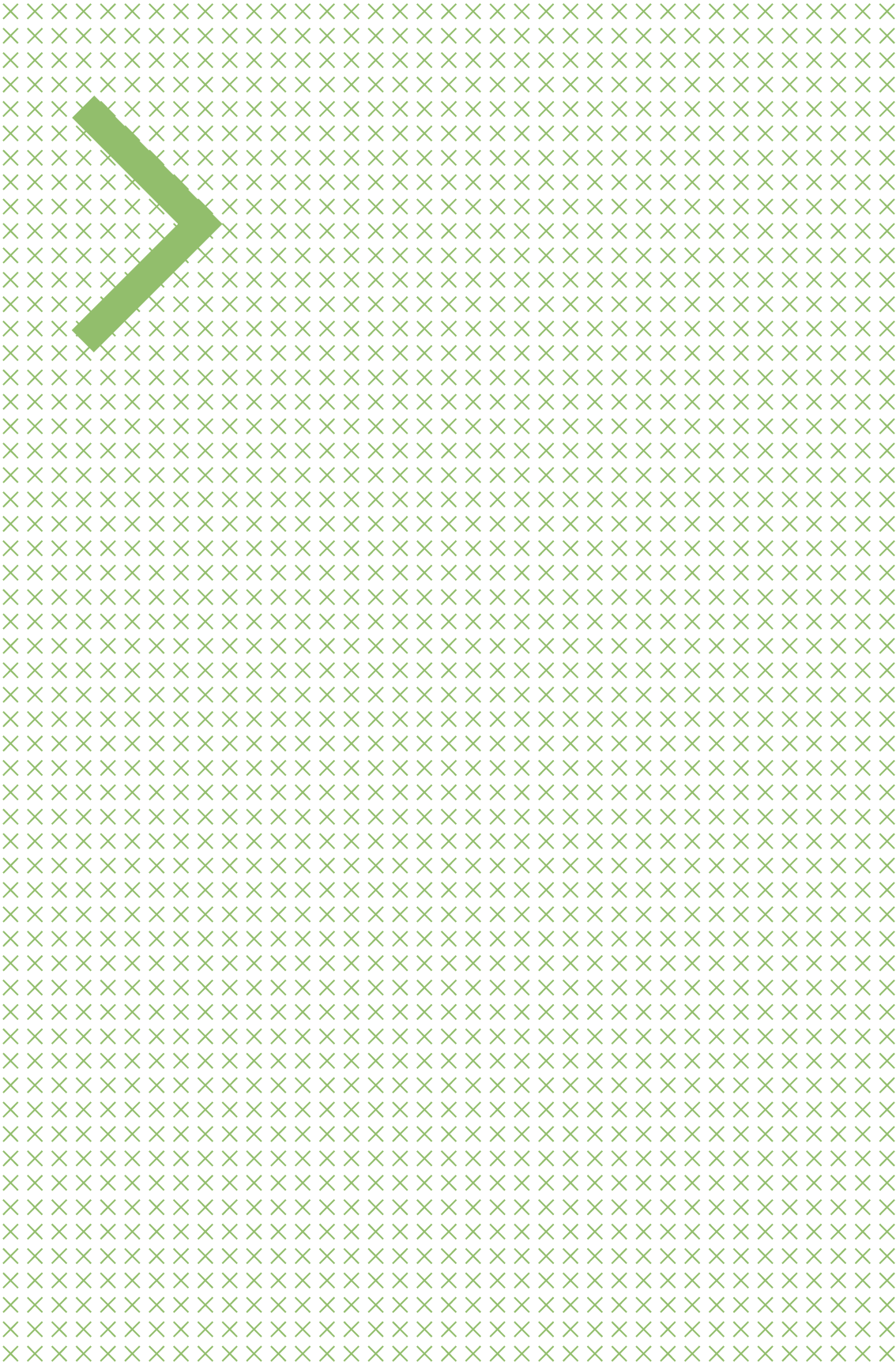
© Úřad vlády České republiky, 2017

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

ISBN 978-80-7440-194-7

Obsah

Předmluva	5
Poděkování	7
Shrnutí	9
Úvod	15
Kapitola 1	
Komorbidity adiktologických a duševních poruch: teoretická východiska a význam	19
Kapitola 2	
Posuzování psychiatrické komorbidity u uživatelů drog	29
Kapitola 3	
Metody	45
Kapitola 4	
Epidemiologická data týkající se prevalence komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě	49
Kapitola 5	
Specifické charakteristiky komorbidních duševních a adiktologických poruch a klinická doporučení	73
Kapitola 6	
Systém péče o osoby s komorbiditou adiktologických a duševních poruch	89
Kapitola 7	
Závěr a doporučení	107
Glosář	113
Příloha	117
Bibliografie	123



Předmluva

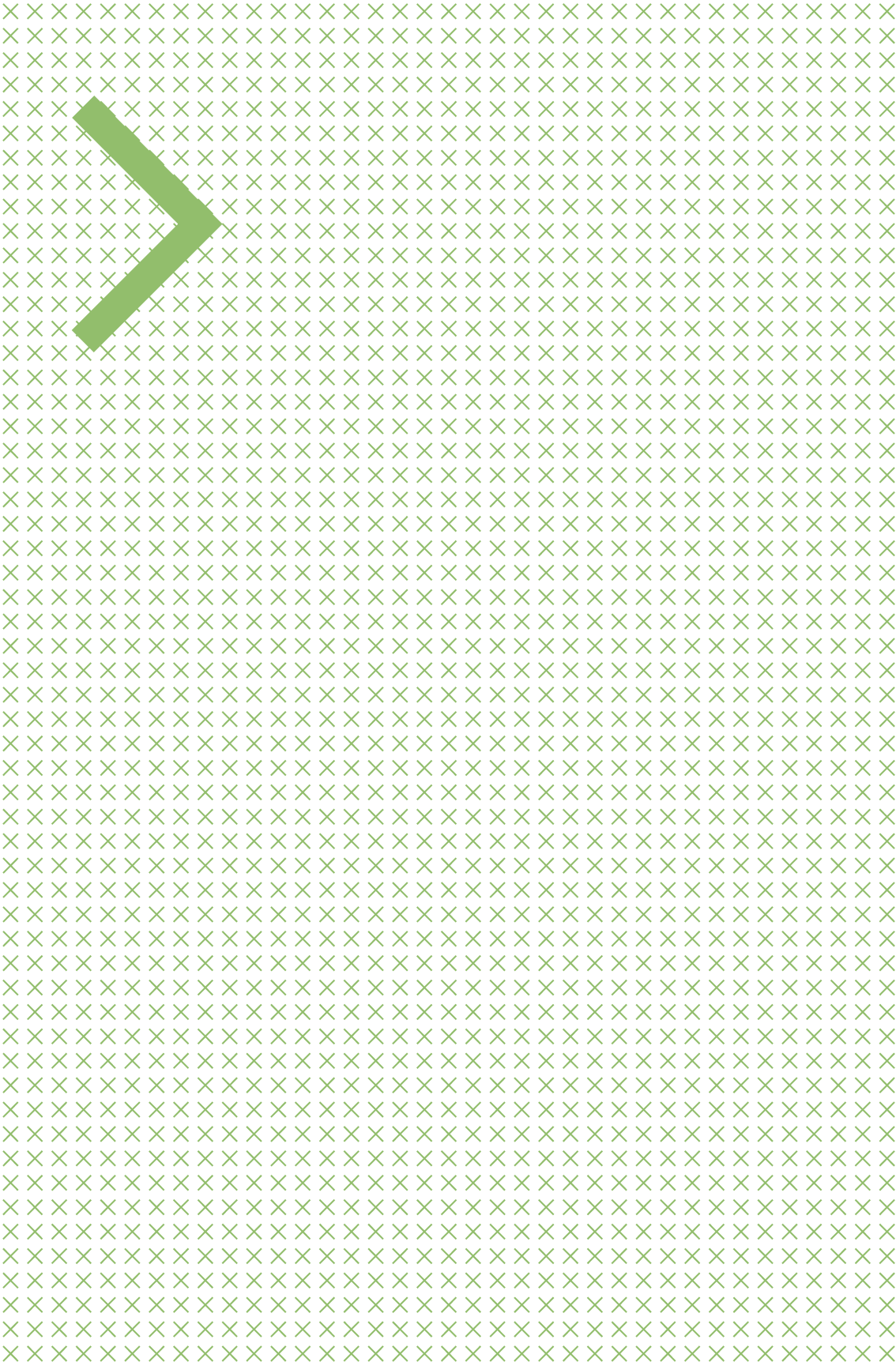
Psychiatrická komorbidita, čili souběžný výskyt dvou nebo více duševních poruch u jednoho člověka, je tématem, kterému odborníci na problematiku duševního zdraví a drog již delší dobu věnují pozornost. Součástí agendy monitoringu situace v oblasti drog v Evropě je již více než 10 let, od chvíle, kdy si jej EMCDDA zvolila jako „vybrané téma“ v rámci své speciální ediční řady a následně věnovala této otázce jednu ze svých tematických zpráv. V poslední době, konkrétně v roce 2013, jsme se k tomuto tématu vrátili v přehledové analýze informací, které jsou k dispozici z jednotlivých evropských zemí. Na základě výsledků tohoto pilotního projektu bylo konstatováno, že k řešení problému psychiatrické komorbidity se v jednotlivých zemích Evropské unie přistupuje různě a že jak odborníci z praxe, tak činitelé zodpovědní za tvorbu příslušných politik projevují značný zájem o možnosti efektivních řešení v této oblasti. Současně vyšlo najevo, že je zapotřebí, abychom tuto problematiku dále komplexně zkoumali.

V této souvislosti jsem rád, že mohu představit publikaci, která vychází z analýzy rozsáhlého korpusu literatury a z velkého množství podkladů dodaných národními monitorovacími středisky sítě Reitox. Tato práce poskytne zodpovědným činitelům, odborníkům na oblast drogové problematiky a dalším zájemcům detailní přehled o konceptu komorbidity v kontextu užívání drog, jakož i o dostupných nástrojích, které je možné využít při jejím diagnostikování. Popsány jsou zde nejčastější kombinace paralelního výskytu poruch z užívání drog a duševních poruch společně s nabídkou doporučených terapeutických a klinických postupů. Informace poskytnuté národními monitorovacími středisky umožňují zohlednit i materiály, které za jiných okolností nejsou výzkumným pracovníkům běžně k dispozici, ať už z toho důvodu, že nejsou publikovány, nebo jsou dostupné pouze v jazycích, které mezinárodní indexovací služby v plné míře nepokrývají. S využitím těchto zdrojů tak předkládaná studie představuje doposud nejkomplexnější analýzu dostupných informací o prevalenci komorbidit adiktologických a duševních poruch v Evropě. Autoři text dokumentu ještě doplnili o přehled opatření realizovaných v rámci systému péče v jednotlivých evropských zemích za účelem řešení komorbidních duševních poruch u uživatelů drog. I tento přehled vychází z dat poskytnutých národními monitorovacími středisky.

Vedle množství různých dokumentárních zdrojů čerpá tato studie také z mnohaletých profesních zkušeností jejích autorů. Ke kvalitě publikace rovněž přispěla pečlivá práce týmu recenzentů složeného z členů vědeckého výboru EMCDDA a dalších vědeckých pracovníků agentury.

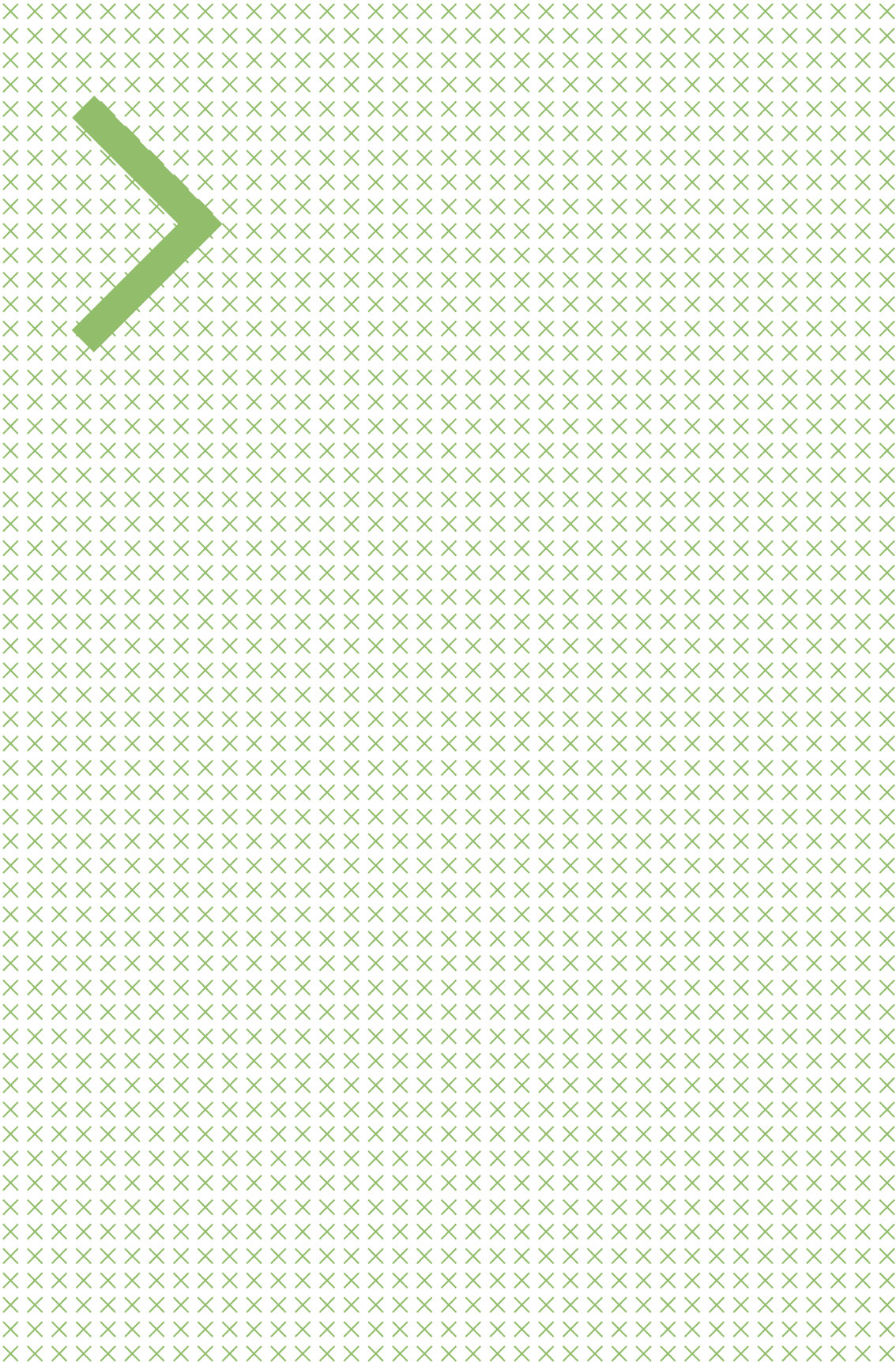
Akceptování fenoménu komorbidit duševních poruch u uživatelů drog a snaha o jeho řešení je důležitým krokem k zajištění lepší péče pro množství lidí, kteří jsou těmito vzájemně provázanými problémy postiženi. V tomto duchu vás také zvou k četbě této publikace.

Wolfgang Götz
ředitel EMCDDA



Poděkování

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost děkuje autorům za jejich práci na této publikaci. Centrum by rovněž rádo vyjádřilo uznání členům vědeckého výboru EMCDDA za odbornou revizi rukopisu. EMCDDA si rovněž přeje vyzdvihnout úlohu národních monitorovacích středisek sítě Reitox a je velmi vděčné následujícím odborníkům za jejich pomoc a příspěví. Jsou jimi jmenovitě Hannu Alho, Marc Auriacombe, Alex Baldacchino, Amine Benyamina, Olof Blix, Gerhard Bühringer, Iliana Crome, Zoltz Demetrovics, Lucia di Furia, Colin Drummond, Gabriele Fischer, Michael Gossop, João Goulão, George Grech, Ante Ivancic, Alexander Kantchelov, Andrej Kastelic, Konstantine Kokkolis, Claudio Leonardi, Icro Maremmani, John Marsden, Jacek Moskalewicz, Ľubomír Okruhlica, Pier Paolo Pani, Luis Patricio, Lola Peris, Marc Reisinger, Michel Reynaud, Norbert Scherbaum, John Strang, Emilis Subata, Win van den Brink a Helge Waal.



Shrnutí

Souvislost mezi škodlivými formami užívání nelegálních drog a závažnými problémy v oblasti veřejného zdraví je pro národní i mezinárodní protidrogové politiky klíčovým tématem. Z hlediska zdravotních rizik spojených s užíváním nelegálních návykových látek stojí v popředí zájmu zejména krví přenosné infekce, jako např. virus lidské imunodeficiency (HIV) a hepatitida typu C. V posledních desetiletích se však značná pozornost věnuje také prevalenci psychiatrických poruch spojených s užíváním návykových látek.

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. Z klinické praxe dále vyplývá, že komorbidní poruchy jsou ve vzájemné interakci a mají cyklickou povahu. Pokud se proto léčba nezaměřuje jak na psychiatrické poruchy, tak na poruchy z užívání návykových látek, prognóza bude v obou případech spíše nepříznivá. Znamená to, že u lidí s komorbidním výskytem poruch z užívání návykových látek a duševních poruch bude existovat vyšší riziko chronicity a kriminálního chování, léčba bude obtížná a nákladná a naděje na uzdravu menší. Vezmeme-li v úvahu zátěž pro zdravotnictví a justici, komorbidní duševní poruchy mezi uživateli drog představují vysoké náklady pro společnost, a jsou tak výzvou nejen pro klinické pracovníky, ale také pro zodpovědné činitele ve veřejné zprávě.

Tuto komorbiditu lze vysvětlit na základě řady nevylučných etiologických a neurobiologických hypotéz. Může být například důsledkem náchylnosti ke dvěma či více samostatným onemocněním. V některých případech je třeba psychiatrickou poruchu považovat za rizikový faktor z hlediska užívání drog, jež může následně vést k rozvoji komorbidní adiktologické poruchy. V jiných případech může být zase užívání návykových látek spouštěčem vzniku psychiatrické poruchy, jež může mít zcela nezávislý průběh. V neposlední řadě může dojít k rozvoji přechodné psychiatrické poruchy následkem intoxikace konkrétním typem látky, případně při odnětí takové látky. Tento stav je znám jako porucha vyvolaná (indukovaná) psychoaktivními látkami.

Identifikace psychiatrické komorbidit u uživatelů návykových látek je problematická, z velké části proto, že akutní i chronické projevy užívání návykových látek mohou imitovat symptomy mnoha dalších duševních poruch. Z toho důvodu je obtížné rozlišovat mezi psychiatrickými symptomy, jež jsou projevem akutního nebo chronického užívání návykových látek nebo abstinování od těchto látek, a těmi, jež jsou příznakem jiné samostatné poruchy. Rozpoznat tyto komorbidit je obtížné také proto, že psychiatrické stavy jsou syndromy, nikoli choroby. V současnosti se obvykle rozlišuje mezi „primárními“ poruchami, „poruchami vyvolanými užíváním psychoaktivních látek“ a „předpokládanými účinky“ užívání návykových látek (tj. očekávanými příznaky intoxikace a odnětí drogy, jež by neměly být diagnostikovány jako příznaky psychiatrické poruchy). Tento nelehký

Úkol si lze usnadnit množstvím nástrojů, které jsou k dispozici pro účely posuzování psychiatrické komorbidity u osob s poruchami z užívání návykových látek. Volba nástroje bude záviset na kontextu a podmínkách (klinické prostředí, epidemiologie, výzkum apod.), času, který je k provedení diagnostiky k dispozici, a odbornosti personálu. Standardní nástroje určené k orientačnímu vyšetření na poruchy z užívání návykových látek a duševní poruchy je třeba užívat plošně v situacích, kdy aplikaci obsáhlejších typů vyšetření komplikuje nedostatek času a odbornosti na straně personálu. Bez tohoto rutinního screeningu mohou případy psychiatrické komorbidity pracovníkům uniknout, pokud pacient vyhledá pomoc v nějakém léčebném zařízení pro uživatele drog, které není schopno zajistit dostatečnou odbornost v oblasti speciální péče o duševní zdraví, případně pokud poruchu z užívání návykových látek léčí praktický lékař. Praktičtí lékaři totiž nemusí být obeznámeni s psychiatrickými diagnózami nebo s diagnózou psychiatrické komorbidity. Je-li zjištěna komorbidní duševní porucha, je třeba zajistit určení finální diagnózy a adekvátní léčbu.

Data o prevalenci komorbidních duševních poruch mezi uživateli drog v evropských zemích jsou dosti nesourodá, nicméně vyplývá z nich, že uživatelé drog vykazují v tomto směru vyšší prevalenceční hodnoty, než je tomu u populací, které drogy neužívají. Tuto nesourodost lze vysvětlit několika faktory souvisejícími nejen s výše zmíněnými metodologickými otázkami, ale také s geografickými a časovými trendy v užívání drog napříč Evropou. Prevalence psychiatrické komorbidity mezi jedinci s poruchami z užívání návykových látek se navíc liší také v závislosti na typu psychiatrické poruchy (poruchy nálady, úzkostné poruchy, psychózy, porucha pozornosti s hyperaktivitou, posttraumatická stresová porucha, poruchy příjmu potravy a poruchy osobnosti) a užívání konkrétní drogy nebo drog (např. opioidy, stimulancia, konopí apod.). Pro lepší pochopení nesourodosti poznatků týkajících se prevalence psychiatrické komorbidity u uživatelů drog v Evropě je v neposlední řadě zapotřebí zohlednit prostředí, v němž se diagnostika provádí (zařízení primární péče, specifická zařízení pro léčbu uživatelů drog, psychiatrické služby atd.).

Celkově platí, že u pacientů s poruchami z užívání návykových látek má psychiatrická komorbidita nepříznivý dopad na jejich klinický stav, psychosociální fungování a kvalitu života. Pojetí léčby duální diagnózy, ať už farmakologické, psychologické či kombinované, musí zohledňovat obě poruchy od momentu jejich diagnostikování. Jedině tak je možné zvolit u každého jedince optimální terapeutickou variantu.

K nejčastěji zjištěným psychiatrickým komorbiditám u osob s poruchami z užívání návykových látek patří deprese. Jejich prevalence se pohybuje v rozmezí od 12 do 80 %. Výskyt deprese v kombinaci s poruchami z užívání návykových látek se pojí s nižší mírou úspěšností léčby jak adiktologických, tak depresivních poruch. Osoby s komorbiditou vykazují také vyšší prevalenci pokusů o sebevraždu, resp. dokonaných sebevražd, než jedinci, kteří trpí pouze jednou z poruch. Mezi jedinci s poruchami z užívání návykových látek trpí depresivní poruchou častěji ženy než muži. U žen s poruchami z užívání návykových látek se souběh s depresivní poruchou vyskytuje dvakrát častěji než u žen v obecné populaci. Tato skupina žen představuje tedy v tomto ohledu obzvláště rizikovou populaci a současně specifickou cílovou skupinu z hlediska politiky v oblasti léčby.

V souvislosti s užíváním návykových látek jsou častým jevem také úzkostné poruchy, zejména panické a posttraumatické stresové poruchy. Uvádí se až 35% podíl této formy komorbidity. I přes takto vysoké prevalence hodnoty zůstává mnoho úzkostných poruch nadále diagnosticky nepodchyceno. Vzhledem k tomu, že úzkostné symptomy mohou provázet jak intoxikaci nelegálními návykovými látkami, tak jejich odnětí, diagnostikovat úzkostné poruchy u populací uživatelů návykových látek není jednoduché.

Komorbidní poruchy z užívání drog jsou častější u osob s psychózami, zejména schizofrenií a bipolární poruchou, než v obecné populaci. Psychotici, kteří jsou současně uživateli návykových látek, vykazují vyšší riziko relapsu a hospitalizace a také vyšší úmrtnost. Důvodem je částečně to, že užívané návykové látky mohou psychotické onemocnění zhoršovat nebo negativně ovlivňovat průběh farmakologické nebo psychologické léčby. Běžná je komorbidita schizofrenie a poruch z užívání návykových látek. Její podíl tvoří celých 30–66 %. Mezi návykové látky, které psychotičtí pacienti nejčastěji užívají, patří vedle tabáku alkohol a konopí a v poslední době také kokain. Kombinace psychotické poruchy s užíváním a zneužíváním drog je spojována se zhoršením psychotických příznaků, nedodržováním léčebného režimu a celkově horšími výsledky. Vzhledem k vysoké prevalenci užívání konopí mezi mladými lidmi v Evropské unii zasluhuje zvláštní pozornost vztah mezi schizofrenií a užíváním této látky. Prevalence komorbidity mezi bipolární poruchou a užíváním návykových látek se pohybuje v rozmezí od 40 do 60 %. K intenzivnímu užívání alkoholu a jiných látek, zejména stimulancií a konopí, dochází často během manické fáze bipolární poruchy. V průběhu depresivní fáze může dojít k navýšení míry užívání návykových látek, přičemž alkohol zhoršuje depresi a užívání stimulantů a konopí urychluje nástup manické periody nebo vyvolává smíšenou epizodu. Přítomnost poruchy z užívání návykových látek u bipolárních pacientů indikuje horší sociální adaptabilitu a horší výsledky.

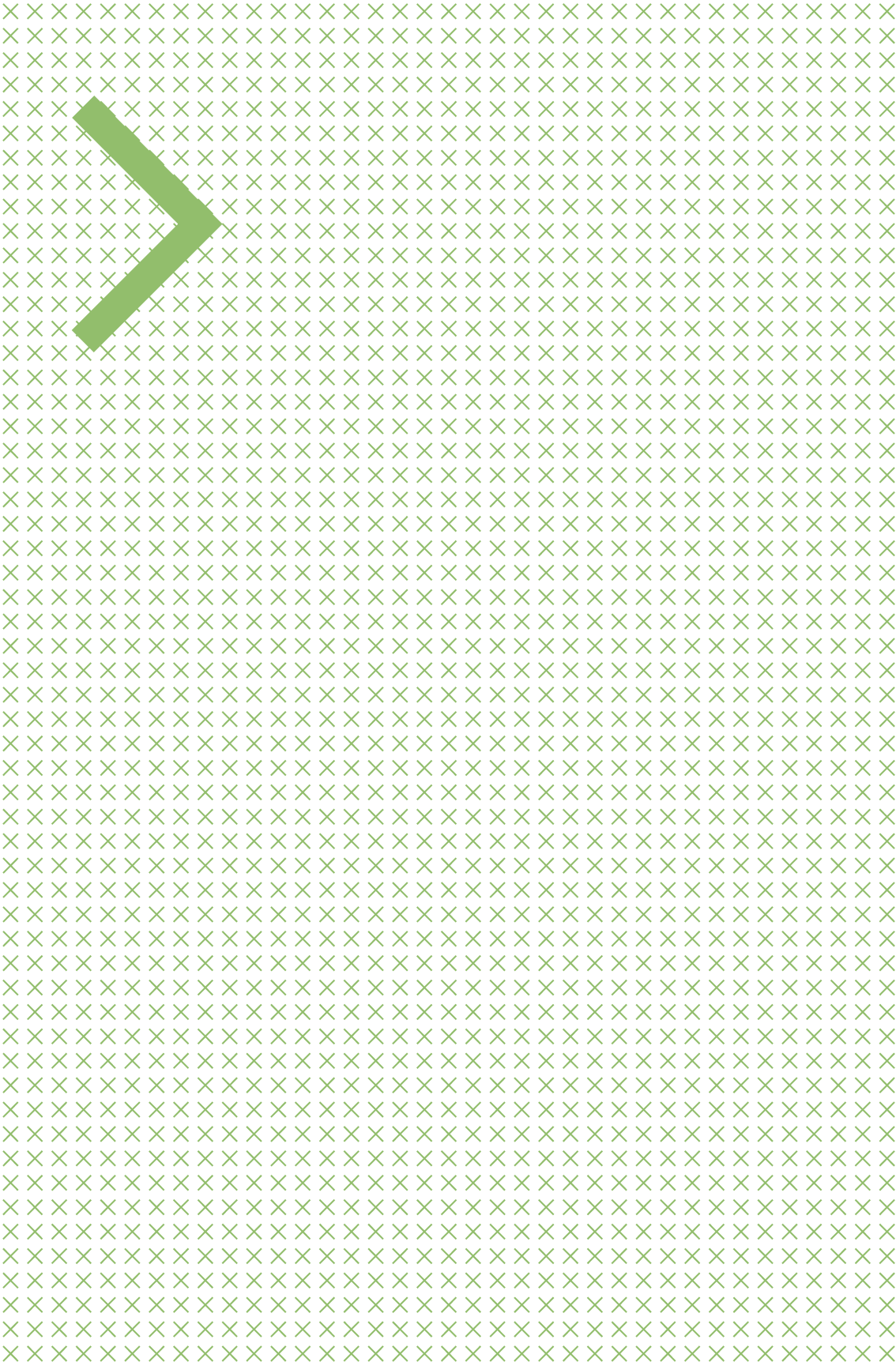
Užívání nelegálních návykových látek se často pojí s poruchami osobnosti, nejčastěji pak s disociální a hraniční poruchou osobnosti. Jedinci s poruchou osobnosti a poruchou z užívání návykových látek se častěji uchylují k rizikovému chování, v důsledku něhož jsou vystaveni většímu nebezpečí krví přenosných virových infekcí a je u nich rovněž vyšší pravděpodobnost výskytu dalších zdravotních a sociálních komplikací (např. nezákonná činnost). Je třeba dodat, že ačkoli pro tyto osoby je často obtížné setrvat v léčebných programech a dodržovat terapeutický režim, léčba závislosti u osob s bipolární poruchou se pojí s nižší mírou užívání návykových látek a páchání trestné činnosti.

V posledních letech roste zájem o problematiku komorbidity poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) a užíváním návykových látek. Podle studie provedené nedávno v šesti evropských zemích se prevalence ADHD u uživatelů návykových látek, kteří vyhledali léčbu, pohybovala mezi 5 a 33 %.

Jednoznačně prokazatelný je také častý výskyt poruch příjmu potravy v kombinaci s poruchami z užívání návykových látek. Mezi osobami s adiktologickou poruchou uvádí nějakou poruchu příjmu potravy více než 35 % v porovnání s 1–3% prevalencí v obecné populaci. Prevalence poruch z užívání návykových látek se liší podle podtypů mentální anorexie: lidé s bulimií nebo chováním charakterizovaným záchvatovitým přejídáním a vypuzováním užívají návykové látky nebo trpí nějakou poruchou z užívání návykových látek častěji než osoby s anorexií, zejména restriktivního typu.

Přes nezpochybnitelnou důležitost poskytování efektivní léčby komorbidních duševních poruch u pacientů s poruchami z užívání návykových látek nebylo stále dosaženo konsenzu nejen ve věci nevhodnějších farmakologických a psychosociálních postupů, ale ani ve věci nevhodnějšího prostředí pro léčbu. Pro pacienty je často obtížné nejen identifikovat potřebné psychiatrické či adiktologické služby, ale také si k nim zajistit přístup a celý proces koordinovat. Například ve Spojených státech je poskytována léčba jedné z poruch pouhým 44 % pacientů s duální diagnózou a pouze 7 % se léčí s oběma poruchami současně. Z přehledu aktuální situace v různých evropských zemích vyplývá, že léčba duševních poruch a problémů spojených s užíváním drog je poskytována v odlišných zařízeních, což těmto komorbidním jedincům ztěžuje přístup k léčbě.

Výskyt psychiatrické komorbidity u uživatelů drog zůstává důležitým tématem dalšího výzkumu, a to jak v zájmu popsání rozsahu tohoto jevu, tak v zájmu lepšího zajištění odpovídající léčby. Adekvátní diagnostika a léčba komorbidních duševních a adiktologických poruch je jednou z největších výzev, jimž musí odpovědní veřejní činitelé, odborníci a kliničtí pracovníci zabývající se drogovou otázkou v nadcházejících letech čelit.



Úvod

Spojitost mezi škodlivými formami užívání nelegálních drog a závažnými veřejnozdavatelnými problémy je klíčovým tématem každé národní i mezinárodní drogové politiky. S konzumací drog se pojí mnohé negativní zdravotní důsledky. Jednou z hlavních priorit je v tomto ohledu prevence smrtelných předávkování a krví přenosných infekcí, jejichž šíření souvisí s užíváním drog. V posledních desetiletích však také stále více vychází najevo, že velkou výzvou pro veřejnozdavatelná opatření představuje výskyt psychiatrických poruch spojených s užíváním drog. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislosti (EMCDDA) vymezuje „komorbiditu/duální diagnózu“ jako dočasný souběžný výskyt dvou nebo více psychiatrických poruch definovaných Mezinárodní klasifikací nemocí, z nichž jednou je problematické užívání návykových látek“ (EMCDDA, 2004). Pro účely této zprávy však budeme zaměnitelně používat termíny „komorbidita adiktologických a duševních poruch“, resp. „komorbidita poruch z užívání návykových látek a duševních poruch“, a „psychiatrická komorbidita u poruch z užívání návykových látek, resp. adiktologických poruch“.¹ Ačkoli EMCDDA je z podstaty svého mandátu jednoznačně zaměřena na problematiku nelegálních drog, s ohledem na povahu důkazní základny se v této studii pracuje s obecnějším termínem „návyková látka“ ve smyslu jakékoli psychoaktivní látky, jež může být užívána škodlivým způsobem.

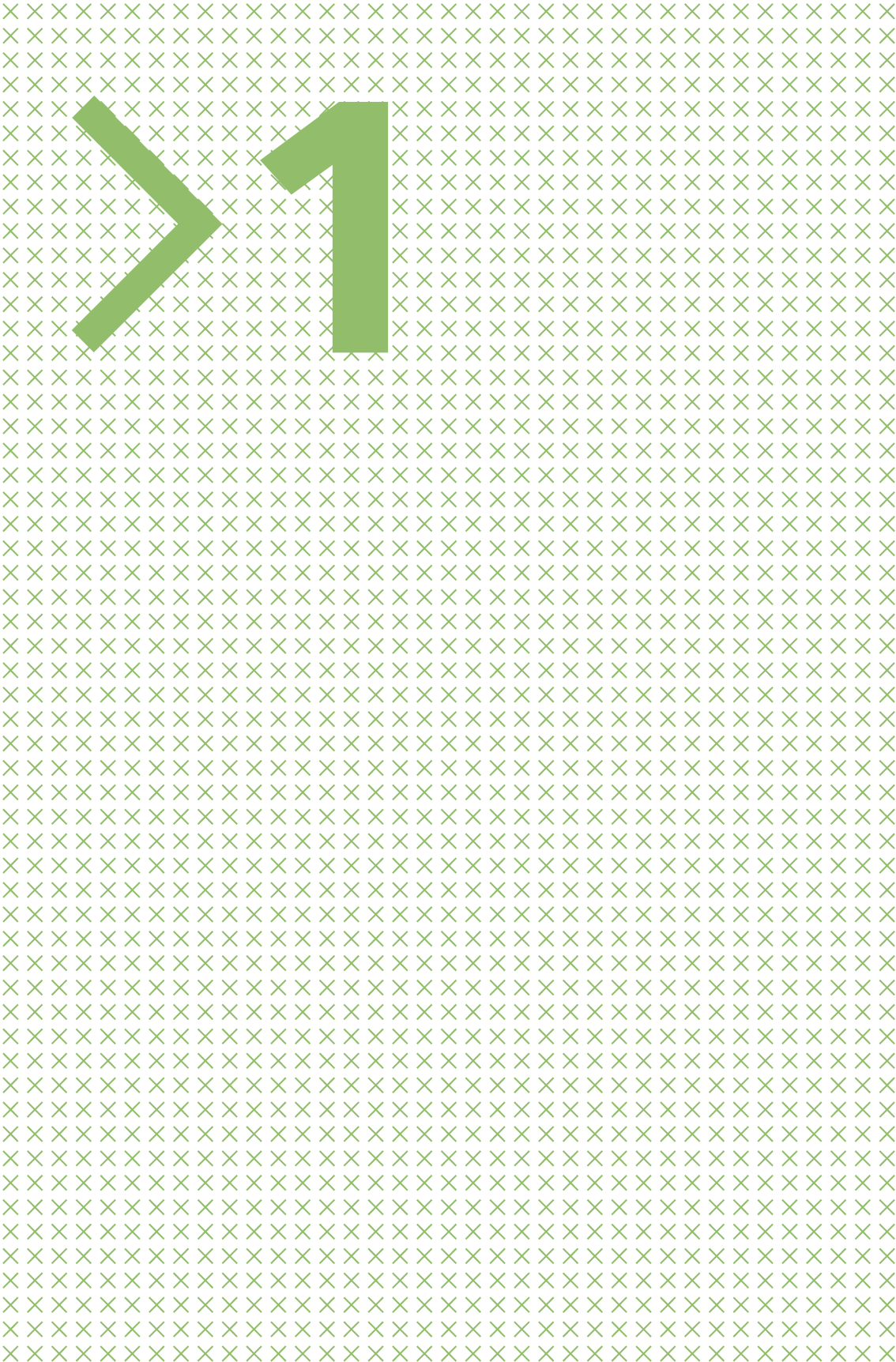
Význam komorbidit adiktologických a duševních poruch je dán nejen její vysokou prevalencí, ale také jejím obtížným řešením a jejím negativním vlivem na další vývoj situace u osob komorbiditou postižených. Oproti jedincům s jedinou poruchou vykazují pacienti s komorbiditou duševních poruch a poruch z užívání návykových látek závažnější psychopatologie (Langas et al., 2011; Stahler et al., 2009; Szerman et al., 2012) a vyšší míru rizikového chování, jehož důsledkem může být nákaza infekčními chorobami, jako jsou HIV/AIDS a hepatitida typu C (Khalsa et al., 2008), psychosociální deficity a kriminální chování (Greenberg a Rosenheck, 2014; Krausz et al., 2013). Vezmeme-li v úvahu zátěž pro zdravotnictví a justici, psychiatrická komorbidita mezi jedinci s poruchami z užívání návykových látek představuje vysoké náklady pro společnost (DeLorenze et al., 2014; Whiteford et al., 2013).

Cílem této zprávy je podat přehled o teoretických východiscích a dosavadním vývoji konceptu psychiatrické komorbidit u osob s poruchami z užívání návykových látek a poskytnout nástin situace týkající se její epidemiologie a léčby v kontextu Evropy, zejména pak EU. Snahou je co nejširší a nejkomplexnější uchopení tématu. Jelikož se tento materiál zaměřuje na nelegální drogy, alkohol, tabák a přípravky na lékařský předpis spadají mimo jeho rámec. Nicméně tam, kde je to nutné, se o alkoholu a tabáku zmiňuje i tato zpráva.

Kapitoly 1 a 2 této publikace se zabývají obecnějšími aspekty problematiky. Kapitola 1 seznamuje čtenáře s teoretickými východisky komorbidit v medicíně a následně se zaměřuje na definici a diagnostiku komorbidit adiktologických a duševních poruch. Kapitola 2 poskytuje ucelený přehled hlavních nástrojů sloužících k posuzování přítomnosti psychiatrické komorbidit u jedinců s poruchami z užívání návykových látek.

1 V kontextu této publikace se adiktologickými poruchami rozumí pouze poruchy související s užíváním psychoaktivních látek.

Ve třetí kapitole je popsána metodologie použitá při přehledové studii epidemiologických a léčebných přístupů uplatňovaných v evropském kontextu. Kapitola 4 podává přehled epidemiologické situace v oblasti psychiatrické komorbidity u osob s poruchami z užívání návykových látek v evropských zemích a v různých populacích (obecná, klinická, neklinická). V kapitole 5 pojednáváme o klinických aspektech častějších kombinací komorbidity duševních a adiktologických poruch a o hlavních léčebných doporučeních, jež vyplývají z dostupných studií a metodických pokynů. Obsahem šesté kapitoly je přehled aktuální situace týkající se léčbě v Evropě. V kapitole 7 jsou pak formulovány hlavní závěry a doporučení této zprávy.



Kapitola 1

Komorbidity adiktologických a duševních poruch: teoretická východiska a význam

Termínem „komorbidity adiktologických a duševních poruch“ se označuje souběžný výskyt poruchy z užívání návykových látek a jiné duševní poruchy u téže osoby. V souvislosti s těmito pacienty se užívají i další slovní spojení jako např. „duševně nemocní uživatelé drog“, „duševně nemocní s látkovou závislostí“, „souběžná porucha“, „komorbidní porucha“ a „duální diagnóza“. EMCDDA definuje „komorbiditu“ ve vztahu k uživatelům drog jako dočasný souběžný výskyt dvou nebo více psychiatrických poruch definovaných Mezinárodní klasifikací nemocí, z nichž jednou je problematické užívání návykových látek“ (EMCDDA, 2004). Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje „duální diagnózu“ jako „výskyt poruchy z užívání psychoaktivních látek v souběhu s jinou psychiatrickou poruchou u téže osoby“ (WHO, 2010). Světová psychiatrická asociace (WPA) má od roku 2012 novou sekci věnující se této otázce. Zvolila pro ni označení „Sekce pro duální poruchy/patologii“ (WPA, 2014).

V této kapitole je nastíněn dosavadní vývoj konceptu komorbidity, zejména pak komorbidity adiktologických a duševních poruch.



Dosavadní vývoj konceptu komorbidity

Od roku 1970, kdy termín „komorbidity“ poprvé použil ve svém článku A. R. Feinstein k označení případů „jakékoli další samostatné klinické entity, která je již přítomna nebo se vyskytne v průběhu klinického vývoje stavu pacienta, jenž trpí sledovaným onemocněním diagnostikovaným podle platné nomenklatury“, je tento koncept předmětem zájmu nejen v rámci klinické péče, ale také v oblasti plánování a financování epidemiologických a zdravotních služeb. Ke komorbiditě může docházet souběžně (poruchy se vyskytují ve stejnou dobu), nebo postupně (v různých časových bodech života daného jedince). V posledních letech se objevují návrhy na užívání i jiných termínů, které by adekvátněji vystihovaly zaměření příslušných studií a způsoby řešení komorbidity. V souvislosti

s paralelním výskytem několika onemocnění u jednoho člověka se tak například dává přednost termínu „multimorbidita“ či „polymorbidita“. Termín „zatížení morbiditou“ (*morbidity burden*) se preferuje v odkazu na celkový dopad různých onemocnění na konkrétního jedince při zohlednění jejich závažnosti. Pojem „komplexita pacienta“ se pak užívá k označení celkového dopadu různých onemocnění na konkrétního jedince podle jejich závažnosti a jiných zdravotních atributů (Valderas et al., 2009).

V psychiatrii by byla charakteristickým příkladem multimorbiditý „duální diagnóza“, tedy koexistence dvou různých poruch bez jakékoli zjevné hierarchizace (duševní onemocnění a zneužívání návykových látek). Celkově vzato nastoluje souběžný výskyt dvou nebo více klinických stavů u téhož jedince dvě stěžejní klinické otázky: (1) lze identifikovat nějakou základní společnou etiologii? a (2) jaký je vliv tohoto souběhu klinických stavů na klinickou péči?

Příčiny komorbiditý

Výskyt různých onemocnění u téže osoby může mít tři hlavní důvody: náhodu, výběrové zkreslení nebo příčinnou souvislost.

Náhoda: zde se jedná o komorbiditu, jež nastává bez příčinné spojitosti. Rozpoznání nahodilé komorbiditý je důležité v zájmu eliminace falešných předpokladů kauzality.

Výběrové zkreslení (selekční bias): zde se jedná o výběr jednotlivců, skupin nebo dat, jež nejsou reprezentativní z hlediska cílové populace. V této souvislosti se někdy také hovoří o výběrovém efektu. S tímto termínem přišel poprvé Joseph Berkson (1946), když si všiml, že určité skupiny nemocí se vyskytují častěji u pacientů, kteří vyhledali léčbu, než v obecné populaci.

Příčinná souvislost: lze ji popsat pomocí čtyř modelů etiologické souvislosti, jež se nemusejí vzájemně vylučovat (Rhee et al., 2004) a přitom je nutné je aplikovat na zkoumání tématu komorbiditý v co největší šíři:

- × Model přímé kauzality: přítomnost jednoho onemocnění je přímo zodpovědná za vznik jiného.
- × Model souvisejících rizikových faktorů: rizikové faktory pro jedno onemocnění korelují s rizikovými faktory pro jiné onemocnění, čímž zvyšují pravděpodobnost souběžného výskytu těchto onemocnění.
- × Model heterogenity: rizikové faktory pro jednotlivá onemocnění spolu nekorelují, avšak každý zvláště je schopen způsobit onemocnění spojené s faktory, jež jsou rizikové z hlediska druhého onemocnění.
- × Model nezávislosti (samostatného onemocnění): paralelní výskyt diagnostických rysů souběžných onemocnění ve skutečnosti souvisí s třetím samostatným onemocněním.

Pro další výzkum bude přínosem, bude-li se pracovat s jednoznačnými definicemi těchto konstruktů ve spojení s aktuálně ustanovenými systémy klasifikace nemocí, jaké předsta-

uvij zejména 10. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (WHO, 1992) nebo 5. vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V) (APA, 2013).

Komorbidita adiktologických a duševních poruch

Chceme-li se podrobně zabývat případem komorbidních duševních a adiktologických poruch, je třeba vzít v úvahu řadu okolností.

Komorbidita v psychiatrii

Užití termínu „psychiatrická komorbidita“ k označení souběhu dvou nebo více duševních poruch nemusí být správné, protože ve většině případů nelze jednoznačně stanovit, zda souběžné diagnózy skutečně odpovídají přítomnosti různých klinických entit nebo odrážejí více různých projevů jediné klinické entity. Tuto vícečetnost psychiatrických diagnóz lze na jedné straně vysvětlit jako produkt některých specifických rysů současných systémů diagnostikování duševních poruch. Psychiatrické diagnózy jsou v tomto smyslu spíše syndromy než nemoci vyznačující se známou fyziopatií a validními a spolehlivými biologickými markery (např. biochemické testy). S ohledem na tuto absenci biologických markerů u psychiatrických stavů si psychiatrii byli nuceni vytvořit operativní diagnostická kritéria, jako jsou např. DSM (APA) a MKN (WHO). Od vzniku DSM-III (APA, 1980) a následných diagnostických kritérií DSM se duševní poruchy diagnostikují prostřednictvím popisné kategorizace, která psychiatrická chování a symptomy člení na mnoho různých diagnóz. Tím se současně počet jednotlivých popsanych psychiatrických diagnóz zvýšil. Na druhou stranu jsou vytvářeny různé diagnostické nástroje (strukturované rozhovory) určené k systematickému a standardizovanému posuzování psychiatrických poruch v souladu s hlavními diagnostickými kritérii (tak jak jsou například vymezeny v DSM a MKN), jejichž účelem je eliminovat chyby a zvýšit tak validitu a reliabilitu psychiatrických diagnóz. Mezi tyto nástroje patří dotazník *Schedule For Affective Disorders And Schizophrenia*, SADS) (Endicott a Spitzer, 1978), strukturovaný klinický rozhovor *Structured Clinical Interview for DSM*, SCID) (Spitzer et al., 1992) a diagnostický rozhovor *Composite International Diagnostic Interview*, CIDI) (WHO, 1990). Jejich užívání snižuje variabilitu, zvyšuje míru shody ve stanovování diagnóz a současně pomáhá identifikovat několik klinických aspektů, které v minulosti často zůstaly bez povšimnutí poté, co byla stanovena základní diagnóza.

Tento způsob diagnostikování psychiatrické komorbidity, jež je společný systémům MKN i DSM, má z hlediska klinického využití několik výhod. Maximalizuje možnost sdělování diagnostických informací a pomáhá zajistit, aby byly podchyceny všechny klinicky důležité aspekty stavu, který pacient vykazuje. Tato strategie vede klinického pracovníka k tomu, aby zaznamenával maximální množství diagnostických informací a charakterizoval tak komplexitu klinických projevů. Její hlavní omezení spočívá v tom, že mnozí kliničtí pracovníci a zdravotnické informační systémy nemají dostatečnou kapacitu, aby mohly reálně postihnout tyto diagnostické informace, a často se jim tak nepodaří provést charakteristiku dalších přítomných poruch. Při uvedení pěti nebo šesti diagnóz

do pacientových záznamů se může navíc stát, že nebude zcela zjevné, co je primárním cílem léčby (Dell'osso a Pini, 2012; Maj, 2005; Pincus et al., 2004).

Definice ve vztahu k užívání návykových látek

Jednotlivé organizace (např. EMCDDA nebo WHO) i klasifikace nemocí užívají k popisu problematictějších forem užívání drog různé termíny, jako např. problémové, resp. vysoce rizikové užívání drog, škodlivé užívání, zneužívání návykových látek, látková závislost a aktuálně pak DSM-5 (APA, 2013) zavedla termín porucha z užívání návykových látek, s různými stupni závažnosti. Rozdíly v užívaných definicích jsou relevantní nejen z epidemiologického hlediska, ale také ve vztahu k potřebné léčbě a službám (viz glosář).

Farmakologické účinky látek

Různé akutní nebo chronické farmakologické účinky jednotlivých psychoaktivních látek mohou napodobovat symptomy jiných duševních poruch, v důsledku čehož se obtížně odlišují psychopatologické symptomy, jež jsou projevem samostatné (primární) duševní poruchy, od symptomů akutní nebo chronické intoxikace návykovou látkou či abstinčních příznaků při jejím odnětí (např. nespavost může být interpretována jako příznak užívání kokainu nebo také symptom deprese). To je další důležitý faktor, který je třeba zohlednit. Tento překryv symptomů užívání návykových látek nebo abstinčních příznaků se symptomy odpovídajícími různým duševním poruchám je z hlediska diagnostiky komorbidity významným a komplikovaným tématem.

Tyto charakteristiky jsou reflektovány ve vývoji diagnostických konceptů, které se k problematice komorbidity vztahují.

Vývoj diagnostických konceptů komorbidit adiktologických a duševních poruch

Z historického hlediska se přístupy k diagnostice komorbidních duševních poruch u adiktologických pacientů vyvinuly z jednodušších Feighnerových kritérií, jež rozlišovaly mezi „primárními“ a „sekundárními“ poruchami na základě věku, v němž došlo k výskytu jednotlivých poruch, přičemž za „primární“ byla považována porucha, jež byla diagnostikována v nejmladším věku (Feighner et al., 1972). Následovala Výzkumná diagnostická kritéria (Research Diagnostic Criteria, RDC) (Spitzer et al., 1978), DSM-III (APA, 1980) a DSM-III-R (APA, 1987), kde se pracovalo s konceptem „organických“ versus „neorganických“ poruch. V rámci těchto klasifikačních systémů nebyli pacienti, u nichž mohou při rozvoji psychiatrických potíží sehrávat významnou roli organické faktory, považováni za jedince trpící samostatnou psychiatrickou poruchou. Nebyla však stanovena konkrétní kritéria, na jejichž základě by bylo možné odlišit organické poruchy od neorganických, a diferenciační proces tak zůstal nejasný. Absence konkrétních kritérií pro toto rozhodování nechávala prostor pro nekonzistentní přístupy a také studie pracující se strukturovanými diagnostickými nástroji nevykazovaly dobrou reliabilitu a validitu z hlediska psychiatrických diagnóz u uživatelů návykových látek (Torrens et al., 2006). Od té doby zájem o problematiku komorbidních psychiatrických poruch u uživatelů drog mezi odbornou veřejností stále roste, což se mimo jiné odrazilo i v potřebě vyjasnění

diagnóz psychiatrických poruch u této cílové skupiny deklarované DSM-IV (APA, 1994) i MKN-10 (WHO, 1992). DSM-IV kladl větší důraz na komorbiditu, když dichotomické výrazy „organická“ a „neorganická“ nahradil třemi kategoriemi: „primární“ psychiatrické poruchy, poruchy „vyvolané užíváním psychoaktivních látek“ a „předpokládané účinky“ psychoaktivních látek. „Předpokládanými účinky“ se míní očekávaná intoxikace související s užitím konkrétní drogy a příznaky z jejího odnětí, jež by neměly být diagnostikovány jako symptomy psychiatrické poruchy. Konkrétnější metodické pokyny pro provedení této diferenciaci, které byly zachovány i v 5. vydání Diagnostického a statistického manuálu (APA, 2013), poskytuje textová revize 4. vydání DSM (APA, 2000):

- × „Primární“ porucha se diagnostikuje, pokud příznaky nejsou důsledkem přímého fyziologického působení návykové látky. Epizodu vyskytující se souběžně s intoxikací návykovou látkou nebo abstinenčními příznaky z jejího odnětí je možné považovat za primární na základě splnění čtyř podmínek:
 1. symptomy výrazně přesahují míru očekávané intenzity vzhledem k typu nebo množství užití látky nebo délky užívání;
 2. v anamnéze osoby figurují epizody nesouvisející s užitím návykové látky;
 3. příznaky se začaly projevovat před užíváním návykových látek;
 4. po odeznění intoxikace nebo akutních abstinenčních příznaků symptomy přetrvávají po značně dlouhou dobu (minimálně jeden měsíc).

Nejsou-li splněna kritéria „primární“ poruchy ani poruchy „vyvolané užíváním psychoaktivních látek“, pak se má za to, že syndrom je projevem účinku intoxikace alkoholem nebo drogami, anebo abstinenčních příznaků při odnětí těchto látek.

- × Porucha „vyvolaná užíváním psychoaktivních látek“ se diagnostikuje, jsou-li splněna symptomatická kritéria pro danou poruchu; nejprve musí být vyloučena klasifikace poruchy jako primární, epizoda se musí vyskytovat po celou dobu intenzivního užívání návykových látek nebo během prvních čtyř týdnů po periodě užívání, užívaná látka musí být „relevantní“ ve vztahu k dané poruše (tj. její účinky mohou vyvolat symptomy, jež se podobají projevům posuzované poruchy) a příznaky musejí být silnější než předpokládané účinky intoxikace nebo odvykacího stavu.
- × „Předpokládanými účinky“ se rozumí předvídané fyziologické účinky zneužívání psychoaktivních látek a závislosti na nich. Promítají se do příznaků intoxikace a odvykacího stavu typických pro jednotlivé hlavní kategorie návykových látek. Předpokládané účinky se mohou zdát být k nerozeznání od symptomů primárních duševních poruch (např. nespavost nebo halucinace).

MKN-10 (WHO, 1992) poskytuje konkrétní kritéria, na základě kterých lze rozlišovat mezi primárními poruchami a poruchami způsobenými užíváním psychoaktivních látek, byť pouze u psychotických poruch. MKN-10 také vylučuje z primární klasifikace psychotické epizody připisované užívání psychoaktivních látek, nicméně neposkytuje samostatnou kategorii pro žádný další typ psychiatrické poruchy, která by počítala se souvislostí s psychoaktivními látkami. „Organická duševní porucha“ podle MKN-10 z definice nezahrnuje poruchy způsobené alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou. Diagnózu organické poruchy nálady a organické poruchy s bludy podle MKN-10 nelze aplikovat na

epizody vyskytující se souběžně s intenzivním užíváním psychoaktivních látek. MKN-10 také neobsahuje koncept symptomů silnějších než předpokládané účinky intoxikace nebo odvykacího stavu, se kterým pracuje DSM.

Vývoj diagnostických kritérií používaných ve vztahu ke komorbiditě má rovněž význam pro pochopení problémů při zkoumání tohoto tématu a protichůdnosti výsledků epidemiologických studií.

Mechanismus komorbidity adiktologických a duševních poruch

Ačkoli existují přesvědčivé důkazy o výrazné souvislosti mezi několika duševními poruchami a poruchami z užívání návykových látek, povaha tohoto vztahu je velmi komplikovaná a může se zároveň lišit v závislosti na konkrétní duševní poruše (např. deprese, psychóza nebo posttraumatická stresová porucha) a dané návykové látce (např. alkohol, konopí, opioidy nebo kokain).

Jak již bylo zmíněno, pro výskyt různých onemocnění nebo poruch u těžce osoby existují tři hlavní důvody: náhoda, výběrové zkreslení a příčinná souvislost. Niže uvádíme čtyři vybrané etiologické a neurobiologické hypotézy, jimiž lze objasnit komorbiditu, přičemž středem našeho zájmu je právě komorbidita adiktologických a duševních poruch.

První hypotéza říká, že kombinace poruchy z užívání návykových látek s jinou duševní poruchou může představovat dva nebo více samostatných stavů.

V tomto případě může kombinace nastat pouhou náhodou (zjednodušeně vyjádřeno jako prevalence jedné poruchy vynásobená prevalencí druhé), nebo jako důsledek týchž predispozičních faktorů (např. stres, osobnost, prostředí v dětství, genetické vlivy apod.), jež mají dopad na riziko vícečetných stavů. Znamená to tedy, že poruchy z užívání návykových látek a jiné psychiatrické poruchy by představovaly různé symptomatické projevy podobných preexistujících neurobiologických abnormalit (Brady a Sinha, 2005).

Základní neurovědecký výzkum prokázal klíčovou roli biologických a genetických, resp. epigenetických, faktorů v individuální náchylnosti k těmto poruchám. Geny, nervové báze a prostředí jsou úzce propojeny. Všechny potenciálně zneužitelné psychoaktivní látky mají protějšek v nějakém endogenním systému, např. opioidovém, endokannabinoidním, cholinergním/nikotinovém nebo dopaminergním, nebo s ním korespondují. Dědičná nebo získaná deficiencie v těchto neurobiologických systémech a drahách tak může být vysvětlením závislostního chování nebo jiných psychiatrických symptomů.

Závislostní chování související s jinými psychiatrickými poruchami – psychobiologickými rysy či stavy – je pravděpodobně projevem vývojových poruch. Jsou to poruchy, jež se začínají projevovat velmi brzy ve vývoji jedince, zřejmě na základě vzájemné interakce neurobiologických a environmentálních faktorů, a mohou v různých fázích života vykazovat různé fenotypy, např. závislostní nebo jiné psychiatrické symptomy. Z tohoto pohledu je závislost (tj. kompulzivní ztráta kontroly, epizody nekontrolovatelného bažení, vyhledávání a užívání nehledě na ničivé dopady apod.) poruchou chování (s různými objekty závislosti, např. návykovými látkami nebo hazardními hrami), k níž dochází u ohroženého fenotypu, u něhož vrozený predispoziční stav nebo rys determinuje neu-

roplasticitu, kterou navozují psychoaktivní látky (Swendsen and Le Moal, 2011). Závislost je komplexní problém. Podrobné informace a poznatky, k nimž dospěly různé vědní obory a jež odrážejí rozmanitost přístupů k této problematice, jsou obsahem publikace *Modely závislosti* (EMCDDA, 2013b).

Podle druhé hypotézy je psychiatrická porucha, jež není poruchou z užívání návykových látek, rizikovým faktorem ve vztahu k užívání drog a rozvoji komorbidní adiktologické poruchy.

Podle tohoto scénáře lze uvažovat různé situace. V rámci „automedikační hypotézy“ (Khantzian, 1985) se porucha z užívání návykových látek rozvíjí v důsledku pacientových pokusů o řešení problémů souvisejících s duševní poruchou (např. sociální fobie, posttraumatická stresová porucha nebo psychóza). V takovém případě se porucha z užívání návykových látek může stát dlouhodobým problémem, případně může excesivní užívání alkoholu nebo nelegálních drog ustát, jakmile bude preexistující duševní porucha adekvátně řešena (Bizzarri et al., 2009; Leeies et al., 2010; Smith a Randall, 2012).

U některých psychiatrických poruch je často obtížné předjímat negativní dopady užívání drog (např. u mánií nebo disociální poruchy osobnosti). Psychiatrická porucha by totiž mohla zvýšit riziko intenzivního nebo opakovaného užívání návykových látek (např. kokainu) a vést tak k rozvoji poruchy z užívání návykových látek, jež by mohla pokračovat i poté, co bude preexistující psychiatrický stav adekvátně léčen nebo bude v remisi (Moeller et al., 2001).

Podle třetí hypotézy by porucha z užívání návykových látek mohla být spouštěčem jiné psychiatrické poruchy takovým způsobem, že tato psychiatrická porucha bude mít následně samostatný průběh.

Užívání drog může fungovat jako spouštěč nějaké základní dlouhodobé poruchy. Toto je pravděpodobně nejvýznamnější mechanismus, který stojí za vztahem mezi užíváním konopí a schizofrenií. Je známo, že užívání konopí u náchylnějších dospívajících může přispět k rozvoji psychózy, která má průběh samostatného onemocnění (Radhakrishnan et al., 2014).

V jiných případech vede opakované užívání drog na základě neuroadaptace k biologickým změnám, které mají společné prvky s abnormalitami, jež jsou mediátorem určitých psychiatrických poruch (Bernacer et al., 2013).

Čtvrtá a poslední hypotéza říká, že intoxikace konkrétním typem látky nebo stav odnětí takové látky způsobuje přechodnou psychiatrickou poruchu; v této souvislosti se rovněž hovoří o poruše vyvolané účinkem psychoaktivní látky.

Přechodné psychiatrické stavy (např. psychóza s prvky podobnými schizofrenii) mohou vznikat v důsledku intoxikace určitými typy látek (např. stimulancia, jako amfetaminy nebo kokain) nebo odvykacím stavem způsobeným odnětím takových látek (např. depresivní syndromy souvisejícími s vysazením stimulantů). Z nejnovějších poznatků o podobných vzorcích komorbidit a rizikových faktorech u osob s poruchami vyvolanými užíváním psychoaktivních látek a těmi, jež nezávisle vykazují psychiatrické symptomy nevyvolané účinky psychoaktivních látek, vyplývá, že za oběma těmito stavy mohou stát tytéž etiologické faktory (Blanco et al., 2012). Některé studie navíc ukazují, že na

základě dlouhodobějšího sledování jsou některé poruchy původně pokládané za stavy vyvolané užíváním návykových látek diagnostikovány jako samostatné poruchy. Tyto poznatky svědčí o tom, že poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek mohou být přechodným stavem, který předchází vzniku samostatné poruchy (Magidson et al., 2013; Martín-Santos et al., 2010).

Význam komorbidit duševních poruch u uživatelů návykových látek

Kromě komplikací při definování a diagnostikování psychiatrické komorbidit u osob s poruchami z užívání návykových látek je dalším zásadním aspektem jejich dopad nejen na klinickou péči, ale také na plánování a financování zdravotních služeb.

Osoby postižené duální diagnózou vykazují větší problémy. Ve srovnání s pacienty s jedinou poruchou se u pacientů s duální diagnózou vyskytují závažnější psychopatologie, častější případy urgentního příjmu (Booth et al., 2011; Curran et al., 2008; Langas et al., 2011; Martín-Santos et al., 2006; Schmoll et al., 2015), významně vyšší míra hospitalizací v psychiatrických zařízeních (Lambert et al., 2003; Stahler et al., 2009) a vyšší prevalence sebevražd (Aharonovich et al., 2006; Conner, 2011; Marmorstein, 2011; Nordentoft et al., 2011; Szerman et al., 2012). Komorbidní uživatelé drog se navíc častěji chovají rizikově, což se pojí s infekcemi, jako například HIV (virus lidské imunodeficiency) nebo virová hepatitida typu B a C (Carey et al., 2001; Durvasula a Miller, 2014; Khalsa et al., 2008; King et al., 2000; Loftis et al., 2006; Rosenberg et al., 2001), jakož i s psychosociálními deficitem, např. vyšší nezaměstnaností a bezdomovectvím (Caton et al., 1994; Krausz et al., 2013; Vázquez et al., 1997) a výrazně častějším agresivním a kriminálním chováním (Abram a Teplin, 1991; Cuffel et al., 1994; Greenberg a Rosenheck, 2014; Soyka, 2000). Vzhledem k zátěži, kterou psychiatrická komorbidita u uživatelů drog představuje pro zdravotnictví a justici, je také velmi nákladná pro společnost (DeLorenze et al., 2014; Whiteford et al., 2013). Jak ukazují výzkumy klinické praxe, komorbidní poruchy jsou ve vzájemné interakci a mají cyklickou povahu, a proto lze dobrou prognózu v obou případech očekávat pouze tehdy, bude-li v rámci léčebné péče věnována pozornost jak psychiatrickým, tak adiktologickým poruchám (Boden a Moos, 2009; Flynn a Brown, 2008; Magura et al., 2009). Léčba pacientů s duální diagnózou se v příštích letech má stát největší výzvou v oblasti drog. Stěžejní otázkou bude kde, jakým způsobem a jak dlouho tyto pacienti léčit (Torrens et al., 2012).

Shrnutí

O komorbiditě adiktologických a duševních poruch hovoříme v souvislosti se souběžným výskytem poruchy z užívání návykových látek a jiné psychiatrické poruchy u těžce osoby.

Stanovení psychiatrické komorbidit u uživatelů návykových látek je problematické, a to zejména z toho důvodu, že akutní i chronické účinky užívání návykových látek se mohou projevat stejně jako mnohé jiné duševní poruchy. Proto je nesnadné odlišit psychiatrické symptomy akutního nebo chronického užívání drog nebo odvykacího stavu od projevů samostatné poruchy. Je možné rozlišovat mezi „primární“ poruchou, poruchou „vyvolanou účinky psychoaktivních látek“ a „předpokládanými účinky“ psychoaktivních

látek, tedy očekávanými příznaky intoxikace a odvykacího stavu, jež by neměly být diagnostikovány jako příznaky psychiatrické poruchy.

Existuje řada etiologických a neurobiologických hypotéz, jimiž lze komorbiditu objasnit: (a) kombinace poruchy z užívání návykových látek s jinou duševní poruchou může představovat dva nebo více samostatných stavů, (b) psychiatrická porucha může být rizikovým faktorem ve vztahu k užívání drog a rozvoji komorbidní adiktologické poruchy, (c) porucha z užívání návykových látek by mohla být spouštěčem psychiatrické poruchy takovým způsobem, že tato další psychiatrická porucha má následně samostatný průběh a (d) intoxikace konkrétním typem látky nebo stav z odnětí takové látky způsobuje přechodnou psychiatrickou poruchu; označuje se též jako porucha vyvolaná účinkem psychoaktivní látky.

Klinická relevance komorbidity adiktologických a duševních poruch souvisí s celkově negativnějšími dopady na osoby, které jsou jí postiženy. Ve srovnání s jedinci trpícími jen jednou poruchou vykazují pacienti s komorbiditou duševních a adiktologických poruch závažnější psychopatologie, častější hospitalizace, vyšší riziko sebevražd, vyšší míru výskytu nákazy HIV a virovou hepatitidou typu C, jakož i problémy v psychosociální oblasti, včetně kriminálního chování. Vzhledem k její zátěži pro zdravotnictví, sociální sektor a justici se s komorbiditou adiktologických a duševních poruch pojí nemalé společenské náklady.

Z výzkumů klinické praxe vyplývá, že komorbidní poruchy jsou ve vzájemné interakci a mají cyklickou povahu, a proto lze dobrou prognózu u obou komorbidních poruch očekávat pouze tehdy, bude-li v rámci léčebné péče věnována pozornost každé z nich.



Kapitola 2

Posuzování psychiatrické komorbidity u uživatelů drog

Jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, stanovení klinické diagnózy komorbidních duševních poruch u osob s poruchou z užívání návykových látek obnáší jisté těžkosti. Vzhledem k možným odlišnostem v klinickém průběhu a výsledcích léčby se příkládá velká důležitost diferenciaci mezi očekávanými účinky intoxikace návykovými látkami nebo abstinenčními příznaky při odnětí těchto látek, samostatnými poruchami a poruchami vyvolanými účinky psychoaktivních látek (Torrens et al., 2006).



V kontextu zneužívání návykových látek se při určování správné diagnózy vyskytují dva hlavní problémy. Za prvé, akutní i chronické účinky užívaných návykových látek se mohou projevat podobně jako symptomy dalších duševních poruch, což komplikuje diferenciaci mezi psychiatrickými symptomy, jež jsou projevem samostatné (primární) poruchy, a symptomy akutní nebo chronické intoxikace návykovou látkou nebo odvykacího stavu při odnětí takové látky.

Za druhé, psychiatrické stavy jsou spíše syndromy než onemocnění (pro něž jsou charakteristické konkrétní fyziopatologie a validní a spolehlivé biologické markery, např. biochemické testy). Vzhledem k absenci biologických markerů u psychiatrických stavů si odborníci v oblasti péče o duševní zdraví byli nuceni vytvořit operativní diagnostická kritéria, jako jsou např. DSM (APA) a MKN (WHO).

Ke stanovení správné diagnózy je dále třeba si zjistit kompletní adiktologickou anamnézu, kdy bude zohledněno dosavadní užívání nikotinu, alkoholu, benzodiazepinů, konopí, opioidů, stimulantů a jakýchkoli dalších možných psychoaktivních látek. Je rovněž třeba provést rozbor vzorku moči a krve. Ke stanovení způsobu propojení mezi pacientovým užíváním návykových látek a psychiatrickou poruchou je třeba znát věk, kdy se u něj vyskytly dané poruchy, jeho rodinnou anamnézu a efekt předchozí léčby komorbidních psychiatrických poruch.

Za účelem zvýšení validity a reliability psychiatrických diagnóz jsou vytvářeny různé diagnostické nástroje (rozhovory) určené k systematickému a standardizovanému posuzování psychiatrických poruch v souladu s hlavními diagnostickými kritérii (DSM a MKN), jejichž účelem je eliminovat chyby. Jejich aplikace má snížit variabilitu a přispět k větší shodě ve stanovování diagnóz. Klíčovými předpoklady k dosažení těchto cílů jsou (1) specifický jazyk klinických otázek, (2) řazení otázek a (3) vyhodnocování odpovědí. V rámci standardizovaných diagnostických rozhovorů se pak v neposlední řadě systema-

ticky posuzují relevantní symptomy, čímž se snižuje pravděpodobnost, že bude diagnóza stanovena chybně, nebo nebude stanovena vůbec.

Vytvořeno je množství nástrojů určených k posuzování problematického užívání alkoholu a dalších návykových látek, např. orientační test na užívání alkoholu, tabáku a jiných návykových látek *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) (WHO, 2002), test pro identifikaci poruch z užívání alkoholu *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Philpot et al., 2003), test pro identifikaci poruch z užívání drog *Drug Use Disorders Identification Test* (Berman et al., 2005) a orientační test na užívání alkoholu a jiných drog u dospívajících *Screening Test for Adolescents Using Alcohol and Other Drugs* (CRAFFT) (Knight et al., 2002), případně k posuzování poruch z užívání konkrétních návykových látek, např. test pro identifikaci poruch z užívání konopí *Cannabis Use Disorders Identification Test* (Adamson a Sellman, 2003) nebo orientační test na zneužívání konopí *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) (Cuenca-Royo et al., 2012; Legleye et al., 2007). Podrobný popis těchto nástrojů nespádá do rámce této publikace. V této kapitole se zaměříme na hlavní nástroje, které slouží k posuzování komorbidity dalších duševních poruch u osob s poruchami z užívání návykových látek.

Nástroje k posouzení výskytu komorbidních duševních poruch u uživatelů návykových látek

K posuzování výskytu komorbidních duševních poruch u uživatelů návykových látek je k dispozici řada nástrojů. Obecně je lze rozdělit na screeningové (orientační) a diagnostické nástroje. Volba nástroje bude záviset na kontextu (klinické prostředí, epidemiologie, výzkum apod.), účelu posuzování (jedna nebo více diagnóz najednou), času, který je k provedení diagnostiky k dispozici, a odbornosti personálu.

Screeningové nástroje mohou po krátkém proškolení administrovat i laičtí tazatelé. K administraci diagnostických nástrojů je však již třeba hlubší znalost psychopatologie, a jejich administrace je proto určena odborníkům s patřičnou kvalifikací.

Na tomto místě předkládáme přehled hlavních screeningových a diagnostických nástrojů sloužících k posuzování komorbidity duševních poruch u osob s poruchami z užívání návykových látek, které byly uplatněny v rámci anglicky psaných studií vyhledaných v databázi PubMed.

Nástroje sloužící k orientačnímu vyšetření na komorbiditu duševních a adiktologických poruch

Účelem nástrojů pro orientační vyšetření (screening) je určit, zda je u pacienta důvodné se podrobněji zaměřit na konkrétní poruchu nebo symptom. U populací uživatelů drog

mohou screeningová vyšetření na duševní poruchy včas zachytit komorbiditu, a dát tak podnět k zahájení specifické léčby, jež se může pozitivně promítnout do prognózy u obou poruch.

General Health Questionnaire-28

Nástroj *General Health Questionnaire-28* (GHQ-28) (Goldberg, 1978, 1986) je sebehodnotící dotazník čítající 28 položek, jehož vyplnění trvá přibližně pět minut. Užívá se k odhalení psychiatrických potíží v souvislosti s jinými zdravotními problémy. Respondenti uvádějí, zda se jejich aktuální „stav“ liší od jejich obvyklého stavu, což umožňuje posoudit změny v charakteristikách, jež se liší od celoživotních osobnostních charakteristik dané osoby. Byl vyvinut k posouzení čtyř aspektů potíží: deprese, úzkosti, sociálních deficitů a hypochondrie.

Symptom Checklist-90-Revised

Nástroj *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) (Derogatis et al., 1973) tvoří krátký sebesposuzovací dotazník určený k hodnocení širokého spektra psychologických problémů a symptomů psychopatologie. Obsahuje 90 položek, jejichž vyplnění zabere přibližně 30 minut. Zkoumá dimenze primárních symptomů, jako je somatizace, obsese a kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, úzkost, hostilita, fobická úzkost, paranoidní myšlení a psychoticismus. Jeho součástí je také doplňková kategorie „další položky“, která klinickým pracovníkům slouží k posuzování dalších symptomů. V několika studiích vykázal SCL-90-R vysokou senzitivitu a středně vysokou specifickou v případech, kdy byl využit jako nástroj ke screeningu duševních poruch u adiktologických pacientů (Benjamin et al., 2006; Haver, 1997). Je rovněž k dispozici ve dvou kratších verzích (*Brief Symptom Inventory*) s 53, resp. 18, položkami (Derogatis a Melisaratos, 1983).

Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care

Komplexní diagnostický nástroj určený pro poskytovatele primární péče *Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care* (SDDS-PC) *DSM-IV* (Broadhead et al., 1995; Weissman et al., 1995) zahrnuje tři vzájemně související škály: (1) krátký dotazník (16 položek) vyplňovaný pacientem, jehož cílem je zachytit symptomy závažnějších depresivních poruch, generalizované úzkostné poruchy, panické poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, látkové závislosti a sebevražedných myšlenek nebo pokusů; (2) diagnostické rozhovory administrované středním zdravotnickým personálem, jež se vztahují na poruchy zachycené při screeningovém vyšetření, a (3) jednostránkový počítačem generovaný formulář, jež rekapituluje výsledek diagnostického rozhovoru. Podle uvážení lékaře se věnuje pozornost také méně závažným nebo subsyndromálním stavům. Vyplnění trvá přibližně 30 minut.

Patient Health Questionnaire

Patient Health Questionnaire (PHQ) (Spitzer et al., 1999) je sebehodnotící škála vytvořená na základě nástroje *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* zaměřené na hodnocení duševních poruch v oblasti primární péče. Jejím cílem bylo zkrátit čas

nutný k administraci, aniž by však došlo ke snížení validity získaných informací. Zkoumá osm poruch. Zahnuje otázky na konzumaci alkoholu a je také schopen identifikovat různé stupně závažnosti deprese. Ve vztahu k uživatelům návykových látek je valorizován pouze pro deprese (Delgado et al., 2011).

Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire

Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ) (Zimmerman a Mattia, 2001) je sebehodnotící screeningový nástroj určený k identifikaci 13 častých poruch podle DSM-IV, včetně depresivní poruchy, bipolární poruchy, posttraumatické stresové poruchy a psychózy, ale také poruch z užívání alkoholu a drog. Výsledky studií zaměřených na charakteristiky škály PDSQ svědčí o dobré test-retest reliabilitě a vysoké senzitivitě, specifčnosti a prediktivní hodnotě této škály ve srovnání se strukturovanými klinickými rozhovory (Pérez Gálvez et al., 2010; Zimmerman a Chelminski, 2006; Zimmerman et al., 2004). Vzhledem k tomu, že PDSQ je sebehodnotící dotazník se 125 položkami (k vyplnění je potřeba přibližně 20 minut) a že podle několika studií se s touto škálou dosahuje dobrých výsledků, zdá se, že by mohla být prospěšná v oblasti péče o duševní zdraví, užívání návykových látek nebo v prostředí primární zdravotní péče.

Mental Health Screening Form

Mental Health Screening Form (MHSF)-III (Carroll a McGinley, 2001) je polostrukturovaný rozhovor určený ke screeningu na souběžně se vyskytující problémy v oblasti duševního zdraví u osob nastupujících léčbu látkové závislosti. Jeho aplikace vyžaduje jen minimální proškolení a většina klientů ho absolvuje během 15 minut (obsahuje 18 položek, na něž se odpovídá „ano“, nebo „ne“). Výsledky různých výzkumů (Ruiz et al., 2009; Sacks et al., 2007) vypovídají ve prospěch užívání tohoto nástroje u populací osob s poruchami z užívání návykových látek. Zatímco první čtyři otázky MHSF-III se nevztahují na žádnou konkrétní diagnózu, otázky 5–17 jsou zaměřeny na symptomy související s následujícími kategoriemi: schizofrenie, depresivní poruchy, posttraumatická stresová porucha, fobie, intermitentní explozivní porucha, porucha s bludy, sexuální poruchy a poruchy pohlavní identity, poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie), manické epizody, panická porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, patologické hráčství, poruchy učení a mentální retardace.

Modified Mini Screen

Modified Mini Screen (MMS) (OASAS, 2005) je 22položkový dotazník, jehož administraci provádí klinický pracovník a měla by trvat přibližně 15 minut. Je určen k rozpoznání psychiatrických problémů v oblasti poruch nálady, úzkostných poruch a psychotických poruch, jež by měly být předmětem případné další diagnostiky. Položky nástroje jsou založeny na vstupních otázkách a mezních kritériích obsažených v DSM-IV a v nástrojích *Structured Clinical Interview for Diagnosis* (Spitzer et al., 1992) a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Lecrubier et al., 1997). Dotazník byl přizpůsoben k aplikaci v prostředí péče o osoby s adiktologickými poruchami (Alexander et al., 2008).

Co-occurring Disorders Screening Instruments

Jak šestipoložkový nástroj *Co-occurring Disorders Screening Instrument for Mental Disorders* (CODSI-MD) (Sacks et al., 2007), tak jeho varianta pro závažné duševní poruchy *Co-occurring Disorders Screening Instrument for Severe Mental Disorders* (CODSI-SMD) (Sacks et al., 2007) o třech položkách jsou odvozeny od tří standardních screeningových škál určených k identifikaci problémů v oblasti duševního zdraví. Je dostatečně prokázáno, že pomocí obou těchto nástrojů je možné stanovit přítomnost případné duševní poruchy, přičemž v případě 3položkové škály CODSI-SMD je hlavní předností možnost stanovení přítomnosti závažné duševní poruchy u vězeňské populace.

Measurement in Addiction for Triage and Evaluation

Nástroj *Measurement in Addiction for Triage and Evaluation* (MATE) (Schippers et al., 2010) sestává z 10 modulů určených ke zkoumání různých oblastí fungování s využitím kombinovaných prostředků, jako jsou sebesposuzovací škály a archy pro zaznamenávání výsledků rozhovoru. MATE vychází ze známých nástrojů, jako např. *Maudsley Addiction Profile-Health Symptoms Scale*, *Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale* a *Depression Anxiety Distress Scales* (De Beurs et al., 2001), nebo z modulu týkajícího se užívání návykových látek obsaženého v *Composite International Diagnostic Interview, Version 2.1*. Je určen k orientačnímu vyšetření na přítomnost různých symptomů/poruch. Z psychiatrických poruch je jeho prostřednictvím možné diagnostikovat jen adiktologické poruchy, nicméně slouží k identifikaci jedinců, u nichž by bylo vhodné provést další diagnostické vyšetření. Při absolvování všech modulů a dotazníků může administrace nástroje trvat až jednu hodinu.

Dual Diagnosis Screening Instrument

Dual Diagnosis Screening Instrument (DDSI) (Mestre-Pintó et al., 2014) je screeningový nástroj původně vytvořený pro účely orientačního vyšetření na psychiatrickou komorbiditu u uživatelů návykových látek formou rozhovoru vedeného laickými tazateli. DDSI je prokazatelně validním nástrojem pro účely screeningu na nejčastější a nejzávažnější psychiatrické poruchy u uživatelů návykových látek, a to zejména deprese, mánie, psychózy, panické poruchy, sociální fobie, specifické fobie, poruchy pozornosti s hyperaktivitou a posttraumatické stresové poruchy. DDSI rovněž vykazuje vysokou univerzálnost; lze jej aplikovat v mnoha různých podmínkách (výzkum, nemocniční léčba, ambulantní péče) u klientů užívajících různé typy drog (včetně opioidů, alkoholu, kokainu, amfetaminů, konopí nebo MDMA). Psychometrické vlastnosti DDSI (senzitivita nad 85 % u všech diagnóz a specifičnost nad 80 %) společně s nízkými nároky na zaškolení (1,5 hodiny pro laické administrátory) a časově nenáročnou administrací (max. 20–25 minut na všech 64 položek) z něj činí vhodný nástroj k orientačnímu vyšetření na duální diagnózu jak v prostředí specializované péče, tak ve všeobecných zdravotnických zařízeních.

Tabulka 2-1: Nástroje k provádění screeningu na komorbiditu duševních a adiktologických poruch

Název	Posuzované poruchy	Kritéria	Způsob administrace	Populace	Doba administrace (min.)
GHQ-28 (Goldberg, 1978)	4 aspekty psychiatrických potíží	žádná specifická porucha	klient sám	obecná a uživatelé drog	15
SCL-90 (Derogatis et al. 1973)	primární symptomy (10 dimenzí)	žádná specifická porucha	klient sám	obecná a uživatelé drog	15–20
SDDS-PC (Broadhead et al., 1995)	5 poruch	DSM	klient sám plus proškolený odborník	obecná	35
5PHQ (Spitzer et al., 1999)	8 poruch	DSM	klient sám	obecná	15–20
PDSQ (Zimmerman a Mattia, 2001)	13 poruch	DSM	klient sám	obecná a uživatelé drog	15
MHSF-III (Carroll a McGinley, 2001)	obecné symptomy	žádná specifická porucha	proškolený laický tazatel	uživatelé drog	15
MMS (OASAS, 2005)	obecné symptomy	žádná specifická porucha	proškolený laický tazatel	uživatelé drog	15
CODSI-MD (Sacks et al., 2007)	obecné symptomy	žádná specifická porucha	proškolený laický tazatel	uživatelé drog	< 5
CODSI-SMD (Sacks et al., 2007)	obecné symptomy	žádná specifická porucha	proškolený laický tazatel	uživatelé drog	< 5
MATE (Schippers et al., 2010)	porucha z užívání návykových látek a obecné symptomy	DSM-SUD	proškolený laický tazatel	uživatelé drog	40–80
DDSI (Mestre-Pintó et al., 2014)	11 poruch	DSM	proškolený laický tazatel	uživatelé drog	20

Diagnostické nástroje k určení komorbidity duševních a adiktologických poruch

Diagnostických rozhovorů umožňujících určit validně a spolehlivě psychiatrickou diagnózu v souladu s platnými kritérii není mnoho. Rozdíly mezi jednotlivými typy těchto nástrojů souvisejí s flexibilitou způsobu kladení otázek ze strany tazatele. V případě strukturovaného rozhovoru jsou všechny otázky standardizovány a jejich znění musí být doslovné, případně lze použít individuální doplňující otázky, není-li zcela jednoznačné, jak uvedené odpovědi zapadají do stanovených kritérií. Tím je zajištěna vysoká míra standardizace, byť dodržování předem formulovaných otázek nemůže vyřadit

všechny eventuality. Tyto rozhovory se zejména osvědčují při epidemiologických studiích, mezi něž patří celostátní šetření, protože nekladou nároky na interpretaci získaných dat ze strany tazatele. Jelikož se zde pracuje s otázkami, jež se často dotýkají emočních prožitků, některé pochybnosti respondentů mohou mít za následek problémy při kódování, a tazatelé tak potřebují být náležitě vyškoleni a mít přístup k referenčním glosářům. U polostrukturovaného rozhovoru je odborným klinickým pracovníkům dovoleno vypomáhat si při hodnocení odpovědí vedle volitelných doplňkových otázek rovněž nestrukturovanými otázkami, pokud nastanou diagnostické nejasnosti. Tímto způsobem lze optimalizovat rozptyl kritérií, občas i za cenu užšího spektra získaných informací. Polostrukturované rozhovory se lépe hodí do klinického prostředí, neboť umožňují klinickým pracovníkům a tazatelům provádět interpretaci výsledků na základě standardizovaných definic a kódovacích systémů.

Strukturované i polostrukturované klinické rozhovory se neustále vyvíjejí, neboť je nutné provádět v nich menší či větší změny v zájmu zohlednění nových prvků klasifikačních systémů (DSM a MKN) nebo zapracování úprav vzešlých z různých metodologických postupů aplikovaných při jejich validaci.

Diagnostic Interview Schedule

Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robins et al., 1982) je vysoce strukturovaný psychiatrický diagnostický rozhovor, který byl vyvinut na Washingtonské univerzitě (pracovat se na něm začalo v roce 1978). Mohou jej administrovat jak odborníci, tak proškolení laičtí tazatelé v rámci výzkumného programu *Epidemiologic Catchment Area*. Byl původně vytvořen na základě DSM, Feighnerových kritérií a RDC. Nejaktuálnější verzí tohoto diagnostického nástroje je DIS-IV, upravená tak, aby odpovídala kritériím DSM-IV, jež je k dispozici i v elektronické verzi (C-DIS-IV) (Robins et al., 2000). Všechny verze jsou koncipovány tak, aby simulovaly klinický rozhovor, čímž eliminují potřebu klinického zhodnocení prostřednictvím otázek, jejichž cílem je stanovit, zda jsou vykazované psychiatrické symptomy klinicky významné a zde je lze vysvětlit zdravotními problémy nebo užíváním návykových látek. Nástrojem DIS-IV se zkoumá celoživotní anamnéza symptomů a stavů od dětství až po současnost. Administrace nástroje trvá od 90 do 120 minut, je-li prováděna v původní „papírové“ formě, a přibližně 75 minut, je-li aplikována jeho elektronická verze. Všechny otázky jsou formulovány tak, aby ústily do zavřených odpovědí, které se následně kódují jako „ano“ nebo „ne“. DIS poskytuje diagnostické údaje o somatizaci/bolesti, specifických fobiích, sociální fobii, agorafobii, panických poruchách, generalizovaných úzkostných poruchách, posttraumatické stresové poruše, depresi, dystymické poruše, manické poruše, hypomanických poruchách, schizofrenii, schizofreniformních a schizoafektivních poruchách, obsedantně-kompulzivní poruše, mentální anorexii, bulimických poruchách, poruše pozornosti s hyperaktivitou, separační úzkostné poruše, opoziční poruše, poruše chování, disociální osobnostní poruše, závislosti na nikotinu, užívání drog a látkové závislosti (alkohol, amfetaminy, konopí, kokain, halucinogeny, opioidy, fencyklidin, sedativa, inhalanty, nebo tzv. „rekreační drogy“), dále o patologickém hráčství a demenci. Podrobnější informace o tomto nástroji jsou k dispozici na příslušném oficiálním webu (<http://epidemiology.php.ufl.edu/assessments/dissam/>, pozn. editora českého vydání: Oproti anglickému originálu byl odkaz aktualizován z verze z DSM-IV na DSM-5).

Údaje o psychometrických vlastnostech DIS-IV většinou vycházejí ze studií hodnotících dřívější verze tohoto diagnostického nástroje (Rogers, 2001). DIS se rovněž hojně

využívá při zkoumání poruch z užívání návykových látek v Severní Americe, Evropě a Asii (Helzer a Canino, 1992).

Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry

Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (Wing et al., 1990) je ucelený soubor nástrojů tvořících dohromady polostrukturovaný psychiatrický diagnostický rozhovor určený k posuzování, měření a klasifikaci psychopatologie a chování souvisejícího s nejzávažnějšími psychiatrickými poruchami. WHO jej následně rozpracovala pro účely mezikulturních studií a je nyní k dispozici ve 13 jazykových mutacích (Janca et al., 1994). Stěžejním komponentem nástroje SCAN, verze 2.1, je 10. verze škály *Patient State Examination* (PSE-10), vytvořené původně autorským kolektivem pod vedením Johna Winga (Wing, 1996), která za poslední čtyři desetiletí svého vývoje doznala změny jak ve své struktuře, tak způsobu hodnocení. PSE-10 je polostrukturovaný klinický vyšetřovací nástroj složený ze dvou samostatných částí. První část se zaměřuje na somatoformní, disociativní, úzkostné, depresivní a bipolární poruchy a problémy související s příjmem potravy a konzumací alkoholu a jiných návykových látek a současně si všímá i některých somatických rysů. Druhá část je zaměřena na psychotické a kognitivní poruchy a pozorované řečové, afektivní a behaviorální abnormality.

PSE zkoumá „aktuální stav“, tj. v posledním měsíci před administrací nástroje, a „předchozí období života“. Nástroj SCAN má tři další části: glosář (podrobné diferenciální definice), *Item Group Checklist* (určený k vyhodnocení informací získaných z jiných zdrojů než od respondenta) a *Clinical History Schedule* zaměřený na klinickou anamnézu. Administraci nástroje SCAN musí provádět adekvátně kvalifikovaný tazatel; je určen pro odborníky se specializací na oblast duševního zdraví, byť pod přímým dohledem jej mohou aplikovat i pracovníci bez příslušného vzdělání. Tazatel musí být obeznámen s terminologií uvedenou v glosáři, aby byl schopen dotazovat se během rozhovoru klienta na nejrůznější detaily, usilovat o získání odpovědí v souladu s glosářem a v případě zjištění symptomu rozhodnout o míře jeho závažnosti. Poté, co klient daný symptom popíše, tazatel tuto informaci zpracuje ve formě odpovídající definici v glosáři a opatří ji kódem, který dané škálové položce přísluší. Doba administrace se pohybuje od 1 do 2 hodin a bude do velké míry záviset na absenci či přítomnosti psychopatologie. Nástroj SCAN byl přeložen do mnoha jazyků podle metodických pokynů WHO (podrobnější informace jsou k dispozici na stránkách <http://www.whoscan.org/>).

V několika studiích byl nástroj aplikován na několik různých vzorků uživatelů návykových látek (Arendt et al., 2007; Baldacchino, 2007; Nelson et al., 1999). Data o validitě a reliabilitě diagnóz určených pomocí nástroje SCAN u populací uživatelů drog k dispozici nejsou.

Diagnostic Interview for Genetic Studies

Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS) (Nurnberger et al., 1994) je specifický klinický rozhovor pro účely genetických studií vyvinutý v rámci programu amerického Národního institutu pro duševní zdraví zaměřeného na genetické aspekty duševních onemocnění (National Institute of Mental Health Genetics Initiative) jako nástroj k posu-

zování závažných poruch nálady a psychotických poruch a dalších stavů spadajících do jejich spektra. Umožňuje stanovit více diagnóz najednou, provést detailní zhodnocení průběhu onemocnění, chronologie afektivních a psychotických poruch a komorbidity a získat doplňující popis symptomů, jakož i algoritmické skórování. Jedná se o polostrukturovaný rozhovor určený k administraci proškoleným tazatelem, který má zkušenosti s vedením rozhovorů a posuzováním zjevné psychopatologie. V zájmu získání co nejužitečnějších informací je tazatelům dovoleno formulace otázek upravovat, ale pokud je to možné, otázky by se měly vždy číst v uvedeném znění. Nástroj sestává z 12 oddílů: úvod ke krátkému testu kognitivních funkcí *Mini Mental State Examination*, demografické údaje a zdravotní anamnéza, somatizace, celkový přehled, poruchy nálady, poruchy z užívání návykových látek, psychóza, komorbidity, sebevražedné chování, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy a sociopatie. Administrace trvá v průměru 2–3 hodiny v závislosti na psychopatologii dotazovaných. S výjimkou schizoaffectivních poruch byla vykázaná reliabilita vynikající (0,73–0,95) (Nurnberger et al., 1994). DIGS může být užitečným nástrojem při shromažďování archivních dat pro genetické studie závažnějších afektivních poruch, schizofrenie a souvisejících stavů.

Mini-International Neuropsychiatric Interview

Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) je krátký strukturovaný klinický diagnostický rozhovor (osa I), jež je klinickým pracovníkem v prostředí péče o duševní zdraví i v medicínských zařízeních zdrojem standardizovaných dat s možností rychlého a přesného posouzení stavu na základě kritérií DSM-IV i MKN-10 (Lecrubieret al., 1997; Sheehan et al., 1998). Je určen k administraci proškolenými pracovníky bez specializační kvalifikace v prostředí klinické psychiatrické péče a ve výzkumu, kteří předtím budou podrobně seznámeni s jeho užíváním. Zaměřuje se spíše na aktuální poruchy než na poruchy, jež se projeví v předchozích fázích života. MINI existuje ve čtyřech verzích. Původní MINI je vhodný do klinických podmínek a výzkumu vzhledem k jeho krátkosti (15–20 minut na administraci). Zkoumá 17 poruch na ose I (depresivní poruchu, dystymickou poruchu, mánií, panickou poruchu, agorafobii, sociální fobii, specifickou fobii, obsedantně-kompuzivní poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu, abúzus a závislost na alkoholu, užívání drog nebo drogovou závislost, psychotické poruchy, mentální anorexii, bulimii a posttraumatickou stresovou poruchu). Obsahuje rovněž modul týkající se suicidality a část věnovanou jedné poruše na ose II (disociální poruše osobnosti). Rozšířenou verzi nástroje (45–60 minut) představuje MINI-Plus, jež se zaměřuje na 23 poruch, které lze zkoumat více do detailu. Je určen pro výzkumné účely. MINI-Screen je krátká verze (5 minut) určená pro podmínky primární péče. MINI-Kid pak posuzuje 27 diagnóz způsobem, který je na základě upraveného znění otázek vhodnější pro děti a dospívající. Doba administrace je přibližně 40 minut.

Nástroj MINI je u populací uživatelů návykových látek hojně využíván (Leray et al., 2011; Lukasiewicz et al., 2009), nicméně data o jeho validitě a reliabilitě ve vztahu k těmto cílovým skupinám nejsou k dispozici.

Composite International Diagnostic Interview

Nástroj *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) ve verzi 1.0 byl vytvořen pod záštitou WHO (1990). Jedná se o rozšířenou formu DIS-III, doplněného o otázky z PSE, aby tak bylo možné určovat diagnózy na základě kritérií ICD i DSM (Robins et al., 1988).

Poslední verze, CIDI 3.0, je plně strukturovaný rozhovor určený k administraci laickými tazateli poté, co absolvují příslušné proškolení. Tazatelé by otázky měli klást pouze tak, jak jsou napsány, a nijak je neinterpretovat. První část slouží k úvodnímu screeningu a anamnestickému přehledu, na jehož základě se určí relevance aplikování jednotlivých částí nástroje. Je zde 22 diagnostických oddílů, jejichž prostřednictvím se zkoumají poruchy nálady (depresivní poruchy a mánie), úzkostné poruchy (panická porucha, specifická fobie, agorafobie, generalizovaná úzkostná porucha, posttraumatická stresová porucha, obsedantně-kompulzivní porucha a sociální fobie), poruchy z užívání návykových látek (abúzus a závislost na alkoholu, užívání nikotinu a dalších návykových látek), dětské poruchy (porucha pozornosti s hyperaktivitou, opoziční vzdorovité chování a jiné poruchy chování, panická porucha a separační úzkostná porucha) a další poruchy (intermitentní explozivní porucha, poruchy příjmu potravy, premenstruační porucha, patologické hráčství, neurastenie, poruchy osobnosti a psychotické poruchy). Další čtyři oddíly se zaměřují na několik různých typů fungování a somatické komorbidity. Účelem dalších dvou oddílů je zhodnotit léčbu duševních poruch, čtyři zkoumají rizikové faktory, šest sociodemografické charakteristiky a dva poslední oddíly jsou věnovány metodologii. V prvním z těchto metodologických oddílů jsou popsána pravidla, na jejichž základě se určuje, kteří respondenti budou vybráni pro absolvování druhé části rozhovoru a u kterých respondentů by měl být rozhovor ukončen po první části. Druhý metodologický oddíl je určen k zaznamenávání postřehů tazatele po skončení rozhovoru. U většiny příslušníků obecné populace trvá administrace celého nástroje World Mental Health-CIDI průměrně dvě hodiny. Ucelený přehled informací o provedených validizacích poskytuje Rogers (2001).

Structured Clinical Interview for DSM-IV

Strukturovaný klinický rozhovor určený k diagnostice poruch podle DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*, SCID) zaznamenal od svého vzniku v roce 1983 řadu změn. V současnosti existují dva samostatné klinické rozhovory: jeden, určený k posuzování poruch na ose I, SCID-I (Spitzer et al., 1992), a druhý, věnovaný poruchám na ose II, SCID-II (First, 1997). Aplikace a vyhodnocování obou těchto nástrojů vyžaduje odborníka na oblast péče o duševní zdraví s odpovídající kvalifikací. SCID lze využít při práci s dospělými, kteří netrpí závažným kognitivním postižením a nevykazují agitaci nebo závažné psychotické symptomy.

SCID-I je pravděpodobně nejužívanějším rozhovorem ve všeobecné psychiatrii.

Byl koncipován pro pacienty, u nichž již byla zjištěna nějaká psychiatrická porucha. Vychází ze standardního klinického rozhovoru prováděného mnoha odborníky v oblasti duševního zdraví. SCID-I je polostrukturovaný rozhovor čítající dva samostatné svazky: příručku pro administraci, jež obsahuje otázky k vedení rozhovoru, a zestručněnou verzi diagnostických kritérií DSM-IV. Zkušeným klinickým pracovníkům je dovoleno individuálně upravovat znění otázek tak, aby jim pacienti rozuměli. Hodnocení na škále SCID-I vycházejí jak z odpovědí pacientů, tak z odbornosti hodnotitele (který může klást doplňující otázky potřebné k objasnění některých nejednoznačností nebo k posouzení závažnosti symptomů). Administrace zabere 1–2 hodiny, v závislosti na přítomnosti či absenci patologie.

Nejužívanější verzi, SCID-CV (klinická verze), tvoří modul A: náladové epizody, modul B: psychotické symptomy, modul C: psychotické poruchy, modul D: poruchy nálady, modul E: poruchy z užívání návykových látek a modul F: úzkostné a jiné poruchy. Lze ji použít k diagnostikování poruch navozených účinkem návykových látek i primárních poruch, ale neposkytuje vodítko ve vztahu k psychopatologickým kritériím podle DSM-IV.

Validita SCID-I pro uživatele návykových látek byla ověřována prostřednictvím aproximační postupu známého jako LEAD (Longitudinal, Expert, All Data). U adiktologických pacientů prokázaly výsledky nízkou validitu z hlediska diagnostikování primární deprese nebo psychotických poruch vyvolaných účinky návykových látek (Torrens et al., 2004).

SCID-II (First, 1997) je polostrukturovaný rozhovor zaměřený na poruchy na ose II, jež byl v roce 1987 vytvořen jako doplněk k nástroji SCID-I. Byly do něj zapracovány změny, které zohledňují vývoj kritérií DSM, k nimž v průběhu let došlo. Jeho nejpodstatnějšími charakteristikami jsou stručnost (30–45 minut), snadná administrace a nenáročnost proškolení pracovníků, kteří jej užívají. Všechny verze rozhovoru byly doposud použity v mnoha studiích zaměřených na uživatele návykových látek (Ball et al., 2001; Casadio et al., 2014; Spalletta et al., 2007). U pacientů zneužívajících návykové látky byly vykázány horší výsledky ve vztahu k hraničním poruchám osobnosti (Torrens et al., 2004).

Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders

Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) (Hasin et al., 1996) je polostrukturovaný rozhovor vyvinutý v reakci na absenci diagnostického rozhovoru, jenž by se hodil na výzkum komorbidity. Z hlediska komorbidity jsou důležité tyto tři charakteristiky nástroje PRISM: (1) rozšíření celého rozhovoru o specifické pokyny k hodnocení, včetně požadavků na frekvenci a délku trvání symptomů, jednoznačná kritéria pro vyloučení a pravidla pro rozhodování v případech, kdy často nelze dospět k jednoznačnému závěru; (2) zařazení částí PRISM věnovaných alkoholu a drogám hned zkraje rozhovoru, ještě před oddíly zaměřené na duševní poruchy, takže anamnestické údaje o užívání alkoholu a dalších návykových látkách jsou k dispozici již v úvodu zkoumání duševních poruch, a (3) strukturovanější údaje o dosavadním užívání alkoholu a dalších návykových látkách, jež poskytují širší kontext pro posuzování komorbidních psychiatrických poruch. První verze nástroje PRISM, vycházející z kritérií DSM-III-R, vykazovala dobrou až vynikající reliabilitu ve vztahu k mnohým diagnózám, včetně afektivních poruch, poruch z užívání návykových látek, poruch příjmu potravy, některých úzkostných poruch a psychotických symptomů (Hasin et al., 1996). V reakci na změny obsažené v DSM-IV byl nástroj PRISM aktualizován a upraven tak, aby umožňoval diagnostiku primárních poruch a poruch vyvolaných účinky psychoaktivních látek a současně zohledňoval předpokládané účinky intoxikace či odvykacího stavu. Opravená verze nástroje PRISM navíc poskytuje metodu, kterou lze operacionalizovat výraz „přesahující“ ve vztahu k očekávaným účinkům návykové látky u chronických uživatelů. Při diagnostice psychiatrických poruch u uživatelů návykových látek prokázal rozhovor PRISM dobré psychometrické vlastnosti z hlediska test-retest reliability (Hasin et al., 2006), inter-rater reliability (Morgello et al., 2006) a validity (Ramos-Quiroga et al., 2012; Torrens et al., 2004).

Nástroj PRISM zahrnuje tyto poruchy: (1) poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek, včetně abúzu a závislosti u alkoholu, konopí, halucinogenů, legálních i nelegálních opioidů a stimulantů; (2) primární afektivní poruchy, včetně depresivních poruch, manických epizod (a bipolární poruchy I), psychotické poruchy nálady, hypomanické epizody (a bipolární poruchy II), dystymické a cyklotymické poruchy; (3) primární úzkostné poruchy, včetně paniky, jednoduché fobie, sociální fobie, agorafobie, obsedantně-kompulzivní poruchy, generalizované úzkostné poruchy a posttraumatické stresové poruchy; (4) primární psychotické poruchy, včetně schizofrenie, schizoafektivní poruchy, schizofreniformní poruchy, poruchy s bludy a blíže nespecifikovaných psychotických poruch; (5) poruchy příjmu potravy, včetně anorexie, bulimie a záchvatovitého přejídání; (6) poruchy osobnosti, včetně disociální a hraniční poruchy osobnosti a poruchy pozornosti s hyperaktivitou, a (7) poruchy vyvolané účinky psychoaktivních látek, včetně depresivní poruchy, mánie, dystymie, psychózy, panické poruchy a generalizované úzkostné poruchy. V závislosti na klinické anamnéze pacienta trvá administrace nástroje v průměru přibližně 1–3 hodiny. V době vzniku tohoto materiálu byla připravena k publikaci nová verze nástroje zohledňující kritéria obsažená v DSM-5.

Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule

Nástroj *Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule* (AUDADIS)-IV (Grant et al., 1995, 2003) je plně strukturovaný diagnostický rozhovor určený k aplikaci na obecnou populaci, avšak je možné ho využít i k výzkumu komunitních výběrových souborů tvořených jedinci s diagnózami souvisejícími s užíváním alkoholu a drog (Hasin et al., 1997). Pro příslušném proškolení ho mohou administrovat buď laičtí tazatelé, nebo kliničtí pracovníci. Administrace nástroje AUDADIS-IV zabere přibližně 1–2 hodiny. Obsahuje moduly, jejichž prostřednictvím lze posuzovat poruchy související s užíváním alkoholu, tabáku a drog, závažné poruchy nálady a závažné úzkostné a osobnostní poruchy, jakož i rodinnou anamnézu užívání alkoholu a jiných návykových látek, dále depresi a disociální osobnostní poruchu podle kritérií DSM-IV. Diagnostika se vztahuje na posledních 12 měsíců (současnost) a na období předcházející posledním 12 měsícům (minulost). AUDADIS byl první nástroj, který zahrnoval spektrum škál určených konkrétně k charakteristice psychiatrické komorbidity u uživatelů návykových látek v rámci celopopulačních studií. Zahrnuje položky, jejichž prostřednictvím lze určovat (1) dobu nástupu a remise jednotlivých poruch spíše než dobu nástupu prvních a posledních symptomů dané poruchy a (2) adekvátně vyhodnocovat kritéria délky trvání (tj. opakovaný výskyt symptomů jako předpoklad jejich klinické významnosti), (3) možnosti vyvozování hierarchických a nehierarchických diagnóz, (4) moduly zaměřené na komorbiditu s příbuznými poruchami, (5) položky k posuzování automedikace související s úzkostnými poruchami a poruchami nálady, (6) položky ke zkoumání skutečných poruch nálady a úzkostných poruch a těch poruch nálady a úzkostných poruch, jež jsou buď vyvolané účinky psychoaktivních látek, nebo je lze připsat všeobecně medicínskému problému, a (7) detailní otázky na frekvenci, množství a vzorce užívání alkoholu, tabáku a drog (Grant et al., 2003).

Nástroj AUDADIS vykázal vysokou test-retest reliabilitu v klinických podmínkách s očekávaným vysokým výskytem komorbidity (Hasin et al., 1997). Jeho test-retest reliabilita

ve vztahu ke konzumaci a abúzu alkoholu a drog a závislosti na těchto látkách, jakož i ve vztahu k dalším modulům, se ukázala jako dobrá až vynikající (Grant et al., 1995, 2003).

Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism

Nástroj *Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism* (SSADDA) (Pierucci-Lagha et al., 2005) je odvozen z nástroje *Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism* a byl vyvinut pro účely studií zkoumajících genetické vlivy na závislosti na kokainu a opioidech. Ve srovnání s předchozími psychiatrickými diagnostickými nástroji se SSADDA podrobněji věnuje konkrétním poruchám z užívání návykových látek, zejména závislosti na kokainu a opioidech, a vedle poruch chování, disociální poruchy chování, depresivní poruchy, bipolární poruchy subtypu I, poruchy pozornosti s hyperaktivitou, posttraumatické stresové poruchy a patologického hráčství též široce pokrývá všechny závažnější dopady (somatické, psychologické, sociální a psychiatrické) adiktologických poruch. Zásadním prvkem nástroje SSADDA je zařazení otázek týkajících se nástupu a aktuálnosti jednotlivých symptomů ve vztahu k užívání alkoholu a drog, jež umožňují posoudit příslušné klastry symptomů z časového hlediska. Informace o časových aspektech symptomů mohou být obzvláště užitečné při odlišování komorbidních poruch od projevů intoxikace či odvykacího stavu.

Byla ověřována reliabilita jednotlivých kritérií závislosti v rámci nástroje SSADDA, aby bylo možné určit, do jaké míry nezávislí tazatelé docházejí k týmž diagnostickým závěrům. Ve vztahu k jednotlivým kritériím DSM-IV byla odhadovaná inter-rater reliabilita vynikající u závislosti na nikotinu a opioidech, dobrá u závislosti na alkoholu a kokainu a uspokojivá u závislosti na konopí, sedativech a stimulantech (Pierucci-Lagha et al., 2007).

Tabulka 2-2: Nástroje k diagnostikování komorbidit duševních a adiktologických poruch

Název	Kritéria	Způsob administrace nástroje	Kvalifikační požadavky na tazatele	Populace / využití	Doba administrace
DIS (Helzer, 1981)	DSM-IV	strukturovaný	proškolení	uživatelé drog a obecná populace / klinické studie, epidemiologické studie	1–2 h
SCAN (Janca et al., 1994)	MKN-10 DSM-IV	polostrukturovaný	proškolení a klinická praxe	obecná populace / klinické studie	1–3 h
DIGS (Nurnberger et al., 1994)	MKN-10 DSM-IV	polostrukturovaný	proškolení a klinická praxe	uživatelé drog / klinické studie	2–3 h
MINI (Leclercq et al., 1997)	MKN-10 DSM-IV	strukturovaný	proškolení	uživatelé drog a obecná populace / epidemiologické a klinické studie	20–30 min
CIDI (WHO, 1998)	MKN-10 DSM-IV	strukturovaný	proškolení	uživatelé drog a obecná populace / epidemiologické a klinické studie	1–3 h
SCID-IV (First et al., 1997)	DSM-IV	polostrukturovaný	proškolení a klinická praxe	uživatelé drog a obecná populace / klinické studie	1–2 h
PRISM-IV (Hasin et al., 2001)	DSM-IV	polostrukturovaný	proškolení a klinická praxe	uživatelé drog / klinické studie	1–3 h
AUDADIS (Grant et al., 2001)	DSM-IV	strukturovaný	proškolení	uživatelé drog / epidemiologické studie	1–2 h
SSADDA (Pierucci-Lagha et al., 2005)	DSM-IV	polostrukturovaný	proškolení a klinická praxe	uživatelé drog / klinické studie	1–3 h

Shrnutí

K posuzování výskytu komorbidních duševních poruch u uživatelů návykových látek je k dispozici řada nástrojů, které lze rozdělit na dvě hlavní skupiny: nástroje screeningové a diagnostické. Volba nástroje bude záviset na kontextu (klinické prostředí, epidemiologie, výzkum apod.), účelu posuzování (jedna nebo více diagnóz najednou), času, který je k provedení diagnostiky k dispozici, a odbornosti personálu. Standardní screeningové nástroje určené k posuzování možných poruch z užívání návykových látek a duševních poruch by se měly používat vždy v situacích, kdy nedostatek času či odbornosti na straně personálu neumožňuje univerzální aplikaci rozsáhlejších posuzovacích nástrojů. Bez tohoto plošného screeningu se nebude dařit případy psychiatrické komorbidit podchycovat. Je také třeba zajistit postupy pro provádění následných diagnostických úkonů u případů s pozitivním výsledkem orientačního vyšetření.

3

Kapitola 3

Metody

Po teoretickém a historickém úvodu k definicím a diagnózám komorbiditidy adiktologických a duševních poruch v 1. kapitole a představení dostupných nástrojů k posuzování přítomnosti psychiatrické komorbiditidy ve 2. kapitole se v této kapitole seznámíme s metodami používanými k hodnocení epidemiologických a léčebných přístupů, především ve vztahu k zajišťování systému péče, v evropském kontextu. Pro účely provedení takové přehledové studie byly uplatněny tři různé strategie, jež jsou popsány v další části textu.



První strategie spočívala v provedení obsažného bibliografického přehledu prostřednictvím renomované databáze Medline, jehož cílem bylo vyhledat relevantní studie zaměřené na různé aspekty komorbiditidy. Tato rešerše dostupné literatury proběhla v srpnu 2013 za použití klíčových slov jako „komorbidita“, „duální diagnóza“, „léčba“, „epidemiologie“, „zdravotní služby“ a „diagnóza“, jež byly kombinovány tak, aby bylo možné postihnout co nejširší spektrum publikovaných zdrojů informací.

Prověřeny byly také bibliografické odkazy ze studií vyhledaných v databázi Medline, aby byl přehled co nejpřesnější a neopomněl žádnou relevantní publikaci týkající se dané oblasti. Všechny odkazy byly zpracovány pomocí bibliografického softwaru EndNote.

Proces výběru publikací probíhal ve dvou fázích. Na základě popsaného vyhledávání bylo identifikováno 3 024 publikací. Po pročtení abstraktů všech těchto publikací byly vyřazeny ty práce, které nespĺňovaly obsahová kritéria. Následně byly prostudovány fulltextové publikace v angličtině, francouzštině, italštině a španělštině a byla posouzena jejich relevance pro účely této studie. U studií publikovaných v jiných jazycích byly prostudovány pouze abstrakty, pokud byly k dispozici.

Jakmile došlo k rozřídění relevantních publikací v souladu s předem definovanou metodikou, dva ze zkušenějších pracovníků výzkumného týmu provedli rozdělení relevantních oblastí, a to opět na základě obsahu studií a s přihlédnutím k rozsahu důkazů. Na závěr byl zpracován přehled hlavních metodik v oboru.

V rámci druhé strategie byla rešerše literatury doplněna o provedení kompletního přehledu dat obsažených v národních zprávách jednotlivých států sdružených do Evropské informační sítě o drogách a drogových závislostech (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies, Reitox). Stěžejním úkolem sítě Reitox je shromažďovat a dále předávat ucelené, sjednocené a standardizované informace

o drogách a drogových závislostech v celé Evropě. Monitorovací střediska jednotlivých států sdružených v síti Reitox předkládají každoročně EMCDDA podrobné zprávy o situaci v oblasti drog ve své zemi. Za účelem předmětného vyhledávání informací byla provedena zevrubná analýza posledních výročních zpráv (případně zpráv obsahujících co nejrelevantnější data) z jednotlivých zemí, přičemž byla věnována zvláštní pozornost informacím o prevalenci komorbidity a o zdravotnických systémech péče zaměřených na problémy související s užíváním drog a duševním zdravím. K získání nejaktuálnějších informací o 30 zemích sdružených v síti Reitox bylo nutné zpracovat data z 35 zpráv dodaných jednotlivými zeměmi.

Třetí strategie obnášela kontaktování klíčových informátorů v oblasti závislostí a jejich vyzvání k účasti na studii. Tito odborníci byli požádáni, aby:

- ✗ udělili svůj souhlas s uvedením na seznam expertů, resp. „seznamu klíčových informátorů“, zpracovaný pro účely studie;
- ✗ dodali veškerou „šedou literaturu“, kterou považují pro tento výzkum za relevantní;
- ✗ poskytli eventuální nové kontakty na osoby, jež by bylo rovněž vhodné zařadit na seznam expertů;
- ✗ vyplnili tabulku s názvem „Sít' ambulantních a lůžkových zařízení zajišťujících v zemích EU péči o komorbidní pacienty“.



Kapitola 4

Epidemiologická data týkající se prevalence komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě

V této kapitole uvádíme popis epidemiologické situace v oblasti komorbidity duševních poruch u osob s poruchami z užívání návykových látek v jednotlivých evropských zemích. Při absenci epidemiologické studie, která by v rámci Evropské unie proběhla v témže období za použití jednotných definic a jednotné metodologie, je provedeno přehledné zhodnocení dostupných dat pocházejících z různých informačních zdrojů. Informace byly získávány ze tří hlavních zdrojů popsaných ve 3. kapitole: data ze sítě Reitox dostupná na webových stránkách EMCCDA, rešerše odborné literatury a klíčoví informátoři.



Abychom maximalizovali výpovědní hodnotu údajů o míře prevalence komorbidních duševních poruch mezi uživateli drog, je nutné zohlednit řadu faktorů.

Uvažované látky: Poruchy z užívání návykových látek může způsobovat mnoho různých substancí. V této zprávě jsme se zaměřili na nelegální drogy (např. heroin, kokain, konopí, amfetaminy atd.). Tabák, alkohol a přípravky na předpis opomíjíme.

Charakteristika zkoumaného výběrového souboru: Je důležité rozlišovat mezi studii realizovanými na obecné, klinické nebo specifické populaci (např. bezdomovci, vězni, uživatelé drog, kteří nevyhledávají léčbu apod.). U studií zaměřených na obecnou populaci může hrát významnou roli také prostředí, v němž studie probíhá. Velký rozdíl může být v tom, zda se pacienti rekrutují z psychiatrických pracovišť nebo ze služeb pro uživatele drog. Výrazné rozdíly se také mohou objevovat, pokud se pacienti léčí ambulantně nebo jsou hospitalizováni. V identifikovaných studiích se například komorbidní depresivní a úzkostné poruchy vyskytovaly častěji v ambulantních zařízeních pro uživatele drog, zatímco většina studií prováděných na odděleních psychiatrických nemocnic se týkala psychóz, v souvislosti s nimiž si zvláštní pozornost zasluhuje konopí. Může to být kontraintuitivní, protože konopí se vyskytuje ve studiích realizovaných v psychiatrických nemocnicích, zatímco opioidy a kokain jsou častěji předmětem výzkumu v ambulantních adiktologických zařízeních.

Některé studie se dále zaměřovaly na populace, které nevyhledávají léčbu, čímž se stávají zdrojem informací o komorbiditě u uživatelů drog, které nabízejí trochu jiný úhel pohledu. Bylo nalezeno několik studií založených na výpovědích účastníků „z ulice“ a referujících o mnoha různých látkách, jakož i práce zaměřené na specifické populace nepodchycené léčbou (např. osoby ve výkonu trestu nebo bezdomovci), u nichž je nutné ve vztahu k duševním poruchám zohledňovat zvláštní okolnosti.

Některé studie se zabývaly konkrétními psychiatrickými poruchami (např. depresemi, poruchami pozornosti s hyperaktivitou, posttraumatickými stresovými poruchami, poruchami příjmu potravy nebo bipolárními poruchami). O tomto aspektu je podrobněji pojednáno v kapitole 5.

V neposlední řadě je nutné zohlednit složení zkoumaných populací z hlediska zastoupení jednotlivých pohlaví, protože rozdíly mezi muži a ženami se projevují jak v prevalenci drogových závislostí, tak v prevalenci dalších psychiatrických poruch.

Definice komorbidity duševních a adiktologických poruch: Jak vyplývá z našeho přehledu v kapitole 1, přístupy k diagnostice komorbidních duševních poruch u osob s poruchami z užívání návykových látek dospěly od prvotních definic až k současným diagnostickým klasifikačním systémům. Tyto změny je nutné vzít v úvahu, chceme-li lépe porozumět psychiatrické komorbiditě v epidemiologii poruch z užívání návykových látek. Nástroje používané ke screeningu na psychiatrické komorbidity nebo k jejich diagnostice mohou působit jako zavádějící faktory. Touto otázkou se podrobně zabývá kapitola 2.

Časový interval: dalším relevantním faktorem je referenční doba výskytu komorbidity (poslední měsíc, poslední rok nebo celoživotní zkušenost), jakož i souběh poruch v čase.

Tabulka 4-1: Faktory ovlivňující interpretaci epidemiologie komorbidity duševních a adiktologických poruch

Faktor	Sledované aspekty
uvažované látky	hlavní užívaná droga – nelegální drogy – jiné látky
zkoumaný soubor	obecná populace – podíl mužů a žen uživatelé drog vyhledávající léčbu – všeobecná nemocnice – služby pro uživatele drog – služby v oblasti péče o duševní zdraví specifické populace – osoby nevyhledávající léčbu – bezdomovci – vězni
definice komorbidity	diagnostická kritéria diagnostické nástroje
časový interval	poslední rok, poslední měsíc, celoživotně
charakteristiky geografické oblasti	přístup k léčbě a její dostupnost dostupnost drog (drogový trh)

Specifika jednotlivých evropských zemí: V oblasti užívání návykových látek existují v jednotlivých evropských zemích značné rozdíly, přičemž určité geografické oblasti vykazují specifické vzorce. Z tohoto důvodu je rovněž zapotřebí zohledňovat rozdíly v dostupnosti drog, ve vývojových trendech a aspektech týkajících se přístupu ke zdravotním službám, zejména při porovnávání prevalence psychiatrické komorbidity u uživatelů drog v různých geografických oblastech.

Tyto faktory související s epidemiologickou interpretací dat o psychiatrické komorbiditě u uživatelů drog jsou přehledně zpracovány v tabulce 4.1.

Studie zaměřené na komorbiditu adiktologických a duševních poruch v Evropě

Předtím, než si popíšeme psychiatrickou komorbiditu u různých populací uživatelů návykových látek nebo psychiatrických pacientů, uvedeme pro srovnání celkovou charakteristiku prevalence duševních poruch v obecné populaci. Jak v Evropě, tak ve Spojených státech bylo realizováno několik studií na téma prevalence psychiatrických poruch v obecné populaci. Jedna série šetření probíhá celosvětově v rámci studie *World Mental Health Survey Initiative*. Poskytuje výsledky z několika zemí Evropy i odjinud. Míra prevalence různých úzkostných poruch, poruch nálady a kontroly impulzů nebo poruchy z užívání návykových látek v posledních 12 měsících se pohybovala od 26 % ve Spojených státech po 8 % v Itálii. Obecně nižší hodnoty byly uváděny pro asijské a africké země (Demyttenaere et al., 2004).

Ve Spojených státech jsou prováděny longitudinální studie zkoumající koexistenci a vývoj adiktologických (včetně problémového užívání alkoholu) a psychiatrických poruch. Zájemce o toto téma odkazujeme na publikační výstupy Národní epidemiologické studie o užívání alkoholu a souvisejících problémech (National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions) a Národní studie o komorbiditách (National Comorbidity Survey). Pro Evropskou unii nejsou bohužel k dispozici žádné studie tohoto typu.

V následující části tedy popisujeme epidemiologické studie podle těchto typů populací: obecná populace, pacienti ve všeobecných nemocnicích, pacienti ve specializovaných zařízeních pro uživatele drog, pacienti v zařízeních zaměřených na péči o duševní zdraví, uživatelé drog nevyhledávající léčbu, vězni a bezdomovci.

Celopopulační studie

Hlavní studie zaměřené na obecnou populaci, včetně dílčích výběrových souborů (např. vysokoškolských studentů), jsou popsány v tabulce 4.2.

Dohledány byly celkem dvě evropské celopopulační studie obsahující data o psychiatrické komorbiditě. V rámci jedné z nich, realizované v letech 1999–2003 na celostátně reprezentativním souboru (36 105 osob) dospělé populace ve Francii byly provedeny odhady prevalence úzkostných poruch a souvisejících komorbidit. Úzkostné poruchy

byly celkově zjištěny u 22 % účastníků šetření, z nichž u 28 % byla diagnostikována depresivní porucha a kritéria pro abúzus alkoholu a drogovou závislost splňovala další 4 %, resp. 3 %, z čehož plyne, že přibližně 7 % francouzského obyvatelstva splňovalo diagnostické podmínky komorbidity úzkostné poruchy s poruchou z užívání návykových látek (Leray et al., 2011).

Celostátní domácí šetření zaměřené na problematiku psychiatrické komorbidity, jež proběhlo začátkem devadesátých let 20. století v Anglii a Walesu, ukázalo, že prevalence dalších psychiatrických poruch u osob závislých na návykových látkách (konopí, halucinogenech a amfetaminech) (2 %) je vyšší (47 %) než u respondentů bez látkové závislosti nebo „jen“ se závislostí na alkoholu nebo nikotinu (Farrell, 2001).

Posuzovány byly dvě další studie mapující problematiku duální diagnózy mezi vysokoškolskými studenty ve Španělsku. V jedné studii pracující s výběrovým souborem 554 studentů mělo poruchu z užívání návykových látek 58 osob, z nichž u 9 % byly zaznamenány příznaky epizody depresivní poruchy (Vázquez, 2010). Druhá studie, zaměřená výhradně na studentky, uváděla 21% celoživotní komorbiditu při započítání závislosti na nikotinu jako adiktologické poruchy (Vázquez et al., 2011).

Tabulka 4-2: Celopopulační studie

Autoři	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace/ lokalita/ charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
Leray et al., 2011	Francie	36 105	MINI (pouze pro úzkostné poruchy)	celostátní průzkum mezi dospělým obyvatelstvem Francie, duševní zdraví v obecné populaci (53,9 % mužů)	úzkostné poruchy úzkostné poruchy + porucha z užívání alkoholu úzkostné poruchy + porucha z užívání drog	21,6 4,4 2,8
Vázquez et al., 2011	Španělsko	1 054	SCID-CV	studentky ve věku 22,2 roku (střední hodnota)	celoživotní komorbidita (včetně závislosti na tabáku) celoživotní prevalence psychiatrických poruch (nejpěznějšími poruchami byly závislost na nikotinu, deprese a generalizovaná úzkostná porucha) dvě a více psychiatrických diagnóz	21 50,8
Farrell, 2001	Spojené království	10 018	CIS-R a DIS MKN-10	celostátní průzkum psychiatrické morbidity (věk účastníků 16–65 let)	osoby se závislostí na drogách (zejména konopí) u drogově závislých: žádná porucha smíšená úzkostná porucha generalizovaná úzkostná porucha deprese fobie panická porucha	37 muži: 2,8 ženy: 1,5 52,9 16,3 7,3 7,1 5,5 2,5
Vázquez, 2010	Španělsko	554	DSM-IV	vysokoškolská studenti	symptomy epizody depresivní poruchy + látková závislost (n = 58) osoby, jež užily v posledním měsíci legální drogu (n = 540) osoby, jež užily v posledním měsíci nelegální drogu (n = 140)	8,6 8,7 12,1

Zkratky: CIS-R (Clinical Interview Schedule-Revised)

Pacienti ve všeobecných nemocnicích

V tabulce 4.3 jsou uvedena data ze dvou studií referujících o psychiatrické komorbiditě ve všeobecné nemocnici. Jedna z těchto studií zkoumala 1 227 osob hospitalizovaných s akutním psychiatrickým stavem, z nichž 17 % vykazovalo psychiatrickou komorbiditu (Martín-Santos et al., 2006). Druhá studie, zkoumající vzorek 9 248 pacientů s projevem úmyslného sebepoškozování, zjistila u pacientů, kteří byli současně problémovými uživateli drog (9 %), 22% výskyt jiné psychiatrické diagnózy, přičemž u 24 % z nich se vyskytovala porucha osobnosti (Haw a Hawton, 2011).

Tabulka 4-3: Pacienti ve všeobecných nemocnicích

Autoři	Země	Veli- kost soubor- u	Posu- zovací nástroje	Referenční populace / lokality / charakteris- tiky	Typ poruchy	Preva- lence (%)
Martín-Santos et al., 2006	Španělsko	1 227	klinická diagnos- tika	Oddělení urgentního příjmu	komorbidita osa I poruchy z užívání drog	17 74 9
Haw and Hawton, 2011	Spojené království	9 248	MKN-10	oddělení urgentního příjmu v pří- padě pokusů o sebevraždu	problémové užívání drog (PUD) PUD + poruchy osobnosti PUD + jakákoli psychi- atrická diagnóza	8,7 24,2 21,9

Pacienti v zařízeních pro uživatele drog

Téměř 40 studií uvádí data o prevalenci nějakého typu psychiatrické komorbidity ve výběrových souborech tvořených klienty terapeutických zařízení pro uživatele drog (tabulka 4.4). Další komplikací z hlediska sumarizace dat představuje nejednotnost formy popisu výsledků. Například prevalenční hodnoty poruch nálady se pohybují v rozmezí od 5 % u italského souboru polyvalentních uživatelů drog (Di Furia et al., 2006) do 90 % v souboru 150 pacientů terapeutických komunit v devíti evropských zemích (De Wilde et al., 2007). Za pozornost stojí série španělských studií, v nichž byly diagnózy stanovovány pomocí téhož nástroje (PRISM). Ačkoli jednotlivé výběrové soubory pocházejí z geograficky různých částí země a různých adiktologických zařízení, výsledky je možné sumarizovat na základě podobných kritérií, přičemž pro aktuální poruchy na ose I a II se pohybujeme v rozmezí od 42 % v případech ambulantních pracovišť do 58 % a 59 % u terapeutických komunit, resp. detoxifikačních jednotek. Při zohlednění údajů za celý dosavadní život to bylo 62 %, resp. 66 %, resp. 67 % (Araos et al., 2014; Astals et al., 2008; Nocon et al., 2007; Pedrero-Perez et al., 2011; Vergara-Moragues et al., 2012).

Tabulka 4-4: Pacienti ve službách pro uživatele drog

Autoři / zdroje	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace / lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
EMCDDA, 2013A	Rakousko	228	průzkum formou sebeposouzení	osoby na opioidové substituční léčbě	deprese (někdy v životě) úzkostné poruchy (někdy v životě)	60,5 41
EMCDDA, 2012	Rakousko	8 500 (údaje z roku 2011)	průzkum formou sebeposouzení	údaje z vídeňského informačního systému BADO (Basic Documentation) o závislostech, léčbě uživatelů drog a podpůrných službách	psychiatrické problémy	15
EMCDDA, 2012	Rakousko	201	N / A	uživatelé drog v léčbě	afektivní poruchy (např. deprese), poruchy osobnosti a chování, neurotické, stresové a somatoformní poruchy	60
EMCDDA, 2012	Rakousko	27	průzkum	klienti odvykacího programu – uživatelé mefedronu – v Grazu	afektivní poruchy	81,5
EMCDDA, 2013A	Belgie	670 (údaje z roku 2012)	EUROPASI	uživatelé drog nastupující léčbu (Vlámsko)	duální diagnóza závažná méně závažná	48,6 11 37,6
EMCDDA, 2011	Bulharsko	3 452	N / A	program substituční a udržovací léčby (94,7 % metadon, 5,3 % substitol)	porucha osobnosti, úzkost a schizofrenie	20
EMCDDA, 2011	Chorvatsko	7 550 (údaje z roku 2010)	zdravotnická zařízení	uživatelé drog v léčbě	duální diagnóza afektivní poruchy úzkostné poruchy psychotické poruchy	21 (1 585) 20,3 13,6 15,5
EMCDDA, 2010	Kypř	785 (údaje z roku 2009)	sebehodnocení	uživatelé drog v léčbě	psychiatrické symptomy (někdy v životě): stres poruchy soustředění deprese	> 50 32 27

Autoři / zdroje	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace / lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
EMCDDA, 2012	Kypr	1 057	klinická pozorování z terapeutických středisek	uživatelé drog žádající o léčbu	vyšší podíl v psychiatrických zařízeních a nižší podíl v zařízeních pro mladistvé uživatele drog	3–85
EMCDDA, 2012	Česká republika	N / A (údaje z roku 2010)	MKN-10	komorbidita u uživatelů návykových látek hospitalizovaných v lůžkových psychiatrických zařízeních	duševní poruchy a poruchy chování alkohol (n = 10 003) opioidy (n = 696) konopí (n = 199) sedativa/hypnotika (n = 306) kokain (n = 2) jiná stimulancia (n = 1 626) halucinogeny (n = 9) tabák (n = 3) inhalanty (n = 42) polyvalentní užívání drog (n = 2 476)	29,9 28,3 79,4 63,1 50,0 48,0 100,0 66,7 14,3 25,6
Arendt et al., 2011	Dánsko	20 581	evidované případy úmrtí (dánský registr psychiatrických případů, 1996–2006)	osoby v léčbě závislosti na nelegálních návykových látkách	injekční užívání drog + komorbidita a mortalita	N / A
EMCDDA, 2010	Finsko	N / A	N / A	uživatelé drog	deprese nebo jiná duševní porucha	> 50
EMCDDA, 2011	Francie		sebehodnocení	uživatelé drog	špatné psychické zdraví	50
EMCDDA, 2013a	Řecko	11 604	N / A	uživatelé drog v léčbě	typ poruchy irelevantní	23,2
EMCDDA, 2007	Maďarsko	200	průzkum psychologických problémů za posledních 30 dní	uživatelé drog v léčbě (74 % muži, 24 % ženy)	znuděnost či smutek nebo lehká deprese, nebo úzkost, nebo intenzivní obavy	57

Autoři / zdroje	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace / lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
EMCDDA, 2007	Itálie	N / A	N / A	uživatelé drog (opioidy a polyvalentní užívání) v léčbě (prům. věk 36 let, převážně muži)	afektivní psychózy neuroticko-somatické poruchy schizofrenní psychózy jiné poruchy paranoidní stav celkem	18 10 7 7 1 22
Riglietta et al. 2006	Itálie (Bergamo)	197	SCL-90-R current	závislí na opiátech	obsedantně-kompulzivní porucha depressivní onemocnění	73 67
Di Furia et al., 2006	Itálie (Padova)	61	EUROPASI a CIDI-C 1 měsíc	polyvalentní uživatelé drog	úzkostné poruchy somatoformní poruchy poruchy nálady	34,4 11,5 4,9
EMCDDA, 2009	Lotyšsko	N / A	N / A	uživatelé drog v léčbě	organické duševní poruchy behaviorální a emoční poruchy neurotické/stresové poruchy	25 21 17
EMCDDA, 2009	Lucembursko	N / A	N / A	uživatelé drog v léčbě	úzkost, deprese, neurozá/psychóza, hraniční chování v minulosti v psychiatrické péči	83
EMCDDA, 2007	Nizozemsko	202	MINI	uživatelé opioidů v metadonové léčbě	depressivní porucha generalizované úzkostné poruchy psychotická porucha aktuální psychotická porucha	34 3 39 9
EMCDDA, 2005	Portugalsko	N / A	N / A	dlouhodobě závislí podstupující léčbu	deprese	53
EMCDDA, 2009	Rumunsko	N / A	N / A	uživatelé drog v léčbě	behaviorální a emoční poruchy	14
Enatescu a Dehelean, 2006	Rumunsko	304	někdy v životě (evidence případů)	drogově a alkoholově závislí	kumulativní schizofrenie smíšená úzkostná a depresivní porucha porucha osobnosti	75 12 12 30

Autoři / zdroje	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace / lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
EMCDDA, 2007	Španělsko	N / A	N / A	uživatelé drog v léčbě	poruchy osobnosti disociální porucha a hraniční porucha paranoidní porucha narcistické a schizoidní poruchy celkem	12 3 2 13
Araos et al., 2014	Španělsko	110	PRISM	uživatelé drog v ambulantní péči	osa I + II	C: 42; LT: 62
Vergara-Moragues et al., 2012	Španělsko	227	PRISM	terapeutické komunity	osa I osa I + II	C: 41; LT: 56 C: 58; LT: 66
Astals et al., 2009	Španělsko	189	PRISM	metadonová udržovací léčba	osa I osa I + II	C: 21; LT: 34 C: 32; LT: 44
Pedrero-Perez et al., 2011	Španělsko	696	sebesposuzovací škála ADHD, Wender Utah Rating Scale a Parents' Rating Scale	poruchy z užívání návykových látek	ADHD	6,9
Huntley et al., 2012	Spojené království (Londýn)	226	screeningový nástroj Diagnostic Interview for ADHD in Adults (DIVA 2.0)	osoby navštěvující lůžkové protidrogové a protialkoholní detoxifikační jednotky v jihovýchodním Londýně	ADHD + porucha z užívání návykových látek	12,2
Gual, 2007	Španělsko	2 361	rozhovory administrované odborníky	různá prostředí léčby závislosti	komorbidita deprese úzkostné poruchy	33,8 21,6 11,7

Autoři / zdroje	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace / lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
Nocon et al., 2007	Španělsko	115	PRISM 1 rok	detoxifikační jednotka	osa I osa I + II	C: 35; LT: 50 C: 59; LT: 67
Langás et al., 2012b	Norsko	61	PRISM SCID-II	poruchy z užívání návykových látek (specializovaná léčba)	poruchy z užívání alkoholu a drog a: depresivní porucha sociální fobie posttraumatická stresová porucha	71 31 18
De Wilde et al., 2007	Nizozemsko Belgie	150	EuropASI SCID-III-R nebo SCID-IV podle země/jazyka	terapeutické komunity z devíti zemí (Švédsko, Norsko, Belgie, Francie, Německo, Skotsko, Řecko, Itálie a Španělsko)	jakákoli porucha náłady jakákoli úzkostná porucha	muži: 90,9 ženy: 89,7 muži: 76,7 ženy: 76,9
Shahriyarmolkí a Meynen, 2014	Spojené království	225	průřezová studie za využití nového screeningového nástroje	centra pro léčbu závislosti (71 % mužů)	DD	70
Szerman et al., 2011	Španělsko	400	klinické anamnézy	komunitní služby zaměřené na péči o duševní zdraví a zneužívání návykových látek	DD v léčebných zařízeních pro užívatele drog (N = 261) DD v zařízeních zaměřených na péči o duševní zdraví (N = 139)	36,78 28,78
EMCDDA, 2008–2012	Česká republika	92	N / A	terapeutické komunity (pervitin anebo opioidy)	poruchy osobnosti depresivní nebo úzkostná porucha psychofotická porucha (včetně těch způsobených psychoaktivními látkami)	38 25 16

Zkratky: ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou; C (current) – aktuálně; DD – duální diagnóza; LT (lifetime) – někdy v životě; N / A – neaplikuje se
Zdroje: EMCDDA 2004–2014, národní zprávy států sítě Reitox a EMCDDA (2013a)

Pacienti v zařízeních zaměřených na péči o duševní zdraví

Jen málokterá z mnoha studií zaměřených na oblast péče o duševní zdraví ve skutečnosti referuje o psychiatrické komorbiditě (tabulka 4.5). Posuzován byl pouze výskyt užívání některých návykových látek, nikoli však nutně přítomnost nějaké poruchy z tohoto užívání. Tři studie uvádějí komorbiditu u pacientů se schizofrenií (Carra et al., 2012; Hermle et al., 2013; Schnell et al., 2010), čtvrtá (Toteva et al., 2006) referuje o psychiatrických poruchách u alkoholově a drogově závislých pacientů psychiatrických klinik.

Carrà et al. (2012) zkoumali 1 208 psychiatrických pacientů s diagnostikovanou schizofrenií ze tří různých evropských zemí. Míra jejich celoživotní komorbidity (jakákoli zkušenost se závislostí na návykových látkách) se lišila v závislosti na zemi jejich původu (35 % ve Spojeném království, 21 % v Německu a 19 % ve Francii). Také závislostní poruchy zde byly častější než v obecné populaci. Dvě studie provedené v Německu zjistily 29%, resp., 47% prevalenci schizofrenie v kombinaci s adiktologickými poruchami (Hermle et al., 2013; Schnell et al., 2010).

Není nijak překvapivé, že nejčastějšími poruchami ve studii Totevové a kol. byly poruchy nálady, zejména deprese. V obou městech, kde studie probíhala, byly zjištěny odlišné míry prevalence (19 % v Sofii a 11 % v Plevenu) (Toteva et al., 2006).

Není bez zajímavosti, že zkoumanými psychiatrickými diagnózami byly častěji psychotické poruchy (např. schizofrenie) a porucha pozornosti s hyperaktivitou. Nejčastěji uváděné užívání návykových látek se podle očekávání týkalo alkoholu a konopí, neboť tyto látky jsou v obecné populaci ve většině evropských zemí nejrozšířenější. Barnett et al. (2007) zkoumali jejich užívání u subjektů s výskytem první epizody psychózy a dospěli k prevalenčním hodnotám, jež byly dvakrát vyšší než v obecné populaci. V jiné studii se 196 psychotickými pacienty ve třech evropských zemích byli uživatelé jakýchkoli návykových látek mladší (Baldacchino et al., 2009). V rámci této studie byly rovněž zjištěny lokální rozdíly související se sociodemografickými veličinami a vzorci užívání drog.

Tabulka 4-5: Pacienti v zařízeních zaměřených na péči o duševní zdraví

Autoři	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace / lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
EMCDDA, 2010	Belgie	88 824	N / A	psychiatrickí pacienti	diagnozy vyvolané užíváním návykových látek úzkostná porucha vyvolaná užíváním návykových látek psychotická porucha s bludy vyvolaná užíváním návykových látek odvykací stav psychotická porucha s halucinacemi vyvolaná užíváním návykových látek delirium z intoxikace návykovou látkou blíže nespecifikovaná porucha způsobená návykovou látkou poruchy nálady vyvolané užíváním návykových látek přetrvávající amnestické poruchy vyvolané užíváním návykových látek přetrvávající demence vyvolaná užíváním návykových látek	1,7 73,6 11 7,6 3,9 2,9 2,4 1,4 0,5 0,4
EMCDDA, 1996–2000	Dánsko	10 561	kritéria MKN-8 nebo MKN-10	uživatelé drog v péči služeb zaměřených na oblast duševního zdraví	schizofrenie bipolární porucha jiné afektivní poruchy úzkost poruchy osobnosti	3,3 0,67 2,6 6,78 7,2
EMCDDA, 2013a	Dánsko	5 709	N / A	psychiatrickí pacienti s primární (N = 1 763) nebo sekundární (N = 3 946) diagnózou související s užíváním drog	panické reakce úzkostné ataky deprese narušení osobnosti	N / A

Autoři	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace / lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
EMCDDA, 2010	Německo	151	N / A	psychiatrickí pacienti (věk 13–22 let)	úzkostné poruchy afektivní poruchy somatoformní poruchy porucha pozornosti s hyperaktivitou celkem	23 19 9 9 28,52
EMCDDA, 2011	Litva	745 (2007)		užívatelé drog v léčbě	N / A	9
EMCDDA, 2010	Norsko	N / A		psychiatrickí pacienti, akutní psychiatrickí pacienti	N / A	psychotičtí pacienti: 23 akutní: 20–47
EMCDDA, 2013a	Polsko	14 089	MKN-10	pacienti s drogovým problémem přijatí k léčbě psychiatrické léčbě	osobnostní porucha deprese jiná afektivní porucha úzkostné poruchy jiné duševní poruchy	celkem: 7,9 25 5 1 9 60
Vaz Carneiro and Borrego, 2007	Portugalsko	422	MKN-9	hospitalizovaní pacienti psychiatrických nemocnic 2001–2004	psychóza + porucha z užívání návykových látek v anamnéze konopí a alkohol	42
EMCDDA, 2004	Slovensko	N / A	N / A	pacienti psychiatrických nemocnic	schizofrenie (v minulých letech + korelace s poptávkou po léčbě závislosti na konopí)	14
EMCDDA, 2012	Slovensko	318	analýza klinických záznamů MKN-10	pacienti léčebných oddělení psychiatrických nemocnic (68 % muži a 32 % ženy) (věk 23 let)	psychotické poruchy	29

Autoři	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace/ lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
Harrison et al., 2008	Spojené království	152	diagnostický přezkum provedený dvěma služebně staršími klinickými pracovníky a prostřednictvím několika nástrojů	první epizoda schizofrenie	alkohol konopí	30 LT až 15 v katamněze 63 LT (32 C) až 18,5 v katamněze
Carré et al., 2012	Francie, Německo a Spojené království	1 208	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), verze 1.0	EuroSC devět pracovišť ve Spojeném království, Francii a Německu (věk 18–64)	schizofrenie + porucha z užívání návykových látek	Spojené království: 35 Francie: 19 Německo: 21
Sizoo et al., 2010	Nizozemsko	123	klinický výzkumník a EUROPASI	psychiatrickí pacienti (autismus a ADHD)	70 poruch autistického spektra 53 ADHD	30 50
Wüsthoff et al., 2011	Norsko	2 154 (z toho 1 786 bez SUD a 368 s SUD)	Health of the Nation Outcome Scales (hodnocení zdravotního stavu); škály zaměřené na užívání alkoholu a drog	komunitní centra péče o duševní zdraví	psychotické poruchy poruchy nálady úzkostné poruchy jiné psychiatrické poruchy	10,7 33,9 22,9 11,3
Ilomäki et al., 2008	Finsko	300 dívek 208 chlapců (12–17 let)	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)	psychiatrickí pacienti v lůžkové péči	poruchy chování související jak s alkoholovou, tak drogovou závislostí u chlapců i děvčát depressivní poruchy související jak s alkoholovou (OR 3,1), tak drogovou závislostí (OR 3,8) u chlapců, nikoli však u děvčát	

Autoři	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace / lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
Hermle et al., 2013	Německo	448	EUROPASI	psychiatrickí pacienti	schizofrenie + porucha z užívání návykových látek	47,5
Charzynska et al., 2011	Polsko a jiné	352	studie ISADORA MINI, ASI	psychiatrickí pacienti	poruchy nálady psychóza	59,6 40,3
Błachut et al., 2013	Polsko	4 349	retrospektivní studie: klinické anamnézy	psychiatrickí pacienti	pacienti s duální diagnózou	8,3
Pompili et al., 2009	Itálie	31 komorbidních 31 bez komorbidit	MINI, Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (sebetestovací verze), SCL-90-R, Gotland Male Depression Scale, Beck Hopelessness Scale	psychiatrickí pacienti v ambulantní péči s poruchou z užívání návykových látek nebo bez	větší depresivita, vyšší míra dystymie, cyklotymie, úzkosti a podrážděnosti	
Baldacchino et al., 2009	Spojené království, Dánsko, Německo a Itálie	196	SCAN	psychotičtí pacienti	uživatelé návykových látek mladší a s více symptomy než pacienti bez komorbidity; lokálně dané rozdíly v sociodemografických charakteristikách a vzorcích užívání drog	
Barnett et al., 2007	Spojené království	123	SCID-1	pacienti s první epizodou psychózy	konopí abúzus alkoholu	51 43

Autoři	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace/ lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
Schnell et al., 2010	Německo	2 337	N / A	lůžkoví a ambulantní pacienti, fakultní nemocnice a nemocnice specializovaná na poruchy v oblasti duševního zdraví	schizofrenie + porucha z užívání návykových látek v anamnéze	29,4
Rasmussen and Levander, 2009	Norsko	600	kontrolní seznam výzkumných kritérií MKN-10, kontrolní seznam k hyperkinetickým poruchám F90, SCL-90-R	pacienti indikovaní k léčbě ADHD	ADHD + alkohol ADHD + drogy	muži 37 ženy 18 45 29
Rodríguez-Jiménez et al., 2008	Španělsko	257	DSM-IV	pacienti přijatí do lůžkové péče v psychiatrické nemocnici	duální diagnóza schizofrenie psychóza deprese bipolární porucha porucha osobnosti jiné	25 28,1 53,1 7,8 4,7 1,6 4,7
Carrá and Johnson, 2009	Spojené království	N / A	přehled literatury	psychotičtí pacienti	pracoviště zaměřené na péči o duševní zdraví adiktologická pracoviště	20-37 6-15
Halimay et al., 2009	Norsko	414	DSM-IV	národní registr ADHD	problémy s drogami (400) problémy s alkoholem a jinými drogami (397)	muži 36,1 ženy 17,7 19,2 9,0

Autoři	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace / lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
Toteva et al., 2006	Bulharsko	Sofia: 188 Pleven: 262	strukturované diagnostické rozhovory, MKN-10, psychiatrická a neurologická pozorování, administrace srovnávacího dotazníku	drogově a alkoholově závislí pacienti psychiatrických klinik	N = 56 (29,78 %) v Sofii, závislost na alkoholu N = 47 (17,30 %) v Plevenu, závislost na alkoholu N = 16 (8,51 %) v Sofii, SUD N = 9 (3,44) v Plevenu, SUD	deprese: 37,5 10,52 18,75 11,11

Zkratky: ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou; ASI – Addiction Severity Index, C (current) – aktuálně; EUROPASI – European Addiction Severity Index; EuroSC – studie *European Schizophrenia Cohort*; LT (lifetime) – někdy v životě; N / A – neaplikuje se; OR – odds ratio; SUD (substance use disorder) – porucha z užívání návykových látek
Zdroje: EMCDDA 2004–2014, národní zprávy států sítě Reitox a EMCDDA (2013a)

Uživatelé drog nevyhledávající léčbu

Čtyři španělské studie zkoumaly psychiatrickou komorbiditu u mladých uživatelů drog (ve věku 18–30 let) neevidovaných žádnými léčebnými službami (tabulka 4.6). Ve všech těchto studiích se jako posuzovací nástroj používal polostrukturovaný rozhovor PRISM. Dvě z těchto studií pracovaly se soubory uživatelů heroínu, kokainu nebo obou těchto drog sestavenými na základě výběrové metody *respondent-driven sampling*. U 149 uživatelů heroínu a kokainu byla zjištěna 67% prevalence celoživotní psychiatrické komorbidity (Rodríguez-Llera et al., 2006). Z celkově 139 hodnocených uživatelů kokainu, kteří aktuálně neužívali heroin, vykazovalo celoživotní komorbiditu 42% (Herrero et al., 2008). Subjekty pro další dvě studie byl získány na základě ústního předání příslušné informace v osobním styku (u uživatelů extáze), resp. kontaktováním potenciálních respondentů na vysokých školách nebo v mládežnických a volnočasových zařízeních a prostřednictvím distribuce informačních materiálů odkazujících čtenáře na určité webové stránky (u pravidelných uživatelů konopí). Celoživotní komorbidita byla zjištěna u 47%, resp. 18%, subjektů (Cuenca-Royo et al., 2013; Martín-Santos et al., 2010).

Tabulka 4-6: Studie zaměřené na specifické populace: uživatelé drog nevyhledávající léčbu

Autoři	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace / lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
Herrero et al., 2008	Španělsko	139	PRISM	uživatelé kokainu „z ulice“ (18–30 let)	komorbidita (celoživotní)	42,5
Rodríguez-Llera et al., 2006	Španělsko	149	PRISM	uživatelé heroínu „z ulice“ (18–30 let)	komorbidita (celoživotní)	67,1
Martín-Santos et al., 2010	Španělsko	37	PRISM	uživatelé extáze	komorbidita (celoživotní)	47
Cuenca-Royo et al., 2013	Španělsko	289	PRISM	pravidelní uživatelé konopí (18–30 let)	celoživotní psychiatrická komorbidita (porucha na ose I a/nebo II) + porucha z užívání návykových látek	18

Vězeňské populace

Byla provedena analýza 10 studií zkoumajících psychiatrické poruchy u forenzních populací (vězňů a další pachatelé trestné činnosti). Prevalenci psychiatrických poruch u vězňů se rovněž zabývaly dvě národní zprávy států v rámci sítě Reitox (tabulka 4.7). Ne vždy bylo cílem těchto studií uvádět konkrétní hodnoty týkající se duálních diagnóz. Například Harsch et al. (2006) posuzovali psychiatrické poruchy u různých subpopulací odsouzených, zatímco jiní autoři zkoumali možnou souvislost mezi recidivismem a konkrétními poruchami (Brand et al., 2009; Colins et al., 2011). Ve studiích, které příslušná čísla uvádějí, se podíl psychiatrických komorbidit pohybuje od 21 % u vězňů mužského pohlaví v italské Perugii (Piselli et al., 2009) do přibližně 85 % u drogově závislých odsouzených ve španělském Asturias (Casares-López et al., 2011). Jedna přehledová studie (Palijan et al., 2009) uvádí hodnoty od 50 % do 80 %.

Tabulka 4-7: Studie zaměřené na specifické populace: vězni

Autoři	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace / lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
EMCDDA, 2009-2010	Estonsko	870 (2009) 877 (2010)	N / A	vězni	duševní poruchy nebo poruchy chování související s užíváním psychoaktivních látek	v obou případech 24,5
EMCDDA, 2010	Francie	N / A	N / A	odsouzení	porucha nálady úzkostná porucha	20 20
Lukasiewicz et al., 2009	Francie	998	MINI-5 plus + klinický rozhovor provedený služebně starším psychiatrem	vězni	pokud SUD, DD pokud psychiatrická porucha na ose I, SUD	80 33
Einarsson et al., 2009	Island	90	MINI a SAPAS (osobnostní škála), symptomy ADHD v dětství pomocí hodnotící škály Wender-Utah a současný výskyt ADHD na základě DSM-IV	vězni (muži) těsně po nástupu výkonu trestu	ADHD a psychiatrické stavy	50
Piselli et al., 2009	Itálie	302 Perugia 2005–2006	polostrukturovaný rozhovor	vězni (muži) těsně po nástupu výkonu trestu	psychiatrická porucha, včetně SUD komorbidita	54,3 20,9
Casares-López et al., 2011	Španělsko	152	ASI MINI-6	odsouzení s poruchami z užívání návykových látek	duální diagnóza dísociální porucha osobnosti deprese úzkost	85 65,5 35,9 25,5

Sørland and Kjelsberg, 2009	Norsko	40	K-SADS	vazebně stíhaní mladiství chlapani	duševní porucha SUD	90 75
Colins et al., 2011	Belgie	232	DISC	mladiství z detenčních zařízení		v případě SUD větší recidiva
Palijan et al., 2009	Chorvatsko	přehled		pachatelé násilné trestné činnosti	komorbidita	50–80
van Horn et al., 2012	Nizozemsko	148		pachatelé násilné trestné činnosti	násilí a DD s komorbidní poruchou na ose I nebo ose II 50 pachatelů násilné trestné činnosti s DD	34
Elonheimo et al., 2007	Finsko	2 712 mužů	národní registry	mladí pachatelé trestné činnosti (muži)	SUD a/nebo psychiatrické poruchy	59 pokud > 5 trestných činů
Harsch et al., 2006	Německo	47 + 30 + 26	SCID a SCID II, GAF, BSS	forenzní/vězeňská populace (pachatelé sexuálně motivované trestné činnosti)	duševní poruchy	80 (porovnání různých forezních populací)

Zkratky: ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou; ASI (Addiction Severity Index) – Index závažnosti návykového chování; BSS (Beck Scale for Suicide Ideation) – Beckova škála sebevražedných představ; DD – duální diagnóza; DISC (Dominance, Influence, Steadiness and Compliance) – osobnostní test; GAF (Global Assessment of Functioning) – škála pro celkové hodnocení fungování; K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) – polostrukturovaný rozhovor zaměřený na afektivní poruchy a schizofrenii; N / A – neaplikuje se; SAPAS (Standardised Assessment of Personality) – osobnostní škála; SUD (substance use disorder) – poruchy z užívání návykových látek
Zdroje: EMCDDA 2004–2014, národní zprávy států sítě Reitox a EMCDDA (2013a)

Populace bezdomovců

Tři studie se zabývaly psychiatrickými poruchami ve vzorcích osob bez domova (tabulka 4.8). Cíle těchto studií se lišily a nezaměřovaly se také vždy na prevalenci psychiatrické komorbidity. V rámci jedné z prací, katamnestické studie mortality na souboru 82 bezdomovců ve Švédsku (Beijer et al., 2007), byla zjištěna souvislost mezi duševními poruchami a zneužíváním alkoholu a nelegálních drog u 74 % případů. Další studie, realizovaná v Rakousku, zkoumala diagnózy u 40 mladých lidí bez domova. Bylo zjištěno, že 80 % z nich trpělo nějakou psychiatrickou poruchou, jež byla často komorbidní (v 65 % v kombinaci s abúzem/závislostí na psychoaktivních látkách) (Aichhorn et al., 2008). Autoři třetí studie zkoumali 212 bezdomovců ve Francii s cílem objasnit vzájemný vztah mezi poruchami osobnosti, užíváním drog a bezdomovectvím. Porucha osobnosti byla zjištěna u 95 % bezdomovců tvořících výzkumný soubor (Combaluzier et al., 2009).

Tabulka 4-8: Studie zaměřené na specifické populace: bezdomovci

Autoři	Země	Velikost souboru	Posuzovací nástroje	Referenční populace / lokalita / charakteristiky	Typ poruchy	Prevalence (%)
Aichhorn et al., 2008	Rakousko	40	SCID-I	mládež bez domova	psychiatrické poruchy	80
					abúzus/závislost na psychoaktivních látkách	65
					poruchy nálady	42,5
					úzkostné poruchy	17,5
					poruchy příjmu potravy	17,5
					předchozí epizody sebe-poškození	57,5
					minimálně jeden uváděný předchozí pokus o sebevraždu	25
Combaluzier et al., 2009	Francie	212	DSM-IV	bezdomovci s poruchami z užívání návykových látek	poruchy osobnosti	95
Beijer et al., 2007	Švédsko	46 (2001)	PRISM	bezdomovci s problémy v oblasti duševního zdraví	problémy v oblasti duševního zdraví v kombinaci se zneužíváním alkoholu nebo nelegálních drog	74

Identifikace informačních mezer a metodická doporučení

Přes značný zájem o toto téma, o němž svědčí i množství nalezených studií, není snadné získat ucelený náhled na problematiku psychiatrické komorbidity u osob s poruchami z užívání návykových látek v Evropě. Chceme-li přijít na možné důvody tohoto stavu, je nutné si uvědomit, že rozsah a orientace výzkumů, které se v jednotlivých zemích provádějí, jsou určovány nejrůznějšími faktory, mezi něž patří například zájem odborníků o dané téma v té které zemi, jakož i obory, v nichž tyto odborníci působí (adiktologie, psychiatrie apod.). Sestavení celoevropského obrázku tak komplikovaného fenoménu, jakým je psychiatrická komorbidita u uživatelů drog, na základě výsledků studií provedených v různých zemích bude mimo jiné ovlivněno i mírou aplikace jednotných nástrojů a metodologie.

Nedostatek dat, která by umožnila širší zhodnocení aktuální situace v Evropě, začne být jednoznačně patrný ve chvíli, kdy porovnáme dostupné informace z Evropy s údaji ze Spojených států a Austrálie. Konkrétně v oblasti duševních poruch sice studie *World Mental Health Survey Initiative* zahrnuje několik evropských států, nicméně poruchy z užívání návykových látek zde nejsou předmětem šetření. Naše doporučení směřuje k naplánování mezinárodní studie za účasti evropských zemí, která by pokud možno pracovala s celopopulačními soubory hodnocenými za použití jednotné metodologie a nástrojů. Takové řešení by umožnilo vzájemné porovnání výsledků a přispělo by k práci na jednotnějším hodnocení potřeb těchto komorbidních pacientů z hlediska léčby a dalších aspektů komplexní péče.

Shrnutí

Data o prevalenci psychiatrické komorbidity u uživatelů drog v evropských zemích jsou velmi různorodá, což je dáno několika faktory souvisejícími nejen se situací v oblasti drog, ale také se systémem léčebné péče, včetně místa realizace studie a použitých metod. Různé práce uvádějí vyšší prevalenci komorbidity u populací uživatelů drog než u populací osob, které drogy neužívají.

Výzkum psychiatrické komorbidity u uživatelů drog se těší značnému zájmu. Neuspokojena zůstává potřeba spolehlivých nástrojů a jednotných metodologií, jejichž prostřednictvím by bylo možné určit rozsah tohoto fenoménu v Evropě a zajistit tak komorbidním pacientům lepší léčbu.

5

Kapitola 5

Specifické charakteristiky komorbidních duševních a adiktologických poruch a klinická doporučení

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, u osob, které mají problémy s užíváním drog, je psychiatrická komorbidita běžná. Pro různé kombinace duševních a adiktologických poruch se uvádějí různé prevalenční hodnoty. Klinická diagnostika komorbidních psychiatrických poruch u klientů s poruchou způsobenou užíváním návykových látek obnáší jisté komplikace. V této souvislosti je třeba zdůraznit význam používání strukturovaných a polostrukturovaných rozhovorů při stanovování validní a spolehlivé diagnózy. V této kapitole pojednááme o konkrétních klinických aspektech častějších kombinací komorbidit duševních a adiktologických poruch a o hlavních terapeutických doporučeních formulovaných na základě dostupných studií a metodických pokynů (Mills et al., 2009; NICE, 2011).



Deprese a poruchy z užívání návykových látek

Nejčastější komorbiditou je deprese v kombinaci s poruchou z užívání návykových látek (Torrens et al., 2011a). Její prevalenční hodnoty se pohybují v rozmezí od 12 % do 80 % v závislosti na charakteristikách výběrového souboru (např. klinický vs. neklinický soubor, použitá diagnostická kritéria apod.). Podle některých hypotéz se na etiologii těchto duálních poruch podílejí různé neurobiologické mechanismy. Výsledkem je klinický fenotyp, který má často závažnější průběh a horší prognózu než závislost a poruchy nálady vyskytující se samostatně. Z klinických dat vyplývá, že lidé trpící depresivní poruchou vykazují vyšší náchylnost k rozvoji adiktologické poruchy a že ve srovnání s obecnou populací existuje u osob s adiktologickými poruchami vyšší riziko rozvoje depresivní poruchy během života. Souběžný výskyt poruchy z užívání návykových látek a depresivní poruchy je navíc prediktorem klinické závažnosti.

Tabulka 5.1 uvádí v přehledu některé studie provedené v rámci Evropské unie, jež se zabývaly celoživotní prevalencí depresivní poruchy u různých skupin uživatelů návykových látek posuzovanou v různých prostředích. Ze studií navíc vyplývá, že komorbidní depresivní porucha je častější u žen s poruchami z užívání návykových látek než u mužů

s týmiž poruchami. U této skupiny žen je prevalence depresivní poruchy dvojnásobná ve srovnání s obecnou ženskou populací v Evropě, což z ní činí mimořádně rizikovou skupinu a obzvláště citlivý bod zájmu terapeutických politik (Torrens et al., 2011b). Podle většiny studií je také komorbidní primární (samostatná) depresivní porucha častější než deprese vyvolaná užíváním psychoaktivních látek (Blanco et al., 2012; Maremmani et al., 2011; Samet et al., 2013; Torrens et al., 2011b), přičemž autoři katamnestických studií uvádějí, že u výrazného podílu jedinců s depresivní poruchou vyvolanou užíváním psychoaktivních látek dochází později k upřesnění diagnózy na samostatnou depresivní poruchu (Magidson et al., 2013; Martín-Santos et al., 2010).

Větší závažnost jedné z těchto poruch může být asociována s větší závažností druhé. U těchto pacientů se pak vykytuje těžší klinický průběh, horší odezva na léčbu a horší celková prognóza ve vztahu k oběma poruchám (Hasin a Grant, 2004). Komorbidní výskyt depresivní a adiktologické poruchy je charakterizován pomalejším tempem zlepšování stavu během léčby a z toho plynoucím nepříznivým průběhem deprese samé (Torrens et al., 2005). Přítomnost depresivní poruchy však rovněž souvisí s nepříznivým průběhem poruchy z užívání návykových látek (Conner, 2011; Samet et al., 2013). U těchto pacientů s duální diagnózou je také evidována vyšší prevalence pokusů i dokonaných sebevražd, než je tomu u pacientů pouze s jednou poruchou (Blanco et al., 2012; Conner, 2011; Marmorstein, 2012).

Kromě deprese se u pacientů s komorbidními poruchami z užívání návykových látek často projevují nebo rozvíjejí další somatické, psychiatrické nebo adiktologické komorbidity, což léčbu ještě dále komplikuje. Jak lze tedy z tak nepříznivého klinického obrazu usuzovat, pacienti s duální diagnózou trpí značným psychosociálním postižením a ve zvýšené míře využívají služeb poskytovaných zdravotnickým systémem, včetně návštěv na pohotovosti a hospitalizací na psychiatrických pracovištích (Martín-Santos et al., 2006; Mueller et al., 1994; Pettinati et al., 2013; Samet et al., 2013).

Tabulka 5-1: Celoživotní prevalence depresivní poruchy u různých uživatelů návykových látek – posuzováno v různých prostředích v rámci Evropské unie

Studie	Počet subjektů	Pří- mární droga	Soubor	Dia- gnos- tická kritéria	Diagnos- tický nástroj	Celoživotní prevalence depresivní poruchy (%)		
						Cel- kem	Pri- mární	Vyvo- lané
Rodríguez- -Llera et al., 2006	149	heroin	uživatelé nevyhledá- vací léčbu	DSM-IV	PRISM	26,8	17,4	9,4
Astals et al., 2009	189	heroin	uživatelé vyhledáva- cí léčbu	DSM-IV	PRISM	18	12,7	5,3
Maremmani et al., 2011	1 090	heroin	uživatelé vyhledáva- cí léčbu	DSM-IV	DAHRS (užívání návy- kových látek) rozhodo- vací strom pro dife- renciální diagnózu + SID	55,8 (11,8 neurče- no)	25,1	18,9
Herrero et al., 2008	139	kokain	uživatelé nevyhledá- vací léčbu	DSM-IV	PRISM	30,2	19,4	10,8
Araos et al., 2014	110	kokain	uživatelé vyhledáva- cí léčbu	DSM-IV	PRISM	40,9	16,4	24,5
Cuenca- -Royo, et al., 2013	289	konopí	obecná populace	DSM-IV	PRISM	17	13,5	3,5
Martín-San- tos et al., 2010	37	extáze	uživatelé nevyhledá- vací léčbu	DSM-IV	PRISM	40,5	13,5	27

Zkratky: CIDI – Composite International Diagnostic Interview, DAHRS – Drug Addiction History Rating Scale, DSM IV – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – 4. vydání; PRISM – Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders; SID – Semi-Structured Interview for Depression

Doporučená léčba

Na základě výsledků systematických přehledů a metaanalýz randomizovaných klinických studií zaměřených na komorbidní depresivní poruchy a poruchy z užívání návykových látek (Nunes a Levin, 2004, 2006; Pani et al., 2010; Torrens et al., 2005) lze vyvodit dva hlavní závěry. Za prvé, léčba podáváním antidepresiv pomáhá na depresi jen v případech komorbidity se závislostí na alkoholu, a to ještě pouze při podávání imipraminu, desipraminu a nefazodonu. Inhibitory selektivního zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) nejsou v tomto případě efektivní. Za druhé, léčba pacientů se závislostí na psychoaktivních látkách v kombinaci s depresivní poruchou pomocí antidepresiv nemá přímý dopad na jejich užívání návykových látek. Antidepresiva mají jen minimální efekt na zachování abstinence. Pokud je antidepresivum účinné při léčbě akutní deprese, dochází pouze k relativnímu omezení užívání psychoaktivních látek. Z toho plyne, že je nutné souběžně aplikovat léčbu zaměřenou specificky na poruchy z užívání návykových látek.

Jednou z dalších otázek, kterým je třeba věnovat při léčbě těchto komorbidních pacientů zvýšenou pozornost, je bezpečnost léčby jako takové, a to jak z důvodu prevalence komorbidních somatických onemocnění (např. infikování virem HIV nebo hepatitidy typu C, cirhóza jater atd.), tak rizika interakcí s jinými přípravky – ať už legálními nebo nelegálními –, které daná osoba případně užívá (např. riziko prodloužení korigovaného QT intervalu u pacientů nakažených virem HIV, kteří jsou na metadonové udržovací léčbě a současně jsou jim podávána antidepresiva typu SSRI) (Funk, 2013; Vallecillo et al., 2013). Hlavní interakce a obecná doporučení týkající se klinické péče o pacienty s depresivní poruchou a poruchami z užívání návykových látek jsou v literatuře popsány (Torrens et al., 2011a). V rámci kontrolované studie s dospělými subjekty závislými na konopí a současně trpícími depresivní poruchou bylo dále zjištěno, že *venlafaxin* s *prodlouženým uvolňováním* nevykazoval ve srovnání s placebem žádný antidepresivní účinek, ale během jeho podávání byl ještě navíc zaznamenán nárůst užívání rostlinného konopí (Levin et al., 2013).

Vedle aspektů již zmíněných v souvislosti s účinností a bezpečností podávání antidepresiv a možných interakcí s užíváním různých látek nebo jiných přípravků (včetně zvýšené konzumace drog) je také nutné při zvažování léčebných strategií zohlednit možnost abúzu různých antidepresiv. Přestože antidepresiva se obecně považují za léčiva s nízkým potenciálem k abúzu a drtivá většina osob, jimž byla antidepresiva předepsána, je skutečně nezneužívá, v odborné literatuře jsou popsány případy jejich zneužívání a abúzu, jakož i závislosti na těchto léčivech. Většina uváděných případů abúzu antidepresiv se týká osob s komorbiditou poruch z užívání návykových látek a poruch nálady. Popsány byly případy zneužívání všech typů antidepresiv s výjimkou trazodonu, nefazodonu a mirtazapinu (Evans a Sullivan, 2014).

Zavedeným nástrojem v léčbě depresivních i adiktologických poruch je kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Kombinovaná léčba duálních poruch není v klinické praxi tak běžná, jak by měla být, přestože většina publikovaných dat i klinické zkušenosti naznačují, že z hlediska dosahování lepších výsledků by byla významným přínosem. I tak je však k dispozici stále větší počet programů kombinované léčby komorbidity depresivní poruchy s poruchami z užívání návykových látek, včetně psychotherapeutických forem léčby jako doplňku farmakoterapie. Dopad různých forem psychoterapie, např. KBT, facilitace programu 12 kroků a motivační rozhovor, na depresivní poruchu nebo na poruchy

z užívání návykových látek samostatně je průběžně předmětem výzkumů, které však přinášejí rozporuplné výsledky, jak mimo jiné dokládá i nedávno publikovaná metaanalýza (Riper et al., 2014). Efektivita psychoterapie byla rovněž hodnocena u duálních poruch, kde byly zaznamenány povzbudivé výsledky. Velikosti účinku léčby na bázi KBT/motivačního rozhovoru se jeví jako menší než u léčby spočívající v podávání antidepressiv.

Úzkostné poruchy a poruchy z užívání návykových látek

Úzkostné poruchy (zejména panická porucha a posttraumatická stresová porucha) se často vyskytují ve spojení s užíváním návykových látek. Příčinná souvislost mezi úzkostnými poruchami a užíváním návykových látek (automedikační teorie, úzkost vyvolaná užíváním psychoaktivních látek) není jednoznačně prokázána a závisí také na konkrétní kombinaci drog (např. kokain nebo konopí) a úzkostné poruchy (např. posttraumatická stresová porucha nebo panická porucha). Uvádí se, že míra této komorbidity dosahuje až 35 % (Clark a Young, 2009; Fatséas et al., 2010; Grant et al., 2005b), kdy jednotlivé hodnoty se liší podle různých kombinací úzkostných poruch a drog (Sansone a Sansone, 2010). Přes tyto vysoké prevalenceční hodnoty nejsou stále úzkostné poruchy adekvátně diagnosticky podchyceny, a to zejména v prostředí adiktologické léčby. Vzhledem k tomu, že úzkostné symptomy mohou být způsobovány nebo se pojit s intoxikací mnoha látkami nebo abstinenčními příznaky při jejich odnětí, diagnostikování úzkostných poruch u populací uživatelů návykových látek je problematické. Vyžaduje mimořádně pečlivé posouzení při současném zohlednění specifík těchto typů poruch.

Úzkost se často vyskytuje u uživatelů konopí, zejména u těch, kteří s užíváním začali v mladém věku. Intenzivnější nebo častější užívání konopí je silným prediktorem úzkosti. Konopí může vyvolat úzkostné nebo panické ataky, zejména u nezkušených uživatelů. U chronických uživatelů má konopí podle všeho opačný účinek – v době užití působí spíše jako anxiolytikum. Předpokládá se rovněž, že úzkost může jedince predisponovat k problémovému užívání konopí (Coscas et al., 2013; Schier et al., 2012).

Prevalence úzkostných poruch u uživatelů opioidů se pohybuje v rozmezí 26–35 % (Fatséas et al., 2010). Z úzkostných poruch jsou nejčastější panická porucha (ať už v kombinaci s agorafobií či bez) a posttraumatická stresová porucha (s prevalencí od necelého 1 % po 10 %, resp. cca 30 %). Z hlediska léčby je velmi důležité rozeznat úzkostnou poruchu vyvolanou užíváním návykových látek od samostatně se vyskytujících úzkostných poruch. Při určování možného vztahu mezi závislostí a úzkostí a následném hodnověrném diagnostikování případné prvotní úzkostné poruchy může lékař pomoci monitorování úzkostných symptomů po několikátýdenní abstinenci.

Úzkostné poruchy jsou rovněž časté u uživatelů kokainu, amfetaminu a extáze. Celoživotní prevalence úzkostných poruch se pohybuje v rozmezí od 13 % do 23 % (Araos et al., 2014; Herrero et al., 2008; Martín-Santos et al., 2010).

Doporučená léčba

Přestože léčba různých úzkostných poruch je v současnosti na vysoké úrovni a klinická pracoviště ji v rámci každodenní praxe dobře zvládají, výzkumem dosud není dobře zmapována otázka léčby komorbidní úzkostných poruch a poruch z užívání návykových látek. Samostatně se vyskytující úzkostné poruchy lze léčit mnoha různými terapeutickými postupy, přičemž ve většině případů se aplikuje varianta s podáváním přípravků na bázi inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) nebo jiných antidepresiv (např. tricyklická antidepresiva nebo antidepresiva s duálním účinkem). Benzodiazepiny lze využít jako formu přídatné terapie v rané fázi léčby, zejména při akutní úzkostné epizodě nebo v době před nástupem očekávané odezvy na SSRI nebo jiná antidepresiva (Katzman et al., 2014; NICE, 2011). U pacientů s úzkostnými poruchami a komorbidními adiktologickými poruchami je třeba při předepisování benzodiazepinů zohlednit riziko potenciálního zneužití těchto léčiv u těchto pacientů (Fatséas et al., 2010; O'Brien et al., 2005). Při jejich předepisování je třeba dbát pozornosti, neboť ačkoli nejsou kontraindikovány, mohou pro pacienta představovat vážné riziko. Existuje nicméně „jen málo klinických doporučení vycházejících z objektivně prokázaných faktů, která by lékaře vedla k využívání léčebných režimů s podáváním benzodiazepinů u problémových uživatelů opioidů“ (EMCDDA, 2015), a proto by se neměly pokud možno používat. Antidepresiva typu SSRI nebo inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (např. venlafaxin) se společně s tricyklyky obecně považují za léčbu první linie. V této souvislosti je rovněž důležité myslet na to, aby se užívaly přípravky, u nichž není pravděpodobné, že by přispívaly k potenciálně toxickým interakcím s drogami a alkoholem. Obezřetnost je rovněž namístě při předepisování tricyklických antidepresiv, a to s ohledem na riziko srdeční toxicity a záchvatů a možnost předávkování při pokusech o sebevraždu (Brady a Verduin, 2005; Kelly et al., 2012; McKenzie a McFarland, 2007; Thundiyil et al., 2007).

Hesse (2009) ve svém přehledu dostupných studií o integrované psychologické léčbě komorbidních úzkostných a adiktologických poruch dospěl k závěru, že psychologické intervence vedly k navýšení počtu dnů abstinence, snížení intenzity symptomů a k vyšší míře setrvání v léčbě, byť u dvou posledních výsledků se jednalo o nevýznamné hodnoty. Hesse konstatuje, že psychologické intervence samotné k léčbě úzkostných a adiktologických poruch nestačí a vyjadřuje potřebu dalších integrovaných forem léčby této komorbidity. Z hlediska léčby komorbidní poruch z užívání opioidů a úzkostných poruch má největší oporu ve výzkumu kombinace KBT s antidepresivou (Fatséas et al., 2010). Podle jednoho z posledních trendů mohou být v této oblasti přínosem tzv. provokativní terapie, např. expozice v představě nebo KBT ve formě tzv. domácích úkolů, ale neměly by být prosazovány před zvládnutím problému s užíváním návykových látek, protože úzkost spojená s takovou terapií může zneužívání drog agravovat (Kelly a Daley, 2013; Kelly et al., 2012).

Psychózy a poruchy z užívání návykových látek

Komorbidní poruchy z užívání návykových látek jsou ve srovnání s obecnou populací častější u osob s psychózami (hlavně schizofrenií a bipolární poruchou), které se běžně automedikují různými látkami ve snaze o zmírnění pocíťovaných příznaků. U psychotiků,

kteří souběžně užívají návykové látky, existuje vyšší riziko relapsu a hospitalizace, vyšší mortality a vyšší míry nespokojených potřeb. Je to částečně z toho důvodu, že užívání návykové látky mohou psychózu zhoršit nebo interferovat s farmakologickou nebo psychologickou léčbou.

Osoba s psychózou, jež současně užívá návykové látky, představuje pro klinického pracovníka problém jak z diagnostického hlediska, tak z hlediska další péče. V souvislosti s psychózami a poruchami z užívání návykových látek je důležité rozlišovat mezi třemi různými jevy:

- ✗ U predisponovaných jedinců mohou psychoaktivní látky urychlit rozvoj psychotické poruchy, jež může přetrvávat i při následné absenci těchto látek.
- ✗ U některých lidí se vyskytuje základní psychotická porucha, jež je agravována souběžným užíváním návykových látek, zejména konopí a amfetaminů.
- ✗ Následkem intoxikace nebo odvykacího stavu může dojít k akutní psychotické epizodě; v této souvislosti se hovoří o psychóze vyvolané užíváním psychoaktivní látky.

Schizofrenie

Komorbidita schizofrenie s nějakou poruchou z užívání návykových látek je běžná – její podíl tvoří celých 30–66 % (Green, 2005). Vedle tabáku jsou u psychotických pacientů nejčastěji užívanými a zneužívanými návykovými látkami alkohol a konopí a v poslední době také kokain. Významné procento těchto subjektů navíc užívá různé návykové látky celý život, někdy i paralelně (Barkus a Murray, 2010; Green, 2005).

Mezi akutními symptomy schizofrenie a psychózy vyvolané účinky psychoaktivních látek existuje z klinického hlediska několik rozdílů. Rozlišují se primárně na základě symptomů pozorovaných po odnětí látky. Při diferenciaci mezi symptomy schizofrenie a psychózy vyvolané užíváním psychoaktivních látek mohou pomoci případné prodromální, čili rané nespecifické symptomy schizofrenie, jako např. drobné změny osobnosti, sociální izolace, snížená péče o vlastní osobu a bizarní myšlení, zaznamenané před začátkem užívání návykových látek a výskytem psychotických symptomů.

Mezi argumenty, jimiž bývá zdůvodňována vyšší míra užívání návykových látek při schizofrenii, převládá automedikační hypotéza, podle ní lidé užívají návykové látky ve snaze o zmírnění symptomů svého onemocnění. Ačkoli osoby se souběžným výskytem poruchy z užívání návykových látek a schizofrenie sice uvádějí menší množství negativních symptomů, automedikací nelze vysvětlit všechny případy komorbidity užívání návykových látek a schizofrenie.

Komorbidita užívání návykových látek se schizofrenií je spojena s vyšší morbiditou a horšími výsledky léčby než adiktologické poruchy vyskytující se samostatně. I umírněné užívání návykových látek může zhoršovat psychotické symptomy, v důsledku čehož může být ještě obtížnější motivovat pacienta k dalšímu omezení užívání. Užívání návykových látek je silně asociováno s nedodržováním léčebného režimu a delší periodou neléčené schizofrenie. Snížení míry užívání návykových látek vlivem dodržování léčby

je u osob s psychózami asociováno s nižší intenzitou celkových příznaků (Green, 2005; Gregg et al., 2007; San et al., 2007a; Schmidt et al., 2011).

Bipolární afektivní porucha

Z celopopulačních studií vyplývá, že 40–60 % osob trpících bipolární poruchou vykazují rovněž poruchu z užívání návykových látek. K užívání velkého množství alkoholu a jiných látek dochází často během manické fáze bipolárního onemocnění. Souběžné užívání návykových látek, zejména stimulancií a konopí, pravděpodobně zhoršuje manické symptomy. Během depresivní fáze onemocnění také dochází k užívání návykových látek ve zvýšené míře, kdy alkohol agravuje depresi a užívání stimulancií a konopí potenciálně urychluje nástup manické fáze nebo smíšené epizody. Během období údravy se daná osoba typicky vrací k omezenému užívání návykových látek. Je třeba dbát na to, aby v důsledku nesprávné diagnózy nebyly všechny problémy připsány na vrub příjmu psychoaktivních látek. Podle některých autorů predikuje přítomnost poruchy z užívání návykových látek u pacientů s bipolární poruchou horší sociální adaptaci a celkově horší výsledky (Jaworski et al., 2011).

Psychózy a poruchy z užívání konopí

Jednou z nejčastějších látek, kterou osoby s psychózou užívají, je konopí a závislost na konopí je také dosti často další diagnózou, která je u jedinců trpících schizofrenií nebo bipolární poruchou stanovena (Green a Brown, 2006; Green, 2006; Wittchen et al., 2007).

Souvislost mezi konopím a psychózami může mít různé podoby:

- ✗ Konopí může vyvolávat nebo způsobovat přechodný psychotický stav, který u jedinců, u nichž nebyla v minulosti diagnostikována psychóza, během několika dní vymizí.
- ✗ Konopí může působit jako spouštěč psychózy u jedinců, kteří jsou z hlediska této poruchy rizikováni.
- ✗ Konopí může zhoršovat psychotické symptomy u osob, u nichž je aktuálně diagnostikována psychóza.

Užívání konopí je dále asociováno s raným nástupem psychózy (Tosato et al., 2013) a s rostoucím rizikem opětovné hospitalizace u pacientů s první psychotickou epizodou (Batalla et al., 2013). Psychotici obvykle neužívají konopí jako automedikační prostředek ke zmírnění symptomů psychózy. Mezi uváděné důvody tohoto užívání patří sociální izolace, nedostatek citovosti či empatie vůči ostatním, nedostatek energie, problémy se spánkem, sklíčenost, úzkost, neklid, třesy nebo chvění a nuda. Tyto symptomy se mohou objevovat jako součást psychotického onemocnění nebo mohou být způsobovány dalším úzkostným nebo depresivním onemocněním, případně vedlejšími účinky medikace.

Lidé trpící psychotickou poruchou by se měli vystríhat užívání konopí a měli by být v tomto směru poučeni. Lidem s psychózou, kteří případně užívají konopí i v malém množství, by měla být nabídnuta pomoc ve formě krátkých intervencí. Při akutní psychotické epizodě způsobené užíváním konopí povede následná abstinence k rozlišení takové epizody. Období, během něhož užívají konopí lidé s bipolární poruchou, souvisí s délkou manické fáze.

Psychózy a poruchy z užívání opioidů

Míra prevalence komorbidit psychóz a užívání opioidů je celkově nízká (4–7 %). Tuto nízkou prevalenci lze snad vysvětlit antipsychotickým účinkem opioidů. Dopusud realizované studie prokazují přímý podíl opioidových neuropeptidů na fyziopatologii psychotických poruch a antipsychotických farmakologických vlastnostech opioidových agonistů, včetně jejich antipsychotického působení (Maremmanni et al., 2014).

Psychózy a poruchy z užívání stimulantů

Výskyt psychotických symptomů je jednou z nejzávažnějších komorbidit u poruch z užívání stimulantů (kokain, amfetaminy). U osob s psychózou patří navíc stimulanty mezi nejužívanější látky.

V prostředí adiktologické klinické péče byl výskyt psychotických symptomů zjištěn u 12–86 % pacientů závislých na kokainu (Araos et al., 2014; Roncero et al., 2012, 2013; Vergara-Moragues et al., 2012; Vorspan et al., 2012).

Kokain a amfetaminy mohou vyvolat nebo urychlit psychotické stavy. Psychóza vyvolaná účinky stimulantů může být často nerozpoznatelná od akutní i chronické schizofrenie (Fiorentini et al., 2011; Maremmanni et al., 2015). Psychotické symptomy u uživatelů stimulantů lze rozdělit na:

- × předpokládané účinky intoxikace stimulantem (např. bludy a halucinace);
- × psychotické poruchy vyvolané účinky psychoaktivní látky: užívání stimulantů se pojí s výraznými krátkými pozitivními a negativními psychotickými symptomy i u zdravé kontrolní skupiny. Velká dávka stimulační drogy může vyvolat krátkou psychotickou poruchu. Stanovení této diagnózy namísto diagnózy intoxikace psychoaktivní látkou je namístě pouze tehdy, když jsou symptomy natolik intenzivní, aby je bylo možné důvodně zařadit do samostatné klinické kategorie. Kritéria pro diferenciaci mezi psychotickými poruchami vyvolanými účinky psychoaktivní látky a intoxikací psychoaktivní látkou zahrnují délku trvání symptomů, jejich intenzitu a případný výskyt halucinací při absenci neporušeného testování reality. Delší a intenzivnější užívání stimulantů prodlužuje úzdravu a zhoršuje prognózu psychózy vyvolanou účinky stimulantů. Opakované užívání stimulantů však může způsobovat prodloužené psychotické stavy, jež mohou trvat až několik měsíců po vysazení drogy. Z klinického hlediska se psychóza vyvolaná

účinkem stimulancí projevuje jak pozitivními, tak negativními symptomy, včetně paranoidních stavů doprovázených halucinacemi (sluchovými i zrakovými) a bizarních nápadů, jakož i volních poruch, a často ji nelze odlišit od akutní nebo chronické schizofrenie. U kompletně vyléčených osob, u nichž se však již psychóza vyvolaná účinky užití stimulancí v minulosti vyskytla, mohou akutní paranoidní stavy nebo recidiva psychózy nastat následkem jediného užití stimulancí, a to i řadu let po prvotním diagnostikování psychózy;

- ✗ psychóza v kombinaci s užíváním stimulancí: užívání kokainu nebo amfetaminů u pacientů s bipolární poruchou nebo schizofrenií. U osob s potvrzenou psychotickou poruchou může po akutní expozici stimulancím nastat zhoršení symptomů, zřejmě vlivem nárůstu hladiny monoaminů.

Psychóza a poruchy z užívání těkavých látek

Chronické užívání těkavých látek (inhalantů) může u náchylných jedinců vyvolat přetrvávající psychotické symptomy. Chronické užívání těkavých látek může přivodit psychotické symptomy i u osob, které k psychózám náchylné nejsou. Užití těkavé látky může vyvolat krátkou psychotickou poruchu, jež může trvat od několika hodin až po několik týdnů od ústupu intoxikace (Fiorentini et al., 2011; Maremmani et al., 2015).

Doporučená léčba

Aktuálně dostupné směrnice pro léčbu psychóz shodně prosazují užívání antipsychotik jako základní terapeutický prvek (NICE, 2011). Aby byla antipsychotika využívána při léčbě komorbidních pacientů správně a efektivně, je nutné zohlednit určité aspekty (Green et al., 2008; Wobrock a Soyka, 2009). Při předepisování medikace hrají důležitou roli následující faktory:

- ✗ Je třeba zjistit míru a typ zneužívání návykových látek, neboť tyto skutečnosti mohou ovlivnit metabolismus předepsané medikace, snížit její účinek, anebo naopak zvýšit riziko vedlejších účinků (včetně nárůstu míry užívání návykových látek).
- ✗ Pacient by měl být důrazně upozorněn na možné interakce mezi zneužívanými látkami a předepsanou medikací.
- ✗ Je třeba pohovořit o problémech a potenciálních rizicích plynoucích z užívání nepředepsaných látek a alkoholu za účelem potlačení účinků nebo vedlejších účinků předepsané medikace.

Z hlediska léčby akutních symptomů neexistuje mezi schizofrenií a psychózou vyvolanou účinky psychoaktivních látek velký rozdíl. Psychóza vyvolaná účinky psychoaktivních látek však za normálních okolností nevyžaduje dlouhodobou udržovací léčbu podáváním antipsychotik. Ačkolí není k dispozici dostatečné množství kontrolovaných studií, zdá se, že osobám s komorbiditou užívání návykových látek a schizofrenie se daří lépe, užívají-li spíše atypická než typická antipsychotika. Jako jednoznačně nejpříznivějším prostředkem k léčbě komorbidity užívání návykových látek a schizofrenie se doposud jeví klozapin,

který je prokazatelně účinný při tlumení psychotických symptomů a současně u psychotiků snižuje míru užívání návykových látek. Výsledky některých studií navíc naznačují, že typická antipsychotika mohou u pacientů s duální diagnózou vést dokonce k nárůstu zneužívání návykových látek (Green et al., 2008).

Ačkoli problematika péče o uživatele opioidů trpících psychózou není výzkumem dostatečně zmapována, zdá se, že u psychotiků prodávajících metadonovou léčbu se nevyskytuje o nic víc vedlejších účinků než u osob bez komorbidní psychózy a že opioidová udržovací terapie pro ně může být přínosem. Přestože nebyly realizovány žádné studie, které by hodnotily dopad na dodržování režimu antipsychotické léčby, lze konstatovat, že každodenní vydávání psychotropní farmakoterapie současně v kombinaci s každodenním vydáváním opioidové udržovací farmakoterapie může u psychotických poruch zlepšit compliance. Je-li nutno podávat antipsychotika, doporučují se atypická antipsychotika. Aplikace klasických antipsychotik u závislosti na opioidech může zvýšit intenzitu vedlejších účinků, jakými jsou extrapyramidální syndrom nebo prodloužení korigovaného QT intervalu.

Integrovaná péče o obě poruchy (včetně farmakoterapie, motivačních rozhovorů, KBT a pečovatelských intervencí) má v neposlední řadě významně příznivý dopad na „pozitivní“ psychotické symptomy i užívání návykových látek (San et al., 2007b).

Poruchy osobnosti a poruchy z užívání návykových látek

Užívání návykových látek se často pojí s poruchou osobnosti. Mezi uživateli nelegálních drog jsou nejběžnější disociální a hraniční poruchy osobnosti. V nedávné norské studii trpělo minimálně jednou poruchou osobnosti 46 % adiktologických pacientů (16 % disociální, pouze muži, 13 % hraniční a 8 % paranoidní, vyhubavou a obsedantně-kompulzivní) (Langas et al., 2012a).

Subjekty s touto komorbiditou vykazují problematictější symptomy užívání návykových látek než osoby bez poruchy osobnosti. Navíc se častěji uchylují k rizikovým praktikám spojeným s injekčním užíváním, jakož i k rizikovým sexuálním praktikám a jiným formám chování charakterizovaného ztrátou zábrán, jež je predisponují ke krví přenášeným virovým infekcím a dalším zdravotním a sociálním komplikacím (např. protiprávnímu jednání). Je pro ně rovněž obtížné setrvat v léčebných programech a dodržovat léčebný režim, přestože adiktologická léčba u osob s poruchou osobnosti je spojována se snížením míry užívání návykových látek a také se snížením pravděpodobnosti zatčení.

Výrazný je podíl osob se závislosti na opioidech, kteří současně trpí poruchou osobnosti. Jedinci závislí na opioidech s poruchou osobnosti vykazují silnější látkovou závislost, jakož i závislosti na dalších psychoaktivních látkách, páchají více trestné činnosti (jež se zřejmě pojí s obstaráváním drog), vyskytuje se u nich rizikovější injekční chování, vyšší výskyt sebevražd a předávkování a cítí větší psychickou tíseň než osoby závislé na opioidech bez poruch osobnosti. Není bez zajímavosti, že přítomnost poruchy osobnosti zřejmě neovlivňuje účinnost léčby opioidové závislosti. Může však mít vliv

na udržení v léčbě a vést k neustálému přecházení od jednoho léčebného režimu ke druhému. Léčba snižuje páchání trestné činnosti, riziko předávkování a psychickou tíseň a pozitivně ovlivňuje injekční chování. Nepodařilo se však prokázat, zda také snižuje riziko sebevražd (Havens et al., 2005; van den Bosch a Verheul, 2007).

Doporučená léčba

Z hlediska léčby je nejdůležitějším doporučením, aby pacienti s poruchou osobnosti měli možnost využívat stejnou škálu terapeutických variant jako pacienti bez poruch osobnosti. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti však může rizikové chování přetrvávat neohledně na úspěšnost léčby adiktologické poruchy. Takovým pacientům by se rovněž mělo dostat léčby zaměřené na zmírnění dopadu poruchy osobnosti. V případě komorbidity poruchy osobnosti s poruchami z užívání návykových látek nebyl prokázán jednoznačně přínosný efekt nějaké konkrétní formy farmakoterapie (Lingford-Hughes et al., 2012).

Porucha pozornosti s hyperaktivitou a poruchy z užívání návykových látek

V posledních letech roste zájem o problematiku komorbidity poruchy pozornosti s hyperaktivitou a užívání návykových látek. V rámci studie realizované nedávno ve Francii, Maďarsku, Nizozemsku, Norsku, Španělsku, Švédsku a Švýcarsku byla u uživatelů návykových látek, kteří vyhledali léčbu, zjištěna prevalence poruchy pozornosti s hyperaktivitou v dospělosti v rozmezí od 5–8 % v Maďarsku po 31–33 % v Norsku, v závislosti na použitých diagnostických kritériích (DSM-IV nebo DSM-5) (van de Glind et al., 2014). Vzorce komorbidity vykazovaly rozdíly podle jednotlivých podtypů poruchy pozornosti s hyperaktivitou: vyšší míra depresivní poruchy byla zaznamenána u podtypu s převažující poruchou pozornosti a kombinovaného podtypu, vyšší míra hypomanických epizod a disociální poruchy osobnosti u podtypu s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou a kombinovaného podtypu a vyšší míra bipolární poruchy byla zaznamenána u všech těchto podtypů (Cuenca-Royo et al., 2013; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014).

Doporučená léčba

Stejně jako u ostatních psychiatrických poruch platí, že stanovení diagnózy poruchy pozornosti s hyperaktivitou může být v kontextu průběžného užívání návykových látek komplikované, protože akutní i dlouhodobé účinky psychoaktivních látek mohou mít vliv na schopnost koncentrace. Odkládání adekvátní léčby souběžné poruchy pozornosti s hyperaktivitou může mít negativní dopad na výsledek pacientovy léčby (Levin et al., 2008; Wilens a Biederman, 2006). K léčbě poruchy pozornosti s hyperaktivitou v dětství se běžně doporučují stimulantia. Obavy, že užívání předepsaných stimulantů v dětství může jedince predisponovat k poruše z užívání návykových látek v budoucnosti, jsou neopodstatněné (Barkley et al., 2003). Z aktuálních dat naopak vyplývá, že podávání stimulantů v dětství může snížit riziko rozvoje souběžné poruchy z užívání alkoholu nebo drog během dospívání a v dospělosti (Kollins, 2008; Wilens et al., 2008). Neohledně na to

je nutné věnovat riziku zneužívání předepisovaných medikamentů patřičnou pozornost. V neposlední řadě je třeba zkoumat alternativní formy farmakoterapie poruchy pozornosti s hyperaktivitou, např. za použití atomoxetinu nebo bupropionu, které se nepojí s rizikem abúzu (Wilensand Biederman, 2006).

Poruchy příjmu potravy a poruchy z užívání návykových látek

Častý výskyt souběhu poruch příjmu potravy a poruch z užívání návykových látek je dostatečně prokázán. Ve srovnání s 9 % v obecné populaci je prevalence abúzu drog a alkoholu u osob s poruchou příjmu potravy přibližně 50 %. Podobně více než 35 % jedinců s poruchou z užívání návykových látek uvádí poruchu příjmu potravy, což je v kontrastu s 1–3% prevalencí uváděnou v obecné populaci (Krug et al., 2008; Salbach-Andrae et al., 2008).

Prevalence poruch z užívání návykových látek se liší v závislosti na jednotlivých podtypech mentální anorexie: lidé s bulimií nebo chováním charakterizovaným záchvatovitým přejídáním a vypuzováním užívají návykové látky nebo trpí nějakou poruchou z užívání návykových látek častěji než osoby s anorexií (zejména restriktivního typu) nebo obecná populace (Root et al., 2010a, 2010b). Z výsledků studií zkoumajících populace bulimiků a anorektiků vyplývá, že větší pravděpodobnost užívání stimulantů a dalších návykových látek existuje u osob, které k regulaci tělesné hmotnosti užívají farmaka, např. laxativa, přípravky na hubnutí nebo diuretika) (Corte a Stein, 2000).

Byl popsán typ poruchy příjmu potravy, jež je charakterizován nedostatečnou kontrolou vícečetných impulzů („multi-impulse control“) (Lacey a Evans, 1986). Osoby s touto poruchou jsou náchylnější k problémům v různých oblastech kontroly impulzů v kontextu jejich bulimického onemocnění, včetně užívání návykových látek. Osoby s komorbiditou bulimie a problémů s užíváním návykových látek se častěji pokoušejí o sebevraždu, jsou impulzivnější a častěji trpí poruchou osobnosti (Fischer a Le Grange, 2007; Haug et al., 2001; Sansone a Levitt, 2002; Wiederman a Pryor, 1996). Riziko rozvoje adiktologické poruchy u osob s poruchami příjmu potravy přetrvává dlouhodobě, a mělo by proto být součástí průběžného posuzování těchto jedinců (Fischer a Le Grange, 2007; Franko et al., 2005; Herzog et al., 2006; Piran a Gadalla, 2007). Poruchy příjmu potravy jsou aktuálnější u uživatelů stimulantů, zejména amfetaminu, kokainu a extáze (Curran a Robjant, 2006; Martín-Santos et al., 2010).

Odborníci by u osob s poruchami příjmu potravy, zejména u záchvatovitého přejídání a vypuzování, měli vždy anticipovat komorbiditu duševní poruchy a užívání návykových látek (Blinder et al., 2006; Herzog et al., 2006).

Disruptivní symptomy poruch příjmu potravy mohou interferovat s léčbou adiktologických poruch (Franko et al., 2005) a naopak. Při vyšetřování osob s poruchami příjmu potravy je třeba odebrat podrobnou drogovou anamnézu, přičemž je nutné zařadit konkrétní dotazy na užívání alkoholu a stimulantů, jakož i diuretik, laxativ a thyroxinu.

Doporučená léčba

Informací týkajících se péče o pacienty se souběhem poruch příjmu potravy a adiktologických poruch není mnoho. Odborná literatura se obecně vyslovuje v tom smyslu, že poruchy příjmu potravy vyskytující se v kombinaci s poruchami z užívání návykových látek je třeba řešit paralelně prostřednictvím multidisciplinárního přístupu. Na základě všeobecně medicínských a psychiatrických aspektů je třeba posoudit potřebu somatické stabilizace, hospitalizace nebo ústavní léčby. Mezi rysy, jimiž se vyznačují všechny terapeutické intervence, patří psychoedukace týkající se společných etiologických prvků, rizik a následků souběžného výskytu chování typického pro poruchy příjmu potravy a zneužívání návykových látek, dietetická edukace a plánování, kognitivně orientovaná konfrontace postojů a přesvědčení typických pro poruchy příjmu potravy, osvojování si dovedností a mechanismů zvládání zátěžových situací, překonávání překážek k dosažení zlepšení a prevence relapsu. Důraz je třeba klást na budování terapeutického vztahu založeného na vzájemné spolupráci a eliminaci boje o převahu. V léčbě komorbidit poruch příjmu potravy a poruch z užívání návykových látek se často využívá KBT. Nebyly však doposud provedeny žádné randomizované kontrolované studie, které by se touto problematikou zabývaly. V jedné z nedávných studií se podařilo prokázat pozitivní účinek dialektické behaviorální terapie jak na poruchy příjmu potravy, tak poruchy z užívání návykových látek (Gregorowski et al., 2013).

Shrnutí

Psychiatrická komorbidita u pacientů s poruchami z užívání návykových látek je běžná, přičemž různé kombinace psychiatrických poruch a adiktologických poruch se pojí s různými prevalenčními hodnotami. V této kapitole bylo pojednáno o konkrétních klinických aspektech běžnějších kombinací psychiatrické komorbidit (poruchy nálady, úzkostné a psychotické poruchy, porucha pozornosti s hyperaktivitou, poruchy příjmu potravy a poruchy osobnosti) s poruchou z užívání návykových látek (opioidů, stimulantů, konopí). Psychiatrická komorbidita má větší dopad na klinickou závažnost, psychosociální fungování a kvalitu života pacientů s adiktologickými poruchami. Jakýkoli terapeutický přístup k řešení duální diagnózy, ať už farmakologický, psychologický nebo oba, musí vzít v úvahu obě diagnostikované poruchy, aby bylo možné zvolit variantu, která bude danému jedinci nejlépe vyhovovat. Podmínkou optimální péče je dobrá znalost účinnosti, interakcí a vedlejších účinků farmakologické i psychologické léčby. Je třeba realizovat další studie, které přispějí k budování širší důkazní základny, z níž bude možné čerpat při léčbě těchto komorbidních pacientů.

6

Kapitola 6

System péče o osoby s komorbiditou adiktologických a duševních poruch

Základní přehled

Přes nezpochybnitelnou důležitost poskytování efektivní léčby psychiatrické komorbidity u pacientů s poruchami z užívání návykových látek nebylo doposud dosaženo konsenzu ve věci nejvhodnějšího prostředí pro léčbu ani ve věci nejvhodnějších farmakologických a psychosociálních postupů. Pro tyto pacienty je často obtížné nejen identifikovat potřebné psychiatrické či adiktologické služby, ale také si k nim zajistit přístup a celý proces koordinovat. Z údajů poskytnutých americkým úřadem pro služby v oblasti užívání návykových látek a duševního zdraví (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011) vyplývá, že ve Spojených státech je poskytována léčba jedné z poruch pouhým 44 % pacientů s duální diagnózou a pouze 7 % se léčí s oběma poruchami současně. Zpracování koncepce optimální péče, včetně lokalizace poskytování léčebných služeb (psychiatrická/psychologická zařízení, adiktologická pracoviště) a určení nejlepších způsobů léčby těchto pacientů je jedním z nejtěžších úkolů, jež budou muset zodpovědní činitelé, kliničtí pracovníci a další odborníci v příštích letech řešit.

Ve své nedávné přehledové studii analyzovali Ness et al. (2014) odbornou literaturu mapující faktory, které podle mínění pacientů se souběhem duševních a adiktologických poruch usnadňují či naopak komplikují úzdravu při duálních diagnózách. Mezi dominantními tématy uváděnými jako faktory přispívající k úzdravě figurovaly smysluplná náplň každodenního života (např. pěstování sportů, trávení času zájmovými činnostmi, které pacientům přinášejí radost), zaměření se na silné stránky (např. snaha o humorný náhled na zažívané skutečnosti) a orientace na budoucnost a obnovení společenských kontaktů a vztahů, jež jsou zdrojem opory (např. odpovědný přístup k sobě i druhým). Nejvýznamnějšími uváděnými překážkami v dosažení úzdravy při duální diagnóze byly absence adresné individuální pomoci (např. nedostatečné akceptování relapsu) a nepřehledné a nekoordinované systémy.

Problémy s léčbou těchto pacientů souvisejí hlavně se skutečností, že ve většině zemí vedle všeobecné zdravotní péče (reprezentované komunitními zdravotnickými zařízeními, všeobecnými nemocnicemi apod.) existují samostatné sítě služeb v oblasti péče o duševní zdraví a adiktologických služeb. Tato diferenciacie terapeutických zařízení (tj. adiktologických a psychiatrických/psychologických pracovišť) je sama o sobě překážkou k zajištění vhodných léčebných služeb pro pacienty s komorbidními poruchami (Ness et al., 2014). Další potíže souvisejí s tím, že jednotlivé léčebné služby nemusejí disponovat potřebně nakombinovanou odborností, aby byly schopny léčit oba typy poruch (Sacks et al., 2013). Ke komplikacím při léčbě těchto pacientů s duální diagnózou mohou dále přispívat také uplatňované terapeutické koncepce, předpisy a také nedostatek finančních prostředků (Burnam a Watkins, 2006).

Doposud se aplikovaly tři modely poskytování péče: sekvenční, paralelní a integrovaný (viz rámeček na str. 91).

V rámci uplatňování sekvenčního modelu je u pacientů nejprve léčen jeden problém, zatímco léčba jiného problému se odkládá, dokud první problém není minimálně stabilizován. V takovém případě síť služeb v oblasti péče o duševní zdraví a adiktologických služeb zůstávají nezávislé a samostatné a jediný kontakt mezi těmito dvěma poskytovateli péče vzniká v momentě, kdy si vzájemně přeposílají pacienty. I toto minimální spojení je někdy přerušeno, čímž se zvyšuje riziko „vypadnutí“ pacienta ze systému. Zásadnějším problémem je, že z důvodu vzájemné interakce souběžně se vyskytujících poruch nejenže postupná léčba vždy pouze jedné poruchy neřeší problém komorbidity, ale současně omezuje účinnost léčby samé. Právě interakcí mezi poruchami z užívání návykových látek a dalšími psychiatrickými poruchami by bylo možné vysvětlit vysokou míru relapsů, k nimž v obou případech dochází, což vede nevyhnutelně k rozčarování jak u pacientů, tak i na straně poskytovatelů péče, kteří se na celém procesu podílejí. Z tohoto důvodu dnes panuje shoda, že sekvenční model by se u pacientů s duální diagnózou neměl aplikovat (Burnam a Watkins, 2006).

Při uplatnění paralelního modelu se oba problémy léčí současně (např. závislost a další psychiatrická porucha) prostřednictvím dvou samostatných, často oddělených služeb. I když určité formy integrace mezi oběma systémy lze dosáhnout, rozdíly ve filozofii poskytování adiktologických služeb a služeb v oblasti péče o duševní zdraví zde zůstávají. Efektivní spolupráci mezi odborníky v daných oborech navíc brání různé koncepční a organizační otázky, a tak se i může stát, že pacientům není zprostředkována léčba jedné z komorbidních poruch nebo jsou v druhém systému vyřazeni z péče. Politováníhodným důsledkem takového stavu je, že odpovědnost za volbu a dodržování uceleného plánu léčby tak spočívá z valné části na pacientovi (Burnam a Watkins, 2006; Drake et al., 2001). Možné problémy, kterým uživatelé drog čelí, chtějí-li si zajistit přístup k psychiatrické péči, souvisejí hlavně s nejistotou ohledně efektivity dostupné podpory, s obtížnou koordinací schůzek, logistickými problémy s docházkou na pracoviště poskytovatele péče, stigmatem a negativním postojem personálu vůči užívání drog a předpokládaným kriminálním chováním uživatelů drog (Neale et al., 2008).

V integrovaném modelu se jak psychiatrická porucha, tak užívání návykových látek řeší prostřednictvím současně probíhajících integrovaných programů (Drake et al., 2005). Integrovaný model počítá s komplexním plánem léčby zaměřené na duševní i adiktologické poruchy, kterou by měl zajišťovat současně multidisciplinární tým. Využití společných terapeutických plánů může přispět nejen k minimalizaci filozofických odlišností mezi poskytovateli, ale také k zajištění přesné diagnostiky adiktologických a psychiatrických onemocnění a adresné léčby adekvátně reflektující jednotlivé fáze onemocnění. Ukazuje se však, bohužel, že překonat tradiční dělení na psychiatrické a adiktologické systémy péče je obtížné (Burnam a Watkins, 2006), a proto bude ještě nutné vyvinout značné úsilí, než se podaří implementovat životaschopný integrovaný a efektivní proces a systém léčby pro komorbidní pacienty (Magura, 2008).

Struktury léčby

V mezinárodní odborné literatuře jsou popisovány tři modely zajišťování léčby komorbidity:

Sekvenční neboli sériová léčba. Psychiatrické a adiktologické poruchy se léčí jedna po druhé a služby, které tuto léčbu poskytují, spolu příliš nekomunikují. Obvykle se léčí nejprve nejzávažnější problémy pacientů a teprve po skončení této léčby se věnuje pozornost jejich dalším problémům. Tento model však může vést k tomu, že různá zařízení si pacienti předávají, aniž je některé z nich schopno řešit jejich potřeby.

Paralelní léčba. Dvě různé poruchy se léčí současně, přičemž adiktologické služby a služby poskytující péči v oblasti duševního zdraví spolupracují a poskytují léčbu souběžně. Pro léčbu těchto dvou poruch se často používají různé terapeutické přístupy a medicínský model psychiatrie se může dostávat do konfliktu s psychosociálním zaměřením adiktologických služeb.

Integrovaná léčba. Léčbu poskytuje psychiatrické nebo adiktologické zařízení, případně program či služba konkrétně specializovaná na léčbu komorbidity. Pacienti v tomto případě nejsou předáváni jiným pracovištím. Léčba zahrnuje motivační a behaviorální intervence, prevenci relapsu, farmakoterapii a přístupy zaměřené na řešení sociálních aspektů pacientova problému.

Reálný stav léčby komorbidity v Evropské unii, jak jej popisují jednotlivé státy ve svých zprávách, nelze tak jednoduše rozdělit do těchto tří skupin. Za model nejlepší praxe se pokládá integrovaná léčba, avšak dosáhnout této úrovně je obtížné. Relevantní výzkumy se obvykle realizují mimo Evropu. Autoři australského národního projektu zaměřeného na léčbu komorbidity (National Comorbidity Project) (Commonwealth Department for Health and Ageing, 2005) dospěli na základě analýzy příslušné literatury k závěru, že jednotlivé způsoby péče o komorbidní pacienty nejsou systematicky studovány ani odpovídajícím způsobem evaluovány, a to částečně z toho důvodu, že osoby, u nichž se duševní onemocnění vyskytuje souběžně s poruchou z užívání návykových látek, je obtížné zkoumat, mimo jiné kvůli jejich neuspořádanému stylu života. Autorům jiné přehledové studie se podařilo shromáždit dostatek relevantních podkladů pro tvrzení, že integrovaná léčba osob s duální diagnózou přináší pozitivní výsledky ve vztahu k duševním i adiktologickým poruchám (Drake et al., 1998). Srovnáním integrovaných a paralelních přístupů se zabývala pouze jedna studie, ale její výsledky neprokázaly žádný významný rozdíl. Žádná studie neporovnávala integrované a sekvenční přístupy.

Ačkoli integrovaná léčba se prosazuje jako způsob minimalizace roztržitosti, duplicity a rizik plynoucích z mezer v systému, jež jsou spojovány se sekvenčními a paralelními modely léčby, tento přístup lze opřít jen o omezené množství výzkumem ověřených faktů, které navíc obvykle vycházejí ze studií realizovaných v Severní Americe, jejichž výsledky reflektují přístupy kontextově odlišné od evropských systémů zdravotnictví

(Baldacchino a Corkery, 2006; Moggi et al., 2010). Většina studií zaměřených na integrovanou léčbu v evropských zemích byla prováděna na pacientech se závažným duševním onemocněním v kombinaci s poruchou z užívání návykových látek (Craig et al., 2008; McCrone et al., 2000). Nedávná norská studie prokázala pozitivní vliv integrované terapie na motivaci k léčbě u ambulantních pacientů s úzkostnými a depresivními poruchami v kombinaci s poruchou z užívání návykových látek (Wüsthoff et al., 2014). Ve Finsku, Itálii, Nizozemsku, Norsku, Španělsku a některých dalších zemích existují specializovaná zařízení, např. jednotky akutní lůžkové péče o osoby s duální diagnózou, rezidenční terapeutické komunity pro klienty s duální diagnózou nebo programy pro osoby s duální diagnózou jako součásti psychiatrických a adiktologických ambulantních středisek. Všechny tyto příklady dokládají snahu o posun k integrovanějšímu modelu léčby.

V této kapitole uvádíme přehled relevantních dat čerpaných ze všech výročních zpráv z let 2006–2013 (národní monitorovací střediska sítě Reitox), z dalších klíčových evropských zdrojů v oblasti závislosti, šedé literatury a přehledové studie zpracované v rámci databáze Medline. Obecně lze konstatovat, že uplatňované přístupy se v mnohém liší, a to nejen mezi jednotlivými evropskými zeměmi, ale i mezi různými regiony téhož státu. V některých případech byla nalezena konkrétní data týkající se léčebné péče o osoby s komorbidním výskytem adiktologických a duševních poruch, zatímco v jiných případech bylo k dispozici pouze obecné vymezení přístupu k dané problematice. Tato oblast navíc prochází prudkými změnami. Následuje přehled aktuálně dostupných informací o situaci v jednotlivých evropských zemích.

Belgie

Kliničtí pracovníci zde v posledních 15 letech zaznamenávají zvýšený počet pacientů s duální diagnózou. V roce 2002 byl na odděleních dvou belgických nemocnic (jedné ve Vlámsku a druhé ve Valonsku) spuštěn pilotní projekt s názvem „Intenzivní léčba pacientů s duální diagnózou“. Během prvních deseti let bylo na každém z těchto dvou oddělení k dispozici 10 lůžek. V roce 2013 byla kapacita obou oddělení rozšířena na 15 lůžek v reakci na potřeby této cílové skupiny. Personálně jsou tato oddělení zabezpečena v míře odpovídající 17 plným úvazkům, z nichž tři připadají na psychology. Od roku 2005 na odděleních působí také case manažeři, jejichž úkolem je zajišťovat kontinuitu péče. V roce 2014 bylo na těchto dvou odděleních hospitalizováno celkem 94 pacientů. Podmínkou pro přijetí pacientů na toto oddělení je problém s užíváním návykových látek v kombinaci s psychotickou poruchou. Kontraindikací je však duševní omezení (inteligenční kvocient pod 65) nebo přítomnost chronických patologií. Cílem je pacienta stabilizovat a po šestiměsíčním období (které může být eventuálně prodlouženo o dalšího půl roku) jej předat do péče jiného ambulantního nebo rezidenčního pracoviště. Lékařský tým již dosáhl v této oblasti vysoké odbornosti, a tato oddělení tak mohou sloužit jako referenční bod pro léčbu pacientů s duální diagnózou. Tým výzkumníků z Antverpské univerzity provedl evaluaci tohoto pilotního projektu. Podle jejich odhadu se v Belgii v dané době nacházelo až 2 800 lidí s duální diagnózou. Doporučili následně tento pilotní projekt prodloužit a přijít s návrhem oficiálního systémového ukotvení celého konceptu. Kritizují nicméně nedostatečnou péči a absenci systému supervidovaného bydlení pro tyto pacienty a poukazují také na skutečnost, že pacienti nemají dostatek resocializačních možností. Následně doporučují uplatňovat intenzivní a integrovaný přístup založený na case managementu a terénní práci. V neposlední řadě doporučují specifický přístup

k problematice polyvalentního užívání psychoaktivních látek. Podobné typy léčebných programů vznikají v současnosti také v dalších zařízeních.

Bulharsko

Adiktologickou léčbu zajišťují dílem státní instituce a dílem soukromá zařízení. Obecně platí, že klientům státních institucí je léčba poskytována zdarma, zatímco klienti v privátních zařízeních si poskytované služby hradí sami. V Bulharsku jsou k dispozici různé formy léčby kombinované s podáváním farmak, kam patří lůžková i ambulantní detoxifikace, opioidová substituční léčba a programy psychosociální rehabilitace realizované v rámci terapeutických komunit nebo denních stacionářů. Adiktologickou léčbu poskytuje 12 státních psychiatrických léčeben, 12 regionálních středisek péče o duševní zdraví, 16 psychiatrických oddělení víceprofilových nemocničních zařízení nabízejících aktivní léčbu a pět psychiatrických klinik fakultních nemocnic. Nestátní neziskové organizace (NNO) poskytují hlavně psychosociální služby prostřednictvím zařízení na bázi denních stacionářů.

Česká republika

Adiktologická léčba je zajišťována prostřednictvím nízkoprahových programů, lůžkových i ambulantních zařízení a psychiatrických léčeben/nemocnic, detoxifikačních jednotek, jednotek opioidové substituční léčby, terapeutických komunit a programů následné péče. Léčbu závislosti zajišťují jak státní organizace, tak NNO. V menší míře ji také poskytují soukromé instituce, jež zajišťují tři hlavní typy terapeutických služeb: detoxifikaci, ambulantní péči a ústavní péči. V České republice je projednávána Strategie reformy psychiatrické péče na období 2014–2020, iniciovaná ministerstvem zdravotnictví, jejímž cílem je mimo jiné posunout těžiště českého systému psychiatrické léčby směrem ke komunitně orientovanému typu péče a docílit větší flexibility poskytovaných služeb tak, aby byly schopny reagovat na regionální potřeby a priority. Tato reforma však nepočítá s péčí o pacienty se závislostními poruchami. Současně byla Společností pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně schválena nová koncepce sítě specializovaných zdravotních služeb oboru adiktologie. V letech 2012–2013 pokračovala na celonárodní úrovni revize standardů odborné způsobilosti pro všechny typy adiktologických služeb. Speciální zařízení určená konkrétně k léčbě pacientů s duální diagnózou v České republice obecně neexistují, nicméně léčba komorbidit adiktologických a duševních poruch je nedílnou součástí specializovaných lékařských i nelékařských adiktologických služeb a některá stávající zařízení poskytují pro klienty s duální diagnózou speciální programy.

Dánsko

Hlavními cíli dánské politiky v oblasti adiktologické léčby je dosáhnout snížení míry užívání drog, minimalizovat úmrtí související s drogami a dosáhnout úplné abstinence prostřednictvím intenzivnějšího využívání psychosociálních intervencí a systematické návaznosti péče, včetně substituční léčby. V návaznosti na reformu místních samospráv v roce 2007 přešla odpovědnost za zřizování sociálních i zdravotních služeb pro uživatele drog na municipality a tyto územně správní celky jsou tak odpovědné za psychiatrickou, primární a veřejnou zdravotní péči. Péče o klienty probíhá obvykle na ambulantní bázi, kterou je možné doplnit o stacionární nebo lůžkovou léčbu v případě potřeby změny

prostředí nebo strukturovanější intervence. V léčbě převládá kognitivní a sociodukační pojetí a přístupy zaměřené na hledání řešení. Realizuje se několik iniciativ s cílem řešit problematiku sociálně marginalizovaných uživatelů drog a uživatelů drog s komorbidními duševními poruchami. Podpora je poskytována také nezletilým. U pacientů s komorbiditou a komplikovanou sociální situací se v souladu s regionálními zdravotnickými koncepcemi doporučuje zpracovat tzv. plán koordinované péče, jehož cílem je zajistit koordinaci různých služeb v kontextu místní adiktologické a regionální psychiatrické péče.

V roce 2013 bylo v psychiatrických léčebnách hospitalizováno 5 547 osob s primární nebo sekundární (komorbidní) diagnózou související s užíváním drog. Pro pacienty s komorbiditou jsou k dispozici specializované ambulantní terapeutické programy a týmy odborníků.

Estonsko

Adiktologická léčba je v Estonsku tradičně zajišťována většinou prostřednictvím nemocnic, jimž je udělena licence k poskytování služeb v oblasti péče o duševní zdraví, a mohou tak poskytovat lůžkovou a ambulantní léčbu problémovým uživatelům drog. Estonský zákon o duševním zdraví (RT I 1997, 16, 260) stanoví, že protidrogovou léčbu může poskytovat pouze psychiatr, nicméně není požadováno, aby měl adiktologickou specializaci. Obecně platí, že převažuje ambulantní léčba. Služby v oblasti lůžkové adiktologické péče zůstávají omezené.

K dispozici jsou také speciální programy adiktologické léčby pro děti a mládež a osoby s duálními diagnózami, nicméně možnosti léčby pro tyto skupiny jsou stále omezené.

Finsko

Ve Finsku bylo v posledních 5–6 letech zaznamenáno zvýšené úsilí o to, aby v rámci primární zdravotní a sociální péče existovala kvalitnější nabídka léčby pro osoby, které mají problémy se zneužíváním návykových látek a současně trpí nějakou psychiatrickou poruchou. Chybí nám však ucelený obraz o rozsahu a povaze péče o problematiku uživatelů drog, kteří mají současně psychiatrické problémy, v celostátním měřítku. Systém léčebné péče je značně decentralizovaný. Hlavní odpovědnost za léčbu spočívá na jednotlivých municipalitách (cca 300), z čehož plyne, že nabídka léčby pro pacienty s komorbiditou adiktologických a duševních poruch se v jednotlivých municipalitách liší jak svým rozsahem, tak organizacemi, které ji poskytují. V některých municipalitách byly v rámci primární zdravotní péče vytvořeny nové jednotky a odborné týmy zaměřené na kombinované diagnózy. Někde došlo k rozšíření kapacity pracoviště zabývajícího se adiktologickou léčbou (v rámci organizace sociální péče) o psychiatrickou odbornost. Jiné adiktologickou léčbu organizačně převedly pod psychiatrii a doplnily ji o specializovanou psychiatrickou péči. Studie zaměřená na integraci léčby poruch z užívání návykových látek (nejen drog) a péči o duševní zdraví realizovaná v osmi municipalitách ukázala, že organizační integrace nijak nekorelovala s klinickou způsobilostí k léčbě duálních diagnóz. Přibližně 50 % osob, u nichž byla v rámci celého systému sociální a zdravotní péče diagnostikována porucha související s užíváním omamných látek, mělo rovněž duševní problémy. Prevalence duálních diagnóz s integrační reformou organizace služeb rovněž nijak nesoúvisela.

Osoby s problematickým užíváním drog přicházejí do kontaktu se systémem zdravotní péče častěji než jedinci, kteří mají problémy s alkoholem. Duální diagnóza, případně potenciální duální diagnóza, je jedním z kritérií pro léčbu ve specializovaném zdravotnickém zařízení. V tabulce 6.1 jsou tato lůžková a ambulantní pracoviště „psychiatrie poruch z užívání návykových látek“ označována jako zařízení pro léčbu osob s duální diagnózou.

Francie

Ve Francii je léčba drogových závislostí poskytována hlavně prostřednictvím specializovaného systému adiktologické péče fungujícího v rámci zdravotně-sociálních zařízení a systému všeobecné péče tvořeného nemocnicemi a ordinacemi praktických lékařů. Určitý segment péče zajišťuje rovněž systém služeb zaměřených na snižování rizik. Poskytování léčby uživatelům drog spadá do pravomoci regionálních a místních úřadů. Téměř všechny správní oblasti po celé Francii mají alespoň jedno specializované pracoviště zabývající se léčbou a prevencí závislosti. Tato střediska zajišťují tři typy služeb: (1) ambulantní péči, (2) lůžkovou péči (včetně terapeutických komunit) a (3) léčbu odsouzených ve výkonu trestu. Tatáž centra poskytují jak farmakologicky asistovanou, tak psychosociální léčbu. Systém všeobecné adiktologické péče zajišťované nemocnicemi je organizačně rozdělen do tří stupňů, z nichž každý další stupeň navazuje na služby poskytované na předchozím stupni. V rámci péče prvního stupně se řeší odvykací stavy a zařizují se konzultace; péče druhého stupně je doplněna o poskytování komplexnější rezidenční péče a péče třetího stupně rozšiřuje služby o výzkum, vzdělávání a koordinaci na regionální úrovni. Neuvádějí se žádná specializovaná léčebná centra pro adiktologické pacienty s jinými psychiatrickými diagnózami, nicméně některé části výše uvedených specializovaných pracovišť jsou včleněna do specializovaných psychiatrických léčeben nebo psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic. Ačkoliv tato centra nemají oficiální status zařízení určených k léčbě duálních diagnóz, jsou jednoznačně lépe uzpůsobena k péči o pacienty s duální diagnózou.

Chorvatsko

Ústředním prvkem chorvatského systému adiktologické léčby je poskytování péče prostřednictvím ambulantních terapeutických zařízení, byť k dispozici jsou také nemocniční lůžková léčebná zařízení a sedm terapeutických komunit. Na celém území Chorvatska se nachází celkem 33 pracovišť zajišťujících lůžkovou léčbu a 23 ambulantních terapeutických středisek. Ambulantní léčba je organizována prostřednictvím sítě služeb zaměřených na péči o duševní zdraví, prevenci závislosti a ambulantní léčbu, které zajišťují okresní ústavy veřejného zdraví. Náplní těchto služeb je individuální a skupinová psychoterapie, předepisování a další poskytování opioidové substituční léčby a dalších forem farmakoterapie, jakož i testování a poradenství zaměřené na širokou škálu oblastí. Lůžkovou léčebnou péči zajišťují nemocnice a spadá do ní detoxifikace, úprava farmakoterapie, abstinenční programy a individuální a skupinová psychosociální terapie. Týmy všeobecných lékařů úzce spolupracují s programy specializované léčby, zejména pokud jde o pokračování v opioidové substituční léčbě.

Irsko

Otázka duálních diagnóz představuje pro irské léčebné služby problém. Studie provedená v roce 2004 Národním poradním výborem pro otázky drog (National Advisory Committee on Drugs) odhalila koncepční i praktické nedostatky v péči o osoby s duální diagnózou u poskytovatelů služeb jak v oblasti péče o duševní zdraví, tak v oblasti adiktologie. Problematice duálních diagnóz se věnovala zpráva expertní skupiny pro péči v oblasti duševního zdraví nazvaná „Vision for change“, jež byla uveřejněna v roce 2006 a jejíž doporučení jsou v současné době v navazujících fázích postupně implementována. Ve zprávě se mimo jiné uvádí, že hlavní odpovědnost za péči o závislé leží mimo systém péče o duševní zdraví. Zařízení zaměřená na péči o duševní zdraví pro dospělé i děti mají na starosti poskytování služeb v oblasti péče o duševní zdraví pouze těm osobám, u nichž se vyskytne komorbidita adiktologických a duševních problémů. Dospělým, kteří splňují tato kritéria, by se obecně měli věnovat pracovníci působící v oblasti všeobecné komunitní péče o duševní zdraví dospělých, zejména pokud je primárním problémem nějaká duševní porucha. Zpráva rovněž doporučila, aby byl v každé spádové oblasti o velikosti 300 000 obyvatel zřízen specializovaný tým pracovníků, který by řešil komplikované nebo závažné adiktologické nebo psychické poruchy. Tyto týmy odborníků by měly navázat dobrou spolupráci s místními komunitními službami v oblasti péče o duševní zdraví a vyjasnit svou roli v rámci celého procesu jak vůči uživatelům služby, tak vůči těmto komunitním pracovníkům, kteří zajišťují primární péči o duševní zdraví pro dospělé.

Irský úřad pro zdravotní služby (Health Service Executive) v současnosti zavádí program plošné transformace, jejímž cílem je dosažení typu služeb, které budou více vycházet z konceptu kontinua péče, jejímž středobodem je klient sám. Součástí tohoto programu je postupné zavádění týmů pracovníků primární péče a sítě sociální péče se zaměřením na propojení jednotlivých služeb v systému integrované péče. Aktuální návrh odráží současné snahy úřadu pro zdravotní služby o zakomponování integrované adiktologické péče do tohoto rámce, jež má poskytnout příležitost k vytvoření takové provázanosti služeb, která umožní věnovat větší pozornost výskytu psychiatrických komorbidit u uživatelů návykových látek. V této souvislosti je však také zmiňováno, že lidé s komorbidním výskytem závislosti a psychických problémů mají ztížený přístup ke službám v oblasti péče o duševní zdraví.

Itálie

Psychiatrické poruchy jsou v Itálii stále více spojovány s užíváním drog a ačkoli specializovaná léčba závislosti se zde nabízí již mnoho let, kvalitu této léčby stále výrazně ovlivňuje míra spolupráce mezi službami v oblasti péče o duševní zdraví a psychiatrickými odděleními nemocnic. Problémy vznikají při přidělování pacientů na jednotlivá oddělení, neboť není vždy snadné přesně rozpoznat dominantní symptomy psychiatrické poruchy, zda je psychiatrická porucha způsobena zneužíváním návykových látek, zda byla již u daného jedince přítomna v minulosti nebo se s adiktologickým problémem obecně pojí.

Ze všech italských územně správních celků má 80 % lůžkové i ambulantní programy určené pacientům s duální diagnózou, avšak pouze v polovině případů zde existuje systémové propojení mezi adiktologickými a psychiatrickými službami, které umožňuje koordinaci terapeutických intervencí. Na základě dat shromážděných v informačním

systému SIMI-Italia o vzorku 2 000 pacientů navštěvujících síť zařízení pro drogově závislé (Servizi Tossicodipendenza, SerT) lze odhadovat, že v roce 2006 mělo 31 % pacientů s poruchou z užívání návykových látek pozitivní psychiatrickou diagnózu (tři pětiny tvořili muži a 90 % uvádělo užívání opioidů v současnosti). Ve státních i soukromých službách vedl značný výskyt těchto pacientů k postupnému zlepšování diagnostických dovedností, čímž se zvýšila schopnost zachytit a léčit psychiatrické symptomy a současně drogovou závislost. K dispozici je rovněž několik lůžkových zařízení (specializované jednotky pro péči o pacienty s duální diagnózou).

Kypr

Žádná služba určená konkrétně k péči o pacienty s duální diagnózou není na Kypru k dispozici. Ačkoli léčebná zařízení sice nepřijímají pacienty s aktivní komorbiditou, většina z nich léčí pacienty s neaktivní komorbiditou, a to hlavně prostřednictvím psychologických intervencí (individuální sezení), ale v případě potřeby je aplikována také psychiatrická léčba. Adiktologickou léčbu zajišťují jak státní organizace, tak NNO. Systém péče tvoří poradenství, odvykácí léčba, detoxifikace, centra substituční léčby, svépomocné skupiny a jedno kontaktní centrum. Ve všech ambulantních i lůžkových programech se jako primární terapeutický prostředek používají psychosociální intervence. Poradenská centra se soustředí hlavně na zvyšování a podporu motivace, zatímco rezidenční a ambulantní odvykácí programy, včetně terapeutické komunity, se zaměřují na individuální a skupinové poradenství, terapii a psychoterapii a sociální reintegraci. Centra pro dospívající a mladé lidi se mimo jiné zaměřují na rodinné intervence. Většina programů poskytuje služby uživatelům drog bez ohledu na typ užívané látky. Pouze dva programy (jeden lůžkový a jeden ambulantní) se zaměřují na problémové uživatele drog.

Litva

Adiktologickou léčbu poskytují v Litvě převážně státní a soukromé subjekty. Ambulantní adiktologickou léčbu zajišťují státní střediska péče o duševní zdraví a soukromá zdravotnická zařízení, jež disponují speciální licencí. Ambulantní léčbu pro uživatele drog dále poskytují také centra závislostních poruch. V celé zemi funguje celkem pět státních specializovaných center závislostních poruch s regionální působností. Lůžková péče, kam spadá například léčba odvykácího stavu a rezidenční terapie, je zajišťována na specializovaných pracovištích. V roce 2013 byla v Litvě primární péče v oblasti duševního zdraví realizována ve 107 zařízeních se zaměřením na péči o duševní zdraví. Služby v oblasti péče o duševní zdraví zajišťují léčbu pro pacienty, kteří trpí buď psychiatrickou poruchou, nebo poruchou z užívání návykových látek, jakož i o pacienty s duální diagnózou. Pacienti se závislostními poruchami, u nichž se vyskytl vážný delirický stav v důsledku odnětí drogy nebo psychóza vyvolaná psychoaktivní látkou, se podrobují léčbě ve státních zařízeních péče o duševní zdraví nebo psychiatrických léčebnách.

Lotyšsko

Adiktologické terapeutické služby zajišťují ambulantní a lůžková zařízení. V roce 2012 poskytovalo ambulantní služby 69 adiktologů specialistů v 42 léčebných zařízeních, zatímco lůžkovou léčbu poskytovaly specializované psychiatrické léčebny a regionální a místní víceprofilové nemocnice financované z veřejných nebo soukromých zdrojů. Počet poskytovatelů lůžkové péče v posledních letech klesl; lůžka k rezidenční léčbě

uživatelů drog poskytovalo celkem devět léčebných zařízení. Ambulantní pracoviště poskytují hlavně psychosociální intervence, KBT, motivační intervence a dlouhodobé udržovací programy, zatímco lůžková zařízení nabízejí akutní péči v případě předávkování, detoxifikaci a krátkodobé psychosociální intervence. Dvě specializovaná psychiatrická centra poskytují dlouhodobou odvykací léčbu založenou na principu terapeutické komunity.

Lucembursko

S výjimkou všeobecných nemocnic je veškerá infrastruktura tvořící specializovanou adiktologickou péči v Lucembursku závislá na státní podpoře a kontrole. Léčba je decentralizovaná a ve většině případů ji poskytují státem akreditované NNO. Všechna terapeutická pracoviště či subjekty s výjimkou detoxifikačních jednotek přijímají jakékoli pacienty z řad uživatelů drog, bez ohledu na typ užívané látky. Detoxifikační léčbu, jež je hrazena ze zdravotního pojištění, poskytuje pět různých nemocnic prostřednictvím svých psychiatrických oddělení. V zemi existuje šest specializovaných ambulantních léčebných zařízení, jedna rezidenční terapeutická komunita a jedno specializované lůžkové psychologicko-medicínské oddělení plnící funkci jakéhosi mezičlánku před přechodem k další navazující léčbě.

Maďarsko

V Maďarsku žádné speciální zařízení určené k péči o pacienty s duální diagnózou k dispozici nejsou. Pacienti jsou tak léčeni buď v lůžkových nebo ambulantních adiktologických zařízeních nebo na psychiatrických pracovištích. Adiktologické služby jsou však mnohem vstřícnější vůči těmto pacientům, na což lze usuzovat ze skutečnosti, že ve srovnání s psychiatrickými zařízeními jsou častěji v péči právě center pro uživatele drog.

Malta

Adiktologickou léčbu na Maltě zajišťuje národní protidrogová a protialkoholní agentura, ambulantní zařízení pro uživatele návykových látek (Substance Misuse Outpatient Unit), vězeňská služba a specializované pracoviště pro léčbu duálních diagnóz, společně se speciálním ženským oddělením nemocnice Mount Carmel Hospital. Adiktologickou léčbu na Maltě rovněž poskytují dvě NNO (Caritas a nadace OASI), jež jsou částečně financované státem. Tito poskytovatelé služeb zajišťují různé typy léčby, jež lze rozdělit do čtyř hlavních kategorií: ambulantní komunitní služby, rezidenční odvykací programy, detoxifikační léčba a udržovací substituční léčba.

Německo

Péče o uživatele drog, kteří vedle svých problémů s drogami trpí ještě nějakou psychiatrickou poruchou, jež vyžaduje léčbu, je specifickým způsobem závislá na obecných diagnostických kompetencích adiktologických terapeutů ve vztahu k psychickým poruchám a současně v zájmu úspěšného řešení obou typů problémů vyžaduje adekvátní spolupráci mezi klinickou psychologií nebo psychiatrií a adiktologií. V praxi se tyto problémy zjevně řeší dvěma způsoby: oběma problémovými oblastmi se buď zabývají dva různí terapeuti nebo instituce, jež své aktivity musejí úzce koordinovat, nebo léčba probíhá na jednom místě, což však vyžaduje kompetence v obou problémových oblastech. Ukazuje se, že není dobré tyto klienty míchat s dalšími adiktologickými klienty, neboť při léčbě

klientů s duálními diagnózami je někdy nutné volit pomalejší a flexibilnější přístup (např. co se týká medikace, dodržování dohod nebo akceptování stanovených struktur). Je rovněž nutné podtrhnout, že v Německu se řešení problematiky duálních diagnóz stalo během posledních let tématem, jemuž je přikládána stále větší důležitost. Jednotlivé instituce se snaží buď rozšiřovat svou kompetentnost zvyšováním kvalifikace svého personálu, nebo intenzifikovat svou spolupráci například s psychiatrickými léčebnami nebo lékaři specialisty a psychoterapeuty.

Nizozemsko

V návaznosti na předchozí experimentální fázi se možnosti léčby pro pacienty s duální diagnózou během posledních několika let rozšířily. V současnosti se na tuto cílovou skupinu zaměřuje několik pracovišť. Ta řeší užívání všech typů návykových látek a duševních poruch, přičemž způsob léčby je možné přizpůsobit mnoha možným kombinacím problémů. Ačkoli již byl publikován obecný metodický pokyn, integrované formy léčby pro tuto cílovou skupinu jsou stále ve fázi vývoje a jejich efektivita je aktuálně předmětem výzkumu. Na úrovni lůžkové péče je psychiatrickou komorbiditu možné léčit v rámci adiktologických zařízení, pracovišť zaměřených na péči o duševní zdraví (ve většině případů) a zařízení určených k péči o pacienty s duálními diagnózami.

Norsko

Léčba uživatelů drog je začleněna jako specializovaná oblast do služeb všech státních nemocnic. V některých nemocnicích sice existují pracoviště zaměřená na léčbu duálních diagnóz, ale většina umísťuje komorbidní pacienty na různá stávající adiktologická oddělení. Na základě doporučení vlády by všechna adiktologická pracoviště měla být způsobilá, případně si zajistit způsobilost k léčbě méně závažných forem duševních problémů, např. typu úzkostných nebo afektivních poruch, vyskytujících se v kombinaci s poruchami osobnosti, zatímco psychiatrická pracoviště by měla být způsobilá, případně si zajistit způsobilost k léčbě méně až středně závažných poruch z užívání návykových látek. Závažné duševní poruchy, např. psychotické stavy, mají vždy na starost psychiatrická pracoviště, jež by měla být kompetentní k léčbě adiktologických problémů. V současné době jsou tato doporučení naplňována jen zčásti. Situaci mají napravit různé typy koordinačních služeb. Odpovědné orgány se rozhodly pro zavedení nové specializace v oboru léčby závislostí, s níž souvisí tvorba příslušného vzdělávacího systému. Všeobecná zdravotnická zařízení pečují o komorbidní pacienty v rámci jejich běžné pracovní náplně. Pokud tato péče přesáhne jejich kapacitní nebo odborné možnosti, spolupracují s psychiatrickými nebo adiktologickými zařízeními. Stejný systém platí v podstatě pro lůžkové i ambulantní služby. Na úrovni primární zdravotní péče mají komorbidní pacienti právo na tzv. individuální plán péče, jehož účelem je zajištění koordinace mezi jednotlivými typy služeb, často prostřednictvím týmu pracovníků pověřených dohledem nad péčí o konkrétního pacienta. Tyto týmy následně spolupracují s kolegy na úrovni specializované zdravotní péče. V roce 2012 byl vytvořen nový subjekt, norský státní poradní orgán pro otázky komorbidity adiktologických a duševních poruch.

Polsko

Adiktologické služby jsou zajišťovány prostřednictvím sítě lůžkových a ambulantních léčebných zařízení, detoxifikačních oddělení, denních stacionářů, oddělení pro léčbu závislosti v nemocnicích, zařízení pro střednědobou a dlouhodobou odvykací léčbu, protidrogových oddělení věznic a programů následné péče. V oblastech, kde žádné specializované adiktologické služby nepůsobí, je možné se obrátit s žádostí o pomoc na psychologické poradny nebo protialkoholní zařízení. Některá zařízení poskytující odvykací terapii se specializují na léčbu komorbidních stavů. První takové pracoviště zřídilo v roce 1998 Sdružení pro rodinu. Od té doby vzniklo několik takových specializovaných subjektů. Počet center specializujících se na tento typ terapie je však nedostatečný, a to i přes skutečnost, že duální diagnóza je v Polsku relativně málo běžným jevem (její výskyt byl zaznamenán u přibližně 8 % uživatelů drog v léčbě). Zařízení orientovaných na léčbu závislosti u osob s duální diagnózou je málo (dvě nebo tři).

Portugalsko

V Portugalsku je péče o osoby s poruchami z užívání návykových látek vyskytujícími se v kombinaci s psychiatrickými poruchami poskytována v rámci ucelené sítě vzájemně provázaných služeb. Tato síť reguluje nabídku služeb pro osoby se závislostním chováním nebo závislostí, které poskytují státní a soukromé (ať už ziskové nebo neziskové) instituce ve všech oblastech, které s tímto fenoménem souvisejí, tj. zdravotnictví, sociální péče, spravedlnost, policie, školství apod., se zřetelem na občana a jeho komplexní biopsychosociální potřeby, jakož i míru závažnosti jeho závislostního chování, resp. závislosti. Poskytování integrované a průběžné péče koresponduje s medicínským modelem, podle něhož je závislost onemocněním mozku, tj. chronickým a recidivujícím stavem, který často způsobuje souběžnou poruchu biopsychosociální povahy. Péče zajišťovaná prostřednictvím dané sítě je organizována trojstupňově: 1. stupeň (služby primární péče), 2. stupeň (specializovaná péče, hlavně v ambulantní formě), 3. stupeň (diferencovaná péče v rámci spektra poruch z užívání návykových látek, hlavně v rezidenční formě, např. detoxifikační jednotky, léčebná centra, stacionáře nebo specializovaná zdravotní péče o pacienty s psychickými nebo somatickými problémy).

V tomto rámci jsou pacienti trpící poruchami z užívání návykových látek v kombinaci s psychiatrickými poruchami léčeni v souladu s integrovaným modelem péče (aplikované intervence cílí současně na adiktologické i psychiatrické poruchy), a to buď službami druhého stupně (terapeutická pracoviště specializovaná na závislostní chování, případně závislosti), pokud se jedná o psychiatrickou poruchu menší nebo střední závažnosti, nebo službami třetího stupně v případě větší závažnosti souběžné psychiatrické poruchy (předání pacienta specializovaným psychiatrickým službám), v případě nástupu akutní epizody souběžné psychiatrické poruchy menší nebo střední závažnosti (hospitalizace ve státním nebo soukromém zařízení) nebo pokud je pacient indikován k přijetí do rezidenčního programu daného léčebného zařízení.

Rakousko

Adiktologické služby jsou zde poskytovány jak specializovanými centry, tak v rámci všeobecné zdravotní péče (např. psychiatrické léčebny, psychosociální služby a ordinace praktických lékařů). Skýtají řadu možností a mohou pružně reagovat na klientovy terapeutické i sociální potřeby. Léčebné programy jsou nabízeny v modulární formě, v krátkodobých i dlouhodobých

variantách. Léčba se většinou realizuje ambulantně, přičemž většinu ambulantních zařízení tvoří poradny. Ačkoli tato poradenská pracoviště poskytují péči uživatelům legálních i nelegálních drog, existuje několik specializovaných terapeutických a resocializačních zařízení, která slouží téměř výhradně uživatelům nelegálních drog. Do ambulantních psychosociálních intervencí spadají poradenství, terénní práce, psychoterapie a následná péče a resocializační programy. Psychosociální intervence na rezidenční bázi poskytují zařízení zajišťující jak specializovanou, tak všeobecnou péči. Nabízejí krátkodobou i dlouhodobou léčbu, často kombinovanou s lůžkovou detoxifikací. Specifickou cílovou skupinu pro poskytovatele léčebných služeb tvoří imigranti, těhotné ženy, mládež, starší uživatelé a osoby s psychiatrickou komorbiditou. S ohledem na tyto skupiny zaměřují poskytovatelé služeb svou práci na zlepšování přístupu k léčbě a vlastní implementace nabízených programů.

Rumunsko

Systém adiktologické léčby v Rumunsku tvoří tři stupně pomoci a péče. První stupeň představuje hlavní přístupovou cestu k zdravotnímu systému. Na tomto stupni jsou uživatelé drog identifikováni, motivováni a směřováni na specializované pomáhající služby, které zahrnují primární zdravotní péči, sociální péči, programy minimalizace rizik a jednotky akutní péče a jsou zajišťovány státními, soukromými, případně kombinovanými organizacemi nebo NNO. Druhý stupeň obnáší specializované jednotky veřejného zdravotního systému a centra pro prevenci, evaluaci a poradenství. Národní protidrogová agentura poskytuje specializovanou péči a monitoring a zprostředkovává služby třetího stupně, čímž zabezpečuje nezbytnou koordinaci mezi všemi intervenčními úrovněmi. Jedná se o centrální bod celého systému péče. Na třetím stupni se poskytují specifické intervence zaměřené na sociální reintegraci a vysoce specializované služby doplňující služby druhého stupně, které mimo jiné tvoří nemocniční odvykací léčba, rezidenční zařízení nebo terapeutické komunity. Zajišťují je státní, soukromé, případně kombinované organizace nebo NNO.

Řecko

V Řecku se adiktologické služby dělí na několik skupin: abstinenční lůžkové programy, abstinenční ambulantní programy a jednotky substituční léčby. Co se týká speciálních léčebných programů, jeden program rané intervence pro uživatele konopí je součástí jednotky ambulantní abstinenční léčby pro dospívající a k dispozici jsou rovněž dvě specializované jednotky pro uživatelky návykových látek ve výkonu trestu odnětí svobody. Hlavními teoretickými modely, z nichž zde programy adiktologické léčby vychází, jsou farmakologicky asistovaná léčba závislých na opioidech, terapeutické komunity, systémové přístup a psychodynamická teorie. Speciální zařízení určená k léčbě duálních diagnóz jsou k dispozici na dvou jednotkách abstinenčně orientované léčby.

Slovensko

Na Slovensku je adiktologická léčba zajišťována zejména prostřednictvím pěti státních specializovaných center pro léčbu drogových závislostí, ambulantních psychiatrických zařízení, psychiatrických nemocnic a psychiatrických oddělení fakultních nemocnic a všeobecných nemocnic. Charakteristickým rysem slovenských adiktologických služeb je jejich úzké napojení na služby v oblasti péče o duševní zdraví a propojení s léčbou alkoholové závislosti, což umožňuje u uživatelů drog řešit jejich problémy v oblasti duševního zdraví, jakož i problémy související s polyvalentním užíváním návykových látek.

Hlavními poskytovateli všech typů specializované adiktologické léčby jsou centra pro léčbu drogových závislostí, což jsou specializovaná psychiatrická zařízení. Psychiatrické ambulance, jež jsou dostupné na celém území státu, nabízejí ambulantní diagnostické služby, detoxifikaci a dlouhodobou opioidovou substituční léčbu. Rezidenční protidrogovou léčbu zajišťují lůžková oddělení nemocničních zařízení, specializovaná oddělení léčby závislostí psychiatrických nemocnic a centra pro léčbu drogových závislostí.

Slovensko

Ve Slovensku mohou ambulantní léčbu psychiatrické komorbidity u uživatelů návykových látek poskytovat adiktologické služby i služby v oblasti péče o duševní zdraví, jakož i některé služby, jež zajišťují léčbu buď duševních, nebo adiktologických poruch, případně duálních diagnóz. Léčbu psychiatrické komorbidity lůžkovou formou zajišťují adiktologická zařízení nebo zařízení specializující se na léčbu pacientů s duální diagnózou.

Spojené království

Podle Weavera et al. (2003) uvedlo problémové užívání drog nebo škodlivé užívání alkoholu v posledním roce 44 % pacientů komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví. Mezi pacienty terapeutických služeb pro uživatele drog a alkoholu bylo 75 %, resp. 85 %, osob, u nichž se v uplynulém roce vyskytla psychiatrická porucha – u většiny to byly afektivní a úzkostné poruchy.

Mnohé z metodických pokynů, které Národní ústav pro kvalitu zdravotní a sociální péče (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) vydal v souvislosti s užíváním alkoholu, dalších drog a tabákových výrobků a duševními chorobami se věnují problematice komorbidity, přičemž konkrétněji se tímto tématem zabývá jak materiál „Zneužívání drog a drogová závislost: britský metodický pokyn ke klinické péči“ (Department of Health and the devolved administrations, 2007), tak příručka „Průvodce dobrou praxí při léčbě duálních diagnóz“ (Department of Health, 2002). Všeobecně se soudí, že osoby s těmito duálními problémy potřebují kvalitní na pacienta zaměřenou a integrovanou psychiatrickou a adiktologickou léčbu poskytovanou v prostředí, které bude nejlépe vyhovovat jejich potřebám. Tu mohou zajišťovat buď specializované adiktologické služby, nebo služby zaměřené na péči o duševní zdraví, případně je lze kombinovat. Důležité jsou jasně vymezené kompetence a modely sdílené péče.

Tabulka 6.1 uvádí přehled systémů poskytování léčebných služeb pro komorbidní pacienty v evropských zemích. Je zohledněno, zda je léčba poskytována prostřednictvím lůžkových nebo ambulantních zařízení. Ve většině zemí je pacienty s komorbidními duševními a adiktologickými poruchami možné léčit na ambulantních i lůžkových pracovištích, která současně poskytují specializované služby v oboru léčby závislostí i duševních poruch. Služby speciálně zaměřené na léčbu duálních diagnóz na lůžkové bázi existují ve 13 z uvedených zemí, v šesti z nich jsou pak tyto služby k dispozici v ambulantní formě.

Španělsko

Přes rozdíly mezi jednotlivými autonomními územními celky (regiony) působí ve Španělsku „sít' léčebných zařízení pro osoby zneužívající návykové látky“, tvořená

komunitními středisky, specializovanými detoxifikačními jednotkami fungujícími v rámci všeobecných nemocnic a terapeutickými komunitami, a „sítí léčebných zařízení pro osoby s problémy v oblasti duševního zdraví“, která rovněž sestává z komunitních center, lůžkových oddělení akutní péče ve všeobecných a psychiatrických nemocnicích a oddělení odvykací léčby jak v psychiatrických zařízeních, tak v rámci komunitní péče.

Zájem o pacienty s duální diagnózou v posledních letech stoupá, a to zejména v důsledku nárůstu prevalence duálních diagnóz, ale také užívání konopí a kokainu, jež se rozmáhá vedle konzumace alkoholu. Přestože ve Španělsku existují možnosti specializované péče o pacienty s kombinovanou patologií (např. lůžková i ambulantní pracoviště nebo denní stacionáře), probíhají snahy o zavádění integrované léčby na ambulantní bázi, jak v rámci komunitních terapeutických center pro uživatele drog, tak komunitních center zabývajících se léčbou duševních problémů. Výsledky celostátního internetového průzkumu, při němž byli odborníci dotazováni na dostupnost konkrétních možností péče o pacienty s duální patologií, ukázaly, že ačkoli odborníci si jsou vědomi potřeby podmínek pro specifickou léčbu těchto pacientů, možnosti integrované zdravotní péče v této oblasti jsou stále omezené. Odborná veřejnost nicméně podporuje snahy o implementaci integrovaných nástrojů péče o pacienty s duální diagnózou (Szerman et al., 2014).

Švédsko

V celostátních směrnicích pro adiktologickou péči (aktuální znění předběžné verze z roku 2014) švédská Národní rada pro zdraví a sociální péči uvádí, že léčebná péče o osoby s kombinací několika poruch či onemocnění často obnáší činnost více různých orgánů a poskytovatelů léčby. Péče a léčba poskytovaná několika různými subjekty vyžaduje koordinaci, kterou upravuje několik metodik a nařízení (např. SOSFS 2008: 20 nebo metodický pokyn 2012/13: 17). V těchto materiálech se mimo jiné uvádí, že každému s příslušnou indikací bude nabídnut koordinovaný individuální plán opatření, přičemž osoby se souběžným výskytem adiktologických a psychiatrických (případně somatických) stavů jsou skupinou, u níž má koordinace aktivit velkou důležitost. V těchto doporučeních se dále uvádí, že je zapotřebí poskytovat integrovanou léčbu, jež se zaměří na psychiatrické a adiktologické poruchy současně.

Koordinaci opatření je možné organizovat různě, například zařazením adiktologa do psychiatrického týmu (např. tzv. asertivní komunitní léčba) nebo prostřednictvím vzájemné koordinace aktivit jednotlivých služeb (tj. case management).

Turecko

Stávající léčebná zařízení poskytují služby v souladu s nařízením o centrech pro léčbu látkové závislosti vydaným ministerstvem zdravotnictví v roce 2013 v návaznosti na zrušení nařízení z roku 2004. Lůžkové a ambulantní léčebné služby určené k zajišťování detoxifikace a medicínské léčby nabízejí lůžková a ambulantní terapeutická zařízení, jež jsou v souladu s nařízením držiteli příslušného oprávnění. Podle zákona č 5510 o sociálním a všeobecném zdravotním pojištění, mají všichni občané v zemi péči krytou všeobecným zdravotním pojištěním a závislým v ambulantní péči je rovněž poskytována psychiatrická léčba na psychiatrických odděleních poskytovatelů zdravotních služeb.

Tabulka 6-1: Systémy poskytování léčebných služeb pro komorbidní pacienty v evropských zemích: ambulantní a lůžková zařízení

Stát	Ambulantní forma				Lůžková forma					
	Všeobecná zdravotní péče	Adiktologie	Duševní zdraví	Adiktologie + duševní zdraví	Zařízení specializovaná na duální diagnózy	Všeobecná zdravotní péče	Adiktologie	Duševní zdraví	Adiktologie + duševní zdraví	Zařízení specializovaná na duální diagnózy
Belgie	X	X	některá zařízení				X	X		X
Bulharsko	X		X				X	X		
Česká republika			X					X		
Dánsko	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estonsko		X	X				X	X		
Finsko	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Francie	X	X	X				X	X		X
Chorvatsko				X						
Irsko	X	X					X			
Itálie		X	X				X	X		X
Kypr		X	X				X	X		
Litva		X	X				X	X		
Lotyšsko		X						X		
Lucembursko							X			
Maďarsko		X	X				X	X		
Malta		X				X	X	X		X
Německo		X	X			X	X	X		
Nizozemsko		X	X			X	X	X	X	X
Norsko	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Polsko		X	X				X	X		X
Portugalsko		X	X				X	X		
Rakousko	X	X	X	X			X	X	X	
Rumunsko	X	X	X	X			X	X	X	
Řecko		X	X		X			X		
Slovensko		X					X		X	

Stát	Ambulantní forma				Lůžková forma					
	Všeobecná zdravotní péče	Adiktologie	Duševní zdraví	Adiktologie + duševní zdraví	Zařízení specializovaná na duální diagnózy	Všeobecná zdravotní péče	Adiktologie	Duševní zdraví	Adiktologie + duševní zdraví	Zařízení specializovaná na duální diagnózy
Slovensko		X	X	X		X		X		X
Spojené království	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Španělsko		X		X		X	X	X		X
Švédsko	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Turecko			X			X				

Všeobecnou zdravotní péčič se mĩní systēm pēče o nemocnē obecnē (např. ordinace praktickĩch lēkařů, komunitnĩ zdravotnĩ střeďiska, vřeobecnē nemocnice apod.). Adiktologiĩ se mĩní zařĩzení urēenā k lēčbě pacientů s poruchami způsobenými užívánĩm alkoholu nebo nelegálními drogami (např. ambulantnĩ adiktologickā pracoviřtē, detoxifikaēnĩ jednotky, terapeutickē komunity apod.). *Duřevnĩm zdravĩm* se mĩní zařĩzení urēenā k lēčbě duřevnĩch poruch (např. komunitnĩ centra pēče o duřevnĩ zdravĩ, dennĩ stacionāře, psychiatrickā oddělení vřeobecnĩch nebo psychiatrickĩch nemocnic apod.). *Adiktologiĩ + duřevnĩm zdravĩm* se mĩní situace, kdy v nēkterĩch regionech existuje pouze jedna sĩť zařĩzení urēenĩch k lēčbě buď duřevnĩch, nebo adiktologickĩch poruch, atř uř v kombinaci, nebo samostatnē. *Zařĩzenĩmi specializovanĩmi na duální diagnózy* se mĩnĩ pracoviřtē urēenā specificky k lēčbě psychiatrickē komorbidity u pacientů s poruchami z užívánĩ nāvykovĩch lātek.



Kapitola 7

Závěr a doporučení

Závěr

Výskyt komorbidních duševních poruch u osob s poruchami z užívání návykových látek se stále více dostává do centra pozornosti. Význam psychiatrické komorbidity u uživatelů návykových látek souvisí s její vysokou prevalencí (cca 50 %), klinickou a společenskou závažností, obtížnou léčbou a negativním vlivem na další vývoj pacientů s duální diagnózou. Ve srovnání s adiktologickými pacienty bez psychiatrické komorbidity vykazují jedinci s poruchami z užívání návykových látek v kombinaci s jinou psychiatrickou poruchou závažnější klinické a psychosociální stavy a ve větší míře se dopouštějí nezákonného jednání.

Dostupná data týkající se prevalence psychiatrické komorbidity mezi uživateli drog v evropských zemích jsou velmi nesourodá. Uváděné prevalenční hodnoty závisejí na různých faktorech: např. uvažovaných psychoaktivních látkách (v této zprávě se zaměřujeme na nelegální drogy), zkoumaných souborech (obecné, klinické nebo specifické populace), pohlaví pacientů, prostředí, v němž jsou studie realizovány (primární zdravotní péče, psychiatrická nebo adiktologická péče, ambulantní nebo lůžková zařízení apod.), použité definici nebo diagnóze psychiatrické komorbidity a vzorcích drogové epidemiologie v jednotlivých evropských zemích.

Mezi nejčastější psychiatrické komorbidity mezi uživateli návykových látek patří depresivní porucha, úzkostné poruchy (zejména panická a posttraumatická stresová porucha) a poruchy osobnosti (zejména disociální a hraniční). Komorbidní poruchy z užívání návykových látek jsou rovněž časté u osob s psychózami (tj. schizofrenií a bipolární poruchou). Kromě tabáku psychotičtí pacienti nejčastěji užívají či zneužívají alkohol a konopí, v poslední době také kokain. Tato kombinace je spojována se zhoršováním psychotických symptomů, nedodržováním režimu léčby a horšími výsledky. Vzhledem k vysoké prevalenci užívání konopí mezi mladými lidmi v některých evropských státech je předmětem zvýšeného zájmu souvislost mezi schizofrenií a užíváním konopí mezi mladými.

Existenci tohoto typu komorbidity je možné vysvětlit množstvím nevylučných etiologických a neurobiologických hypotéz. Někdy může představovat náchylnost ke dvěma nebo více samostatným stavům. V některých případech je třeba považovat psychiatrickou poruchu za rizikový faktor z hlediska užívání drog a rozvoje komorbidní adiktologické poruchy. V jiných případech může být užívání návykových látek spouštěčem vzniku psychiatrické poruchy způsobem, kdy tato dodatečná porucha má pak samostatný průběh. Přechodná psychiatrická porucha pak může být také vyvolána intoxikací konkrétním typem látky nebo jejím odnětím. V této souvislosti se také hovoří o poruše vyvolané účinkem psychoaktivní látky. Z klinické praxe každopádně vyplývá, že komorbidní poruchy jsou vzájemně interaktivní a cyklické. Pokud tedy psychiatrická komorbidita nebude diagnosticky podchycena a následně nebude aplikována léčba zaměřená jak

na poruchu z užívání návykových látek, tak i na další psychiatrickou poruchu (duální poruchu), lze očekávat špatnou prognózu u psychiatrické i adiktologické poruchy. V souladu s tím je systematické zjišťování dalších duševních poruch mezi uživateli návykových látek důležitým tématem.

K usnadnění tohoto obtížného úkolu jsou určeny nástroje, jejichž prostřednictvím je možné osoby s poruchami z užívání návykových látek vyšetřovat na přítomnost psychiatrických komorbidit. Volba takového posuzovacího nástroje bude záležet na daném kontextu a podmínkách (klinické prostředí, epidemiologie, výzkum apod.), času, který je k provedení diagnostiky k dispozici, a odbornosti personálu. Standardní nástroje určené k orientačnímu vyšetření na poruchy z užívání návykových látek a duševní poruchy je třeba užívat plošně v situacích, kdy aplikaci obsáhlejších typů vyšetření značně komplikuje nedostatek času a odbornosti na straně personálu. Bez tohoto rutinního screeningu mohou případy psychiatrické komorbidity pracovníkům uniknout, když pacienti vyhledají pomoc v nějakém zařízení, které je sice specializované na poruchy z užívání návykových látek, ale které není schopno zajistit dostatečnou odbornost v oblasti speciální péče o duševní zdraví, případně když poruchu z užívání návykových látek léčí praktičtí lékaři. Ačkoli z hlediska přístupu k péči se může jednat o velmi pozitivní prvek, praktičtí lékaři nemusejí být plně obeznámeni s danou psychiatrickou diagnózou nebo diagnózou psychiatrické komorbidity. Je-li zjištěna psychiatrická komorbidita, je třeba zajistit určení finální diagnózy a adekvátní léčbu.

U osob s poruchami z užívání návykových látek má psychiatrická komorbidita celkově nepříznivý dopad na jejich klinický stav, psychosociální fungování a kvalitu života. Osoby s duševními poruchami, které souběžně užívají návykové látky, zase vykazují vyšší riziko relapsu a hospitalizace a také vyšší úmrtnost.

Psychiatrická komorbidita u pacientů s poruchami z užívání návykových látek komplikuje léčbu a zvyšuje riziko chronicity, což u psychiatrických i adiktologických poruch vede k horší prognóze a menší šanci na uzdravu. Přes nezpochybnitelnou důležitost poskytování efektivní léčby pro pacienty s komorbiditou adiktologických a duševních poruch nebylo doposud dosaženo konsenzu ve věci nejvhodnějšího prostředí pro léčbu, ani ve věci nejvhodnějších farmakologických a psychosociálních postupů.

Pro komorbidní pacienty je často obtížné získat přístup k potřebným psychiatrickým a adiktologickým službám a stát se v rámci těchto služeb příjemcem koordinované péče. Hlavními překážkami v léčbě komorbidních adiktologických a duševních poruch je skutečnost, že ve většině evropských zemí fungují sítě služeb v oblasti péče o duševní zdraví a adiktologické péče odděleně a že léčebné služby nedisponují dostatečnou mezioborovou odborností, aby byly schopny léčit oba typy poruch, a dále pojetí léčby, předpisy, jimiž se řídí, a v neposlední řadě také nedostatek finančních prostředků.

Hlavní poznatky

Komorbidita duševních poruch u osob s poruchami z užívání návykových látek představuje významný problém. Ve srovnání s adiktologickými pacienty bez komorbidních psychiatrických poruch vykazují tyto komorbidní pacienti závažnější klinické a psychosociální stavy a ve větší míře se dopouštějí nezákonného jednání.

Dostupná data týkající se prevalence komorbidních duševních poruch mezi osobami s poruchami z užívání návykových látek v evropských zemích jsou velmi nesourodá.

Prevalenční hodnoty komorbidity adiktologických a duševních poruch závisejí na uvažovaných psychoaktivních látkách (v této zprávě se zaměřujeme na nelegální drogy), zkoumaných souborech (obecné, klinické nebo specifické populace), pohlaví probandů, prostředí, v němž jsou studie realizovány (primární zdravotní péče, psychiatrická nebo adiktologická péče, ambulantní nebo lůžková zařízení, apod.), definici/diagnóze psychiatrické komorbidity a vzorcích užívání drog v jednotlivých evropských zemích.

Mezi nejčastější psychiatrické komorbidity mezi osobami s poruchami z užívání návykových látek patří depresivní porucha, úzkostné poruchy (zejména panická a posttraumatická stresová porucha) a poruchy osobnosti (zejména disociální a hraniční).

Přítomnost komorbidních duševních poruch klade zvýšené nároky na léčbu osob s poruchami z užívání návykových látek a současně zvyšuje riziko chronicity, což u psychiatrických i adiktologických poruch vede k horším prognózám a menším šancím na uzdravu.

Přes nezpochybnitelnou důležitost poskytování efektivní léčby pro pacienty s komorbiditou adiktologických a duševních poruch nebylo doposud dosaženo konsenzu ve věci nejhodnější formy léčby, ani ve věci nejhodnějších farmakologických a psychosociálních postupů.

Pro adiktologické pacienty s komorbidními duševními poruchami je často obtížné získat přístup k potřebným psychiatrickým a adiktologickým službám a stát se v rámci těchto služeb příjemcem koordinované péče.

Hlavní překážkou v léčbě komorbidních adiktologických a duševních poruch je skutečnost, že ve většině evropských zemí fungují sítě služeb v oblasti péče o duševní zdraví a adiktologické péče odděleně a že léčebné služby nedisponují dostatečnou mezioborovou odborností, aby byly schopny léčit oba typy poruch, a dále pojetí léčby, předpisy, jimiž se řídí, a v neposlední řadě také nedostatek finančních prostředků.

Doporučení

S ohledem na zátěž, kterou psychiatrické komorbidity představují pro zdravotnictví a justici, a přes existenci výrazných rozdílů v rámci Evropy a neustálé změny situace na drogových trzích i v epidemiologii je důležité tento fenomén u uživatelů drog zkoumat, a to nejen kvůli stanovení jeho rozsahu, ale také v zájmu lepšího zajištění odpovídající léčby. Podchycení a efektivní léčba psychiatrické komorbidity u osob s poruchami z užívání návykových látek představuje jednu z největších výzev, které musejí odpovědní činitelé, odborníci a kliničtí pracovníci působící v drogové oblasti v nadcházejících letech čelit. K dosažení tohoto cíle mohou přispět i mnohá doporučení, která na tomto místě uvádíme.

Rozhodně se doporučuje systematicky identifikovat a léčit komorbiditu adiktologických a duševních poruch za využití validizovaných nástrojů. Volba posuzovacího nástroje bude záležet na daném kontextu (klinické prostředí, epidemiologie, výzkum apod.), času, který je k provedení diagnostiky k dispozici, a odbornosti personálu. Standardní nástroje určené k orientačnímu vyšetření na poruchy z užívání návykových látek a duševní poruchy je třeba užívat plošně v situacích, kdy univerzální aplikaci obsáhlejších typů vyšetření znemožňuje personálu nedostatek času a odbornosti.

Jakmile je duální diagnóza stanovena, příslušný přístup k léčbě komorbidních pacientů, ať už se jedná o farmakoterapii, psychoterapii nebo kombinaci obou, musí brát od chvíle jejich detekce zřetel na obě poruchy, aby bylo možné u každého jedince zvolit tu nejlepší variantu, a optimalizovat tak celkový výsledek. Doporučuje se provádět další studie k zajištění robustnější důkazní základny pro koncipování strategií péče a způsobů farmakologické a psychosociální léčby těchto komorbidních pacientů.

Vzhledem k nedostatečnému zmapování této problematiky v Evropě je dále navrženo několik opatření, která by bylo vhodné ve vztahu k otázce psychiatrické komorbidity u osob s poruchami z užívání návykových látek v rámci EU v budoucnu realizovat:

- ✗ Rozšířit systémy hlášení o adiktologické léčbě v Evropě o položky týkající se konkrétné prevalence a léčby psychiatrické komorbidity.
- ✗ Provést detailnější přehled organizace péče v evropských státech. Z důvodu značné heterogenity dat, která jsou o problematice komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropské unii k dispozici, se rovněž doporučuje provést mezinárodní studii za účasti zemí EU. Na základě vyhodnocování výsledků za využití jednotné metodiky je bude možné mezi sebou porovnávat a dále pracovat na větší harmonizaci posuzování potřeb týkajících se léčby a péče o tyto komorbidní pacienty.
- ✗ Jednoznačně se doporučuje provádět mapování a výzkum možností časných intervencí zaměřených na identifikaci rizikových případů (tj. v rané adolescenci) v zájmu následné aplikace preventivních opatření.

Doporučení

S ohledem na zátěž, kterou psychiatrické komorbidity představují pro zdravotnictví a justici, se u osob s poruchami z užívání návykových látek doporučuje provádět systematickou identifikaci a léčbu komorbidních duševních poruch.

Jednoznačně se doporučuje používat k posuzování komorbidity adiktologických a duševních poruch validizované nástroje.

Volba posuzovacího nástroje bude záležet na daném kontextu (klinické prostředí, epidemiologie, výzkum apod.), času, který je k provedení diagnostiky k dispozici, a odbornosti personálu. Standardní nástroje určené k orientačnímu vyšetření na poruchy z užívání návykových látek a duševní poruchy je třeba užívat plošně v situacích, kdy univerzální aplikaci obsáhlejších typů vyšetření znemožňuje personálu jeho časové vytížení nebo nedostatečná odbornost.

Zvolený přístup k řešení duální diagnózy, ať už se jedná o farmakoterapii, psychotherapii, nebo kombinaci obou, musí brát počínaje prvním kontaktem se systémem péče zřetel na obě poruchy současně, aby bylo možné u každého jedince zvolit tu nejlepší variantu léčby.

Je třeba provést detailnější přehled organizace péče v evropských státech. Z důvodu značné heterogenity dat, která jsou o problematice komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropské unii k dispozici, se rovněž doporučuje provést mezinárodní studii. Na základě vyhodnocování výsledků za využití jednotné metodiky je bude možné mezi sebou porovnávat a dále pracovat na větší harmonizaci posuzování potřeb týkajících se léčby a péče o tyto komorbidní pacienty.

V rámci stávajících evropských systémů hlášení je třeba zavést standardizované nástroje referování o psychiatrické komorbiditě u pacientů s poruchami z užívání návykových látek (např. údaje o prevalenci).

Doporučuje se provádět další studie k zajištění robustnější důkazní základny pro koncipování strategií péče a způsobů farmakologické a psychosociální léčby těchto komorbidních pacientů.

Jednoznačně se doporučuje provádět mapování a výzkum možností časných intervencí zaměřených na identifikaci rizikových případů (tj. v rané adolescenci) v zájmu následné aplikace preventivních opatření.



Glosář

Terminologie EMCDDA

Detoxifikace: lékařsky supervidovaná intervence, jejímž cílem je minimalizovat symptomy odvykacího stavu. Obvykle je kombinována s různými psychosociálními intervencemi v rámci návazné péče. Detoxifikace se poskytuje jak formou hospitalizace, tak v rámci komunitních ambulantních programů.

Adiktologická léčba: léčba sestávající ze všech specifických farmakologických a/nebo psychosociálních technik strukturovaných intervencí zaměřených na abstinenci od nelegálních drog nebo na snížení míry jejich užívání. V protokolu k indikátoru žádostí o léčbu EMCDDA (verze 3.0) (EMCDDA, 2012) se uvádí tato definice: činnost zaměřená přímo na osoby mající problémy s užíváním návykových látek, jež směřuje k naplnění definovaných cílů v oblasti zmírnění a/nebo eliminace těchto problémů, kterou zajišťují zkušení nebo kvalifikovaní odborníci v rámci všeobecně uznávaného způsobu provozování praxe v oboru medicíny, psychologie a sociální péče. Tato činnost je často prováděna ve specializovaných zařízeních pro uživatele drog, ale mohou ji realizovat také pracoviště nabízející běžné zdravotní/psychologické služby lidem s drogovým problémem.

Lůžková léčba: léčba, při níž pacient zůstává v léčebném zařízení přes noc.

Ambulantní léčba: léčba, při níž pacient nezůstává v zařízení přes noc.

Problémové užívání drog: definuje se jako „injekční užívání drog nebo dlouhodobé/pravidelné užívání opioidů, kokainu a/nebo amfetaminů“.

Psychosociální léčba: léčba zahrnující strukturované poradenství, posilování motivace, case management, koordinaci péče, psychoterapii a prevenci relapsu.

Substituční léčba: léčba drogové závislosti podáváním předepsaného substitučního přípravku (agonisty nebo antagonisty), na nějž má daná osoba vytvořenu křížovou závislost a křížovou toleranci, s cílem omezit nebo eliminovat užívání konkrétní návykové látky, zejména pokud se jedná o látku nelegální, případně minimalizovat negativní dopady určitého způsobu aplikace drogy, související zdravotní rizika (např. v důsledku sdílení jehel) a sociální následky.

Léčebné zařízení/centrum: jakékoli pracoviště, které poskytuje léčbu osobám, které mají problémy s drogami. Léčebná zařízení/centra mohou působit v rámci zdravotnických i nezdravotnických, státních i nestátních, veřejných i soukromých a specializovaných i nespécializovaných struktur. Patří mezi ně lůžkové detoxifikační jednotky, ambulance, substituční programy (udržovací i krátkodobé), terapeutické komunity, poradny, nízkoprahové programy, krizová centra, vězeňské programy protidrogové léčby a speciální služby pro uživatele drog v rámci zařízení všeobecné zdravotní a sociální péče (protokol indikátoru žádostí o léčbu, verze 2.0, EMCDDA a Pompidou Group, 2000).

Další zdroje

Terminologie Světové zdravotnické organizace (WHO, 1994)

Více informací viz http://www.who.int/substance_abuse/terminology/en/.



Příloha

Diagnostická kritéria

Poruchy z užívání návykových látek se vyskytují v širokém spektru závažnosti, od lehké po těžkou, přičemž míra závažnosti je dána počtem dohodnutých symptomatických kritérií. V rámci obecného odhadu míry závažnosti se lehká porucha z užívání návykových látek vyznačuje výskytem dvou až tří symptomů, střední čtyřmi až pěti symptomy a závažná šesti a více symptomy. Změny závažnosti v čase se rovněž projevují v poklesu či nárůstu frekvence užívání návykových látek či jejich dávek, což lze hodnotit na základě údajů poskytnutých uživateli samými a dalšími osobami, které jsou schopny relevantní informace poskytnout, a dále na základě klinických pozorování a biologických testů. V souvislosti s poruchami z užívání návykových látek se ještě užívají další výrazy sloužící ke specifikování průběhu a deskriptivních rysů: „v časných remisi“, „ve stabilních remisi“, „na udržovací léčbě“ a v „kontrolovaném prostředí“. Definice každého z těchto termínů je uvedena u příslušného souboru kritérií.

Problémové užívání drog definovala EMCDDA jako „injekční užívání drog nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opioidů, kokainu a/nebo amfetaminů, s výjimkou užívání extáze a konopí“. V reakci na rostoucí problémy v oblasti stimulačních drog, jakož i na rostoucí počty žádostí o léčbu související s konopnými drogami se EMCDDA zabývala možností členění drog podle jejich hlavních typů, jakož i optimálními způsoby odhadů populace problémových uživatelů konopí. Od února 2013 byl termín „problémové užívání drog“ změněn a předefinován na „vysoce rizikové užívání drog“ ve významu „opakovaného užívání drog, jež způsobuje dané osobě reálnou újmu (negativní dopady včetně závislosti, ale také jiných zdravotních, psychických nebo sociálních problémů) anebo danou osobu vystavuje vysoké pravděpodobnosti/riziku takové újmy“ (viz <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>).

Diagnostická kritéria podle 10. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí

Škodlivé užívání psychoaktivní látky: vzorec užívání psychoaktivní látky vedoucí k poškození zdraví. Toto poškození může být somatické nebo psychické a dochází k němu při absenci diagnózy syndromu závislosti.

Syndrom závislosti: soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.

Kritéria (tři a více z následujících projevů zaznamenaných během posledního roku):

1. silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
2. potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky, jež jsou zřejmé z toho, že látka je často užívána ve větším množství a častěji než bylo původně zamýšleno, případně z přetrvávající touhy či neúspěšné snahy užívání drog omezit nebo nad ním získat kontrolu;
3. somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána v menším množství nebo vysazena, o čemž svědčí odvykací syndrom charakteristický pro tu kterou látku nebo užívání těže (nebo příbuzné) látky s úmyslem zmírnit nebo eliminovat příznaky odvykacího stavu;
4. tolerance k účinku látky projevující se potřebou výrazně vyšších dávek látky k dosažení intoxikace nebo požadovaného účinku původně vyvolaného nižšími dávkami anebo markantně sníženým účinkem při pokračujícím užívání stejných dávek látky;
5. postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a stále větší množství času věnované získání nebo užívání látky, případně zotavení se z jejího účinku;
6. pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků.

Diagnostická kritéria podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, ve znění textové revize čtvrtého vydání

Abúzus psychoaktivní látky: splnění jednoho nebo více kritérií v průběhu období jednoho roku; příznaky nesmí nikdy splňovat kritéria závislosti:

1. neschopnost plnit základní povinnosti v práci, ve škole nebo v domácnosti (např. opakovaná absence nebo špatný pracovní výkon) v důsledku užívání psychoaktivní látky, absence související s užíváním látky, propuštění z práce nebo vyloučení ze školy, zanedbávání dětí nebo domácnosti;
2. časté užívání psychoaktivní látky v situacích, při nichž je to fyzicky nebezpečné (např. řízení automobilu nebo obsluha stroje pod vlivem psychoaktivní látky);
3. časté problémy se zákonem (např. zatčení, výtržnictví apod.) v důsledku užívání psychoaktivní látky;
4. ustavičné užívání navzdory přetrvávajícím nebo opakujícím se sociálním nebo interpersonálním problémům (např. partnerské hádky kvůli následkům intoxikace, fyzické střety apod.).

Látková závislost: splnění tří nebo více kritérií v průběhu období jednoho roku:

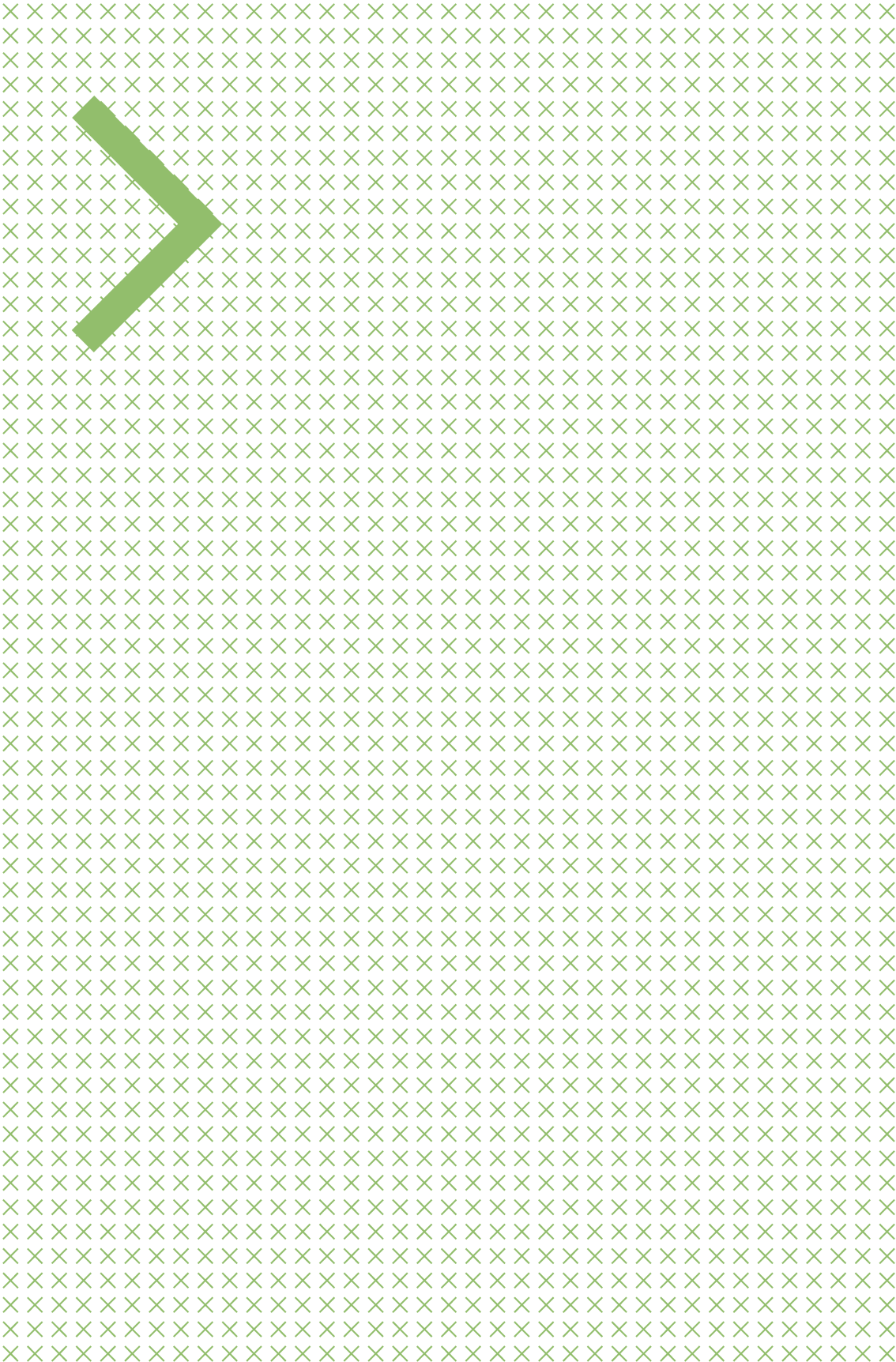
1. tolerance definovaná jako znatelné zvyšování množství látky za účelem dosažení intoxikace nebo žádoucího účinku nebo znatelně snížený účinek při trvalém užívání stejného množství látky;
2. odvykácí příznaky nebo užívání určitých látek k odvrácení odvykácích příznaků;
3. užívání psychoaktivní látky ve větším množství nebo po delší časové období, než bylo původně zamýšleno;
4. přetrvávající touha nebo neúspěšné snahy užívání látky omezit nebo je dostat pod kontrolu;
5. trávení velkého množství času činnostmi nutnými k získání psychoaktivní látky, jejím užíváním nebo zotavováním se z následků jejích účinků;
6. omezení či eliminace sociálních, pracovních nebo rekreačních aktivit v důsledku užívání psychoaktivní látky;
7. užívání psychoaktivní látky navzdory přetrvávajícím nebo opakovaným somatickým nebo psychickým problémům, které jsou pravděpodobně způsobovány nebo zhoršovány užíváním látky.

Diagnostická kritéria podle pátého vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch

Porucha z užívání psychoaktivních látek: konceptualizace klasifikace poruch z užívání psychoaktivních látek podle DSM-5 obnáší posun z tradičního kategorického přístupu k přístupu dimenzionálnímu. Změny zavedené DSM-5 zahrnují zredukování čtyř kritérií pro abúzus a sedmi pro závislost z DSM-IV do jediné unifikované kategorie poruch z užívání psychoaktivních látek s odstupňovanou klinickou závažností, přičemž diagnózu zakládá splnění dvou kritérií. Konkrétně bude nová kategorie poruch z užívání psychoaktivních látek zahrnovat dvě úrovně závažnosti vycházející z celkového počtu pozitivních kritérií: lehká (dvě nebo tři pozitivní kritéria) a těžká (čtyři a více pozitivních kritérií). Změnou je rovněž odstranění kritéria problémů se zákonem (třetí kritérium abúzu v DSM-IV) a doplnění kritéria týkajícího se bažení (cravingu) a kompulzivního užívání:

1. Daná osoba užívá psychoaktivní látku ve větším množství nebo po delší časové období, než bylo původně zamýšleno.
2. Daná osoba projevuje přetrvávající touhu užívání psychoaktivní látky omezit nebo je regulovat a uvádí opakované neúspěšné snahy s užíváním přestat nebo snížit jeho míru.
3. Daná osoba tráví značné množství času činnostmi spojenými se získáváním psychoaktivní látky, jejím užíváním nebo zotavováním se z následků jejích účinků.

- 4.** Bažení (craving) se projevuje intenzivní touhou či nutkáním po droze, jež se může vyskytnout kdykoli, avšak pravděpodobnější je v prostředí, kde již byla droga v minulosti získána nebo užita.
- 5.** Opakované užívání psychoaktivní látky znemožňuje dané osobě plnit důležité povinnosti v práci, ve škole nebo v domácnosti.
- 6.** Daná osoba pokračuje v užívání psychoaktivní látky navzdory přetrvávajícím nebo opakujícím se sociálním nebo interpersonálním problémům způsobovaným nebo zhoršovaným účinky této látky.
- 7.** V důsledku užívání psychoaktivní látky dochází k postupnému zanedbávání důležitých sociálních, pracovních nebo rekreačních aktivit.
- 8.** K užívání psychoaktivní látky dochází opakovaně v situacích, při nichž je to fyzicky nebezpečné.
- 9.** Daná osoba pokračuje v užívání psychoaktivní látky i přes vědomí přetrvávajících nebo opakovaných somatických nebo psychických problémů, které jsou pravděpodobně způsobovány nebo zhoršovány užíváním látky.
- 10.** Toleranci signalizuje potřeba znatelně vyšších dávek látky za účelem dosažení žádoucího účinku nebo znatelně snížený účinek při užití obvyklé dávky.
- 11.** Odvykací stav je syndrom objevující se při poklesu koncentrace psychoaktivní látky v krvi nebo tkáních osoby, která tuto látku užívala dlouhodobě intenzivním způsobem.



Bibliografie

- Abram, K. M. and Teplin, L. A. (1991), 'Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees. Implications for public policy', *The American Psychologist* 46(10), 1036-45.
- Adamson, S. J. and Sellman, J. D. (2003), 'A prototype screening instrument for cannabis use disorder: The Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample', *Drug and Alcohol Review* 22(3), 309-15.
- Aharonovich, E., Garawi, F., Bisaga, A., Brooks, D., Raby, W. N., Rubin, E., Nunes, E. V. and Levin, F. R. (2006), 'Concurrent cannabis use during treatment for comorbid ADHD and cocaine dependence: effects on outcome', *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 32(4), 629-35.
- Aichhorn, W., Santeler, S., Stelzig-Scholer, R., Kemmler, G., Steinmayr-Gensluckner, M. and Hinterhuber, H. (2008), '[Prevalence of psychiatric disorders among homeless adolescents]', *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie Und Rehabilitation* 22(3), 180-88.
- Alexander, M. J., Haugland, G., Lin, S. P., Bertollo, D. N. and McCorry, F. A. (2008), 'Mental health screening in addiction, corrections and social service settings: Validating the MMS', *International Journal of Mental Health and Addiction* 6(1), 105-19.
- APA (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition*, American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- APA (1987), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised third edition*, American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- APA (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition*, American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- APA (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*, American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- APA (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*, American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- Araos, P., Vergara-Moragues, E., Pedraz, M., Pavón, F. J., Campos Cloute, R., et al. (2014), '[Psychopathological comorbidity in cocaine users in outpatient treatment]', *Adicciones* 26(1), 15-26.
- Arendt, M., Sher, L., Fjorback, L., Brandholdt, J. and Munk-Jorgensen, P. (2007), 'Parental alcoholism predicts suicidal behavior in adolescents and young adults with cannabis dependence', *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 19(1), 67-77.
- Arendt, M., Munk-Jorgensen, P., Sher, L. and Jensen, S. O. W. (2011), 'Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment', *Drug and Alcohol Dependence* 114(2-3), 134-39.

- Astals, M., Domingo-Salvany, A., Buenaventura, C. C., Tato, J., Vazquez, J. M., Martín-Santos, R. and Torrens, M. (2008), 'Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment', *Substance Use & Misuse* 43(5), 612-32.
- Astals, M., Díaz, L., Domingo-Salvany, A., Martín-Santos, R., Bulbena, A. and Torrens, M. (2009), 'Impact of co-occurring psychiatric disorders on retention in a methadone maintenance program: an 18-month follow-up study', *International Journal of Environmental Research and Public Health* 6(11), 2822-32.
- Australian Institute of Health and Welfare (2005), *National comorbidity initiative: A review of data collections relating to people with coexisting substance use and mental health disorders*, AIHW Cat. No. PHE 60. (Drug Statistics Series No. 14). Canberra: AIHW.
- Baldacchino, A. (2007), 'Co-morbid substance misuse and mental health problems: policy and practice in Scotland', *The American Journal on Addictions* 16(3), 147-59.
- Baldacchino, A. and Corkery, J. (editors) (2006), *Comorbidity: perspectives across Europe*, European Collaborating Centres in Addiction Studies, London.
- Baldacchino, A., Blair, H., Scherbaum, N., Grosse-Vehne, E., Riglietta, M., et al. (2009), 'Drugs and psychosis project: a multi-centre European study on comorbidity', *Drug and Alcohol Review* 28(4), 379-89.
- Ball, S. A., Rounsaville, B. J., Tennen, H. and Kranzler, H. R. (2001), 'Reliability of personality disorder symptoms and personality traits in substance-dependent inpatients', *Journal of Abnormal Psychology* 110(2), 341-52.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. and Fletcher, K. (2003), 'Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study', *Pediatrics* 111(1), 97-109.
- Barkus, E. and Murray, R. M. (2010), 'Substance use in adolescence and psychosis: clarifying the relationship', *Annual Review of Clinical Psychology* 6, 365-89.
- Barnett, J. H., Werners, U., Secher, S. M., Hill, K. E., Brazil, R., et al. (2007), 'Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis', *British Journal of Psychiatry* 190, 515-20.
- Batalla, A., Garcia-Rizo, C., Castellví, P., Fernandez-Egea, E., Yücel, M., et al. (2013), 'Screening for substance use disorders in first-episode psychosis: Implications for readmission', *Schizophrenia Research* 146(1-3), 125-31.
- Beijer, U., Andréasson, A., Agren, G. and Fugelstad, A. (2007), 'Mortality, mental disorders and addiction: a 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm', *Nordic Journal of Psychiatry* 61(5), 363-68.
- Benjamin, A. B., Mossman, D., Graves, N. S. and Sanders, R. D. (2006), 'Tests of a symptom checklist to screen for comorbid psychiatric disorders in alcoholism', *Comprehensive Psychiatry* 47(3), 227-33.
- Berkson, J. (1946), 'Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data', *Biometrics* 2(3), 47-53.

- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T. and Schlyter, F. (2005), 'Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample', *European Addiction Research* 11(1), 22-31.
- Bernacer, J., Corlett, P. R., Ramachandra, P., McFarlane, B., Turner, D. C., et al. (2013), 'Methamphetamine-induced disruption of frontostriatal reward learning signals: relation to psychotic symptoms', *American Journal of Psychiatry* 170(11), 1326-34.
- Bizzarri, J. V., Rucci, P., Sbrana, A., Miniati, M., Raimondi, F., et al. (2009), 'Substance use in severe mental illness: self-medication and vulnerability factors', *Psychiatry Research* 165(1-2), 88-95.
- Błachut, M., Badura-Brzoza, K., Jarzab, M., Gorczyca, P. and Hese, R. T. (2013), '[Dual diagnosis in psychoactive substance abusing or dependent persons]', *Psychiatria Polska* 47(2), 335-52.
- Blanco, C., Alegría, A. A., Liu, S.-M., Secades-Villa, R., Sugaya, L., Davies, C. and Nunes, E. V. (2012), 'Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorders and substance-induced depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions', *The Journal of Clinical Psychiatry* 73(6), 865-73.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J. and Sanathara, V. A. (2006), 'Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders', *Psychosomatic Medicine* 68(3), 454-62.
- Boden, M. T. and Moos, R. (2009), 'Dually diagnosed patients' responses to substance use disorder treatment', *Journal of Substance Abuse Treatment* 37(4), 335-45.
- Booth, B. M., Walton, M. A., Barry, K. L., Cunningham, R. M., Chermack, S. T. and Blow, F. C. (2011), 'Substance use depression and mental health functioning in patients seeking acute medical care in an inner-city ED', *Journal of Behavioral Health Services and Research* 38(3), 358-72.
- Brady, K. T. and Sinha, R. (2005), 'Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress', *American Journal of Psychiatry* 162(8), 1483-93.
- Brady, K. T. and Verduin, M. L. (2005), 'Pharmacotherapy of comorbid mood, anxiety, and substance use disorders', *Substance Use & Misuse* 40(13-14), 2021-41, 2043-48.
- Brand, E. F. J. M., Lucker, T. P. C. and van den Hurk, A. A. (2009), '[Addiction and recidivism in forensic psychiatry]', *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 51(11), 813-20.
- Broadhead, W. E., Leon, A. C., Weissman, M. M., Barrett, J. E., Blacklow, R. S., et al. (1995), 'Development and validation of the SDDS-PC screen for multiple mental disorders in primary care', *Archives of Family Medicine* 4(3), 211-19.
- Burnam, M. A. and Watkins, K. E. (2006), 'Substance abuse with mental disorders: specialized public systems and integrated care', *Health Affairs* 25(3), 648-58.
- Carey, M. P., Carey, K. B., Maisto, S. A., Gordon, C. M. and Venable, P. A. (2001), 'Prevalence and correlates of sexual activity and HIV-related risk behavior among psychiatric outpatients', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(5), 846-50.

- Carra, G. and Johnson, S. (2009), 'Variations in rates of comorbid substance use in psychosis between mental health settings and geographical areas in the UK. A systematic review', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 44(6), 429-47.
- Carra, G., Johnson, S., Bebbington, P., Angermeyer, M. C., Heider, D., Brugha, T., Azorin, J. M. and Toumi, M. (2012), 'The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC)', *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262(7), 607-16.
- Carroll, J. F. X. and McGinley, J. J. (2001), 'A screening form for identifying mental health problems in alcohol/other drug dependent persons', *Alcoholism Treatment Quarterly* 19(4), 33-47.
- Casadio, P., Olivoni, D., Ferrari, B., Pintori, C., Speranza, E., et al. (2014), 'Personality disorders in addiction outpatients: prevalence and effects on psychosocial functioning', *Substance Abuse: Research and Treatment* 8, 17-24.
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Bobes-Bascarán, M. T., Secades, R., Martínez-Cordero, A. and Bobes, J. (2011), '[Need for the assessment of dual diagnosis in prisons]', *Adicciones* 23(1), 37-44.
- Caton, C. L. M., Shrout, P. E., Eagle, P. F., Opler, L. A., Felix, A. and Dominguez, B. (1994), 'Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study', *American Journal of Public Health* 84(2), 265-70.
- Clark, C. and Young, M. S. (2009), 'Outcomes of mandated treatment for women with histories of abuse and co-occurring disorders', *Journal of Substance Abuse Treatment* 37(4), 346-52.
- Colins, O., Vermeiren, R., Vahl, P., Markus, M., Broekaert, E. and Doreleijers, T. (2011), 'Psychiatric disorder in detained male adolescents as risk factor for serious recidivism', *Canadian Journal of Psychiatry* 56(1), 44-50.
- Combaluzier, S., Gouvernet, B. and Bernoussi, A. (2009), '[Impact of personality disorders in a sample of 212 homeless drug users]', *L'Encéphale* 35(5), 448-53.
- Conner, K. R. (2011), 'Clarifying the relationship between alcohol and depression', *Addiction* 106(5), 915-16.
- Corte, C. and Stein, K. F. (2000), 'Eating disorders and substance use. An examination of behavioral associations', *Eating Behaviors* 1(2), 173-89.
- Coscas, S., Benyamina, A., Reynaud, M. and Karila, L. (2013), '[Psychiatric complications of cannabis use]', *La Revue Du Praticien* 63(10), 1426-28.
- Craig, T. K. J., Johnson, S., McCrone, P., Afuwape, S., Hughes, E., et al. (2008), 'Integrated care for co-occurring disorders: psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months', *Psychiatric Services* 59(3), 276-82.
- Cuenca-Royo, A. M., Sánchez-Niubó, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M. and Domingo-Salvany, A. (2012), 'Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users', *Addictive Behaviors* 37(6), 709-15.
- Cuenca-Royo, A. M., Torrens, M., Sánchez-Niubó, A., Suelves, J. M. and Domingo-Salvany, A. (2013), 'Psychiatric morbidity among young-adults cannabis users', *Adicciones* 25(1), 45-53.

- Cuffel, B. J., Shumway, M., Chouljian, T. L. and MacDonald, T. (1994), 'A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia', *The Journal of Nervous and Mental Disease* 182(12), 704-8.
- Curran, G. M., Sullivan, G., Williams, K., Han, X., Allee, E. and Kotrla, K. J. (2008), 'The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study', *BMC Emergency Medicine* 8, 17.
- Curran, H. V. and Robjant, K. (2006), 'Eating attitudes, weight concerns and beliefs about drug effects in women who use ecstasy', *Journal of Psychopharmacology* 20(3), 425-31.
- De Beurs, E., Beekman, A., Geerlings, S., Deeg, D., Van Dyck, R. and Van Tilburg, W. (2001), 'On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events', *British Journal of Psychiatry* 179, 426-31.
- De Wilde, J., Broekaert, E., Rosseel, Y., Delespaul, P. and Soyez, V. (2007), 'The role of gender differences and other client characteristics in the prevalence of DSM-IV affective disorders among a European therapeutic community population', *The Psychiatric Quarterly* 78(1), 39-51.
- Delgadillo, J., Payne, S., Gilbody, S., Godfrey, C., Gore, S., Jessop, D. and Dale, V. (2011), 'How reliable is depression screening in alcohol and drug users? A validation of brief and ultra-brief questionnaires', *Journal of Affective Disorders* 134(1-3), 266-71.
- Dell'osso, L. and Pini, S. (2012), 'What did we learn from research on comorbidity in psychiatry? Advantages and limitations in the forthcoming DSM-V era', *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 8, 180-84.
- DeLorenze, G. N., Tsai, A.-L., Horberg, M. A. and Quesenberry, C. P. (2014), 'Cost of care for HIV-infected patients with co-occurring substance use disorder or psychiatric disease: report from a large, integrated health plan', *AIDS Research and Treatment* doi:10.1155/2014/570546.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., et al. (2004), 'Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys', *JAMA* 291(21), 2581-90.
- Department of Health (2002), *Mental health policy implementation guide: Dual diagnosis goodpractice guide*, Department of Health, London.
- Department of Health and the devolved administrations (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management*, Department of Health and the devolved administrations, London (k dispozici na http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf).
- Derogatis, L. R. and Melisaratos, N. (1983), 'The Brief Symptom Inventory: an introductory report', *Psychological Medicine* 13(3), 595-605.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. and Covi, L. (1973), 'SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report', *Psychopharmacology Bulletin* 9(1), 13-28.

- Di Furia, L., Pizza, M., Rampazzo, L. and Corti, A. (2006), 'The Italian experience: (B) Comorbidity in Padua', in *Co-morbidity: Perspectives across Europe* edited by J. Corkery and A. Baldacchino, European Collaborating Centres on Addiction Studies (ECCAS), London, 186-97.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., Bond, G. R. (1998), 'Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders', *Schizophrenia Bulletin* 24(4), 589-608.
- Drake, R. E., Goldman, H. H., Leff, H. S., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K. T. and Torrey, W. C. (2001), 'Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings', *Psychiatric Services* 52(2), 179-82.
- Drake, R. E., Wallach, M. A. and McGovern, M. P. (2005), 'Future directions in preventing relapse to substance abuse among clients with severe mental illnesses', *Psychiatric Services* 56(10), 1297-1302.
- Durvasula, R. and Miller, T. R. (2014), 'Substance abuse treatment in persons with HIV/AIDS: challenges in managing triple diagnosis', *Behavioral Medicine* 40(2), 43-52.
- Einarsson, E., Sigurdsson, J. F., Gudjonsson, G. H., Newton, A. K. and Bragason, O. O. (2009), 'Screening for attention-deficit hyperactivity disorder and co-morbid mental disorders among prison inmates', *Nordic Journal of Psychiatry* 63(5), 361-67.
- Elonheimo, H., Niemelä, S., Parkkola, K., Multimäki, P., Helenius, H., Nuutila, A. M. and Sourander, A. (2007), 'Police-registered offenses and psychiatric disorders among young males: the Finnish "from a boy to a man" birth cohort study', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42(6), 477-84.
- EMCDDA and Pompidou Group (2000), *Treatment demand indicator, standard protocol 2.0*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html>).
- EMCDDA (2004), 'Co-morbidity', in Annual Report 2004: *The state of the drugs problem in the European Union and Norway*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 94-102 (k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34901EN.html>).
- EMCDDA (2012), *Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries*, Publications Office of the European Union, Luxembourg (k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/tdi-protocol-3.0>).
- EMCDDA (2013a), *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data*, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg (k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/co-morbidity>).
- EMCDDA (2013b), *Models of addiction*, Publications Office of the European Union, Luxembourg (k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/models-addiction>).
- EMCDDA (2015), *The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe* (<http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/benzodiazepines>), zobrazeno 7. srpna 2015.

- Enatescu, V. R. and Dehelean, L. (2006), 'Psychiatric comorbidity in patients with substance misuse in Romania', in *Co-morbidity: Perspectives across Europe* edited by J. Corkery and A. Baldacchino, European Collaborating Centres on Addiction Studies (ECCAS), London, 221-34.
- Endicott, J. and Spitzer, R. L. (1978), 'A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia', *Archives of General Psychiatry* 35(7), 837-44.
- Evans, E. A. and Sullivan, M. A. (2014), 'Abuse and misuse of antidepressants', *Substance Abuse and Rehabilitation* 5, 107-20.
- Farrell, M. (2001), 'Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey', *The British Journal of Psychiatry* 179(5), 432-37.
- Fatséas, M., Denis, C., Lavie, E. and Auriacombe, M. (2010), 'Relationship between anxiety disorders and opiate dependence. A systematic review of the literature. Implications for diagnosis and treatment', *Journal of Substance Abuse Treatment* 38(3), 220-30.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. and Munoz, R. (1972), 'Diagnostic criteria for use in psychiatric research', *Archives of General Psychiatry* 26(1), 57-63.
- Feinstein, A. R. (1970), 'The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease', *Journal of Chronic Diseases* 23(7), 455-68.
- Fiorentini, A., Volonteri, L. S., Dragogna, F., Rovera, C., Maffini, M., Mauri, M. C. and Altamura, C. A. (2011), 'Substance-induced psychoses: a critical review of the literature', *Current Drug Abuse Reviews* 4(4), 228-40.
- First, M. B. (1997), *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II*, American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- Fischer, S. and Le Grange, D. (2007), 'Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 40(8), 751-53.
- Flynn, P. M. and Brown, B. S. (2008), 'Co-occurring disorders in substance abuse treatment: issues and prospects', *Journal of Substance Abuse Treatment* 34(1), 36-47.
- Franko, D. L., Dorer, D. J., Keel, P. K., Jackson, S., Manzo, M. P. and Herzog, D. B. (2005), 'How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other?', *The International Journal of Eating Disorders* 38(3), 200-207.
- Funk, S. (2013), '[Pharmacological treatment in alcohol-, drug- and benzodiazepine-dependent patients: the significance of trazodone]', *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 15(2), 85-93.
- Goldberg, D. (1978), *Manual of the general health questionnaire*, National Foundation for Educational Research, Windsor.
- Goldberg, D. (1986), 'Use of the general health questionnaire in clinical work', *British Medical Journal (Clinical Research Ed)* 293(6556), 1188-89.
- Grant, B. F., Harford, T. C., Dawson, D. A., Chou, P. S. and Pickering, R. P. (1995), 'The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample', *Drug and Alcohol Dependence* 39(1), 37-44.

- Grant, B. F., Dawson, D. A. and Hasin, D. S. (2001), *The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule DSM-IV version*, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD
- Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, P. S., Kay, W. and Pickering, R. (2003), 'The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample', *Drug and Alcohol Dependence* 71(1), 7-16.
- Green, A. I. (2005), 'Schizophrenia and comorbid substance use disorder: effects of antipsychotics', *The Journal of Clinical Psychiatry* 66 Suppl 6, 21-26.
- Green, A. I. (2006), 'Treatment of schizophrenia and comorbid substance abuse: pharmacologic approaches', *The Journal of Clinical Psychiatry* 67 Suppl 7, 31-35; quiz 36-37.
- Green, A. I. and Brown, E. S. (2006), 'Comorbid schizophrenia and substance abuse', *The Journal of Clinical Psychiatry* 67(9), e08.
- Green, A. I., Noordsy, D. L., Brunette, M. F. and O'Keefe, C. (2008), 'Substance abuse and schizophrenia: pharmacotherapeutic intervention', *Journal of Substance Abuse Treatment* 34(1), 61-71.
- Greenberg, G. A. and Rosenheck, R. A. (2014), 'Psychiatric correlates of past incarceration in the national co-morbidity study replication', *Criminal Behaviour and Mental Health* 24(1), 18-35.
- Gregg, L., Barrowclough, C. and Haddock, G. (2007), 'Reasons for increased substance use in psychosis', *Clinical Psychology Review* 27(4), 494-510.
- Gregorowski, C., Seedat, S. and Jordaan, G. P. (2013), 'A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders', *BMC Psychiatry* 13, 289.
- Gual, A. (2007), 'Dual diagnosis in Spain', *Drug and Alcohol Review* 26(1), 65-71.
- Halmoy, A., Fasmer, O. B., Gillberg, C. and Haavik, J. (2009), 'Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients', *Journal of Attention Disorders* 13(2), 175-87.
- Harrison, I., Joyce, E. M., Mutsatsa, S. H., Hutton, S. B., Huddy, V., Kapasi, M. and Barnes, T. R. E. (2008), 'Naturalistic follow-up of co-morbid substance use in schizophrenia: the West London first-episode study', *Psychological Medicine* 38(1), 79-88.
- Harsch, S., Bergk, J. E., Steinert, T., Keller, F. and Jockusch, U. (2006), 'Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison', *International Journal of Law and Psychiatry* 29(5), 443-49.
- Hasin, D. S., Trautman, K. D., Miele, G. M., Samet, S., Smith, M. and Endicott, J. (1996), 'Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers', *The American Journal of Psychiatry* 153(9), 1195-1201.

- Hasin, D., Carpenter, K. M., McCloud, S., Smith, M. and Grant, B. F. (1997), 'The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a clinical sample', *Drug and Alcohol Dependence* 44(2-3), 133-41.
- Hasin, D. S., Samet, S., Meydan, J., Miele, G. and Endicott, J. (2001), *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV)*, version 6.0.
- Hasin, D. S. and Grant, B. F. (2004), 'The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on heterogeneity that differ by population subgroup', *Archives of General Psychiatry* 61(9), 891-96.
- Hasin, D., Samet, S., Nunes, E., Meydan, J., Matseoane, K. and Waxman, R. (2006), 'Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV', *The American Journal of Psychiatry* 163(4), 689-96.
- Haug, N. A., Heinberg, L. J. and Guarda, A. S. (2001), 'Cigarette smoking and its relationship to other substance use among eating disordered inpatients', *Eating and Weight Disorders : EWD* 6(3), 130-39.
- Havens, J. R., Ompad, D. C., Latkin, C. A., Fuller, C. M., Arria, A. M., Vlahov, D. and Strathdee, S. A. (2005), 'Suicidal ideation among African-American non-injection drug users', *Ethnicity & Disease* 15(1), 110-15.
- Haver, B. (1997), 'Screening for psychiatric comorbidity among female alcoholics: the use of a questionnaire (SCL-90) among women early in their treatment programme', *Alcohol and Alcoholism* 32(6), 725-30.
- Haw, C. M. and Hawton, K. (2011), 'Problem drug use, drug misuse and deliberate self-harm: trends and patient characteristics, with a focus on young people, Oxford, 1993-2006', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46(2), 85-93.
- Helzer, J. E. (1981), 'The use of a structured diagnostic interview for routine psychiatric evaluations', *Journal Nervous & Mental Disease* 169(1), 45-9.
- Helzer, J. E. and Canino, G. J. (editors) (1992), *Alcoholism in North America, Europe, and Asia*, Oxford University Press, Oxford.
- Hermle, L., Szlak-Rubin, R., Täschner, K. L., Peukert, P. and Batra, A. (2013), '[Substance use associated disorders: frequency in patients with schizophrenic and affective psychoses]', *Der Nervenarzt* 84(3), 315-25.
- Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M. and Brugal, M. T. (2008), 'Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders', *Addiction* 103(2), 284-93.
- Herzog, D. B., Franko, D. L., Dorer, D. J., Keel, P. K., Jackson, S. and Manzo, M. P. (2006), 'Drug abuse in women with eating disorders', *The International Journal of Eating Disorders* 39(5), 364-68.
- Hesse, M. (2009), 'Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature', *BMC Psychiatry* 9, 6.
- Huntley, Z., Maltezos, S., Williams, C., Morinan, A., Hammon, A., et al. (2012), 'Rates of undiagnosed attention deficit hyperactivity disorder in London drug and alcohol detoxification units', *BMC Psychiatry* 12, 223.

- Charzynska, K., Hyldager, E., Baldacchino, A., Greacen, T., Henderson, Z., et al. (2011), 'Comorbidity patterns in dual diagnosis across seven European sites', *The European Journal of Psychiatry* 25(4), 179-91.
- Ilomäki, R., Riala, K., Hakko, H., Lappalainen, J., Ollinen, T., Räsänen, P. and Timonen, M. (2008), 'Temporal association of onset of daily smoking with adolescent substance use and psychiatric morbidity', *European Psychiatry* 23(2), 85-91.
- Janca, A., Ustün, T. B. and Sartorius, N. (1994), 'New versions of World Health Organization instruments for the assessment of mental disorders', *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90(2), 73-83.
- Jaworski, F., Dubertret, C., Ades, J. and Gorwood, P. (2011), 'Presence of co-morbid substance use disorder in bipolar patients worsens their social functioning to the level observed in patients with schizophrenia', *Psychiatry Research* 185(1-2), 129-34.
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., et al. (2014), 'Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders', *BMC Psychiatry* 14 Suppl 1, S1.
- Kelly, T. M. and Daley, D. C. (2013), 'Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders', *Social Work in Public Health* 28(3-4), 388-406.
- Kelly, T. M., Daley, D. C. and Douaihy, A. B. (2012), 'Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders', *Addictive Behaviors* 37(1), 11-24.
- Khalsa, J. H., Treisman, G., McCance-Katz, E. and Tedaldi, E. (2008), 'Medical consequences of drug abuse and co-occurring infections: research at the National Institute on Drug Abuse', *Substance Abuse* 29(3), 5-16.
- Khantzian, E. J. (1985), 'The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence', *The American Journal of Psychiatry* 142(11), 1259-64.
- King, V. L., Kidorf, M. S., Stoller, K. B. and Brooner, R. K. (2000), 'Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment', *Journal of Addictive Diseases* 19(4), 65-83.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K. and Chang, G. (2002), 'Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients', *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 156(6), 607-14.
- Kollins, S. H. (2008), 'A qualitative review of issues arising in the use of psycho-stimulant medications in patients with ADHD and co-morbid substance use disorders', *Current Medical Research and Opinion* 24(5), 1345-57.
- Krausz, R. M., Clarkson, A. F., Strehlau, V., Torchalla, I., Li, K. and Schuetz, C. G. (2013), 'Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48(8), 1235-43.
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., et al. (2008), 'Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: a European multicenter study', *Drug and Alcohol Dependence* 97(1-2), 169-79.
- Lacey, J. H. and Evans, C. D. (1986), 'The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder', *British Journal of Addiction* 81(5), 641-49.

- Lambert, M. T., LePage, J. P. and Schmitt, A. L. (2003), 'Five-year outcomes following psychiatric consultation to a tertiary care emergency room', *The American Journal of Psychiatry* 160(7), 1350-53.
- Langas, A.-M., Malt, U. F. and Opjordsmoen, S. (2011), 'Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area – a clinical study', *BMC Psychiatry* 11, 25.
- Langas, A.-M., Malt, U. F. and Opjordsmoen, S. (2012a), 'In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders', *BMC Psychiatry* 12, 180.
- Langas, A.-M., Malt, U. F. and Opjordsmoen, S. (2012b), 'Substance use disorders and comorbid mental disorders in first-time admitted patients from a catchment area', *European Addiction Research* 18(1), 16-25.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., Janavs, J. and Dunbar, G. (1997), 'The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CID', *European Psychiatry* 12(5), 224-31.
- Leeies, M., Pagura, J., Sareen, J. and Bolton, J. M. (2010), 'The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder', *Depression and Anxiety* 27(8), 731-36.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F. and Reynaud, M. (2007), 'Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test', *Journal of Substance Use* 12(4), 233-42.
- Leray, E., Camara, A., Drapier, D., Riou, F., Bougeant, N., et al. (2011), 'Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: results from the "Mental Health in General Population" survey (MHGP)', *European Psychiatry* 26(6), 339-45.
- Levin, F. R., Bisaga, A., Raby, W., Aharonovich, E., Rubin, E., et al. (2008), 'Effects of major depressive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder on the outcome of treatment for cocaine dependence', *Journal of Substance Abuse Treatment* 34(1), 80-89.
- Levin, F. R., Mariani, J., Brooks, D. J., Pavlicova, M., Nunes, E. V., et al. (2013), 'A randomized double-blind, placebo-controlled trial of venlafaxine-extended release for co-occurring cannabis dependence and depressive disorders', *Addiction* 108(6), 1084-94.
- Lingford-Hughes, A. R., Welch, S., Peters, L. and Nutt, D. J. (2012), 'BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP', *Journal of Psychopharmacology* 26(7), 899-952.
- Loftis, J. M., Matthews, A. M. and Hauser, P. (2006), 'Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management', *Drugs* 66(2), 155-74.
- Lukasiewicz, M., Blecha, L., Falissard, B., Neveu, X., Benyamina, A., Reynaud, M. and Gasquet, I. (2009), 'Dual diagnosis: prevalence, risk factors, and relationship with suicide risk in a nationwide sample of French prisoners', *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 33(1), 160-68.

- Magidson, J. F., Wang, S., Lejuez, C. W., Iza, M. and Blanco, C. (2013), 'Prospective study of substance-induced and independent major depressive disorder among individuals with substance use disorders in a nationally representative sample', *Depression and Anxiety* 30(6), 538-45.
- Magura, S. (2008), 'Effectiveness of dual focus mutual aid for co-occurring substance use and mental health disorders: a review and synthesis of the "double trouble" in recovery evaluation', *Substance Use & Misuse* 43(12-13), 1904-26.
- Magura, S., Rosenblum, A. and Betzler, T. (2009), 'Substance use and mental health outcomes for comorbid patients in psychiatric day treatment', *Substance Abuse: Research and Treatment* 3, 71-78.
- Maj, M. (2005), "'Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems?', *The British Journal of Psychiatry* 186, 182-84.
- Maremmani, A. G. I., Dell'Osso, L., Pacini, M., Popovic, D., Rovai, L., Torrens, M., Perugi, G. and Maremmani, I. (2011), 'Dual diagnosis and chronology of illness in treatment-seeking Italian patients dependent on heroin', *Journal of Addictive Diseases* 30(2), 123-35.
- Maremmani, A. G. I., Rovai, L., Rugani, F., Bacciardi, S., Dell'Osso, L. and Maremmani, I. (2014), 'Substance abuse and psychosis. The strange case of opioids', *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 18(3), 287-302.
- Maremmani, A. G. I., Rugani, F., Bacciardi, S., Rovai, L., Massimetti, E., Gazzarrini, D., Dell'Osso, L. and Maremmani, I. (2015), 'Differentiating between the course of illness in bipolar 1 and chronic-psychotic heroin-dependent patients at their first agonist opioid treatment', *Journal of Addictive Diseases* 34(1), 43-54.
- Marmorstein, N. R. (2011), 'Associations between subtypes of major depressive episodes and substance use disorders', *Psychiatry Research* 186(2-3), 248-53.
- Marmorstein, N. R. (2012), 'Anxiety disorders and substance use disorders: different associations by anxiety disorder', *Journal of Anxiety Disorders* 26(1), 88-94.
- Martín-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, J. M., Ímaz, M. L., Navinés, R., Pascual, J. C. and Torrens, M. (2006), 'Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain', *The European Journal of Psychiatry* 20(3), 147-56.
- Martín-Santos, R., Torrens, M., Poudevida, S., Langohr, K., Cuyás, E., et al. (2010), '5-HTTLPR polymorphism, mood disorders and MDMA use in a 3-year follow-up study', *Addiction Biology* 15(1), 15-22.
- McCrone, P., Menezes, P. R., Johnson, S., Scott, H., Thornicroft, G., Marshall, J., Bebbington, P. and Kuipers, E. (2000), 'Service use and costs of people with dual diagnosis in South London', *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101(6), 464-72.
- McKenzie, M. S. and McFarland, B. H. (2007), 'Trends in antidepressant overdoses', *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 16(5), 513-23.
- Mestre-Pintó, J. I., Domingo-Salvany, A., Martín-Santos, R. and Torrens, M. (2014), 'Dual diagnosis screening interview to identify psychiatric comorbidity in substance users: development and validation of a brief instrument', *European Addiction Research* 20(1), 41-48.

- Mills, K. L., Deady, M., Proudfoot, H., Sannibale, C., Teesson, M., Mattick, R. and Burns, L. (2009), *Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings*, National Drug & Alcohol Research Centre, Sydney (k dispozici na <http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/key-resources/promotion-resources?lid=17398>).
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M. and Swann, A. C. (2001), 'Psychiatric aspects of impulsivity', *The American Journal of Psychiatry* 158(11), 1783-93.
- Moggi, F., Giovanoli, A., Buri, C., Moos, B. S. and Moos, R. H. (2010), 'Patients with substance use and personality disorders: a comparison of patient characteristics, treatment process, and outcomes in Swiss and U.S. substance use disorder programs', *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 36(1), 66-72.
- Morgello, S., Holzer, C. E., Ryan, E., Young, C., Naseer, M., et al. (2006), 'Interrater reliability of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders in an HIV-infected cohort: experience of the National NeuroAIDS Tissue Consortium', *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 15(3), 131-38.
- Mueller, T. I., Lavori, P. W., Keller, M. B., Swartz, A., Warshaw, M., et al. (1994), 'Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression', *The American Journal of Psychiatry* 151(5), 701-6.
- Neale, J., Tompkins, C. and Sheard, L. (2008), 'Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users', *Health & Social Care in the Community* 16(2), 147-54.
- Nelson, C. B., Rehm, J., Ustün, T. B., Grant, B. and Chatterji, S. (1999), 'Factor structures for DSM-IV substance disorder criteria endorsed by alcohol, cannabis, cocaine and opiate users: results from the WHO reliability and validity study', *Addiction* 94(6), 843-55.
- Ness, O., Borg, M. and Davidson, L. (2014), 'Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives', *Advances in Dual Diagnosis* 7(3), 107-17.
- NICE (2011), *Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people*, National Institute of Health and Clinical Excellence, Manchester (k dispozici na <http://www.nice.org.uk/guidance/CG120>).
- Nocon, A., Bergé, D., Astals, M., Martín-Santos, R. and Torrens, M. (2007), 'Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit', *European Addiction Research* 13(4), 192-200.
- Nordentoft, M., Mortensen, P. B. and Pedersen, C. B. (2011), 'Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder', *Archives of General Psychiatry* 68(10), 1058-64.
- Nunes, E. V and Levin, F. R. (2004), 'Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis', *JAMA* 291(15), 1887-96.
- Nunes, E. V and Levin, F. R. (2006), 'Treating depression in substance abusers', *Current Psychiatry Reports* 8(5), 363-70.

- Nurnberger, J. I., Blehar, M. C., Kaufmann, C. A., York-Cooler, C., Simpson, S. G., et al. (1994), 'Diagnostic interview for genetic studies. Rationale, unique features, and training. NIMH Genetics Initiative', *Archives of General Psychiatry* 51(11), 849-59; discussion 863-64.
- O'Brien, M. S., Wu, L.-T. and Anthony, J. C. (2005), 'Cocaine use and the occurrence of panic attacks in the community: a case-crossover approach', *Substance Use & Misuse* 40(3), 285-97.
- OASAS (2005), *Screening for co-occurring disorders using the Modified Mini Screen (MMS) Provider/Implementation Plan*, New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, Albany (k dispozici na <https://www.oasas.ny.gov/treatment/COD/documents/ModMINImpl.pdf>).
- Palijan, T. Z., Muzinić, L. and Radeljak, S. (2009), 'Psychiatric comorbidity in forensic psychiatry', *Psychiatria Danubina* 21(3), 429-36.
- Pani, P. P., Maremmani, I., Trogu, E., Gessa, G. L., Ruiz, P. and Akiskal, H. S. (2010), 'Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included?', *Journal of Affective Disorders* 122(3), 185-97.
- Pedrero-Perez, E. J., Ruiz-Sanchez de Leon, J. M., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M. and Puerta-Garcia, C. (2011), '[Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance addiction: from screening to diagnosis]', *Revista de Neurologia* 52(6), 331-40.
- Pérez Gálvez, B., García Fernández, L., de Vicente Manzanaro, M. P. and Oliveras Valenzuela, M. A. (2010), '[Validation of the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ) in a Spanish sample of alcoholic patients]', *Adicciones* 22(3), 199-205.
- Pettinati, H. M., O'Brien, C. P. and Dundon, W. D. (2013), 'Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target', *The American Journal of Psychiatry* 170(1), 23-30.
- Philpot, M., Pearson, N., Petratou, V., Dayanandan, R., Silverman, M. and Marshall, J. (2003), 'Screening for problem drinking in older people referred to a mental health service: a comparison of CAGE and AUDIT', *Aging & Mental Health* 7(3), 171-75.
- Pierucci-Lagha, A., Gelernter, J., Feinn, R., Cubells, J. F., Pearson, D., Pollastri, A., Farrer, L. and Kranzler, H. R. (2005), 'Diagnostic reliability of the Semi-structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism (SSADDA)', *Drug and Alcohol Dependence* 80(3), 303-12.
- Pierucci-Lagha, A., Gelernter, J., Chan, G., Arias, A., Cubells, J. F., Farrer, L. and Kranzler, H. R. (2007), 'Reliability of DSM-IV diagnostic criteria using the semi-structured assessment for drug dependence and alcoholism (SSADDA)', *Drug and Alcohol Dependence* 91(1), 85-90.
- Pincus, H. A., Tew, J. D. and First, M. B. (2004), 'Psychiatric comorbidity: is more less?', *World Psychiatry* 3(1), 18-23.
- Piran, N. and Gadalla, T. (2007), 'Eating disorders and substance abuse in Canadian women: a national study', *Addiction* 102(1), 105-13.

- Piselli, M., Elisei, S., Murgia, N., Quartesan, R. and Abram, K. M. (2009), 'Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy', *International Journal of Law and Psychiatry* 32(2), 101-7.
- Pompili, M., Innamorati, M., Lester, D., Akiskal, H. S., Rihmer, Z., et al. (2009), 'Substance abuse, temperament and suicide risk: evidence from a case-control study', *Journal of Addictive Diseases* 28(1), 13-20.
- Radhakrishnan, R., Wilkinson, S. T. and D'Souza, D. C. (2014), 'Gone to pot: a review of the association between cannabis and psychosis', *Frontiers in Psychiatry* 5, 54.
- Ramos-Quiroga, J. A., Díaz-Digon, L., Comín, M., Bosch, R., Palomar, G., et al. (2012), 'Criteria and concurrent validity of adult ADHD section of the Psychiatry Research Interview for Substance and Mental Disorders', *Journal of Attention Disorders* doi:10.1177/1087054712454191.
- Rasmussen, K. and Levander, S. (2009), 'Untreated ADHD in adults: are there sex differences in symptoms, comorbidity, and impairment?', *Journal of Attention Disorders* 12(4), 353-60.
- Rhee, S. H., Hewitt, J. K., Lessem, J. M., Stallings, M. C., Corley, R. P. and Neale, M. C. (2004), 'The validity of the Neale and Kendler model-fitting approach in examining the etiology of comorbidity', *Behavior Genetics* 34(3), 251-65.
- Riglietta, M., Beato, E., Colombo, L. and Tidone, L. (2006), 'The Italian experience (A). Drugs and psychosis in Italy: historical overview and recent perspectives', in *Co-morbidity: Perspectives across Europe* edited by J. Corkery and A. Baldacchino, European Collaborating Centres on Addiction Studies (ECCAS), London, 165-85.
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., de Wit, J., Berking, M. and Cuijpers, P. (2014), 'Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis', *Addiction* 109(3), 394-406.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Ratcliff, K. S. and Seyfried, W. (1982), 'Validity of the diagnostic interview schedule, version II: DSM-III diagnoses', *Psychological Medicine* 12(4), 855-70.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., et al. (1988), 'The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures', *Archives of General Psychiatry* 45(12), 1069-77.
- Robins, L. N., Cottler, L. B., Bucholz, K. K., Compton, W. M., North, C. S. and Rourke, K. M. (2000), *Diagnostic interview schedule for the DSM-IV (DIS-IV)*, Washington University School of Medicine, St. Louis.
- Rodríguez-Jiménez, R., Aragüés, M., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagny, A., Hoenicka, J. and Palomo, T. (2008), '[Dual diagnosis in psychiatric inpatients: prevalence and general characteristics]', *Investigación Clínica* 49(2), 195-205.
- Rodríguez-Llera, M. C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Silva, T. C., Sánchez-Niubó, A. and Torrens, M. (2006), 'Psychiatric comorbidity in young heroin users', *Drug and Alcohol Dependence* 84(1), 48-55.

- Rogers, R. (2001), *Handbook of diagnostic and structured interviewing*, Guilford Press, New York.
- Roncero, C., Ros-Cucurull, E., Daigre, C. and Casas, M. (2012), 'Prevalence and risk factors of psychotic symptoms in cocaine-dependent patients', *Actas Espanolas de Psiquiatria* 40(4), 187-97.
- Roncero, C., Daigre, C., Grau-López, L., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., et al. (2013), 'Cocaine-induced psychosis and impulsivity in cocaine-dependent patients', *Journal of Addictive Diseases* 32(3), 263-73.
- Root, T. L., Pisetsky, E. M., Thornton, L., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L. and Bulik, C. M. (2010a), 'Patterns of co-morbidity of eating disorders and substance use in Swedish females', *Psychological Medicine* 40(1), 105-15.
- Root, T. L., Pinheiro, A. P., Thornton, L., Strober, M., Fernandez-Aranda, F., et al. (2010b), 'Substance use disorders in women with anorexia nervosa', *The International Journal of Eating Disorders* 43(1), 14-21.
- Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Osher, F. C., Swartz, M. S., Essock, S. M., et al. (2001), 'Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness', *American Journal of Public Health* 91(1), 31-37.
- Ruiz, M. A., Peters, R. H., Sanchez, G. M. and Bates, J. P. (2009), 'Psychometric properties of the Mental Health Screening form iii within a metropolitan jail', *Criminal Justice and Behavior* 36(6), 607-19.
- Sacks, S., Melnick, G., Coen, C., Banks, S., Friedmann, P. D., Grella, C., Knight, K. and Zlotnick, C. (2007), 'CJDATS Co-Occurring Disorders Screening Instrument (CODSI) for Mental Disorders (MD): A validation study', *Criminal Justice and Behavior* 34(9), 1198-1216.
- Sacks, S., Chaple, M., Sirikantraporn, J., Sacks, J. Y., Knickman, J. and Martinez, J. (2013), 'Improving the capability to provide integrated mental health and substance abuse services in a state system of outpatient care', *Journal of Substance Abuse Treatment* 44(5), 488-93.
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., Klinkowski, N., Lehmkuhl, U. and Pfeiffer, E. (2008), 'Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa', *Child Psychiatry and Human Development* 39(3), 261-72.
- Samet, S., Fenton, M. C., Nunes, E., Greenstein, E., Aharonovich, E. and Hasin, D. (2013), 'Effects of independent and substance-induced major depressive disorder on remission and relapse of alcohol, cocaine and heroin dependence', *Addiction* 108(1), 115-23.
- San, L., Arranz, B. and Martinez-Raga, J. (2007a), 'Antipsychotic drug treatment of schizophrenic patients with substance abuse disorders', *European Addiction Research* 13(4), 230-43.
- San, L., Ciudad, A., Alvarez, E., Bobes, J. and Gilaberte, I. (2007b), 'Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study', *European Psychiatry* 22(8), 490-98.
- Sansone, R. A. and Levitt, J. L. (2002), 'Self-harm behaviors among those with eating disorders: an overview', *Eating Disorders* 10(3), 205-13.

- Sansone, R. A. and Sansone, L. A. (2010), 'Psychiatric disorders: a global look at facts and figures', *Psychiatry* 7(12), 16-19.
- Schier, A. R., Ribeiro, N. P., Silva, A. C., Hallak, J. E., Crippa, J. A., Nardi, A. E. and Zuardi, A. W. (2012), 'Cannabidiol, a Cannabis sativa constituent, as an anxiolytic drug', *Revista Brasileira de Psiquiatria* 34 Suppl 1, S104-10.
- Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., Koeter, M. W. J. and van den Brink, W. (2010), 'Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications', *Addiction* 105(5), 862-71.
- Schmidt, L. M., Hesse, M. and Lykke, J. (2011), 'The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia - a 15-year follow-up study: dual diagnosis over 15 years', *Schizophrenia Research* 130(1-3), 228-33.
- Schmoll, S., Boyer, L., Henry, J.-M. and Belzeaux, R. (2015), '[Frequent visitors to psychiatric emergency service: Demographical and [clinical analysis]]', *L'Encéphale* 41(2), 123-29.
- Schnell, T., Neisius, K., Daumann, J. and Gouzoulis-Mayfrank, E. (2010), '[Prevalence of psychosis/substance abuse comorbidity. Clinical-epidemiological findings from different treatment settings in a large German city]', *Der Nervenarzt* 81(3), 323-28.
- Shahriyarmolki, K. and Meynen, T. (2014), 'Needs assessment of dual diagnosis: A cross-sectional survey using routine clinical data', *Drugs: Education, Prevention & Policy* 21(1), 43-49.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., et al. (1998), 'The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10', *The Journal of Clinical Psychiatry* 59 Suppl 2, 22-33; quiz 34-57.
- Sizoo, B., van den Brink, W., Koeter, M., Gorissen van Eenige, M., van Wijngaarden-Cremers, P. and van der Gaag, R. J. (2010), 'Treatment seeking adults with autism or ADHD and co-morbid substance use disorder: prevalence, risk factors and functional disability', *Drug and Alcohol Dependence* 107(1), 44-50.
- Smith, J. P. and Randall, C. L. (2012), 'Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations', *Alcohol Research: Current Reviews* 34(4), 414-31.
- Sorland, T. O. and Kjelsberg, E. (2009), 'Mental health among teenage boys remanded to prisoner', *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening* 129(23), 2472-75.
- Soyka, M. (2000), 'Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour', *British Journal of Psychiatry* 176, 345-50.
- Spalletta, G., Bria, P. and Caltagirone, C. (2007), 'Differences in temperament, character and psychopathology among subjects with different patterns of cannabis use', *Psychopathology* 40(1), 29-34.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. and Robins, E. (1978), 'Research diagnostic criteria: rationale and reliability', *Archives of General Psychiatry* 35(6), 773-82.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. and First, M. B. (1992), 'The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description', *Archives of General Psychiatry* 49(8), 624-29.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K. and Williams, J. B. (1999), 'Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient health questionnaire', *JAMA* 282(18), 1737-44.
- Stahler, G. J., Mennis, J., Cotlar, R. and Baron, D. A. (2009), 'The influence of neighborhood environment on treatment continuity and rehospitalization in dually diagnosed patients discharged from acute inpatient care', *American Journal of Psychiatry* 166(11), 1258-68.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011) '*Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*', NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.
- Swendsen, J. and Le Moal, M. (2011), 'Individual vulnerability to addiction', *Annals of the New York Academy of Sciences* 1216(1), 73-85.
- Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babín Vich, F., Mesías Perez, B., et al. (2011), '[Pilot study on the prevalence of dual pathology in community mental health and substance misuse services in Madrid]', *Adicciones* 23(3), 249-55.
- Szerman, N., Lopez-Castroman, J., Arias, F., Morant, C., Babín, F., et al. (2012), 'Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample', *Substance Use & Misuse* 47(4), 383-89.
- Szerman, N., Vega, P., Grau-López, L., Barral, C., Basurte-Villamor, I., et al. (2014), 'Dual diagnosis resource needs in Spain: a national survey of professionals', *Journal of Dual Diagnosis* 10(2), 84-90.
- Thundiyil, J. G., Kearney, T. E. and Olson, K. R. (2007), 'Evolving epidemiology of drug-induced seizures reported to a poison control center system', *Journal of Medical Toxicology* 3(1), 15-19.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez-Domínguez, G. and Martín-Santos, R. (2004), 'Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV', *The American Journal of Psychiatry* 161(7), 1231-37.
- Torrens, M., Fonseca, F., Mateu, G. and Farre, M. (2005), 'Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression: A systematic review and meta-analysis', *Drug and Alcohol Dependence* 78(1), 1-22.
- Torrens, M., Martín-Santos, R. and Samet, S. (2006), 'Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders', *Neurotoxicity Research* 10(3-4), 253-61.
- Torrens, M., Martínez-Sanvisens, D., Martínez-Riera, R., Bulbena, A., Szerman, N. and Ruiz, P. (2011a), 'Dual diagnosis: Focusing on depression and recommendations for treatment', *Addictive Disorders & Their Treatment* 10(2), 50-59.
- Torrens, M., Gilchrist, G. and Domingo-Salvany, A. (2011b), 'Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders', *Drug and Alcohol Dependence* 113(2-3), 147-56.

- Torrens, M., Rossi, P. C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sarvisens, D. and Bulbena, A. (2012), 'Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: Treatment in parallel systems or in one integrated system?', *Substance Use & Misuse* 47, 1005-14.
- Tosato, S., Lasalvia, A., Bonetto, C., Mazzoncini, R., Cristofalo, D., et al. (2013), 'The impact of cannabis use on age of onset and clinical characteristics in first-episode psychotic patients. Data from the Psychosis Incident Cohort Outcome Study (PICOS)', *Journal of Psychiatric Research* 47(4), 438-44.
- Toteva, S., Rizov, A., Tenev, V., Stoyanov, D. S. and Stoychev, K. (2006), 'The comorbidity situation in Bulgaria: epidemiological, clinical and therapeutic aspects', in *Co-morbidity: Perspectives across Europe* edited by J. Corkery and A. Baldacchino, European Collaborating Centres on Addiction Studies (ECCAS), London, 133-44.
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C. and Roland, M. (2009), 'Defining comorbidity: implications for understanding health and health services', *Annals of Family Medicine* 7(4), 357-63.
- Vallecillo, G., Mojal, S., Roquer, A., Martinez, D., Rossi, P., Fonseca, F., Muga, R. and Torrens, M. (2013), 'Risk of QTc prolongation in a cohort of opioid-dependent HIV-infected patients on methadone maintenance therapy', *Clinical Infectious Diseases* 57(8), 1189-94.
- Van de Glind, G., Konstenius, M., Koeter, M. W. J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Carpentier, P.-J., et al. (2014), 'Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria', *Drug and Alcohol Dependence* 134, 158-66.
- Van den Bosch, L. M. and Verheul, R. (2007), 'Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications', *Current Opinion in Psychiatry* 20(1), 67-71.
- Van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., Koeter, M. W. J., Allsop, S., Auriacombe, M., et al. (2014), 'Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study', *Addiction* 109(2), 262-72.
- Van Horn, J. E., Eisenberg, M. J., van Kuik, S. and van Kinderen, G. M. (2012), '[Psychopathology and recidivism among violent offenders with a dual diagnosis. A comparison with other subgroups of violent offenders]', *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 54(6), 497-507.
- Vaz Carneiro, S. and Borrego, M. (2007), '[Psychosis and substance abuse]', *Acta Médica Portuguesa* 20(5), 413-22.
- Vázquez, C., Munoz, M. and Sanz, J. (1997), 'Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CID-I', *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95(6), 523-30.
- Vázquez, F. L. (2010), 'Psychoactive substance use and dependence among Spanish university students: prevalence, correlates, polyconsumption, and comorbidity with depression', *Psychological Reports* 106(1), 297-313.

- Vázquez, F. L., Torres, Á., Otero, P. and Díaz, O. (2011), 'Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-IV axis I mental disorders among female university students', *The Journal of Nervous and Mental Disease* 199(6), 379-83.
- Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano, O. M., Betanzos Espinosa, P., Fernández Calderón, F., Bilbao-Acebos, I., Pérez García, M. and Verdejo García, A. (2012), 'Psychiatric comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community: substance-induced versus independent disorders', *Psychiatry Research* 200(2-3), 734-41.
- Vorspan, F., Brousse, G., Bloch, V., Bellais, L., Romo, L., Guillem, E., Coeuru, P. and Lépine, J.-P. (2012), 'Cocaine-induced psychotic symptoms in French cocaine addicts', *Psychiatry Research* 200(2-3), 1074-76.
- Výroční zprávy národních monitorovacích středisek (nedatováno) (k dispozici na www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports).
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A. et al. (2003) 'Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services', *The British Journal of Psychiatry* 183 (4), 304-13.
- Weissman, M. M., Olfson, M., Leon, A. C., Broadhead, W. E., Gilbert, T. T., et al. (1995), 'Brief diagnostic interviews (SDDS-PC) for multiple mental disorders in primary care. A pilot study', *Archives of Family Medicine* 4(3), 220-27.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., et al. (2013), 'Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010', *The Lancet* 382(9904), 1575-86.
- WHO (1990), *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0)*, World Health Organization, Geneva.
- WHO (1992), *International statistical classification of diseases and related health problems*, World Health Organization, Geneva.
- WHO (1998), *Composite International Diagnostic Interview (CIDI Core, Version 2.1)*, WHO, Geneva.
- WHO (2010), *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization* (http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/), zobrazeno 5. srpna 2015.
- WHO ASSIST (2002), 'The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility', *Addiction* 97(9), 1183-94.
- Wiederman, M. W. and Pryor, T. (1996), 'Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders', *Addictive Behaviors* 21(2), 269-72.
- Wilens, T. E. and Biederman, J. (2006), 'Alcohol, drugs, and attention-deficit/hyperactivity disorder: a model for the study of addictions in youth', *Journal of Psychopharmacology* 20(4), 580-88.
- Wilens, T. E., Adamson, J., Monuteaux, M. C., Faraone, S. V, Schilling, M., Westerberg, D. and Biederman, J. (2008), 'Effect of prior stimulant treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents', *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 162(10), 916-21.

- Wing, J. (1996), 'SCAN and the PSE tradition', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31(2), 50-54.
- Wing, J. K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J. E., et al. (1990), 'SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry', *Archives of General Psychiatry* 47(6), 589-93.
- Wittchen, H.-U., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., Lieb, R. and Perkonig, A. (2007), 'Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents', *Drug and Alcohol Dependence* 88 Suppl 1, S60-70.
- Wobrock, T. and Soyka, M. (2009), 'Pharmacotherapy of patients with schizophrenia and substance abuse', *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 10(3), 353-67.
- IWPA (2014), *Dual disorders/patology* http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=11&content_id=1206), zobrazeno 5. srpna 2015.
- Wüsthoff, L. E., Waal, H., Ruud, T. and Grawe, R. W. (2011), 'A cross-sectional study of patients with and without substance use disorders in community mental health centres', *BMC Psychiatry* 11, 93.
- Wüsthoff, L. E., Waal, H. and Grawe, R. W. (2014), 'The effectiveness of integrated treatment in patients with substance use disorders co-occurring with anxiety and/or depression-a group randomized trial', *BMC Psychiatry* 14, 67.
- Zimmerman, M. and Chelminski, I. (2006), 'A scale to screen for DSM-IV Axis I disorders in psychiatric out-patients: performance of the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire', *Psychological Medicine* 36(11), 1601-11.
- Zimmerman, M. and Mattia, J. I. (2001), 'The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire: development, reliability and validity', *Comprehensive Psychiatry* 42(3), 175-89.
- Zimmerman, M., Sheeran, T., Chelminski, I. and Young, D. (2004), 'Screening for psychiatric disorders in outpatients with DSM-IV substance use disorders', *Journal of Substance Abuse Treatment* 26(3), 181-88.

Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě

- > Publikace vychází z analýzy dat z jednotlivých monitorovacích středisek, analýzy literatury na téma současného výskytu duševních poruch a užívání návykových látek a z profesních zkušeností autorů. Přináší přehled nejčastějších forem souběhu užívání návykových látek a duševních onemocnění a také terapeutické možnosti řešení těchto stavů.
- > Publikaci čtenářům přináší Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, které je pracovištěm Úřadu vlády České republiky. Plné znění této publikace, dříve vydané publikace a informace o připravovaných publikacích najdete na webových stránkách <http://www.drogy-info.cz> v sekci Publikace.
- > Distribuci zajišťuje vydavatel.

Vydal Úřad vlády České republiky
nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
www.vlada.cz

Neprodejné

ISBN 978-80-7440-194-7

