

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní program: Adiktologie

Studijní obor: NADI



Bc. Hana Slopovská

Psychiatrická komorbidita v kontextu rodinných faktorů u pacientů ADDA s primární adiktologickou diagnózou

Psychiatric comorbidity in the context of family factors in ADDA patients with a primary addiction diagnosis

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Jandáč

Praha, 2023

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Tomáši Jandáčovi za odborné vedení mé diplomové práce, vstřícný přístup, trpělivost a odborné a věcné připomínky k mé práci. Také bych ráda poděkovala Mgr. Gabriele Rolové, Ph.D. za doplňující odborné konzultace.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 12.07.2023

Hana Slopovská

Identifikační záznam:13

SLOPOVSKÁ, Hana. *Psychiatrická komorbidita v kontextu rodinných faktorů u pacientů ADDA s primární adiktologickou diagnózou [comorbidity in the context of family factors in ADDA patients with a primary addiction diagnosis]*. Praha,2023. 59, 4. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1.lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2023. Mgr. Tomáš Jandáč

Souhlas UVI

Abstrakt

Východiska: Psychiatrická komorbidita označuje souběh adiktologické diagnózy s jednou či více psychiatrickými diagnózami u daného jedince. Psychiatrické komorbidity jsou jednou z častých komplikací nejen u dětí a mladistvých. Zásadní vliv na jejich vznik a rozvoj může mít také rodinné zázemí.

Cíl práce: Cílem diplomové práce je podrobnější popis výskytu psychiatrických komorbidit u pacientů ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA) se zaměřením na rodinné faktory, které mohou mít souvislost s výskytem duální diagnózy u dané populace.

Metody: Ke zpracování výzkumu budou využita data pacientů ADDA, která pochází ze dvou pramenů (FONS a dotazník SAL), která budou následně párována a anonymizována. Pro analýzu dat bude použita korelační analýza.

Výsledky: Studie, která probíhala v letech 2015-2021 obsahovala celkem 157 respondentů ve věku 8-18 let s primární adiktologickou diagnózou. Děti s psychiatrickou komorbiditou bylo celkem 61. Nejčastěji přítomnou komorbiditou byla hyperkinetická porucha (15,3 %). Ohroženo závislostí je celkem 14 % rodin z celkového souboru a 11,5 % dětí s komorbiditou.

Závěr: Dle výsledků naší výzkumné práce nemůžeme potvrdit jednoznačný vliv rodinných faktorů na vznik a vývoj psychiatrických komorbidit u pacientů ADDA. Výsledky vykazují velmi nízký počet procent korelace u jednotlivých hypotéz. Pro více validní výzkum a přesnější potvrzení či vyvrácení hypotéz bychom potřebovali rozšířit výzkumný soubor a konkretizovat dotazník SAL.

Klíčová slova: děti, mladiství, závislost, rodina, komorbidity

Abstract

Background: Psychiatric comorbidity means the concurrence of an addiction diagnosis with one or more psychiatric diagnoses in a given individual. Psychiatric comorbidities are one of the frequent complications not only in children and adolescents, and the family background can also have a major influence on their emergence and development.

Aim: The aim of the thesis is a more detailed description of the occurrence of psychiatric comorbidities in the pediatric and adolescent outpatient clinic of the Addiction Clinic (ADDA) patients with a focus on family factors that may be related to the occurrence of dual diagnosis in the given population.

Methods: ADDA patient data, which comes from two sources (FONS and the SAL questionnaire), will be used to process the research, which will then be matched and anonymized. Correlation analysis will be used to analyze the data.

Results: The study, which took place in the years 2015-2021, included a total of 157 respondents aged 8-18 with a primary addiction diagnosis. There were a total of 61 children with psychiatric comorbidity. The most frequently present comorbidity was hyperkinetic disorder (15,3 %). A total of 14 % of families from the total group and 11,5 % of children with comorbidities are at risk of addiction.

Conclusion: According to the results of our research work, we cannot confirm the unequivocal influence of family factors on the emergence and development of psychiatric comorbidities in patients of ADDA. The results show a very low number of correlation percentages for individual hypotheses. For more valid research and more accurate confirmation or refutation of hypotheses, we would need to expand the research set and make the SAL questionnaire more specific.

Key words: children, youth, addiction, family, comorbidities

Obsah

Úvod.....	10
Teoretická část	12
Ambulance dětské a dorostové adiktologie	12
Práce s klientem v ADDA	13
Spolupráce s rodinou v ADDA	13
Komorbidita	15
Prevalence a psychopatologie komorbidit u adiktologických poruch	19
Afektivní poruchy	20
Bipolární afektivní porucha	21
Anxiózní poruchy	21
Psychotická onemocnění.....	22
Schizofrenie	23
Poruchy osobnosti.....	23
Poruchy pozornosti s hyperaktivitou – ADHD	24
Poruchy příjmu potravy	24
Léčba komorbidit.....	25
Rodinný systém.....	27
Rodina – definice	27
Funkce rodiny	28
Dítě a jeho základní potřeby v rodinném systému.....	28
Genetická predispozice závislostních vzorců chování v rodinném systému	29
Typy rodiny.....	30
Rizikové a protektivní faktory v rodině.....	31
Sociálně patologické jevy rodinného systému.....	31
Závislost.....	31
Adolescentní separace.....	32
Absence rodičů – neúplná rodina.....	32
Rozvod	32
Úmrtí rodiče	33
Praktická část	34
Design výzkumu	34
Výzkumný cíl.....	34
Výzkumné otázky	34
Hypotézy	34
Výzkumný soubor.....	34
Základní soubor	34

Výzkumný soubor.....	34
Metody analýzy dat.....	35
Etické aspekty výzkumu	36
Výsledky	37
Diskuse.....	44
Závěry	46
Literatura.....	47
Přílohy.....	55

Úvod

Ambulance dětské a dorostové adiktologie na Klinice adiktologie vznikla v roce 2014 a stala se tak pátou samostatnou specializovanou ambulancí Kliniky adiktologie (Miovský, Popov, 2016). Tato ambulance je určena dětským adiktologickým pacientům do 15 let, mladistvým do 18 let a jejich rodinám (Miovský et. al., 2018). Cílovou skupinou dětské a dorostové adiktologické ambulance jsou především pacienti s diagnózou ze skupiny F.10-F.19. či s diagnózou F63. (Jandáč, Šťastná, 2020).

Podle ÚZIS v roce 2015 bylo léčeno 1756 dětských a dorostových pacientů v psychiatrických zařízeních, v roce 2016 se léčilo v ambulantních psychiatrických zařízeních 1891 osob a v roce 2017 celkem 1577 dětí a adolescentů, kteří se potýkali se závislostním problémem (Nechanská et. al., 2016). Miovský a Popov uvádí, že se počty dětí a mladistvých, kteří potřebují ambulantní adiktologickou péči pohybuje v rozmezí 4-5 tisíc ročně (Miovský, Popov, 2016).

Světová zdravotnická organizace WHO definovala psychiatrickou komorbiditu jako společný výskyt dvou a více symptomů nebo duševních poruch u daného jedince. Často dochází k záměně termínu komorbidita a duální diagnóza. Termín duální diagnóza poukazuje spíše na užší vztah mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje také jejich etiologii (Jandáč, Šťastná, 2020). Do psychiatrických onemocnění, které se pojí s abusem návykových látek můžeme zahrnout nejčastěji poruchy osobnosti, psychosexuální dysfunkce, úzkostné a afektivní poruchy – především deprese, také zde zahrnujeme poruchy příjmu potravy, obsedantně kompulzivní poruchy a onemocnění schizofrenní (Miovská, 2006).

Prevalence duševních poruch u adolescentů se závislostí se pohybuje mezi 35 % až 83 %, ale střední hodnoty hovoří o 48 % a 56 % výskytu komorbidit u mladistvých. Data vycházejí ze studií publikovaných za posledních 10 let s tím, že velikost vzorku dané populace se pohybovala od 55 do 271 účastníků (Jandáč, Šťastná, 2020). Prevalenci týkající se 45,5 % výskytu prevalence duálních diagnóz popisuje studie provedena v Británii – Manchesteru, která zahrnovala 55 respondentů z čehož bylo 30 chlapců a 25 dívek ve věkovém rozmezí 10-19 let. Výzkumníci zde hovoří o tom, že 96 % respondentů užívalo konopné návykové látky, u 78 % se objevilo problémové pití alkoholu, dále zaznamenali výskyt abusu extáze a kokainu v nižší míře. Psychiatrické poruchy v této studii byly v zastoupení následujícím: poruchy chování ve 45,5 % a ADHD bylo přítomno u 31,5 % respondentů (Marshall, 2012). Dle Španělské studie Mataliho provedené na dětech a dospívajících ve věkovém rozmezí 1-18 let můžeme hovořit o celkové prevalenci 25 % komorbidit, v 50,9 % o chlapcích a ve 49,1 % o dívkách. Tato studie také poukazuje na vyšší výskyt duálních diagnóz u mladších dětí. Nejčastější diagnózou zde byla porucha chování ve 43,8 %, následovaly psychotické poruchy a úzkostné poruchy v obě v zastoupení 10 % a porucha přízpusobení byla s výskytem 2,7 % (Matali, 2016). Američtí výzkumníci zaznamenali až pětkrát vyšší riziko užívání amfetaminů a třikrát vyšší riziko užívání THC u respondentů s poruchami chování, ve srovnání s těmi respondenty, u kterých se záznam poruchy duševního zdraví nevyskytoval. V této studii měla většina adolescentů (90 %) ve výzkumném vzorku jednu až tři přidružené diagnózy. Nejčastější diagnózou byly afektivní poruchy 67,3 % (Hollen a Ortiz, 2015). Jedním z klíčových rizikových faktorů pro duševní zdraví mladistvých může být rodič, který se potýká se závislostí nebo psychiatrickou komorbiditou.

Duševní onemocnění a závislost rodičů jsou spojeny s různými nepříznivými důsledky pro děti včetně rozvoje závislostního jednání či duševní poruchy nebo jejich kombinaci u dětí. Až 23 % dětí vyrůstá alespoň s jedním rodičem, který trpí duševním onemocněním a téměř 12 % dětí žije alespoň s jedním rodičem, který byl nebo je závislý na alkoholu či nelegálních návykových látkách. Mechanismy, které se na rozvoji duševního onemocnění či závislosti mohou podílet zahrnují kombinace interakcí mezi genetickými, individuálními, rodinnými a společenskými faktory (Reupert a kol., 2019). Abusus návykových látek obvykle dokáže zasáhnout všechny aspekty života závislých a jejich rodin. Hajný uvádí, že závislost existuje v systému vztahů dotyčného člověka, což znamená, že se může stát prvkem, který ovlivňuje vztahy, fungování a postoje v rodinném systému. Například nepřítomnost či závislost otce v rodině může negativně působit na vývoj dítěte a podílet se na možném vzniku abusu návykových látek. V rodinách, kde se vyskytuje závislostní jednání mohou být také komplikace s udržováním hranic, které mohou být chaotické či špatně vymezené, špatné komunikační dovednosti, dále jsou často přítomny kodependentní vztahy mezi členy rodiny, dochází k vysoké míře konfliktů a mnohým dalším faktorům, které mohou přispívat k rozvoji psychiatrických komorbidit u dětí a dospívajících (Hajný, 2015).

Teoretická část

Ambulance dětské a dorostové adiktologie

Ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA) na Klinice adiktologie vznikla v roce 2014 (Miovský, Popov, 2016a). Její vznik byl podpořen výsledky z Analýzy potřeb dětí a mladistvých s abusem návykových látek a rizikovým chováním v kontextu institucionální sítě služeb na území Prahy a Středočeského kraje, ve které se respondenti shodují na absenci specializovaných ambulancí pro cílovou populaci dětí a mladistvých, která by navazovala na pobytová zařízení a mohla tím zajistit následnou péči pro danou cílovou skupinu (Miovský et. al, 2014).

ADDA se tak stala tak pátou samostatnou specializovanou ambulancí Kliniky adiktologie (Miovský, Popov, 2016a). Nicméně vznik a uspořádání Dětské a dorostové ambulance navazuje na dlouholetou tradici, kterou započal dětský psychiatr Jan Mečír již v roce 1957, kdy založil tzv. Protialkoholní poradnu pro mladistvé, která sídlila na území dnešní Kliniky adiktologie (Miovský, Popov, 2016b). Cílovou populací nynější Ambulance dětské a dorostové adiktologie jsou nezletilí a dospívající a také jejich rodiče a osoby blízké. Ambulanci mohou využít pacienti, kteří se potýkají s abusem návykových látek či léků, s nelátkovými závislostmi typu gambling, gaming a závislostí na sociálních sítích. Službu mohou využít také pacienti s komorbiditami či s jinými specifickými problémy a také pacienti, kterým byla nařízena tzv. ochranná léčba. Cílovou skupinou ambulance mohou být experimentátoři, škodlivě užívající, problémoví uživatelé (například internetu, sociálních sítí a obrazovek) a osoby závislé. Aktuální seskupení pacientů jsou tři čtvrtiny chlapců a zbylá čtvrtina jsou dívky ve věkovém rozsahu od 12 do 18 let, nejvíce pacientů je ve věku 15-17 let. První kontakt s ambulancí je nejčastěji na popud rodiče (cca 74 %), kteří se o ambulanci dozvěděli z webových stránek, dále na základě indikace OSPOD a školy. Pacienti, kteří ambulance navštěvují mají ve značném procentu již zkušenosti s psychiatrickými službami (25 %) a dětským detoxifikačním oddělením. Děti a dospívající pochází často z rozvedených neúplných rodin (59 %) a v 10 % jsou pacienti z ústavní výchovy. Primárním problémem, pro který vyžívají služeb ADDA je netolismus – gambling, závislost na THC, pervitinu a alkoholu. Iniciace abusu začíná mezi 14 a 15 rokem (Šťastná, 2022).

Aktuální složení týmu ADDA se sestává z lékaře – pedopsychiatra, adiktologa, psychologů a týmu externích pracovníků – právník, ergoterapeut a sociální pracovník. Terapeutický tým ADDA poskytuje předávání základních informací a krátkých informací například k vyhledání a zprostředkování vhodného typu služby. Pacientům je poskytováno individuální poradenství a terapie, vhodná farmakoterapie na základě indikace psychiatra, pomoc rodinným příslušníkům a také edukace v oblasti práva. Terapeutický tým je multidisciplinární a pracuje s komplexními diagnostickými nástroji (adiktologická, psychologická a psychiatrická vyšetření), která vedou ke správnému návrhu léčebného plánu (Šťastná, 2022). Tato ambulance je určena dětským adiktologickým pacientům do 15 let, mladistvým do 18 let a jejich rodinám (Miovský et. al., 2018).

Práce s klientem v ADDA

Při vstupu do služby se klient či zákonný zástupce objedná na volný termín v ambulanci, předá základní informace k objednání a to: důvod ke vstupu do služby, užívanou látku a zanechá na sebe kontakt a základní údaje. První setkání v ambulanci je zpravidla ve formě psychiatrického vyšetření, které začíná pohovorem s klientem a pohovorem s rodiči klienta, poté dojde odebrání anamnézy, stanovení aktuální diagnózy a určení indikace k léčbě.

Poté se klient dostaví ke svému garantovi – psycholog či adiktolog, který provede klienta i jeho rodinu vstupní konzultací, kde společně zmapují aktuální situaci a stanoví si cíl terapie a vytvoří společný kontrakt, který zahrnuje zpravidla: obtíže klienta, očekávání, motivaci ke změně a možná rizika, dále zmapují potřeby aktuální situace, dohodnou se na společných cílech, pravidlech a tématech, kterým se budou v následujících termínech setkávání věnovat. Vstupní psychologická vyšetření je indikována zejména v případech diferenciální diagnostiky pacienta. Vstupní adiktologické vyšetření zahrnuje zajištění anamnézy klienta, použití screeningových nástrojů – dotazníků pro stanovení rozsáhlosti závislostního onemocnění, testy na přítomnost návykových látek, posouzení aktuálních problémů a potřeb, dovedností a vnitřních a vnějších motivačních zdrojů vhodných k léčbě. Dále adiktolog zjišťuje závažnost situace – zkušenosti s návykovými látkami, frekvenci užívání, výši dávky, komplikace, denní režim klienta a také jeho denní nutriční. Při mapování situace se zajímáme především o rodinu, sociální okolí klienta, vztahy s vrstevníky, jeho situaci ve školském zařízení, trávení volného času, zda je klient v konfliktu se zákonem a případně jeho závažnosti a také, zda má klient již zkušenost s adiktologickými službami.

Klient dochází do ambulance zpravidla 1x týdně na 50minutové sezení, je možné dle potřeby stanovovat termíny setkání i v kratších či delších intervalech dle situace klienta. Počáteční délka setkávání je v rozmezí měsíce až dvou, kdy poté následuje zhodnocení aktuálně proběhlých terapií s návrhem plánu na další péči. U dětí a dospívajících dochází ke sdělení zhodnocení na druhé rodinné konzultaci a dohodě na dalším postupu (Šťastná, 2022).

Cílovou skupinou dětské a dorostové adiktologické ambulance jsou především pacienti s diagnózou ze skupiny F.10-F.19. či s diagnózou F63. (Jandáč, Šťastná, 2020).

Spolupráce s rodinou v ADDA

Je nutné, aby se terapii účastnil nejméně jeden zákonný zástupce klienta, a to zejména vstupní a hodnotící konzultace. Rodiče jsou informováni v rámci kontraktu o průběhu terapie – o absenci, pozitivních výsledcích testů na návykové látky či o výjimečných událostech. Ambulance také nabízí možnost poradenských či terapeutických konzultací pro rodiče, zprostředkování rodinné terapie a dalších návazných služeb, které nabízí adiktologická ambulance (Šťastná, 2022).

Jedná se především o ambulantní preventivní, diagnostickou, poradenskou a edukativní péči pro osoby závislé na návykových látkách, problémové uživatele a osoby, které s drogami experimentují. Ambulance se zabývá, jak látkovými závislostmi, tak nelátkovými závislostmi, jako je gamblerství a digitální závislost. Je zde poskytováno individuální a párové poradenství, psychosociální a adiktologická edukace, včasná diagnostika, krizová intervence a krátkodobá terapie. Dospělé klientele je poskytována pomoc psychiatrická –

psychiatrické vyšetření, preskribce a podávání medikace, adiktologická – poradenství a krátkodobá terapie, screening, diagnostika návykových nemocí, práce s motivací s cílem abstinence a změny životního stylu, psychologická a psychosociální. Klientům je dále nabízena ambulantní péče jako navazující pomoc na ústavní pobytovou odvykací léčbu za účelem udržení abstinence – například podpora disulfiramem. Klienti jsou podporováni ve stabilizaci a zlepšování rodinných a sociálních vztahů – v rámci konzultací s rodinnými příslušníky a v neposlední řadě je poskytována pomoc při komunikaci s jinými zdravotnickými zařízeními, úřady, soudy a policií – za souhlasu v ambulanci léčených pacientů. V adiktologické ambulanci probíhají také psychoterapeutické skupiny – skupina motivační – pro pacienty, kteří prošli ústavním detoxem a pro pacienty adiktologické ambulance, kteří se chtějí zbavit své závislosti, dále skupina psychoterapeutická – polootevřená pro pacienty, jejichž cílem je abstinence od návykových látek a snaha o udržení abstinence, skupina podpůrná – které se mohou účastnit i aktuálně neabstinující osoby, u kterých došlo k relapsu, skupina pro rodinné příslušníky – otevřený prostor pro blízké osoby, které se mohou dostavit bez objednání a je jim poskytnuta odborná konzultace, dále skupina pro pacienty v substituční léčbě – uzavřená skupina pro pacienty, kteří docházejí do substituční léčby. Cílovou skupinou adiktologické ambulance jsou osoby, u kterých se vyskytly problémy s užíváním a závislostí na návykových látkách či nelátkových závislostech a také pro jejich rodinné příslušníky (VFN, 2023).

Komorbidity

Termínem „komorbidity“ je označován souběžný výskyt poruchy z užívání návykových látek a jiného duševního onemocnění u téhož jedince.

Autoři používají více slovních spojení pro dané jedince například: „duševně nemocní uživatelé drog“, „duševně nemocní s látkovou závislostí“, „komorbidity porucha“ či duální diagnóza (Torrens et al., 2017).

Pojem „duální diagnóza“ využívá například Kalina a Minařík v knize Klinická adiktologie a definuje ji jako souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy, tj. specifický druh psychiatrické komorbidity, pod kterou si máme představit výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho pacienta/klienta (Kalina, Minařík, 2018).

Pojmy psychiatrická komorbidity a duální diagnóza se často zaměňují, ač mají velmi obdobný význam. Termín duální diagnóza můžeme také chápat jako souběh dvou onemocnění ale ani jedno z nich není závislost (Kalina, Minařík, 2018). Ve své práci budu nadále využívat termínu psychiatrická komorbidity.

EMCDDA definuje komorbidity ve vztahu k uživatelům návykových látek jako „dočasný souběžný výskyt dvou, anebo více psychiatrických poruch definovaných dle Mezinárodní klasifikace nemocí, z nichž jednou je problematické užívání návykových látek“ (EMCDDA, 2004).

Světová zdravotnická organizace definuje duální diagnózu jako „výskyt poruchy u užívání psychoaktivních látek v souběhu s jinou psychiatrickou poruchou u téže osoby“ (WHO, 2010).

Psychiatrická komorbidity se vyskytuje souběžně s jiným onemocněním nebo se může vyskytovat různě v jiném časovém období (Linhartová, 2022).

Komorbidity duševních poruch u uživatelů návykových látek se často pojí s vysokou společenskou a klinickou závažností, obtížnou řešitelností a negativním vlivem na vývoj jejich sociální situace. Jedinci s poruchou z užívání návykových látek, kteří současně mají i jinou duševní poruchu jsou častěji evidováni na urgentních příjmech nemocnic, vykazují vyšší prevalenci suicidálního jednání a také vyšší míru dokonaných sebevražd než osoby, u kterých se vyskytuje pouze závislostní problém. Uživatelé návykových látek s komorbidity onemocnění současně mají vyšší frekvenci rizikového chování, které může vést k psychosociálním deficitům například vyšší výskyt nezaměstnanosti, bezdomovectví, dostávají se častěji do konfliktu se zákonem, tedy můžeme u těchto osob pozorovat vyšší míru násilného a kriminálního chování. Z klinické praxe vyplývá, že komorbidity poruchy jsou často ve vzájemné interakci a mají cyklickou povahu, a tudíž pokud se léčba zaměřuje pouze na jedno onemocnění, a nikoliv na obě současně, prognóza obou onemocnění bude spíše nepříznivá. Je tedy vysoká pravděpodobnost, že léčba adiktologické poruchy i duševního onemocnění bude velmi finančně nákladná a bude zde vyšší pravděpodobnost vzniku chronicity a naděje na uzdravu bude menší, než pokud by se obě onemocnění léčily souběžně. Komorbidity obecně vykazují vyšší náklady a zátěž pro společnost – vezmeme-li v úvahu, že již samotní uživatelé návykových látek vykazují zátěž ve smyslu kriminálního chování a justici (Torrens et al., 2017).

Za komorbidity či duální diagnózu nepovažujeme škodlivé užívání nebo závislost na jiné návykové látce, dále bychom neměli jako komorbidity označovat i některé diagnostické

kategorie z MKN-10 jako jsou psychotické poruchy mimo rámec akutní intoxikace, odvykací stav, amnestické syndromy a psychotické reziduální poruchy s pozdním nástupem. Rozlišení komorbidity a psychopatologické komplikace užívání návykových látek považujeme za závažný diagnostický problém. Příznaky těchto onemocnění se často prolínají, i psychopatologická komplikace může vyžadovat farmakologickou intervenci, která ale není důvodem pro stanovení další diagnózy/komorbidity (Kessler, 2004).

Psychopatologické komplikace mohou u pacienta odeznít, pokud abstínuje spontánně nebo s podporou farmak, z těchto důvodů je výskyt jiných duševních onemocnění u závislých pacientů přeceňován. Je zapotřebí brát v úvahu, že užívání návykových látek může jiné duševní onemocnění i překrývat, což poté komplikuje správnou diagnostiku těchto onemocnění a jejich případné rozpoznání a posouzení (Kalina, Minařík, 2018).

Torrens a kolektiv ve své publikaci píše: „Celkově platí, že u pacientů s poruchami u 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.“ (Torrens et. al.,2017).

Použití termínu „psychiatrická komorbidita“ k označení souběhu dvou či více duševních onemocnění nemusí být vždy správné, jelikož v mnoha případech není možné jednoznačně určit, zda klinické příznaky opravdu odpovídají více typům onemocnění či zda se jedná o klinické projevy jednoho typu psychiatrického syndromu.

Psychiatrické diagnózy podléhají diagnostickým kritériím, jež můžeme nalézt například v DSM (APA, 2013) a MKN (WHO, 1992). Právě od vzniku DSM-III se duševní poruchy diagnostikují dle popisné kategorie, která psychiatrické projevy a symptomy člení na mnoho druhů kategorií, a proto se zvýšil počet jednotlivých popsanych psychiatrických diagnóz. K diagnostice psychiatrických onemocnění jsou dále ke zvýšení přesnosti využívány i diagnostické nástroje ve formě dotazníků a rozhovorů.

Při diagnostice duševní poruchy je třeba brát v potaz také farmakologické účinky jednotlivých psychoaktivních látek, které mohou napodobovat symptomy různých duševních poruch, od kterých je poté obtížné rozeznat psychopatologické symptomy, které jsou projevem primární duševní poruchy, od příznaků akutní či chronické intoxikace návykovou látkou či abstinčních příznaků při odnětí primární drogy.

V diagnostickém manuálu DSM IV. byly popsány tři kategorie psychiatrických poruch zkoumané cílové skupiny, které byly přeneseny i do následujícího rozšíření DSM V.: „primární“ psychiatrické poruchy, poruchy „vyvolané užíváním psychoaktivních látek“ a „předpokládané účinky“ psychoaktivních látek.

Primární poruchu můžeme diagnostikovat, pokud příznaky nejsou důsledkem přímého fyziologického působení návykové látky. Příznaky vyskytující se souběžně s intoxikací návykovou látkou nebo abstinčními příznaky z jejího odnětí je možné považovat za primární, pokud jsou splněny následující podmínky:

- Symptomy výrazně přesahují míru očekávané intenzity vzhledem k typu nebo množství užití látky nebo délky užívání
- Osoba má ve své anamnéze psychiatrické děje, které nesouvisí s užitím návykové látky

- Příznaky daného onemocnění se začaly objevovat již dříve, než dotyčný začal užívat návykové látky
- Po odeznění intoxikace nebo akutních abstinenčních příznaků symptomy přetrvávají po značně dlouhou dobu – minimálně v délce jednoho měsíce.

Poruchy „vyvolané užíváním psychoaktivních látek“ můžeme diagnostikovat pokud: jsou splněna kritéria pro dané onemocnění, tedy nejdříve je nutno vyloučit klasifikaci poruchy jako primární, epizoda se musí vyskytovat po celou dobu intenzivního užívání návykové látky nebo během prvních čtyř týdnů po periodě užívání. Návyková látka, kterou dotyčný užívá by měla vyvolávat podobné symptomy jako posuzovaná porucha a příznaky musí být silnější než předpokládané účinky intoxikace či odvykacího stavu po užívané návykové látce (APA, 2013).

Předpokládanými účinky jsou myšleny fyziologické účinky zneužívaných psychoaktivních látek a závislosti na nich, které se mohou jevit k nerozeznání od symptomů primárních duševních poruch. Nejsou-li splněna kritéria výše popsaných poruch, pak se má za to, že syndrom je projevem účinku intoxikace návykovými látkami nebo abstinenčních příznaků po odnětí užívaných látek (Torrens et. al., 2017).

Zásady pro správné stanovení diagnózy komorbidit uveřejněné v kapitole Kaliny a Minaříka: Je třeba brát v potaz, že vyšetření a správná diagnostika není proveditelná během jednoho sezení, a je proto potřeba mít možnost vyšetřit pacienta po určité době prokázané abstinence ideálně opakovaně. Minimální doba abstinence je udávána 4-6 týdnů, ale ani tento interval nemusí být nutně spolehlivý, a je nutno počítat spíše s větším časovým rozestupem. Ke správné diagnostice je potřeba obsáhlá anamnéza individuální i rodinná a je také vhodné, aby se do sběru údajů zapojila i rodina či blízcí pacienta. Dále je vhodné se seznámit s kompletní zdravotní dokumentací pacienta a navázat komunikaci s ostatními odbornými lékaři, kteří mají daného pacienta v péči. Pacient dále podstupuje psychologické vyšetření zaměřené na osobnostní a výkonové schopnosti. Probíhá komplexní vyšetření somatického stavu pacienta a v neposlední řadě je důležitá spolupráce a ochota pacienta, bez které není možné zjistit zásadní detaily onemocnění (Kalina, Minařík, 2018).

Ke vzniku komorbidního klinického obrazu může docházet dle Miovské a kolektivu zejména ze tří možných důvodů:

První predispozicí ke vzniku komorbidit je již preexistující psychická porucha, bez ohledu, zda toto onemocnění bylo již diagnostikováno, léčeno či neléčeno. Duševní porucha může vést k rozvoji užívání tzv. sebemedikaci jejich příznaků, a tudíž může pacientovi přinášet jistou dočasnou úlevu. Pacient často o svém onemocnění neví a pokračuje dále v užívání návykové látky a rozvíjí svůj abus. Další skupinu tvoří situace opačné, tedy když dlouhodobé a časté užívání návykové látky vede ke vzniku přidružené psychické poruchy. Intenzivní a dlouhodobý abus může komorbiditu způsobit nebo častěji vyvolat svou neurotoxicitou nebo vlivem nepříznivých okolností způsobených užíváním návykových látek. Třetí skupina předpokládá, že závislostní onemocnění a psychické onemocnění jsou vyjádřením jedné základní příčiny, například poruchy osobnosti či stresové poruchy, která může pramenit z traumatizace v dětství.

Ve většině případů není možné přesně určit, zda se vyskytlo první psychické onemocnění či

závislost nebo zda obě onemocnění pramení z dětství. Je nutno brát v úvahu i jiné faktory, které mohou souviset se vznikem onemocnění jakožto jsou rizikové a protektivní faktory a také pacientovu aktuální situaci (Minařík a Kalina in Kalina K., 2018).

Torrens a kolektiv ve své publikaci hovoří o třech hlavních důvodech, které mohou vést ke vzniku různých onemocnění u daného jedince. V první kategorii se může jednat o komorbiditu, která nastává bez příčinné spojitosti. Dále se může jednat o tzv. výběrové zkreslení, tedy že evidujeme jednotlivce či skupiny pacientů, u kterých se dané onemocnění vyskytuje častěji, protože například vyhledali léčbu. A poslední kategorie s názvem příčinná souvislosti zahrnuje čtyři modely etiologické souvislosti, které se nemusí nutně vylučovat a je možné je aplikovat na zkoumání příčin komorbidit:

- Přítomnost jednoho onemocnění je přímo zodpovědná za vznik jiného onemocnění.
- Rizikové faktory pro jedno onemocnění korelují s rizikovými faktory pro jiné onemocnění spojené, čímž se zvyšuje pravděpodobnost souběžného výskytu těchto onemocnění.
- Rizikové faktory pro jednotlivá onemocnění spolu nekorelují, avšak každý zvláště je schopen způsobit onemocnění spojené s faktory, jež jsou rizikové z hlediska druhého onemocnění.
- Paralelní výskyt diagnostických rysů souběžných onemocnění ve skutečnosti s třetím samostatným onemocněním (Torrens et. al, 2017).

Do hypotéz, kterými lze objasnit komorbiditu můžeme začlenit celkem čtyři důvody. První hypotéza hovoří o tom, že kombinace poruchy u užívání návykových látek s jinou duševní poruchou může představovat dva či více samostatných stavů. Může se tedy jednat o pouhou náhodu, tedy prevalence jedné poruchy je vynásobena prevalencí poruchy druhé. Dále se může jednat o důsledek predispozičních faktorů, které mohou zahrnovat např. stres, osobnostní profil, prostředí ve kterém daný jedinec vyrůstá, průběh dětství, genetické vlivy atd., které mohou mít podíl na rozvoji komorbidit. Zásadní roli zde hrají biologické a genetické faktory, které mohou být klíčové pro rozvoj tohoto onemocnění. Především tedy epigenetické faktory a faktory související s náchylností k těmto poruchám. Každá návyková látka se pojí s určitým genetickým systémem, například: opioidní, endokanabinoidní, nikotinové a dopaminové receptory. Dědičná či získaná deficeience na těchto receptorech a drahách může být důvodem vzniku závislostních či psychiatrických projevů (Torrens et. al., 2017).

Komorbidit – tedy závislostní chování související s dalšími psychiatrickými stavy jsou pravděpodobně projevem vývojových poruch, které se začínají objevovat velmi brzy ve vývoji jedince. Tyto poruchy zřejmě souvisejí s neurobiologickými a enviromentálními faktory, které se mohou v životních fázích jedince projevovat jako různé fenotypy například formou psychiatrických či závislostních poruch (Swendsenand Le moal, 2011).

Vrozené predispozice k užívání návykových látek mohou hrát významnou roli již při počáteční-iničiační fázi drogové závislosti, ale spíše se dědičné prvky uplatňují více v rozvoji závislosti jako takové, jako je například udržení drogové závislosti nebo relapsy, než je pouhé užívání návykových látek (Šustková, 2018).

Ze současných genetických studií u závislých osob vyplývá řada souvislostí s dalšími

psychiatrickými komorbiditami a jejich dědičnými predispozicemi v rodinných systémech. Šustková ve své kapitole v Klinické adiktologii shrnuje tyto poruchy do dvou okruhů:

1. Externalizující poruchy – kde můžeme zahrnout úzkost nebo deprese, které jsou velmi úzce propojeny se závislostí na nikotinu. Dále například sociální fobie, panická porucha a výrazně snížené tzv. harm avoidance, tedy vyhýbání se nepříjemným situacím mohou predikovat následný abusus alkoholu u adolescentů a mladých dospělých (Šustková, 2018).
2. Externalizující psychické poruchy – zahrnující antisociální poruchy osobnosti, hraniční poruchy osobnosti, ADHD a tzv. lehké mozkové dysfunkce jsou prokázány rizikovými faktory pro vznik a vývoj závislosti na nikotinu a alkoholu. Dle studií můžeme říct, že závislost na nikotinu je až 6x vyšší u lidí s psychiatrickými poruchami, než je tomu v běžné populaci (Šustková, 2018).

Druhá hypotéza hovoří o tom, že psychiatrická porucha, která není poruchou z užívání návykových látek, je rizikovým faktorem ve vzniku komorbidního adiktologického onemocnění. Zde můžeme uvažovat například o „automedikačních hypotézách“.

A třetí hypotéza poukazuje na to, že adiktologické poruchy mohou být spouštěčem jiné psychiatrické diagnózy, s tím, že toto onemocnění bude mít následně samostatný průběh (Torrens et. al., 2017). Například vztah mezi užíváním konopí a schizofrenií, kdy užití konopí může u mladistvých zafungovat jako spouštěč psychotické poruchy, která má průběh jako samostatné onemocnění (Radhakrishnan et. al., 2014). Čtvrtá hypotéza uvádí, že intoxikace návykovou látkou či odvykací stav této látky může způsobit přechodnou psychiatrickou poruchu, kterou mohou být například psychóza s prvky podobnými schizofrenii, která se může objevit v důsledku intoxikace určitými návykovými látkami jako jsou stimulancia, především amfetaminy či kokain nebo odvykacím stavem způsobeným odnětím těchto látek, což mohou být například depresivní syndromy, které souvisí s vysazením stimulancií (Torrens et al., 2017). Z dlouhodobých výzkumů vyplývá, že za oběma stavy mohou být stejné etiologické faktory (Blanco et al., 2012).

Prevalence a psychopatologie komorbidit u adiktologických poruch

Prevalenci komorbidit můžeme nalézt popsanou ve vícero studiích, které se liší především svým výzkumným designem. EMCDDA v přehledu z roku 2004 uvádí prevalenci výskytu komorbidit u klientů se závislostí mezi 30-50 % v dospělé populaci (EMCDDA, 2014). Mezi dětmi a dospívajícími se prevalence komorbidit pohybuje v rozmezí od 35 % do 83 % z čehož průměr výskytu komorbidity u této populace činí 59,6 %, jak uvádí systematická studie zahrnující deset publikací mezi lety 1998-2004 (Jandáč, Šťastná, 2023).

Data ze studie, která se zabývala 190 Hispánskými adiktologickými adolescenty ve věkovém rozmezí od 14 do 17 let hovoří o 55 % - 88 % prevalenci komorbidit v dané populaci. Pouze 32 adolescentů, tedy 16,8 % mělo pouze adiktologické onemocnění bez psychopatologických komplikací (Gattamorta et al., 2017).

Afektivní poruchy

Mezi afektivní poruchy neboli poruchy nálad můžeme zařadit syndrom hypomanický, manický, depresivní, anxiózní a anxiózně depresivní, tedy onemocnění z diagnostického okruhu F30-F39 z mezinárodní klasifikace nemocí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2019).

Deprese v dětství a adolescenci se pohybuje v rozmezí od 2 % do 4 %, při blíží se pubertě stoupá také prevalence výskytu dané nemoci až do 8 %, v zastoupení převažují dívky. Věkový faktor dané nemoci ovlivňuje také délku depresivní fáze, která u adolescentů činí až 18 měsíců, přičemž u dospělé populace se délka fáze pohybuje v rozmezí od 6 do 13 měsíců, deprese je také spojena s vyšší mírou výskytu sebevražedného jednání, stejně jako u populace dospělé.

Nejčastější komorbiditou poruch z užívání návykových látek je deprese, její prevalence se pohybuje mezi 12-80 % v závislosti na výběrovém souboru. Mezi dětmi a adolescenty můžeme dle Wise et al. pozorovat depresivní onemocnění až u 24 % respondentů. Langenbach (2010) hovoří o 18,5 % výskytu deprese u adolescentů. James (2013) udává výskyt deprese u adolescentních adiktologických pacientů ve výši 10,4 %.

Diagnózu deprese můžeme ve studii Essau, která využívala diagnostiku dle DSM-IV, pozorovat u 35 % adolescentů z méně rizikového prostředí, tedy jejich rodiče neužívali návykové látky a neměli adiktologické potíže, kteří užívají nespécifickou návykovou látku, u 24 % adolescentů užívajících alkohol a u 13 % adolescentů užívajících canabinoidy. U tzv. více rizikových adolescentů, kteří mají rodiče s psychiatrickým/adiktologickým onemocněním jsou prevalence vyšší. Adolescentů užívajících návykové látky je celkem 41 % z čehož 23 % užívá alkohol a 14 % užívá kanabinoidy (Essau, 2011).

Dle aktuálních hypotéz se na etiologii těchto komorbidit můžou podílet různé neurobiologické mechanismy. Klinický obraz deprese a závislosti má často závažnější průběh a prognózu než jedno onemocnění samo o sobě. Z klinických studií vyplývá, že lidé, kteří trpí depresivním onemocněním vykazují vyšší náchylnost k rozvoji adiktologického onemocnění a také ve srovnání s běžnou populací osoby s adiktologickým onemocněním vykazují vyšší predispozice k rozvoji depresivních epizod během jejich života. Souběh adiktologické a depresivní poruchy můžeme označit určitým stupněm klinické závažnosti a častěji se vyskytuje u žen. Ženy se závislostním onemocněním vykazují až dvakrát vyšší prevalenci deprese než běžná ženská populace. Dle velké části studií je primární – samostatná depresivní porucha častější než deprese vyvolaná užíváním psychoaktivních látek (Torrens et al., 2011). Z dalších studií také vyplývá, že u výrazného počtu jedinců s depresivní poruchou vyvolanou užíváním návykových látek dochází k pozdějšímu upřesnění diagnózy na samostatnou depresivní poruchu (Magidson et al., 2013, Martin-Santos et al., 2010). Výskyt deprese a závislosti často predikuje těžší klinický průběh, horší prognózy ve vztahu k oběma onemocněním. Souběh těchto onemocnění je také charakterizován pomalejším tempem údravy obou onemocnění a také nepříznivějším průběhem deprese samotné (Torrens et al., 2005, Hasin a Grant, 2004). Přítomnost deprese značí zhoršený průběh onemocnění a léčbu závislosti (Conner, 2011, Samet et al., 2013). U pacientů s touto komorbiditou je zvýšený počet suicidálního jednání a také vyšší počet dokonaných sebevražd, než u pacientů s jedním samostatným onemocněním (Blanco et al., 2012, Conner, 2011, Marmostein, 2012).

Bipolární afektivní porucha

Pediatrická bipolární afektivní porucha se začala diagnostikovat se značným zpožděním oproti dospělé populaci, prevalence byla nalezena u přibližně 1 % dětí. Značně komplikujícím faktorem v diagnostice daného onemocnění je vysoká komorbidita, které se u závislosti na návykových látkách pohybuje v rozmezí 30-50 % a s ADHD je rozmezí 50-60 %. Přibližně 20 % adolescentů s bipolární poruchou se pokusí o suicidální pokus (Hrdlička, Dudová, 2019).

Bipolární afektivní poruchou, jak vyplývá z celopopulačních studií, trpí až 60 % pacientů, kteří vykazují známky adiktologického onemocnění. K abusu návykových látek dochází především v tzv. manické fázi. Souběžné užívání stimulantů a konopí může pravděpodobně zhoršovat manické příznaky. Během depresivní fáze onemocnění dochází také k užívání návykových látek, alkohol podporuje nárůst deprese a užívání stimulantů a konopí urychluje nástup manické fáze nebo smíšené epizody. Během období údravy bipolární poruchy dochází k omezení užívání návykových látek. Přítomnost závislostního onemocnění u pacientů s bipolární poruchou může predikovat horší sociální adaptaci a celkově horší výsledky (Jaworski et al., 2011).

Jednou z velmi častých návykových látek, kterou užívají osoby s psychotickým onemocněním je konopí a také závislost na konopí je jednou z nejčastějších diagnóz, která je u schizofreniků nebo osob s bipolární poruchou stanovena. Souvislosti mezi konopím a psychotickými poruchami jsou následující:

- Konopí může vyvolat nebo způsobovat přechodný psychotický stav, který u jedinců, kterým nebylo diagnostikováno psychotické onemocnění, pravděpodobně do několika dní vymizí.
- Konopí může sloužit jako spouštěč psychotických poruch, zejména u rizikových jedinců.
- Konopí může zhoršovat psychotické příznaky u osob, u kterých je aktuálně stanovena diagnóza schizofrenie či jiná psychóza (Green a Brown, 2006, Green 2006, Wittchen et al., 2007).

Anxiózní poruchy

Úzkostné poruchy se často vyskytují souběžně se závislostí, zejména porucha panická a posttraumatická stresová porucha. Příčinná souvislost mezi těmito dvěma onemocněními není jednoznačně prokázána a je závislá především na kombinaci návykových látek a druhu úzkostné poruchy (Torrens et. al., 2017).

V dětské a adolescentní populaci můžeme pozorovat anxiózní poruchy se specifickým začátkem v tomto období, mezi které můžeme zařadit například: separačně úzkostnou poruchu v dětství, fobickou úzkostnou poruchu a sociální úzkostnou poruchu se začátkem v raném období. Tato onemocnění mohou mít svůj původ vzniku spojený s genetickou výbavou, vlivem rodinného zázemí a také vlivem nepříznivým sociálních a rodinných systémů zahrnující například, syndrom CAN, úmrtí v rodině a abusus návykových látek (Hrdlička, Dudová, 2019).

Prevalence komorbidity mezi úzkostnými poruchami a závislostí se odhaduje až na 35 %, jednotlivé procentní hodnoty se liší na kombinaci návykové látky, typu onemocnění a věku

respondentů. U adolescentů trpící anxiózními poruchami je výskyt deprese odhadován na 29,2 % (Torrens et al., 2017). Essau hovoří opět o souvislostech běžné populace adolescentů a vysoce rizikové populace adolescentů, kteří mají rodiče s adiktologickým/psychiatrickým onemocněním. U adolescentů s nižší predispozicí ke vzniku komorbidit pozorujeme výskyt deprese u 22 %, kteří užívají návykové látky obecně z čehož 18 % adolescentů užívá alkohol a 15 % adolescentů užívá kanabinoidy. Ze skupiny dospívajících, kteří jsou více ohroženi vznikem komorbidit užívá celkem 32 % nějakou návykovou látku, 23 % respondentů alkohol a 22 % dospívajících užívá kanabinoidy (Essau, 2011).

Diagnostika úzkostných poruch je v oboru adiktologie vysoce problematická, jelikož se příznaky úzkostných poruch mohou pojit s intoxikačními a abstinenčními příznaky při odnětí návykové látky (Torrens et al., 2017). Úzkosti se často vyskytují u uživatelů konopných drog, zejména u těch uživatelů, kteří započali svůj abusus ve velmi mladém věku. Časté a intenzivní užívání konopí je značným prediktorem úzkostí či panických atak – zejména u nezkušených uživatelů. Pravidelným uživatelům konopí může užití drogy naopak úzkost snížit a působí tedy spíše jako anxiolytikum. Také úzkost může vést jedince k počátku abusu konopí, pro zmírnění nepříjemných stavů (Coscas et al., 2013, Schier et al., 2012). U uživatelů opioidů se prevalence úzkostných poruch pohybuje v rozmezí 26-35 %. Mezi nejčastější úzkostné poruchy u těchto uživatelů můžeme zařadit především panickou poruchu, nejčastěji v kombinaci s agorafobií ale i bez ní, a také posttraumatickou stresovou poruchu s prevalencí mezi 1-30 % výskytu. Úzkostné poruchy se mohou vyskytovat také u uživatelů stimulancií, zde se prevalence výskytu komorbidity pohybuje v rozmezí 13–23 % (Torrens et al., 2017).

Psychotická onemocnění

Mezi častou komorbiditu u dospělé populace můžeme zařadit také psychózy. Výskyt psychózy v dětském věku je ojedinělý ve srovnání s dospělou populací. V dětské a adolescentní populaci nejsou psychotické příznaky příliš časté. Psychotické onemocnění se tedy v mladém věku spíše projevuje jinými psychiatrickými stavy, jako jsou například silné depresivní epizody či bipolární afektivní porucha (Stevens et al., 2014).

U osob s psychotickým onemocněním můžeme pozorovat snahu sebededikovat příznaky onemocnění pomocí návykových látek. U těchto osob je zvýšené riziko relapsu obou onemocnění, hospitalizace a mortality. Návykové látky mohou psychotické onemocnění zhoršit nebo narušit farmakologickou nebo psychologickou léčbu.

Pacient trpící psychotickým onemocněním a zároveň závislostním problémem je náročným typem pacienta jak z hlediska diagnostiky, tak péče. Psychózy můžeme rozlišovat dle třech možných jevů:

1. U predisponovaných jedinců mohou návykové látky urychlit rozvoj psychotického onemocnění, které může přetrvávat i po vysazení těchto návykových látek a následné abstinenci.
2. Někteří jedinci mohou mít tzv. základní psychotickou poruchu, která je podpořena souběžným abusem návykových látek, především konopí a amfetaminy.
3. Také následkem intoxikace či odvykacího stavu může dojít k rozvinutí akutní psychotické poruchy, kdy hovoříme o psychóze vyvolané užitím psychoaktivní látky.

Schizofrenie

Schizofrenie v dětství není příliš častá, před 10. rokem života se vyskytuje maximálně v 1 %, před 15. rokem do 4 % a v nejvyšší míře se první příznaky onemocnění objevují do 21. roku života (Hrdlička, Dudová, 2019).

Schizofrenie – jakožto komorbidita je velmi častá, její prevalence se odhaduje na 30–66 % v dospělé populaci. Mezi nejčastější užívané látky u schizofrenních pacientů patří tabák, alkohol, konopí a také kokain. Velká část pacientů užívá návykové látky kombinovaně a po celý život.

Zásadní hypotézou pro počátek abusu návykových látek při schizofrenii je automedikace, podle které lidé užívají návykové látky se snahou zmírnit příznaky svého onemocnění. Ovšem není možné touto hypotézou objasnit všechny případy komorbidit. Tato komorbidita je spojena s vyšší morbiditou a horšími výsledky léčby než adiktologické onemocnění samotné. I mírný abusus návykových látek může zásadně zhoršovat psychotické symptomy, a proto může být nesnadné motivovat pacienta k léčbě závislosti (Torrens et al., 2017).

Abusus konopí může být asociován s brzkým nástupem psychotického onemocnění (Tosato et al., 2013). Lidé trpící psychotickým onemocněním obvykle neužívají konopí jako automedikaci, ale mezi hlavní důvody patří spíše: sociální izolace, nedostatek citlivosti či empatie vůči ostatním, nedostatek energie, problémy se spánkem, sklíčenost, úzkost, neklid, třes či nuda. Tyto symptomy mohou být součástí psychotického onemocnění nebo další přidružené duševní choroby, případně mohou být vedlejšími účinky medikace (Torrens et al., 2017). Psychózy při užívání opioidů nejsou příliš časté, což může mít vysvětlení v antipsychotickém účinku této návykové látky. Jejich prevalence je celkově nízká a pohybuje se v rozmezí od 4 % do 7 % (Maremmanni et al., 2014). Oproti tomu jsou však psychózy a poruchy z užívání stimulantů velmi častým jevem. Psychóza je jednou z nejzávažnějších komorbidit u uživatelů stimulantů – především u uživatelů kokainu a amfetaminů. U osob s psychózou patří stimulanty k jedné z nejvíce nadužívaných návykových látek. Prevalence psychóz u adiktologických pacientů se objevuje u 12 až 86 % uživatelů kokainu (Araos et al., 2014, Roncero et al., 2012, 2013, Vergara-Moragues et al., 2012, Vorspan et al., 2012). Kokain a amfetaminy mohou vyvolat či zrychlit nástup psychotických stavů. Psychóza vyvolaná těmito látkami může být téměř totožná s akutní či chronickou schizofrenií (Florentini et al., 2011, Maremmanni et al., 2015). Také u uživatelů těkavých látek můžeme pozorovat výskyt psychotických příznaků, především u chronických uživatelů. Užití těkavých látek může vyvolat psychotické symptomy, které mohou trvat od několika hodin do několika týdnů po intoxikaci (Florentini et al., 2011, Maremmanni et al., 2015).

Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti se často pojí se závislostmi, především tedy se závislostí na nelegálních návykových látkách, kdy jsou hojně zastoupeny disociální poruchy a hraniční poruchy osobnosti. Ve vědecké studii z Norska mělo minimálně jednu poruchu osobnosti až 46 % adiktologických pacientů (16 % disociální porucha osobnosti – muži, 13 % hraniční porucha osobnosti a zbývajících 8 % respondentů mělo poruchu paranoidní, vyhybavou a obsedantně kompulzivní) (Langas et al., 2012). Pacienti trpící poruchou osobnosti vykazují

problematictější průběh adiktologického onemocnění než pacienti bez poruchy osobnosti. Také tahle skupina pacientů často využívá intravenózní aplikaci návykových látek a uchyluje se více k sexuálním praktikám či jiným aktivitám s obdobnou ztrátou zábran, které predisponují ke krví přenášeným onemocněním, celkovým zdravotním komplikacím a také potížemi v sociálních oblastech. Pro pacienty trpící touto komorbiditou je velmi obtížné setrvat a dokončit oba typy léčby, pokud je adiktologická léčba úspěšná je zvýšená predispozice k tomu, aby se zmírnily i projevy poruchy osobnosti (Torrens et al., 2017).

Poruchy pozornosti s hyperaktivitou – ADHD

Hyperkinetická porucha se vyskytuje u 6-8 % dětské populace, jedná se především o poruchu pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. ADHD je vnímáno jako onemocnění začínající v dětském věku přetrvávající až do dospělosti (až u 50 % osob) s převažující biologickou etiologií (Paclt, Přibilová, 2017). Heritabilita daného onemocnění byla vypočtena až na 77 % (Hrdlička, Dudová, 2019). Se stoupajícím věkem stoupá také prevalence výskytu komorbidit a pravděpodobnosti rizika abusu návykových látek (Paclt, Přibilová, 2017).

Porucha pozornosti je častou komorbiditou u adiktologické klientely zejména v posledních letech. ADHD můžeme pozorovat až u 35 % adiktologických pacientů (Minařík, Kalina, 2018).

Wise a kolektiv (2001) uvádějí výskyt ADHD u 11 % adolescentů a výskyt jiné poruchy chování až ve 24 %. Marshall a kol. (2012) hovoří o 45,5 % výskytu ADHD u dětí a dospívajících jakožto komorbidity u adiktologické klientely. Langebach (2010) se zaměřením především na poruchy z užívání alkoholu v souvislosti s komorbiditami hovoří o 12 % výskytu ADHD u dané populace. James (2013) udává výskyt komorbidity na 20,8 %. Vyšší míra deprese byla pozorována u podtypu onemocnění s převažující poruchou pozornosti a kombinovaného typu, vyšší míra hypomanických příznaků a disociální poruchy osobnosti u podtypu s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou a u kombinovaného podtypu je pozorována zvýšená míra bipolární poruchy (Cuenca-Royo et al., 2013, van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014).

Poruchy příjmu potravy

Velmi častý je souběh poruchy příjmu potravy a adiktologického onemocnění. Prevalence užívání návykových látek u osob s poruchou příjmu potravy se pohybuje okolo 50 % a také více než 35 % adiktologických pacientů uvádí přítomnost poruchy příjmu potravy (Krug et al., 2008, Salbach-Andrae et al., 2008). Lidé, kteří trpí záchvatovitým přejídáním či bulimií vykazují vyšší prevalenci adiktologických poruch než osoby s anorexií – zejména restriktivního typu (Root et al., 2010). Ze studií, které se zaměřovali na výzkum populace s poruchami příjmu potravy vyplývá, že větší predikce k abusu stimulantů a dalších návykových látek je spíše u osob, které k regulaci tělesné hmotnosti užívají farmaka, např. laxativa a jiné přípravky na hubnutí či diuretika (Corte a Stein, 2000). Osoby s tzv. multi-impulse control neboli osoby s nedostatečnou kontrolou vícečetných impulsů jsou náchylnější k problémům v oblastech kontroly impulsů v kontextu bulimie i závislosti. Osoby s komorbiditou závislosti a bulimie se častěji dopouští suicidálních pokusů, jsou impulzivnější a také mohou častěji trpět poruchami osobnosti (Fischer a le Grange, 2007,

Haug et al., 2001, Sansone a Levitt, 2002, Wiederman a Pryor, 1996).

Poruchy příjmu potravy mohou mít vyšší prevalenci u uživatelů stimulantů – amfetaminu, kokainu a extáze (Curran a Robjant, 2006, Martin-Santos et al., 2010).

Léčba komorbidit

Terapie komorbidity by měla být zaměřena jak na léčbu adiktologického onemocnění, tak na léčbu duševního onemocnění, proto vyžaduje určité předpoklady i od terapeutického týmu. Terapeutický tým by měl být schopen vytvořit pro pacienta bezpečnou terapeutickou alianci, měl by podporovat motivaci pacienta a vytvoření náhledu do jeho obtíží. Terapeuté by se měli zaměřit spíše na interpersonální učení, pomáhat pacientovi rozvíjet jeho copingové strategie ve zvládnání jeho komplikované situace. Dále by bylo vhodné se zaměřit na podporu pacienta v rozvoji jeho silných stránek, dovedností a pracovat na tom, aby si dokázal udržet zisky z léčby. V neposlední řadě by mělo být s pacientem pracováno na prevenci relapsu, a to se zaměřením na jeho aktuální stav a situace, které se mohou při jeho obou onemocnění vyskytnout (Kalina, 2008).

Kalina ve své kapitole o komorbiditách v knize Klinická adiktologie rozlišuje tři modely léčby:

- Léčba sukcesivní neboli zaměřujeme se nejprve na léčbu závislosti a léčba duševní poruchy je až na druhém místě či naopak. Pokud se jedná o závažnější případy komorbidit, není možné léčit obě diagnózy souběžně, zejména pokud je klient stále uživatelem návykových látek. Léčit adiktologické onemocnění může být často naléhavější, jelikož její zvládnutí dále podmiňuje další spolupráci při psychoterapii a farmakoterapii jiného psychiatrického onemocnění. Léčit adiktologické onemocnění první může být také výhodnější vzhledem k tomu, že abusus návykové látky může mnohdy vyvolávat psychopatologické příznaky, které mohou být přímo spojené s abusem návykových látek a odstupují až při déle trvající abstinenci a jejich léčba je tudíž možná zahájit až při přetrvávání příznaků u abstinujícího pacienta (Nunes, Levin, 2006). Psychiatři odborníci vnímají situaci zase odlišně, vnímají, že základem je zaměřit se první na léčbu psychiatrické poruchy, kdy poté můžou odeznít příznaky závislostního jednání (Millerová, 2011).
Tento model nebere v potaz faktory, které mohou pacienta s přidruženým onemocněním limitovat v léčebných programech a jeho úspěšnost léčby může být vzhledem k další diagnóze velmi snížena (Kalina a Minařík in Kalina K., 2018).
- Léčba paralelní – zahrnuje léčení obou onemocnění současně, ale každé onemocnění se léčí zvlášť v jiném zařízení. Tento model může přinášet obtíže ve spolupráci s organizacemi, často chybí společný léčebný koncept. Zde může být řešením využít služeb case managementu, který by mohl pomoci podpořit propojení a fungování více organizací souběžně u daného klienta.

- Léčba integrovaná – zaměřujeme se na komorbiditu jako celek v jedné organizaci s jedním terapeutickým týmem, který je schopen poskytnout adekvátní péči pacientovi s oběma diagnózami. Tento typ léčby se jeví jako nejvhodnější, jelikož zvyšuje udržení pacienta v léčbě a je ekonomičtější. Pacienti často uvádějí, že jsou s léčbou integrovanou spokojenější než s jinými modely. Integrovaný model léčby může také mírnit určité stigma, které může přinášet rozdělení léčby obou diagnóz, kdy pacienta tzv. dělíme na dvě části, jelikož pracujeme s onemocněními zvlášť a nikoliv souběžně. Pro pacienty může být tohle dělení matoucí, a obtížně přijatelné, protože obě onemocnění vnímají jako souběžné a vzájemně se ovlivňující (Kalina, 2018).

Léčba komorbidit může zahrnovat určité komplikace, kdy obecně můžeme říct, že pacienti s dvojitým onemocněním mívají horší průběh obou nemocí, závažnější zdravotně-sociální důsledky, také komplikovanější vstup do léčby, její průběh i setrvání/dokončení léčby, kdy se snižuje pravděpodobnost řádného dokončení a udržení abstinence než u osob, které mají pouze jednu diagnózu. Komorbidity samy o sobě mohou do léčby přinášet komplikace například mohou představovat zdroj krizí, konfliktů a rizikových situací, které mohou vést k větší prevalenci relapsů, mohou také zatěžovat nejen daného pacienta, ale i ostatní spolupacienty v léčbě a také zásadně zvyšují nároky na personál, který musí být schopen pracovat s celou komorbiditou souběžně.

Proto můžeme u komorbidit pozorovat i určité stigma, kdy zásadní roli může hrát nepropojenost a nespolečenská sociálních služeb a zdravotních systémů, které by měly poskytovat péči klientům nejlépe souběžně a také zde hraje zásadní roli vzdělání, přístup a hlavně odbornost/nepřipravenost pracovníků a pracovišť s danou klientelou pracovat.

Rodinný systém

Dobře fungující rodina je založena na pevném spojení mezi mužem a ženou, jednotlivé generace rodiny mají být odděleny jasnými hranicemi s jistou propustností. Jelikož málo propustné hranice obě generace od sebe příliš striktně odděluje, a naopak příliš propustné hranice působí zmatek a nejasnosti v kompetencích. Rodiče svým jednáním, rozhodováním a chováním z velké části ovlivňují životní dráhu potomka. Dítě si ze své rodiny přenáší vzorce chování, představy o fungování rodinného systému, o pracovním uplatnění, o manželství a také o hierarchii rodiny. Postupně tyto informace zpracovává a vyhodnocuje ty, které považuje za pozitivní a ty si zanechává a aplikuje je během své následující životní cesty (Matoušek, 2003).

Rodina – definice

Definice rodiny není jednoznačná, mnoho autorů se na její definici dívá z mnoha úhlů pohledů. Lovasová (2006) definuje rodinu dle jejího postavení ve společenském systému, z hlediska sociálních vazeb a funkcí a základních sociálních procesů, které v ní probíhají. Rodina je dle autorky malá skupina osob, které jsou vzájemně propojeny manželským sňatkem, příbuzenskými či obdobnými vztahy, a především společným způsobem života.

Český právní řád, tedy zákon č. 94/1963 Sb., zákon o rodině nahlíží na rodinu jakožto hlavní účel manželství, tedy společného soužití muže a ženy společně s řádnou výchovou dětí.

Matoušek využívá výrazu „rodinné soužití blízkých lidí“, kteří se jako rodina cítí, bez ohledu na to, že byl mezi dospělými uzavřen sňatek či zda jsou děti biologickými potomky dospělých (Matoušek, 2013). Rodina je zdrojem seberealizace, zkušeností a vzorců chování, určitých systémů hodnot, které není možné získat v jiné sociální skupině. Rodina je významným faktorem, který se podílí na celkovém psychosociálním vývoji člověka, formuje osobnost jedince, která je odrazem kvality rodiny. Rodina je významným nositelem budoucích společenských rolí, hodnot a identity člověka (Fisher, Škoda, 2009).

Prvky rodinného systému nejsou pouze jednotliví lidé, ale lidé ve vzájemných vztazích a interakcích neboli síť vztahů, kdy chování každého jedince ovlivňuje ostatní členy rodiny. Tedy i porucha v jednom rodinném prvku, v jedné části subsystému, se může projevit ve funkci celku, každý problematický aspekt v jednotlivci, má vliv na celý rodinný systém a atmosféru v něm (Matějček, 2005). Vstup do sociálního systému rodiny je skrze narození, adopci, pěstounství či svatbu, členové tento systém mohou opustit smrtí či rozvodem (Carr, 2006). Výrazný vliv na vývoj jedince mají především rané sociální zkušenosti, tedy takové, které dítě získává v prvních třech letech svého života, kdy se utváří tzv. bazální osobnost (Nakonečný, 2008). Utváření bazální osobnosti je důležité zejména pro náš rozvoj z hlediska sociálního, emocionálního a intelektuálního. Na vývoji mozku se nepodílí pouze genetické faktory, ale také stimulační, depresivní vlivy a také vliv sociálního prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje a vyrůstá (Shaffer, 2001, Nolen-Hoeksema et al., 2012).

V rodinném systému dochází k primární socializaci jedince, dítě se poprvé dostává do styku se společností, získává nové poznatky o světě, poznává různá omezení, překážky a setkává se první autoritou. Na základě vzorců chování, které dítě pozoruje v rodinném systému, zaujímá postoje a chování ve svém životě a také si na základě těchto poznatků vytváří vztah k sobě samému a ve společnosti (Helus, 2007). Sociální vztahy představují velmi důležitý

prvek v životě jedince a jejich narušení bývá patogenním činitelem pro život jedince i jeho bezprostřední okolí, kdy může docházet k traumatům, duševním projevům, neurotizaci a jiným patologickým jevům, které se mohou negativně podílet na vývoji a utváření dětské osobnosti (Langmeier et al., 2010).

Podle Kajanové (2014) rodina reguluje chování jedince a seznamuje ho se sociálními normami, ale také je z hlediska sociální patologie určitým způsobem zodpovědná za delikventní chování dítěte (Kajanová, 2014). Rodiny jsou pro své členy vlastním domovem, který je pro ně vděčným a zajímavým místem, ale také pro něj může být hrozbou a přítěží (Krejsa, 2022).

Funkce rodiny

Rodina jakožto společenství plní především funkci péče o své vlastní potomky a je také základní jednotkou lidské společnosti. Rodina umožňuje jedinci, aby v ní našel oporu, ztotožňoval se s ní a zároveň mu může také poskytnout svobodu k tomu, aby si budoval a zachovával svou vlastní odlišnost (Matoušek, 2003). Hlavní funkcí rodiny je funkce reprodukční, zejména z důvodu, aby bylo zajištěno pokračování rodu. Dále je součástí funkce ekonomická neboli materiální – rodina se stará především o zabezpečení potomků, je možné, aby v téhle funkci dopomáhal rodině stát, ale nikdy by ekonomická funkce neměla převyšovat socializačně výchovnou – kdy je hlavním úkolem vychovat a připravit děti k fungování ve vnějším světě, především mezi vrstevníky a v ostatní společnosti. V neposlední řadě je důležité zmínit i funkci emocionální, kterou dokáže zastávat pouze sociálně zralý jedinec, který je schopen vytvořit sociálně zdravé zázemí. Rodina by měla dítě emočně zabezpečit, naučit ho sdílet své pocity a porozumět jim, pomáhat pocity vyjadřovat a zvládnout o svých pocitech hovořit (Špaňhelová, 2010). Funkčnost rodiny bývá často narušena, rodina nezvládá plnit svou úlohu a často jde o selhání jednotlivých členů rodinného systému, které mohou být pro dítě zdrojem ohrožení ve formě negativního vývoje, poruch chování a rozvoje dalších sociálně patologických jevů. Tyto jevy můžeme rozdělit na dvě skupiny příčin, první skupina je nezávislá na vůli rodiny – živelné katastrofy, invalidita či nemoc a druhou skupinu příčin tvoří faktory, které jsou závislé na vůli rodiny, do kterých patří: neochota pečovat o dítě, boj se společenskými normami, nezralost či neschopnost vyrovnat se s mimořádnými situacemi. Popsané skupiny jevů se mohou prolínat (Lovasová, 2006).

Dítě a jeho základní potřeby v rodinném systému

Základní potřebou dítěte, kterou čerpá z rodinného prostředí je biologická potřeba, pod kterou spadá především odpovídající výživa, uspokojování základních hygienických potřeb a nutná je také ochrana dítěte před nemocemi a úrazy. Následující potřebou je základní psychická podpora a péče, kdy má rodina podpořit dítě v rozvíjení vlastní identity, vlastního já, dítě také vyžaduje bezpodmínečnou akceptaci a jasnou a pozitivní výchovu, která mu navozuje pocit lásky, uznání a bezpečí, empatie, je třeba dítě učit zvládat frustraci, stresové situace, konfliktní situace a poskytovat mu sociální podporu neboli vědění toho, že se mu doma dostane pochopení od blízkého člena rodiny. V neposlední řadě je nutné dítěti poskytnout také sociální prostředky v rámci bydlení, podpory při vzdělávání a vhodných

vzorů v rodině. Pokud dítě nemá dostatečně naplněny základní potřeby, tak strádá a může docházet k deprivaci, která může mít vliv na rozvoj patologického jednání dítěte v následujícím čase (Komárek, 2011).

Genetická predispozice závislostních vzorců chování v rodinném systému

Závislost a citlivost k návykovým látkám může být předurčena genetickými, dědičnými faktory, které mohou souviset s rozvojem závislostního jednání. Geny, které jsou odpovědné za sdílenou dědičnost na návykových látkách současně s psychiatrickými komorbiditami jsou pravděpodobně pleiotropní – jeden gen kóduje mnohočetné na sobě nezávislé fenotypy (Šustková, 2015). Můžeme také pozorovat, že některé typy závislého jednání vykazují sdílnou dědičnost s jiným typem závislosti – jde tedy o společné geny pro vícečetnou látkovou závislost na více typů drog, tak i o vlohy pro patologické hráčství, poruchy příjmu potravy a jiné další komorbidit. Kendler, Jacobson et al., ve svých studiích genetické predispozice pro závislost na návykových látkách při zkoumání dvojčat (cca 5 000 respondentů) zjistili, že existují dva sdílené faktory, jeden faktor v rámci závislosti na konopí a kokainu a jeden pro náchylnost k alkoholu, kofeinu a nikotinu. Další studie dvojčat poukazují například na sdílenou vrozenou predispozici a genetickou korelaci mezi užíváním tabáku a alkoholu, která je jednou z nejběžnějších kombinací v užívání návykových látek (Hopfer, Stallings, Hewitt, 2001).

Dále bylo zjištěno, že podíl genetických faktorů a faktorů prostředí, které formují riziko navození/udržení drogové závislosti se mění během celého života jedince. Z longitudinálních studií dvojčat vyplývá, že vliv genetické predispozice u závislostí na alkoholu, nikotinu a na konopí byl poměrně nízký v rané dospělosti, ale jejich relativní důležitost narůstala v dospělosti. Naopak vliv rodinného prostředí klesal od dětství do dospělosti, tudíž se předpokládá, že se lidé v dospělosti rozhodují především dle svého vlastního uvážení a na základě svého rozhodnutí si vytváří své sociální zázemí, tudíž vzrůstá vliv genotypu daného jedince (Kendler, Jacobson et al., 2003). Některé genetické alely se mohou formovat až v dospělém mozku, některé se prosadí až při opakovaném užití návykové látky vlivem predispozic jedince na průběh adaptačních změn (Šustková, 2018). Genetické predispozice jsou formovány nejen vlivem vnitřních faktorů, ale fenotyp je také ovlivnitelný vlivem prostředí. Tyto mechanismy nejsou zatím plně objasněny, ale některé studie hovoří o vlivu sociálně příznivého prostředí, kterým lze modulovat či snížit vliv genetických predispozic k psychiatrickým komorbiditám (Nielsen, Untrankas et al., 2012). Brody a kol. ve své randomizované studii z roku 2009 popisují adolescenty, kteří jsou výrazně ovlivňováni rodičovskou podporou nebo začleněním do sociálně pozitivní komunity a bylo u nich výrazně sníženo riziko výskytu iniciace drogových závislostí. Další řada studií popisují epigenetické změny, které mohou být navozené vlivem prostředí, například při působení nadměrného stresu, zejména sociálního a v obzvláště těžkých citlivých obdobích, čímž dochází k výraznému zvýšení náchylnosti k abusu návykových látek a zvyšuje se pravděpodobnost vzniku závislosti. Nadměrný stres, zejména v dětském a adolescentním období je výrazným faktorem pro vznik závislosti a dalších přidružených komorbidit (Sinha, Jatreboff, 2013).

Taylor a Kim-Cohen se ve své studii zaměřili na výzkum DNA chlapců, kteří byli ve své rodině týráni a dospěli k závěru, že se u těchto respondentů vyskytoval společný gen, který

predikuje rozvoj antisociálních problémů, které mohou být rizikové pro rozvoj závislosti či jiných psychiatrických onemocnění (Taylor, Kim-Cohen, 2007). U jedince, který je predisponován k určitému typu závislostního jednání může riziko abusu návykových látek představovat až 50 % (Nielsen, Untrakans, Reyes et. al., 2012). Významné riziko je také období puberty, kdy dospíváním rozumíme určitou neurovývojovou etapu, která je charakterizována špatnou kontrolou chování a silným vyhledáváním odměny, vzrušení, riskování, nových podnětů a především sociálních interakcí, které mohou být klíčovými prediktory v rozvoji závislosti (Crews, Vetreno, 2011). V rané adolescenci se zvětšuje objem šedé kůry mozkové a také se zásadně mění její struktura, v pozdní dospělosti se šedá kůra naopak zmenšuje. Což má za následek například to, že adolescenti méně pociťují omamný efekt alkoholu, a to může velmi zásadně zvýšit jeho konzumaci, a také jsou mnohem citlivější k alkoholové neurotoxicitě. Adolescenti, kteří konzumují alkohol ve větší míře mohou mít menší objem prefrontální šedé kůry a bílé hmoty, což může korelovat se špatnou náladou a horšími rozhodovacími schopnostmi (Crews, Vetreno, 2011, Pascual, Blanco, Cauli et al., 2007). Zvýšená konzumace alkoholu u dětí a mladistvých může mít dlouhodobé, někdy až celoživotní následky (Šustková, 2015).

Typy rodiny

Rodina může být úplná či neúplná, které je charakterizovaná absencí jednoho z rodičů, ke které často dochází skrze rozvod, rozpadnutí rodiny, úmrtí jednoho z rodičů či rodina s osamělým rodičem. S pojmem neúplná rodina se pojí také termín deprivace neboli nedostatek či ztráta nebo oslabení. Dítě může být deprivováno například nedostatkem struktury prostředí, kterou nezbytně potřebuje ke svému vývoji. Pokud dítě nemá ve svém životě jistou kontrolu/strukturu nad svou aktivitou může docházet ke zvýšené emocionalitě ve smyslu úzkosti z „neznámého“ (Lagmeier, Matějček, 2011).

Matějček a kolektiv vypracovali studii rodin, dle které pojmenovali čtyři typy rodin:

- Funkční rodina – je zajištěn řádný přístup k výchově dítěte.
- Problémová rodina – může být přítomno narušení rodinných funkcí, ale nedochází k přímému a závažnému ohrožení dítěte. Rodina je většinou schopna sama své problémy vyřešit či využít adekvátní pomoc v danou situaci. Často se jedná o problémy typu – rozvod či ztráta zaměstnání rodiče. Tyto rodiny jsou zpravidla v kontaktu s orgánem sociálně právní ochrany dětí.
- Dysfunkční rodina – zde jsou přítomny poruchy funkce rodiny, které již ohrožují nebo poškozují rodinu a tím i vývoj a prospěch dítěte. Jedná se o výchovné či hmotné zanedbávání a často je třeba vnější pomoci s dostatečným opatřením, které by mělo sloužit ke zmírnění či eliminování příčin ohrožení dítěte a poskytnout rodičům i dětem pomoc a podporu k zachování rodiny.
- Afunkční rodina – rodina přestává plnit své funkce a stává se patologickou, kdy dochází k poškozování dětí nebo jejich ohrožování. Patologické jevy v rodině mohou být ve formě násilí, užívání návykových látek či syndromu týraného a zneužívaného dítěte (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995).

Rizikové a protektivní faktory v rodině

Výchova a vývoj dítěte může být ovlivněn mnoha různými faktory, které se mohou také podílet na vzniku a rozvoji abusu návykových látek. Rodinné faktory jsou pro vývoj jedince velmi zásadní a také ovlivňují prevalenci i frekvenci užívání návykových látek u adolescentů. Rizikovými faktory rozumíme charakteristiky jedince nebo vliv jeho okolí, který zvyšuje prevalenci výskytu abusu alkoholu a jiných návykových látek a jsou tedy ohrožením, které zvyšují vulnerabilitu jedince a také pravděpodobnost jeho negativního vývoje. Mezi rizikové faktory můžeme zahrnout nedostatek emočních vazeb a špatně vymezené vztahy v rodině, nízkou sociální oporu, rodičovskou kontrolu, rodinné konflikty, nedostatek péče ze strany rodičů, nedůsledný a neefektivní způsob rodičovství a přítomnost pečovatele/rodiče, který je sám aktivním uživatelem návykových látek. Naopak protektivní faktory jsou pozitivní predispozice jedince a vlivy v životě dospívajícího, které dopomáhají k jeho odolnosti a chrání jej před negativními vlivy návykových látek a rizikových situací v jeho životě. Můžeme mezi ně zařadit: resilienci neboli odolnost, sociální dovednosti získané v rodinném prostředí, pozitivní vazby k rodině a společenství, zdravé sociální normy, postoje, hodnoty a jasně vymezené hranice, silné citové pouto mezi rodiči a dětmi, zapojení rodičů v životě dětí a důslednost projevená například v prosazování disciplíny (Čablová, Miovský, 2013).

Sociálně patologické jevy rodinného systému

Závislost

Hajný (2015) hovoří o tom, že rodina a vztahy v ní mohou přispívat ke vzniku a rozvoji závislostního chování, protože závislost je chápána jako děj, který se odehrává v systému vztahů daného člověka. V rodinách, kde se objevuje jeden závislý člen, například jeden z rodičů je alkoholik můžeme předpokládat, že se užívání návykové látky stane součástí kultury a prvkem, bez kterého se rodina v dané situaci neobejde. Jedná se o tzv. cirkulární kauzalitu neboli proces interakcí, které se navzájem posilují. Například se může jednat o situaci, kdy manžel hojně užívá alkohol po sportu s partou kamarádů, což může mít za následky, že starost o domácnost převezme z velké části žena a zpočátku nemá s tímto nastavením problém, pozvolna na ni začne dopadat tíha, chybí ocenění a podpora od manžela. Žena zapomíná na své potřeby, což může vést k podrážděnosti a negativně ovlivněnému vztahu k muži a nastává tzv. bludný kruh, kdy daná situace může vést k tomu, že syn začne zastávat funkce manžela, aby ulevil své matce a stane se „náhradním partnerem“ své matky a celá rodina se dostane do vzorců chování, které jsou patologické a rodina je přesto aplikuje nadále. Může zde dojít k tomu, že syn se opravdu příliš naváže na matku v roli jejího náhradního partnera a je narušen jeho vývoj dospívání a místo svých potřeb se zaměřuje na to, jak matce ulevit a pomoci v péči o rodinu, danou situací může být ovlivněn i výběr partnerky. Také může být narušen vývoj mužské identity a tím mohou vznikat rizikové faktory, které podporují vznik a rozvoj závislostního jednání u potomka.

Tyhle situace jsou typicky označovány pojmem spoluzávislost neboli kodependence, který můžeme definovat jako dopomoc, udržování a podpora závislých členů rodiny. V rodině jsou opomenuty vývojové potřeby dítěte a obecně potřeby jednotlivých členů rodiny, v rodinném systému absentují hranice mezi jednotlivými generacemi, mnohdy i hranice výchovy.

Kodependence může v rodině působit jako tzv. náhradní problém, kdy rodina zaměřuje

pozornost na závislého člena rodiny a přehlíží problémové chování dospívajícího dítěte, rodiče se mohou v dané situaci chovat i hyperprotektivně, zlostně či příliš liberálně (Hajný, 2015).

Adolescentní separace

Pokud dojde k narušení procesu separace během období dospívání jedince a nejsou splněny předpoklady k danému procesu může docházet k rozvoji patologického chování, protože se dospívající dostane do vnitřního konfliktu, který může zahrnovat pocity viny z toho, že se chce osamostatnit, úzkosti či pocity prázdnoty, bude se vyhýbat úzkým rodinným vztahům a soužitím a pro následnou kompenzaci výše uvedených pocitů a stavů se může nabízet řešení ve formě užívání návykových látek, ve kterých může adolescent hledat úlevu a dočasná řešení. Dospívající nedospěje k cílové separaci, ale většinou se zastaví v jejím průběhu, ve kterém využívá účinku návykových látek, kdy adolescent není ani dítětem, ani dospělým, rodiče o něj určitým způsobem stále pečují.

Proto aby došlo k naplnění separačního procesu je zapotřebí splnit následující podmínky: Adolescent by měl pociťovat, že se od své rodiny může zcela neutrálně odpoutat a rodiče nebudou jeho odchod chápat jako zradu či odmítání a nebudou praktikovat formy vydírání, naléhání. Odchod od rodičů se děje často formou konfliktů a obě strany by měly být schopné konflikt zvládnout vyřešit a přistupovat ke konfliktu jako k přirozenému ději, který zvládnou bez pocitů zavržení nebo zklamání. U závislých bývá proces zvládnání konfliktů velmi křehký. Dospívající by měl mít i potřebu a odhodlání vyrazit do světa a pokoušet se život zvládat po svém ve formě žití mimo domov, rozvíjet své vztahy, zvládat povinnosti běžného života a budovat si své životní hodnoty a cíle. Nemělo by jít tedy pouze o útěk či pomstu, ale spíše o řádně promyšlené následující životní kroky (Hajný, 2015).

Absence rodičů – neúplná rodina

Pod pojmem neúplná rodina si můžeme představit rodinu rozvedenou, rozpadlou, úmrtí jednoho z rodičů či rodina s osamělým rodičem. Existence tzv. neúplné rodiny se může velmi významně podílet na formování osobnosti dítěte žijícího v takovém prostředí (Matějček, Langmeier, 2011). Přítomnost obou rodičů je pro děti velmi zásadní, především z hlediska budování vlastní identity, vlastního ega (Matějček, 2004).

Rozvod

Kvalitní vztah mezi oběma rodiči by měl být modelem pro jejich potomky, kteří by se měli dle svých rodičů učit vytvářet a budovat své následující vztahy, tento ideál, ale není v reálném životě příliš často naplňován. To, jakým způsobem dítě rozvod zasáhne záleží na mnoha faktorech souvisejících s rozvodovým řízením, například: jakým způsobem se dítě o rozvodu dozví, jaká situace před rozvodem a během rozvodu doma panuje, také jaký je vztah mezi oběma rodiči během soudního řízení a také důvody kvůli kterým k rozvodu došlo, záleží také na věku dítěte, pohlaví, osobnosti a vyzrálosti dítěte. Pokud dojde k rozvodu měl by proběhnout tak, aby co nejméně zasáhl kvalitu vztahů rodičů s dětmi a kvalitu života celé rodiny (Sobotková, 2012).

Častými důsledky rozvodových situací jsou zhoršení koncentrace dítěte ve škole a tím i jeho

zhoršený školní prospěch, uzavřenost, vznětlivost, změna vzorců chování – hledání úniků z reality prostřednictvím návykových látek a patologického chování (Žáčková, 2015).

Úmrtí rodiče

Na rozdíl od rozvodových komplikací úmrtí jednoho z rodičů není příliš častým jevem, který by narušoval celistvost rodiny. Úmrtí rodiče může být pro dítě velmi zásadní událostí v jeho životě, která se může negativně podepsat na jeho následujícím vývoji. Je zapotřebí, aby se dítě zvládlo adekvátně vyrovnat se ztrátou rodiče, aby mohlo přirozeně prožít fáze truchlení a případně využít pomoc ze strany odborníků ve zvládnutí téhle události (Matějček, Dytrych, 1994).

Vliv otce na výchovu dítěte

Kladný vztah otce a syna značí pevné stavební základy pro synův následující život (Henslin, 2003). Přítomnost mužského prvku při výchově a budování rodiny může dopomáhat dětem k budování jejich vlastní identity a také odolnosti vůči návykovým látkám, přítomnost otce je nezanedbatelná a nenahraditelná. Pokud se otec dostatečně angažuje při výchově potomků je také výrazně sníženo riziko výchovných problémů. Důležitost otcovy přítomnosti je téměř rovnoměrná a bez rozdílů, zda se jedná o chlapce nebo dívky. Otec pro děti představuje vzor v řešení konfliktních situací, také v odvedení pozornosti aktivní nebo zábavnou formou od nelehkých úkolů či nelehkých, stresujících záležitostí.

Absence otce může představovat zásadní vliv na osobní vývoj dítěte, dle Hajného chybějící otec v rodině může být důsledkem abusu návykových látek u dětí (Hajný, 2001).

S rolí otce v rodině je také spojována poslušnost a ukázněnost dětí, dále značí ve většině rodin tzv. pevnou ruku a hlavu rodiny, i když v dnešní době tomu může být i jinak a vzorem a hlavou rodiny může být pro své potomky také matka. Za velmi citlivé období v rámci otcovské absence je považováno období adolescence (Matějček, 1994). V rodině, kde je absentující otec nemá dítě možnost poznat role obou svých rodičů, ze kterých by dle správného formování osobnosti mělo čerpat, aby mohlo dostatečně formovat své sociální chování. Nepřítomnost otce může mít nepříznivé vlivy na identitu chlapců, jelikož chlapci schází mužský vzor. U chlapců dochází ke ztrátě vnitřní struktury a je pro ně obtížné stanovení cílů, potřeb, přání a jejich projevy bývají často chaotické. Syn bez otce nemá zažitou jistotu sám sebou ani svým okolím, celá situace je pro něj velmi stresující a nejistá, především v rámci rozvoje jeho osobnosti. Otec pro syna představuje také vzor ve zvládnutí vlastní impulzivity, agrese a pokud otec v rodině chybí, dítě může zvládací strategie hledat v jiných, často nevhodných copinových strategiích, například v užívání návykových látek či kriminálním chování (Corneau, 2012).

Praktická část

Design výzkumu

Průřezová studie využívající propojení dat ze zdravotnického informačního systému a dat z anamnestického dotazníku

Výzkumný cíl

Cílem diplomové práce je podrobnější popis výskytu psychiatrických komorbidit u pacientů ADDA se zaměřením na rodinné faktory, které mohou mít souvislost s výskytem duální diagnózy u dané populace.

Výzkumné otázky

- Existuje vztah mezi závislostí jednoho člena rodiny a psychiatrickou komorbiditou u pacienta v Dětské a dorostové ambulanci?
- Existuje vztah mezi absentujícím otcem a psychiatrickou komorbiditou u dítěte s adiktologickou poruchou v péči ADDA?
- Existuje vztah mezi duální psychickými potížemi rodičů a psychickými potížemi dítěte z daného výzkumného vzorce?
- Existuje vztah mezi komorbiditou u dítěte a rodinným zázemím?

Hypotézy

- Existuje vztah mezi psychickými potížemi dítěte a rodinným prostředím, kde dítě vyrůstá.
- Existuje vztah mezi závislostí v rodině a psychiatrickou komorbiditou u dítěte.
- Existuje vztah mezi psychickými potížemi u dítěte a u rodičů.
- Existuje vztah mezi komorbiditou dítěte a přítomností otce.

Výzkumný soubor

Základní soubor

Základní soubor je tvořen dětmi a dospívajícími, kteří v letech 2015–2021 navštívili ambulantní služby zaměřené na léčbu adiktologických poruch. Například podle ÚZIS v roce 2016 docházelo do adiktologické ambulance 1891 dětí a dospívajících a v roce 2017 se jednalo o 1577 osob. Nejčastěji ambulanci navštěvovali pacienti s problémovým abusem alkoholu, dále pro poruchy vyvolané jinými psychoaktivními látkami a také pacienti, kteří se potýkali s nelátkovými závislostmi (Nechanská et al., 2017; 2018).

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor budou tvořit všichni pacienti Ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA), kteří v letech 2015–2021 navštívili ambulanci, a kteří vyplnili vstupní dotazník SAL, vzorek se tedy týká totálního výběru všech pacientů kliniky za určené období.

Totální výběr zahrnuje pacienty do 18 let, u kterých byly přítomny problémy s návykovými

látkami či nelátkovými závislostmi. Mezi nejvíce zneužívané látky u pacientů ADDA můžeme zahrnout kanabinoidy, alkohol a pervitin. Průměrně 30-45 % pacientů tvoří uživatelé návykových látek, nelátkové závislosti se vyskytují u 30-35 % pacientů, jiná psychiatrická diagnóza se týká 20 % pacientů. Údaje o pacientech budou čerpány z informačního systému FONS a následně budou párována s daty ze Strukturovaných anamnestických dotazníků, které vyplňují rodiče při příchodu pacienta do ambulance.

Metody analýzy dat

Ke zpracování výzkumné práce budou využita data pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie na Klinice adiktologie, ze dvou pramenů.

Prvním pramenem dat jsou data ze systému FONS, který je v ambulanci využíván a data jsou do něj zadávána pracovníky ambulance v letech 2015-2021. Systém FONS obsahuje následující údaje o pacientech: pojišťovna, pohlaví, rok narození, město, část města, datum návštěvy, hlavní diagnózu, diagnózu 1, 2, 3, 4 a poskytnuté výkony. Výhodou daného systému je, že data do něj zaznamenává pouze jeden pracovník – pedopsychiatr, čímž se zvyšuje validita sbíraných dat. Na diagnostiku je používána Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Ze systémových dat bude vytvořena datová matice, ve které budou spárována data návštěv a jednotlivých pacientů, aby nedošlo ke znásobení souboru.

Druhým pramenem dat je anamnestický dotazník SAL, který vyplňují rodiče nově příchozího pacienta dětské a dorostové ambulance na Klinice adiktologie a rozšiřuje nám tedy informace o dětských pacientech. Dotazník se sestává ze základních demografických údajů o pacientovi, které zahrnují informace o jménu dítěte a také základní údaje o rodičích, dále informaci o tom, kým bylo dítě do péče odesláno, zda dítě spolupracuje s kurátorem, sociálními pracovníky či zda bylo dítě před návštěvou již umístěno v nějakém typu adiktologické služby (detox, rezidenční léčba, psychiatrická nemocnice, denní stacionář, středisko výchovné péči apod.). Následují informace o sociálních vztazích pacienta – s kým a jak dítě tráví volný čas, zda má blízké přátele a také informaci o tom, zda má s rodinou či kamarády blízké vztahy. Dále jsou zde otázky týkající se psychiatrické anamnézy dítěte, zda bylo dítě psychiatricky léčeno, počet léčebných pobytů či ambulantních návštěv a zda změna duševního stavu souvisela s abusem návykových látek. Poté následují informace týkající se právního postavení, zda bylo dítě někdy zadrženo či zda mělo podmínku či soudně nařízenou léčbu. Následující informace se týkají studijního života pacienta, a to jaký typ školy aktuálně studuje, jaký je jeho prospěch, zda se dostává ve škole do potíží a měl někdy sníženou známku z chování.

Poté následuje rodinná anamnéza, kterou se budu více zabývat v mé práci. Rodinná anamnéza zahrnuje základní údaje o členech rodiny, údaje o úplnosti rodiny, o aktuálním stavu členů rodiny, potížích v rodinných vztazích týkající se abusu návykových látek, zdravotního/duševního stavu členů, dále údaje týkající se ohroženosti rodiny – závislostí, nezaměstnaností, dluhy, chudobou a aktuálním místem pobytu. Poté jsou podrobněji rozebráni rodiče a jejich příbuzní, tedy zda se u otce či matky vyskytuje v rodině abusus alkoholu, drog či psychické potíže a jsou zde zahrnuti i sourozenci pacienta. Následuje oddíl s názvem adiktologická anamnéza, která zahrnuje informace o tom, jakou návykovou látku dítě užilo, věk užití, časové rozmezí užití a také formu aplikace návykové látky. Následuje otázka na hlavní drogu a pokusy abstinence. Jako poslední je součástí dotazníku tabulka, ve

kteře rodiče zaznačí v rozmezí 1-5(1=velmi dobře, 5=velmi špatně), jak si dítě vede v uvedených oblastech: psychické zdraví, fyzické zdraví, sociální fungování, vztahy s blízkými, konflikt se zákonem a kvalita života.

Data z druhého pramene, dotazníku SAL, jsou doplňující a jsou sbírána v období let 2015-2021.

Data z prvního pramene, tedy systému FONS a druhého pramene anamnestického listu SAL budou spárována a budeme analyzovat možné vztahy mezi nimi. Spárovaná data budou zakódována a k výzkumníkovi se dostanou již pod hesly. Každý pacient dostane unikátní kód, který bude stejný v dotaznících SAL i v informačním systému FONS. Informace o tom, který pacient je uveden pod daným kódem mi nebude známa, čímž bude zajištěna anonymita výzkumného vzorku. Od každého pacienta – kódu budu sbírat údaje o pohlaví, věku, adiktologické a psychiatrické diagnóze. Z dotazníku SAL budu čerpat informace o úplnosti rodiny, o rodičích a jejich duševním zdraví (adiktologické či jiné psychiatrické onemocnění). Pro analýzu dat bude použita metoda korelační analýzy dat, která znázorňuje statistickou závislost dvou kvantitativních veličin. Dvě proměnné budou korelované, jestliže určité hodnoty jedné proměnné mají tendenci se vyskytovat společně s určitými hodnotami druhé proměnné. Korelační analýza udává vzájemný vztah dvou proměnných. Zde budeme pracovat se vztahem mezi rodinnými faktory a primární adiktologickou diagnózou u pacienta ADDA. Tedy prvně se zaměřím na korelaci mezi závislostním onemocněním jednoho člena rodiny a psychiatrickou komorbiditou u dítěte. Následně budu porovnávat souvislosti s výskytem duální diagnózy u dítěte a duální diagnózy u rodičů a poté se pokusím zjistit, zda existuje korelace v případě absentujícího otce v rodině a psychiatrické komorbiditě u dítěte. Na testování hypotéz byl využit Pearsonův chí-kvadrát test, který určuje pravděpodobnostní hodnoty jednotlivých jevů. Zvolená hladina významnosti byla stanovena na $p = 0,05$ (Hendl, 2015).

Etické aspekty výzkumu

Má práce je součástí projektu, který byl schválen etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice. Údaje, které by mohly vést k identifikaci pacientů budou zakódovány, ještě předtím, než se dostanou k výzkumníkovi, tudíž výzkumník dostane již zaslepená data, ze kterých nebude možno identifikovat pacienty. Účastníci výzkumu i jejich zákonní zástupci byli a jsou o využití dat informováni a svůj souhlas potvrdili písemným podpisem při vstupu do adiktologické ambulance. Výzkum je dobrovolný a účastníci mají kdykoliv právo ze studie bez postihu odstoupit.

Výsledky

Popis celkového výzkumného souboru

Zkoumaný soubor obsahoval celkem 160 respondentů, z čehož bylo nutno tři respondenty vyřadit vzhledem k neúplnosti zásadních odpovědí. Časové období zahájení léčby u respondentů činilo rozmezí 2015-2021. Průměrný věk při zahájení adiktologické péče je $15,83 \pm 2$ roky, přičemž nejmladšímu účastníkovi výzkumu bylo 8 let a nejstaršímu dítěti 18 let. Do statistických metod bylo tedy zahrnuto 157 pacientů bez rozdílu výskytu psychiatrické komorbidity. Ze 157 respondentů bylo 49 (31,2 %) dívek a 108 (68,8 %) chlapců. Vyšší počet chlapců můžeme pozorovat v obou případech, jak u dětí s komorbiditou, tak u dětí bez komorbidity.

Tabulka 1: Frekvence chlapců a dívek

Pohlaví	Frekvence N (%) s komorbiditou	Frekvence N (%) bez komorbidity	Celkem N (%)
Dívky	21 (34,4 %)	28 (29,2 %)	49 (31,2 %)
Chlapci	40 (65,6 %)	68 (70,8 %)	108 (68,8 %)

Děti přicházeli nejčastěji na popud svých rodičů, a to tedy až v 71,3 % případů, následovalo odeslání „jiné“, které nelze specifikovat, a to ve výši 14 %, dále na žádost kurátora či OSPOD se dostavilo 10,8 % dětí a škola odeslala do ambulance 1,9 % dětí. Respondenti s psychiatrickou komorbiditou (N=45) i bez komorbidity, tedy pouze s primární adiktologickou diagnózou (N=67) přicházejí v obou případech nejčastěji na popud rodičů. Následující frekvence je možné shlédnout v tabulce č. 2.

Tabulka 2: Instituce odesílající dítě do adiktologické péče

Instituce	Frekvence N (%) s komorbiditou	Frekvence N (%) bez komorbidity	Celkem N (%)
Rodiče	45 (73,8 %)	67 (69,8 %)	112 (71,3)
OSPOD/kurátor	5 (8,2 %)	12 (12,5 %)	17 (10,8)
Škola	3 (4,9 %)	0	3 (1,9)
Jiné	8 (13,1 %)	14 (14,6 %)	22 (14,0)

Primární a sekundární diagnóza

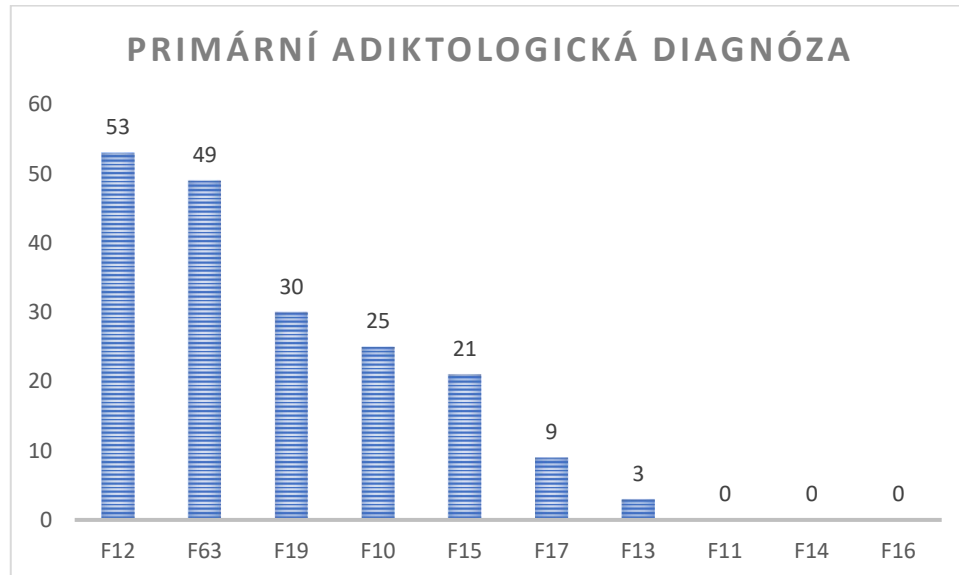
Primární diagnóza

Ve výzkumném souboru, který obsahuje celkem 157 respondentů jsou zařazeny děti a adolescenti s primární adiktologickou diagnózou pod označením F10-F19 a F63.

Nejvíce je zastoupena diagnóza F12 – poruchy způsobené užíváním kanabinoidů a to ve výši 33,5 % dětí, druhá nejvíce zastoupená v počtu 31,2 % je diagnóza F63 – patologické hráčství, následuje závislost na více psychoaktivních látkách pod označením F19 a v zastoupení 19,1 %

respondentů. Abusus alkoholu vykazuje ve výzkumném souboru 15,9 % dětí, poruchy způsobené nadužíváním stimulancií 13,4 % respondentů a diagnóza abusu nikotinu se prokázala u 5,7 % dětí. V nejnižším zastoupení 1,9 % byla diagnóza F13 – poruchy způsobené užíváním sedativ a hypnotik. Tři diagnózy závislostního chování nebyly u respondentů zachyceny, a to poruchy způsobené abusem opioidů, kokainu a halucinogenů.

Graf 1: Primární adiktologická diagnóza



Sekundární psychiatrická diagnóza – komorbidita

Psychiatrická komorbidita byla přítomna u 72 (45,9 %) respondentů z celkového počtu 157 dětí.

Nejčastěji (15,3 %) se u respondentů vyskytovala hyperkinetická porucha, 5,7 % dětí má poruchu osobnosti, následovala porucha chování ve výši 4,5 % respondentů, další sekundární diagnózou byly poruchy příjmu potravy, které má 3,8 % dětí. Ostatní psychiatrické diagnózy byly zastoupeny v nižším počtu, který je možný zhlédnout v tabulce č. 3.

Následující tabulka představuje výčet přítomných komorbidit u celkového počtu respondentů (157) mimo diagnózy F10-F19 a F63

Tabulka 3: Komorbidity

Číslo diagnózy	Definice diagnózy	Frekvence (n)	%
F90	Hyperkinetické poruchy	24	15,3
F60	Porucha osobnosti	9	5,7
F91	Poruchy chování	7	4,5
F50	Poruchy příjmu potravy	6	3,8
F81	Specifické vývojové poruchy školních dovedností	4	2,5
F93	Emoční poruchy s nástupem v dětství	4	2,5
F40	Fobická úzkostná porucha	3	1,9
F41	Jiné úzkostné poruchy	3	1,9
F62	Přetrvávající změny osobnosti	3	1,9
F43	Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení	2	1,3
F51	Neorganické poruchy spánku	2	1,3
F32	Depresivní epizoda	1	0,6
F45	Somatoformní porucha	1	0,6
F70	Lehká mentální retardace	1	0,6
F84	Pervazivní vývojové poruchy	1	0,6
F92	Směšené poruchy chování a emocí	1	0,6

Rodinné faktory

Úplnost rodiny

Celkový soubor je tvořen dětmi ve 42,7 % z úplných rodin a ve 35 % jsou děti z rodin neúplných, zbývajících 17,2 % jsou děti z rodin doplněných, kdy nemůžeme přesně určit o jaký typ doplněné rodiny se jedná. Děti s psychiatrickou komorbiditou pocházely častěji z rodin úplných 50,8 % (N = 61) než děti bez komorbidity, které pocházely v počtu 43,8 % z rodin neúplných (N = 96).

Tabulka 4: Rodina

Rodina	Frekvence N (%) s komorbiditou	Frekvence N (%) bez komorbidity	Celkem N (%)
Úplná	31 (50,8 %)	36 (37,5 %)	67 (42,7 %)
Neúplná	13 (21,3 %)	42 (43,8 %)	55 (35,0 %)
Doplněná	14 (23,0 %)	13 (13,5 %)	27 (17,2 %)

Vztahy v rodině

Z celkového souboru (N = 157) vykazovalo 73,9 % dětí blízký vztah s matkou a 45,9 % dětí blízký vztah s otcem. Respondenti s psychiatrickou komorbiditou i bez komorbidity vykazují celkově bližší vztahy s matkou nežli s otcem.

Dále 43,9 % dětí bydlí s oběma rodiči z čehož je 49,2 % dětí s komorbiditou, 42 % respondentů žije s matkou z čehož převyšuje počet dětí bez komorbidity, a to v počtu 44,8 %. S otcem bydlí 8,3 % respondentů z celkového počtu. Ve střídavé péči je 5,1 % respondentů, z čehož je 7 dětí bez komorbidity a pouze 1 dítě má přidruženou psychiatrickou komorbiditu.

Tabulka 5: Rodinné vztahy

	Frekvence N (%) s komorbiditou	Frekvence N (%) bez komorbidity	Celkem N (%)
Blízký vztah s:			
S matkou	49 (80,3 %)	67 (69,8 %)	116 (73,9 %)
S otcem	30 (49,2 %)	42 (43,8 %)	72 (45,9 %)
Soužití s:			
S oběma rodiči	30 (49,2 %)	39 (40,6 %)	69 (43,9 %)
S matkou	23 (37,7 %)	43 (44,8 %)	66 (42 %)
S otcem	6 (9,8 %)	7 (7,3 %)	13 (8,3 %)
Střídavá péče:			
	1 (1,6 %)	7 (7,3 %)	8 (5,1 %)

Konflikty

Konflikty s biologickou matkou uvedlo 43,9 % respondentů a konflikty s biologickým otcem uvedlo 39,5 % dětí. Dívky vykazují rovný poměr konfliktů s matkami i s otcem a u chlapců je možné pozorovat vyšší podíl konfliktů s matkami.

Tabulka 6: Konflikty s biologickou matkou a otcem

Konflikty s matkou:	Frekvence N (%) dívek	Frekvence N (%) chlapců	Celkem N (%)
Ano	25 (51 %)	44 (40,7 %)	69 (43,9 %)
Ne	24 (49 %)	64 (59,3 %)	88 (56,1 %)
Konflikty s otcem:			
Ano	25 (51 %)	37 (34,3 %)	62 (39,5 %)
Ne	24 (49 %)	71 (65,7 %)	95 (60,5 %)

Ohrožení adiktologickými a psychiatrickými obtížemi ze strany rodičů

S rodinou, kde se vyskytuje alkohol a nějakým způsobem ohrožuje respondenta jeho vliv udává 7,6 % dětí a ohroženo jinou návykovou látkou v domácnosti je 1,9 % dětí. Ohroženo závislostí je celkově 14 % rodin z čehož odpovědi zahrnují 17,2 % ohrožení alkoholem ze strany otce, 8,3 % ohrožení drogami ze strany otce a 12,7 % ohrožení psychickými potížemi ze strany otce. Ohrožení užíváním alkoholu u matek je uváděno u 9,6 % respondentů a ohrožení návykovými látkami mimo alkohol udává 3,8 % respondentů, psychickými obtížemi ze strany matky je ohroženo 9,6 % matek. Poměr mezi rodiči respondentů s komorbiditou a bez komorbidity je téměř rovnoměrný.

Tabulka 7: Ohrožení adiktologickými a psychickými potížemi

	Frekvence N (%) s komorbiditou	Frekvence N (%) bez komorbidity	Celkem N (%)
Ohrožení závislostí:			
Celkově	7 (11,5 %)	15 (15,6 %)	22 (14 %)
Ze strany matky:			
Alkohol	3 (4,9 %)	12 (12,5 %)	15 (9,6 %)
Drogy	1 (1,6 %)	5 (5,2 %)	6 (3,8 %)
Ze strany otce:			
Alkohol	9 (14,8 %)	18 (18,8 %)	27 (17,2 %)
Drogy	3 (4,9 %)	10 (10,4 %)	13 (8,3 %)
Ohrožení psychickými potížemi:			
Ze strany matky	6 (9,8 %)	9 (9,4 %)	15 (9,6 %)
Ze strany otce	7 (11,5 %)	13 (13,5 %)	20 (12,7 %)

Charakteristiky pacientů s komorbiditou

V našem souboru N = 157 dětí, bylo přítomno 61 dětí, které měly diagnostikovanou komorbiditu a 96 dětí mělo pouze primární adiktologickou diagnózu bez přidruženého psychiatrického onemocnění.

Část výzkumného souboru, u kterého byla identifikována komorbidita obsahoval tedy celkem 61 pacientů, u kterých byla diagnostikována závislost součinně s přidruženým psychiatrickým onemocněním. Tento soubor zahrnoval 65,6 % chlapců a 34,4 % dívek (Tabulka 1). Průměrný věk při zahájení adiktologické péče je $16,05 \pm 1,86$. Děti byly odeslány ze 73,8 % rodiči do ambulantní péče, dále ve 13,1 % byla označena odpověď „jiné“, následovalo odeslání OSPOD či kurátorem v 8,2 % a škola odeslala do ambulantní služby 4,9 % respondentů s komorbiditou (Tabulka 2). Blízký vztah s matkou udává 80,3 % dětí a blízký vztah s otcem má 49,2 % dotazovaných. V kompletní/úplné rodině žije 50,8 % dětí, v rodině neúplné 21,3 % dětí a v rodině doplněné celkem 23 % dětí, z čehož s oběma rodiči žije 49,2 % respondentů, 37,7 % dětí žije pouze s matkou a 9,8 % dětí žije pouze s otcem. Ve střídavé péči rodičů je 1,6 % dětí (Tabulka 5). Průměrný věk matek je $45,61 \pm 4,81$ a průměrný věk otců činí $48,27 \pm 6,29$. Konflikty s biologickou matkou udává 50,8 % dětí a konflikty s otcem udává 44,3 % dětí, což je více než v souboru základním (Tabulka 6). Problémové bydlení s rodinou, kde se vyskytuje požívání alkoholu udává 4,9 % respondentů a problémy v rodině týkající se abusu drog udává 1,6 % dětí, v minulosti se potýkalo s abusem drog 8,2 % rodin. Celkově je ohroženo závislostí u respondentů s komorbiditou 11,5 % rodin. Ohrožení rodiny alkoholem z otcovy strany se ukázalo u 14,8 % rodin a ohrožení alkoholem od matky 4,9 % rodin. Ohrožení nealkoholovými návykovými látkami ze strany otce se týká 4,9 % rodin a ohrožení drogami ze strany matky je 1,6 % rodin. Rodiny jsou ohroženy psychickými obtížemi ze strany matky v 9,8 % a ze strany otce v 11,5 % (Tabulka 7).

Duální diagnóza u dětí a souvislosti s rodinnými faktory

Rodinné zázemí

U výzkumného souboru dětí s komorbiditou jsme zjistili, že 31 dětí žije v úplné rodině, 13 dětí žije v rodině neúplné a 14 dětí žije v rodině doplněné. U dětí pouze s adiktologickou diagnózou, bez komorbidity jsme zjistili soužití v úplné rodině u 36 dětí, v rodině neúplné žije 42 dětí a v rodině doplněné žije 13 dětí. Nalezli jsme signifikantní vztah mezi psychickými potížemi dítěte a rodinným zázemím, ve kterém dítě vyrůstá; $X^2(2, N = 149) = 8.83, p = 0.013$.

Tabulka 8: Úplnost rodiny

	S komorbiditou N (%)	Bez komorbidity N (%)	p – hodnota
Úplnost rodiny			0.013
Úplná	31 (50,8 %)	36 (37,5 %)	
Neúplná	13 (21,3 %)	42 (43,8 %)	
Doplněná	14 (23,0 %)	13 (13,5 %)	

Ohrožení závislostí

Celkem 7 dětí s komorbiditou a 15 dětí bez komorbidity žije v rodině, která je ohrožená závislostí. Přičemž vyšší počet dětí v obou případech – s komorbiditou (88,5 %) a bez komorbidity (84,4 %) žije v rodině, která závislostí ohrožená není. Nenalezli jsme signifikantní vztah mezi závislostí v rodině a psychiatrickou komorbiditou u dítěte; $X^2(1, N = 157) = 0.53, p = 0.49$.

Tabulka 9: Ohrožení závislostí

	S komorbiditou N (%)	Bez komorbidity N (%)	p – hodnota
Ohrožení závislostí			0.49
Ano	7 (11,5 %)	15 (15,6 %)	
Ne	54 (88,5 %)	81 (84,4 %)	

Ohrožení psychickými potížemi

Psychickými potížemi ze stran rodiny je ohroženo celkem 31 % bez komorbidity a 34,4 % dětí s komorbiditou. Mezi psychickými potížemi u dítěte a u rodičů jsme nenalezli významný vztah; $X^2(1, N = 157) = 0.17, p = 0.73$.

Tabulka 10: Ohrožení psychickými potížemi

	S komorbiditou N (%)	Bez komorbidity N (%)	p – hodnota
Psychické potíže			0.73
Ano	21 (34,4 %)	30 (31,3 %)	
Ne	40 (65,6 %)	66 (68,8 %)	

Přítomnost otce

35 dětí s komorbiditou a 42 dětí bez komorbidity mělo přítomného otce. U 26 dětí s komorbiditou a u 53 dětí bez komorbidity otec nebyl přítomen

V tomto případě jsme nenalezli významný vztah mezi komorbiditou dítěte a přítomností otce;
 $X^2(1, N = 157) = 2.36, p = 0.142$

Tabulka 11: Přítomnost otce

	S komorbiditou N (%)	Bez komorbidity N (%)	p – hodnota
Přítomnost otce			0.142
ano	35 (57,4 %)	43 (44,8 %)	
nepřítomný	26 (42,6 %)	53 (55,2 %)	

Diskuse

Výzkumný soubor obsahoval celkem 157 respondentů, z čehož dětí s komorbiditou bylo celkem 61 a respondentů bez komorbidit bylo 96. Jandáč a Šťastná ve své studii hovoří o o prevalenci komorbidit, která se pohybuje v rozmezí 35–83 % dětí a adolescentů a průměr výskytu komorbidit je tedy 59,6 % (Jandáč, Šťastná, 2023). Gattamorta a kolektiv zjistili, že mezi Hispánskými adolescenty se prevalence komorbidit pohybuje v rozmezí od 55 % do 88 % a pouze 16,8 % adolescentů mělo adiktologické onemocnění bez psychiatrické komplikace (Gattamorta et. al., 2017). U obou studií můžeme pozorovat vyšší výskyt komorbidit, než tomu bylo v našem výzkumném souboru.

Mezi komorbiditou dítěte a složením rodiny, tedy zda se jedná o úplnou, neúplnou či doplněnou rodinu nemůžeme pozorovat jednoznačné souvislosti. Respondenti bez komorbidit pochází v počtu 42 dětí z rodiny neúplných, 36 dětí pochází z rodiny úplné a 13 dětí z rodiny doplněné. Přičemž komorbidita byla nalezena jen u 13 dětí z rodin neúplných a 31 dětí s komorbiditou pochází z rodin úplných a zbylých 14 dětí z rodin doplněných. Tudíž nemůžeme jednoznačně říci, že úplnost/složení rodiny má zásadní vliv na rozvoj psychiatrického a adiktologického onemocnění u dětí. Přičemž Langmeier ve své práci zmiňuje, že neúplnost rodiny se velmi zásadně podílí na formování osobnosti dítěte, které žije v rozvrácené rodinném prostředí (Langmeier, 2011). Matějček píše také o důležitosti přítomnosti obou rodičů především z hlediska budování vlastního ega (Matějček, 2004).

Je nutné brát v potaz, že data z výzkumného souboru jsou omezená nízkým počtem respondentů a validitou zodpovězených otázek a nelze tak výsledky zobecňovat a aplikovat na celou populaci. Aktuální data můžeme aplikovat na instituci a vytvořit si tak náhled na výskyt a souvislosti s komorbiditami a vlivem rodinného zázemí u dětí a adolescentů v dětské a dorostové ambulanci na klinice adiktologie.

Vztah mezi závislostí jednoho člena rodiny a psychiatrickou komorbiditou u dítěte se nepodařilo jednoznačně prokázat. Určitý faktor, zde mohl být ten, že rodiče na dotazník odpovídali sami, dle svého vlastního uvážení bez konzultace s odborným pracovníkem. Torrens a kolektiv ve své publikaci uvádějí hypotézy, dle kterých můžeme objasnit vznik komorbidit a těmi je i vliv predispozičních faktorů, které mohou zahrnovat vliv prostředí, výchovy, genetické faktory (Torrens et. al, 2017). Hajný také píše o tom, že rodina a vztahy v ní mohou přispívat k rozvoji psychiatrických dějů u daného člověka, pokud je v rodině závislý jeden z rodičů, můžeme předpokládat, že užívání návykových látek se stane součástí rodinného systému (Hajný, 2015).

Řada studií, mezi které můžeme zařadit i studii z roku 2013 hovoří o epigenetických faktorech, které jsou ovlivněny prostředím, ve kterém dítě vyrůstá a může tak docházet k vyšší predispozici abusu návykových látek a také pokud je prostředí, ve kterém dítě vyrůstá příliš stresující, se může také odrážet na prevalenci dalších přidružených psychiatrických onemocnění u dětí a adolescentů (Sinha, Jatremboff, 2013). Šustková píše o sdílené dědičnosti k návykovým látkám současně s psychiatrickými komorbiditami, kdy existují společné geny pro vícečetnou závislost a jiné komorbidity (Šustková, 2015). V naší studii nemůžeme

genetické souvislosti jednoznačně prokázat, jelikož rodiče, kteří jsou ve studii zahrnuti nepodstoupili diagnostická vyšetření, která by prokázala vznik závislosti či komorbiditu přímo na naší klinice, abychom měli jednoznačná data využitelná v naší studii.

Výzkumná otázka, která se zaměřuje na vztah mezi psychickými potížemi rodičů a psychickými potížemi dítěte z výzkumného vzorce v naší studii nevyšla signifikantní.

Hajný (2001) ve svých publikacích hovoří o zásadním vlivu přítomného otce v rodině na rozvoj návykových poruch a rozvoje osobnosti, ale v našem výzkumném souboru přítomnost či nepřítomnost otce v rodině se nedá jednoznačně označit za vlivný na vznik a vývoj psychických či adiktologických potíží. Můžeme pozorovat absenci otce v rodině u 26 dětí, kteří mají diagnostikovanou komorbiditu a u 53 dětí, které mají pouze adiktologické onemocnění bez komorbiditu.

Aby byla data více validní bylo by vhodné otázky a nabízené varianty odpovědí v dotazníku více konkretizovat. Například vynechat otázky typu, jiné potíže, doplněná rodina a mnohé další odpovědi, která nám nedávají jednoznačné výsledky. Také by bylo vhodné, aby případný dotazník vyplňovali rodiče současně s odborným pracovníkem, který by se doptával a dělal poznámky k jednotlivým odpovědím a mohlo by se tím také zabránit tomu, že některé otázky nebudou vyplněné. Otázka týkající se společného bydlení se také obtížně vyhodnocovala, pokud byla označena odpověď, že dítě žije s rodiči, je možné si představit více odpovědí najednou, pokud nebylo dále zaznačeno, že žije s matkou i otcem, může tím být také myšleno, že žije s náhradními rodiči si s jedním biologickým rodičem a s jedním rodičem náhradním a mnohé další kombinace. Pod odpovědí u otázky, s kým bydlí Vaše dítě, zda s někým, kdo bere drogy nebo pije alkohol – pojem bere drogy může značit spoustu návykových látek, někdo může do užívání drog zahrnout i pití alkoholu, tahle otázka nám také nedává jednoznačné odpovědi. Otázka týkající se abusu drog, alkoholu a psychických potíží ze strany matky a otce, je také nevhodně položena, protože pod psychickými potížemi si můžeme představit celou řadu diagnóz a z dotazníku se konkrétní odpovědi nedozvíme, ač by data mohly být velmi zajímavé a využitelné v dalším zpracování.

Z etického hlediska byla práce zabezpečena řádně, data, se kterými jsem pracovala byla zakódována a pracovala jsem pouze se zaslepenými údaji, ze kterých nebylo možné identifikovat konkrétního klienta či rozpoznat rodinu, do které klienti spadají.

Limitem práce může být sběr dat, který prováděli pracovníci ambulance a jejich případná motivace k výzkumu či zkreslení údajů vyplňovaných rodiči, kteří nemohou diagnostikovat své dítě. Dalším limitem výzkumu mohou být zvolené statistické metody. A také omezenost výzkumu, pouze na institucionální vzorek populace. Zásadním limitem práce je také vyplňování dotazníků rodiči, kteří odpovídali jen na některé otázky a vyplňovali jen některé odpovědi u jednotlivých otázek. Rodiče mohou mít také zkreslené informace o svých dětech v případě některých otázek, například trávení volného času, kamarádi dítěte a mnohé další.

Závěry

Výzkumný soubor obsahoval celkem 157 respondentů, zásadně převyšuje účast chlapců, kterých bylo 108 (68,8 %) a dívek, které se účastnily výzkumu bylo pouze 49 (31,2 %). Psychiatrickou komorbiditu jsme zjistili u 61 respondentů a také v tomto souboru převyšoval počet mužského pohlaví, a to ve výši 40 respondentů a celkem 21 respondentek. Výzkumu se účastnily děti a adolescenti ve věkovém rozmezí 8–18 let. Ve zkoumané populaci bylo více dětí z rodin úplných, a to jak v obecném (N=67) tak ve výběrovém souboru (N=31), nemůžeme tedy potvrdit hypotézy jiných studií, které tvrdí, že lidé s psychiatrickým a adiktologickým onemocněním pochází ve většinu případů z rodin rozpadlých či neúplných a nepotvrdili jsme tím, ani vliv rodinných faktorů na vznik komorbidit. Respondenti jsou také spíše v menším počtu ohrožení závislostí, ač bychom mohli předpokládat opět rodinný vliv. Ohrožení závislostí u komorbidních pacientů bylo pouze u 11,5 % rodin a v celkovém počtu respondentů bylo ohroženo závislostí jen 14 % rodin, tedy počtem se jedná o 22 rodin s výskytem závislosti na celkový počet 157 respondentů.

U všech respondentů je přítomna primární adiktologická diagnóza, která byla nejčastěji zastoupena abusem kanabinoidů u 33,5 % respondentů, následovala diagnóza F63 – patologické hráčství, které bylo přítomno u 31,2 % dětí a třetí nejvýznamnější diagnózou je porucha způsobené více návykovými látkami najednou – F19, kterou mělo celkem 19,1 % respondentů.

Mezi tzv. sekundární psychiatrickou diagnózu můžeme na prvním místě zařadit hyperkinetickou poruchu, která byla přítomna u 15,3 % dětí, následovala porucha osobnosti, kterou mělo 5,7 % dětí a na třetím byly zastoupeny poruchy chování, které se prokázaly u 4,5 % dětí.

Zvolené výzkumné otázky mé výzkumné práce neprokázaly zásadní vliv rodinného zázemí na vznik a rozvoj závislosti a komorbidit u zvoleného výzkumného souboru.

Pro další práci by mohlo být přínosné, pokud by do dalšího výzkumu bylo zahrnuto více respondentů a data, ze kterých bychom vycházeli by byly podloženy diagnosticky, jak u dětí, tak minimálně i u obou rodičů, otců i matek, kteří by také podstoupili adiktologické i psychiatrické vyšetření, ze kterých bychom mohli získat více podložená data využitelná pro rozšířenější výzkumné práce. Bylo by velmi zajímavé i pokud bychom se podívali více do hloubky neurobiologie vzniku závislosti v kombinaci s psychiatrickými komorbiditami a jejich následné genetické predispozice podpořené rodiči u dětí a adolescentů.

Literatura

A.-M., Malt, U. F. and Opjordsmoen, S. (2012). Substance use disorders and comorbid mental disorders in first-time admitted patients from a catchment area. *European Addiction Research* 18(1), 16-25.

APA (2013), Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C.

Conner, K. R. (2011). Clarifying the relationship between alcohol and depression. *Addiction* 106(5), 915-16.

Corneau, Guy (2012). *Chybějící otec, chybní syn*. Praha: Portál

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.

Crews, F. T., Vetreno, R. P. (2011). Addiction, adolescence, and innate immune gene induction. *Frontiers in psychiatry. Child and developmental psychiatry*, 2 (19), 1-11.

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.

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.

Čablová, L., Miovský M., (2013). Rizikové a protektivní faktory v rodině, které predikují užívání alkoholu u dětí a dospívajících. Přehledová studie. *Československá psychologie*. Ročník LVI. Číslo 3.

Ducci, F., Goldman, D. (2012). The genetics basis of addictive disorders. *Psychiatr Clin N Am*, 35. 495-519

Dunovský, J., Dytrych, Z., & Matějček, Z. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada.

Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2019). *Diagnostika a terapie duševních poruch*, 2. přepracované vydání. Grada

EMCDDA (2004). Co-Morbidity, in *Annual Report 2004: The state of the drugs problem in the European Communities*, Luxembourg, 94-102. Retrieved from: www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34901EN.html.

Epps, Ch., Wrigh, E.L. (2012). The genetis basis of addiction. In Bryson, E. O., Frost, E.A.M. (Eds.). *Perioperative addiction: Clinical management of the addicted patient*. Kap. 2. Springer Sci+Business Media, LLC, 35-50.

Essau, C. A. (2011). Comorbidity of substance use disorders among community-based and high-risk adolescents. *Psychiatry Research*, 185 (1–2), 176–184.

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.

Fischer, S. and Le Grange, D. (2007). Comorbidity and high-risk behaviors in treatmentseeking adolescents with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 40(8), 751-53.

Fischer, S., & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada.

Gattamorta, K. A., Mena, M. P., Ainsley, J. B., & Santisteban, D. A. (2017). The comorbidity of psychiatric and substance use disorders among Hispanic adolescents. *Journal of Dual Diagnosis*, 13(4), 254–263.

Grant, B. F., Hasin D. S., Chou, S. P., Stinson F. S., Dawson, D. A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related contidions. *Arch Gen Psychiatry*, 61 (11), 1107-1115.

Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada

Hajný, M. in Kalina K. et al. (2015), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

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.

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.

- Helus, Z. (2007). *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada.
- Hendl, J. (2015). *Přehled statistických metod*. Praha: Portál.
- Henslin, Earl R. (2003). *Otec a syn: Tajemství silného pouta mezi otcem a synem*. Praha: Návrat domů.
- Hollen, V., & Ortiz, G. (2015). Mental Health and Substance Use Comorbidity Among Adolescents in Psychiatric Inpatient Hospitals: Prevalence and Covariates. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 24(2), 102–112.
- Hopfer, C.J., Stallings, M.C., Hewitt, J.K. (2001). Common genetic and environmental vulnerability for alcohol and tobacco use in a volunteer sample of older female twins. *J Stud Alcohol*, 62 (6), 717-723.
- Hrdlička M., Dudová I. in Hosák, L., Hrdlička M., Libiger J., a kol. (2019). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum
- James, P. D., Smyth, B. P., & Apantaku-Olajide, T. (2013). Substance use and psychiatric disorders in Irish adolescents: A cross-sectional study of patients attending substance abuse treatment service. *Mental Health and Substance Use*, 6(2), 124–132.
- Jandáč, T., Šťastná, L. (2020). Analysis of Dual Diagnoses in the Practice of the Children's and Adolescents Outpatient Addiction Service. The Study Design. *Adiktologie*, 20(3–4), 151–155.
- 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.
- Kajanová A., (2014). *Sociální patologie: vybrané kapitoly*. Jihočeská univerzita v českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta
- Kalina K., Minařík J., in *Klinická adiktologie* (2018). Grada
- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Prescott, C. A., Crabbe, J., Neale, M. C. (2012). Evidence for multiple genetic factors underlying the DSM-IV criteria for alcohol dependence. *Mol Psychiatry*, 17 (12), 1306-1315.
- Kendler, K.S., Prescott, C.A., Neale, M.C. (2003). Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *American Journal of Psychiatry*, 160, 687-695.

- Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*, 56, 730-737.
- Krejsa B. (2022). *Vliv rizikových faktorů spojených s rodinným systémem na rozvoj poruch spojených s užíváním návykových látek u potomků*. Případová práce. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta
- 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.
- Langas, A.-M., Malt, U. F. and Opjordsmoen, S. (2012). In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC Psychiatry* 12, 180.
- Langenbach, T., Spönlein, A., Overfeld, E., Wiltfang, G., Quecke, N., Scherbaum, N., Melchers, P., & Hebebrand, J. (2010). Axis I comorbidity in adolescent inpatients referred for treatment of substance use disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4(1), 25.
- Langmeier, J. a Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2010). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál
- Linhartová, H., (2022). *Psychiatrická komorbidita u pacientů Adiktologické ambulance*. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1.lékařská fakulta.
- Lovasová, L. (2006). *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací Institut ochrany dětí.
- 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.
- Marmorstein, N. R. (2012). Anxiety disorders and substance use disorders: different associations by anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 26(1), 88-94.
- Marshall, R., Theodosiou, L., Bhat, P., Ghosh, A., & Ark, J. (2012). Mental Health Needs of Young People with Problematic Drug and Alcohol Use in Manchester. *ISRN Public Health*, 1–5.
- Martín-Santos, R., Torrens, M., Poudevida, S., Langohr, K., Cuyás, E., et al. (2010). 5-HTTLPR polymorphism, mood disorders and MDMA use in a 3year follow-up study. *Addiction Biology* 15(1), 15-22.
- Matali, J. L., Andión, O., Pardo, M., Iniesta, R., Serrano, E., & San, L. (2016). Adolescents and Dual Diagnosis in a Psychiatric Emergency Service. *Adicciones*, 28(2), 71–79.
- Matějček, Z. (2005). *Výbor z díla*. Praha: Karolinum.

- Matějček, Z., Dytrych Z. (1994). *Děti, rodina a stres*. Praha: Galén.
- Matoušek, O., (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Matoušek, O. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In Kalina, K. a kol., *Základy klinické adiktologie*. Kap. 5. Praha: Grada
- Miovský, M., Čablova, L., Šťastná, L., Školníková, M., Miklíková, S. (2014). Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionálních sítí služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje. *Adiktologie*, 14(1), 00-00.
- Miovský, M., Popov, P. (2016a). Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. [Planning and Process Evaluation of an Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents as a Pilot Project]. *Adiktologie*, 16(4), 292-318.
- Miovský, M., Popov, P. (2016b). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace. Child and adolescent addictology on the threshold of emancipation. *Adiktologie*, 16(4), 272-279.
- Miovský, M., Popov, P., Šejvl, J. (2018). *Klinika adiktologie „U Apolináře“ v perspektivě 70letého vývoje*. Boskovice: Albert.
- Nakonečný, M. (1998). *Základy psychologie*. Praha: Academia.
- Nechanská, B., Jann, J., Nováková, Z., Slábová, V., Kudrna, K. & Pašingerová, R. (2017). *Psychiatrická péče 2016*. Praha: ÚZIS ČR.
- Nechanská, B., Jann, J., Nováková, Z., Slábová, V., Kudrna, K. & Pašingerová, R. (2018). *Psychiatrická péče 2017*. Praha: ÚZIS ČR.
- Nielsen, D.A., Untrankas, A., Reyes, J. A., Simons, D.D., Kosten, T.R. (2012). Epigenetics of drug abuse: predisposition or response. *Pharmacogenomics*, 13 (10), 1149-1160.
- Nolen-Hoeksema, S., Frederickson, L. B., & Wagenaar, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál.
- Nunes, E. V., Levin, F.R. (2006). Treating depression in substance abusers. *Curr. Psychiatry Rep.*, 8 (5), 363-370.

Paclt, I., & Přibilová, N. (2017). Biologické aspekty ADHD (hyperkinetické poruchy) a poruch chování v dětském a adolescentním věku, vybrané preventivní aspekty. *Časopis lékařů českých*, 156(5), 271-278.

Pascual, M., Blanco, A.M., Cauli, O., Minarro, J., Guerri, C. (2007). Intermittent ethanol exposure induces inflammatory brain damage and causes long-term behavioural alterations in adolescent rats. *Eur. J. Neurosci.*, 25, 541-550

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.

Reupert, A., Bartholomew, C., Cuff, R., Foster, K., Matar, J., Maybery, D. J., & Pettenuzzo, L. (2019). An Online Intervention to Promote Mental Health and Wellbeing for Young Adults Whose Parents Have Mental Illness and/or Substance Use Problems: Theoretical Basis and Intervention Description. *Frontiers in psychiatry*, 10, 59.

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).

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.

Shaffer, D. R. (2001). *Developmental psychology: childhood and adolescence (6th ed)*. Australia; Belmont, CA: Wadsworth Thomson Learning.

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.

Sinha, R., Jastreboff, A. M. (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biol Psychiatry*, 73, 827-835.

Stevens, J. R., Prince, J. B., Prager, L. M., & Stern, T. A. (2014). Psychotic disorders in children and adolescents: A primer on contemporary evaluation and management. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(2), 27187.

Swendsen, J. and Le Moal, M. (2011). Individual vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1216(1), 73-85.

Špaňhelová, I. (2010). *Dítě a rozvod rodičů*. Praha: Grada.

Šťastná, L. (2022). Aktuální stav a perspektivy vývoje ambulance Dětské a dorostové adiktologie. Vědecká schůze Psychiatrické společnosti ČLS JEP. [powerpoint slides]. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/365609814_Aktualni_stav_a_perspektivy_vyvoje_detske_a_dorostove_adiktologie.

Šustková, M. in Kalina K. et al. (2015), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. Sobotková, I., *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.

Taylor, A., Kim-Cohen, J., (2007). Meta-analysis of gen-environment interactions in developmental psychopathology. *Dev. Psychopathol*, 19 (4), 1029-1037.

Tomas Jandac & Lenka Stastna (2023): The prevalence of dual diagnoses in children and adolescents with substance use disorders, systematic review, *Journal of Substance Use*.

Torrens, M., Fonseca, F., Mateu, G. and Farre, M. (2005). Efficacy of antidepressants in 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., 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., Mestre-Pintó, J. Dominig-Salvany, A. (2017). *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Úřad vlády České republiky.

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.

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.

Všeobecná fakultní nemocnice (2023). Retrieved from: <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/klinika-adiktologie/odborne-ambulance>.

WHO (1992), *International statistical classification of diseases and related health problems*, World Health Organization, Geneva.

WHO (2010), *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*.

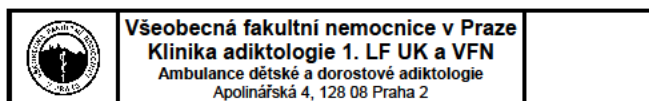
Wiederman, M. W. and Pryor, T. (1996). Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders. *Addictive Behaviors* 21(2), 269-72.

Wise, B. K., Cuffe, S. P., & Fischer, T. (2001). Dual diagnosis and successful participation of adolescents in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(3), 161–165.

Zákon č. 94/1963 Sb., *Zákon o rodině*.

Přílohy

Příloha č. 1 - dotazník SAL str. 1



Strukturovaný anamnestický list pro rodiče (SAL)

Kdo vyplňuje (matka, otec):

Datum vyplnění:

Základní informace

Jméno pacienta: _____ Věk: _____
Země narození: Pacienta: _____ Otec: _____
Matky: _____

Kdo sem dítě posílá:

Rodiče OSPOD/kurátor Škola Jiné:

Kde jste se o nás dozvěděli:

Známý Web Leták OSPOD/kurátor
 Jiná adiktologická služba Jiná sociální služba Jiné:

Přidělen kurátor:

Ne Ano Jméno: _____ Kontakt: _____

Přidělena sociální pracovníce:

Ne Ano Jméno: _____ Kontakt: _____

Bylo již vaše dítě někde umístěno?

a. Jen detoxifikace	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
b. Léčba pro alkohol/drogy	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
c. Nemocnice (úraz, nemoc, ...)	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
d. Psychiatrická léčba	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
e. Denní stacionář	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
f. Ústavni výchova (DD, DÚ, VÚ)	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
g. Středisko výchovné léčby	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
h. Vězení, cela zadržení	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
i. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____

Sociální vztahy

S kým hlavně tráví vaše dítě volný čas?

S příbuznými bez problémů S příbuznými, kteří mají problémy s alkoholem či drogami S přáteli bez problémů S přáteli, kteří mají problémy s alkoholem či drogami
 Tráví volný čas sám

Vyhovuje vám, s kým tráví vaše dítě volný čas?

Ne Je to jedno Ano

Kolik má blízkých přátel?

Počet: _____

Mělo vaše dítě během svého života velmi blízký vztah s (křížkujte i více možností):

- S matkou S otcem S bratrem či sestrou Se sexuální partnerkou/partnerem
 Se spolužákem S přítelem/příteľkyní

Psychický stav/anamnéza

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

- Lůžkově (pobyt) Kolikrát: _____ Ambulantně (návštěvy v ordinaci) Kolikrát: _____

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

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

Právní postavení

Bylo vaše dítě někdy zadržované, vyšetřované v souvislosti s:

- Prodejem drog Krádeží Násilným činem (vloupání, ublížení na zdraví, zabíjení z násilím) Pro jiný trestný čin, jaký: _____

Má vaše dítě podmínku či soudně nařízenou léčbu?:

- Ne Ano

Škola

Ročník: _____

Typ studující školy:

- ZŠ SŠ s maturitou SŠ či SOU bez maturity Gymnázium
 Jiné: _____

Školní prospěch v posledním školním roce:

- Výborný (1, 2) Průměrný (3) Podprůměrný (4) Neprospívá (5)

Školní postihy za poslední 3 měsíce:

- Snížená známka z chování Důtka učitele Důtka ředitele Jiné: _____

Školní postihy, celý život:

- Snížená známka z chování Důtka učitele Důtka ředitele Jiné: _____

Proběhla v průběhu studia změna školy:

- Ne Ano Kolikrát: _____ Důvod: _____

Rodinná anamnéza

Rodina:
 Úplná Neúplná (chybí rodič) Doplněná (nový partner v domácnosti)

Bydlení společně s:
 Rodiče Matka Otec Prarodiče
 Sourozenci Partner/partnerka Sám/sama Sřídavá péče
 V chráněném prostředí Jiné:

Věk a zaměstnání členů rodiny
 Matka _____ Otec _____ Bratr _____ Sestra _____

Konflikty, obtíže ve vztazích:
 Biologická matka Ne Ano Biologický otec Ne Ano
 Náhradní matka Ne Ano Náhradní otec Ne Ano
 Vlastní sourozenci Ne Ano Nevlastní sourozenci Ne Ano
 Babička Ne Ano Děda Ne Ano

Bydli vaše dítě s někým, kdo:
 Má teď problémy s alkoholem Ne Ano Bere drogy Ne Ano Bral drogy Ne Ano

Ohrožení rodiny:
 Nezaměstnanost Ne Ano Jazykové znevýhodnění Ne Ano Ctudoba Ne Ano
 Zdravotní znevýhodnění Ne Ano Dluhy Ne Ano Zráta bydlení Ne Ano
 Závislosti Ne Ano Prostituce Ne Ano Jiné: Ne Ano

Z otcovy strany

	Alkohol	Drogy	Psychické potíže
Otec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Babička	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dědeček	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strýc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Alkohol	Alkohol	Drogy	Psychické potíže
Otec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Babička	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dědeček	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strýc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sourozenci

	Alkohol	Drogy	Psychické potíže
Bratr 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bratr 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sestra 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sestra 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nevlastní sourozenec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adiktologická anamnéza

	Věk, kdy poprvé	Celoživotně (roky)	Posledních 30 dní	Forma aplikace
PC hry/gambling				
Alkohol				
Cigarety				
Marihuana, hašiš				
MDMA, extáze				
Stimulancia (pervitin)				
Halucinogeny (LSD)				
Těkávé látky				
Heroin				
Metadon/subutex				
Jiné opiáty (např. buprenorfin, kodein, morfin, ...)				
Tlumivé léky (Xanax, Diazepam, Rohypnol, ...)				
Kokain				
Více než jedna látka denně				

Hlavní droga: _____

Pokusy abstinence: _____

Ne Ano Kolikrát: _____

Zaškrtnete, jaká je situace Vašeho dítěte v následujících oblastech:

	1 <i>(velmi dobrý)</i>	2	3	4	5 <i>(velmi špatný)</i>	0 <i>(neznámo)</i>
psychické zdraví (úzkost, deprese a obtíže s emocemi a city)						
fyzické zdraví (závažnost zdravotních obtíží a obav z nemoci)						
sociální fungování (finance, zaměstnání, škola, problémy se zákonem, s úřady)						
vztahy s blízkými (bydlení, vztahy s dětmi, rodiči, příbuznými)?						
konflikt se zákonem						
kvalita života						