Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Výsledek – 11 Nmet
Doporučené klinické postupy v adiktologii pro specifické cílové skupiny a specifické oblasti, a z hlediska dalších metod práce v adiktologii
Adiktologie u osob s duálními poruchami

Konečný uživatel výsledků:

Úřad vlády ČR
nábřeží Edvarda Beneše 4,
118 01 Praha 1

Název projektu: Doporučené klinické postupy v adiktologii
Číslo projektu: TITSUVCR936
Řešitel projektu: Český adiktologický institut
Doba řešení: 1. 1. 2022 – 31. 12. 2024
Důvěrnost a dostupnost: veřejně přístupný, URL původu: https://kdp-adiktologie.cz

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Informace o autorském týmu:

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

Tým projektu Doporučené klinické postupy v adiktologii (DP) byl sestaven s ohledem na multidisciplinaritu projektového záměru. Odborníci byli rozděleni do tří skupin: rešeršisté, metodologové, metodici, experti a respondenti, přičemž někteří členové týmu zastupovali více rolí.

Tým projektu dle rolí (vždy v abecedním pořadí):

Vedoucí projektového týmu:
PhDr. Petr Hrouzek, Ph.D.

Hlavní metodolog projektu:
Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KCLJ (po celou dobu projektu)

Metodologové projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková – od 1.7.2023 (metodická část tvorba DP)
Mgr. Lenka Šťastná, PhD. – od 1.7.2023 (metodická část projektu tvorba DP)
MUDr. Jakub Minařík – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)
MUDr. Petr Popov MHA – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)

Hlavní metodik projektu:
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková

Metodici projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková
Mgr. Tomáš Jandáč, PhD.
Mgr. Jan Kozák

Rešeršní tým projektu:
PhDr. Miroslav Barták, PhD
Mgr. Jan Kozák
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková
Mgr. Benjamin Petruželka, PhD.

Respondenti projektu:
Mgr. Nikola Gažová
Mgr. Luděk Kalousek
Mgr. Gabriela Rolová, PhD.
David Valouch

Expertní panel projektu:
MUDr. David Adameček
MUDr. Pavel Bém (do 31.12.2022)
Bc. Tomáš Brejcha
MUDr. Jiří Dolák
MUDr. Jiří Dvořáček
Ing. Mgr. Aleš Herzog
PhDr. et Mgr. Dagmar Krutilová
PhDr. Jiří Libra (do 31.12.2022)
MUDr. Jakub Minařík (od 1.1.2024)
Mgr.PharmDr. Zbyněk Oktábec, Ph.D.
MUDr. Olga Pecinovská
MUDr. Petr Popov MHA (od. 1.1.2024)
PaedDr. Martina Richterová – Těmínová
Mgr. et Mgr. Nora Staňková, Ph.D.
Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D. (do 31.12.2023)

Celkovou editorskou činnost celého souboru DP jeho úvodní a závěrečnou vnitřní revizi provedl vedoucí týmu Petr Hrouzek.

Rešerše v úvodní fázi projektu zpracovali Elizabeth Nováková, Miroslav Barták, Jan Kozák a Benjamin Petruželka.

Autory návrhových znění jednotlivých DP, zapracování připomínek a finálního znění jsou (řazeno dle struktury DP).

Úvod do DP a procesní schémata: Petr Hrouzek, Elizabeth Nováková

DP pro diagnostiku: Lenka Šťastná ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro metody harm reduction a risk reduction: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková. Metody pro harm reduction v prostředí zábavy zpracovala Nikola Gažová.
DP pro psychoterapii: Elizabeth Nováková ve spolupráci s Kamilem Kalinou a Petrem Hrouzkem.
DP pro psychosociální metody: Renáta Habiňáková ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.

DP pro farmakoterapii: Jiří Dvořáček ve spolupráci se Zbyňkem Oktábcem a Jakubem Minaříkem, Zuzana Postránecká (Psychedeliky asistovaná terapie), Tomáš Páleníček (Psychedeliky asistovaná terapie), Viktor Mravčík (Psychedeliky asistovaná terapie).
DP pro následné intervence a rehabilitaci: Jan Kozák (prevence relapsu), Luděk Kalousek, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti práce a vzdělávání), David Valouch, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti bydlení) ve spolupráci Petrem Hrouzkem.
DP pro děti a dospívající vytvořil: Tomáš Jandáč ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro starší dospělé: Renáta Habiňáková a Elizabeth Nováková.
DP pro těhotné ženy: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby omezené na svobodě: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby s duálními poruchami: Jan Kozák.
DP pro včasnou diagnostiku v souvisejících oborech: Lenka Šťastná.
DP pro zapojování lidí se zkušeností do systému péče: Unie lidí se zkušeností se závislostí, Jan Šulc (editor), Zuzana Nott (editorka),

Souhrnnou výzkumnou zprávu projektu vytvořili Elizabeth Nováková, Petr Hrouzek, Renáta Habiňáková a Lenka Šťastná.

Aplikační příručku vytvořil Petr Hrouzek ve spolupráci s Elizabeth Novákovou.

Kontrolu třídění zdrojů dle síly důkazu provedla Gabriela Rolová.

Další informace o projektu:

Zpracování finální sady Doporučených postupů předcházela řada kroků. V souladu s projektovým zadáním, které jako první výsledek stanovilo přehled existujících zahraničních doporučených postupů v adiktologii, byla v počáteční fázi zpracovaná rešerše existujících mezinárodních i tuzemských doporučených postupů, které byly následně hodnoceny pomocí nástroje AGREE II a kategorizovány dle ICD-10 opět v souladu s projektovým zadáním (V1), které jako druhý požadovaný výsledek stanovilo přehled účinností dílčích intervencí v oblasti adiktologie (V2).
Tento soubor zdrojů byl doplněn o materiály doporučené experty. Výsledek této fáze byl představen během kontrolního dne, kde byly také diskutovány rizika a limity a došlo ke konsensu dalšího směřování práce. V následujícím období byla navržena struktura doporučeného postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání (podkapitoly).

Navrhovaná struktura postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání byly diskutovány během kontrolních dnů se zástupci konečného uživatele a experty konečného uživatele a průběžně s panelem expertů projektu. Pro vytvoření samotných postupů v souladu s projektovým zadáním (V3-V11) byla využita baterie zdrojů identifikovaných v první fázi projektu v kombinaci s dalšími zdroji. Všechny návrhové verze byly diskutovány v rámci týmu, který se pravidelně setkával během porad, s expertním panelem projektu a během kontrolních dnů se zástupci TAČR a Úřadu vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí. Návrhové verze byly rovněž zaslány k připomínkovacímu řízení klíčovým organizacím v oboru.

V závěrečné fázi projektu bylo v souladu s projektovým zadáním vytvořeno modelové využití definovaných doporučených klinických postupů v adiktologii (V12) v podobě Aplikační příručky k Doporučeným klinickým postupům v adiktologii a tato souhrnná závěrečná zpráva.

Program veřejných zakázek v aplikovaném výzkumu a inovacích pro potřeby státní správy BETA2 byl schválen usnesením vlády České republiky č. 278 ze dne 30. 3. 2016 a je zaměřen na podporu aplikovaného výzkumu a inovací pro potřeby orgánů státní správy. Poskytovatelem finančních prostředků je Technologická agentura ČR.

BOX XI

Adiktologie u osob s duálními poruchami

Klienti se souběžným výskytem poruch způsobených užíváním návykových látek (PUNL) a dalších psychiatrických poruch (označované v textu jako duální porucha – DP) mají často komplexní potřeby v oblasti vyhodnocování diagnostického profilu, léčbě i účinném použití metod. Je třeba vzít v úvahu řadu vzájemně se ovlivňujících dimenzí (včetně typu a závažnosti duševní poruchy, typu a množství užívaných látek, přítomnosti fyzické komorbidity a často i příslušných komplexních sociálních problémů) s tím, že všechny tyto prvky se mohou v průběhu času měnit (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017).

Klienti s DP mají horší prognózu, vyšší míru relapsu, častější hospitalizaci, vyšší míru nestabilního bydlení, horší úroveň sociálního fungování, vyšší míru neuspokojených potřeb, vyšší riziko, že se stanou obětí a/nebo pachatelem násilí, větší zapojení do trestné činnosti a marginalizaci, horší dodržování předepsané medikace a nižší adherenci k léčbě, vyšší míru využívání služeb, vyšší náklady na péči, vysokou míru sebevražd, vysokou míru užívání návykových látek v anamnéze u klientů, kteří následně spáchají sebevraždu nebo vraždu, a další závažné a mnohočetné komplikace (SAMHSA, 2020; Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017; WHO, 2020).

Obecné principy

SAMHSA (2020) předkládá seznam hlavních zásad, které mají sloužit jako základní stavební kameny pro práci s klienty s DP. Tyto zásady jsou odvozeny z koncepcí a modelů služeb a programů, rostoucího porozumění podstatným rysům DP, společných prvků různých modelů péče, klinické zkušenosti a dostupné empirické evidence. Tyto principy lze aplikovat jak na úrovni koncepce služeb a programů, tak na individuální úrovni práce s klientem.

Hlavní doporučené zásady adiktologické péče o klienty s DP:

1. **Práci s klientem rámujte principem zotavení:** Perspektiva zotavení má dva hlavní rysy: Přijímá, že zotavení je dlouhodobý proces vnitřní změny, a uznává, že tyto vnitřní změny probíhají v různých fázích.
2. **Přijměte multifaktorový pohled:** Lidé s DP mají obecně řadu duševních, zdravotních, adiktologických, rodinných a sociálních problémů. Léčba by měla řešit akutní i dlouhodobé potřeby klienta (bydlení, práce, zdravotní péče a podpůrné sítě). Služby by proto měly být komplexní, aby odpovídaly vícerozměrným problémům, které obvykle představují klienti s DP.
3. **Vytvořte postupný přístup k péči:** Použití postupného nebo fázového přístupu k péči DP pomáhá optimalizovat komplexní, vhodnou a efektivní péči pro všechny potřeby klientů. Obecně jsou identifikovány tři až pět fází, včetně zahájení, stabilizace, aktivní léčby a následné péče včetně prevence relapsu (Mueser & Gingerich, 2013; SAMHSA, 2020). Tyto fáze jsou konzistentní a paralelní s fázemi identifikovanými v přístupu zotavení.

4. **Řešte konkrétní problémy v rané fázi léčby:** Rostoucí poznání, že DP vznikají v kontextu různých osobních a sociálních problémů, podnítilo přístupy, které řeší konkrétní životní problémy v rané fázi péče. Tyto přístupy mohou zahrnovat case management a intenzivní case management, aby pomohly klientům překonat byrokratické překážky nebo vyřešit právní a rodinné záležitosti. Pomoci mohou i specializované intervence, které se zaměřují na důležité oblasti potřeb klientů, jako jsou odborné služby, které pomáhají klientům s DP dosáhnout konkrétního zlepšení v oblasti práce a bydlení (viz KDP pro zotavení).
5. **Plánujte specifickou péči pro klienty s kognitivními a funkčními poruchami:** Služby pro klienty s DP, zejména s vážnějšími duševními poruchami, musí být přizpůsobeny individuálním potřebám a schopnostem. Klienti s DP často vykazují kognitivní a další funkční poruchy, které ovlivňují jejich schopnost porozumět informacím nebo dokončit úkoly (Duijkers, Vissers, & Egger, 2016). Způsob, jakým jsou intervence prezentovány, musí být v souladu s potřebami a fungováním klienta. Různé kognitivní deficity často vyžadují relativně krátká, vysoce strukturovaná terapeutická sezení, která jsou zaměřena na praktické životní problémy. Postupné tempo, obrazné pomůcky a opakování jsou často velice užitečné. Dokonce i poruchy, které jsou poměrně mírné (např. určité poruchy učení), mohou mít významný dopad na účinnost intervence. Pečlivé posouzení takových deficitů a plán péče v souladu s vyhodnocením schopností jsou pro účinnou léčbu zásadní.
6. **Používejte podpůrné systémy k udržení a rozšíření účinnosti péče:** Skupiny vzájemné podpory, rodina, peer konzultanti, náboženské komunity a další zdroje, které existují v okolí klienta, mohou hrát neocenitelnou roli v procesu zotavení klientů s DP. To může platit zejména pro ty klienty, kteří po desetiletí nemají trvale podporující prostředí. V některých sociálních skupinách je stigma lidí s DP tak velké, že klient, a dokonce i celá rodina mohou být ostrakizováni nejbližší sociální sférou. Některé programy vzájemné podpory například příliš nepřijímají členy s DP, kteří užívají psychiatrické léky. Navíc chování spojené s užíváním návykových látek mohlo odcizit klientovu rodinu a komunitu. Poskytovatel péče hraje důležitou roli v tom, že klienta seznamuje s dostupnými podpůrnými systémy a motivuje je efektivně využívat.

Výše popsané obecné zásady slouží jako referenční rámec účinné intervence, která dále vyžaduje, aby systém služeb zajistil šest základních složek péče pro klienty s DP (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017; SAMHSA, 2020):

1. **Usnadnění přístupu k péči:** Tato složka označuje proces, v němž osoba s DP naváže první kontakt se systémem služeb, projde počátečním vyhodnocením a je přijata ve službách, které jsou vhodné pro její potřeby. Je důležité, aby klienti nebyli odmítnuti službami léčby PUNL, ani službami péče o duševní poruchy kvůli jejich souběžnému výskytu onemocnění, ale aby se tyto služby snažily klienty podporovat, aniž by klienti vstupovali do tzv. "špatných dveří" a octli se tak v prostoru mezi službami.
2. **Diagnostika a vyhodnocení:** Pro vyhodnocení příznaků souběžně se vyskytujících duševních poruch u klientů s poruchami způsobenými užíváním návykových látek je důležité odlišit

nezávislé psychiatrické poruchy od poruch vyvolaných užíváním NL, které odeznívají s abstinencí (WHO, 2020). Některé poruchy jsou ovšem užíváním NL maskované a projeví se právě až v abstinenci. Spolehlivé a přesné odlišení poruch způsobených užíváním návykových látek od jiných psychiatrických poruch je tak v některých případech možné až po několika měsících abstinence. Vyhodnocování klientů s DP v jakémkoli systému péče zahrnuje maximalizaci pravděpodobnosti identifikace souběžně se vyskytující poruchy, okamžité usnadnění přesného plánování péče a revizi péče v průběhu času, s ohledem na měnící se potřeby klienta.

a. Screening ke zjištění přítomnosti DP v procesu prvního kontaktu se systémem péče.
b. Vyhodnocení základní anamnézy (např. rodinná anamnéza, anamnéza traumatu, rodinný stav, zdraví, vzdělání, pracovní anamnéza), duševní poruchy, PUNL a souvisejících zdravotních a psychosociálních problémů (např. životní podmínky, práce, zaměstnání), které je třeba zahrnout při plánování léčby.
c. Diagnostika typu a závažnosti PUNL a souběžně se vyskytujících duševních poruch. Screening vyžaduje, aby klienti byli dotázání na impulsivní chování včetně sebepoškozování a rizika sebevraždy.
d. Prvotní spárování potřeb klientů se službami.
e. Posouzení stávajících systémů sociální a komunitní podpory.
f. Provádění průběžného hodnocení.

3. **Poskytování potřebné úrovně péče:** Klienti vstupují do systému péče na různých úrovních potřeb a setkávají se službami s různou kapacitou. V ideálním případě by klientům měla být poskytnuta úroveň péče odpovídající závažnosti jejich PUNL a souběžně se vyskytující duševní poruchy. K dispozici jsou modely, které pomáhají při rozhodování o péči a doporučení na základě závažnosti a dopadu každé poruchy. Například kvadranty péče (také nazývané model čtyř kvadrantů) je koncepční rámec, který klasifikuje klienty do čtyř základních skupin na základě relativní závažnosti symptomů, nikoli diagnózy (SAMHSA, 2020).
4. **Dosažení integrované péče:** Klíčový koncept integrované péče pro lidi s těžkými duševními poruchami a PUNL, jak jej vyjádřil Minkoff (1989), zdůraznil potřebu korelace mezi modely péče pro služby duševního zdraví a léčbou PUNL v rezidenčním prostředí. Minkoffův model zdůrazňoval důležitost dobře koordinované péče o osoby s PUNL a duševními poruchami, s důrazem na specifické cíle v procesu zotavení u klientů s DP.
5. **Poskytování komplexních služeb:** Lidé s DP mají řadu zdravotních a sociálních problémů – vícerozměrných problémů, které vyžadují komplexní služby. Kromě intervencí zaměřených na PUNL a duševní poruchy tito klienti často vyžadují různé další služby k řešení sociálních problémů a stabilizaci životních podmínek. Dvě oblasti zvláštní důležitosti jsou bydlení a práce (viz Sociální rehabilitace v oblasti bydlení a práce).
6. **Zajištění kontinuity péče:** Kontinuita péče znamená koordinaci péče při pohybu klienta napříč systémem služeb (Puntis, Rugkåsa, Forrest, Mitchell, & Burns, 2015; Weaver, Coffey, & Hewitt, 2017, in SAMHSA, 2020). PUNL a souběžně se vyskytující duševní poruchy jsou často

dlouhodobé stavy, a je tak třeba zohlednit jejich časovou náročnost. Proto, aby byla péče účinná, musí zahrnovat tři rysy charakterizující kontinuitu:

a. Soulad mezi primární péčí a doplňkovými službami.
b. Plynulost při přechodu klienta napříč úrovněmi péče (např. od rezidenční k ambulantní péči).
c. Koordinace současných a minulých intervencí (tj. ujistit se o historii péče, včetně reakcí na péči a preferencí klienta).

Modely léčby DP

DP jsou komplexní stavy a klienti často vyžadují zapojení do různých typů služeb lůžkových i ambulantních (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017). Modely doporučených léčebných postupů usilují o zohlednění rozsahu potřeb lidí s DP, včetně služeb ke zmírnění symptomů, zvýšení míry abstinence, dosažení stabilního bydlení atd. V klinické praxi se zpravidla uplatňují následující modely (SAMHSA, 2020):

- **Sekvenční** nebo sériové či sukcesivní modely péče upřednostňují intervence zaměřeny na jednu poruchu před druhou až do její úspěšné stabilizace. Vzhledem ke vzájemnému vztahu mezi duševním zdravím a poruchami způsobenými užíváním návykových látek se tento přístup obvykle nedoporučuje vzhledem k tomu, že neléčené poruchy mohou potenciálně omezit účinnost intervence u druhé poruchy a za určitých podmínek intervence u jedné poruchy může zhoršit příznaky druhé (např. expoziční terapie u klienta s PTSD může vést k úzkosti a následnému užívání alkoholu jako formy copingové strategie).
- **Simultánní** nebo paralelní péčí nazýváme takovou, při níž jsou poskytovány interevnce pro obě poruchy současně, avšak paralelně u samostatných poskytovatelů péče. I když jde o vyšší míru účinnosti léčby oproti sekvenční léčbě, vyžaduje vysokou míru koordinace a kooperace, a tak v praxi často nevede ke potřebné komplexní péči.
- **Integrovaná** péče se doporučuje jako osvědčený postup péče o klienty s DP, protože řeší všechny klientovy diagnózy, symptomy a další potíže v rámci jednoho systému/zařízení/programu a prostřednictvím jediného týmu úzce spolupracujících pracovníků. Integrovaná péče je prostředkem aktivního kombinování intervencí určených k efektivní intervenci jak u PUNL, souběžně se vyskytujících duševních poruch, tak i řešení související problémů, v rámci celistvého náhledu na individuální situaci klienta.

Integrovaný model lze považovat jako základní doporučený model péče o klienty s DP vzhledem k poměrně široké důkazní bázi (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017; SAMHSA, 2020; WHO, 2020). Tento model je spojen s mnoha žádoucími výsledky souvisejícími s intervencemi u PUNL a souběžně se vyskytujících poruch (Drake, Bond, et al., 2016; Flanagan et al., 2016; McGovern, Lambert-Harris, Ruglass, et al., 2017, in SAMHSA, 2020); snížením počtu návštěv pohotovostních zařízení, hospitalizací na lůžku a nákladů na zdravotní péči (Morse & Bride,

2017); zlepšení rehabilitace v oblasti bydlení a zaměstnání a zlepšení životní spokojenosti nebo kvality života (Drake, Bond, et al., 2016).

Další model s významnou důkazní bází je model **integrovaného case managementu**. V tomto modelu bylo původně propojení se službami založené na individuálních potřebách klientů, avšak case manažeři neposkytovali žádné formální klinické služby. Postupem času se ukázalo, že služby mohou poskytovat efektivnější case management. ICM se objevila jako strategie koncem 80. a začátkem 90. let. Byla navržena jako důkladná a dlouhodobá služba, která má pomoci klientům s DP (zejména těm s mentálním a funkčním postižením a v minulosti nedodržováním předepsané ambulantní péče) s navázáním a udržováním spojení s poskytovateli služeb. Při efektivním využití ICM lze dosáhnout potřebných výsledků v rámci simultánního modelu péče.

Společná východiska pro adiktologickou péči o klienty s DP

Profesionálové v oblasti léčby poruch způsobených užíváním NL a další poskytovatelé služeb by se měli seznámit s diagnostickými kritérii pro duševní poruchy, které se běžně vyskytují společně s poruchami způsobenými užíváním NL, aby mohli klienty odeslat na úplné psychiatrické vyšetření (v případě potřeby) a případně individualizovat péči a služby.

Klienti s DP mohou potřebovat intervence, které se liší od služeb pro klienty bez DP. Terapeuti a další pracovníci musí rozumět tomu, jak rozpoznat příznaky vysoce komorbidních duševních chorob, vědět, jak tyto poruchy ovlivňují rozhodování o péči, a rozpoznat historii traumatu a riziko sebepoškozování spojené s těmito poruchami. Stejně důležité je, aby byl kladen důraz na odlišování duševních poruch, které nejsou identické s poruchami vyvolanými užíváním NL, aby nedocházelo k neúčinné či nevhodné péči.

Pracovníci mohou osvojením specifických strategií (např. výběr vhodných terapeutických intervencí, strukturování klinických sezení) zlepšit adherenci klienta a účinnost péče.

Duševní poruchy (dle MKN 10), které se nejčastěji vyskytují současně se PUNL, zahrnují (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017; SAMHSA, 2020; WHO, 2020):

- Afektivní poruchy: depresivní poruchy, perzistentní depresivní porucha (dysthymie), bipolární afektivní porucha.
- Neurotické, stresové a somatoformní poruchy: fobické úzkostné poruchy (sociální fobie, agorafobie), generalizovaná úzkostná porucha, PTSD.
- Poruchy osobnosti a chování u dospělých: zejména hraniční a antisociální porucha osobnosti.
- Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.
- Poruchy příjmu potravy: mentální anorexii (MA) a bulimii (MB) a nutkavé přejídání.
- Poruchy aktivity a pozornosti.

K aktualizaci a přehledu poruch je přiložena tabulka s kódy a názvy ekvivalentních poruch podle klasifikací MKN-10 a MKN-11.:

Tabulka kódů a názvů ekvivalentních poruch dle MKN-10 a MKN-11

Kategorie	**MKN-10**	**MKN-11**
Afektivní poruchy (poruchy nálady)		
Depresivní epizoda	F32	6A70 (Depresivní epizoda)
Rekurentní depresivní porucha	F33	6A71 (Rekurentní depresivní porucha)
Perzistentní depresivní porucha (dysthymie)	F34.1	6A72 (Perzistentní porucha nálady)
Bipolární afektivní porucha	F31	6A60 (Bipolární porucha typu I), 6A61 (Bipolární porucha typu II)
Neurotické, stresové a somatoformní poruchy		
Sociální fobie	F40.1	6B04 (Sociální úzkostná porucha)
Agorafobie	F40.0	6B02 (Agorafobie)
Generalizovaná úzkostná porucha	F41.1	6B01 (Generalizovaná úzkostná porucha)
Posttraumatická stresová porucha (PTSD)	F43.1	6B40 (Posttraumatická stresová porucha)
Poruchy osobnosti a chování u dospělých		
Hraniční porucha osobnosti	F60.31	6D10 s kvalifikátorem „hraniční vzorec“
Antisociální porucha osobnosti	F60.2	6D11 s kvalifikátorem „disociální vzorec“
Schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy		
Schizofrenie	F20	6A20 (Schizofrenie a příbuzné psychotické poruchy)
Poruchy příjmu potravy		

Kategorie	**MKN-10**	**MKN-11**
Mentální anorexie (MA)	F50.0	6B80 (Mentální anorexie)
Bulimie nervosa (MB)	F50.2	6B81 (Bulimie nervosa)
Nutkavé přejídání	F50.4	6B82 (Nutkavé přejídání)
Poruchy aktivity a pozornosti		
Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)	F90.0	6A05 (Porucha pozornosti s hyperaktivitou – ADHD)

Všechny tyto duševní poruchy se mohou objevit v prostředí péče u poruch spojených s užíváním NL. Práce s klienty s DP může vyžadovat jiné postupy než péče o klienty s poruchami způsobenými užíváním NL bez DP. Způsob, jakým péče probíhá, se může lišit v závislosti na přidružené duševní nemoci.

U mnoha DP se vyskytuje zvýšené riziko sebevraždy a z toho důvodu je v práci s DP třeba důkladně posuzovat riziko sebevraždy a reagovat na pozorované či hlášené sebepoškozování či jeho historii. Trauma je u DP velice časté a je třeba jej zvládat pomocí technik práce s traumatem.

Mnoho symptomů duševní poruchy splývá se symptomy poruch způsobených užíváním NL a naopak. Schopnost rozlišovat mezi těmito dvěma je nezbytné. Podobně se mnoho duševních poruch může objevit v souvislosti s intoxikací nebo abstinencí. Přístupy k péči u těchto poruch vyvolaných látkami se mohou lišit od jiných typů péče nezávislých na poruchách způsobených užíváním NL.

BOX XI
DEPRESIVNÍ PORUCHY

Lehké, středně těžké až těžké depresivní poruchy jsou nejčastější komorbidní duševní poruchou u osob s poruchami způsobenými užíváním návykových látek (Torrens et al, 2015). Vztah mezi užíváním návykových látek a depresí je složitý. Poruchy způsobené užíváním návykových látek přispívají k rozvoji deprese a užívání návykových látek může ohrozit výsledky intervencí; deprese zase může zvýšit míru užívání návykových látek a urychlit progresi poruch způsobených užíváním návykových látek (WHO, 2020). Depresivní příznaky se mohou objevit během odvykání od návykových látek a odeznít při abstinenci, ale mohou také přetrvávat dlouho po ukončení užívání návykových látek. Klienti by proto měli být často monitorováni. V případě, že depresivní příznaky přetrvávají a je diagnostikována depresivní porucha, je zásadní léčit obě poruchy současně pomocí modelu integrované léčby. Důležité je, aby užívání návykových látek nebo poruchy způsobené užíváním návykových látek nevylučovaly intervence u deprese.

Depresivní porucha je vysoce spojena s rizikem sebevraždy (SAMHSA, 2020). Studie uvádí, že 39 procent lidí s celoživotní diagnózou depresivní poruchy zvažovalo sebevraždu; téměř 14 procent mělo celoživotní prevalenci pokusu o sebevraždu (Hasin et al., 2018). Pracovníci by se měli vždy dotazovat klientů, zda uvažovali o sebevraždě, zda mají či nemají příznaky deprese nebo je zmiňují. Těžké depresivní poruchy mohou zahrnovat psychotické jevy, jako je sluchová či vizuální halucinace. Většina lidí s depresí však nevykazuje psychotické příznaky, i když je deprese závažná.

Lidé s depresí a současně se vyskytujícími PUNL mívají závažnější příznaky (např. poruchy spánku, pocity bezcennosti), vyšší riziko sebevražedných myšlenek a pokusů o sebevraždu, horší fungování a více dalších psychiatrických komorbidit než lidé se samotnou depresí (Blanco et al., 2012; Gadermann, Alonso, Vilagut, Zaslavsky, & Kessler, 2012). Je méně pravděpodobné, že budou dostávat antidepresiva než lidé se samotnou depresí – navzdory silným důkazům podporujícím účinnost antidepresiv při zmírňování i některých příznaků PUNL (Blanco et al., 2012).

Jakmile je klient adekvátně vyhodnocen, existuje řada farmakologických a psychosociálních intervencí, které je možné využít v procesu léčby. Pokud depresivní příznaky přetrvávají a narušují každodenní fungování, může klient vyžadovat farmakologickou intervenci antidepresivy. Psychosociální intervence u deprese zahrnuje psychoedukaci, zvládání stresu, terapii využívající strategie na změnu chování a kognice, behaviorální aktivaci, relaxační trénink, skupinovou interpersonální terapii a posílení sociální opory (WHO, 2020). Psychoterapie s nebo bez doplňkového užívání antidepresiv, může účinně snížit frekvenci užívání návykových látek a depresivní symptomy a zlepšit fungování krátkodobě i dlouhodobě (SAMHSA, 2020).

Péče s dvojím ohniskem, která kombinuje kognitivní (např. kognitivní restrukturalizace) a behaviorální strategie péče (např. behaviorální aktivace) s motivační (např. motivační rozhovor) se

ukázaly být účinnější než ostatní formy léčby (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017).

Doporučená praxe při současné přítomnosti depresí

- **Uplatňujte obecné principy pro terapii depresivní poruchy**; Možná až polovina klientů, které navštěvuje nějakou adiktologickou službu, bude mít depresivní poruchu. Poradci by měli očekávat, že se ve své práci setkají s depresivními symptomy a poruchami, a měli by se proaktivně seznamovat s diagnostickými kritérii a obecnými terapeutickými přístupy.
- **Rozlišujte mezi běžnými projevy deprese a depresemi spojenými s vážnějšími duševními chorobami** (poruchy osobnosti, schizofrenie, bipolární afektivní porucha aj.), zdravotními stavy a vedlejšími účinky léků a změnami vyvolanými látkami. Rozlište, že je možné mít depresivní příznaky, aniž byste splnili všechna kritéria pro depresivní fázi nebo jinou depresivní poruchu. Důležité je také odlišení depresivní poruchy od normálních nálad a symptomů deprese.
- **Edukujte o možných projevech deprese klienty a poradensky je doprovázejte**; Příznaky deprese mohou přetrvávat 3 až 6 měsíců po abstinenci a je třeba se jim věnovat i poradensky. Edukovat klienty o vztahu deprese k užívání návykových látek, aby věděli, co mohou očekávat od péče a průběhu zotavování.
- **Sledujte vývoj symptomů a včas na ně reagujte**; Někdy může užívání návykových látek maskovat depresivní symptomy a deprese sama o sobě nemusí být zřejmá, dokud klient návykové látky nepřestane užívat. Průběžně sledujte příznaky a okamžitě reagujte na jakékoli zesílení příznaků.
- **Podporujte klienty v motivaci ke změně bez ohledu na to, které části obtíží se bude intervence věnovat**; Klienti s depresí se často cítí beznadějní a nemotivovaní, což může bránit jejich účasti a udržení v péči. Pokud se zdá, že se klienti zdráhají zapojit se do intervencí u PUNL, nevykládejte si to jako známku odporu nebo nedodržování předepsané léčby. Zmírnění jejich depresivních příznaků by s tím mohlo do určité míry pomoci. Ale také pracujte s klienty na zvýšení motivace a sebeúcty, aby si mohli rozvinout sebevědomí a internalizovat přesvědčení, že uzdravení je možné.
- **Postupně zavádějte a učte klienty dovednosti pro účast v programech vzájemné podpory**.
- **Zvažte strategie zaměřené na změnu chování, kognice a motivace;** motivační rozhovory namísto obvyklé psychosociální péče nebo jako doplněk k běžné psychosociální péči mohou být v určité fázi významně účinné.
- **Spojte poradenství v oblasti poruch způsobených užíváním návykových látek s léky a službami v oblasti duševního zdraví**.
- **Při projevení nebo zesílení symptomů zvažte farmakoterapeutickou intervenci**. Vzhledem k tomu, že antidepresiva mají silnou účinnost při snižování symptomů deprese, mějte po ruce

jména místních odborníků na duševní zdraví (pokud nejsou ve službě k dispozici), aby klienty poslali k úplnému posouzení a kontrole medikace.

- **Průběžně posuzujte depresivní symptomatiku ve vztahu k užívání NL**; Vzhledem k tomu, že depresivní symptomy mohou být důsledkem PUNL a nikoli základní duševní porucha, je nezbytné pečlivé a neustálé hodnocení.
- **Buďte pozorní k možným sebevražedným tendencím**; Vzhledem ke zvýšenému riziku sebevraždy u depresivních fází neustále vyhodnocujte známky sebevražedných myšlenek, projevů/chování a pokusů a buďte obezřetní. K ochraně klientů před sebepoškozováním použijte strategie zmírnění rizik (např. krizové dovednosti).

BOX XI
BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

Lidé s bipolární afektivní poruchou mají vysokou prevalenci (65 procent) celoživotního výskytu PUNL (McDermid et al., 2015). Souběžně se vyskytující bipolární porucha a PUNL jsou spojeny s četnými nepříznivými klinickými, sociálními a ekonomickými důsledky, včetně zvýšené závažnosti symptomů a horších výsledků péče a vyššího rizika sebevražd (Ma, Cole s, & George, 2018). Přítomnost souběžného výskytu PUNL s bipolární poruchou je dávána do souvislosti s nižší adherencí k intervencím a udržením v péči, protrahovanými epizodami nálad, horší obnovou funkčních schopností (i po abstinenci), zvýšeným využíváním pohotovostních služeb, častějšími hospitalizacemi, variabilnějším průběhem onemocnění, větší afektivní nestabilitou, větší impulzivitou a horší odpovědí na intervence pomocí lithia (Swann, 2010; Tolliver & Anton, 2015).

Jedincům s touto DP by měla být nabízena duálně zaměřená péče zaměřená na bipolární poruchu a poruchy způsobené užíváním návykových látek a jejich interakce, která je založena na strategiích cílících na změnu chování a kognice (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017). Pouze málo studií se zabývalo nefarmakologickým přístupem k péči při souběžném výskytu bipolární poruchy s PUNL. Skupinová terapie využívající strategie zaměřené na změnu chování a kognice, integrovaná terapie a techniky prevence relapsu mohou pomoci snížit počet hospitalizací, zvýšit abstinenci, zlepšit adherenci k lékům, snížit závažnost PUNL a (v menší míře) zlepšit symptomy bipolární poruchy (Gold et al., 2018 in SAMHSA, 2020). Výsledky jsou však napříč studiemi nekonzistentní, což podtrhuje potřebu dalšího výzkumu.

Doporučená praxe při současné přítomnosti bipolárně afektivní poruchy

- **Začínejte s obecnými a neprovokativními tématy a postupujte po malých krocích.**
- **Sledujte symptomy a okamžitě reagujte na jakékoli zesílení**.

- **Věnujte zvýšenou pozornost udržování klidné komunikace a bezpečí.**
- **Při každém sezení silně zdůrazňujte potřebu dodržování předepsané medikace a sledujte její dodržování;** Cyklická povaha bipolární poruchy je často potencována nedodržováním medikace a je tak zásadní zprostředkovat pochopení přitažlivosti manické epizody.
- **Věnujte pozornost známkám deprese nebo mánie;** u rozvíjející se mánie, která prakticky nereaguje na psychosociální intervence, prokázaly různé stabilizátory nálady vysokou účinnost. Jejich včasné použití může odvrátit potenciálně rizikové či život ohrožující chování a jednání.
- **Využívejte širší spektrum psychosociálních intervencí**; vyšší účinnost má použití integrovaných skupinových intervencí, které využívají více složek péče k řešení jak nálady, tak symptomů souvisejících s návykovými látkami. Techniky zahrnují poradenství, prevenci relapsu, psychoedukaci, management léků a pravidelné telefonické nebo osobní kontrolní sezení za účelem sledování symptomů a postupu péče.
- **Postupně zavádějte a učte dovednosti pro účast v programech vzájemné podpory**.
- **Koordinujte psychosociální, psychoterapeutické a farmakologické intervence se službami v oblasti duševního zdraví.**
- **Buďte pozorní k možným sebevražedným tendencím**; sebevražda a sebevražedné chování jsou u této populace klientů vysoce rizikové a profesionálové v oblasti poruch způsobených užíváním NL by měli důkladně rozumět své roli v prevenci sebevražd.

BOX XI
ÚZKOSTNÉ A FOBICKÉ PORUCHY

Vztah mezi užíváním návykových látek a úzkostnými poruchami je složitý a mnohostranný, přičemž se tyto dvě poruchy běžně vyskytují současně. Dvanáctiměsíční nebo celoživotní PUNL dle DSM-5 (tj. bez alkoholu) je spojena s 1,2 až 1,3krát zvýšenou pravděpodobností výskytu úzkostné poruchy, včetně generalizované úzkostné poruchy a 1,1 až 1,3krát zvýšené pravděpodobnosti výskytu sociální fobie (Grant et al., 2016). Některé studie uvádějí, že dvanáctiměsíční prevalence panické poruchy se souběžným PUNL je 11 procent a celoživotní je 28 procent (de Jonge et al., 2016).

Souběžný výskyt PUNL a fobických a úzkostných poruch ovlivňuje vývoj a udržování komorbidity, prezentaci a výsledky intervencí té druhé (Brady, Haynes, Hartwell, & Killeen, 2013). V důsledku toho mají lidé s úzkostnými poruchami a souběžně se vyskytujícími PUNL horší výsledky než lidé s některou z těchto poruch samostatně (větší počet hospitalizací a využívání zdravotní péče, častější relapsy, horší fungování, větší obtíže v mezilidských vztazích, závažnější symptomy a horší kvalitu života a horší odpovědi na intervence). Úzkostné symptomy a úzkostné poruchy jsou prediktory sebevražedných myšlenek a pokusů o sebevraždu (Bentley et al., 2016); vzhledem k

tomu, že PUNL také zvyšují riziko sebevraždy (Yuodelis-Flores & Ries, 2015), kombinace těchto dvou naznačuje, že je u těchto klientů opodstatněné úsilí o zmírnění rizika sebevražd.

Péče u klientů s úzkostnými poruchami a PUNL by měla zahrnovat intervence, které řeší úzkost i PUNL současně. Klienti mohou hlásit snížení některých symptomů úzkosti během detoxikace nebo v raném stádiu zotavení (McHugh, 2015). To však neznamená, že samotná zaměření na PUNL je dostatečné k řešení souběžně se vyskytující úzkosti. Přítomnost úzkostné poruchy dále komplikuje intervence u PUNL a může učinit dosažení a udržení abstinence a prevenci relapsu problematičtější (McHugh, 2015). Souběžná, integrovaná péče, která zahrnuje strategie zaměřené na změnu chování a kognice nebo expoziční terapii, může bezpečně a účinně snížit příznaky a symptomy PUNL, ale v některých studiích nejsou účinnější než placebo (McHugh, 2015).

Brzy po ukončení užívání návykových látek se u mnoha klientů objeví úzkost nebo nespavost, které lze intervenovat symptomatickými léky (WHO, 2020). Sedativně-hypnotické léky, jako jsou benzodiazepiny, by však měly být používány s opatrností kvůli vysokému potenciálu vzniku poruch způsobených užíváním NL. Navíc mohou zvyšovat riziko smrtelného předávkování, pokud klient užívá léky, které mohou způsobit respirační depresi (např. opioidy). Spolu s psychosociální a behaviorální péčí by měly být zváženy alternativní léky, jako jsou antidepresiva.

Doporučená praxe při současné přítomnosti úzkostných a fobických poruch

- **Věnujte se oběma přítomným obtížím souběžně**; Intervence pouze u jedné poruchy je obvykle nedostatečná, stejně jako intervence u poruch izolovaně (např. sekvenčně). Klienti s úzkostí i poruchou způsobenou užíváním NL potřebují souběžnou péči, která se současně zaměřuje na oba stavy.
- **Při projevení nebo zesílení symptomů zvažte farmakoterapeutickou intervenci**; Farmakoterapie může účinně snížit symptomy úzkosti (zejména v kombinaci s psychoterapií) a může být nutné, aby byla součástí plánů péče. Nicméně předepisování psychofarmak klientům s PUNL může být složité. V případě potřeby odkažte klienta k odborníkovi na duševní zdraví, aby provedl úplné posouzení, zda je intervence oprávněná a jak ji bezpečně začlenit do plánu péče[1].

[1] Lidé v procesu zotavování z PUNL mohou mít rozporuplné pocity z užívání léků. Ne všichni klienti s úzkostnými poruchami budou potřebovat farmakoterapii, v mnoha případech však může pomoci a v kombinaci s psychoterapií je často účinnější při snižování symptomů úzkosti a zlepšování fungování než samotná medikace nebo psychoterapie. Je tak důležité s léky na klienty „netlačit"; místo toho je vyzvěte, aby prozkoumali své pocity z užívání léků a diskutovali o jejich výhodách a nevýhodách.

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu se běžně používají ke zvládání generalizované úzkostné poruchy, panické poruchy a sociální úzkostné poruchy, neměly by se však užívat s alkoholem. Pracovníci v oboru závislostí musí edukovat klienty užívající anxiolytika (zejména benzodiazepiny) o indikacích, kontraindikacích, nežádoucích účincích a nebezpečích interakcí mezi léky a alkoholem. Konkrétně u klientů s úzkostí a závislostního chování u alkoholu může být zapotřebí doporučení k odborníkovi z oblasti duševního zdraví, aby poskytl poradenství ohledně farmakoterapie.

- **Mějte na paměti zvýšené riziko vzniku poruch způsobených užíváním NL spojeného s užíváním benzodiazepinů**. Toto riziko může být zvýšené u lidí, kteří zneužívají léky k samoléčbě svých příznaků úzkosti nebo obecně u lidí s PUNL. Použijte strategie zaměřené na změnu chování a změnu na kognitivní úrovni, které účinně léčí úzkostné poruchy, abyste minimalizovali potřebu užívání léků.
- **Poučte klienty o nebezpečích spojených s užíváním látek k samoléčbě a kontrole příznaků úzkosti a zaměřte se na tolerování úzkosti, seberegulaci a adaptivní zvládání nepříjemných situací včetně cravingu.**
- **Vyhodnoťte (a nedoporučujte) volně prodejné látky, které mohou způsobit nebo zhoršit příznaky úzkosti, jako jsou kofeinové pilulky a doplňky na hubnutí.**
- **Zvyšujte porozumění sociálním situacím u klientů se sociální úzkostnou poruchou**; Ačkoli skupinová terapie využívající techniky zaměřené na změnu chování a kognice může pomoci lidem se sociálně úzkostnou poruchou naučit se lépe se cítit v sociálním prostředí, individuální terapie může být stejně účinná a měla by být možností pro klienty, kteří odmítají skupinovou terapii.
- **Očekávejte delší trvání péče ve srovnání s péčí buď úzkosti nebo samotné PUNL**; Když se klienti nezlepšují podle očekávání, příčinou nemusí být nutně selhání intervence nebo nedodržování pravidel ze strany klienta. Klienti mohou být v souladu s péčí a plány mohou být adekvátní, ačkoli příznaky přetrvávají[2].
- **Průběžně posuzujte úzkostnou a fobickou symptomatiku ve vztahu k užívání NL** Příznaky mohou být důsledkem PUNL, nikoli základních duševních poruch; pečlivé, průběžné hodnocení je klíčové.
- **Buďte pozorní k možným sebevražedným tendencím**; Úzkostné symptomy a poruchy jsou rizikovými faktory pro sebevražedné myšlenky a pokusy o sebevraždu. Použijte zmírnění rizika sebevražd (např. rutinní hodnocení, důkladná dokumentace) a spolupracujte s klienty na implementaci plánů, jak tyto stavy zvládat.

BOX XI
POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

Existuje silná souvislost mezi posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) a PUNL (SAMHSA, 2020). Předpokládá se, že u lidí s PUNL se celoživotní prevalence PTSD pohybuje mezi 26 procenty a 52 procenty a míra současné PTSD mezi 15 procenty a 42 procenty (Vujanovic, Bonn-Miller, & Petry, 2016). Dle některých autorů je mezi lidmi s PTSD celoživotní míra PUNL pravděpodobně mezi 36

[2] Klienti s těžkými a přetrvávajícími PUNL a úzkostnými poruchami by neměli být považováni za rezistentní, manipulativní nebo nemotivované, spíše potřebující intenzivní podporu

procenty a 52 procenty (Vujanovic et al., 2016). Je tak podstatné, aby všechny služby, které pracují s uživateli NL, dokázaly identifikovat možnou PTSD a dokázaly potvrdit diagnózu nebo měly možnost referovat klienta na potvrzení diagnózy na specializované pracoviště.

Souběh PTSD s PUNL je vysoce komplexní a je spojen s horšími výsledky péče (včetně nižší míry remise a rychlejšího relapsu), většími kognitivními potížemi, horším sociálním fungováním, vyšším rizikem pokusu o sebevraždu a zvýšenou mortalitou (Flanagan, Korte, Killeen, & Back, 2016; Schumm & Gore, 2016). Ve srovnání s lidmi s posttraumatickou stresovou poruchou nebo samotnou poruchou způsobenou užíváním alkoholu, ti s oběma hlásí traumatičtější dětství, více psychiatrických komorbidit, zvýšené riziko sebevražd a závažnější příznaky (Blanco et al., 2013).

Historicky se vedly diskuse o tom, zda léčit PTSD a PUNL sekvenčně nebo simultánně, přičemž většina poskytovatelů péče se přiklání k intervencím k PUNL samostatně a dříve než PTSD (Schumm & Gore, 2016; in SAMHSA, 2020). Opačně existují názory, že PUNL mezi lidmi s PTSD je prostředkem samoléčby, který pomáhá zvládat úzkostnou náladu a symptomy úzkosti, čímž se PTSD stává prioritním cílem péče. Existují i názory, že by intervence směřované nejprve k PTSD mohly zhoršit symptomy PUNL nebo způsobit, že klienti budou užívat látky jako prostředek k vyrovnání se s hyperarousalem a negativní náladou, která se může objevit při progresi léčby PTSD (SAMHSA, 2020). Integrovaná, souběžná péče, která řeší oba stavy současně, však získala silnou empirickou podporu, a zdá se, že je pro klienty výhodnější a stále více je považována za současný standard péče, zejména při kombinaci psychosociálních a farmakologických přístupů (Flanagan et al., 2016; Schumm & Gore, 2016; Simpson, Lehavot a Petrakis, 2017, in SAMHSA, 2020).

Expoziční terapie může být bezpečná a účinná při snižování traumat a symptomů PUNL (Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017; Flanagan et al., 2016 in SAMHSA, 2020). Terapie nezaložená na expozici může být středně účinná při zlepšování jak PTSD, tak symptomů PUNL.

Terapie komplexní posttraumatické stresové poruchy vyžaduje fázový přístup, který je zpočátku zaměřen na bezpečnost a stabilizaci symptomů (zaměřený na přítomnost), poté na zpracování traumatických vzpomínek (zaměřený na minulost) a na opětovné začlenění (zaměřený na budoucnost). Stabilizaci uživatelů návykových látek může podpořit tento postupný přístup.

Doporučená praxe při současné přítomnosti PTSD

- **Edukujte klienty v potřebě integrované péče**; Profesionálové musí pomoci klientům pochopit, že abstinence od návykových látek nevyřeší PTSD; obě poruchy musí být léčeny.
- **Péči pečlivě pánujte a plán kontrolujte a vyhodnocujte**.
- **Budujte bezpečí, stabilitu pracovního spojenectví a posilujte klientovu kontrolu nad časováním práce se symptomy v průběhu péče a omezte dotazy na podrobnosti o traumatu**; Když klient čelí bolestným traumatickým vzpomínkám, touha po intoxikaci může

být velmi intenzivní. Zkoumáním traumatických vzpomínek mohou pracovníci s dobrými úmysly nechtěně přivést klienta zpět k látce tím, že ji nabádají, aby „vyprávěl svůj příběh" nebo „vypustila zneužívání". I když chce klient diskutovat o traumatu a zdá se, že je během sezení v bezpečí, mohou nastat různé konsekvence, včetně útržků vzpomínek, které klient není připraven integrovat, zvýšené sebevražednosti a retraumatizace[3].

- **Uvědomte si, že trauma poškozuje schopnost jedince se vztahovat** (attachment). Navázání důvěryhodného léčebného vztahu bude vyžadovat mnoho času a často může být cílem péče, nikoli výchozím bodem.
- **Poskytněte psychoedukaci o PSTD zaměřenou na současné prožívání a naučte klienty dovednostem zvládat příznaky PTSD;** naučte klienta rozpoznat příznaky poruchy a jak se s nimi mimo užívání NL koexistovat bez další eskalace. Pomozte klientovi naučit se deeskalovat intenzivní emoce.
- **Nepřehlížejte a nepodceňujte PTSD oprostěte se od kulturních a společenských stereotypů**.
- **Na základě poznání klientových současných vztahových vazeb a sociokulturního prostředí pracujte s klientem na prevenci retraumatizace**; Opakované trauma je běžné u domácího násilí, zneužívání dětí a některých životních stylů spojených s užíváním návykových látek (např. obchod s drogami), prevence a pomoc klientovi chránit se před budoucím traumatem tak může být důležitou součástí péče.
- **Počítejte s tím, že s klientem, který je diagnostikován nebo má příznaky PTSD, budete postupovat pomalu**. Zvažte vliv anamnézy traumatu na aktuální emoční stav klienta, jako je zvýšená úroveň úzkosti a strachu, depresivní nálada nebo podrážděnost. Uvědomte si, že klienti s touto DP mohou mít vyšší nároky na dobu péče a že intervence u PTSD může být dlouhodobá zvláště u těch, kteří mají v anamnéze vážné trauma.
- **Podporujte klienty ve strategiích vyhýbání se viktimizaci a retraumatizaci**; Lidé s PTSD jsou vystaveni zvýšenému riziku reviktimizace. Diskutujte s klienty o tomto zvýšeném riziku, jak rozpoznat a vyhnout se ohrožujícím situacím a jakou roli hraje užívání návykových látek při zvyšování jejich zranitelnosti vůči reviktimizaci.
- **Pokud je to opodstatněné, vypracujte plán pro zvýšení bezpečnosti na úrovni chování, komunikace a vztahových strategií.**
- **Reagujte více na chování klienta než na jeho slova**.

[3] Klienti s PTSD potřebují stabilitu ve svém primárním terapeutickém vztahu; proto by tato práce neměla být vykonávána v prostředí s vysokou fluktuací zaměstnanců a nikdy bez odpovídajícího výcviku a supervize. Nepokoušejte se poskytovat intervence zaměřené na zkoumání traumatu a příběhu traumatu bez předchozí důsledné práce na bezpečí a stabilitě pracovního spojenectví s ohledem na potenciál vysoce destabilizujících účinků (včetně zvýšení míry užívání návykových látek). Lidé s posttraumatickou stresovou poruchou a užíváním návykových látek mají navíc větší pravděpodobnost, že prožijí další traumata než lidé se samotným zneužíváním návykových látek.

- **Poskytnutím psychoedukace pomozte klientovi pochopit souvislost mezi PTSD a užíváním návykových látek.**
- **Pomozte klientovi získat dlouhodobou podporu při PTSD a odkazujte na odborníky na terapii traumatu**.
- **Buďte pozorní k možným sebevražedným tendencím**; Vzhledem k vysoké prevalenci sebepoškozování v této populaci by profesionálové měli provádět screening na riziko sebevraždy na začátku i v průběhu péče. Riziko sebevraždy u lidí s PTSD koreluje s anamnézou špatného zacházení v dětství a závažnějšími příznaky PTSD – zejména těmi, které se týkají negativní nálady a kognitivních funkcí.

BOX XI

SCHIZOFRENIE, SCHIZOTYPÁLNÍ PORUCHY A PORUCHY S BLUDY

PUNL se často vyskytuje u lidí se schizofrenií a jinými psychotickými poruchami. Ve studii více než 1200 lidí se schizofrenií (Kerner, 2015) byla celoživotní prevalence PUNL 55 procent, včetně zneužívání alkoholu u 17 procent, poruchy způsobené užíváním alkoholu u 26 procent, užívání NL u 13 procent a PUNL u 14 procent. Ve srovnání s běžnou populací mají lidé s těžkými psychotickými poruchami 4krát vyšší riziko těžkého užívání alkoholu, 3,5krát vyšší riziko těžkého užívání konopí a 4,6krát vyšší riziko užívání rekreačních NL (Hartz et al., 2014). Kombinace užívání návykových látek u lidí se schizofrenií nebo jinými psychotickými poruchami přispívá ke zkrácení délky dožití a zvýšené pravděpodobnosti výskytu negativních zdravotních a funkčních dopadů, včetně vyššího rizika sebedestruktivního a násilného chování, viktimizace, sebevražd, nestability bydlení, špatného fyzického zdraví, kognitivních poruch, problémů se zaměstnáním, právních potíží a nestabilních sociálních vztahů (Bennett, Bradshaw & Catalano, 2017; Trudeau et al., 2018). Dále, zneužívání návykových látek u schizofrenie může zhoršit průběh onemocnění a může snížit adherenci k antipsychotické intervenci (Werner & Covenas, 2017).

Antipsychotická intervence je standardem péče se záměrem snížení pozitivních příznaků (např. bludy, halucinace), zatímco různé psychosociální intervence a přístupy mohou pomoci při řešení PUNL (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017). Konkrétně integrovaná terapie zahrnující strategie zaměřené na změnu chování a kognice, skupinová behaviorální terapie, kontingenční management, posílení motivace, motivační rozhovory, asertivní komunitní péče nebo (nejlépe) jejich kombinace mohou pomoci snížit míru užívání návykových látek (množství, frekvence a závažnost), posílit abstinenci, snížit míru relapsu, snížit počet pozitivních vzorků moči a snížit negativní důsledky užívání návykových látek u lidí s PUNL a schizofrenií nebo jinými psychotickými

poruchami (Bennett et al., 2017; De Witte, Crunelle, Sabbe, Moggi a Dom, 2014, in SAMSHA, 2020). Zdá se, že integrovaná péče přináší pozitivnější výsledky než jednotlivé intervence a je tak doporučeným přístupem (SAMHSA, 2020).

Doporučená praxe při současné přítomnosti schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy:

- **Mějte na vědomí, že to, co vypadá jako odpor nebo popírání, může být ve skutečnosti projevem negativních příznaků schizofrenie**.
- **Použijte perspektivu zotavení a soucitný přístup ke klientovi**. To může zprostředkovat naději a umožnit klientům představit si významné zotavení a zlepšení v jeho životě.
- **Získejte pracovní znalosti o známkách a symptomech poruchy**.
- **Uvědomte si, že přesné pochopení role PUNL u klientovy psychotické poruchy vyžaduje četnější a longitudinální hodnocení**.
- **Spolupracujte s psychiatrem nebo odborníkem na duševní zdraví**.
- **Očekávejte krize spojené s duševní poruchou a mějte osvojené postupy (např. krizová intervence, psychiatrická konzultace) k usnadnění stabilizace**.
- **Pokud je to možné, pomozte klientovi získat invalidní důchod, dočasnou pomoc potřebným rodinám a další sociální služby.**
- **Zpřístupněte psychoedukaci o psychiatrickém stavu a užívání léků**. Psychoedukační složka péče by měla zahrnovat informace o duševních poruchách a PUNL, od příčin a historie poruch až po proces uzdravování a o tom, jak mohou nemoci interagovat.
- **Mějte na vědomí, že dodržování medikace je zásadní pro kontrolu pozitivních příznaků a udržení stability/funkčnosti**. Stanovte dodržování medikace jako běžnou součást péče:
  - Poskytujte edukaci o jeho důležitosti.
  - Zjišťujte stav symptomů ve vazbě na medikaci; vzhledem k tomu, že nereagování na léky může být důvodem k nedodržování předepsané medikace.
  - Diskutujte s klienty o důvodech, proč léky neužívají (např. nepříjemné vedlejší účinky, vysoké náklady, zapomětlivost).
  - Využívejte motivačních rozhovorů a dalších postupů ke zkoumání očekávání a přesvědčení klientů o užívání (a neužívání) léků, což může pomoci identifikovat překážky zabraňující dodržování užívání medikace.
  - Pracujte s klienty na vytváření užitečných připomenutí, výstrah nebo jiných praktických řešení při odstraňování překážek v pravidelném užívání medikace.
  - Kde je to vhodné, snažte se získat pomoc rodiny nebo blízkých při poskytování pozitivního posílení a podpory klientů při dodržování předepsaných léků.
- **Zajistěte, aby filozofie léčebného programu byla založena na multidisciplinárním týmovém přístupu**.
- **Poskytujte kratší sezení nebo schůzky s pevnou strukturou a přestávkami.**
- **Při edukaci využívejte jednoduché konkrétní postupy s příklady a multimediálními vstupy.**

- **Podporujte účast v komunitních skupinách s volnočasovými aktivitami.**
- **Naučte klienta dovednostem pro odhalování časných příznaků recidivy duševních chorob i užívání návykových látek.**
- **Zvažte zahrnutí rodiny a podpory komunity do celkového plánu péče.**

BOX XI
PORUCHY OSOBNOSTI

Identifikace poruchy osobnosti (PO) může pomoci poukázat na potenciálně vhodnou léčbu a může pomoci při plánování zvládání komplexních potřeb klientů s touto DP (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017).

Míra prevalence PO mezi lidmi s PUNL je velice vysoká, pohybuje se od asi 35 procent do 65 procent; míra asociální PO se pohybovala od přibližně 14 procent do téměř 35 procent (Kock & Walter, 2018). Podobně mezi lidmi, kteří podstupují detoxifikaci kvůli PUNL, se míra souběžně se vyskytujících PO značně liší od 5 procent do 87 procent (Newton Howes & Foulds, 2018). Lidé s PO a PUNL se liší od těch, u nichž se vyskytuje pouze PO nebo PUNL v mnoha ohledech (Kock & Walter, 2018), včetně závažnějších mentálních symptomů a symptomů souvisejících s návykovými látkami, déle přetrvávajícího užívání návykových látek, větší pravděpodobnosti dalšího souběžného výskytu duševní poruchy (např. úzkost, deprese a poruchy příjmu potravy), zvýšené úmrtnosti a vyšší míry přerušení nebo vypadnutí z léčby PUNL.

Jsou k dispozici účinné intervence pro řešení různých symptomů PD, včetně rizika sebevraždy a sebepoškozování, afektivní dysregulace, maladaptivních myšlenkových vzorů a špatné úrovně mezilidských vztahů a komunikace. Psychoterapie je primární formou intervence, protože pro léčbu PO nebyly dosud schváleny specifické léky. Farmakoterapie může být užitečná jako doplňková léčba určitých symptomů, jako je afektivní labilita, impulzivita a psychóza, ale není užitečná jako primární intervence (SAMHSA, 2020). Dialektická behaviorální terapie (DBT), dynamická dekonstruktivní psychoterapie a schema terapie se jeví jako slibné, zejména pro hraniční poruchu osobnosti (HPO). Ukázalo se, že pozitivně ovlivňují i výsledky související se PUNL, i když obecně stav výzkumu o účinné intervenci u PO a souběžně se vyskytujících PUNL vyžaduje další důkazy (Kock & Walter, 2018).

Klientům s poruchou osobnosti by měla být nabídnuta příslušná intervence PUNL bez ohledu na to, zda jsou zapojeni do služeb pro péči o PO (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence, 2017). Například klienti s hraniční poruchou osobnosti mohou zůstat v péči služeb pro

péči o PO a být odesláni do adiktologické péče pro posouzení a intervence směřované k PUNL. Někteří klienti s poruchami osobnosti však budou mít potíže se zapojením do péče o PO a mohou po určitou dobu zůstat výhradně v péči adiktologických služeb.

Doporučená praxe při současné přítomnosti poruch osobnosti:

- **Věnujte se oběma přítomným obtížím souběžně**; k dosažení nejlepších možných výsledků u klientů s PO a souběžně se vyskytujícími PUNL by péče měla v co největší míře řešit oba stavy a neměla by zanedbávat jednu poruchu před druhou.
- **Získejte pracovní znalosti o známkách a symptomech poruchy;** Klienti s PO mají sníženou schopnost přijímat nebo těžit z korektivní zpětné vazby. Dalším problémem jsou silné protipřenosy, které mohou mít profesionálové při práci s těmito klienty. Klienti mohou být zběhlí v podněcování reakcí různými způsoby. Konkrétní prožitky spojené s protipřenosy se však budou lišit podle konkrétní PO a dalších okolností.
- **Počítejte s tím, že s klientem s PO, budete postupovat pomalu;** Osoby trpící PO mohou způsobit potíže při vytváření skutečně pozitivních terapeutických aliancí. Někteří klienti mají tendenci rámovat realitu z hlediska svých vlastních potřeb a vnímání a nechápou perspektivy ostatních.
- **Péči důsledně vyhodnocujte** abyste se ujistili, že nabízíte adekvátní intervence pro souběžně se vyskytující stavy; Průběh a závažnost PO může zhoršit přítomnost dalších duševních poruch, jako jsou depresivní, úzkostné a psychotické poruchy.

BOX XI

PORUCHY POZORNOSTI A PORUCHY POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU

PUNL patří mezi nejčastější komorbidity Poruch pozornosti a Poruch pozornosti s hyperaktivitou (ADD/ADHD) a údaje z klinických a epidemiologických studií toto spojení podporují (Martinez-Raga, Szerman, Knecht a de Alvaro, 2013). Mezi dospělými se zneužíváním návykových látek je prevalence ADD/ADHD přibližně 23 procent (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012). Ve vzorku více než 500 dětí s ADD/ADHD a bez ní, které byly sledovány během dospívání a rané dospělosti (Molina et al., 2018), bylo časné užívání návykových látek v adolescenci větší a eskalovalo rychleji u dětí s ADD/ADHD. Lidé se PUNL, u kterých se současně vyskytuje ADD/ADHD, mají zvýšené riziko sebevražedných pokusů, hospitalizací, dřívějšího nástupu PUNL, impulzivity, závažnějšího průběhu onemocnění (pro ADD/ADHD i PUNL) a užívání více látek, stejně jako nižší míru abstinence a nižší adherenci k intervencím (SAMHSA, 2020).

Ačkoli je důležité vyloučit jiné příčiny nepozornosti nebo hyperaktivity, nesprávné přiřazení symptomů ADD/ADHD k PUNL zvyšuje pravděpodobnost poddiagnostikování (Crunelle et al., 2018).

Lidé s PUNL, kteří jsou čerstvě abstinenti nebo ti, kteří mají aktivní nebo protrahované abstinenční příznaky, mohou zaznamenat některé poruchy podobné ADD/ADHD. Mnoho behaviorálních příznaků ADD/ADHD se také objevuje během intoxikace a abstinenčních příznaků a funkční důsledky ADD/ADHD, jako je špatný pracovní výkon nebo ztráta zaměstnání, jsou také patrné u lidí s PUNL. Alkohol i konopí mohou vyvolat příznaky, které napodobují ADD/ADHD. To podtrhuje důležitost provedení důkladného vyšetření, aby bylo možné plně prozkoumat symptomy v dětství, rodinnou anamnézu PUNL a psychiatrického onemocnění a další biopsychosociální faktory, které mohou říci, zda je diagnóza ADD/ADHD, PUNL nebo obojí oprávněná (SAMHSA, 2020).

ADD/ADHD komplikuje intervence u PUNL, protože klienti s tímto souběhem poruch mohou mít větší potíže se zapojením do péče a učením se abstinenčním dovednostem, jsou vystaveni většímu riziku relapsu a mají horší výsledky užívání návykových látek. Nejčastější problémy s pozorností u populace léčené PUNL jsou sekundární ke krátkodobým toxickým účinkům látek a ty by se měly s každým měsícem abstinence podstatně zlepšovat. Pouze omezený počet studií zkoumá intervence u ADD/ADHD v souběhu s PUNL (De Crescenzo, Cortese, Adamo, & Janiri, 2017). Péče u dospělých s ADD/ADHD často zahrnuje použití stimulačních nebo nestimulačních léků; i když jsou účinné při snižování psychiatrických symptomů, tyto léky obecně nezmírňují symptomy PUNL (Cunill, Castells, Tobias, & Capella, 2015; De Crescenzo et al., 2017; Luo & Levin, 2017). Samotná medikace ADD/ADHD je tedy nedostatečným léčebným přístupem pro klienty s tímto souběhem poruch (Crunelle et al., 2018; Zulauf et al., 2014).

Doporučený přístup k péči zahrnuje kombinaci psychoedukace, behaviorálního koučování, strategií zaměřených na změnu chování a kognice a nestimulační nebo stimulační medikace s prodlouženým uvolňováním (De Crescenzo et al., 2017). Někteří výzkumníci doporučují nejprve řešit stav, který klienta nejvíce oslabuje (Katzman a kol., 2017; Klassen, Bilkey, Katzman & Chokka, 2012). Jiní navrhují, že pro stabilizaci klienta by měla být prioritou ovlivnění PUNL (Crunelle et al., 2018). Systematický přehled literatury a metaanalýza farmakoterapie ADD/ADHD a PUNL (Cunill et al., 2015) nezjistila žádný vliv načasování zahájení péče, ale varuje, že intervence k symptomům ADD/ADHD může být nutné odložit, dokud nebude dosaženo abstinence, pro možné škodlivé interakce, které mohou nastat mezi léky na ADD/ADHD a užíváním NL.

Doporučená praxe při současné přítomnosti ADD/ADHD:

- **Používejte kombinovaného plánu péče** zahrnujícího psychoedukaci, farmakoterapii, individuální nebo skupinovou terapii využívající strategie na změnu chování a kognice a peer podporu.
- **Snažte se o Integraci intervencí k ADD/ADHD do intervencí k PUNL a opačně.**
- **Pracujte na obou poruchách,** zahajte však nejprve intervence k PUNL a poté zahajte i intervence u ADD/ADHD.

- **Uvažujeme-li o rezidenční péči případů těžké PUNL je třeba brát v úvahu, že samotná medikace obvykle u PUNL nestačí**.
- **Poskytujte farmakoterapii pro ADD/ADHD současně s psychoterapií.**
- **Využívejte příslušnou farmakologickou intervenci na ADD/ADHD** podle potřeby, ale berte ohled na rizika spojená se zneužíváním stimulancií. Zvažte všechna rizika spojená s potenciálními přínosy při rozhodování, zda předepsat stimulační léky lidem s ADD/ADHD v souběhu s PUNL.

BOX XI
PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy a PUNL se často vyskytují společně pravděpodobně proto, že tyto poruchy sdílejí četné fyzické, duševní a sociální rizikové faktory (Riegel, D., Kalina, K., Pěč, O., 2020). Většina studií pozoruje vyšší míru prevalence u žen (SAMHSA, 2020). Metaanalýza (Bahji et al., 2019) zjistila celoživotní prevalenci jakékoli PUNL mezi lidmi s poruchami příjmu potravy na úrovni 25 procent. Ženy hledající léčbu PUNL mají vyšší míru bulimia neurosa (BN) než jakékoli jiné poruchy příjmu potravy (SAMHSA, 2020). Výsledky péče u lidí s poruchami příjmu potravy a PUNL jsou horší než u lidí bez obou onemocnění. Mají vyšší pravděpodobnost předčasné úmrtnosti, souběžného fyzického a duševního onemocnění a pozdějšího zotavení (Root et al., 2010) a mají vyšší riziko předčasného ukončení péče (Elmquist, Shorey, Anderson, & Stuart, 2015).

Zvýšená úmrtnost u klientů s PPP vyžaduje, aby multidisciplinární péče kromě odborníků na PUNL zahrnovala také lékaře, internisty a nutriční terapeuty i odborníky na duševní zdraví. Obecně se doporučuje souběžná péče; sekvenční intervence mohou zvýšit pravděpodobnost relapsu nebo jinak bránit zotavení z neléčených souběžně se vyskytujících poruch (Gregorowski et al., 2013). Pokud integrovaná péče není možná, intervence k PUNL by měla nejprve přistoupit k zastavení užívání účinné látky a umožnit klientovi plně se podílet na další péči (SAMHSA, 2020).

Bez ohledu na modalitu péče musí poskytovatelé nejprve zajistit lékařskou stabilizaci a stabilizaci hmotnosti, aby klienti byli zdraví a mohli se fyzicky a kognitivně účastnit terapie a mít z ní prospěch (Harrop & Marlatt, 2010, in SAMHSA, 2020). Někteří klienti s AN nebo BN mohou vyžadovat hospitalizaci nebo částečnou hospitalizaci ke stabilizaci stavu výživy včetně hmotnosti. V závislosti na zařízení nemusí být personál vybaven k tomu, aby současně řešil jakékoli DP. Primární léčbou těchto poruch je psychosociální intervence zahrnující individuální, skupinovou, rodinnou terapii nebo jejich kombinaci. Strategie zaměřené na změnu chování a kognice mohou být účinné při PPP, ale nebyly důkladně prozkoumány u populací se souběžnou PUNL (Gregorowski et al., 2013). Dialektická behaviorální terapie může být také užitečná při rozvoji všímavosti, emoční regulaci a

každé afektivní a behaviorální seberegulační schopnosti u poruch příjmu potravy a příjmu potravy a u PUNL samostatně (Ritschel, Lim a Stewart, 2015). Farmakoterapie může být oprávněná u BN a BED (SAMHSA, 2020), ale není to intervence první volby. Jsou zapotřebí další studie, aby se objasnilo, jak přítomnost PPP ovlivňuje intervence u PUNL a jak nejlépe integrovat intervence pro oba stavy.

Doporučená praxe při současné přítomnosti Poruch příjmů potravy:

- **Věnujte pozornost oběma obtížím souběžně**; V ideálním případě by měly být obě poruchy léčeny souběžně pomocí integrovaného modelu péče. Ale vzhledem k tomu, že integrované programy pro tyto DP jsou neobvyklé, intervence k PUNL může být primárním cílem, za předpokladu, že klient je již z lékařského hlediska stabilní.
- **Pokud je to možné, úzce spolupracujte s odborníkem, který se specializuje na poruchy příjmu potravy**. Programy, které se specializují na poruchy příjmu potravy a PUNL, jsou vzácné, může být nutná paralelní péče různými poskytovateli.
- **Provádějte screening poruch příjmu potravy jak při příjmu, tak intermitentně během intervencí u PUNL**; např. během anamnézy, jako součást hodnocení PUNL, jako součást denních nebo týdenních setkání.
- **Provádějte důslednou diferenciální diagnostiku**; mnoho symptomů a rysů poruch příjmu potravy se překrývá s příznaky a rysy PUNL, stejně jako s jinými duševními poruchami, jako je snížený příjem potravy, nízká energie, depresivní afekt, potíže se soustředěním a poruchy spánku. To podtrhuje důležitost včasného screeningu a důkladné diferenciální diagnostiky.[4]
- **Zdokumentujte prostřednictvím komplexního posouzení chování a jednání klienta související s hubnutím**; Lidé s poruchami příjmu potravy často zacházejí při hubnutí do nebezpečných extrémů.
- **Vypracujte plán péče jak pro poruchu příjmu potravy, tak pro PUNL**; Proveďte behaviorální analýzu vybraných potravin a látek; vysoce rizikové časy a situace, které mohou vyústit do neuspořádaného stravování a zneužívání návykových látek; povaha, vzorec a vzájemný vztah neuspořádaného stravování a užívání návykových látek.
- **Nepřehlížejte a nepodceňujte PPP a oprostěte se od kulturních a společenských stereotypů;** Stereotypním obrazem klienta s poruchou příjmu potravy je mladá, heterosexuální, bílá žena, nicméně tyto stavy se vyskytují u obou pohlaví, mezi různými etnickými/rasovými skupinami, napříč kulturami, po celý život a u lidí všech sexuálních orientací a identit.
- **Věnujte pozornost specifickým parametrům souběžné přítomnosti PUNL a PPP;**

[4] Profesionálové z oblasti závislostí mohou mít potíže s odhalováním poruch příjmu potravy. Klienti mohou často příznaky skrývat. Na rozdíl od všeobecného přesvědčení není mnoho lidí s poruchami příjmu potravy extrémně hubených. Ve skutečnosti má většina lidí s BN normální váhu nebo dokonce nadváhu. Naučte se symptomy AN, BN a ZP a mějte po ruce nástroje pro screening a informace o doporučení na odborníky v oblasti duševního zdraví, kteří mohou důkladně posoudit klienty z hlediska možných poruch příjmu potravy a příznaků. Nehledejte pouze klienty, kteří „vypadají“, že mají poruchu příjmu potravy.

- Kromě NL jsou ženy s poruchami příjmu potravy specifické ve zneužívání farmakologických látek požívaných za účelem snížení hmotnosti, potlačení chuti k jídlu a pročištění. Mezi tyto léky patří pilulky na hubnutí na předpis a volně prodejná laxativa, diuretika a emetika. Nikotin a kofein je také třeba vzít v úvahu při posuzování užívání látek u žen s poruchami příjmu potravy.
- Léky související s vylučováním (např. diuretika, laxativa, emetika) jsou neúčinné a potenciálně nebezpečné metody pro dosažení dlouhodobého úbytku hmotnosti nebo udržení hmotnosti. Literatura uvádí, že stejně jako běžnější zneužívání NL, tolerance a abstinenční příznaky se vyskytují u laxativ, diuretik a případně pilulek na hubnutí a emetik.
- Alkohol a látky, jako je konopí, mohou potlačit chuť k jídlu (tj. odstranit normální zábrany v jídle) a zvýšit riziko záchvatovitého přejídání a také relapsu u jedinců s BN. U klientů s poruchami příjmu potravy se objevuje nutkání, tolerance a odvykání od NL spojené s vylučováním (např. laxativa, diuretika) a nutkání k přejídání podobně jako nutkání po NL.

- **Věnujte pozornost přítomným symptomům deprese a úzkosti**; souběžně se vyskytující deprese a úzkost jsou u lidí s poruchami příjmu potravy a PUNL běžné. Posuďte tyto poruchy (nebo jejich příznaky) a odpovídajícím způsobem intervenujte, protože pokud tak neučiníte, může to snížit celkovou úspěšnost péče.
- **Věnujte náležitou pozornost somatické komponentně péče**; Zdravotní stabilizace je kritická, protože lidé s poruchami příjmu potravy jsou vystaveni vysokému riziku vážných zdravotních komplikací, včetně nerovnováhy elektrolytů, kardiovaskulární dysfunkce (např. nízký krevní tlak, arytmie), abstinence od užívání laxativ a dehydratace. Péče by měla zahrnovat neustálou spolupráci s poskytovateli zdravotní péče, aby byla zajištěna bezpečnost a stabilita klienta. Někteří klienti mohou váhat s řešením PUNL ze strachu, že to způsobí přibírání na váze.
- **Zařaďte intervence ve smyslu párového a rodinného poradenství nebo psychoterapie, pokud je to indikováno**; Rodinná dynamika často hraje v životě lidí s poruchami příjmu potravy významnou roli. Pokud je to vhodné, zahrňte rodinu do plánu péče.,
- **Používejte edukaci a psychosociální intervence zaměřené na změnu chování a kognice.**
- **Používejte doplňkové strategie**, jako je nutriční poradenství, stanovení cílového rozsahu hmotnosti a pozorování při jídle a mezi jídlem na poruchy stravovacího chování.
- **Zahrňte do péče dlouhodobé strategie prevence relapsu pro obě přítomné obtíže.**

BOX XI

HODNOCENÍ A ZVLÁDÁNÍ RIZIKA SEBEPOŠKOZENÍ NEBO SEBEVRAŽDY

Riziko sebepoškozování a/nebo sebevraždy se objevuje napříč kombinacemi jednotlivých poruch souběžně se vyskytujících s PUNL. Při úvodním posouzení a nadále pravidelně podle potřeby by měl být každý klient s PUNL požádán, aby sdělil myšlenky, nutkání nebo záměr na sebepoškození, které měl v posledním měsíci, nebo akty sebepoškození, které realizoval v posledním roce. Sebevražda je úmyslné sebevražedné jednání, zatímco sebepoškozování je širší pojem, který se vztahuje na úmyslné sebepoškození nebo otravu, ať už s úmyslem smrti nebo bez úmyslu smrti.

Při posuzování rizika sebepoškození a/nebo sebevraždy jsou důležité následující faktory:

1. posouzení bezprostředního rizika, jinými slovy současných nebo nedávných (během posledního měsíce) jednání, myšlenek nebo plánů na sebepoškození a/nebo sebevraždu, jakož i extrémního rozrušení, násilí, úzkosti nebo nedostatku komunikace;
2. předchozí sebepoškozování (stejně jako zranění nebo otravy v anamnéze);
3. přítomnost jakýchkoli komorbidních tělesných nebo duševních onemocnění;
4. přítomnost chronické bolesti;
5. závažnost emočních příznaků a
6. dostupnost sociální podpory.

Pokud klient již dříve měl myšlenky, plány nebo činy sebepoškozování, měla by být zavedena řada preventivních strategií (WHO, 2020).

1. Důležité je poradit dotyčnému, jeho rodině a příslušným dalším osobám, aby omezili přístup k prostředkům sebepoškozování (jako jsou pesticidy a jiné toxické látky, léky nebo střelné zbraně).
2. Je třeba navázat pravidelný kontakt (telefonáty, domácí návštěvy, dopisy, kontaktní kartičky a krátký intervenční kontakt) s poskytovatelem zdravotní péče. Kontakt by měl být zpočátku častý a poté by měl být méně častý, jakmile se stav jedince zlepší. Intenzitu a délku kontaktu určuje stav jedince.
3. Pokud to lidské zdroje dovolí, doporučuje se u osob, které se v předchozím roce dopustily sebepoškozování, strukturovaný přístup k řešení problémů.
4. Sociální podpora (z dostupných neformálních a/nebo formálních komunitních zdrojů) by měla být dostupná pro osoby, které svévolně informují o myšlenkách na sebepoškozování nebo u nichž bylo zjištěno, že v posledním měsíci plánovaly sebepoškozování nebo se v posledním roce sebepoškozovaly.
5. Osoby ohrožené sebepoškozováním by neměly být rutinně hospitalizovány na nepsychiatrických odděleních všeobecných nemocnic ve snaze zabránit sebepoškozování. Může však být nezbytné přijmout je do všeobecné nemocnice, aby se zvládly zdravotní následky sebepoškozujícího jednání; v takových případech je důležité pečlivě sledovat chování klienta, aby se zabránilo následnému sebepoškozování během pobytu v nemocnici.

6. V případě, že se zdravotnický pracovník obává bezprostředního rizika vážného sebepoškození (například když je osoba násilná, extrémně rozrušená nebo nekomunikativní), je nezbytné zvážit naléhavé předání do služby se specializací na duševní zdraví. Pokud taková služba neexistuje, je třeba zmobilizovat rodinu, přátele, vztažené osoby a další dostupné zdroje, aby na jedince dohlížely tak dlouho, dokud bezprostřední riziko trvá.

Důkazy účinnosti

I				II				III					IV			V			
a	**b**	**c**	d	a	b	c	d	a	**b**	c	d	e	**a**	b	c	**d**	**a**	**b**	c
	1 2								3 7				5			4 6 9 10 12	13	8 11	

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42. SAMHSA Publication No. PEP20-02-01-004. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020.
2. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence. Update 2017. Independent Expert Working Group (2017). Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health
3. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime; 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
4. Mueser KT, Gingerich S. Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. Soc Work Public Health. 2013;28(3-4):424-39. doi: 10.1080/19371918.2013.774676. PMID: 23731429.
5. Duijkers JC, Vissers CT, Egger JI. Unraveling Executive Functioning in Dual Diagnosis. Front Psychol. 2016 Jun 28;7:979. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00979. PMID: 27445939; PMCID: PMC4923259.
6. Drake, R. E., Bond, G. R., Goldman, H. H., Hogan, M. F., & Karakus, M. (2016). Individual placement and support services boost employment for people with serious mental illnesses, but funding is lacking. *Health Affairs*, *35*(6), 1098-1105.
7. Köck, P., & Walter, M. (2018). Personality disorder and substance use disorder–An update. *Mental Health & Prevention*, *12*, 82-89.

8. Torrens, M., & Rossi, P. (2014). Mood disorders and addiction. In *Co-occurring addictive and psychiatric disorders: A practice-based handbook from a European perspective* (pp. 103-117). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
9. Newton-Howes, G., & Foulds, J. (2018). Personality disorder and alcohol use disorder: An overview. *Psychopathology*, *51*(2), 130-136.
10. Tolliver, B. K., & Anton, R. F. (2015). Assessment and treatment of mood disorders in the context of substance abuse. *Dialogues in clinical neuroscience*, *17*(2), 181–190. https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/btolliver
11. K. D. Riegel, K. Kalina, O. Pěč. (2020). Poruchy osobnosti v 21. století. Diagnostika v teorii a praxi.
12. McHugh, R. K. (2015). Treatment of co-occurring anxiety disorders and substance use disorders. *Harvard review of psychiatry*, *23*(2), 99-111.
13. Miovský a kol., (2018). Diagnostika a terapie ADHD, GRADA.

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2

www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

[poslední strana]