

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

**2020**

**Marcela Metelková**

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**STUDIUM V OBLASTI PEDAGOGICKÝCH VĚD**

**SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA**

**2018-2020**

**ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

**Marcela Metelková**

**ADHD jako rizikový faktor závislostního chování v užívání  
návykových látek u adolescentů**

**Praha 2020**



### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená závěrečná práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 29. 3. 2020

Marcela Metelková.....

## **Anotace**

V posledních letech je vztah ADHD s problematikou závislostí významným klinickým i výzkumným tématem nejen v odborných adiktologických kruzích. Ukazuje se, že hraje důležitou roli z hlediska komplikací v diagnostice i léčebném procesu. Práce se zaměří na problematiku užívání návykových látek u adolescentů, zejména na osobnostní charakteristiky související s rizikovým chováním v adolescenci a vliv komorbidit závislostních poruch s dalšími duševními poruchami. Práce si klade za cíl popsat u sledovaných respondentů vliv ADHD, jednoho z významných rizikových faktorů vzniku a rozvoje závislostního chování, na vývoj jejich škodlivého užívání návykových látek. Práce bude vycházet z kvalitativního přístupu, design bude mít charakter vícečetné případové studie. Výzkumný soubor bude tvořen respondenty, kteří budou vybráni metodou záměrného výběru. Zvolenou metodou sběru dat bude nestrukturovaný rozhovor, zprávy a výpovědi odborných pracovníků diagnostického ústavu.

## **Klíčová slova**

ADHD, hyperaktivita, porucha pozornosti, impulzivita, rizikové chování, užívání návykových látek, závislost.

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1    ADHD, CHARAKTERISTIKA.....</b>	<b>10</b>
1.1    Vymezení pojmu ADHD, výskyt.....	10
1.2    Etiologie.....	11
1.3    Klinický obraz.....	12
1.4    Diagnostika v klinické praxi, diagnostická kritéria .....	14
1.5    Komorbidita .....	17
1.6    Léčba ADHD .....	18
<b>2    ADHD JAKO RIZIKOVÝ FAKTOR ROZVOJE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI V ADOLESCENCI.....</b>	<b>19</b>
2.1    Průběh ADHD během vývojových etap .....	19
2.2    Souvislost ADHD se specifickými poruchami učení a poruchami chování .....	20
2.3    Specifika dospívání a rizikové chování .....	21
2.4    Dopady ADHD na psychosociální vývoj jedince .....	23
2.5    ADHD a užívání návykových látek .....	24
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>26</b>
<b>3    CÍLE VÝZKUMU A METODIKA .....</b>	<b>26</b>
3.1    Cíl práce a výzkumné otázky.....	26
3.2    Metodika výzkumu .....	27
<b>4    VÝSLEDKY – KAZUISTICKÉ STUDIE .....</b>	<b>29</b>
4.1    Respondent č. 1 – Red .....	29
4.1.1    Rodinná anamnéza .....	29
4.1.2    Zdravotní a osobní anamnéza.....	30
4.1.3    Vývoj užívání návykových látek.....	33
4.1.4    Osobnostní charakteristika, projevy ADHD v DÚM.....	35
4.1.5    Fungování v zařízení.....	37
4.2    Respondent č. 2 – Bob .....	39
4.3    Respondent č. 3 – Dave .....	42
<b>5    DISKUSE VÝSLEDKŮ.....</b>	<b>46</b>

<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>48</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>49</b>

# ÚVOD

Téma ADHD jako významné komorbidity v kontextu užívání návykových látek se dostalo do popředí zájmu odborníků z oblasti adiktologie relativně nedávno. V posledních letech probíhal u nás rozsáhlejší výzkum souvislosti ADHD a problematiky závislostí zejména v terapeutických komunitách a otevřel tak prostor pro další diskusi tím, že ukázal smysluplnost dále vztah ADHD a užívání návykových látek zkoumat, a to nejen z důvodu hledání účinných cest k přístupu a léčbě závislých s komorbiditou ADHD, ale také pro důležitost zabývat se tímto vztahem jako významným rizikovým faktorem z hlediska prevence a screeningové diagnostiky.

Cílem práce je popsat vliv ADHD na vznik a rozvoj závislostního chování v užívání návykových látek u adolescentů. Výzkumné otázky se zaměřují na to, jak lze tento fenomén popsat u zkoumaných respondentů, jak se promítají přetrvávající projevy ADHD do života jedince a do jeho fungování v zařízení diagnostického ústavu, jak a do jaké míry ovlivňují projevy ADHD závislostní chování v užívání návykových látek. Současně se práce snaží zodpovědět zvolené dílčí výzkumné otázky, které se ptají na vliv osobnostních rysů adolescentů na jejich rizikové chování, na význam role dalších rizikových faktorů na vývoj dospívajících a také na souvislost s farmakologickou léčbou ADHD.

Teoretická část je rozdělena na dvě základní kapitoly. První kapitola vymezuje pojem ADHD, uvádí dostupný nejnovější pohled odborné literatury různé aspekty poruchy, které jsou zpracovány v jednotlivých podkapitolách. Jedná se o výskyt a etiologii poruchy, její klinický obraz, diagnostická kritéria, komorbiditu a léčbu. Pro výzkum byl zvolen kvalitativní přístup. Výzkumný soubor tvoří tři respondenti, současně umístění v Diagnostickém ústavu pro mládež (DÚM), a to nejen z důvodu zneužívání návykových látek. V praktické části jsou představeny kazuistické studie tří respondentů, první je rozpracovanější včetně jednotlivých anamnéz, zaměřuje se na historii užívání návykových látek, osobnostní charakteristiku jedince, projevy ADHD a fungování respondenta v DÚM. Zbylé kazuistiky jsou podány stručnějším formou. Získaná data jsem zpracovala a na základě odborné literatury vyhodnotila za odborného vedení psychologických pracovníků.

Osobně mne toto téma zajímá už jen z principu své každodenní práce s dospívajícími chlapci v Diagnostickém ústavu pro mládež (DÚM) a pocíťování nutnosti se stále vzdělávat, neboť tato práce je pro mě nekonečná cesta a hledání. Téma mne oslovuje jako pedagoga působícího v diagnostické třídě, kde se pravidelně setkávám s chlapci, kteří mají diagnostikovaný syndrom ADHD v dětství a u většiny z nich symptomy přetrvávají i



v adolescenci, a mým úkolem je přizpůsobit podmínky vzdělávání s respektem k jejich potížím. V rámci svých možností se snažím uplatnit v DÚM také své adiktologické vzdělání, kde poradenstvím formou individuálních intervencí či prostřednictvím skupinového setkávání v rámci indikované prevence se pokouším ovlivnit postoj chlapců užívajících návykové látky a ohrožených závislostí na nich směrem k rozhodnutí ke změně náhledu na své rizikové chování a dále pomoci předejít dalšímu rozvoji závislostního chování, zejména zneužívání metamfetaminu jako nejčastěji zneužívaného stimulantia. Zvolené téma je tudíž pro mne profesně významné. Práce se také pokusila přiblížit významnou skupinu adolescentů, umístěných v DÚM, jakožto zařízení institucionální péče.

Je třeba poukázat na určité limity práce, které mohly mít (a z části i měly) vliv na její zpracování a výsledky. Prvním limitem je daný výzkumný soubor. Nedokázala jsem získat dostatečné množství potřebných dat dvou respondentů z důvodu jejich častých a opakovaných útěků, psychických rozlad a výkyvů nálad, kdy nebylo možné s nimi provést rozhovor. Dalším limitem bylo i mé postavení pedagoga v DÚM, kdy došlo ke střetu dvou rolí, učitele + zaměstnance zařízení a současně výzkumníka. Respondenti taktéž byli účastníky výzkumu a současně mými žáky. Limit, který se týkal mne, jako tazatele, se tedy týkal jednak mého postavení jako autority – učitele. Stále jako limit považuji vlastní nedostatky ve schopnostech vést klinické rozhovory

Práce ilustruje nejen potřebu se touto problematikou hlouběji zabývat, ale také vnáší řadu otázek o hledání účinnějších výchovných postupů a intervenčních strategií pro tuto skupinu dospívajících, umístěných v zařízeních institucionální péče, tak aby jim bylo možné nabídnout prostředí korektivní a učící a současně pro ně podpůrné a bezpečné.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ADHD, CHARAKTERISTIKA

### 1.1 VYMEZENÍ POJMU ADHD, VÝSKYT

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) je podle Stárkové (2016) nyní vnímán jako neurovývojová porucha, pro kterou jsou charakteristické tři symptomy – deficit pozornosti, hyperaktivita a impulzivita, projevy se výrazně projevují již v raných stádiích vývoje a též zřetelněji, než odpovídá mentálnímu věku jedince, výrazněji vystupují v situacích, které kladou požadavky na udržení pozornosti, kontrolu pohybů a utlumení impulzů (nutnost přizpůsobení se určitým normám a pravidlům, pobyt v kolektivu, školní práce). Jochmanová (2019) poukazuje na to, že syndrom ADHD jako diagnostická kategorie prochází dlouhou dobu složitým vývojem z hlediska názvu kategorie, definice projevů, etiologie i diagnostiky. Jucovičová, Žáčková (2010) uvádějí, že první poznatky o hyperaktivních dětech lze zaznamenat již od první poloviny dvacátého století, u nás byl používán termín „malá mozková dysfunkce“ (MBD), poté termín „lehká dětská encefalopatie“ (LDE), a následně byl odbornou i laickou veřejností běžně používán termín „lehká mozková dysfunkce“ (LMD). Jochmanová (2019) uvádí, že ačkoliv dřívější označení (LMD, LDE) vystihovala podstatu této poruchy jako lehkou odchylku funkce centrálního nervového systému, v praxi však byla problémem diagnostika, a z tohoto důvodu bylo tedy pojmenování změněno na spíše popisnou klasifikaci dle převažujících symptomů. Přestože v naší zemi je stále platný klasifikační manuál MKN-10, který označuje stejné projevy souhrnným názvem Hyperkinetická porucha, byl podle Stárkové (2016) odbornou veřejností bez výhrad přijat termín ADHD. Dále uvádí, jak lze diagnostikovat ADHD i v dospělosti, neboť je prokázáno, že nejde čistě o problém dětské psychiatrie, a tento nový přístup je zásadní pro umožnění následné adekvátní léčby. Dle Stárkové (2016, s. 16) je vzhledem ke genetickým faktorům figurujícím v etiologii potom v klinické praxi *„dost obtížné léčit dítě, jehož rodič vykazuje podobné projevy nepozornosti, impulzivity, dezorganizovanosti nebo nedůslednosti“*.

Z hlediska epidemiologie se Hyperkinetická porucha či ADHD řadí mezi nejčastější neurovývojové poruchy. Prevalence se u různých autorů mírně liší, Paclt (2007) uvádí výskyt

ADHD u 6% dětské populace v poměru chlapců a dívek 3 až 5 : 1, Miovský (2018) udává rozmezí 5-7%, Cahová, Pejčochová, Ošlejšková (2010) udávají prevalenci mezi 3 – 7%.

## 1.2 ETIOLOGIE

O tom, že v současné době z hlediska výzkumu a praxe převažuje význam multifaktoriální etiologie s převahou neurobiologických faktorů, hovoří Jochmanová (2019), která zmiňuje také významnou roli genetických predispozic, prenatálních, perinatálních i postnatálních komplikací a uvádí, že tyto vlivy se podílejí na vzniku neurobiologických deficitů, které ovlivňují následně neuropsychické funkce. O čtených genealogických a rodinných studiích hovoří Drtílková (2007), která uvádí potvrzující spojení nemoci s genetickými vlivy, u mužů s ADHD byla zjištěna pětikrát větší pravděpodobnost, že jejich příbuzní prvního stupně budou trpět touto poruchou.

První patofyziologický model hyperkinetické poruchy dle Drtílkové (in: Drtílková, Šerý, 2007, s. 43) vznikl na základě výzkumů fungování mozku a hlubšímu porozumění mechanismu působení stimulancí v CNS, byla vyslovena tzv. katecholaminová hypotéza hyperaktivity, podle které je hyperkinetická porucha důsledkem „*snížené produkce nebo snížené utilizace*“ katecholaminů (dopaminu a noradrenalinu) v mozku. Že změny v katecholaminové transmisi v oblasti prefrontálního laloku jsou potvrzeny léčbou psychostimulancii a nonstimulancii (atomoxetin) uvádí Stárková (2016) a dále vysvětluje, že psychostimulancia zvyšující množství dopaminu v synapsích a nonstimulancia zlepšující neurotransmisi noradrenalinu což potvrzuje, že je s ADHD spojena porucha neurotransmise v adrenergním i dopaminergním systému. Dle autorky byla zjištěna určitá hypoaktivita kortikálního dopaminergního systému oblasti frontálního a prefrontálního laloku. Na jejich funkci se váže schopnost organizovat a plánovat chování a tyto oblasti jsou významné pro funkci kognitivních procesů (Stárková, 2016). Také Drtílková (in: Drtílková, Šerý, 2007) hovoří o těchto u ADHD dysfunkčních oblastech, a uvádí, že neurotransmitery významně ovlivňují kognitivní aktivity v prefrontálním kortexu, což potvrdila řada preklinických studií. Autorka vysvětluje, že dysfunkce frontálních laloků úzce souvisí s nedostatky při řešení úkolů (organizování, plánování), řešení problémů a výběr adekvátního chování v dané situaci, s deficitem pozornosti a impulzivitou. Na další zjištění výsledků longitudinálních studií upozorňuje Stárková (2016) a uvádí, že prokazují opoždění kortikální maturace u dětí s ADHD právě v oblasti prefrontálního laloku, na kterou se vážou důležité exekutivní funkce mozku.

## 1.3 KLINICKÝ OBRAZ

Dle Kucharské (2000) ADHD charakterizuje k věku dítěte nepřiměřený stupeň pozornosti, hyperaktivity a impulzivity a porucha se vyznačuje chronickými potížemi, které nelze vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů, celkově ADHD komplikuje a ovlivňuje interakci dítěte s rodinou, školou a společností.

### Hyperaktivita

Hyperaktivitu Drtílková (2007) popisuje takto: projevuje se jako puzení k neustálému pohybu, k neúčelné činnosti, z čehož plyne, že děti mají potíže zůstat v klidu, relaxovat, projevují se u nich neúčelné pohyby a při nucené inaktivitě se u nich objevuje nepohoda, zvýšená aktivita u dětí je samoúčelná, děti jsou neklidné a živé, jen obtížně a přechodně lze usměrnit, bývají hlučné, upovídané, ruší spolužáky ve třídě, nebaví je aktivity, při kterých je nutný klid a ticho, hyperaktivita vede často u dětí k menší unavitelnosti i problémům s usínáním. Projevy hyperaktivity jsou dle autorky nápadné zejména v situacích, které vyžadují zvýšenou sebekontrolu chování. Paclt (2007) dále dodává, že pozorování sociálních interakcí s jinými dětmi rovněž vykazuje celkově nadměrný řečový projev a časté komentáře, děti skáčou do řeči a berou si slovo, i když nejsou osloveny, vydávají atypické zvuky. Dle Drtílkové (2007) se také děti snadno dostávají do problémů s vrstevníky, nemají trvalá přátelství a mohou být neoblíbené, snadno se nechají vyprovokovat a někdy reagují agresivně.

Cahová, Pejčochová a Ošlejšková uvádějí (2010), že v dospělosti může být ekvivalentem hyperaktivity workoholismus, jedinci nejsou schopni vydržet stát ve frontě, nedodržují stanovenou rychlost při řízení, projevují se u nich pocity neklidu, nervozita, neschopnost setrvat u sedavých aktivit.

### Porucha pozornosti

Drtílková (2007) uvádí, že pozornost představuje komplexní schopnost, aktivní zaměření našeho vědomí, jde o schopnost vnímat důležité děje a potlačit děje méně důležité. Dle Paclta (2007) je právě pro děti s ADHD největší potíží udržení pozornosti či volního úsilí při plnění zadaných úloh. Munden a Arcelus (2008) uvádějí, že tím, jak se děti s ADHD nedokážou delší dobu soustředit, je pro ně nesmírně náročné zejména učení nejen ve škole, ale platí to i

pro praktické dovednosti, motorické schopnosti i osvojování si komunikačních dovedností. Porucha pozornosti se u hyperkinetických dětí dle Drtílkové (2007) projevuje častým selháváním při činnosti, které vyžadují vytrvalost, trpělivost a duševní úsilí. Děti předčasně ukončují práci na úkolu, zanechávají činnosti nedokončené, pracují povrchně, přecházejí k jiným činnostem, nejsou schopny soustavně vnímat instrukce, dělají mnoho chyb z nepozornosti a jejich školní výkon je značně nevyrovnaný. Mezi další projevy autorka uvádí nepořádnost ve vlastních věcech, tyto děti stále něco zapomínají, hledají či ztrácejí, jejich aktivity se vyznačují špatnou organizací a jsou často nadměrné, také při komunikaci bývají děti nesoustředěné, vypadají, že neposlouchají nebo nevnímají. V kognitivní oblasti popisuje Drtílková (2007) prokazatelnou neschopnost usměrnit pozornost k podstatným informacím, poruchu analýzy a syntézy a poruchu exekutivních funkcí, která má za důsledek nesystematičnost a chaotické postupy nejen při organizaci práce, ale i při řešení úkolů nebo plánování a využívání volného času a ovlivňuje negativně i schopnost analyzovat, regulovat, ovládat i usměrňovat vlastní chování.

V dospělosti je podle Cahové, Pejčochové a Ošlejškové (2010) porucha pozornosti častá, a jelikož jde o symptom méně nápadný, často v dětství zůstává nerozpoznána. Autorky uvádějí, že dospělí mají potíže s organizací práce, zapomínají na důležité termíny, nezvládají systematicky řešit úkoly, nedokončují je, charakteristická je chaotičnost. V praxi potom dle autorky ti, kteří nebyli do dospělosti diagnostikováni, navštíví pomoc odborníka až ve chvíli, kdy dominují sekundární potíže – úzkostné poruchy nebo deprese, které vznikají při chronickém přetížení a selhávání.

### **Impulzivita**

Podle Drtílkové (2007) se impulzivita projevuje ve dvou formách - jako symptomatické jednání a ve formě kognitivního impulzního stylu (zbrklé úsudky, překotné rozhodování), díky problémům se sebeovládáním tak hyperaktivní děti často dostávají do disciplinárních potíží kvůli neúmyslným přestupkům, protože např. nejsou schopny čekat ve frontě či při hře, až na ně dojde řada, těžce nesou různá omezení a příkazy, mnoho věcí dělají nahodile, když je to právě napadne a vše chtějí či dělají hned – teď. Dle autorky je též typické, že dají přednost raději menší, ale okamžité odměně, nedokážou pozdržet či utlumit svou reakci a pouštějí se zbrkle a bez rozmyšlení do nebezpečných aktivit (vběhnout do vozovky bez rozhlédnutí, lezou do výšek...), často mluví bez ohledu na sociální zábrany, přerušují řeč jiným, ve škole vykřikují a zbrkle odpovídají na otázky, které ještě nebyly dokončeny. Také Paclt (2007) uvádí, že tyto děti rychle odpovídají v různých situacích, aniž by čekaly, až budou dokončeny

instrukce nebo aniž by přiměřeně zhodnotily, co se od nich v dané chvíli a situaci vůbec vyžaduje a výsledkem následně je, že tyto děti mohou rovněž selhávat při uvažování o potenciálně negativních, destruktivních či dokonce život ohrožujících následcích, které mohou nastat při určitých činnostech. Drtílková (2007) dále přidává, že u těchto dětí bývá často snížená společenská distance ve vztahu k dospělým, potíže s podrobováním se autoritám, různým stereotypům a disciplíně.

V dospělosti je podle Mundena a Arceluse (2008) impulzivita dominujícím jádrovým symptomem a lidé trpící příznaky ADHD s ní zažívají velice vážné potíže pronikající všemi oblastmi života. Autoři popisují, že dospělí nedokážou ovládnout své reakce na signály, podněty nebo události nesouvisející nijak s tím, co právě dělají, impulzivita vede k obtížím vyčkat na cokoli, typická je u nich netrpělivost, kdy těmto lidem činí problém i čekání v restauraci na obsluhu, nebo při dopravní zácpě, impulzivita se dále projevuje nerozvážnými a ukvapenými rozhodnutími, narušováním konverzace ostatních lidí, problémy s oddálením činnosti, zbytečné a bezhlavě riskující chování dospělých s ADHD při řízení, či další projevy v provozování velkých a unáhlených nákupů. Miovský (2018) zejména upozorňuje na to, že jedinci s ADHD mohou na základě svého horšího úsudku nebo impulzivního chování v sociálních prostředích vykazovat vulnerabilitu k užívání návykových látek. Podrobněji je souvislost mezi ADHD a užíváním návykových látek probrána v samostatné kapitole.

## **1.4 DIAGNOSTIKA V KLINICKÉ PRAXI, DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA**

Jochmanová (2019) uvádí, že Mezinárodní klasifikace nemocí – její desátá revize (MKN-10) používá termín Hyperkinetická porucha, která je rozdělena na dva subtypy: Porucha pozornosti a hyperaktivity (F 90.0) a Hyperkinetická porucha chování (F 90.1). Podle Jucovičové a Žáčkové (2015) bývá pojem hyperkinetická porucha (hyperkinetický syndrom) častěji používán ve zdravotnictví, kdežto v poradenské a školské praxi se častěji setkáváme s termínem ADHD. Hyperkinetická porucha chování je dle vyjádření autorek diagnostikována tehdy, pokud je kromě poruchy aktivity a pozornosti přítomna i porucha chování (opoziční chování, agresivita či jiné poruchy chování). Jedná se o „*přidružené poruchy chování k syndromu ADHD*“ (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 43). Miovský (2018) předkládá terminologii Amerického Diagnostického statistického manuálu americké psychiatrické

asociace (APA), ze kterého pochází označení ADHD, a uvádí současnou pátou verzi DSM-V, která rozlišuje tři subtypy:

- ADHD s převažující poruchou pozornosti (ADD),
- ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou,
- Kombinovaný typ.

Cahová, Pejčochová a Ošlejšková (2010) uvádějí, že právě odlišnosti v klasifikačních systémech mohou hrát roli v publikované rozdílné incidenci Hyperkinetické poruchy respektive ADHD v populaci. Pojetí DSM-V je širší a charakterizuje ho přítomnost „*vysoké úrovně nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity*“ (Miovský, 2018, s. 35). Podmínkou stanovení diagnózy je dle DSM-V přítomnost 6 a více symptomů u dvou kategorií: kategorie Hyperaktivita a impulzivita, kategorie Nepozornost, a dále Miovský (2018) uvádí podmínku, že se symptomy musí vyskytovat nejméně 6 měsíců v míře, která neodpovídá stupni vývoje dítěte a má přímý negativní vliv na jeho sociální život a fungování. Pro stanovení diagnózy u dospívajících (od sedmnácti let) a dospělých je podle Stárkové (2016) zapotřebí splnění 5 a více příznaků z obou kategorií, a dále autorka vysvětluje, že posun požadovaného počátku projevených symptomů z původně sedmi let na dvanáct let byl požadován zvláště proto, že bylo pro dospělé i dospívající obtížné pátrat retrospektivně po počátcích problémů. Miovský (2018) dodává, že výskyt symptomů pro potvrzení ADHD musí být ve více prostředích (v rodině, ve škole, případně v jiných aktivitách), a dále je potřeba vyloučit, že není přítomna schizofrenie či jiné psychotické onemocnění, a že příznaky nejsou lépe vysvětlitelné jinou duševní chorobou. Stárková (2016) uvádí symptomy obou kategorií dle DSM-V takto:

#### **Hyperaktivita a impulzivita:**

1. Nevydrží klidně sedět, vrtí se, houpe se na židli, hraje si s prsty
2. Vstává ze židle, odchází v situacích, kdy se očekává, že by měl sedět
3. Nadměrně pobíhá, když je to nevhodné, kamkoliv a kdykoliv někam leze
4. Nedokáže si klidně hrát, zejména hry vyžadující ticho a soustředění
5. Je stále v pohybu, jako „na pochodu či poháněný motorkem“
6. Nadměrně hovoří
7. Odpovídá dříve (vyhrkne odpověď), než je dokončena otázka
8. Nedokáže čekat v klidu, než na něho dojde řada
9. Přerušuje ostatní, vyrušuje, vynucuje si pozornost

**Nepozornost:**

1. Často nedává pozor na detaily, zbytečně chybje (ve škole či při jiné aktivitě)
2. Neudrží pozornost (při úkolech, nebo hrách)
3. Často se zdá, že neposlouchá, mluví-li se přímo k němu
4. Neposlouchá instrukce, neřídí se jimi, nedokončuje úkoly
5. Má potíže s organizací a plánováním různých aktivit, úkolů
6. Vyhýbá se úkolům vyžadujícím soustředěné mentální úsilí
7. Často ztrácí různé věci (hračky, pomůcky, školní i sportovní potřeby)
8. Snadno se rozptyluje od úkolu, zbrkle reaguje na zevní podněty
9. Zapomíná na rutinní denní aktivity a povinnosti

Klinické aspekty poruchy v dospělém věku dle Cahové, Pejčochové a Ošlejškové (2010) zohledňují upravená diagnostická kritéria DSM-IV, která uvádějí tři podmínky:

1. Přítomnost alespoň 12 chronických symptomů z dvaceti uvedených níže
2. V anamnéze ADHD v dětství
3. Stav, který není vysvětlitelný jinou poruchou

Mezi chronické příznaky Miovský (2018) řadí tyto: pocit, že výkon neodpovídá schopnostem jedince, odkládání řešení či obavy něco začít, provádění více věcí současně, neschopnost každodenní záležitosti (plnit termíny, schůzky, ...), neudržení zájmů, hledání nových podnětů, sklon k nevhodným poznámkám, nedůslednost, prosazování vlastních postupů a odmítání vžitých, netrpělivost, akční impulzivita (utrácení), sklon trápit se budoucností, pocity hrozící záhuby a nebezpečí se střídajícím se vzrušením z rizika, nevšímavost k reálnému nebezpečí, poruchy nálady a deprese, sklon k závislostem (alkohol, drogy, jídlo, hry, práce), poruchy se sebehodnocením a sebepojetím, výkyvy nálad, ale také intuitivnost, kreativitu i vyšší IQ. Diagnostika ADHD v dospělosti není snadná, a jak uvádějí Cahová, Pejčochová a Ošlejšková (2010), je založená na klinickém obraze poruchy a její detailní vývojové charakteristice. Žáčková a Jucovičová (2014) uvádějí, že se k diagnostice využívají kromě anamnestických podkladů zejména sebezposuzující škály (např. WURS, škála Connersové), dále klinický rozhovor a pozorování chování. V širší diagnostice je podle Cahové, Pejčochové a Ošlejškové (2010) nutné zhodnocení celkového psychologického a psychiatrického profilu jedince, hledání možných psychiatrických komorbidit, vyloučení organických symptomů, neurologických komorbidit (např. trauma hlavy, epilepsie), ale také se zaměřit na somatické vyšetření.



## 1.5 KOMORBIDITA

Kucharská (1999) upozorňuje na skutečnost, že řada odborníků zdůrazňuje nutnost precizní diferenciatní diagnostiky před terapeutickou intervencí. Stárková (2016) k tomu uvádí, že množství komorbidit objevujících se společně s ADHD se s věkem zvyšuje, a zatímco byla dříve v klinické praxi často diagnostikována původní hyperkinetická porucha dle MKN-10, tak dnes se dětské psychiatrii setkávají s nejednoznačným klinickým obrazem. Ze zdravotních problémů u hyperkinetických dětí Paclt (2007) uvádí až u 52% dětí s ADHD zhoršenou motorickou koordinaci, může se také objevovat větší počet „měkkých“ neurologických příznaků s projevem nadbytečných motorických projevů, dále dle výzkumů mívá 25-50% hyperaktivních dětí v dětství častější výskyt různých alergií, astmatu, opakovaných infekcí horních cest dýchacích, u 43% se objevila enuréza, problémy se spánkem a častým nočním probouzením. Stárková (2016) udává častou komorbiditu ADHD s jinými neurovývojovými poruchami, z nichž velkou pozornost připisuje s poruchami autistického spektra. Stárková (2016, s. 18) říká, že *„odlišit, která z přítomných poruch více podmiňuje sociální chování dítěte a jak orientovat léčbu, je v praxi velmi obtížné“*. Dle odborníků může ADHD maskovat u malých dětí diagnózu autismu o 2,9 roku. Podle Paclta (2007) je všeobecně známá koexistence ADHD s dalšími psychickými poruchami: nejméně ještě jednou poruchou trpí 44% dětí s ADHD, dvěma poruchami 32% dětí a třemi a více až 11% dětí s ADHD. Jako nejčastější uvádí afektivní poruchu (32%) a úzkostnou poruchu (20-30%). Drtílková (2007, s. 188) k tomu dodává, že se často anxiózně-depresivní symptomatologie objeví až za několik let po počátečních příznacích ADHD, a že *„u dětí s ADHD bývá narušena regulace emotivity a je pravděpodobné, že část úzkostných a depresivních příznaků vzniká jako reakce na různé druhy frustrace (studijní neúspěchy, problémy v osobních vztazích, represe aj.), které jsou přímým důsledkem psychopatologie základní poruchy“*. Autorka dále upozorňuje na souvislost mezi ADHD s bipolární poruchou a na problémy s diferenciatní diagnostikou mánie a ADHD z důvodu některých společných symptomů (nesoustředěnost, zrychlená řeč, motorický neklid, nezodpovědné rizikové chování, poruchy spánku,...). Jak uvádí Paclt (2007) výsledky epidemiologických studií ukazují komorbidní výskyt ADHD i s dalšími psychickými poruchami, s obsedantně-kompulzivní poruchou a tikovou poruchou. Stárková (2016) upozorňuje na běžný výskyt dalších poruch v souvislosti s ADHD v klinické praxi a kromě již jmenované úzkostné

poruchy, afektivní a tikové poruchy poukazuje na komorbiditu ADHD s poruchami příjmu potravy a obezitou. Komorbiditu ADHD s poruchami chování a specifickými poruchami učení uvádějí všichni uvedení autoři, podrobněji se jí bude týkat zvláštní kapitola.

## 1.6 LÉČBA ADHD

Drtilková (2007) uvádí, že s farmakologickou léčbou hyperkinetické poruchy u dětí jsou zkušenosti natolik dlouhé, že je dostatek důkazů, jednoznačně potvrzujících účinnost psychostimulancií a některých dalších látek, které ovlivňují dopaminový a noradrenalinový systém. Popisuje stimulantia jako léky, které pomáhají zvýšit množství dopaminu v čelních lalocích mozku a ovlivňují základní projevy hyperkinetické poruchy (hyperaktivitu, poruchu pozornosti a impulzivitu), zmírňují projevy impulzivní agresivity a zvyšují vytrvalost a úspěšnost při školním výkonu. Mohr (in: Miovský et al, 2018) k tomu přidává, že farmaka zklidňují emoční výkyvy a pozitivně též ovlivňují přidružené potíže – poruchu sebehodnocení nebo narušení sociálních a rodinných rolí u pacientů v dospívání a dospělosti.

Stárková (2016) poukazuje na známý fakt účinnosti farmakoterapie v léčbě ADHD a uvádí výhody a nevýhody dvou forem podávaného stimulantia metylfenidátu. Dle autorky s dlouhodobou zkušeností z klinické praxe je použití krátkodobě působící formy Ritali-metylfenidát (s účinkem 2,5-3 hodiny) vhodnější pro děti mladšího školního věku, formu s postupným uvolňováním Concerta-metylfenidát OROS (s účinkem až 12 hodin) je vhodnější volit u starších dětí z důvodu odstranění stigmatizace podáváním léku ve škole.

Mohr (in: Miovský et al, 2018, s. 56) hovoří o tom, že srovnatelnou účinnost s metylfenidátem má lék atomoxetin, který nemá stimulační účinky a není zde tudíž riziko vzniku závislosti nebo zneužívání, navíc po vysazení nedochází k navrácení hyperaktivity, jelikož „*je to selektivní a silný inhibitor nesyntického transportéru pro noradrenalin a neovlivňuje přímo zpětné vychytávání serotoninu nebo dopaminu*“. Atomoxetin (Strattera) má sice pomalejší nástup účinku, ale výhodou je podávání jednou denně. Dle Drtilkové (2007) je účinný v případě nemožnosti léčby metylfenidátem, např. u dětí s tikovou poruchou, poruchami spánku a úzkostí. Dle Mohra (in: Miovský et al, 2018) je vhodný u pacientů s komorbidními psychiatrickými včetně zneužívání návykových látek. Autor dále uvádí, že výsledky mnoha zahraničních studií ukazují pozitivní efekt léčby metylfenidátem a atomoxetinem, že úspěšná léčba ADHD redukuje potřebu brát návykové látky a posiluje abstinenci.

## **2 ADHD JAKO RIZIKOVÝ FAKTOR ROZVOJE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI V ADOLESCENCI**

### **2.1 PRŮBĚH ADHD BĚHEM VÝVOJOVÝCH ETAP**

Cahová, Pejčochová a Ošlejšková (2010) uvádějí, že ADHD začíná v časném dětství, klinický obraz není v jednotlivých vývojových stádiích konstantní a jeho odlišnosti jsou dány především další maturací mozku v adolescenci a také individuální mírou schopností rozvoje kompenzačních mechanismů v úsilí o potlačení jádrových příznaků ADHD.

Jochmanová (2019) říká, že zatímco v předškolním věku dominuje hyperaktivita, kdy je dítě v neustálém pohybu, je rušivé, hlučné, sobě nebezpečné a ohrožuje se častými úrazy (odněkud padá, shazuje věci,...), tak ve škole se jeví jako nepřizpůsobivé a na prvním stupni základní školy převládá již hyperaktivita a impulzivita. Důsledky nepozornosti se dle Drtílkové (2007) manifestují zejména v mladším školním věku, potíže ve školním období se stávají více zřetelnými, neboť je předpokládána schopnost kvalitního a vytrvalého soustředění na školní práci, a dítě s ADHD má problém ve škole udržet pozornost, dominantním příznakem se pak obvykle stává porucha v kognitivní oblasti provázená typickými behaviorálními problémy. Dle autorky dochází často k mimointelektovému selhávání v prospěchu, děti mají problémy s nekázní, zapomínáním úkolů, bývají kárány za nedbalost a vyrušování, bývají častěji trestány a napomínány doma. To má často za následek rozvinutí pocitů neúspěšnosti a selhání, který může přispět k sekundárnímu vzniku neurotických potíží či k rozvoji různých druhů poruch chování. Jochmanová (2019) dále upozorňuje na další oblast postižení, oblast sociální, zahrnující nedostatečné sociální kompetence, kdy dítě má problémy v sociálních vztazích (nedodržuje pravidla, má potíže v navazování vztahů, nerespektuje autority, hůře pracuje v kolektivu), navíc mají-li děti agresivní behaviorální problémy, jsou méně oblíbené a často odmítané vrstevníky. Autorka dále zmiňuje spojení dalšího komorbidního výskytu některých psychických poruch (tiky, agresivita, obsedantně-kompulzivní porucha, úzkost,...), které vyžadují specifickou léčbu. Drtílková (2007) k tomu dodává, že hyperaktivní děti s extrémně vyjádřeným neklidem potom nejsou obvykle schopny běžné školní docházky, narušují výuku, jejich pobyt v rodině střídají hospitalizace v psychiatrických léčebnách, kde mezerovitě navštěvují školu.

Podle autorky u zhruba poloviny dětí dochází ještě před dosažením puberty k ústupu hyperaktivity, ale u 40 – 60% postižených může porucha přetrvávat do dospělosti a komplikovat život zejména zvýšenou impulzivitou a nedostatkem seberegulace. Dále upozorňuje na to, že i když se u mnoha dospívajících znaky hyperaktivity snižují, zůstane zachován vnitřní neklid, nervozita, poruchy pozornosti a neschopnost plánovat. Pokud hyperkinetická porucha dle Cahové, Pejčochové a Ošlejškové (2010) přetrvává do období adolescence a dále do dospělosti, je charakterizována právě především impulzivním jednáním, nedostatečnou mírou seberegulace a inhibice nesprávných vzorců chování, důsledkem je pak častější experimentování s drogami a sexuální promiskuita, jež může vyústit v nechtěné předčasné otěhotnění, přidruží-li se navíc poruchy chování či asociální porucha osobnosti, stává se rizikové chování závažnější a může vyústit v jednání v rozporu se zákonem.

U dospělých se syndromem ADHD jsou dle Paclta (2007) přítomny mírně pozměněné symptomy s převažující hyperaktivitou, zvýšenou emoční labilitou, dráždivostí, impulzivitou, poruchou pozornosti, nezralostí a zkratovým jednáním. Syndrom ADHD je pak zvýšeným rizikem pro abúzus alkoholu a návykových látek nebo impulzivního asociálního jednání.

## **2.2 SOUVISLOST ADHD SE SPECIFICKÝMI PORUCHAMI UČENÍ A PORUCHAMI CHOVÁNÍ.**

Drtilková (2007) uvádí, že epidemiologické údaje o zastoupení komorbidit s ADHD se v literatuře v podstatě neliší a jako nejčastější komorbidní poruchu u dětí s ADHD je zastoupena porucha opozičního vzdoru, poruchy chování (25 – 50%) a u 20 – 40% jsou to různé specifické poruchy řeči, školních dovedností a motorické funkce. Dle Goetze a Uhlíkové (2009) se udává výskyt specifických poruch učení u dětí s ADHD až 30%. Autoři dále konstatují, že „*v kombinaci s nesoustředěností a poruchami dalších funkcí důležitých pro výuku, které přináší ADHD, tak dys – poruchy dítěti ještě komplikují dosažení pozitivního hodnocení ve škole*“ (Goetz, Uhlíková, 2009), s. 75). Také Paclt (2007) uvádí, že u dětí s ADHD se projevuje výrazně více poruch učení (27 – 70%, z toho se 15 – 30% týká dyslexie).

Jochmanová (2019) se ve svém výzkumu (u souboru 154 dětí od šesti do patnácti let) zabývala problematikou syndromů společných PSTP a syndromu ADHD (jmenuje nejčastěji: problém s regulací emocí a hypersenzitivitu, sníženou frustrační tolerancí a adaptací, poruchu pozornosti, impulsivitu a hyperaktivitu) a ve své disertační práci upozorňuje na problém

diferenciální diagnostiky vzhledem k diagnostickému prolínání PSTP a ADHD. Při studiu dokumentace a zjišťování anamnestických dat Jochmanová (2019, s. 107) sledovala „zřejmě nepochopení zařazení syndromu ADHD mezi specifické poruchy chování (WHO, 1992), a to nejen u pedagogů ve školní praxi, ale bohužel i u některých speciálních pedagogů. Výsledkem pak následně bylo posuzování dětí se syndromem ADHD ze strany pedagogů jako dětí s „poruchami chování“. Jochmanová (2019, str. 109) dále upozorňuje na tuto skutečnost: „V rámci postupů následné péče a také v případech umístění dětí do ústavní péče může chybná identifikace problémového chování traumatizovaných dětí (mylně interpretovaná jako poruchy chování) mít až poškozující vliv na další vývoj těchto dětí.“

Dle Paclta (2007) má 21 – 45% dětí s ADHD a 44 – 50% adolescentů s ADHD diagnostikovanu závažnější poruchu chování. Koukolík a Drtilová (2006) poukazují na výsledky dlouhodobých zahraničních studií, které dokazují, že u chlapců sledovaných od 7 do 24 let se významně častěji vyskytovala antisociální porucha osobnosti a zneužívání drog, opoziční poruchu dle autorů doprovází ADHD až ve třech čtvrtinách případů. Goetz, Uhlíková (2009) upozorňují na to, že léčba kombinace ADHD je nejen náročnější, ale o to více potřebná z důvodu ohrožení dětí a dospívajících s touto kombinací zneužíváním návykových látek a kriminálním chováním. Dle autorů je vyšší tendence k experimentům a zneužívání návykových látek mezi dospívajícími opakovaně potvrzována a riziko roste právě s přítomností poruchy chování. Také Miovský (2018) uvádí, že výsledky nejnovějších studií vypovídají o větší náchylnosti dospívajících s ADHD ke kouření, užívání alkoholu a nelegálních drog jako případného způsobu sebemedikace, a upozorňují zejména na potřebu včasného řešení tohoto chování.

## **2.3 SPECIFIKA DOSPÍVÁNÍ A RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ**

Širůčková (2015, s. 53) uvádí, že rizikové chování patří do jednoho z atributů adolescence a lze ho pozorovat u velké části i „nepatologické“ populace a dále říká, že se v tomto období rozvíjí abstraktní myšlení a dospívající mají tendenci přisuzovat svým myšlenkám a nápadům „nelimitovanou účinnost“, což může v extrému vyústit v postoj „mně se nemůže nic stát“, který sice dovoluje adolescentům experimentovat a explodovat, ale také umožnit rozvoj rizikového chování (in Miovský et al., 2015). Raboch, Zvolský (2013, s. 27)) poukazují na etapy vývoje podle Eriksona a období dospívání charakterizuje hledáním vlastní identity, individuality, obrazu existence separované od rodinných vztahů, a dále říkají: „Dospívající

*experimentují se společenskými rolemi, mohou se přiklonit k tzv. negativní identitě – delikventní skupiny, narušují společenské normy“.* Jako jeden z příznaků adolescentní krize uvádějí autoři experimentování s návykovými látkami a vznik závislosti. Na možnost rozvinutí závislého chování poukazuje Kalina (2015), který spojuje proces „vyladování“ dospívajícího na specifické účinky návykových látek se souhrou „vhodných“ podmínek a dalších faktorů (vztahy v rodině a s vrstevníky, pocit úspěšnosti, tlak skupiny,...). Dále autor vysvětluje, že „vnější“ řeší to, co nefunguje „uvnitř“, a že vhodné psychické řešení (sebereflexe, myšlení, učení, budování sebeúcty a kompenzace více formami) postupně nahrazují právě účinky návykových látek. Raboch, Zvolský (2013) k problematickému období dospívání dále dodávají, že tendence k impulzivnímu jednání a touha po nezávislosti včetně rychlého uspokojování zejména materiálních potřeb pak dospívajícího přivádí ke krádežím, útěkům z domova a předčasnému ukončení školního vzdělávání.

Miovský (2018) uvádí souvislost osobnostních rysů zvyšujících náchylnost jedince ve vztahu k rizikovému chování (k užívání návykových látek s nebezpečím vzniku a rozvoje závislosti) a jako nejvíce pravděpodobné temperamentové dimenze se dle autora ukazují tyto dvě: závislost na odměně a vyhledávání nového. Blatný a kol. (2016) charakterizuje tyto temperamentové rozměry jako vrozené rozdíly, které nesou odpovědnost za reakci na ohrožení, na novou zkušenost či na různé typy odměny, a mezi projevy dimenze „vyhledávání nového“ řadí vyhledávání nových podnětů, impulzivitu, aktivní vyhýbání se frustrujícím podnětům či snahu získat uznání (odměnu). Dále uvádí, že s vysokou mírou této dimenze je spjata závislostní chování (užívání NL, hypersexualita, excesivní přejídání). Dimenzi „závislost na odměně“ dává do souvislosti se způsobem utváření sociální vazby a s mírou závislosti na souhlasu ostatních s naším chováním či na uznání jinými lidmi. Také Dolejš a Orel (2017) považují impulzivitu jako významný faktor spojený se závislostí a popisují ji jako součást sklonů k riskování, troufalosti, vyhledávání vzrušení a dobrodružství, spojují ji s chybějícím náhledem na negativní důsledky či potencionální trest případně ztrátu odměny a dále s upřednostněním odměn okamžitých. Blatný a kol. (2006) uvádí také třetí rozměr temperamentu spojovaný se závislostí, což je dle autora „disinhibovanost“ jako „vyhledávání vzruchu“, charakterizovanou: potřebou různorodých a neobvyklých zážitků včetně ochoty podstupovat pro jejich dosažení fyzické i sociální riziko (jako příklad je uváděna touha po fyzicky rizikových aktivitách, např. adrenalinových sportech), dále ale i náchylností k nudě (neklid v neměnném prostředí a odpor k opakovaným zážitkům), tendencemi k uvolněnosti a ztrátou sociálních zábran. Autor poukazuje na závěry odborníků, kteří spojují podklad

vzruchu s limbickým systémem a činností neurotransmiterů, konkrétně vysokou úroveň vyhledávání vzruchu s nízkou hladinou dopaminu.

Širůčková (in Miovský, 2015, s. 51) uvádí, že pojem „rizikové chování“ shodně jako pojem „problémové chování“ zahrnuje takové formy chování, které zdravotní, sociální nebo psychické ohrožení jedince i jeho okolí, kdy jde o „*prepatologickou úroveň projevů*“, *nedochází tedy ještě „k naplnění známek patologie (např. drogová závislost, poruchy chování, poruchy příjmu potravy*“. Podle Širůčkové (2015) tvoří syndromu problémového chování tyto projevy rizikového chování: užívání návykových látek, delikventní jednání a předčasné zahájení pohlavního života

Dolejš (2010) uvádí pro tento charakteristický soubor příznaků používání názvu „syndrom rizikového chování v dospívání“ (SRCH-D). Mezi rizikové faktory ovlivňující vývoj SRCH-D jsou uváděny tyto tři:

1. Osobnost (osobnostní rysy jedince - impulzivita, neuroticismus či extroverze, dále dětská traumata, zdravotní handicap, ...)
2. Chování (školní neúspěch, nedodržování či odmítání společenských norem, ...)
3. Sociální prostředí (primární rodina – neúplnost, výchova, ..., vliv vrstevnické skupiny, společnost – problémová lokalita, chudoba,...)

Autoři Dolejš, Miovský a Řehan (2012) představují důležitý psychodiagnostický nástroj SURPS (s českým názvem Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek), který měří čtyři osobnostní rysy: negativní myšlení, přecitlivělost, impulzivitu a vyhledávání vzrušení. Tato ucelená metoda se jeví jako užitečná, rychlá a efektivní k tomu, aby bylo umožněno vyhledávání jedinců ohrožených vznikem a rozvojem různých forem rizikového chování.

## **2.4 DOPADY ADHD NA PSYCHOSOCIÁLNÍ VÝVOJ JEDINCE**

Drtílková (2007) popisuje potíže hyperaktivních dětí s přizpůsobováním se požadovaným normám chování, se zvládnutím požadavků školy i se snahou plnit očekávání rodičů. Upozorňuje na méně časté zažívání pocitů úspěchu, častější represe a zahrnování výčitkami. Autorka uvádí dva nevhodné přístupy v rodině: nadměrnou toleranci až přehlížení, nevšímavost a podceňování odborné pomoci na jedné straně, přehnané a nesplnitelné nároky ambiciózních rodičů na straně druhé. Citlivý jedinec pak podle ní může zažít trpět

méněcenností, sebeobviňováním a úzkostí, opačná reakce jinak založeného dítěte se pak může projevit odmítavým, protestním až agresivním chováním, což často vygraduje rozvojem poruch chování. Žáčková a Jucovičová (2014) podobně zdůrazňují význam budování základů sebepojetí dítěte s ADHD ve školských zařízeních, zda se mu osvědčí negativní způsob chování a bude u něho velká pravděpodobnost rozvoje poruch chování, nebo zda nevstřícný a příliš náročný přístup k dítěti dá možnost vzniku a rozvoji úzkostných poruch a předá dítěti negativní zkušenost. Dle autorek vliv sociálního prostředí potom může stát za negativním vývojem jedince a zejména u dospívajících s ADHD nelze rizikové faktory plynoucí ze sociálního prostředí podceňovat. Jako důvod uvádějí, že se tyto dospívající dostávají častěji do konfliktu s okolím pro jejich sníženou schopnost naslouchat, neschopnost kooperovat, dohodnout se na kompromisech. Dále pro jejich nepředvídatelnost a sníženou schopnost empatie se díky nedorozuměním stávají často neoblíbenými a odmítanými, mají problémy nejen v kamarádských, ale i v prvních partnerských vztazích. Cahová, (2010) k tomu dodává, že je pro ně mnohem obtížnější vyznat se v sociálních situacích, často je pro ně těžké odhadnout správnou společensky akceptovanou reakci, trpí nedostatkem inhibice a mohou být netaktní, mívají problém se čtením mimických výrazů, trpí nedostatkem úsudku a pochopení sociálního kontextu, na což navazuje špatné chápání sociální dynamiky, vyústěním potom je trvalý tlak vedoucí k dlouhodobé frustraci. Podle Žáčkové a Jucovičové (2014) se dospívající s ADHD potom ocitají ve stálých emočně napjatých a náročných situacích, které mohou řešit nevhodnými obrannými reakcemi, kterými jsou často agrese či autoagrese, útěky, vyhledávání part, gambling, promiskuitní chování či užívání návykových látek.

## **2.5 ADHD A UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK**

Jak již bylo uvedeno výše, odborná veřejnost se shoduje na tom, že na rozvoji rizikového chování a abúzu alkoholu a drog se spolupodílí kromě impulzivního jednání také nedostatečná míra seberegulace a inhibice nesprávných vzorců chování. Cahová, Pejčochová a Ošlejšková (2010) zmiňují výsledky odborných studií, které zjistily závislost na alkoholu až šestkrát větší u pacientů s ADHD a poruchou chování, dále výrazně vyšší procento závislosti u jedinců s ADHD na nikotinu, což je vysvětlováno z hlediska patofyziologického jako určitá forma sebededikace, protože větší spotřeba nikotinu je dávana do souvislosti se zlepšením pozornosti, schopnosti soustředění a kontroly impulzivního chování. Výsledky dalších výzkumů dle Miovskeho (2018) prokázaly, že mezi projevy ADHD a užíváním návykových



látek existuje významná souvislost: ADHD bylo asociováno s dřívějším nástupem poruch z užívání návykových látek, dospělí s ADHD vykazovali až třikrát větší riziko těchto poruch než dospělí bez ADHD. Autor hovoří o riziku „*vytvoření zranitelné osobnosti s predispozicí ke zneužívání návykových látek z důvodu neuropsychického opoždění a zvýšené četnosti zátěžových životních situací, které ovlivňují vulnerabilitu jedince*“ (Miovský, 2018, str. 21). Do souvislosti je dáváno ADHD a způsoby řešení stresových situací u závislých jedinců, neboť závislostní jednání může být důsledkem nezvládnuté krize. Miovský (2018) uvádí výsledky studií, které ukazují, že jedinci s ADHD volí častěji maladaptivní zvládnání stresu, jako je únik, vyhýbání se problémům, nedostatečné plánování a řešení povinností, konfrontativnost. Přidáme-li další symptomy – nepozornost, přítomnost impulzivního jednání, neschopnost kontroly afektů a emoční labilitu, vyšší míru úzkosti, stresu a náladovosti, je patrné, že se všechny symptomy ADHD promítají následně do prožívání duševní a sociální pohody i negativně působí na zvládnání interpersonálních konfliktů. To může dle Miovského (2018, s. 35) u dospívajícího s ADHD vyvolat potřebu sebemedikace užíváním návykových látek právě z důvodů lepší regulace nálad, dysforií či pocíťovaného neklidu, nebo naplňování potřeby stimulace a úlevy od sociálního tlaku, můžeme tak uvažovat „*o tzv. začarovaném kruhu, kdy jedinec – pokud není v dětství včas diagnostikován a adekvátně psychofarmakologicky léčen – může mít v dospívání tendenci se sebemedikovat (nejčastěji metamfetaminem)*“.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 3 CÍLE VÝZKUMU A METODIKA

Tato část práce představuje kazuistické studii tří respondentů, první z nich je zpracována rozsáhleji s rozpracovanými jednotlivými anamnézami a podrobným pohledem na osobnost respondenta a jeho jednání včetně citací autentických vyjádření jeho pohledů a prožitků. Respondenty výzkumu jsou chlapci z Diagnostického ústavu pro mládež (DÚM), kteří jsou zde umístěni z velmi podobných důvodů: závadové jednání, nerespektování rodičů, záškoláctví, zejména pak užívání návykových látek. To, co mají respondenti dále společného, je diagnostikovaná porucha v dětství a přetrvávající symptomy v dospívání.

### 3.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem této práce bylo zvoleno popsat u sledovaných respondentů vliv ADHD, jednoho z významných rizikových faktorů vzniku a rozvoje závislostního chování, na vývoj jejich škodlivého užívání návykových látek.

Stanoveny byly tyto hlavní výzkumné otázky:

1. Jak lze popsat vliv ADHD na vznik a rozvoj závislostního chování v užívání návykových látek u adolescentů?
2. Jak se promítají přetrvávající projevy ADHD do života jedince, do jeho fungování v zařízení?
3. Jak a do jaké míry ovlivňují projevy ADHD závislostní chování v užívání návykových látek?

Jako dílčí výzkumné otázky byly zvoleny tyto:

- Jaké osobnostní rysy adolescentů ovlivňují jejich rizikové chování?
- Jak významnou roli ve vývoji adolescenta hrají další rizikové faktory?
- Jakým způsobem probíhala léčba ADHD a jak mohla ovlivnit další vývoj adolescentů v souvislosti s užíváním návykových látek?

## 3.2 Metodika výzkumu

Pro výzkum byl zvolen kvalitativní přístup, který dle Hendla (2008) umožňuje zkoumat určitý vývoj a dokáže hlouběji popsat případ. Dává nám informace, proč se nějaký fenomén děje. Miovský (in: Kalina, 2015) uvádí, že jeho významnou charakteristikou je kontextuálnost, dále využívá principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, procesuálnosti a dynamiky. Tato závěrečná práce představuje tři kazuistické studie, z nichž je první z nich podrobně rozpracována v oddělené podkapitoly, obsahující anamnézy – rodinnou a osobní, dále se zaměřuje na historii užívání návykových látek, osobnostní charakteristiku jedince a projevy ADHD, a jako poslední podkapitolou je popis fungování respondenta v DÚM. V ostatních dvou kazuistikách je u každého respondenta totéž popsáno souhrnně stručnějším formou, zdůrazněno je zejména jejich působení s ohledem na jejich projevy chování charakteristické pro osobnost každého respondenta a vývoj závislostního chování v užívání NL.

Výzkumný soubor tvoří tři respondenti, jenž byli vybráni metodou záměrného výběru, pro který byla zvolena tato kritéria: současný pobyt v diagnostickém ústavu, užívání návykových látek jako důvodu k umístění do zařízení a přítomnost diagnostikovaného ADHD v dětství. Pouze první respondent byl schopný a ochotný zúčastnit se výzkumu a poskytnout citlivé informace ke zpracování kazuistik. Ke sběru dat jsem použila techniku nestrukturovaných rozhovorů, poskytují dostatečné množství informací a umožňují volnější rozvinutí tématu. Snažila jsem se v rámci individuálních rozhovorů o zajištění nerušené a pohodové atmosféry, o respektující a otevřený přístup včetně dostatečného prostoru k sebevyjádření, dbala jsem na zajištění emočního bezpečí respondenta. Rozhovory vždy proběhly se souhlasem vedení a pracovníků zařízení tak, aby byl zajištěn příslušný dohled nad respondentem, v bezpečném a pro chlapce příjemném prostředí klubovny DÚM. Uskutečnila jsem šest 1 – 1,5 hodinových rozhovorů v předem domluvené době v odpoledních hodinách po skončení mé pracovní povinnosti, při rozhovorech jsem použila písemné poznámky. Dalšími použitými metodami sběru dat byly přístupné zápisy (etopedů, psychologů a vychovatelů) a osobní konzultace s odbornými pracovníky zařízení. Získaná data jsem zpracovala a na základě odborné literatury vyhodnotila za odborného vedení psychologických pracovníků. Etickým podkladem pro sběr dat byl podepsaný informovaný souhlas, ve kterém byl popsán a vysvětlen cíl i obsah výzkumu, sdělena byla také informace o možnosti respondenta kdykoliv výzkum ukončit. Změněno bylo jméno respondenta včetně dalších informací, na jejichž základě by mohl být respondent identifikován. Získané informace jsou uloženy u výzkumníka v Diagnostickém

ústavu pro mládež a bude s nimi nakládáno podle zákona č. 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a jejich uchování v informačních systémech. Ochrana výzkumníka byla zajištěna institucí, ve které byl výzkum realizován, a která také schválila uskutečnění tohoto výzkumu.

## 4 VÝSLEDKY – KAZUISTICKÉ STUDIE

### 4.1 RESPONDENT Č. 1 – RED

Red (17 let) nastoupil do DÚM na základě soudního rozhodnutí o nařízení ustavní výchovy. Důvodem byla žádost matky, která uváděla, že není schopna zajistit řádnou výchovu syna a současně není jiná osoba, schopná a ochotná o něj pečovat. Red je v péči matky, otec nebyl se synem v kontaktu velmi dlouho a péči o syna nemůže zajistit. Matka má s Redem dlouhodobě výchovné problémy, kdy jí syn absolutně nerespektoval, nechodil do školy a byl po prvním pololetí vyloučen, následně byl také sankčně vyřazen z ÚP. Red se převážně zdržoval mimo domov, často nechodil domů ani v noci a matka neměla přehled, jak tráví svůj volný čas. Doma kradl dlouhodobě peníze a materiální věci, což bylo opakovaně řešeno i s policií. Red se přiznal ke konzumaci alkoholu (chodil domů i pod vlivem), kouření marihuany a dále přiznal zkušenost s extází a pervitinem.

#### 4.1.1 RODINNÁ ANAMNÉZA

Red žije ve společné domácnosti s matkou, jejím přítelem a jejich roční dcerou. Matka (39 let) pochází z Ukrajiny, zde se také seznámila ve svých dvaceti letech s Redovým otcem. Otcí je 45 let, je německé národnosti, na Ukrajině byl v té době pracovně na montážích. Matka se s Redovým otcem rozešla již v průběhu těhotenství a odstěhovala se ještě před porodem do České republiky k bratrovi její matky. Red nebyl nikdy se svým otcem v kontaktu, ten neměl do Redova nástupu do DÚM ani o kontakt se synem zájem. Matka žila posléze v jednopokojovém bytě se svým synem, střídavě pracovala jako uklízečka, nebo byla vedena na ÚP. V současné době pečuje doma o dceru, která se jí a jejímu příteli narodila před rokem. Při vzpomínkách na dětství Red upřímně a s velkou dávkou empatie svou matku popisoval jako chytrou ženu, která místo dokončení vlastního vzdělání věnovala veškerý svůj čas vzdělání syna. Red vzpomínal, jak se s ní učila česky, jak se mu maximálně věnovala, hrála si s ním, jak se na sebe upnuli a vznikl mezi nimi velmi úzký vztah. K tomu Red uvedl příhodu: *„Mamka si našla na dovolené přítele, to mně bylo asi sedm, ale já jsem ji svým chováním donutil vztah ukončit. Toho chlapa jsem pořád vyháněl, řval jsem po něm, ať vypadne, taky jsem se na něho vrhal a bil jsem ho, no a on už pak za mamkou nechodil“*. Red říká, že si dětství docela užil, matka ho prý vedla i ke čtení, hráli spolu hodně hry, nejvíc si ale

vybavuje cesty na Ukrajinu, kam jezdili dvakrát za rok. Red nadšeně a barvitě popisuje nejen cesty tranzitem z Čech do malé vesnice Užhorod a zpět, ale zejména tamní zvyky včetně „běžného pití“ tvrdého alkoholu – vodky.

K otázkám stran současné rodinné situace se Red v rozhovoru stavěl spíše vyhýbavě a bylo vidět, že je to pro něho citlivé téma. Red uvedl, že s matkou a jejím přítelem vychází „celkem dobře“, k sestře má prý hezký vztah. O příteli matky toho prý Red moc neví, nikdy si spolu blíže nepopovídali. Matku má prý rád, ale necítí potřebu jí respektovat, podle Reda se matka snaží být bezchybná a neumí přiznat chybu. Dle vyjádření psychologky matka věnovala chlapci během jeho dětství velkou péči a pozornost, kterou on přijal postupně jako standart, matku si nárokoval a obtížně se vypořádával s tím, že přestal být středem jejího zájmu. I když sděluje, že k ní má pozitivní vztah, nepřijímá ji jako autoritu, její limity a citlivé stránky využívá ve svůj prospěch. Matka je sice pro Reda významnou figurou, ale Red upřednostňuje své požadavky a zájmy a matku nerespektuje. O otci, se kterým začal být Red během pobytu v DÚM v intenzivnějším kontaktu, má chlapec mnoho negativních informací (jeho vztahování k matce, asociální a antisociální činnost), které postupně pracovává a vyrovnává se s nimi. Během našich rozhovorů narážel Red na vlastnosti a chování otce ve smyslu, že je „pohádkář“, který dokáže lidem říkat příběhy tak, aby mu věřili, že dovede hrát na city, ovlivňovat druhé, manipulovat, zneužívat. Podle Reda, má toto asi po otci, uvědomuje si, že těchto svých schopností využíval například v navazování vztahů s dívkami. V současné době, ke konci pobytu v DÚM je ale právě otec pro Reda nadějí, že by mohl k němu jezdit na dovolenky, jak mu přislíbil, prozatím probíhá šetření OSPOD v místě bydliště. Matka již na svou výchovnou autoritu rezignovala, možnost návratu domů vylučuje a aktuálně nemá zájem ani o dovolenky.

#### **4.1.2 ZDRAVOTNÍ A OSOBNÍ ANAMNÉZA**

Dle zdravotnické dokumentace se Red narodil jako chtěné dítě ze strany obou rodičů, těhotenství bylo rizikové a porod předčasný. Raný psychomotorický vývoj a vývoj řeči byl v normě. V dětství často trpěl záněty dýchacích cest, poté v období školní docházky trpěl oslabenou imunitou. Red byl dlouhodobě veden v dětské psychiatrické ambulanci, v osmi letech mu bylo diagnostikováno ADHD a byl medikován Ritalinem. Medikace byla na žádost matky vysazena v jeho dvanácti letech, po nepravidelném užívání a odmítání léků Redem. Chlapec prodělal běžné dětské nemoci, je drobné postavy a menšího vzrůstu. V průběhu pobytu byl opakovaně léčen pro nachlazení a virová onemocnění. Red uvádí, že v dětství často trpěl drobnými úrazy v důsledku jeho hyperaktivního chování a popisuje to takto:

*„Všude jsem lezl a pořád padal, byl jsem samá modřina a šrámy, já jsem třeba vlezl pod keř pro balon a klackem jsem si propíchl krk“.*

Vzpomíná na své chování ve školce, kde byl „*postrachem*“, byl prý stále v pohybu, všude chtěl být první, strkal se, nevydržel v klidu u žádné hry a nechtěl spát. Podle Redových slov na něho výchova přes přísné vyžadování poslušnosti nefungovala a bránil se jí vzpurností. Red doslova říká: *„Cítil jsem, jak jsou na mě v té školce zasedlí, ředitelka mi říkala, že jsem nevychovanéj spratek“*. Red vzpomíná na nepříjemné pocity ponižování, které řešil hlubší vazbou na matku, se kterou si raději hodně doma hrál a děti ze školky se tehdy spíše stranil.

Do první třídy nastoupil bez odkladu v šesti letech. Dle Redových slov se do školy těšil a také konstatuje, že měl první dva roky chápající učitelku. Již od počátku školní docházky se u něho ve škole projevovaly symptomy, typické pro hyperkinetickou poruchu. Red vzpomíná, že byl ve škole „*jak motorová myš*“, nevydržel v klidu sedět, vyskakoval z lavice, reagoval na všechno kolem, otáčel se, vykřikoval bez přihlášení se, o přestávkách lítal po chodbě a také věčně něco neměl a někde zapomínal. Problémy se vyskytovaly i doma, neplnil si své povinnosti, nepřipravoval se řádně do školy. Matka v tu dobu měla dvě zaměstnání uklízečky a Redovi chybělo důsledné výchovné vedení. Jeho potíže ve škole vedly následně ke kontaktování Pedagogicko-psychologické poradny a posléze k vyšetření v ambulanci dětského psychiatra, kde bylo diagnostikováno ADHD a nastavena léčba Ritalinem. Dle Redových slov, neměl během prvního stupně výraznější problém s prospěchem, uvědomuje si, že užívání Ritalinu mu s fungováním ve vyučování pomohlo. Na druhou stranu uvádí, že to pro něho bylo „*otravné a potupné*“, dostával prý lék nejprve před dětmi, potom v kabinetě, kam se mu často nechtělo jít, nebo na to zapomínal. V průběhu prvního stupně si Red dle jeho slov vybudoval pozici „*třídního šaška*“, který za každou cenu rád pobavil spolužáky, i kdyby měl za to pykat. Současně přiznává, že se velmi styděl před ostatními za svůj sociální status, za to, že žije s matkou v jednopokojové garsonce a nemá to, co ostatní.

Red je poměrně sportovně nadaný a v té době vystřídal hodně sportovních aktivit, hrál házenou, florbal i kopanou. Současně ho bavilo hraní her na počítači, kterému se dokázal s několika kamarády věnovat hodiny. Během páté třídy, Red podle svých slov „*zjistil, že se vlastně nemusí moc učit a hlavně, že jsou kolem něho důležitější a zajímavější věci – třeba holky*“, a začal ve škole „*ještě víc zlobit*“. Odmítal léky na ADHD, ve škole provokoval učitele a předváděl se, doma přestal respektovat matku, zneužíval limitů v jejích výchovných přístupech a vyžadoval značnou míru osobní autonomie. Jeho problémové chování gradovalo a v polovině šesté třídy vyústilo v iniciování pobytu v Dětském diagnostickém ústavu – středisku výchovné péče (SVP). Zde se s Redem pracovalo na zakázce, která obsahovala:

omezení drzosti a odmlouvání, posílení autoregulačních a adaptačních mechanismů, posílení převzetí odpovědnosti za vlastní jednání, osvojení návyků pravidelné školní přípravy a posílení autority matky. Výchovný pobyt v SVP byl hodnocen odbornými pracovníky celkově jako povedený, Red zde zažil režimovou zkušenost, která vedla ke zvýšení respektu vůči dospělé autoritě, a ukázalo se, že při vhodném výchovném postupu chlapec omezuje sebestředný způsob jednání. Red si také ověřil, že pokud se pravidelně připravuje na školní výuku, může dosahovat velmi dobrých výsledků. V závěrečné zprávě je doporučena nutnost respektovat jeho projevy ADHD (impulzivitu, nepozornost, zmatenost a zapomínání) a vhodně je korigovat, nutnost pravidelného denního režimu s jasnou a srozumitelnou strukturou požadavků, jasně vymezenými výchovnými důsledky při jejich neplnění, nutnost důsledného přístupu, ale i preferenci pozitivní motivace a oceňování i malých úspěchů. Doporučena byla i další spolupráce se SVP ambulantní formou. Pozitivní přínos pobytu v SVP bohužel neměl u Reda dlouhého trvání. Do školní třídy nastoupil dle Reda nový „*také problémový*“ žák, na kterého se Red okamžitě navázal. Říká k tomu, že to je jeho problém, imponuje mu na druhých, jsou-li něčím zajímaví, jiní než ostatní, třeba vtipní a originální, ..., že se nechá stáhnout, nevyhodnotí vůbec dopředu, jaké to pro něho bude mít následky, zda bude mít pro něho nový vztah pozitivní či negativní přínos, navíc prý neumí druhého odmítnout. Red říká: „ *Chtěl jsem prostě za každou cenu dělat všechno, co dělal ten kluk, ostatní byli pro mě nudní*“. Toto jeho nové „*přátelství*“ vedlo nejen k zhoršování chování ve škole, ale také k prvnímu experimentování a dále pak pravidelnějšímu užívání návykových látek (cigarety, alkohol, později i THC). V sedmé třídě se zamiloval do spolužačky z vyššího ročníku a začal s ní chodit do „*její party*“ starších spolužáků. Dá se říci, že to byl jeden ze zlomových okamžiků v jeho dalším vývoji. Red trávil s partou veškerý svůj volný čas, byla pro něho zdrojem nových vzrušujících zážitků, samozřejmě včetně „*srandy při stavech opilosti*“. Red doslova říká, že „*parta se stala jeho rodinou*“. Matka si v této době našla přítele, který se na přelomu osmé a deváté třídy k nim nastěhoval. Red se ještě více začal vyhýbat pobytu doma a dával přednost kamarádům v partě. Po nástupu na střední školu, obor automechanik, se opět navázal na spolužáky, mající zkušenosti s návykovými látkami a dál se věnoval rizikovým aktivitám, chodil do různých klubů, navštěvoval hudební či taneční akce a seznamoval se s dalšími lidmi, od kterých měl možnost získávat drogy. Škola ho neoslovovala a chodil do ní velmi sporadicky. Doma se vyskytoval málo, kromě nerespektování matky se navíc začal doma dopouštět krádeží finančních prostředků, což matka nahlásila na PČR, později však svoje oznámení stáhla zpět. Red měl velké absence a po prvním pololetí byl ze školy vyloučen. Až dva měsíce poté se evidoval na ÚP, odkud byl



následně sankčně vyřazen. Red sice uvádí, že si našel příležitostné brigády, ale doma stále nefungoval, výchovné problémy a konflikty v rodině se hromadily. Matce a jejímu příteli se narodila dcera a red nechodil domů ani v noci, krádeže peněz i materiálních věcí pokračovaly. Red pod nátlakem přiznal nejen konzumaci alkoholu (chodil domů pod vlivem) a marihuany, ale přiznal i zkušenost s extází a pervitinem. Matka již zcela ztratila v Reda důvěru, měla strach o jeho budoucnost, dlouhodobé výchovné problémy s Redem již vůbec nezvládala a byla nucena podat návrh na ústavní výchovu, kterou soud nařídil s umístěním v Diagnostickém ústavu pro mládež po dobu trvání diagnostického šetření.

### 4.1.3 VÝVOJ UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Red při nástupu do zařízení uvedl, cigarety kouří od 13 let, nyní 15 – 20 cigaret denně, marihuanu užívá od 15 let, při nástupu uvedl asi 1x týdně. Přiznal opakovanou zkušenost s pervitinem, extází a psychofarmaky. Pravidelně vypije v týdnu několik piv, tvrdý alkohol příležitostně. V průběhu pobytu byl Red testován na panel vybraných drog, opakovaně s pozitivním výsledkem na THC, MET i MDMA.

První zkušenost má Red s alkoholem, přesně si již nevzpomíná, kolik mu bylo let, ale poprvé alkohol ochutnal poměrně brzo při návštěvách rodičů matky na Ukrajině. Dle Reda bylo pití vodky v rodině matky zcela běžnou věcí, ochutnat dostal od dědy. Svoji první cigaretu získal v šesté třídě od nového kamaráda, ale bylo mu prý po ní zle, tak v kouření nepokračoval. Nabídka cigarety přišla opět v sedmé třídě, dostal ji od starší dívky, do které se zamiloval. S ní prý začal opravdu pravidelně kouřit a se vstupem do party jejích spolužáků přišlo i občasnou konzumaci alkoholu. Red říká, že to bylo většinou o víkendech, nebo když někdo slavil, a druh alkoholu odpovídal tomu, co kdo z party donesl, bylo to prý jedno, „hlavně že bylo veselo a pořádná sranda“. Vzpomíná, že poprvé se ale „opravdu pořádně opil v osmé třídě, a to jsem pak zvracel, kudy jsem chodil“. To ho ovšem nijak neodradilo a v konzumaci „hlavně pro zábavu“ pokračoval. Současně k tomu dodává, že si uvědomuje, že se po něm choval „často docela hnusně, až agresivně“. Neměl daleko k vandalským projevům, rozbíjel venku „různé věci...“. Ke konci školní docházky měl již také první zkušenosti s užíváním THC, jen prý ale příležitostně s kamarády v partě. Jakákoliv nová vzrušující příležitost byla pro něho výzvou a ochotně jí šel naproti. V tomto svém počínání pokračoval i po nástupu na Střední školu, kde se mu otevřely nové možnosti. Poznal zde nové lidi a samozřejmě nové kontakty na dodavatele i dalších drog. Red si uvědomuje, že nikdy nebyl schopen odolat nějaké nabídce něčeho riskantního a nového, okamžitě impulzivně reagoval nadšeným přijetím. Vzpomíná, jak v klubu dostal svoji první „kouli“ (MDMA) a

stylem „*super, jasný*“ jí přijal bez jakéhokoliv přemýšlení o možných rizicích či důsledcích, a v tomto duchu byl ochoten experimentovat s čímkoliv. Reda škola nijak neoslovila, tvrdí, že ani neví, proč si obor vybral, v podstatě neví ani dnes, co by chtěl v životě opravdu dělat. Do školy moc nechodil, o to intenzivněji navštěvoval různé kluby a taneční produkce či párty, kde mu, jak říká, „*extáze a taky holky padaly přímo do klína a všechno bylo super*“.

Jednou přišla nabídka zkusit pervitin, způsob první aplikace byl sniffing, k jinému způsobu nedošlo dle Reda ani později. Poprvé ho získal zdarma, později si ho již obstarával prý tak 2 – 3krát za měsíc. Na můj dotaz, jak získával peníze na tento svůj způsob života, Red opatrně říká, že to bylo „*různou cestou*“, přivydělával si prý taky v klubu. Snažil se prý také, aby doma matka nic nepoznala, chodil domů pozdě nebo přespával u kamarádů. Red si částečně uvědomoval, že se „*na pervitinu chová jinak, než ostatní*“, že má na něho trochu jiné účinky, než pozoroval u kamarádů (návaly energie a zvýšená aktivita) či než druzí uživatelé popisovali. Red svoji zkušenost s touto stimulační drogou popisuje následovně: „*Bylo to najednou všechno úplně jiné, byl jsem jako zahalený mrakem a neviděl jsem dál, než na sebe...*“. Red ví, jaké má potíže v souvislosti s ADHD a sám říká, že „*vnímá mnohem víc, co se kolem něho děje, vnímá více různé detaily*“. Zdůvodňuje si tak i to, že se cítí mnohem citlivější k tomu, jak je druhým lidem, vnímá více pocity i starosti druhých. Prý dokáže vyzpovídat druhého, současně ale přiznává, že si dovede lidi nejen získat, ale když chce, tak i jimi manipulovat. Naopak svá bolavá místa ukrývá a v hlavě pořád probírá své frustrující záležitosti. Navenek se však tváří vesele a bezstarostně a snaží se tak i působit na ostatní. Red pokračuje v popisování svých stavů takto: „*Po pervitinu ale cítím takové zvláštní vyklidnění. Mám jakoby moc k tomu, abych nechal uniknout emoce, které jinak nemůžu nikdy říct, najednou jde, aby vyplavaly. Jako kdyby ze mě spadlo to prokletí, že musím všechno a o všem vědět, a konečně se můžu soustředit sám na sebe. Já jinak pořád vnímám okolí, řeším to okolí, a ani nestihnu vnímat, co se děje se mnou*“.

Red přiznal, že se mu po pervitinu podařilo občas někomu z nejbližších kamarádů vyzpovídat i vybrečet. Přiznává také, že má „*na perníku*“ i velké výkyvy emocí, kdy se u něho střídá smutek a lítost s radostí a spokojeností.

Během pobytu v DÚM nezvládl několikrát samostatnou vycházku či dovolenku a užil pervitin. Udává k tomu, že nejvíc ho v tomto ohrožuje jeho impulzivní selhání při setkání se s nečekanou příležitostí a nabídkou drogy, kterou vždy přijal bez váhání, i když toho později litoval. Přesto si myslí, že udělal určité pokroky ve svém chování. Zdá se mu, že dříve mnohem více jednal rychleji, než přemýšlel a potom měl výčitky svědomí. Jako příklad svého

„malého úspěchu“ v korigování svého nekontrolovaného rizikového chování, uvedl, že se už částečně naučil odmítat a odmítl „*lákavou*“ nabídku intravenózní aplikace metamfetaminu.

Dá se říci, že se z hlediska užívání návykových látek Red dlouhodobě pohybuje v situaci, kterou nezvládá. Těžko lze nyní rozhodnout, zda se prozatím jedná o škodlivé užívání, nebo již o závislost, každopádně je Red rozvojem závislosti ohrožen. Jeho postoj k užívání pervitinu je nestabilní, k problému má Red ambivalentní vztah a chybí mu motivace ke změně. Vnitřně s užíváním bojuje, ví o sobě, že podlehne snadno pokušení a pak se na sebe zlobí. Během pobytu se zajímal o relevantní informace o problematice účinků drog a vzniku závislosti, aktivně se zapojil v programu indikované prevence „kontejner“, kde výrazně přispěl ke zvýšení dynamiky ve skupině, zároveň však bylo třeba citlivě korigovat jeho příliš „akční vstupy“ a snahu o sebeprosazení. I při individuálních rozhovorech se snažil získat nové poznatky, byl ochoten o svém vztahu k návykovým látkám přemýšlet a svůj náhled a postoj alespoň částečně přehodnocovat.

#### **4.1.4 OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKA, PROJEVY ADHD V DÚM**

Red se v individuálním kontaktu adekvátně zapojuje, reaguje na nabízená témata a je schopen rozvíjet hovor. V rámci individuálních setkávání dokázal konverzovat a dobře argumentovat, dobře se orientuje v sociálních situacích a má výrazně rozvinuté sociální citění. Je schopen adekvátní interakce s vrstevníky, dokáže se snadno zapojit a má smysl pro humor a pro nadsázku. Svou sociální zdatnost rozvíjí jak v pozitivním, tak i v negativním smyslu. Dobře odhadne, jaké chování se od něho očekává nebo jaké možnosti v interakci s konkrétní osobou má a podle toho se následně chová. Překračuje hranice vhodné komunikace do té míry, jak mu je dovoleno překračovat, často testuje pevnost a pružnost těchto hranic. Red je schopen hlubokého prožívání, tuto svou stránku ale nedává druhým příliš poznat, má tendence své emoce a projevy výrazně kontrolovat. Může se tak dostat do vnitřní izolace a potencuje tak další nekontrolovatelnou a neadekvátní reakci. Svou verbální schopností argumentace dokáže uniknout od pravého kontaktu s druhým člověkem a tím také od konfrontace se svými vlastními prožitky. Touží být viděn v pozitivním světle, čímž potlačuje svou přirozenost a autenticitu, má obavy z odsouzení a nepřijetí druhými. Na kritiku mnohdy reaguje vymezením se či vzdorem. Red během pobytu v DÚM vyhledával kontakt s psychologkou aktivně. Na konzultace měl tendenci přinášet svá i citlivá témata, byl otevřen introspektivní práci. Dle jejího vyjádření je Redova osobnost orientovaná extravertovaně, ale výrazněji vystupuje také sklon k neuroticismu, tzn. psychické nestabilitě. Red může častěji prožívat strach, nejistotu, nervozitu, úzkost, obavy nebo smutek. Výrazněji u chlapce vystoupila tendence k

nepřátelskému a egocentrickému chování a nízká svědomitost (tzn. také nedbalost, nestálost a naplňování cílů s malým zaujetím). U Reda nebyly pozorovány výrazné výkyvy nálad, jeho ladění bylo v normě, přirozeně ovlivněné vnějšími stimuly.

Red se v rámci diagnostické třídy zapojoval do školního programu bez výrazných potíží a projevů odmítání. Autoritu učitelů respektoval mužskou i ženskou vcelku bez rozdílu, přesto se u něj neustále objevovala potřeba dospělého doplňovat, nevhodně mu radit, navrhopat, a řídit činnosti ve školní skupině. Často komentoval zadané úkoly a vyžadoval zvýšenou pozornost učitele. Jeho přístup ke školní práci byl velmi ovlivněn nejen konkrétní tematikou výuky, ale také skladbou chlapců ve školní skupině. Red dobře spolupracoval v aktivitách a při tématech, které ho zajímaly a kde mohl uplatnit své znalosti, bystrost a velmi dobrou schopnost slovního vyjadřování. Rád se zapojoval do diskusních programů, kde byla ve verbálním projevu patrná velmi dobrá úroveň slovní zásoby, Red se dokázal vyjadřovat kultivovaně i trefně, dokázal být pohotový, bystrý a byl schopen dobře argumentovat. V základním učivu byly patrné nedostatky, ale v zásadě se Red v učivu orientoval, nové poznatky si osvojoval poměrně snadno, s textem pracoval s porozuměním. Dle psychologického vyšetření se jeho intelektový výkon pohybuje v pásmu průměru. V subtestech zjišťující verbální schopnosti dosáhl na hranici pásma průměru a nadprůměru, v subtestech zaměřených na performační schopnosti dosáhl do pásma průměru. Mezi těmito dvěma složkami byl zaznamenán rozdíl, který svědčí o podnětném prostředí, dobrém kulturním prostředí a školních znalostech. Red má dle psycholožky predispozice pro zvládnutí minimálně učebního oboru (typu H), avšak jeho motivačně-volní složka je významně oslabená, což Red sám reflektuje, zájem o další vzdělávání je u něho nestabilní.

Projevy diagnostikovaného syndromu ADHD se ve školním prostředí projevovaly ve všech oblastech – hyperaktivita, nepozornost a impulzivita. Často měnil polohu na židli a neustále si hrál s tužkou, papírem, s čímkoliv co se mu dostalo do ruky. Při výkladu či opakování učiva měl problém udržet pozornost, reagoval na minimální podněty otáčením se, nevhodnými hlasitými projevy a strhával na sebe pozornost. Pokud bylo v školní skupině více rušivých chlapců, nechal se jimi snadno ovlivnit, nebyl schopen se soustředit. Při samostatné práci se nechal velmi snadno rozptýlit okolním, často byl zmatený a bylo třeba ověřovat pochopení otázky či zadání práce. Jeho písemný projev byl spíše nedbalý, odevzdával nesystematické a neúplné zápisy. Kolísání pozornosti bylo patrné nejen při procvičovacích úkolech, kde se objevoval velký počet zbytečných chyb zejména ke konci cvičení, časté bylo nedokončení zadané práce. Nutná byla častá zpětná vazba chlapci a zadávání úkolů většího rozsahu po dílčích částech s častějším prověřováním výsledků. Red byl velmi netrpělivý, a

pokud potřeboval poradit či pomoci s řešením, vyžadoval okamžitou pozornost učitele. Pokud ho téma zajímalo, aktivně spolupracoval, snažil se rychle prokázat své vědomosti, ale často impulzivně reagoval zbrklým chybným úsudkem, nedoposlechl otázku a vykřikl špatnou odpověď, na což občas reagovali ostatní chlapci posměšnou narážkou, kterou Red těžce nesl. Red má uvnitř na sebe vysoké nároky a obtížně snáší kritiku. V souvislosti s jeho impulzivitou, vysokou mírou reaktivity, dráždivostí a poruchou pozornosti zažívá často osobní selhání, tuto zkušenost si nese ze školního prostředí, ale cítí to i v okolí, které jeho impulzivitu často nepřijímá. Vyvolává to v něm pocity studu a zahanbení a potvrzuje si tak o sobě negativní sebeobraz.

K práci ve výukových blocích zaměřených na oblasti, které ho nebavily, nebo ve kterých měl potíže (český jazyk, matematika), se stavěl často odmítavě, snažil se nabízet jiné činnosti, jen aby se nepříjemným činnostem vyhnul. V těchto situacích se projevovaly také jeho tendence k manipulaci, účelovému chování a sebeprosazování. Velkým problémem Reda je jeho sebestředný způsob jednání a uvažování nad svými potřebami, což se projevovalo i ve školním prostředí. Pokud se objevila aktivita, která byla v rozporu s jeho aktuálním odhodláním, chutí či náladou, měl snahu si práci ulehčovat či ji odkládat. Tuto snahu má zakořeněnou a užívá ji i v situacích, kdy ví, že tím způsobí konflikt. Nepříjemné požadavky autority zvládal ve škole vcelku plnit, byl schopen se překonat, ale často se pokoušel hrát s dospělým hru, již vymyslel pravidla a vtahoval ho do ní. Při náročných a konfliktních situacích měl tendenci prosazovat svou pravdu a hájit sebe i ostatní chlapce ve skupině. Osvědčilo se, neprodlužovat konfliktní komunikaci přílišným obhajováním svého postoje, je mnohem vhodnější mu výchovný postoj jasně a jednoduše sdělit a trvat na něm. Red má tendence se často pokoušet postoj dospělé autority zvrátit zdržovacími a mnohdy i logickými protiargumenty. Pokud dospělý na tento způsob komunikace přistoupí, dává Redovi mocenskou výhodu. Sebestředné chování se v něm fixuje a dále pak omezuje funkční komunikaci.

#### **4.1.5 FUNGOVÁNÍ V ZAŘÍZENÍ**

Red se do komunity chlapců zařadil okamžitě a bez problémů, již v prvních dnech bylo pro jeho chování charakteristické hlasité komentování všeho, co se v komunitě děje, a snaha být středem pozornosti. Dle vyjádření vychovatelů byl opakovaně napomínán za „*přidržené chování, stále pošťuchování se s ostatními*“, popisováno bylo jeho „*objímání a haptické utěšování v případě něčí nepohody*“ či „*snaha o vtípné glosování*“. V komunikaci s ostatními chlapci se často objevovalo téma užívání návykových látek. Na společných vycházkách byl

hodnocen jako „rozdváděný, okamžitě reaguje na jakýkoliv vzrušující podnět (kolemjdoucí hlučnější mládež, hezká dívka) a hledá nedopalky THC“. Red měl zájem o zařazení do pracovní skupiny a získal smlouvu. Na pracovišti (zametání ulic) byl dle slov pracovního instruktora hlučný a pracoval víc „pusou, než koštětem“. Při práci je nesystematický až chaotický, nedokončuje úkoly do konce. Jeho pracovní výkon je závislý na tom, koho má ve dvojici, je velmi ovlivnitelný spolupracovníkem, se spolehlivým a klidným chlapcem podává výrazně lepší výkon. Je často roztěkaný, cokoli jej vyruší a vytrhne z práce, rád si povídá.

Redovi se podařilo zvládnout v pořádku dvě samostatné vycházky a po měsíci pobytu odjel na svou první víkendovou dovolenku. Tu strávil s kamarády a svou dívkou. Nerespektoval a nedodržel nic, na čem se s matkou domluvili, odešel v sobotu do města a vrátil se k domů až v neděli, navíc ztratil mobil. Na svém jednání neviděl nic moc špatného, matka však další dovolenku odepřela. Red však stále ještě spoléhal na to, že matka požádá o zrušení ÚV. V tuto dobu se začal o Reda zajímat otec, který souhlasil s možností dovolenky v budoucnu u něho. Během pobytu se postupně propracoval mezi lídry komunity, jeho chování bývalo často ovlivněno složením ostatních chlapců, Red více tíhnul k těm problémovějším. V komunitě se často snažil rozhodovat o tom, co a jak se bude dít, komentovat věci, které se ho netýkaly, ovlivňovat dění ve skupině. Dle slov vychovatelů musí být soustavně slyšet a neustále má potřebu na vše reagovat, rušit, všem radit. Během dalšího měsíce byl pozitivně testován na metamfetamin po vycházce, posléze užití pervitinu litoval, protože tak přišel o režimové výhody. Následnou, krátkou a zdařilou dovolenku opět „pokazil“ samostatnou vycházkou na přelomu roku, kdy opět neodolal a užil pervitin. Při konzultaci uvedl, že má velký problém zvládat nástrahy Prahy, kde je „dealer na každém kroku“. Byly mu doporučeny postupy (vyhýbání se rizikovým místům, přítomnost „nerizikového pomocného“ vrstevníka z komunity na vycházce) a také další konzultace s možností mluvit otevřeně o svých problémech s užíváním NL.

V dalších týdnech proběhl soud (bez přítomnosti chlapce), kde bylo schváleno přemístění Reda do navrhovaného výchovného ústavu. Red odjel na svou třetí dovolenku, ale doma nebyl, což matka nahlásila do zařízení, nevrátil se ani do DÚM a jeho útěk byl nahlášen policii. S matkou se posléze spojil telefonicky a oznámil jí, že vzhledem k tomu, že ví, že už na další dovolenku nepojede, nechce se do DÚM vrátit. Později po návratu z útěku vypověděl, že bydlel u kamaráda, protože mu prý matka zakázala strávit noc s jeho dívkou, která měla narozeniny. Red zákaz ignoroval a nepřišel domů. Matka mu prý na to řekla, že už ho jako syna nebere a tudíž mu už další souhlas s dovolenkou nepodepíše. Na to se tedy odmítl vrátit do DÚM. Nakonec se v dalších dnech domů dostavil a policií byl na žádost matky převezen

zpět do DÚM. Po tomto incidentu byl v nedobřím psychickém rozpoložení, projevoval upřímnou lítost nad svým chováním. Uváděl, jaký měl hrozný pocit, když ho policie před matkou odváděla v poutech. Vyhledával konzultace s psycholožkou a etopedem, kde opětovně vysvětloval, že se mu nechtělo odjet od dívky a matce se prý pravidelně hlásil. Přijal ale důvod postoje matky, která po synově útěku s ním odmítla komunikovat. Dle vyjádření psycholožky byl během konzultace „*přemýšlivý, jevil se jako autenticky smutný, byla patrná poměrně dobrá sebereflexe a vyšší city (pocity viny, empatie) zejména ve vztahu k matce*“. I v následných dnech se na sebe zlobil a ze situace byl upřímně nešťastný, navíc se pohádal při telefonickém kontaktu s otcem. Proklamoval, že nemá žádnou motivaci do budoucna, zklamal matku a ztratil kontakt se svou dívkou, která se prý dostala do nemocnice.

Chování v komunitě bylo v dalších dnech často ovlivněno navázáním na další negativně laděné chlapce. Red se zaměřil na posílení svého postavení v komunitě, snažil se o vybudování pozice důvěrníka, což se mu nakonec podařilo. Během dalších týdnů došlo k posunu ve vztazích s rodiči, Red se s nimi dostal opět do pravidelného telefonního kontaktu. Ze strany otce přišla dle Reda i nabídka, že by chtěl otec časem požádat o zrušení ÚV a vzít si syna k sobě. Chlapec v tom vidí určitou šanci pro budoucnost, prý by se tak dostal pryč od negativního vlivu kamarádů z místa bydliště. V dalších týdnech se chování výrazně neodlišuje, Red očekává přesun do výchovného ústavu. Celkově se dá o spolupráci Reda v DÚM že se na pobyt adaptoval bez potíží, inklinoval spíše ke špičkám komunity. S většinou pedagogických pracovníků vycházel dobře, výchovné autority až na výjimky respektoval, na korekce reagoval. Postupně se propracoval mezi leadery komunity, k ostatním chlapcům nebylo zaznamenáno výrazně negativní chování.

## **4.2 RESPONDENT Č. 2 – BOB**

Bob byl umístěn a přijat do DÚM na základě předběžného opatření (PO) na návrh OSPOD. Bob zkoušel neúspěšně studovat na třech školách, ze kterých byl vždy vyloučen kvůli arogantnímu chování a neomluveným absencím. Má diagnostikovanou ADHD, je uživatelem NL (THC, MET, MDMA), byl vyšetřován kvůli přechovávání omamných látek. Byl kvůli akutní stresové reakci umístěn v psychiatrické nemocnici (PN), ale po podepsání reversu hospitalizaci ukončil. Chlapec se dopouštěl krádeží, zneužití bankovní karty atd. (byl vyšetřován kvůli přechovávání omamných látek, za krádeže a jiné přestupky je trestně stíhán), agrese, záškoláctví, má za sebou pobyty v SVP. Matka z něj měla obavy, bála se o sebe i o

syna. Byl přivezen z domova za doprovodu soudního vykonavatele a kurátorky. Žil ve společné domácnosti s mámou a jejím přítelem. S ním údajně vychází velmi špatně. Na matku se aktuálně velmi zlobí. V současnosti se nevzdělává a ani nemá o toto zájem.

Chlapec při nástupu odmítal komunikovat, byl v silném odporu, dožadoval se okamžitého propuštění domů. Telefonoval s matkou, v průběhu hovoru jí „*proklel*“, že už jí nikdy nechce vidět. Odmítal opustit žurnál, následně odmítal jít do třídy. Byla mu nabídnuta možnost umístění na oddělení detoxu. To nakonec také odmítl. Vystupoval sebedestruktivně, mlátil se do hlavy, rukama do země atd. Po delším pohovoru se částečně zklidnil a nechal se zařadit do třídy. Neustále prohlašoval, že při první příležitosti uteče. Po této negativní reakci z umístění v DÚM, kdy chlapec plakal a nemohl se s pobytem smířit, se situace postupně uklidnila. Následně začal postupně spolupracovat, uváděl, že byl původně v šoku. Také počáteční afekt přičítal odloučení od návykových látek. Jeho vztah s matkou je velmi komplikovaný, často jí vyčítal, že ho do DÚM umístila. Nemá náhled na svá pochybení a vše přičítá jí. Toto se střídalo s obdobím, kdy s matkou komunikoval v klidu, především za účelem návratu do rodinného prostředí. Toto matka vylučuje.

Bob má diagnostikovanou ADHD, léky užíval krátce a nepravidelně, poté medikaci odmítal a následně byla ukončena. Je emočně nestabilní, výrazné reakce byly během pobytu v DÚM přítomny i na méně významné podněty. V případě nedobrého psychického rozpoložení nebo mírného diskomfortu má tendenci věci vzdávat, má zvnitřněný vzorec chování unikat v případě zátěže nebo překážek. V jeho pracovním nasazení v rámci diagnostické třídy byly značné výkyvy, způsobené zejména momentálními psychickými stavy, buď zcela spolupráci odmítal, nebo byl schopný pracovat velmi krátce, měl tendence práci vzdávat, byl nesoustředěný, snadno vyrušitelný, často impulzivně reagoval, svévolně opouštěl své místo v lavici i odbojně odcházel ze třídy. Byly okamžiky, kdy se dokázal chovat slušně a autoritu dospělého respektoval, ale pokud se vše nevyvíjelo podle jeho představ, rychle se dostával do afektu, ve kterém byl verbálně agresivní a tloukl do věcí okolo sebe. Chlapec měl spíše podprůměrné školní znalosti s výraznými mezerami v základním učivu, ale téměř žádnou snahu si chybějící znalosti doplnit. Aktuální intelektový výkon chlapce se pohybuje v dolním pásmu průměru, přičemž mezi verbální a performační složkou nebyl zaznamenán výraznější rozdíl. Bob je verbálně zdatný, umí dobře argumentovat. Není ovšem motivován pro další vzdělávání, vzdělávání a vzdělání nepatří mezi jeho priority. Manuálně je poměrně zručný, práci upřednostňoval před studiem. Vyhovuje mu spíše hrubá manuální práce, při které využije svou sílu.



Období pobytu probíhalo ve znamení častých změn. Byly dny, kdy byl velmi spolupracující. Bob měl náhled na své závadové chování v minulosti, na zneužívání návykových látek, na negativní vztah k matce. Potom ale následoval útěk ze zařízení, zneužití nedovolených látek, hádky a výčitky vůči matce. Tato situace se často střídala. Během pobytu v DÚM se vázal zejména na negativisticky laděné chlapce, kteří byli s pobytem v zařízení nesmíření. Za pobyt v DÚM se 8x dopustil útěku. Vždy se jednalo o krátkodobý útěk, kterého se dopustil ve společnosti jiného chlapce. Hlavním motivem byla touha po droze. V jeho jednání byly často manipulativní prvky, kdy se snažil získat pro sebe různé úlevy. Vzhledem k vysokému riziku následného zneužívání návykových látek byl chlapec na vlastní žádost na přechodnou dobu umístěn na oddělení Dětského a dorostového detoxifikačního centra (DaDDC) v PN. Zde absolvoval kratší pobyt a vzhledem k tomu, že přesvědčil lékaře o své motivaci k abstinenci, byl mu nabídnut následný pobyt v terapeutické skupině v PN Jemnice. V následujícím období bylo jeho chování velmi neuspokojivé. Několikrát se dožadoval přemístění zpět na psychiatrii s odůvodněním, že to již v ústavní výchově nevydrží. Vyvíjel značný nátlak na přemístění pomocí manipulace, lhaní, vydírání. Následně požil pervitin a toto bylo ověřeno testováním. Vysvětlení pro své selhání neměl, vše svádí na vnější okolnosti. Vzhledem k tomu, že mu nebylo vyhověno v převozu na psychiatrii, následovalo jeho drobné sebepoškození, kdy už byla zavolána rychlá záchranná služba a byl odvezen do PN Bohnice. Zde mu byla nabídnuta pomoc formou léčebného pobytu, což odmítl. Následně byl po dvou dnech z PN Bohnice propuštěn. Jeho chování se postupně zhoršovalo. Vztah s matkou byl velmi oslaben a chlapec na to často poukazoval a odůvodňoval tím své chování.

Jeho motivace k abstinování byla nestabilní, jako nejvíc motivovaný se jevil ve středu pobytu, kdy (jak bylo uvedeno výše) absolvoval pobyt v DaDDC, kde mu byl zařízen pobyt v terapeutické komunitě, avšak tuto možnost si sérií útěků (včetně útěku z DaDDC před přemístěním do PN Jemnice) zhatil. Je zjevné, že se sebou vnitřně velmi bojuje. Chvilkově dokáže pracovat introspektivně, avšak své názory a postoje mění velmi obtížně, zjevné jsou také symptomy závislostního chování, jejichž výskyt chlapci vadí. Ve chvílích, kdy mu je zle, má tendenci ze svých stavů vinit okolí, které mu dle jeho slov není schopno pomoci. Možnost léčby v komunitě v Jemnici si ale svým chováním uzavřel. V posledních týdnech přestal respektovat většinu pravidel a jede ve svém novém modu - útěky, drogy. Dění v DÚM ho nezajímá, nespolupracuje, strhává ostatní k nepravostem. Spolupráce s ním je velmi problematická, často mění svá předsevzetí, selhává jak v užívání návykových látek, tak v útěcích ze zařízení.

### 4.3 RESPONDENT Č. 3 – DAVE

Dave byl umístěn do DÚM na podkladě usnesení soudu za situace, kdy odmítl nastoupit do DaDDC a rodiče již vyčerpali všechny možnosti a syna odmítli mít doma. Chlapec měl nařízenou ústavní výchovu - byl 5 let umístěn v DDŠ. ÚV mu byla zrušena v červnu 2019. V průběhu prázdnin se jeho chování ještě zhoršilo, pravidelně zneužíval NL a hlavně pod vlivem alkoholu byl velmi agresivní, v jednom případě dokonce ohrožoval rodiče a starší sestru nožem. V podnapilém stavu napadl jiného chlapce na autobusovém nádraží - údajně řešeno jako přestupek. Dave odmítá jakoukoliv spolupráci, dělá si, co chce, je závislý na drogách, odmítá léky, má nepředvídatelné výbuchy vzteku, sebepoškozuje se. V poslední době pobýval ve vyloučené lokalitě v romské rodině.

V rodinné anamnéze je složitá rodinná situace. Chlapec žije ve společné domácnosti s rodiči a mladší sestrou Natálkou (9 let). Starší sestra (19 let) žije už od 17 let mimo rodinu. Vztahoval se především k matce, opakovaně prožívá hluboké zklamání, kdy matka z jeho pohledu o něj nejeví zájem, slibuje mu pobyty doma, které se potom nerealizují. Na tato zklamání Dave reagoval poměrně bouřlivě až teatračně, má potřebu sdílet svoje rozhořčení, někdy reaguje agresí vůči věcem, nicméně afektivní stav nepozorován. Dave byl po nástupu velice naštvaný na rodiče, ale s odstupem byl schopen uznat i svůj podíl. Obával se, zda bude jezdit na dovolenky a jak to bude s rodiči do budoucna. Po ukončení ZŠ v DDŠ nastoupil na učební obor opravář zemědělských strojů, ale ve škole byl pouhé 3 dny, později byl ze SOU vyloučen. Ze zájmů uváděl sport, hlavně Thajský box a Parkour, DDŠ pravidelně reprezentoval na olympiádách.

Dave kouří od 6 let, nyní tak 10 cigaret denně. Alkohol, hlavně tvrdý, zneužívá ve velké míře, v opilosti přiznal velkou agresivitu a sklony k sebepoškozování. THC zneužívá od 11 let, 3-4 jointy denně. Přiznal časté zneužívání extáze, MDMA a v poslední době i pervitinu. THC a extázi měl naposledy dva dny před nástupem. ÚV mu byla zrušena v červnu 2019. V průběhu prázdnin se jeho chování ještě zhoršilo, pravidelně zneužíval OPL a hlavně pod vlivem alkoholu byl velmi agresivní, v jednom případě dokonce ohrožoval rodiče a starší sestru nožem. V podnapilém stavu napadl jiného chlapce na autobusovém nádraží - údajně řešeno jako přestupek. Dave odmítal jakoukoliv spolupráci, dělal si, co chce, odmítal léky, má nepředvídatelné výbuchy vzteku, sebepoškozuje se, je závislý na drogách. Při vstupu byl testován na přítomnost NL s pozitivním výsledkem na THC, MET a MDMA. K tomu uvedl, že kouří od 6 let, nyní tak 10 cigaret denně. Alkohol, hlavně tvrdý, zneužívá ve velké míře, v opilosti přiznal velkou agresivitu a sklony k sebepoškozování. Dave nedokáže ovládnout

impulzivní chování, jeho schopnost autoregulace je snížena. Medikaci odmítá, uvádí, že užívání NL je do určité míry automedikací (především uklidňující účinek THC). Byl opakovaně testován na přítomnost NL s pozitivním výsledkem na THC, MET a MDMA. Zneužívá alkohol, experimentuje s intravenózní aplikací pervitinu, objevuje se bažení - touha po droze. Útěky, kterých se dopustil z našeho zařízení, byly motivovány touhou po dobrodružství, svobodě a zejména užitím NL. Situaci samozřejmě snižuje jeho nízká motivovanost a sám o tom říká: „*Nemám už o co hrát, stejně budu ústavu*“.

U chlapce je patrné hledání sebe sama, svého místa ve společnosti, vztahu k lidem atd. Zatím tak činí ne vždy společensky přijatelnými způsoby. V mechanismu selhávání se objevují především tendence k obraně a úniku. Na jeho závadovém chování se výrazným způsobem podílelo i disharmonické rodinné zázemí s nepevností vazeb, střídáním výchovných činitelů se zanedbáváním péče a časté zneužívání NL. Dave se jeví citlivější na stresy, frustrace a neúspěch, vinu často nese okolí. Vyžaduje si výchovné prostředí s jasnými pravidly a hranicemi pro své chování se stanovením důsledků při jejich nedodržování, zároveň potřebuje takovou výchovnou atmosféru, kde by si mohl prožívat pocity úspěchu, potřebnosti, náklonnosti. Dave se obtížně ovládá, vyrovnává s kritikou a neakceptací své osoby, jistou nadřazeností a mnohmluvností kryje vlastní pocity nedostačivosti a nejistoty. Vztahy se sociálním okolím má často konfliktní, což se projevuje i v jeho vztazích vůči dospělým. Při zklamání, popř. neakceptaci jeho přání bývá nepřátelský, odmítavý. Na korigující přístup ze strany výchovné autority reaguje často předkládáním vlastních řešení, které jsou však většinou pro okolí neakceptovatelné, jelikož zvýhodňují jeho osobu. Nutno však konstatovat, že zaznamenáno také kamarádké jednání a situace, kdy dokázal druhým nezištně pomoci, či zasáhl na jejich obranu. Při bezvýhradném přijetí, při projeveném zájmu o jeho osobu dokáže být vstřícný a ochotný, což platí především ve vztahu k dospělým.

Dave je zvyklý pohybovat se v ústavním prostředí, je to součástí jeho sebenáhledu, jeho slovy - „*jsm pastáckej kluk*“. Emocionálně je velmi nestabilní, časté jsou u něho poklesy nálad, depresivní ladění. Dave částečně vždy situaci bagatelizuje, přehrává, na pozadí některých jeho až exhibičních projevů jsou pocity beznaděje, ztráty smyslu života. Hranice dokáže respektovat pouze krátkodobě, často reaguje verbální agresí. Dave dobře reaguje na pozornost, povzbuzení a pochvalu, nicméně není schopen bez vnější kontroly dodržovat pravidla a vyhnout se užívání drog. Jeho touha po vztahu s ostatními lidmi a po respektu je velmi silná, na druhou stranu je natolik konfliktní, že tyto vztahy nedokáže navázat a udržet a naopak se v jeho životě objevuje opakovaný konflikt s autoritami a hostilní chování okolí. Dave má tendence k sebepoškozování, v DÚM závažnější projevy nebyly pozorovány.

Dave se v diagnostické třídě se do práce zapojoval s výhradami, a jeho pracovní výkon byl hodně nevyrovnaný. Soustředit se dokázal pouze velmi omezenou dobu, neustále myšlenkami odbíhal jinam, sledoval, co se děje okolo a měl tendence na sebe upozorňovat a šaškovat. Aktuální úroveň školních dovedností se jevila na nízké úrovni, znalosti neodpovídaly dosaženému vzdělání. Dave selhával v čistě matematicko-logickém myšlení, v triviálním učivu měl zásadní nedostatky (neutvrzené početní operace – násobilka a dělení), obtížně se orientoval i v jednoduchých slovních úlohách. Chápání nového učiva bylo pomalejší, na výkonu ve škole se značně podílí momentální psychické naladění. Dave se často vymlouval na své nízké nadání a stěžoval si na vysoké požadavky učitele, přestože cílem bylo pouze utvrzení a doplnění trivia a jednoduché učivo, zaměřené na běžné praktické situace ze života. Rysy chování typické pro ADHD, kterou má Dave diagnostikovánu, přetrvávají a projevovaly se i ve školním prostředí. Charakteristické bylo selhávání při úkolech vyžadujících krátkodobou, ale intenzivní koncentraci pozornosti, nedostatek sebeovládání, hádavost, agresivní řešení interpersonálních problémů, neklid a nervozita řešená impulzivními a nevhodnými projevy chování. Po ujasnění požadavků a cílů byl většinou schopen krátkodobě spolupracovat, nechal se však snadno ovlivnit svým okolím, ve skupině klidných a spolupracujících chlapců se mu více daří soustředit se na školní práci a respektovat pokyny. Přístup chlapce a zapojení do školních činností byl velmi proměnlivý. Na počátku pobytu se zapojoval do práce a s určitým sebekritickým náhledem na své nedostatky se snažil doplnit mezery ve vědomostech. Chlapec byl schopen také přiznat podíl užívání návykových látek na zhoršení kognitivních schopností, paměti a výbavnosti kdysi osvojeného učiva. Dave má narušené sebehodnocení, často předem úkoly odmítal či vzdával jejich dokončení. Na kritiku reagoval mnohdy agresí, vztekem a záchvaty zlosti, které byly provázeny vulgárním vyjadřováním. Lze říci, že chlapci se několikrát krátkodobě ve škole podařilo pracovat aktivně a bez negativních projevů. Pokud byl při práci úspěšný, viditelně ho to těšilo. Pozitivně reagoval na úkoly, které vnímal jako splnitelné. V druhé části pobytu, zejména po opakovaných útěcích, ztratil poslední zbytky motivace a ve školní skupině pracoval minimálně, nevhodně reagoval na korekci svého neakceptovatelného chování.

Dave se na pobyt adaptoval velmi rychle a bez potíží, je přiměřeně sociálně aktivní, sebevědomého vystupování, v činnostech a programech zapojen s dobrou výkonností. Režimové prvky a povinnosti povšechně zvládal, zaznamenány byly pouze sporadické nedostatky. Chování chlapce odpovídalo dlouhodobým znalostem ústavní péče. Ke konci adaptačního období, hlavně když František zjistil, že matka ho domů nechce ani na víkendové dovolenky, se chování zhoršilo, chlapec vyhrožoval útekem, kterého se dopustil společně s

jinými klienty, když se nevrátil ze samostatné vycházky. Do DÚM se vrátil sám po několika dnech. Byl testován na přítomnost NL s pozitivním výsledkem na THC, MET a AMF. Jeho chování v následném období se zhoršilo, chlapec byl suverénnějšího vystupování, vymezující se vůči pravidlům, dožadující se výhod. Opětovného útěku, prakticky s totožným scénářem, se dopustil zhruba po dvou týdnech, když se nevrátil ze samostatné vycházky. Tentokrát byl zadržen PČR a navrácen zpět do DÚM. Testován na přítomnost OPL s pozitivním výsledkem na THC, MET a AMF. V komunitě zaujal postupně respektované postavení. Snažil se zastávat významnější pozici mezi vrstevníky a být uznávaným, ne všemi klienty však oblíbeným. Vztah k manuální činnosti se nejeví narušený. Dokáže pracovat samostatně, zadaný úkol dokončí v požadované kvalitě, profesně není vyhraněný. Nyní přijal nabídku pokračovat v méně náročné odborné přípravě. Potřebuje v současné době stabilní prostředí, velkou podporu ze strany autorit. V zájmu ochrany jeho života, zdraví a dalšího psychického vývoje, bude potřebovat především dodržet abstinenci od NL.

## 5 DISKUSE VÝSLEDKŮ

Chlapci umístění v DÚM se samozřejmě skládají z individuálních jedinců, kde u každého z nich lze najít jinou míru závažnosti projevů rizikového chování, důvodů k umístění v zařízení, jiný kontext sociálního prostředí či osobní historie a také jinou kombinaci rizikových a projektivních osobnostních faktorů. Jak ukazují předložené kazuistiky, k nutnosti nařízení ústavní výchovy patří závažnější formy rizikového chování, kam lze zařadit záškoláctví, užívání a zneužívání návykových látek, výrazné agresivní chování i kriminalitu. U každého respondenta můžeme pozorovat v určité míře rizikové faktory.

Z osobnostních rysů škály SURPS, rizikových pro rozvoj závislosti na NL vystupuje především impulzivita a vyhledávání vzrušení. Rysy škály SURPS přecitlivělost a beznadějnost se výrazně projeví zejména u dvou respondentů (Bob a Dave), kde byl zaznamenán neuroticismus a emoční labilita. Prokázal se významný vliv sociálního prostředí s dysfunkčními vztahy v rodině (neúplnou rodinu s chybějící mužskou - otcovskou autoritou měl Red i Bob, absenci funkčního rodičovského vlivu a pobyt v dětském domově a poté ve vyloučené lokalitě má v osobní historii Dave) ve spojení s příležitostmi, zejména vlivu vrstevnických skupin, mohou jedince predikovat ke vzniku a rozvoji závislosti. Širůčková (in: Miovský et al, 2015, str. 55) v souvislosti s prostředím vedoucím k rozvoji rizikového chování uvádí, že nejpravděpodobnější kombinací je u dospívajícího tato situace: *„Dospívající zažívá vysokou míru stresových podnětů ve svém okolí, jeho rodiče nedostatečně kontrolují jeho aktivity, jeho přátelé na něho mají významnější vliv než rodiče, jeho přátelé vyjadřují pozitivní postoj k rizikovému chování a sami se také rizikově chovají“*.

U všech tří respondentů bylo možné pozorovat projevy ADHD, které zasahovaly do jejich jednání a ovlivňovaly nejen fungování chlapců v režimovém nastavení DÚM, ale podílely se též na rozvoji či udržování závislého chování vzhledem k NL. Zejména impulzivita jako přetrvávající projev ADHD u všech respondentů se zdá významným rizikovým faktorem a stála za opakovaným selháváním a relapsech užitím metamfetaminu. Dolejš (2014) uvádí, že je impulzivita spojena s nedostatkem sebeovládání a vznětlivostí, což bylo patrné u dvou respondentů (Dave a Bob), dále souvisí s neschopností plánovat a domýšlet své jednání i s neschopností vyhodnocovat rizika. Toto lze najít ve všech třech kazuistických studiích. U všech respondentů impulzivita negativně ovlivňovala jejich fungování v životě, její projevy hrály významnou roli v utváření negativního sebepojetí a nízkého sebehodnocení respondentů, což následně při zvládnání zátěžových situací vedlo k nežádoucím obranným mechanismům, snaze kompenzovat výkonové deficity nevhodným

chováním až agresivitou (Bob a Dave). Lze říci, že se u všech objevovala tendence k sebemedikaci pomocí návykových látek, prokazatelně se to týkalo Reda.

Ukázalo se, že mezi rizikové faktory podporující vulnerabilitu dospívajícího vzhledem k užívání návykových látek patří kromě osobnostních rysů, jako je zejména impulzivita a vyhledávání nového, také sociální kontext, ve kterém se dospívající pohybuje, především nepříznivá rodinná konstelace a vliv rizikových vrstevníků.

U všech respondentů se potvrdil fakt, že adolescenti s ADHD mají jistou dispozici k rizikovému chování. Projevy odpovídají syndromu rizikového chování a mnohdy dochází již k rozvoji chování opozičního či antisociálního (trestné stíhání za přechovávání a distribuci drog, krádeže, agresivita).

U všech tří respondentů se vyskytl problém s odmítáním či předčasným ukončením farmakologické léčby ADHD. Kalina (2018) předkládá názory mnoha zahraničních odborníků, kteří se shodují v tom, že nedostatečná či zanedbaná léčba ADHD představuje rizikový faktor jak pro další psychiatrickou komorbiditu, tak i pro negativní psychosociální důsledky, a že se často mezi poruchami duševního zdraví doprovázející ADHD objevuje v dospívání i dospělosti právě užívání NL a závislost na nich.

## ZÁVĚR

Práce se pokusila přiblížit nemalou skupinu adolescentů, umístěných v DÚM, jakožto zařízení institucionální péče, jejichž charakteristikou je zneužívání návykových látek a současně se potýkají s projevy ADHD, které mají dopad na jejich běžné fungování v životě. Již v úvodu jsem zmínila určitá omezení a limity této práce, ale i přes tyto diskutované limity věřím, že se mi alespoň částečně podařilo představit práci, která může přispět k dalším poznatkům v oblasti problematiky ADHD a závislostí u dospívajících, a že sledované cíle byly v této práci naplněny.

Prostřednictvím kazuistických studií tří respondentů byla nastíněna problematika ADHD v kontextu závislostního chování v užívání návykových látek. Lze říci, že projevy ADHD (nejvýznamněji impulzivní jednání a snížená sebekontrola) významně negativně ovlivňují celkový život adolescenta, projevy se promítají na utváření negativního sebepojetí a nízkého sebehodnocení, což může následně při zvládání zátěžových situací vést k nežádoucím obranným mechanismům, snaze kompenzovat výkonové deficity nevhodným chováním, agresivitou a u náchylnějších jedinců se potom může objevovat tendence k sebemedikaci pomocí návykových látek.

Mezi rizikové faktory podporující vulnerabilitu dospívajícího vzhledem k užívání návykových látek patří kromě osobnostních rysů - impulzivity a vyhledávání nového také sociální kontext, ve kterém se dospívající pohybuje, především nepříznivá rodinná konstelace a vliv rizikových vrstevníků.

Na závěr shrnutí výsledků nelze opominout význam farmakoterapie ADHD stimulancii či nestimulujícími preparáty (atomoxetin), která mají prokázanou účinnost. Jak je opakovaně doloženo výzkumem, léčba nezvyšuje riziko drogové závislosti, ale naopak redukuje u dětí a adolescentů riziko pozdějšího zneužívání návykových látek.

Práce ilustruje nejen potřebu se touto problematikou hlouběji zabývat, ale také vnáší řadu otázek o hledání účinnějších výchovných postupů a intervenčních strategií pro tuto skupinu dospívajících, umístěných v zařízeních institucionální péče, tak aby jim bylo možné nabídnout prostředí korektivní a učící a současně pro ně podpůrné a bezpečné. Vnáší také potřebu diferenciální diagnostiky, nastavení vhodné a efektivní farmakologické léčby ADHD včetně uplatnění psychoterapie u těchto rizikových skupin adolescentů ohrožených vznikem a rozvojem závislosti na užívání NL.



## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

DOLEJŠ, Martin, Michal MIOVSKÝ a Vladimír ŘEHAN. *Testová příručka ke škále osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek: (SURPS - substance use risk profile scale)*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-81-1.

DOLEJŠ, Martin, Ondřej SKOPAL a Jaroslava SUCHÁ. *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4181-8.

DOLEJŠ, Martin. *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2642-6.

DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.

DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-419-5.

GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-630-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Jak se učit s dítětem se specifickou poruchou učení a s poruchou pozornosti?: určeno žákům a studentům se specifickými poruchami učení a s poruchou pozornosti a jejich rodičům a učitelům*. Praha: Jucovičová Drahomíra PaedDr. - nakladatelství D + H, 2015. ISBN 978-80-87295-18-2.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KOUKOLÍK, František a Jana DRTILOVÁ. *Vzpouza deprivantů: nestvůry, nástroje, obrana*. Nové, přeprac. vyd. Praha: Galén, c2006. Makropulos. ISBN 978-80-7492-120-9.

KUCHARSKÁ, Anna, ed. *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Portál, 1999. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-294-7.

MIOVSKÝ, Michal. *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0387-4.

MIOVSKÝ, Michal, Lenka SKÁCELOVÁ, Jana ZAPLETALOVÁ, et al. *Prevence rizikového chování ve školství*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015. ISBN 978-80-7422-392-1.

MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Přeložil Dagmar TOMKOVÁ. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-430-4.

PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1426-4.

RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, c2001. ISBN 80-7262-140-8.

ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. *Mám poruchu pozornosti, i když jsem dospělý?: nejen o kladech a záporech syndromu ADHD u dospívajících a dospělých*. Praha: D + H, 2014. ISBN 978-80-87295-17-5.

## **PERIODIKA, ODBORNÉ ČLÁNKY A STATĚ**

BLATNÝ, Marek, JELÍNEK, Martin, HRDLIČKA, Michal. Typologie antisociálního chování střední adolescence a její vztah k užívání návykových látek. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2016, 112(3), 107-113. ISSN 1212-0383.

CAHOVÁ, Pavlína, PEJČOCHOVÁ, Jana, OŠLEJŠKOVÁ, Hana. Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: klinický obraz a komorbidity. *Neurologie pro praxi*. 2010, 11(6), 373-377. ISSN 1213-1814.

STÁRKOVÁ, Libuše. ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatric pro praxi*. 2016, 17(1), 16-21. ISSN 1213-0494.

## **SPECIÁLNÍ DOKUMENTY**

JOCHMANOVÁ, Andrea. Kontexty české divadelní avantgardy a tvorba Jiřího Frejky ve dvacátých letech XX. století [online]. Brno, 2006 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <<https://is.muni.cz/th/tgc2j/>>. Disertační práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Helena Spurná.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Marcela Metelková**

**Název kurzu: Studium v oblasti pedagogických věd – speciální pedagogika**

**Název práce: ADHD jako rizikový faktor závislostního chování v užívání návykových látek u adolescentů**

**Rok: 2020**

**Počet stran textu bez příloh:41**

**Celkový počet stran příloh: 0**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 0**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 0**

**Počet ostatních zdrojů: 0**