Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Tereza Svobodová

Prevalence užívání návykových látek u osob s diagnostikovaným ADHD

Prevalence of addictive substance use among persons diagnosed with ADHD

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha, 2023

Prohlášení:

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

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

V Praze 20. 4. 2023

TEREZA SVOBODOVÁ

Identifikační záznam

SVOBODOVÁ, Tereza. *Prevalence užívání návykových látek u osob s diagnostikovaným ADHD. [Prevalence of addictive substance use among persons diagnosed with ADHD]*. Praha, 2023. 59 stran, 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce vážené paní Mgr. Lence Šťastné, Ph.D., za její odborné vedení, rady, podporu a vřelý a lidský přístup. Zároveň děkuju všem respondentům za ochotu zapojit se do tohoto výzkumu a všem těm, kteří mi umožnili vstup do skupin a zpropagovat výzkum mezi ostatní. Velké díky patří mé rodině za její nekonečnou podporu, trpělivost a důvěru, kterou mi neustále vyjadřují.

Abstrakt

Východiska: Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) se stává stále aktuálnějším výzkumným tématem u dospělých klientů v adiktologii. Pravděpodobně se jedná o jeden z rizikových faktorů vzniku závislosti. Většina dostupných výzkumů se zabývá zkoumáním problematiky ADHD u osob, kteří jsou oslovování již v rámci léčby v některé z adiktologických služeb. Přesto tyto výzkumy dokazují, že se hyperaktivní porucha u osob se závislostní problematikou vyskytuje. Hyperaktivní porucha zároveň pravděpodobně stojí za řadou komplikací v průběhu adiktologických intervencí, zvyšuje riziko předčasného ukončení léčby a znamená větší zátěž jak pro klienty, tak i personál.

Cíle: Cílem této práce bylo zjistit, jaká je prevalence užívání návykových látek u dospělých osob s diagnostikovaným ADHD, tedy zda tato specifická skupina užívá návykové látky a do jaké míry. Doplňujícím cílem bylo přinést náhled, jaké účinky látek uživatelé reflektují a co může být jejich motivací k pokračování v užívání návykových látek. V neposlední řadě si práce klade za cíl tyto výsledky porovnat s obecnou populací.

Metody: Pro získání dat byl použit online dotazník inspirovaný Evropským modelovým dotazníkem, který obsahuje set otázek měřících prevalenci užívání návykových látek v celoživotním, dvanáctiměsíčním a třicetidenním časovém horizontu. Analýza dat byla provedena pomocí deskriptivně-statistických metod.

Výsledky: U dospělých osob s diagnostikovaným ADHD byla zjištěna u většiny návykových látek větší prevalence užívání než u obecné populace. Mezi nejvíce užívané nelegální látky v tomto souboru patřila marihuana, kokain a kratom. Výrazná procenta uživatelů se objevila i u alkoholu, léků na spaní a tabáku. Užívání heroinu a LSD se naopak prokázalo na velmi nízké úrovni. Nejčastějšími účinky uváděnými po užití látky bylo uvolnění, mentální pohoda, uklidnění, lepší soustředění a lepší spánek.

Závěr a doporučení: Vzhledem k malému počtu respondentů, způsobu výběru respondentů a dalším limitům nelze zobecnit dosažené výsledky. Studie umožňuje náhled do málo prozkoumané populace osob s hyperaktivní poruchou a ukazuje, že problematika užívání návykových látek jako možná forma sebemedikace je zde opravdu aktuální. Tato práce může sloužit jako podklad pro rozsáhlejší výzkum, který by splňoval podmínky pro zobecnění na obecnou populaci. Zjištěné výsledky mohou posloužit v prevenci zaměřené na osoby s ADHD, ale také v následné práci s těmito klienty.

Klíčová slova: Prevalence, užívání, ADHD, návykové látky

Abstract

Background: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is becoming an increasingly important research topic among adult ADHD clients. It is likely to be one of the risk factors for developing addiction. Most of the available research examines ADHD in individuals who are already being addressed as part of treatment in an addiction treatment service. Yet, these researches show that hyperactivity disorder does occur in persons with addiction issues. At the same time, hyperactive disorder is likely to be behind many of the complications in the progression of addiction interventions, increases the risk of early treatment drop-out, and places a greater burden on both clients and staff.

Aim: The aim of this study was to determine the prevalence of substance use among adults diagnosed with ADHD, i.e. whether this specific group uses substances and to what extent. A complementary aim was to provide insight into what effects substance users reflect and what may be motivating their continued substance use. Finally, the thesis aims to compare these results with the general population.

Methods: An online questionnaire inspired by the European Model Questionnaire was used to collect data, which contains a set of questions measuring the prevalence of substance use at lifetime, 12-month and 30-day time points. Data analysis was performed using descriptive-statistical methods.

Results: Adults diagnosed with ADHD have been found to have a higher prevalence of substance use than the general population for most substance use disorders. Marijuana, cocaine, and kratom were the most commonly used illicit substances in this cohort. Significant percentages of users were also found of alcohol, sleeping pills, and tobacco. Heroin and LSD use, on the other hand, showed very low levels. The most common effects reported after use were relaxation, mental well-being, calming, better concentration and better sleep.

Conclusion and recommendation: Due to the small number of respondents, the method of selection of respondents and other limitations, it is not possible to generalize the results obtained. The study provides an insight into the understudied population of people with hyperactivity disorder and shows that the issue of substance use as a possible form of self-medication is indeed relevant here. This work can serve as a basis for larger-scale research that would qualify for generalization to a core population.. The findings may be useful in prevention efforts targeting people with ADHD, as well as in follow-up work with these clients.

Key words: Prevalence, use, ADHD, addictive substances

Obsah

1. Úvod ... 3
2. Porucha pozornosti s hyperaktivitou/ ADHD ... 5
   2.1. Definice ADHD ... 5
   2.2. Příčiny vzniku ADHD ... 5
   2.3. ADHD v dospělosti ... 6
   2.4. Diagnostika ADHD ... 7
   2.5. Léčba ADHD v dospělosti ... 11
   2.6. Komorbidity ADHD ... 12
   2.7. Komplikace života s ADHD ... 14
3. Návykové látky a jejich účinky ... 15
4. ADHD a užívání návykových látek ... 18
5. Výzkum ... 20
   5.1. Výzkumné cíle ... 20
   5.2. Výzkumné otázky ... 20
   5.3. Metody sběru dat ... 20
   5.4. Metody analýzy dat ... 21
   5.5. Výzkumný soubor ... 21
      5.5.1. Charakteristika výzkumného souboru ... 22
   5.6. Etika ... 24
6. Výsledky ... 25
   6.1. Prevalence užívání návykových látek ve výzkumném souboru ... 25
      6.1.1. Tabák ... 25
      6.1.2. Alkohol ... 25
      6.1.3. Léky na spaní ... 27
      6.1.4. Marihuana ... 28
      6.1.5. Pervitin ... 30
      6.1.6. Kokain ... 30
      6.1.7. Heroin ... 31
      6.1.8. LSD ... 31
      6.1.9. Kratom ... 32
      6.1.10. Další návykové látky ... 33
   6.2. Nejvíce a nejméně užívané látky ve výzkumném souboru ... 33
   6.3. Účinky návykových látek ... 34
   6.4. Porovnání s obecnou populací ... 36

7. Diskuze a závěr 38
Seznam použité literatury 41
Seznam tabulek a grafů 45
Přílohy 46
Příloha č. 1. – Souhlasné stanovisko Etické komise 46
Příloha č. 2. – Dotazník 47

1. Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá prevalencí užívání návykových látek u dospělých osob s diagnostikovaným ADHD. Tématika poruchy pozornosti mne doprovází už několik let, jelikož byla diagnostikována mému blízkému příbuznému. Zároveň si myslím, že užívání návykových látek v této skupině dospělých je málo prozkoumáno a výzkumy, které vznikly, se zaměřují na osoby oslovovány již v některé z adiktologických služeb. Přesto tyto výzkumy ukazují, že je to potřebné téma k dalšímu zkoumání a k diskuzi, protože se problematika ADHD u klientů adiktologických služeb vyskytuje.

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) neboli porucha pozornosti s hyperaktivitou patří mezi neurovývojové poruchy. Jako její základní klinické projevy se uvádí hyperaktivita a impulzivita. K tomu se pojí také emoční změny, poruchy sociální adaptace, motorické a percepční problémy (Čeledová, 2018). Často dochází k tomu, že u dospělých osob je porucha ADHD přehlížena, a tak uniká nejenom diagnostice, ale také léčbě. U dospívajících a dospělých s ADHD byl potvrzen častější abúzus alkoholu a dalších drog, proto můžeme konstatovat, že výskyt této hyperaktivní poruchy není výjimkou u pacientů s problematikou související s užíváním návykových látek (Hrnčiarová, 2021). Během pilotní studie, která proběhla v roce 2015 v terapeutických komunitách v České republice, byla zjištěna vysoká míra prevalence potenciální diagnózy ADHD (konkrétně 56,6 %) u klientů, kteří se léčili v terapeutických komunitách, a došlo tak k potvrzení vysokého výskytu ADHD u uživatelů drog (Rubášová, Kalina, Miovský, Čablová & Šťastná, 2015). Diagnostika hyperaktivní poruchy je u užívajících osob velmi obtížná, protože samotný abúzus se projevuje akutními i chronickými symptomy, které jsou podobné psychickým poruchám, včetně ADHD (Hrnčiarová, 2021).

Léčba závislosti je sama o sobě pro klienta velmi náročnou cestou, na které musí překonat spousty překážek. Další přidružená porucha duševního zdraví má vliv na efektivitu léčebných intervencí a schopnost klienta profitovat z léčby. Do okruhu duálních diagnóz se zahrnuje právě také i ADHD, které osobnost ovlivňuje jak v kognitivních, tak i behaviorálních aspektech (Miovský et al., 2014). Tato kombinace tvoří velmi komplikovanou dynamiku, v níž se obě poruchy potencují a posilují, což není příznivé ani pro úzdravu klienta. Jak ADHD, tak i závislostní porucha se často pojí ještě s úzkostnými a depresivními stavy, poruchami příjmu potravy nebo některými poruchami osobnosti. Umíme si tak asi představit, že dochází k nelehkým klinickým obrazům, které komplikují diagnostiku i léčbu. ADHD pravděpodobně stojí za řadou komplikací v průběhu adiktologických intervencí, a to nejenom v nich, ale také zvyšuje riziko předčasného ukončení léčby a znamená větší zátěž jak pro klienty, tak i personál (Miovský, 2018).

Cílem této práce je oslovit osoby s diagnostikovaným ADHD prostřednictvím skupin, které je sdružují a pomocí screeningového dotazníku zmapovat, jestli tato specifická skupina užívá návykové látky, v jaké míře a co jim užití látky přináší. Také bych chtěla

výsledky porovnat s obecnou populací, abychom mohli srovnat rozdíl a případný vliv hyperaktivní poruchy na užívání psychoaktivních látek. Na základě výsledků bychom mohli udělat další krok blíže a udělat si o něco širší náhled do populace dospělých s ADHD. Věřím, že v rámci oboru by nám výsledky měly pomoci na případné lepší podchycení prevence či přizpůsobení léčby, aby byla terapie efektivnější a překážky se staly lépe zvládatelné pro personál i klienty.

2. Porucha pozornosti s hyperaktivitou/ ADHD

2.1. Definice ADHD

ADHD je zkratka anglického názvu Attention Deficit Hyperactivity Disorder, někdy se také můžeme setkat s českou zkratkou HKP neboli hyperkinetická porucha. Jedná se o neurovývojovou poruchu, která byla dlouhou dobu přisuzována pouze k dětskému věku. Vědělo se, že příznaky se mohou objevovat i v dospělosti, ale nevěnovalo se tomu tolik pozornosti (Cahová, Pejčochová & Ošlejšková, 2011).

Sama odborná terminologie si prošla určitým vývojem. Jelikož byl syndrom dříve přisuzován primárně dětem, zpočátku (od 50. let 20. století) se pro neklidné a nepozorné dítě používal termín LDE, tedy lehká dětská encefalopatie. Na přelomu 70. a 80. let se začaly poprvé objevovat zprávy, že hyperaktivní, ale i hypoaktivní, syndrom může přesahovat i do období dospívání a dospělosti. Přesto se terminologie zabývala pouze problematikou dětí, a to až do počátku 21. století (Jucovičová & Žáčková, 2017). U nás, v České republice, se dlouhou dobu používal termín LMD (lehká mozková dysfunkce). Nyní se velmi často setkáváme s již zmíněnou zkratkou ADHD, která je uznána dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch/ DSM-5, anebo se v souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí/ MKN-10 užívá delší termín, a to *hyperkinetická porucha, porucha pozornosti a aktivity a hyperkinetická porucha chování* (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Prevalence ADHD v populaci se podle zdrojů různě liší. Širší rozmezí uvádí např. Barkley (Barkley, 2006), který tvrdí, že výskyt ADHD u dětí je 3-7 %. Ve 40-50 % pak přechází do dospělého věku, a tak se prevalence hyperkinetické poruchy v dospělé populaci pohybuje okolo 5 % (Goodman & Thase, 2009). Pan docent M. Anders v jednom svém rozhovoru uvedl, že dle statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR byla v roce 2016 léčena 4 % osob starších 20 let z 36 000 psychiatrických diagnóz, tedy přibližně 1800 lidí (ÚZIS, 2017). Vzhledem k prevalenci okolo 4-5 % by se v naší populaci jednalo o cca 320 000 osob s diagnózou ADHD. Stále se ale bavíme o orientačních číslech, protože u nás nebyl doposud proveden populační screening (Anders, 2018).

2.2. Příčiny vzniku ADHD

Doposud není plně objasněno, jak hyperaktivní porucha vzniká, ale víme, že na jejím rozvoji se podílí více vlivů. Pravděpodobně ten největší má dědičnost a biologické faktory, mezi které patří např. abnormální fetální vývoj (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Pokud bychom začali u genetických souvislostí, můžeme vycházet ze starších studií rodin, které došly k závěru, že ADHD bývá častým mnohogeneračním problémem. U jednovaječných dvojčat je dokonce 81% shoda, tedy jestliže jedno dvojče má ADHD, u druhého je diagnóza též vysoce pravděpodobná (Gilger a kol., 1992). Dalším faktorem vzniku se jeví prenatální i postnatální působení toxinů. U matek dětí s ADHD je

v anamnéze častější výskyt kouření či užívání alkoholu během těhotenství, což bylo později prokázáno jako spolu související (Ptáček & Ptáčková, 2018). V této době, tedy v době před narozením, při porodu nebo časně po porodu, je centrální nervová soustava plodu (později novorozence) velmi zranitelná, a to zvláště u chlapců, proto je její drobné poškození v raných vývojových obdobích velmi rizikové pro vznik poruchy (Černá, 1999). Mezi rizikové faktory se v tuto dobu řadí např. špatný zdravotní stav nebo vyšší věk matky, dlouhý porod, předporodní krvácení či přenášení plodu. Ukázalo se, že se spíše jedná o komplikace dlouhodobě působící na plod, než ty akutní (Kolářová, 2018).

Někdy je opravdu těžké určit, jaká je příčina vzniku ADHD a tato problematika se stále zkoumá. Přesto můžeme obecně s velkou pravděpodobností říci, že primární příčiny jsou biologického charakteru, změny v oblasti anatomie nebo fyziologie mozku jsou u většiny osob s ADHD, na rozvoji se podílejí genetické rizikové faktory, prenatální vystavení toxinům může v některých případech za vznik ADHD, a také zde hraje roli prostředí (Ptáček & Ptáčková, 2018).

2.3. ADHD v dospělosti

Jak je již výše zmíněno, hyperkinetická porucha byla dlouhou dobu charakteristická pouze pro dětskou populaci. Byla tak často spojována jen s hyperaktivitou a impulzivitou. Nyní ale víme, že přetrvává i do dospělosti a symptomy se přenáší v mírně pozměněné podobě.

Hyperaktivita, která je v dětském věku nejvíce viditelná, v dospělosti ustupuje. Zatímco děti se stále pohybují, jsou neklidní nebo vyrušují, dospělí nejsou schopni vydržet stát ve frontě, nedodržují doporučenou rychlost při řízení nebo jsou workoholičtí. Tyto projevy jsou pak považovány za osobnostní rys či nervozitu (Cahová, Pejčochová & Ošlejšková, 2010). Dalším přetrvávajícím symptomem je *porucha pozornosti*. Bývá nenápadná a způsobuje chaotičnost, problémy s organizováním práce a systematičností, zapomínání a nesoustředění se, které vede k nedokončování úkolů (Ptáček & Ptáčková, 2018). Není výjimkou, že tento symptom je v dětství nerozpoznán, pacienti zůstávají nediagnostikovaní a odbornou pomoc navštíví až v dospělosti, kdy je trápí sekundární obtíže (deprese, úzkosti) vyplývající ze selhávání a přetížení. Třetím typickým projevem ADHD je *impulzivita*. U dětí se manifestuje skákáním do řeči, vykřikováním, vyrušováním ostatních. Dospělí konají ukvapená rozhodnutí, mají problémy s plánováním. Impulzivita je v pozdějším věku dominující a způsobuje řadu osobnostních rysů (Cahová et al., 2010).

Nesmíme také vynechat projevy poruchy pozornosti bez hyperaktivity neboli ADD/ attention deficit disorder, která je opomíjena. Její symptomy jsou stejné jako u ADHD, tedy obtížné soustředění, snadné vyrušení, zapomínání, chaos. Rozdílem může být, že jedinci s ADD působí jako by byli v jiném světě, nereagují na mluvu, jsou zasnění (Hallowell & Ratey, 2007).

Z hlediska prognózy je ADHD v dospělosti rozdělováno na dva typy. První typ popisuje poruchu s mírnými známkami onemocnění a převahou poruchy pozornosti. Zatímco druhý typ zahrnuje 40 % pacientů s výraznější symptomatikou, tedy ADHD s kontinuálním průběhem. V tomto typu osoby vykazují více rysů hyperaktivity, impulsivity a poruch pozornosti, které jsou doplněny problémy v zaměstnání, konflikty s partnery nebo poruchami nálad (Paclt & Přibilová, 2017).

2.4. Diagnostika ADHD

Vzhledem k celkovému vývoji a pojetí poruchy pozornosti s hyperaktivitou i diagnostická kritéria jsou primárně tvořena pro děti. Diagnostická kritéria pro dospělé nejsou zatím specificky vytvořena. V dětském věku se používá standardní postup rozhovor s rodičem, vyšetření, dotazníky pro rodiče či učitele nebo jiná pomocná vyšetření a EEG. U dospělých se nejčastěji pracuje pomocí diagnostického rozhovoru a využívají se specifické dotazníky a škály. Je vhodné celý proces doplnit rozhovorem s nejbližšími lidmi, psychologickým vyšetřením a klinickým vyšetřením, které se zaměřuje i na nepříznivé důsledky ADHD - střídání zaměstnání, abúzus, partnerské problémy, problémy s výchovou, interpersonální konflikt a mnoho dalších (Theiner, 2012).

V MKN-10 je ADHD řazeno mezi Hyperkinetické poruchy, F 90, v kapitole Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětském věku. Dále tato klasifikace rozlišuje ještě Poruchy aktivity a pozornosti a Hyperkinetickou poruchu chování. Samotné příznaky nepozornosti tak nesplňují tyto diagnostická kritéria. MKN-10 zároveň vylučuje často přítomný výskyt úzkosti a deprese u ADHD (Masopust, Mohr, Anders & Přikryl, 2014).

Dle DSM-V musí být u dětského jedince přítomno 6 a více příznaků z oblasti „nepozornost“ a 6 a více příznaků z „hyperaktivita/impulzivita“. Symptomy se musejí vyskytovat alespoň 6 měsíců, a to v takové míře, která neodpovídá stupni vývoje jedince. Současně by měly mít přímý negativní vliv na jeho sociální, akademické nebo profesní aktivity. U dospělých jedinců od 17 let je nutné splňovat v každé oblasti alespoň 5 kritérií, několik symptomů se musí vyskytovat již před 12 rokem věku a příznaky se musí týkat dvou nebo více oblastí života (zaměstnání, doma, s přáteli aj.). Současně je důležité vyloučit, že se symptomy nevyskytují výhradně v průběhu jiného psychotického onemocnění (Čablová, Miovský, Kalina & Šťastná, 2015).

Diagnostická kritéria ADHD podle DSM-V:

A. 6 a více (pro děti) nebo 5 a více (pro jedince ≥ 17 let) z následujících příznaků **Nepozornosti** (1) a/nebo **Hyperaktivity a impulzivity** (2), které přetrvávají po dobu ≥ 6 měsíců a mají negativní dopad na vývoj, fungování a sociální, vzdělávací nebo pracovní aktivity:

1. Nepozornost:

a) Často není schopen se soustředit na detaily nebo dělá chyby z nepozornosti ve školních úlohách, v práci nebo při jiných aktivitách (např. přehlíží nebo vynechává detaily, práce je nepřesná).
b) Často má problémy udržet pozornost na úkoly nebo při herních činnostech (např. má obtíže zůstat soustředěný na přednášky, rozhovory nebo delší čtení).
c) Často vypadá, že neposlouchá, když je přímo osloven (např. je myšlenkami jinde i v nepřítomnosti zjevné příčiny rozptýlení).
d) Často nesleduje instrukce do konce a není schopen dokončit školní úkoly, domácí práce nebo pracovní povinnosti (např. začne plnit úlohy, ale rychle ztrácí pozornost a snadno se nechá rozptýlit).
e) Často má problémy organizovat úkoly a aktivity (např. obtíže zvládat následné úlohy; obtíže udržet si pořádek v materiálech a osobních věcech; nepořádný; dezorganizovaná práce; nezvládá organizaci času; nestíhá termíny).
f) Často se vyhýbá, nemá rád nebo je neochotný plnit úlohy, které vyžadují setrvalé duševní úsilí (např. školní nebo domácí úkoly; u starších adolescentů a dospělých příprava zpráv, vyplňování formulářů, kontrola dlouhých článků).
g) Často ztrácí věci potřebné pro úkoly nebo aktivity (např. školní materiály, tužky, knihy, pomůcky, peněženky a doklady, klíče, dokumenty, brýle, mobilní telefony).
h) Často je rozptýlen zevními stimuly (u starších adolescentů a dospělých to mohou být i nesouvisející myšlenky).
i) Při denních činnostech je často zapomětlivý (např. udělat domácí práce, povinnosti; u starších adolescentů a dospělých zavolat nazpátek, zaplatit účty, dodržet schůzky)

2. Hyperaktivita a impulzivita
a) Často se ošívá nebo poklepává rukama nebo se vrtí na židli.
b) Často vstává ze židle v situacích, kdy se očekává, že by měl zůstat sedět (např. opouští svoje místo ve třídě, v kanceláři nebo jiném pracovišti nebo v jiné situaci, která vyžaduje zůstat na místě).
c) Často běhá nebo šplhá v situacích, kdy to je nevhodné. (Poznámka: u adolescentů a u dospělých se může omezit na pocit neklidu.)
d) Často je neschopen si tiše hrát nebo tiše trávit volný čas.
e) Často je v poklusu, chová se jako by byl „poháněn motorem“ (např. nedokáže nebo mu je nepohodlné zůstat delší dobu v klidu např. v restauracích, na schůzkách; ostatní jej mohou vnímat jako neklidného, někoho s kým je těžké udržet krok).
f) Často nadměrně hovoří.
g) Často vyhrkne odpověď ještě dříve, než byla otázka dokončena (např. dokončuje věty za druhé; nedokáže čekat, až na něj v rozhovoru dojde řada).
h) Často má obtíže čekat, až na něj dojde řada (např. při čekání ve frontě).

i) Často přerušuje nebo ruší druhé (např. se plete do rozhovoru, her nebo aktivit; může používat věci druhých bez dovolení; adolescenti nebo dospělí se vetřou nebo přebírají to, co dělají druzí.

B. Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity – impulzivity bylo přítomno již před 12. rokem.

C. Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity – impulzivity je přítomno ve dvou nebo více prostředí (např. doma, ve škole, v práci; s přáteli nebo příbuznými; při jiných činnostech).

D. Existuje jasný důkaz, že příznaky narušují nebo snižují kvalitu sociálního, akademického nebo profesionálního fungování.

E. Příznaky se nevyskytují výlučně v průběhu schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy a nelze je lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (např. poruchou nálady, úzkostnou poruchou, disociativní poruchou, poruchou osobnosti, intoxikací návykovou látkou nebo abstinenčním stavem) (Masopust et al., 2014).

Dle výsledků se v této klasifikaci nemocí dále specifikují tři typy ADHD pod hlavním kódem 314.0x. Pokud jsou příznaky obou kritérií (nepozornost + hyperaktivita a impulzivita) přítomny po delší dobu než 6 měsíců, jedná se pak o *Kombinovanou poruchu*. Pokud pouze příznaky hyperaktivity a impulzivity nejsou v průběhu posledních 6 měsíců splněny, diagnózou je *Porucha s převahou nepozornosti.* Posledním typem je *Porucha s převahou hyperaktivity/impulzivity*, která je přítomna při nesplnění kritérií pro poruchu pozornosti v průběhu předchozích 6 měsíců (Ptáček & Ptáčková, 2018).

V dospělosti se pro diagnostiku ADHD používají i různé hodnotící škály a dotazníky. Jednou z nich je Wenderova škála, jejíž autorem je P.H.Wender. Tato škála je určena ke zjištění symptomatologie a je zaměřena na 7 kategorií – nepozornost, hyperaktivita, náladovost, podrážděnost a výbušná povaha, nízká odolnost vůči stresu, dezorganizace a impulzivita. Respondent podává retrospektivní hodnocení svého chování v dětství. Zkrácená verze obsahuje 25 otázek (originální 61), hodnocení se provádí pomocí pětibodové škály v rozmezí 0-4 bodů. Další možností je využití ADHD sebeposuzující škály pro dospělé (ASRS-v1.1), která pomáhá posoudit symptomy u osob od 18 let věku. Dotazník obsahuje 18 kritérií, jako jsou např. nervozita, přerušování nebo dokončování úkolů, v poslední 6 měsících (Ptáček & Ptáčková, 2018). Mimo jiné bylo vyvinuto první diagnostické strukturované interview o ADHD u dospělých (zkratka DIVA), které probíhá formou rozhovoru na základě otázek formulovaných dle konkrétních příkladů z dětství. Tyto příklady jsou rozděleny do určitých okruhů života – práce a vzdělání, vztahy a rodinný život, sociální kontakty, volný čas/koníčky a sebedůvěra/obraz sebe sama (Čablová et al., 2015).

DIVA-5 zpětně posuzuje kritéria ADHD v dětství dle DSM-5, a zároveň se věnuje současným symptomům v dospělosti. První dvě domény diagnostického rozhovoru jsou zaměřeny na kritéria pro nepozornost a pro hyperaktivitu/impulzivitu v dětství a dospělosti, třetí doména specifikuje problémy spojené s hyperaktivní poruchou. Tyto problémy jsou rozděleny do oblastí již zmíněných výše. DIVA neobsahuje otázky, kterými by bylo možné identifikovat vedlejší psychiatrické symptomy či poruchy, proto je potřeba provést ještě psychiatrické vyšetření, aby byla diagnostika opravdu komplexní. Během rozhovoru je důležité klást otevřené otázky, doporučuje se provést ho v přítomnosti partnera nebo jiného člena rodiny, což nám pomůže získat i jiný pohled na situaci a lépe vyhodnotit retrospektivní informace. Rozhovor je cílený na přibližnou časovou dotaci hodinu, poté by měla následovat trpělivá administrace s vhledem tazatele do dané problematiky. Diagnostický rozhovor má velmi vysokou senzitivitu a specifitu, a tak je užitečnějším nástrojem než ASRS (Šťastná, 2021).

Touto základní diagnostikou to nekončí. Zároveň je potřeba provést i širší zhodnocení, do kterého bychom měli zahrnout psychologický a psychiatrický stav pacienta, psychiatrické komorbidity, udělat somatické vyšetření a vyloučit tak organické příčiny symptomů ADHD. Symptomatika hyperkinetické poruchy může být pouze maskováním pro poruchy štítné žlázy nebo kardiální potíže, či se může jednat o vedlejší účinky farmakoterapie (Cahová et al., 2010).

Pojďme si to tedy shrnout. Diagnostické zásady ADHD v kostce:

- diagnóza ADHD by měla být zvažována i v případě, že nebyla diagnostikována již v dětství; důležitější je přetrvávání symptomů a jimi způsobené funkční postižení než prokázaná diagnóza v dětském věku
- při určení diagnózy ADHD je potřeba brát v úvahu vysokou míru psychiatrické komorbidity s často se překrývajícími symptomy
- přítomnost ostatních duševních poruch existenci ADHD nevylučuje (s výjimkou psychotické poruchy)
- klinické projevy ADHD v dospělosti se mohou od příznaků v dětském věku lišit a při jejich hodnocení je třeba posoudit přiměřenost projevů vzhledem k věku a funkčnímu postižení jedince
- diagnóza vychází primárně ze sebehodnocení a posouzení příznaků psychiatrem dle diagnostických kritérií DSM anebo MKN, vhodné je také doplnění o dodatečné informace z okolí pacienta
- diagnóza je stanovena po pečlivém a systematickém posouzení dlouhodobé přítomnosti typických jádrových příznaků ADHD (nepozornost, hyperaktivita, impulzivita) a souvisejícího funkčního narušení jedince

- nutné je zhodnocení počátku v dětství, současných příznaků ADHD a jejich přítomnost a narušení v nejméně dvou doménách (škola, zaměstnání, domov, mezilidské vztahy)
- ke screeningovému hodnocení slouží sebeposuzovací dotazníky (ASRS – Adult ADHD Self-Report Scale), k diagnostice lze použít strukturované rozhovory a diagnostické nástroje (např. CAARS – Conner's Adult ADHD Rating Scale a DIVA – Diagnostic Interview for ADHD in Adults)
- v diferenciální diagnostice ADHD mohou hrát pomocnou úlohu neuropsychologické a neurofyziologické metody (Masopust et al., 2014).

2.5. Léčba ADHD v dospělosti

Pro dospělé pacienty s ADHD existují komplexní psychoterapeutické programy, které jsou nejčastěji zaměřené na kognitivně-behaviorální terapii. Problémem je, že u nás není dostupnost těchto programů samozřejmostí a je velmi těžké najít terapeuta, který se specifikuje na léčbu dospívajících a dospělých s poruchou hyperaktivity. Obecně by léčba neměla být jednosměrná, ale měla by se zaměřovat na více oblastí. Mezi tyto oblasti patří úprava příznaků, zaměření se na problémy spojené se vzděláváním a zaměstnáním, léčba psychiatrických komorbidit, zklidnění rodinných konfliktů aj. Dále by se kromě nefarmakologických intervencí nemělo opomenout ani na možnost farmakologické léčby (Theiner, 2012).

Nejprve je velmi důležité pacienta edukovat o jeho diagnóze - vysvětlit mu vznik, příznaky a možnosti léčby. Podání informací nemusí zahrnovat jen osobu, která má nemoc diagnostikovanou, naopak je vhodné poučit i osoby, se kterými je v každodenním kontaktu, např. partnera/ partnerku. Blízká osoba může pomoc pacientovi se zvládáním jeho poruchy. Hojně využívanou nefarmakologickou technikou je kognitivně-behaviorální terapie, jejímž cílem je nácvik výhodnějších forem chování, aby došlo ke snižování negativních dopadů na běžné životní situace. Kromě toho se také pracuje na učení zvládání běžných každodenních aktivit, organizování pracovní činnosti, plánování a dodržování termínů, k čemuž je vhodné využívat různých diářů či bloků (Cahová et al., 2010).

Kromě individuálních psychoterapií je možné v léčbě ADHD využít i jiné metody. Skupinové terapie mohou pacientům nabídnout podpůrné, korektivní, učící prostředí, a zároveň je to místo, kde si mohou lidé sdílet své problémy v bezpečné atmosféře. Dle literatury se zdá, že skupinové terapie jsou v této situaci bohužel využívané a zkoumané podstatně málo. Další možností je terapie rodinná a systematická, která cílí na všechny aspekty pacientova života včetně rodiny. Během této intervence je možné vyladit vzájemná očekávání mezi klientem a ostatními členy rodiny, nacházet pravidla efektivního přístupu k příkazům či napomenutí, naučit se zvládat hněv a negativní nálady, podporovat vztahy a další. V rámci rodinné terapie se mohou dělat i společná setkání více rodičů a dětí z více rodin nebo zahrnovat i učitele. Uvádí se, že psychodynamické přístupy v terapii ADHD

zasluhují pozornost a mohou být přínosem pro léčbu, přesto se tento typ terapie využívá velmi zřídka (Miovský, 2018).

Farmakologická léčba využívá v ČR převážně dvě látky. Jednou je stimulant methylfenidát a nestimulační preparát atomexetin (inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu). Běžně dostupné jsou na našem trhu preparáty Ritalin, Concerta (methylfenidáty) a Strattera (atomexetein). Tyto přípravky se mohou podávat dětem a dospívajícím nad 6 let věku, kteří mají diagnostikované ADHD a nefarmakologická léčba u nich nestačí. Nicméně pro dospělé pacienty s ADHD u nás není řádně schválený žádný lék, proto se zatím podávají předešlé léky (Theiner, 2012). Ostatní farmaka, jako jsou některá antidepresiva nebo sympatomimetika, jsou léky až pozdější volby z důvodu jejich nižší účinnosti (Miovský, 2018). Stimulancia jsou v léčbě hyperkinetické poruchy u dospělých považována za účinná, dokonce pozitivně ovlivňují přidružené potíže (podrážděnost, zvraty nálady, narušení sociálních rolí..). Jejich užívání je doprovázeno mírnými nežádoucími účinky, nejsou vhodná během těhotenství a jsou kontraindikována u nemocných s jinými závažnými duševními onemocněními. Atomexetin prokázal schopnost snižovat přidruženou úzkost a snižovat dny s nadměrným pitím. Indikaci pro léčbu dospělých s ADHD mají tedy methyfenidát oros (s prodlouženým uvolňováním) a atomexetin - žádný není hrazen zdravotní pojišťovnou. Ani jeden z přípravků by neměl vést ke vzniku závislosti (Masopust et al., 2014).

Zároveň je velmi důležité si uvědomit, že léčebný efekt se nedostaví, pokud osoba s ADHD během léčby aktivně užívá návykové látky. Tato skutečnost vede k tomu, že pacient nebere spolehlivě medikaci, může vyžadovat vyšší dávky kvůli zvýšené toleranci anebo se vůbec nedostaví terapeutický efekt či je méně pravděpodobný. V praxi jsou pak používána antidepresiva (např. bupropion), která ovlivňují afektivní a úzkostné příznaky související jak s ADHD, tak i s klinickým obrazem závislostního chování (Hrnčiarová, 2021).

2.6. Komorbidity ADHD

Jak píše Národní ústav pro otázky zneužívání drog (National Institut on Drug Abuse, NIDA), komorbidita znamená, že má člověk dvě nebo více poruch současně nebo jednu po druhé. U užívání návykových látek to znamená, že k užívání je přidružena ještě jiná duševní porucha (National Institut on Drug Abuse, 2022). Diagnóza ADHD je často doprovázena psychiatrickými komorbiditami. Osoby s hyperkinetickou poruchou dále trpí poruchami nálady, poruchami osobnosti, poruchami chování, úzkostnými poruchami a významné zastoupení tvoří také závislosti (Cahová et al., 2010). Ve výzkumu z roku 1996 bylo zjištěno, že ve skupině 172 zkoumaných osob s ADHD byl výskyt poruch chování 17 % oproti 0 % v kontrolní skupině, drogovou závislost tvořilo 14 % proti 3 % bez ADHD. U pacientů s ADHD byl také zvýšený výskyt úzkostných poruch a dystymie (32 %) a depresivní poruchy (Murphy & Barkley, 1996).

V Diagnostickém a statistickém manuálu IV. revize je přímo definováno několik psychiatrických komorbidit s ADHD. Jedná se o: poruchy nálady (deprese, dystymie, bipolární porucha, cyklotymie), úzkostné poruchy (např. obsedantně-kompulzivní porucha, úzkostná porucha), poruchy užívání návykových látek, poruchy učení, poruchy osobnosti (např. hraniční porucha osobnosti, antisociální porucha osobnosti) a impulzivní poruchy (Školníková, Miovský, Čablová & Šťastná, 2014).

Vývoj depresivní poruchy u ADHD může pravděpodobně souviset se selháváním a s konflikty v životě společenském, pracovním i v oblasti vztahu. Tato symptomatologie je ale velmi významná z důvodu klinického dopadu. Kromě depresivních poruch si také osoby s hyperkinetickou poruchou stěžují na spánek. Uvádí, že jim spánek nepřináší odpočinek, chodí spát později, usínají déle než hodinu po ulehnutí a ráno se budí obtížněji. Spánkové poruchy ale nesouvisí s farmakoterapií nebo komorbidními poruchami (Cahová et al., 2010). Dále se můžeme setkat s percepčně motorickými projevy, které u dospělých zahrnují poruchy sluchové i zrakového vnímání, poruchy jemné a hrubé motoriky, poruchy motorické koordinace či poruchy harmonizace pohybů. Tyto symptomy tvoří podklad pro vznik specifických poruch učení (dyslexie, dysgrafie aj.) a jelikož přetrvávají až do dospělosti, zasahují i do jiných oblastí života než jen do učení. Můžou ztěžovat učení se cizím jazykům, orientaci ve městě, řízení automobilu, ztěžují praktické činnosti, působí potíže při sportu. Nesmíme opomenout na negativní dopady poruch paměti, které obvykle souvisí s narušeným celým procesem vštípení, uchování i vybavování z paměti. Z tohoto důvodu si lidé s ADHD typicky stěžují na zapomínání věcí nebo obtížnější vybavování si z paměti (Jucovičová & Žáčková, 2017).

I přes prozatímní nedostatek informací a výzkumů v oblasti časové perspektivy a ADHD se začíná hovořit o sledovaných rozdílech ve vnímání času, které pak mohou mít dopad na kvalitu života. Stejně tak se zkoumá časová perspektiva u osob s ADHD, která by v případě prokazatelného narušení mohla do léčebných plánů zahrnout např. rozvoj efektivních dovedností v řízení času (Švandová et al., 2021).

Nejzávažnějšími projevy hyperaktivity jsou přidružené emoční poruchy, které velmi výrazně ovlivňují kvalitu života. U osob s ADHD můžeme pozorovat emoční labilitu (výkyvy nálad, zvýšenou afektivitu), člověk reaguje silně emotivně až agresí, snížené sebepojetí (člověk si nevěří, a tak poutá pozornost i nevhodným způsobem), oslabené ovládací schopnosti či neurotické projevy (tiky, koktavost). Nezvládnuté emoční stavy mohou poté přerůst k poruchám chování, které jsou neadekvátní věku a bývají proto mnohem silnější. Poruchy chování zahrnují opoziční chování (nic se mi nelíbí, s ničím nesouhlasím), agresi, disociální chování (lhaní, podvádění), asociální chování (sebepoškozování či potulování) a mnoho dalších projevů (Jucovičová & Žáčková, 2017).

2.7. Komplikace života s ADHD

Projevy ADHD mohou mít negativní dopad na kvalitu života nemocných. Náladovost, nízká odolnost, horší zvládání stresu a intenzivních emocí, problémy s komunikací a s navazováním mezilidských vztahů mají vliv na osobní a sociální život jedince (Miovský, Čablová & Kalina, 2013). Z výzkumů vychází, že osoby s hyperkinetickou poruchou mají větší pravděpodobnost, že budou vyloučení ze školy (32-40 %), mají velice málo přátel (50-70 %), pracují na nižších postech (70-80 %) či působí časté dopravní nehody (Drtílková & Šerý, 2007).

V zaměstnání se ADHD osoba může setkat s dvěma druhy problémů. Buď je vnímána jako nespolehlivá z důvodů nedokončování práce, nechození včas, neplnění termínů, zapomínání nebo nerespektování autorit (což vede k častému střídání práce), anebo je hyperaktivní člověk velmi pracovitý. Přehnaná pracovitost, až workoholismus, může ostatním spolupracovníkům vadit a tato osoba pak bývá vnímána jako ohrožující (Jucovičová & Žáčková, 2017). Zaměstnání není jediným okruhem života, kde se můžeme setkat s komplikacemi. Další problematickou úrovní jsou sociální vztahy. Pro osoby s ADHD je velmi obtížné vyznat se a správně reagovat ve společenských situacích. Říká se tomu tzv. sociální slepota. Je pro ně obtížné pochopit slovní hříčky, ironii, metafory, stejně tak jako neumí číst mimické výrazy. Toto celkové chybné chápání sociálního kontextu může vyústit v nevhodné, společensky neakceptovatelné chování (Cahová et al., 2010). Ve vztazích tito jedinci častěji pociťují zmatek nebo napětí, když se cítí partnerem opomíjení. Intimní vztahy se u nich stávají neudržitelné, spíše povrchní, a zároveň vyhledávají vzrušení, které vyúsťuje v riziko riskantního promiskuitního sexuálního života (Školníková, Miovský, Čablová & Šťastná, 2014). Také zvládání emocí, které je u této nemoci narušené, nevede k lepšímu zvládání mezilidských vztahů. Osoby s ADHD jsou zahlceni emocemi, které pak neumí adekvátně ovládat a kontrolovat (Jucovičová & Žáčková, 2017).

V neposlední řadě způsobuje ADHD problémy se vzděláním, a to nejenom kvůli projevům plynoucích z tohoto syndromu, ale také z často přidružených specifických poruch učení. Poruchy učení bývají nejvýraznější v dětském věku, ale v různých formách přetrvávají i do dospělosti. Narušené jsou funkce, které jedincům mají pomáhat v učení se, čtení, psaní a počítání. Mezi tyto poruchy patří dyslexie (porucha čtení), dysgrafie (porucha psaní), dysortografie (vady v písemném projevu) a dyskalkulie (obtíže v matematické oblasti). Komplikace spojené nejenom s poruchami učení s sebou přináší pocity studu a méněcennosti, proto je velmi potřeba pochopení, podpora a oceňování jiných kvalit či silných stránek osob s hyperkinetickou poruchou (Jucovičová & Žáčková, 2017).

3. Návykové látky a jejich účinky

Návykovou látku neboli drogu můžeme definovat jako látku se dvěma vlastnostmi: psychotropním efektem, tedy schopností měnit prožívání a vnímání světa a potenciálem závislosti, který může nastat při dlouhodobém či pravidelném užívání a vést ke ztrátě kontroly nad užíváním látky. Podle účinků na psychiku můžeme návykové látky rozdělit do tří základních skupin. Kritériem dělení je v podstatě účinek/ důvod, pro který jsou užívány. První skupinou jsou látky tlumivé, které zpomalují psychomotorické tempo a v malých dávkách vedou ke zklidnění. Druhou skupinou jsou psychomotorická stimulancia, jejichž účinkem je zbavit člověka únavy a urychlit myšlenkové tempo. Posledními jsou halucinogeny. Tato skupina navozuje změnu vnímání od zostření po stavy připomínající schizofrenii (Kalina, 2015).

Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021 uvádí, že kouří přibližně třetina dospělé populace, tedy 30 – 34 %. Průměrně český kuřák vykouří krabičku denně. 80 % společnosti vnímá kouření za společensky přijatelné, i přes to, že se tento fakt postupně snižuje. Nejrozšířenějším výrobkem jsou cigarety, ale na trhu je spousty jiných alternativních výrobků k užívání nikotinu. Zhruba 5 % populace užívala e-cigarety v roce 2021 (Chomynová et al., 2022). Již zmíněný nikotin je hlavní, psychotropní složkou tabáku. Tato účinná látka zvyšuje bdělost, soustředěnost a paměť, potlačuje podrážděnost a agresivitu (Kalina, 2015).

Alkohol má svůj původ již v dobách historických civilizací a v dnešní době má své široké zastoupení. Psychoaktivní účinky alkoholu souvisí s užitým množstvím a s vlivy psychologickými, biologickými i sociálními. Zpočátku je alkohol stimulantem, zvyšuje náladu a sebevědomí, snižuje sebekritičnost, uvolňuje zábrany. Při vyšších dávkách vede k útlumu (Kalina, 2003). Ze Souhrnné zprávy o závislostech v ČR z roku 2021 vyplývá, že 1,5 – 1,7 milionu obyvatel ČR pije alkohol rizikově, z toho 900 tisíc spadá do kategorie škodlivé konzumace alkoholu. Naše společnost je k alkoholu velmi tolerantní, 90 % považuje denní konzumaci alkoholu za přijatelnou (Chomynová et al., 2022). Dle Zprávy o alkoholu v České republice 2021 (Mravčík et al., 2021) pilo v posledních 12 měsících alkohol celkem 80,1 % dospělých. Tento údaj odpovídá respondentům ve věkové skupině 15+ let (výzkumný soubor tvořilo 3642 osob). Měsíční prevalence ve výše definované obecné populaci odpovídá 69 % respondentů.

Pro svůj psychotropní efekt je zneužívána i různorodá skupina farmak, která zahrnuje hypnotika, sedativa, anxiolytika a další léky. Léky se závislostním potenciálem jsou často předepisována i dlouhodobě v nejasné indikaci. Hlavním účinkem těchto látek je navození euforického stavu, celkového zklidnění, redukce strachu a úzkosti. Jsou velmi nebezpečné v kombinaci s jinými tlumivými látkami (alkohol), protože může dojít k útlumu centrální nervové soustavy vedoucí nejenom ke ztrátě vědomí (Kalina, 2008).

Konopné drogy jsou přírodní látky vyráběné z rostliny konopí. Účinnou látkou jsou kanabinoidy vyznačující se halucinogenním efektem. Z hlediska produkce a obchodování je konopí nejrozšířenější nelegální drogou. Účinky jsou hodně závislé na rozpoložení jedince a sociálních faktorech - okolí, ve kterém se nachází. Od užití se očekává zklidnění, euforie, veselost a zostření smyslového vnímání. Vzhledem k faktorům, které ovlivňují účinky, může také nastat tzv. „bad trip“ typický úzkostným či psychotickým stavem, nepříjemnými halucinacemi (Kalina, 2015). Ve Zprávě o nelegálních drogách v České republice 2022 se uvádí, že zhruba 400 tisíc osob v ČR spadá do kategorie rizika v souvislosti s užíváním konopných látek. 400 – 900 tisíc obyvatel užili konopí v posledním roce pro samoléčbu, z toho 150 – 250 tisíc bez rekreačního užití. Podle studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2021 užívalo konopné látky v posledních 12 měsících 8,1 % populace ve věku 15 – 64 let (celkový počet respondentů 804), v podobné studii Výzkum občanu 2021 se ve stejné věkové kategorii jedná o 12,3 % osob (celkový počet respondentů 1 366). V posledních 30 dnech se v první zmíněné studii užívání konopných látek týkalo 2,8 % jedinců, z druhé studie 4 % jedinců (Chomynová et al., 2022).

Kokain a pervitin jsou zástupci psychostimulancií. Tyto látky způsobují celkové povzbuzení organismu, zvyšují duševní i tělesný výkon, odstraňují únavu, urychlují myšlení, zvyšují hovornost. Vyšší dávky mohou navodit halucinogenní efekt (Kalina, 2008). Pervitin u nás rizikově užívá přes 33 tisíc osob, v roce 2021 ho užilo 0,3 – 0,7 % obecné populace za posledních 12 měsíců, v posledních 30 dnech Zpráva o nelegálních drogách v ČR 2022 uvádí 0,3 % uživatelů pervitinu. Kokain v obecné populaci užilo 0,2 – 0,4 % respondentů v posledních 12 měsících, 0,1 % v posledních 30 dnech. (Chomynová et al., 2022).

Mezi tlumivé látky s výrazným euforickým efektem patří také opioidy. Z polosyntetických a syntetických látek jsou neznámějšími zástupci heroin, metadon a buprenorfin. Hlavním účinkem této skupiny látek je především zklidnění a příjemná euforie. Opioidy mají také silný analgetický účinek. V roce 2015 byl odhad uživatelů okolo 10 500 osob v ČR (Kalina, 2015).

Halucinogeny jsou skupina látek přírodních i syntetických vyvolávajících změny vnímání. Halucinace, které mohou po užití nastat, jsou doprovázeny změnami kognice a nálady. Ve vyšších dávkách mohou nastat vizuální a sluchové iluze, dochází k deformaci vnímání času a prostoru. Účinek závisí na dávce, typu látky, ale také na rozpoložení jedince a jeho okolí, tzv. set a setting. Zástupci této skupiny jsou např. psilocybin, ketamin, LSD (Kalina, 2015).

Nově se v posledních měsících objevují zmínky o kratomu. Kratom je psychoaktivní látka, která obsahuje množství alkaloidů vyvolávajících behaviorální a fyziologické účinky. U nízkých dávek se jedná především o stimulační účinky jako zvýšení pracovní schopnosti, družnosti, libida. Vyšší dávky pak způsobují sedativně-narkotické účinky podobné opiátům. V České republice je kratom legální látkou, není tedy kontrolován, přesto při pravidelném

užívání může vyvolat závislost. V roce 2021 byla provedena studie mezi studenty vysokých škol. Zkušenost s kratomem v posledním roce potvrdilo 26,5 % mužů a 14 % žen z celkového počtu 197 respondentů (Vostřelová, Vajdlová, Vacek, Mravčík, 2021). Ve Zprávě o nelegálních drogách v České republice 2022 byl kratom ve výzkumu zahrnut mezi tzv. nové psychoaktivní látky, ale tato kategorie obsahovala i jiné návykové látky. I tak výzkum uvádí užití těchto látek v posledních 12 měsících, které přiznalo 0,1 - 0,4 % obecné populace ve věku 15 – 64 let.

4. ADHD a užívání návykových látek

Hyperaktivní porucha může predikovat užívání návykových látek, protože její symptomy a komorbidní poruchy (úzkost, deprese, emoční labilita) mohou v lidech s ADHD vyvolat potřebu sebemedikace v podobě užití návykové látky. Je to pro ně způsob lepší regulace nálad a zvládání neklidu, úlevy od sociálního tlaku či dosažení potřebné stimulace. Bylo zjištěno, že dospělí s ADHD vykazovali trojnásobně větší riziko vzniku poruch z užívání návykových látek v porovnání s osobami bez ADHD. Prevalence komorbidních poruch souvisejících s užíváním dosahuje u dospělých s ADHD až 50 % (Miovský, 2018). Při pilotní studii z roku 2013 splňovala kritéria diagnózy ADHD více jak polovina klientů (56 %) se závislostní problematikou (Kalina, Rubášová, Miovský, Čablová & Šťastná, 2014). Opačný případ, tedy kolik je uživatelů návykových látek mezi osobami s ADHD, nebyl ani po důkladné rešerši nalezen, relevantní výzkumy na tuto problematiku pravděpodobně chybí. Mezi psychiatricky léčenými pacienty byla zjištěna prevalence 30,9 % uživatelů, kteří uvedli problémy s užíváním v posledním roce. Tento soubor však není specifikován na osoby s ADHD (Miovský, 2018).

Kouření tabáku je fenomén, který se vyskytuje ve větší míře u pacientů s psychiatrickými komorbiditami. ADHD není výjimkou. Tato porucha ovlivňuje užívání tabáku negativním směrem, a to hlavně v oblasti četnosti kouření, míry závislosti a úspěšnosti odvykání. ADHD je považováno za prokazatelný rizikový faktor pro pravidelné kouření. Hlavním důvodem je uváděna sebemedikace s cílem kompenzovat projevy hyperkinetické poruchy (Miovský, 2018). Závislost na alkoholu byla u osob s ADHD zjištěna až 6x vyšší, stejně tak se prokázala častější závislost na internetu a potíže s gamblingem (Cahová et al., 2010). Mezi lety 2017 – 2021 probíhala studie INCAS zkoumající léčebné modality poskytovány pacientům se závislostí na návykových látkách a zároveň s ADHD. Do tohoto projektu bylo zahrnuto 578 osob s ADHD a převažovalo u nich užívání alkoholu, stimulancií, konopí a opioidů (Brynte, Aeschlimann, Barta et al., 2022).

Symptomy ADHD v dospělosti jsou nejenom překážkami v životě osobním, pracovním či sociálním, jak bylo již výše rozebráno, ale představují stěžejní komplikace i v rámci léčby závislého chování, a to převážně v zařízeních rezidenčních. Terapeutické komunity cílí na změny sociální a psychosociální v chování jedince, což pro klienty se sníženými adaptačními mechanismy, sociálními dovednostmi a narušenými kognitivními funkcemi (tedy klienty s ADHD) může být velmi limitující (Miovský, Čablová & Kalina, 2013). U těchto jedinců pak může docházet k předčasnému vypadnutí z programu, k vyššímu počtu neúspěšných léčeb a s tím související frustraci, interpersonálním konfliktům a agresivitě (Čablová, Miovský, Kalina & Šťastná, 2015). Tyto poznatky potvrdila i studie z roku 2014, kde bylo zjištěno, že u klientů terapeutických komunit s ADHD se vyskytují závažnější komplikace v léčbě než u klientů bez ADHD. Tyto

komplikace zahrnovaly oblasti akceptace léčebného programu, chování v rámci kolektivu, plnění úkolů a jiné. Dále studie došla k závěru, že hyperkinetická porucha ovlivňuje začátek i průběh léčby v terapeutické komunitě, a to v negativním směru (Kalina et al., 2014).

5. Výzkum

5.1. Výzkumné cíle

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaká je prevalence užívání návykových látek u osob s diagnostikovaným ADHD. Konkrétně zda dospělé osoby s diagnostikovanou hyperkinetickou poruchou užívají návykové látky, v jaké míře a doplněné motivací, co jim užití dané látky přináší. Sekundární cíl zahrnuje tyto výsledky porovnat s obecnou populací.

5.2. Výzkumné otázky

a) Jaká je prevalence užívání návykových látek u osob s diagnostikovaným ADHD?
b) Jaké látky jsou nejvíce a nejméně užívané v této populaci osob?
c) Co osobám s ADHD přináší užití dané látky? / Jaká je jejich motivace k užití?
d) Jaký je rozdíl v prevalenci užívání návykových látek u specifické skupiny osob s ADHD oproti obecné populaci?

5.3. Metody sběru dat

Pro účely výzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum ve formě online dotazníkového šetření. Vzhledem k tomu, že populace osob s ADHD je poměrně málo prozkoumána, tento výzkum má sloužit jako základní statistická forma zjištění o prevalenci užívání návykových látek, na základě jejíchž výsledků by pak mohl být proveden buď širší kvantitativní výzkum, nebo podrobnější výzkum kvalitativní. Kvantitativní výzkum předpokládá, že předměty zkoumání jsou měřitelné, tříditelné a uspořádatelné. Tímto typem výzkumu lze zkoumat více aspektů u mnoha objektů, je zde možné zobecnění výsledků (při splnění základních kritérií) a výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi (Reichel, 2009).

Dotazník byl vytvořen pomocí platformy Google Forms. Byl rozdělen do 11 sekcí, z toho jedné úvodní, jedné závěrečné a zbytek tvořily konkrétní návykové látky. V úvodu se účastník výzkumu dozvěděl informace o autorovi, byl seznámen s cílem výzkumu, ale také s podmínkami pro vstup. Dále byl informován o zachování anonymity, dobrovolnosti a možnosti kdykoliv odstoupit před odesláním odpovědí. První část dotazníku se tedy zaměřovala na demografické údaje a údaje zaměřené konkrétně na respondenta (např. zda má diagnostikované ADHD). Jelikož diagnóza ADHD byla jedním z výběrových kritérií, pokud respondent odpověděl, že nemá hyperkinetickou poruchu diagnostikovanou, dotazník se mu ukončil a nemohl pokračovat v dalším vyplňování. Dále pokračovaly otázky zaměřené na jednotlivé návykové látky, mezi které byl zařazen alkohol, tabák, léky na spaní, marihuana, pervitin, kokain, heroin, LSD a kratom. Tato část dotazníku byla inspirována Evropským modelovým dotazníkem (EMQ), který byl podle EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) zahrnut do minimálních požadavků pro implementaci průzkumů užívání drog v obecné a školní populaci. EMQ obsahuje minimální

set standardních otázek měřících prevalenci užívání drog v celoživotním, dvanáctiměsíčním a třicetidenním časovém horizontu (Horáková & Mravčík, 2010). V této části byly povinné pouze otázky na celoživotní prevalenci, aby respondent, který látku nikdy v životě neužil, mohl pokračovat na další. Závěr dotazníku se respondenta dotazoval, zda byla nějaká látka opomenuta a co mu užití daných látek přineslo. Na konci se nacházel odkaz pro respondenty s pocitem ohrožení závislostí na tzv. mapu pomoci – seznam míst a kontaktů zabývajících se léčbou, poradenstvím a prevencí v oblasti závislosti v ČR (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti).

Před zahájením sběru dat byla provedena pilotní studie na několika jedincích pro ověření srozumitelnosti a funkčnosti dotazníku, jeho časové náročnosti a struktury. Na základě toho byl dotazník upraven a jejich odpovědi byly před spuštěním výzkumu smazány. Sběr dat probíhal, jak již bylo výše zmíněno, online formou na sociální síti Facebook a Instagram. Data byla sbírána v rámci měsíců prosinec - únor. Na Facebooku byl výzkum sdílen v polootevřených skupinách sdružujících dospělé osoby s ADHD a jejich rodinné příslušníky. Možnost být součástí této komunity musí být schválena správcem skupiny, kterému byl předtím vysvětlen záměr vstupu. O existenci výzkumu s žádostí o jeho zúčastnění bylo osloveno okolo 8 skupin, vstup byl ale povolen jen do 2 z nich. V každém měsíci byl dotazník znovu připomenut a v průběhu výzkumu bylo odpovězeno na všechny dotazy ze stran respondentů. Na sociální síti Instagram byl osloven jeden profil, který vede žena na mateřské dovolené s diagnostikovaným ADHD a má zde vytvořenou komunitu osob s tímto onemocněním. Tento účet umožnil propagaci výzkumu a odkaz na dotazník zveřejnil na svém profilu. Žádost o distribuci dotazníku byla zaslána i do sdružení Nepozorní, odkud žádná reakce s přijetím pomoci nepřišla.

5.4. Metody analýzy dat

Analýza dat proběhla v březnu roku 2023. Z platformy Google Forms byla data stažena do Microsoft Excel a tam proběhla následná analýza pomocí deskriptivně-statistických metod. V průběhu analýzy byly vyřazeny dotazníky, které nesplňovaly základní kritéria pro vstup do výzkumu, což ve všech vyřazených případech bylo nediagnostikované onemocnění ADHD.

5.5. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen dospělými osobami s ADHD. Kritériem pro výběr jedinců byl věk nad 18 let a diagnostikované onemocnění ADHD. Respondenti splňující tato hlavní kritéria byli získáváni na sociálních sítích, a to konkrétně ve skupinách sdružujících osoby s hyperaktivní poruchou. Jednalo se o sociální síť Facebook a Instagram, kde byl tento výzkum zmíněn na profilu s ADHD tématikou. Účastníci výzkumu odesláním odpovědí souhlasili s podmínkami, se kterými byli seznámeni na počátku online dotazníku.

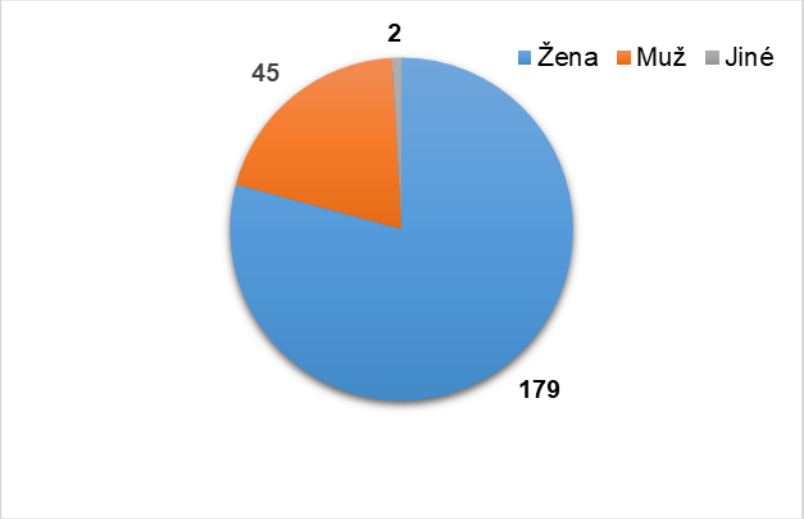
Výběr souboru na základě dobrovolnosti znamená, že autor výzkumu vybere vhodné osoby a je pak na jejich rozhodnutí, zda se stanou součástí zkoumaného vzorku. Podobou výběru založeného na dobrovolnosti je tzv. samovýběr, který je definován způsobem distribuce podnětu (tedy např. dotazníku). Zároveň by se dalo mluvit také o výběru na základě dostupnosti, který se používá v případě, že zkoumáme populaci, o které nemáme bližší údaje či její soupis, proto nezbývá než tuto populaci oslovit přímo na místě (Reichel, 2009). Podobně byl tvořen výzkumný soubor pro tuto studii, tedy bylo nalezeno místo, které sdružuje osoby s ADHD (skupiny na sociálních sítích), do těchto skupin byl dotazník distribuován a členové skupin se mohli sami rozhodnout, zda se zúčastní nebo nikoliv.

Dotazník dokončilo celkem 284 respondentů, z toho kritérium diagnostikovaného onemocnění splnilo pouze 226.

5.5.1. Charakteristika výzkumného souboru

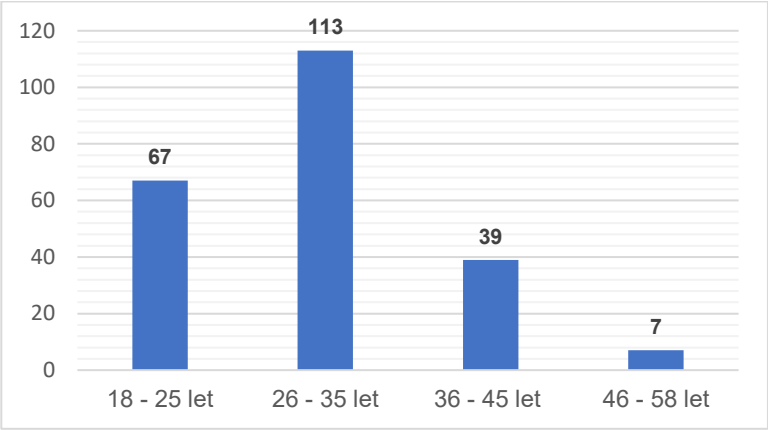
Výzkumný soubor se skládá ze 179 žen (79,2 %) a 45 mužů (19,9 %). Dva respondenti se hlásili k pohlaví z kategorie „jiné“. Toto genderové složení zobrazuje graf č. 1.

Graf 1: Genderové složení výzkumného souboru



Věk respondentů byl dotazován pomocí otevřené otázky. Jak vyplývá z grafu č. 2, tyto hodnoty byly následně rozděleny do jednotlivých kategorií. Největší zastoupení tvoří osoby ve věku 26 až 35 let, a to přesně 50 %. Mladší skupina respondentů ve věku 18 až 25 let je ve vzorku zastoupena z 29,6 % v počtu 67. Jedinců ve věku 36 až 45 let se zúčastnilo 39, tedy 17,3 %. Nejméně početnou skupinou jsou respondenti nad 45 let věku, konkrétně 46 – 58 let. Ti tvoří 3,1 % výzkumného souboru, protože jich bylo pouze 7. Respondenti se svým věkem pohybují v rozmezí od 18 let (nejmladší) po 58 let (nejstarší), průměrný věk výzkumného souboru je přesných 30 let. Modus i medián odpovídá 29.

Graf 2: Věkové zastoupení respondentů

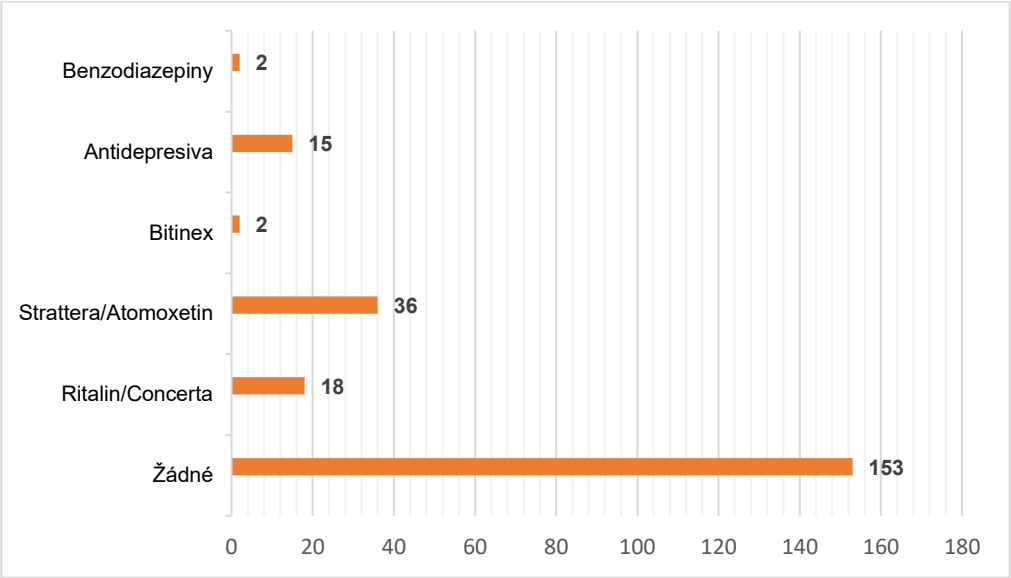


Dle socioekonomického statutu byli respondenti rozděleni do sedmi vzniklých skupin. Nejpočetnější je skupina pracujících, která je tvořena 131 osobami (58 %). 27 jedinců sebe označilo jako podnikatele (11,9 %) a stejný počet respondentů jsou studenti (11,9 %). Dále se výzkumu zúčastnilo 30 osob na mateřské dovolené (13,3 %) a 3 nezaměstnaní jedinci (1,3 %). Zbylé dvě kategorie jsou kombinací předchozích, tedy 1,8 % tvoří pracující studenti a stejný počet 4 respondentů zastupují pracující ženy na mateřské dovolené (1,8 %).

Před vstupem na otázky o jednotlivých návykových látkách byli ještě účastníci výzkumu tázáni, zda mají nějaké předepsané léky na ADHD, popř. jiné. Respondenti uvedli, že žádné léky nemá předepsáno 67,7 % z nich. Další zastoupení vidíme v grafu č. 3. Mezi antidepresivy bylo nejčastěji zmiňováno Trittico, Zoloft, Elontril. Skupinu benzodiazepinů zde tvoří Neurol a Lexaurin. Zástupci z jiné skupiny léků, než je ukázáno v grafu, nebyli v odpovědích uvedeni.

Složení respondentů užívajících Stratteru tvoří 9 mužů a 27 žen, z toho je většina (20 osob) zaměstnaných/pracujících, 8 respondentů tvoří podnikatelé (4 ženy, 4 muži), 4 ženy jsou studentky, 3 na mateřské dovolené a 1 muž je nezaměstnaný. Oproti tomu Ritalin bere 5 mužů a 13 žen. 10 respondentů je zaměstnaných, 1 žena a 1 muž jsou podnikatelé, 4 osoby studují (2 ženy a 2 muži) a 2 ženy jsou na mateřské dovolené.

Graf 3: Předepsané léky



5.6. Etika

Dodržení etických aspektů bylo ve výzkumu zajištěno pomocí několika opatření. Při distribuci výzkumu mezi respondenty byl odkaz na dotazník vždy doplněn doprovodným textem, který vysvětloval, kdo je autor a jaký je účel výzkumu, co se po potencionálních respondentech žádá, jaká jsou jejich práva, a také jaká jsou kritéria vstupu do výzkumu. Po otevření dotazníku se podobný text objevil i tam, hned v úvodu. Zároveň byli respondenti informováni o dobrovolnosti, anonymitě a možnosti z výzkumu kdykoliv odstoupit před odesláním svých odpovědí – odesláním již souhlasili s účastí a se zpracováním dat a následným publikováním souhrnných výsledků. Anonymita byla zajištěna tím, že respondenti nevyplňovali žádné osobní údaje, ani se do dotazníku nepřihlašovali pomocí jejich emailové adresy, takže nemohlo dojít k jejich následné identifikaci. Byla zde také možnost v případě jakýchkoliv dotazů či připomínek kontaktovat autora, na kterého byl kontakt v úvodu přiložen. Výzkum byl schválen Etickou komisí pro posuzování studentských závěrečných prací Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

6. Výsledky

Výsledky jsou členěny podle výzkumných otázek do 4 oddílů. První část je věnována prevalenci užívání návykových látek, která je ještě rozdělena na části podle jednotlivých druhů látek. Druhá část se zabývá prezentací nejvíce a nejméně užívané návykové látky. Třetí oddíl se zaměřuje na motivaci respondentů k užití látky a na to, co jim užití přineslo. Poslední oddíl porovnává rozdíly v prevalenci mezi obecnou populací a specifickou populací dospělých osob s hyperkinetickou poruchou. Výzkumný soubor byl již přiblížen výše v kapitole 5.5.1. Charakteristika výzkumného souboru.

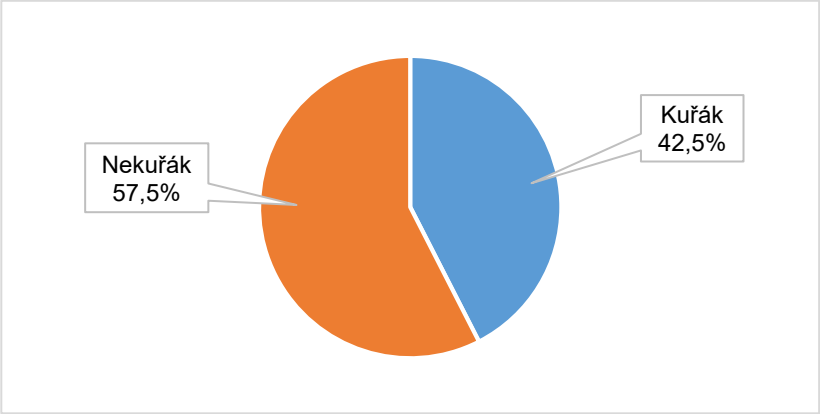
6.1. Prevalence užívání návykových látek ve výzkumném souboru

Na životní zkušenost s návykovou látkou vždy odpovídal celý výzkumný soubor (226), na další otázky týkající se např. ročního nebo měsíčního užití odpovídal již soubor respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli zkušenost/abúzus dané látky. Proto procenta nevychází vždy ze základu 226 respondentů. V textu následujících podkapitol je na tuto skutečnost též upozorňováno. V další kapitole je poté porovnána prevalence přepočítaná již na celý vzorek respondentů s ADHD.

6.1.1. Tabák

První dotazovanou látkou byl tabák, tedy výskyt kouření ať už cigaret, doutníků, dýmek či jiných nikotinových výrobků ve výzkumném souboru. Z 226 respondentů v minulosti kouřilo 74,3 % respondentů (168) oproti 25,7 % (58). Současnou situaci zobrazuje graf č. 4, ve kterém je patrné, že nyní kouří méně jak polovina 42,5 % (96) účastníků výzkumu, zatímco nekuřáků je zde 57,5 % (130).

Graf 4: Prevalence kouření v současnosti

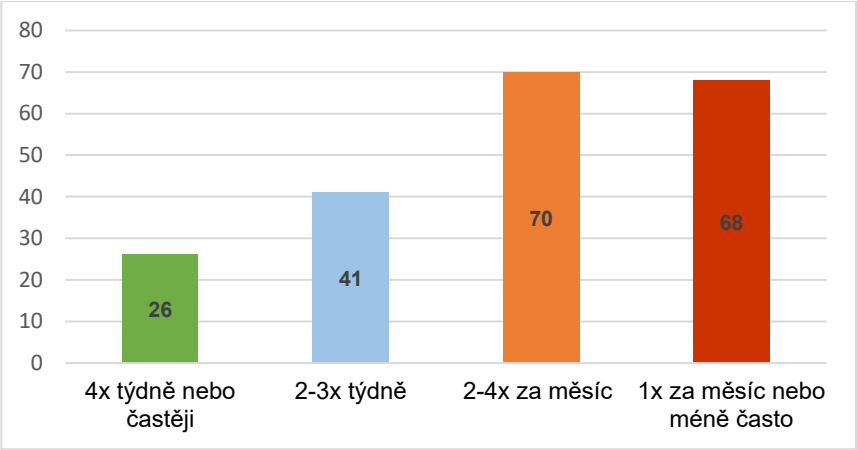


6.1.2. Alkohol

V posledních 12 měsících užilo alkoholický nápoj 90,7 % (205 respondentů s hyperkinetickou poruchou), 9,3 % (což odpovídá 21 jedincům) alkohol neužilo. 205

respondentů se zkušeností s alkoholem v posledním roce pokračovalo v odpovídání na další otázky v této sekci. Četnost pití alkoholu v přepočtu na osoby poskytuje graf č. 5.

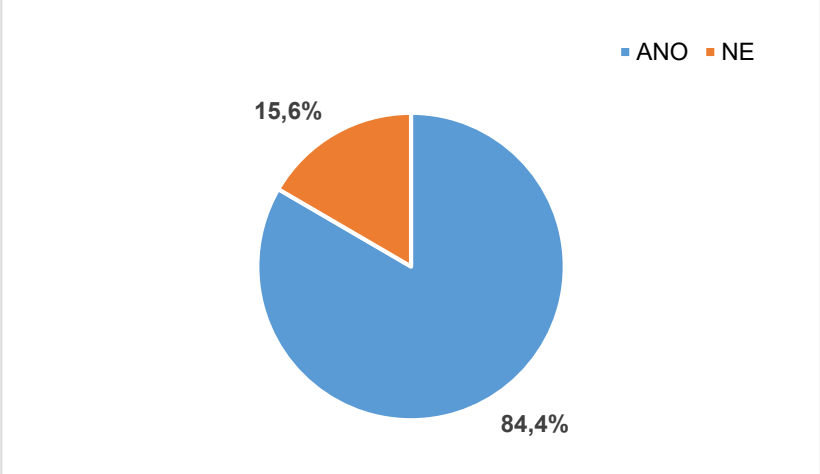
Graf 5: Četnost užívání alkoholu v posledních 12 měsících



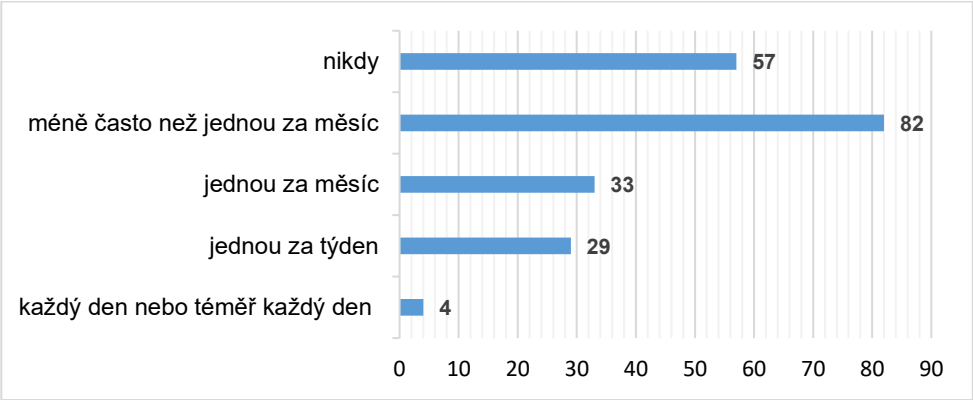
V průběhu posledních 30 dnů pilo alkohol 84,4 % (173) jedinců ze vzorku s abúzem v posledních 12 měsících, 15,6 % (32) uvedlo, že žádný alkohol v tomto časovém rozmezí nemělo, viz graf č. 6. V posledních 30 dnech užilo alkoholický nápoj méně často než jednou týdně 79 respondentů, což tvoří 45,7 % ze vzorku 173 jedinců, nejméně jednou týdně pilo 42 respondentů a několikrát týdně pilo 40 respondentů. Frekvence pití každý den nebo téměř každý den se týká 12 jedinců, což odpovídá 6,9 % rizikovým uživatelům.

Poslední otázka v sekci alkoholu se ptala na četnost vypití 6 nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti. Tyto odpovědi zaznamenává graf č. 7, na otázku odpovídalo 205 jedinců pijících alkohol v posledním roce. V přepočtu na celý výzkumný soubor se tzv. nárazové pití každý den nebo téměř každý den týká 1,8 % respondentů, jednou za týden toto riziko podstupuje 12,8 % dospělých a jednou za měsíc 14,6 % dospělých s ADHD.

Graf 6: Prevalence užití alkoholu v posledních 30 dnech



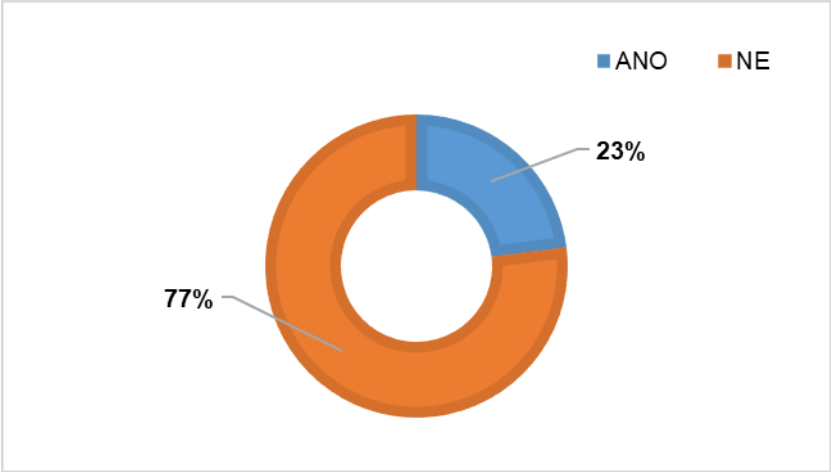
Graf 7: Četnost vypití 6 nebo více sklenic alkoholu při jedné příležitosti



6.1.3. Léky na spaní

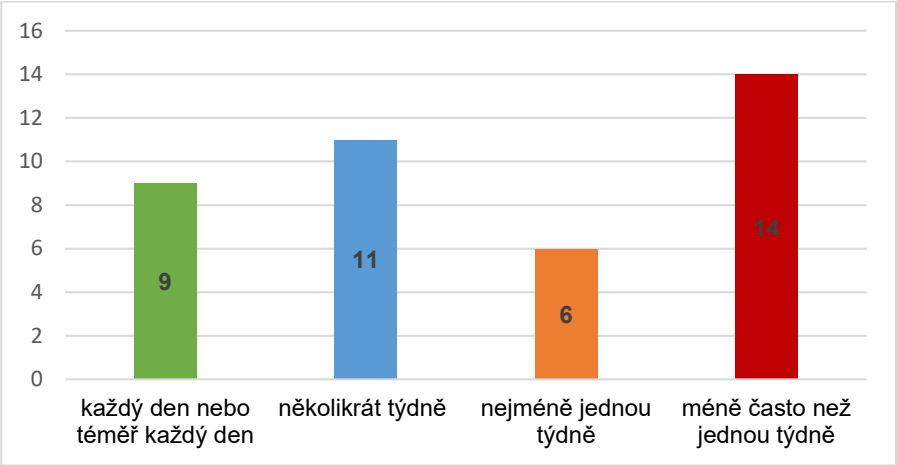
Sedativa v posledních 12 měsících užilo 52 osob, 174 v dotazníku uvedlo, že nikoliv. Tento fenomén zobrazuje graf č. 8. Na četnost užívání léků na spaní v posledním roce mělo dle pokynů odpovědět pouze 52 respondentů, proto 18 osob uvedlo, že sedativa užívá jednou za měsíc nebo méně často, 12 jedinců 2-4x za měsíc a 9 osob 2-3x týdně. 13 respondentů se zařadilo do kategorie užívání 4x týdně nebo častěji.

Graf 8: Prevalence užívání sedativ v posledních 12 měsících

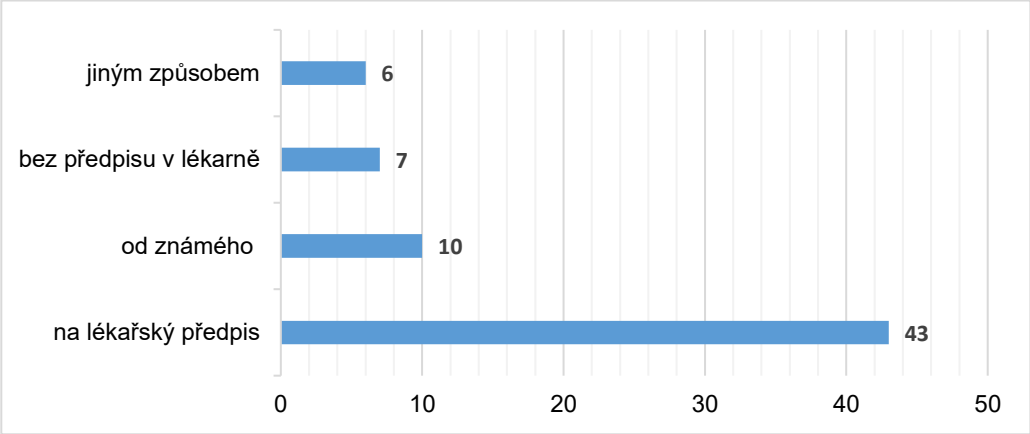


V posledních 30 dnech mělo 40 osob s diagnostikovaným ADHD léky na spaní. Graf č. 9 popisuje četnost užití těchto respondentů v posledním měsíci. 35 % z 40 respondentů tvoří skupina osob užívající léky méně často než jednou týdně, 15 % jsou jedinci užívající nejméně jednou týdně, 27,5 % několikrát týdně a 22,5 % jsou osoby usínající pod vlivem sedativ téměř každý den nebo každý den. Celkem 66 respodentů bylo ochotných vyplnit, jakým způsobem léky na spaní získavají/získavali, což vidíme v grafu č. 10.

Graf 9: Četnost užití sedativ v posledních 30 dnech



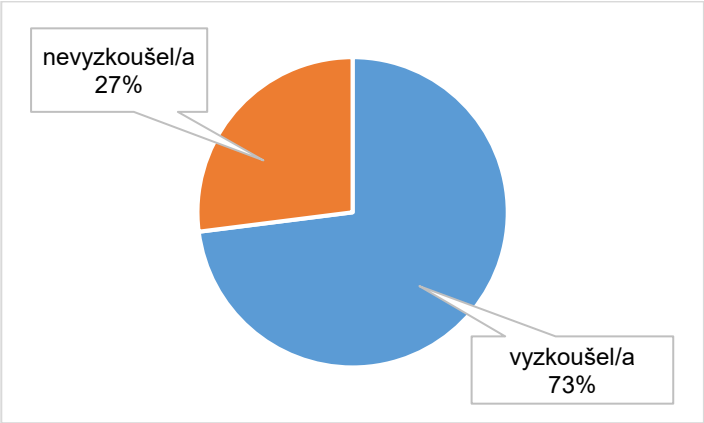
Graf 10: Způsob získávání sedativ



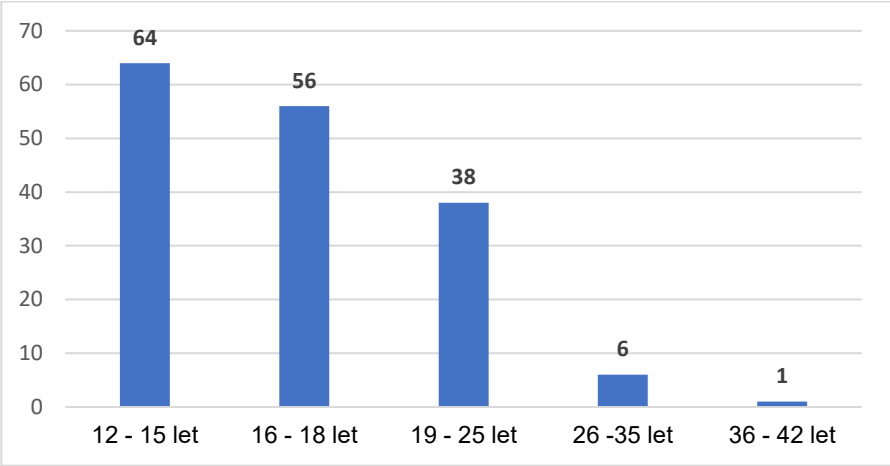
6.1.4. Marihuana

Životní zkušenost s užitím marihuany má 165 respondentů, 61 uvedlo, že ji nikdy nevyzkoušelo, viz graf č. 11. Následující graf (č. 12) zobrazuje, v jakém věku respondenti marihuanu vyzkoušeli poprvé (tento graf tedy vychází z celku 165 osob se zkušeností s užitím). Nejpočetnější je věkové rozmezí 12 – 15 let (64), mezi 16 – 18 lety první zkušenost uvedlo 56 jedinců, v 19 – 25 letech se marihuanou poprvé intoxikovalo 38 osob. Zbylých 6 osob se nacházelo v rozmezí 26 – 35 let, jednomu respondentovi bylo v té době 42 let. Průměrný věk prvního užití je 16,8 let. Věkové kategorie byly vytvořeny až při vyhodnocování odpovědí, otázka byla otevřená.

Graf 11: Životní prevalence užití marihuany

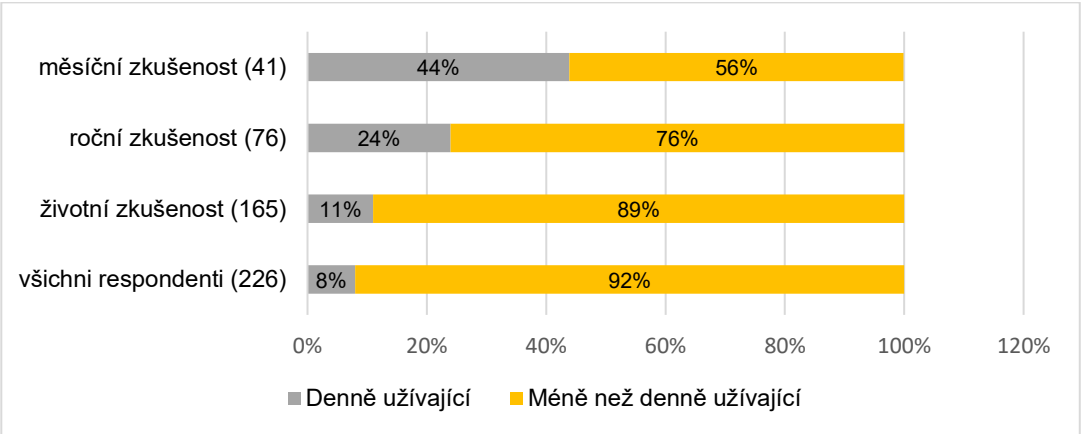


Graf 12: První zkušenost s užitím marihuany



V posledních 12 měsících užilo marihuanu z celku 165 jedinců s životní prevalencí 76 respondentů (46 %), zatímco 89 ji neužilo (54 %). Těchto 46 % poté uvedlo, že v posledních 30 dnech mělo marihuanu 41 z nich (53,9 %), a to 18 jedinců každý den nebo téměř každý den, 8 několikrát týdně, 6 nejméně jednou týdně a 9 méně často než jednou týdně. Graf č. 13 ukazuje, že denně užívající (18 jedinců) tvoří 8 % všech respondentů. Z těch, kteří marihuanu užili v posledních 30 dnech, denně užívající tvoří 44 %.

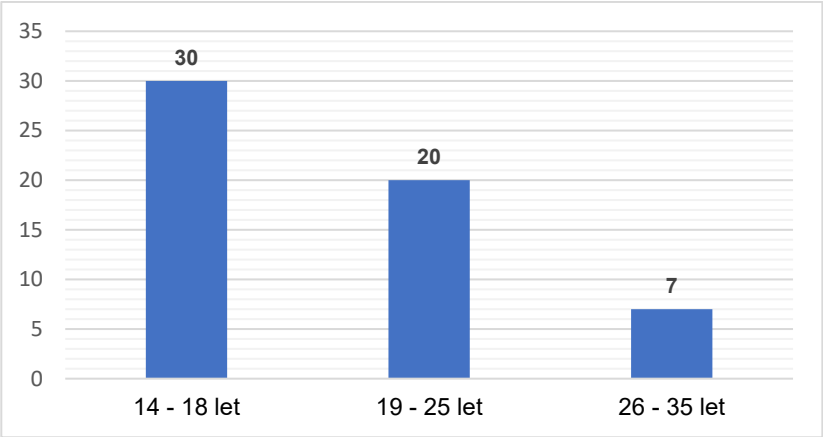
Graf 13: Zastoupení jedinců denně užívajících marihuanu



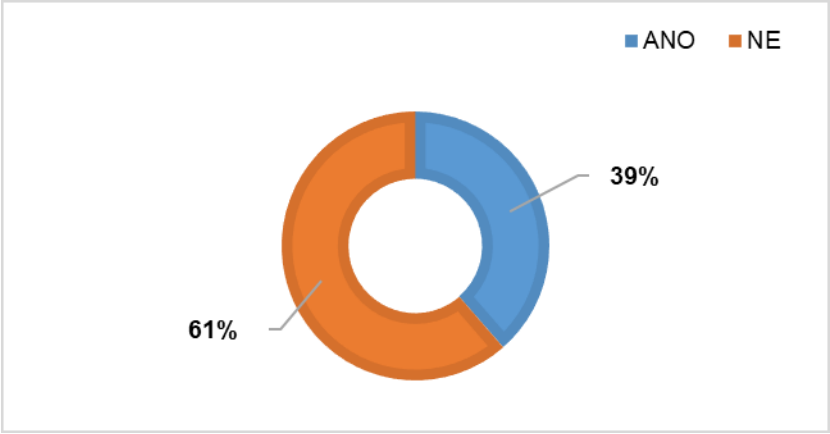
6.1.5. Pervitin

Z výzkumného souboru vyzkoušelo během svého života pervitin celkem 25,2 % respondentů, tedy 57, zatímco 74,8 % ho nikdy nezkusilo, což odpovídá 169 osobám. Prvotní zkušenost s tímto stimulantem získala většina ve věku 14 – 18 let, celkem se jednalo o 30 osob, v 19 – 25 letech ho vyzkoušelo 20 z nich, zbylých 7 ho poprvé mělo v rozmezí 26 – 35 let (viz graf č. 14). Průměrný věk první zkušenosti s pervitinem je 18,4 let. Tato otázka byla v dotazníku otevřená, věkové kategorie vznikly až na základě jednotlivých odpovědí. Mezi respondenty s životní zkušeností se přihlásilo 22 z nich k tomu, že měli pervitin v posledních 12 měsících - roční prevalenci ukazuje graf č. 15. Měsíční prevalence se týká 15 respondentů ve smyslu, že užili pervitin (většina méně často než jednou týdně) a 7, kteří ho neužili.

Graf 14: První zkušenost s užitím pervitinu



Graf 15: Prevalence užití pervitinu v posledních 12 měsících

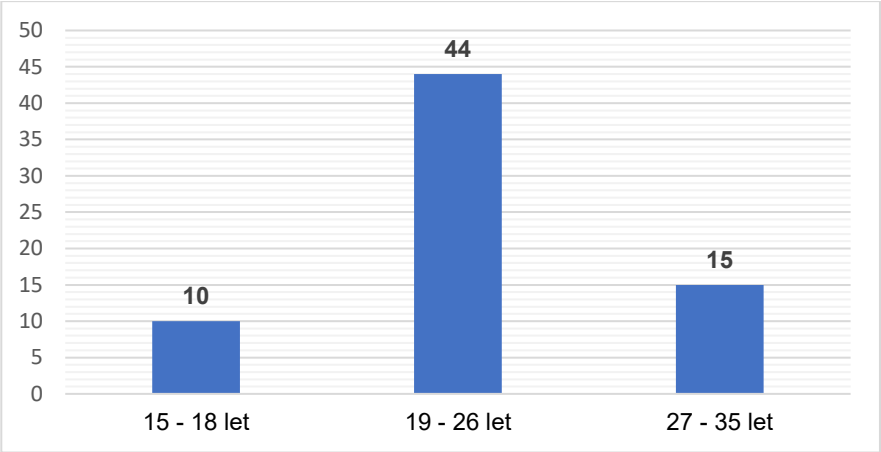


6.1.6. Kokain

Životní zkušenost s kokainem má 30,5 % výzkumného souboru (69), zbývajících 69,5 % (157) tuto látku nikdy nemělo. Převažující věk, ve kterém respondenti měli kokain poprvé, byl 19 – 26 let. V tomto období kokain poprvé užilo 44 jedinců. Věkové kategorie

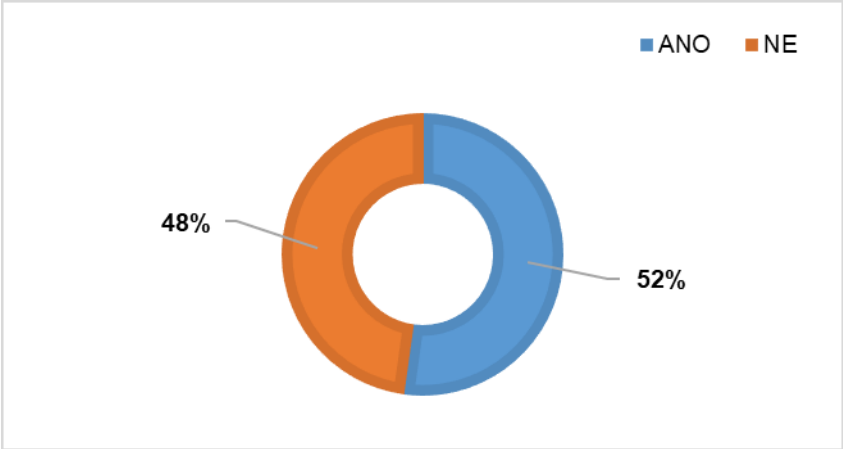
uvádí graf č. 16. Průměrný věk prvního užití kokainu je 22 let. Tato otázka byla v dotazníku otevřená, věkové kategorie vznikly až na základě jednotlivých odpovědí.

Graf 16: První zkušenost s užitím kokainu



V posledních 12 měsících kokain mělo 52,2 % respondentů s životní zkušeností (36) oproti 47,8 % (33), graficky znázorněno v grafu č. 17. Zároveň v posledních 30 dnech užilo kokain 22 respondentů (12 z nich méně často než jednou týdně, 7 jednou týdně, 2 několikrát týdně, 1 denně), 14 nikoliv.

Graf 17: Prevalence užití kokainu v posledních 12 měsících



6.1.7. Heroin

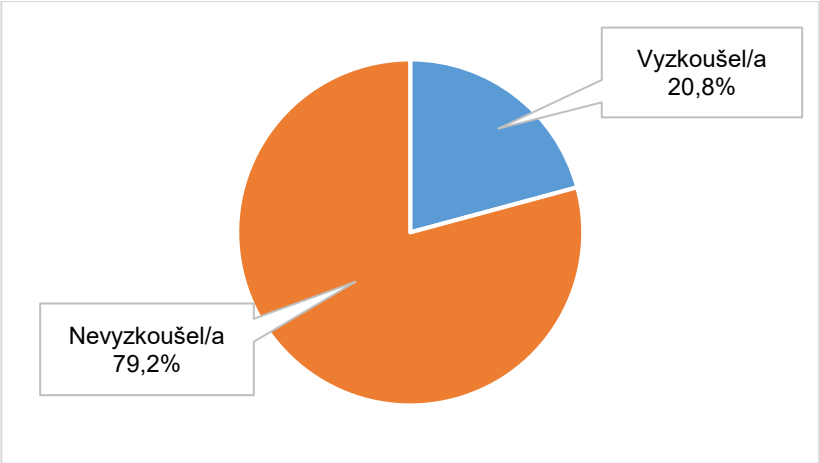
Tlumivou látku heroin ve svém životě vyzkoušeli jen 2 respondenti (0,9 %) z výzkumného souboru 226 osob. V posledních 12 měsících a 30 dnech tuto látku žádný respondent neužil.

6.1.8. LSD

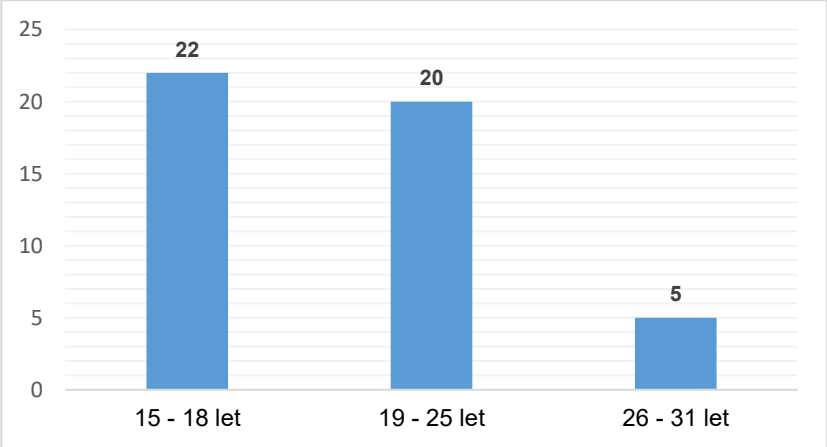
Celkem 47 (20,8 %) respondentů ve svém životě vyzkoušelo látku zvanou LSD, 179 (79,2 %) respondentů tuto zkušenost nemá. Životní prevalenci užití LSD zobrazuje graf

č. 18. Následující graf č. 19 ukazuje, kdy došlo k prvnímu užití LSD, na tuto otázku odpovědělo celkem 47 osob v otevřené otázce, průměrný věk je 20 let.

Graf 18: Životní prevalence užití LSD



Graf 19: První zkušenost s užitím LSD

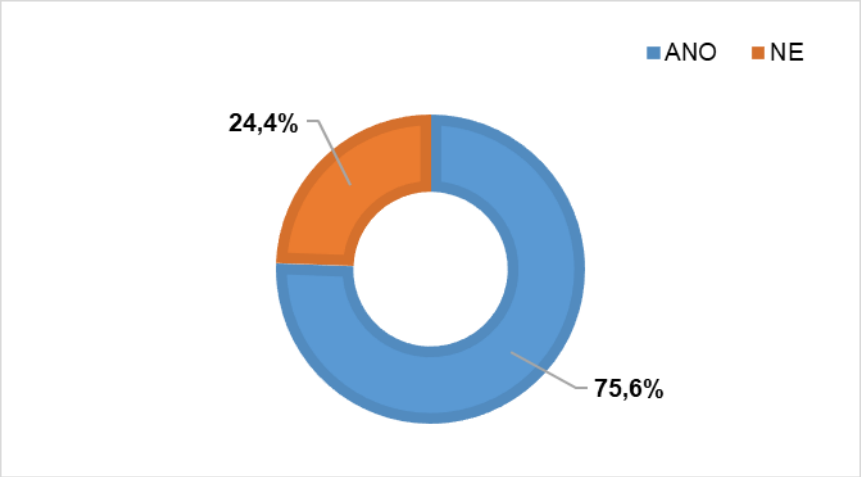


Z respondentů se zkušeností následně užilo LSD v posledních 12 měsících 10 z nich, což z tohoto celku tvoří 21,3 %, neužilo ho 37 osob, tedy 78,7 %. V posledních 30 dnech se užití LSD týká 3 respondentů, a to méně často než jednou týdně.

6.1.9. Kratom

Kratom ve svém životě vyzkoušelo 20 % respondentů (45), zbylých 80 % (181) s ním nemá zkušenost. V posledních 12 měsících mělo kratom 34 jedinců, což činí 75,6 % oproti tomu 11 (24,4 %) jich v posledním roce kratom nemělo (viz graf č. 20). Tento soubor pak odpovídal na užití v posledních 30 dnech, kde 16 respondentů uvedlo, že kratom mělo, 18 jedinců v tomto časovém rozmezí nikoliv. Frekvence užití v posledním měsíci odpovídá 3 osobám, které užili kratom každý den nebo téměř každý den, 1 osoba několikrát týdně, stejně tak 1 osoba nejméně jednou týdně. Zbytek, tedy 11 respondentů, označilo frekvenci méně často než jednou týdně.

Graf 20: Prevalence užití kratomu v posledních 12 měsících



6.1.10. Další návykové látky

V poslední otázce tohoto tématu byli respondenti tázáni, zda je ještě nějaká látka, která v dotazníku nebyla, a oni ji užili v posledních 12 měsících. Tabulka č. 1 níže nám ukazuje zmíněné látky s počtem respondentů, kteří je napsali. Tato otázka byla dobrovolná.

Tabulka 1: Jiné návykové látky užité v posledních 12 měsících

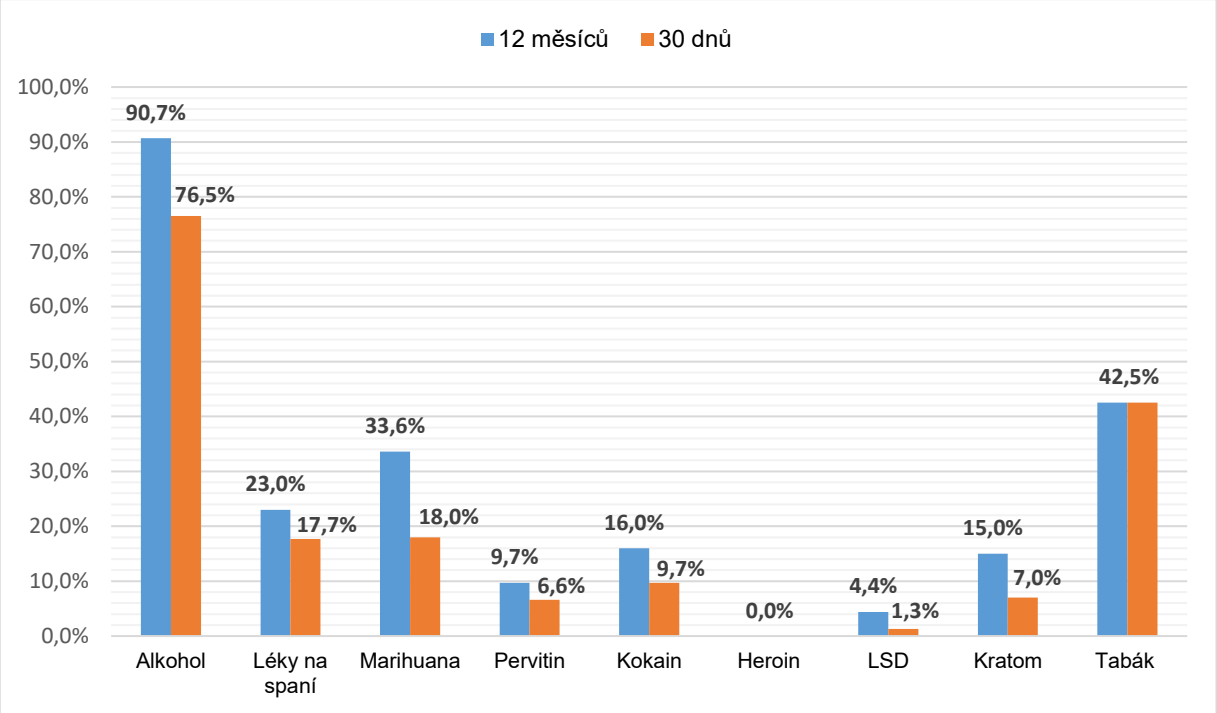
Látka	Počet respondentů
Kofein	11
Melatonin	1
Lexaurin	3
MDMA	6
Psilocybin	5
Testosteron	1
Neurol	2
Ketamin	1
Cukr/Jídlo	7

6.2. Nejvíce a nejméně užívané látky ve výzkumném souboru

Na základě výsledků byl vytvořen graf (č. 21), kde je hodnota užívajících respondentů vždy přepočítána na celý výzkumný soubor, tedy na 226 jedinců. Modrá barva porovnává užívání návykových látek v posledních 12 měsících. Je evidentní, že nejvíce užívanou látkou v tomto časovém horizontu je alkohol, na druhém místě se nachází marihuana. Naopak nejméně je v zastoupení heroin, který nebyl užit vůbec a následuje ho LSD. Oranžová barva zobrazuje užití v posledních 30 dnech. Nejvíce užívanou látkou v posledním měsíci je alkohol a marihuana podobně s léky na spaní. Nejméně zastoupený

je heroin s 0 % užití, následován LSD s 1 %. Tabák má v grafu stejnou hodnotu v roční i měsíční prevalenci, a to z důvodu, že z dotazníku pracuje pouze s údajem nynějších kuřáků a nekuřáků. S touto hodnotou by pak zastával druhé místo nejvíce užívané návykové látky v obou časových intervalech.

Graf 21: Prevalence užití návykových látek v posledních 12 měsících a 30 dnech



6.3. Účinky návykových látek

Na konci dotazníku měli respondenti možnost odpovědět, co jim užití návykové látky přineslo. Tyto stavy intoxikace mohou poté sloužit jako motivace k dalšímu užití návykové látky. Otázka nebyla povinná a byla otevřená. Jednotlivé odpovědi byly zanalyzovány a rozděleny do kategorií dle společné tématiky. Následující tabulka č. 2 zobrazuje nejčastější odpovědí i s počtem respondentů. Pod tabulkou jsou některé konkrétní odpovědi přímo citovány.

Tabulka 2: Účinky návykové látky po jejím užití

Účinek látky	Počet respondentů
Uklidnění, úleva, mentální pohoda	45
Zmírnění projevů ADHD, lepší soustředění	11
Náhled na svět, propojení s okolím	7
Produktivita, energie	5
Sebejistota, odhodlání, socializace	6
Zábava	7
Lepší spánek	8
Nic	4
Kocovina	2
Negativní psychické stavy (mánie, ataky, paranoia, úzkost)	7

Příklady konkrétních odpovědí:

Uklidnění, úleva

R1: *„Alkohol mě ulevuje od úzkostných stavů.“*
R2: *„Marihuana mi přináší klid v myšlenkách, tolik mi nejede mozek a když už přemýšlím nad nějakým problémem, tak to tolik nedramatizuju.“*
R3: *„Díky kouření marihuany se cítím vice v klidu + dokážu mnohem lepe usnout.“*
R4: *„Duševní klid, jako kdybych se dokázala se konečně zastavit a uvolnit se. Zmizel pocit úzkosti.“*

Lepší soustředění

R5: *„Pervitin užívám pouze čistý. Dodržuji mnou nastavená pravidla. Prvním je max dávka 30mg. Druhým za den max 3 dávky. Třetím nikdy večer a na noc, aby nebyl narušený spánek. Samozřejmě ve výjimečných případech pravidlo večer poruším, když jdeme s přítelem pít, ale vzhledem k tomu, že mám 3,5 leté dítě, příležitostí je max pár do roka. Užívám jej, protože mi dokáže navodit hyperfocus na práci. Jsem osvč a pracují z domova. Marihuanu užívám večer před spaním. Ta mi pomáhá vyčistit hlavu. Normálně mám totiž otočený cyklus. Dopoledne jsem unavená, mozková mlha, v 12h se začínám rozkoukávat a od 17h mi to myslí. Takže v 22h mi jede hlava na plné obrátky, nemusím nad věcmi přemýšlet, hlava sama vytváří veškeré spojitosti a návaznosti k věcem na které*

pomyslil. Hlavně si vzpomenu na vše, co není hotové a co jsem zkazila a s tím se nedá usnout. Proto využívám návykové látky k násilnému přetočení tohoto cyklu.“
R6: *„Vše pokaždé úplně něco jiného. Tabák a marihuana je společenská záležitost. Kokain -> poměrně specifický až neuvěřitelně návykový, jelikož přes mé ADHD jsem se dokázal pořádně soustředit a vnímat pouze dané věci, které jsem si sám vybral (obrazně řečeno: místo rozsypaných lentilek v hlavě, byly všechny lentilky uspořádané v koncích dle bary, takže jsem dokázal soustředit na cokoliv).“*
R7: *„Kouření - zmírnění projevů ADHD*“
R8: *„Nikotin – pocit soustředění“*

Socializace

R9: *„Jako lék, alkohol jsem užila asi 2x tento rok venku s lidma, za účelem se socializovat ne za účelem potěšení z alkoholu.“*

Lepší spánek

R10: *„Marihuana - zlepšení spánku, míň úzkosti.“*
R11: *„Lepší kvalitu spánku. Zkrácení doby usínání.“*

Negativní psychické stavy

R12: *„Panické úzkostné ataky – metamfetamin“*
R13: *„Hašiš: jedna zkušenost, naprosto hrozná, paranoia, agresivita, útěk pryč do lesa, druhý den jsem si většinu nepamatovala (jen útržky, několik flashbacku).“*

6.4. Porovnání s obecnou populací

Porovnání výsledků tohoto výzkumu s výzkumy, které se zaměřují na obecnou populaci, nebude plnohodnotně relevantní, a to z několika důvodů. Jednak výzkumy na obecné populaci vychází z velkého výzkumného souboru, ale také když se podíváme na výroční a souhrnné zprávy od Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti, tak zjistíme, že populace je zde rozdělena podle věku na skupinu 15 let+, mladí dospělí (15 – 34 let) a věková skupina 15 – 64 let. Výzkumný soubor této práce je dospělá populace od 18 let věku výše. Nejstarší respondenti tohoto výzkumu uvedli věk 58 let, proto v této kapitole budou výsledky srovnány s věkovou kategorií 15 – 64 let. Je tedy potřeba brát v potaz, že osoby věku 15 – 17 let nejsou mezi dospělými respondenty s diagnostikovaným onemocněním ADHD zahrnuty. Následné porovnání proto může být z části zkreslené.

Porovnání zaznamenává tabulka č. 3. Údaje o obecné populaci konkrétně vychází ze Zprávy o nelegálních drogách v České republice 2022, Souhrnné zprávy o závislostech v České republice 2021 (Chomynová et al., 2022) a ze Zprávy o alkoholu v České republice 2021 (Mravčík et al., 2021). Tyto prevalenční hodnoty jsou také již popsány v kapitole 3 – Návykové látky a jejich účinky. V tabulce jsou žlutě vyznačeny jediné dvě hodnoty, kde

respondenti s diagnostikovaným ADHD vykazovali nižší prevalenční hodnoty než obecná populace – jedná se o životní zkušenost s heroinem a denní pití alkoholu.

Tabulka 3: Porovnání užívání návykových látek s obecnou populací

Látka	Osoby s ADHD	Obecná populace
Konopné látky		
posledních 12 měsíců	33,6 %	8,1 - 12,3 %
posledních 30 dnů	18,0 %	2,8 - 4 %
Pervitin		
posledních 12 měsíců	9,7 %	0,3 - 0,7 %
posledních 30 dnů	6,6 %	0,3 %
Kokain		
posledních 12 měsíců	16,0 %	0,2 - 0,4 %
posledních 30 dnů	9,7 %	0,1 %
Kratom		
posledních 12 měsíců	15,0 %	0,1 - 0,4 %
Heroin		
životní zkušenost	0,9 %	0,6 - 1,8 %
LSD		
posledních 12 měsíců	4,4 %	0,1 - 0,5 %
posledních 30 dnů	1,3 %	0,2%
Tabák		
kuřáci	42,5 %	30 - 34 %
Alkohol		
posledních 12 měsíců	90,7 %	80,1 %
posledních 30 dnů	76,5 %	69,0 %
denní pití	5,3 %	10,0 %

7. Diskuze a závěr

Tato práce se zaměřovala na zmapování užívání návykových látek u dospělých osob s diagnostikovaným ADHD a následné porovnání výsledků s obecnou populací. Také bylo cílem zjistit, jaká je možná motivace k užívání látek v této specifické skupině. I když o motivaci k užití a přínosu účinků návykových látek v souvislosti s projevy ADHD se něco předpokládá, o prevalenci užívání jednotlivých látek se toho neví dostatek a výzkumy v této populaci chybí. Teoretická část představila krátké shrnutí o poruše pozornosti s hyperaktivitou, účincích návykových látek a popsala dosud prokázané souvislosti mezi ADHD a sklonem k možnému nadužívání těchto látek. Praktická část měla za cíl popsat zrealizovaný výzkum (cíle, metodiku, výsledky), kterého se zúčastnilo 226 osob s diagnostikovaným ADHD. Následně byla data získaná z online dotazníkového šetření představena.

Z výzkumu vyplynulo, že ve výzkumném souboru tvořeným 226 dospělými osobami s diagnostikovaným ADHD má z nelegálních látek největší 12 měsíční prevalenci marihuana (33,6 %), kokain (16 %) a kratom (15 %). Za posledních 30 dnů byly tyto látky také na prvních třech příčkách v četnosti užití, a to konkrétně marihuanu mělo 18 % respondentů, kokain 9,7 % a kratom 7 % dospělých. Necelých 10 % respondentů mělo pervitin v posledním roce. Ani legální látky nebyly bez povšimnutí užívány. Alkohol pilo 90,7 % jedinců v posledních 12 měsících, 76,5 % v posledních 30 dnech. Léky na spaní užilo 23 % účastníků studie za poslední rok, 17,7 % za poslední měsíc. Necelá polovina respondentů (42,5 %) uvedla, že jsou kuřáci. Oproti tomu užívání heroinu se v populaci osob s hyperkinetickou poruchou prokázalo velmi minimálně.

Z Výročních zpráv (Chomynnová et al., 2022), rozebraných v předešlých kapitolách, vychází, že prevalence užívání marihuany je v populaci osob s ADHD výrazně vyšší než v obecné populaci, a to v ročním (34 % vs. 8 – 12 %) i měsíčním (18% vs. 2,8 – 4 %) časovém horizontu. Podobně tomu tak je i u pervitinu a kokainu, u kterých tato studie zaznamenala také mnohem vyšší prevalenci než v obecné populaci. Kratom ve Výročních zprávách není konkrétně zkoumán, ale je zahrnutý do skupiny tzv. nových psychoaktivních látek. Koutenská (2022) ve své studii o užívání kratomu u studentů na pražských vysokých školách zjistila, že v posledním roce užilo kratom 9 % výzkumného souboru (tvořen 1 496 studenty), v posledním měsíci měla zkušenost s kratomem 4 % studentů. Schimmel a kolegové (2020) ve Spojených státech odhadli prevalenci užití kratomu na 0,8 % dospělých. Je zde ale důležité zmínit, že výzkumný soubor v USA byl tvořen opravdu velkým množstvím respondentů. Mezi dospělými s ADHD bylo užití kratomu v posledním roce zastoupeno počtem 15 % respondentů a 7 % dospělých v posledních 30 dnech. Pití alkoholu srovnané se Zprávou o alkoholu v České republice 2021 (Mravčík et al., 2021) ukazuje, že specifická populace s ADHD uvedla nižší denní konzumaci alkoholu (5,3 % respondentů oproti 10 % obecné populaci), vyšší konzumaci

v posledních 12 měsících i 30 dnech. Limity tohoto srovnání jsou objasněny již v poslední kapitole. Také bylo zjištěno, že tzv. nárazové pití (vypití 6 a více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti) se každý den nebo téměř každý den týká 1,8 % respondentů, jednou za týden toto riziko podstupuje 12,8 % dospělých a jednou za měsíc 14,6 % dospělých s ADHD. Kromě již zmíněných látek se také projevilo, že respondenti možná vnímají konzumování kofeinu, jídla a cukru za časté/nadměrné.

Hoffmannová (2021) ve své práci uvádí, že průměrný věk prvního užití pervitinu v populaci osob s ADHD je 18,3 let, mezi respondenty této studie byl zjištěn průměrný věk 18,4 let. I přes to, že tento výzkum tvořil početnější výzkumný soubor, průměrné věky jsou téměř totožné. Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021 (Chomynová et al., 2022) uvádí průměrný věk první zkušenosti s konopnými látkami 14,5 let, mezi osobami s ADHD vyšel věk 16,8 let. Nejčastější stavy, které po užití látek respondenti pociťují, jsou uklidnění, úleva, zmírnění projevů hyperkinetické poruchy, lepší soustředění a také lepší spánek. Tyto pocity byly často dávány do souvislosti s marihuanou, alkoholem a tabákem.

Důležité je zmínit užívání léku na spaní, které ve studii ukázalo, že v posledních 30 dnech mělo léky na spaní 17,7 % respondentů, a to 4 % výzkumného souboru každý den nebo téměř každý den, 4,9 % několikrát týdně. 10 % jedinců tyto léky získává jinak než na lékařský předpis.

Tato bakalářská práce má své limity, které by se neměly přehlédnout. Respondenti nebyli vybíráni zcela náhodně, protože se jednalo již o členy určitých skupin na sociálních sítích. Sběr dat přes sociální sítě může způsobit, že jsou vynechány populační skupiny nižšího ekonomického statutu. Také získaný vzorek není dostatečně velký a věkové i pohlavní rozložení respondentů není vyvážené, proto nemůžeme výsledky zcela zobecnit. Zároveň byl dotazník pouze screeningový, zjišťující prevalence užívání jen některých návykových látek, nezkoumal konkrétní faktory a souvislosti, proto z něj nelze dělat závěry o možných závislostech. Ze stran respondentů byl z počátku zaznamenán velký zájem o výsledky studie, ke konci se objevilo pár jedinců, kteří dali najevo negativní ohlas na tuto práci - citace: *„Děláte ze mne drogově závislého a to mi vadí“* nebo *„Otázky jsou položeny jako by amfetaminy byly zlo. Nejsou.“*. Jedna respondentka poté uvedla, že si přeje, aby takovéto výzkumy a výzkumníci už vůbec nebyli, protože to dělá z ADHD osob „*fetky“*, a rozvíjí to nepravdivé informace ve společnosti. I přes snahu jakékoliv slušné, podložené diskuze, to nevedlo ke změně jejich pohledu na věc. Tyto reakce lze také použít jako součást výzkumu a zapřemýšlet nad důvodem jejich vzniku, ale také nad možným limitem práce, který se pak mohl odrazit na pravdivosti jednotlivých odpovědí. Vzhledem k dotazníku by pro další výzkum bylo lepší všechny otázky vést jako povinné.

Výsledky této práce mohou sloužit jako podklad pro další rozsáhlejší studie. Zároveň nám nabízí možná i nové souhrnné informace o užívání návykových látek mezi osobami s diagnostikovaným ADHD v České republice, které by mohly být dále rozpracovány a využity v informovanosti a prevenci zaměřené nejenom na tuto specifickou populaci. Další výzkum může být rozšířen o další látky, a to nejenom ty nelegální, anebo se muže zúžit pouze na konkrétní nejvíce užívané návykové látky a zjišťovat vzorce tohoto užití. Mimo jiné se budoucí studie mohou soustředit na osoby s ADHD mladší 18 let. Během studie byl zaznamenán vysoký zájem o tuto problematiku ze stran respondentů, a to i těch, kteří ADHD nemají diagnostikované, tedy nejsou součástí tohoto výzkumu. V rámci toho by bylo určitě na místě zvýšit osvětu v této populaci, mluvit nejenom o rizicích, ale také o nabídce pomoci a o méně škodlivých alternativách zvládání hyperaktivní poruchy než pomocí návykových látek.

Seznam použité literatury

Anders, M. (2018). ADHD až v 75 procentech přetrvává do dospělosti. *Medical tribune*, *14*(9). Dostupné z: http://www.tribune.cz/tituly/mtr

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.

Brynte, C., Aeschlimann, M., Barta, C., Begeman, A. H. A., Bäcker, A., Crunelle, C. L., Daigre, C., De Fuentes-Merillas, L., Demetrovics, Z., Dom, G., Grau-López, L., Icick, R., Johnson, B., Joostens, P., Kapitány-Fövény, M., Karsinti, E., Konstentius, M., Levin, F. R., Luderer, M., … Franck, J. (2022). The clinical course of comorbid substance use disorder and attention deficit/hyperactivity disorder: protocol and clinical characteristics of the INCAS study. *BMC Psychiatry* 22, 625. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04259-6

Cahová, P., Pejčochová, J., & Ošlejšková, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dětském věku: klinický obraz, etiopatogeneze, diagnostika a terapeutické postupy. *Neurologie pro praxi*, *11*(Suppl. B), 11.

Cahová, P., Pejčochová, J., & Ošlejšková, H. (2011). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidity. *Neurologie pro praxi*, *12* (Suppl. E).

Comorbidity. (2022, September 15). National Institute on Drug Abuse. Dostupné z: https://nida.nih.gov/research-topics/comorbidity

Čablová, L., Miovský, M., Kalina, K., & Šťastná, L. (2015). Význam diferenciální diagnostiky poruch osobnosti u pacientů s ADHD v léčbě závislostí. *Česká a slovenská psychiatrie*, *111*(2), 99-107. http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2015_2_99_107.pdf

Čeledová, L. (2018). ADHD. *Informace pro lékařské praxe*, *20*(6), 38-40. Dostupné z: http://www.infolekar.cz/_object?id=46

Černá, M. (1999). *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum.

Drtílková, I., & Šerý, O. (2007). *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Praha: Galén.

Gilger, J. W., Pennington, B. F., & DeFries, J. C. (1992). A twin study of the etiology of comorbidity: attention-deficit hyperactivity disorder and dyslexia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*(2), 343–348. https://doi.org/10.1097/00004583-199203000-00024

Goodman, D. W., & Thase, M. E. (2009). Recognizing ADHD in adults with comorbid mood disorders: implications for identification and management. *Postgraduate medicine*, *121*(5), 20–30. https://doi.org/10.3810/pgm.2009.09.2049

Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (2007). *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. Praha: Návrat domů.

Hofmannová, Z. (2020). *ADHD v populaci aktivních uživatelů metamfetaminu*. (Bakalářská práce). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/117976

Horáková, M., Mravčík, V. (2010). *Zaostřeno na drogy 2/2010.* Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4585/565/Zaostreno%202_10_www.pdf

Hrnčiarová, J. (2021). Závislost u dospělých s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). *Psychiatrie pro praxi*, *22*(1), 17-24. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-202101-0003_zavislost_u_dospelych_s_poruchou_pozornosti_s_hyperaktivitou_adhd.php

Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J., & Mravčík, V. (2022). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-293-7

Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Černíková, T., Orlíková, B., Rous, Z., Jarošíková, H., Franková, E., Dekány, L., Fidesová, H., Vopravil, J. (2022). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022.* Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-306-4

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Kalina, K., Rubášová, E., Miovský, M., Čablová, L., & Šťastná, L. (2014). The effects of ADHD on the process and outcome of drug treatment in therapeutic communities in the Czech Republic - a pilot study. *Adiktologie*, *14*(3), 228-246. Dostupné z: http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2014_3_Kalina_Vliv-ADHD.pdf

Kolářová, Z. (2018). Porucha ADHD často přechází z dětství do dospělosti. *Medical tribune*, *14*(25). Dostupné z: http://www.tribune.cz/tituly/mtr

Koutenská, N. (2022) *Užívání kratomu u studentů pražských vysokých škol: dotazníkové šetření*. (Bakalářská práce). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/175869

Mapa pomoci. (n.d.). *drogy-info.cz.* Dostupné 12. 2. 2023 z: https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/

Masopust, J., Mohr, P., Anders, M., & Přikryl, R. (2014). Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, *15*(3), 112-116. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/03/05.pdf

Miovský, M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada.

Miovský, M., Čablová, L., & Kalina, K. (2013). The effects of ADHD on particular psychological functions and life skills among clients undergoing addiction treatment in therapeutic communities. *Adiktologie*, *13*(2), 130-143. Dostupné z: http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2013_02_Miovsky_Vliv-ADHD.pdf

Miovský, M., Čablová, L., Kalina, K., & Šťastná, L. (2014). The effects of ADHD on the course and outcome of addiction treatment in clients of therapeutic communities: research design. *Adiktologie*, *14*(4), 392-400. Dostupné z: http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2014_4_Miovsky_Vliv-ADHD.pdf

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Franková, E., Nechanská, B., Fidesová, H. (2021). *Zpráva o alkoholu v České republice 2021.* Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-275-3

Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive psychiatry*, *37*(6), 393–401. https://doi.org/10.1016/s0010-440x(96)90022-x

Paclt, I., & Přibilová, N. (2017). Biologické aspekty ADHD (hyperkinetické poruchy) a poruch chování v dětském a adolescentním věku, vybrané preventivní aspekty. *Časopis lékařů českých*, *156*(5), 271-278. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-5/biologicke-aspekty-adhd-hyperkineticke-poruchy-a-poruch-chovani-v-detskem-a-adolescentnim-veku-vybrane-preventivni-aspekty-61778

Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2018). *ADHD - variabilita v dětství a dospělosti*. Univerzita Karlova, Praha: Karolinum.

Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Rubášová, E., Kalina, K., Miovský, M., Čablová, L., & Šťastná, L. (2015). Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice - pilotní studie. *Česká a slovenská psychiatrie*, *111*(5), 228-235. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2015_5_228_235.pdf

Schimmel, J., Amioka, E., Rockhill, K., Haynes, C., Black, J., Dart, R., & Iwanicki, J. (2021). Prevalence and description of kratom (Mitragyna speciosa) use in the United States: a crosssectional study. *Addiction*, 116(1), 176-181. https://doi.org/10.1111/add.15082

Školníková, M., Miovský, M., Čablová, L., & Šťastná, L. (2014). ADHD: Childhood ADHD persisting anti adulthood and impact on the quality of life of substance users. *Adiktologie*, *14*(3), 332-346. Dostupné z: http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2014_3_Skolnikova_Vyvoj-diagnozy-ADHD.pdf

Šťastná, L. (2021). Diagnostický rozhovor k posuzování možného výskytu ADHD u dospělých, DIVA-5. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, *4*(1), 28-32. https://doi.org/10.35198/APLP/2021-001-0003

Švandová, L., Ptáček, R., Vňuková, M., Ptáčková, H., Raboch, J., & Goetz, M. (2021). Vnímání času a časová perspektiva u osob s ADHD. *Česká a slovenská psychiatrie*, *117*(4), 199-204. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2021_4_199_204.pdf

Theiner, P. (2012). ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, *13*(4), 148-150. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/02.pdf

ÚZIS ČR. (2017). *Psychiatrická péče 2016.* Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2016.pdf

Vostřelová, Z., Vajdlová, D., Vacek, J., & Mravčík, V. (2021). Užívání a informovanost o kratomu: dotazníková šetření mezi vysokoškolskými studenty. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, *4*(3), 142-148. https://doi.org/10.35198/APLP/2021-003-0001

Žáčková, J., & Jucovičová, D. (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: Zápory i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Jiné návykové látky užité v posledních 12 měsících 33
Tabulka 2: Účinky návykové látky po jejím užití 35
Tabulka 3: Porovnání užívání návykových látek s obecnou populací 37

Graf 1: Genderové složení výzkumného souboru 22
Graf 2: Věkové zastoupení respondentů 23
Graf 3: Předepsané léky 24
Graf 4: Prevalence kouření v současnosti 25
Graf 5: Četnost užívání alkoholu v posledních 12 měsících 26
Graf 6: Prevalence užití alkoholu v posledních 30 dnech 26
Graf 7: Četnost vypití 6 nebo více sklenic alkoholu při jedné příležitosti 27
Graf 8: Prevalence užívání sedativ v posledních 12 měsících 27
Graf 9: Četnost užití sedativ v posledních 30 dnech 28
Graf 10: Způsob získávání sedativ 28
Graf 11: Životní prevalence užití marihuany 29
Graf 12: První zkušenost s užitím marihuany 29
Graf 13: Zastoupení jedinců denně užívajících marihuanu 29
Graf 14: První zkušenost s užitím pervitinu 30
Graf 15: Prevalence užití pervitinu v posledních 12 měsících 30
Graf 16: První zkušenost s užitím kokainu 31
Graf 17: Prevalence užití kokainu v posledních 12 měsících 31
Graf 18: Životní prevalence užití LSD 32
Graf 19: První zkušenost s užitím LSD 32
Graf 20: Prevalence užití kratomu v posledních 12 měsících 33
Graf 21: Prevalence užití návykových látek v posledních 12 měsících a 30 dnech 34

Přílohy

Příloha č. 1. – Souhlasné stanovisko Etické komise

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE | 1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA Univerzita Karlova

ETICKÁ KOMISE PRO POSUZOVÁNÍ STUDENTSKÝCH ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ
KLINIKY ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE

Stanovisko etické komise č.j. EKSKAD-003/2023

Název práce:	Prevalence užívání návykových látek u osob s diagnostikovaným ADHD
Druh práce:	bakalářská
Student:	Tereza Svobodová
Vedoucí práce:	Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Předložená dokumentace:

- formulář žádosti EKS KAD
- informace o výzkumu
- informovaný souhlas
- dotazník

Rozhodnutí etické komise: SOUHLASNÉ STANOVISKO

Odůvodnění: Komise při posuzování předložené žádosti neshledala rozpor s etickými principy při realizaci adiktologického výzkumu pro účely výše specifikované závěrečné práce v oboru adiktologie.

Datum jednání EKS KAD: 10. ledna 2023

Členové EKS KAD přítomní při jednání: Hana Fidesová, Lenka Šťastná (nehlasovala), Jaroslav Vacek

EKS KAD byla zřízena přednostou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze se souhlasem kolegia děkana 1. LF UK jako pilotní projekt za účelem zvýšení kvality závěrečných bakalářských a magisterských prací studentů adiktologie z hlediska výzkumné etiky.

Datum písemného vyhotovení stanoviska: 11. ledna 2023

Podpis vedoucího nebo pověřeného člena komise: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Klinika adiktologie
1. LF UK a VFN v Praze
Apolinářská 4, 128 00 Praha 2 E-mail: info.adiktologie@lfl.cuni.cz
Tel.: 224 968 270

www.adiktologie.cz/ www.lfl.cuni.cz / www.vfn.cz

Klinika adiktologie

Příloha č. 2. – Dotazník

Dobrý den,
jmenuji se Tereza Svobodová a jsem studentka adiktologie na 1. lékařské fakultě UK, nyní ve 3. ročníku. Tento výzkum je podkladem pro moji bakalářskou práci.
ADHD je pro mne důležité téma již od základní školy, jelikož se s ním potýká můj blízký příbuzný. O tomto onemocnění jsem psala již několik prací jak na ZŠ, tak poté i na SŠ, proto bych se mu ráda věnovala i na konci mé cesty vysokou školou.

Informace k výzkumu:
- CELÝ TENTO DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ, BEZ MOŽNOSTI IDENTIFIKACE.
- PODMÍNKOU JE DIAGNOSTIKOVANÉ ADHD a VĚK NAD 18LET.
- Jedná se o DOBROVOLNÝ výzkum, ale budu moc ráda za všechny, kdo mi na něj pravdivě odpoví a vyplní ho až do konce.
- Jedná se o mapovací výzkum, ve kterém nikdo není souzen.
- V průběhu vyplňování je možné kdykoliv odstoupit (přestat vyplňovat) a data se neuloží

Výsledky by mohly mimo jiné pomoci jednak v prevenci, tak i v adiktologické léčbě osob s ADHD, aby terapie byla smyslná, cílená a nedocházelo k předčasným ukončením léčby.

Odesláním dotazníku souhlasíte se svou účastí ve výše popsaném výzkumu, a také s dalším publikováním souhrnných výsledků v odborných publikacích.
V případě jakýchkoliv dotazů, připomínek nebo stížností mne, prosím, kontaktujte na email: terasobova@seznam.cz

Děkuji Vám všem za pomoc, upřímnost a chvilku času, kterou mi věnujete.

OBECNÁ ČÁST

1. Jaké je vaše pohlaví? *
- muž
- žena
- jiné

2. Jaký je váš věk? *
……..

3. Do jaké socioekonomické třídy byste se zařadil? *
- student
- pracující/ zaměstnanec
- podnikatel
- důchodce
- na mateřské dovolené
- jiné (napište)

4. Máte diagnostikované onemocnění ADHD? *
- ano
- ne

5. Máte nějaké předepsané léky na ADHD? Jaké? *
……

1/9 TABÁK
(Žádná odpověď není správná ani špatná, odpovídejte tak, jak to doopravdy máte).

6. Kouříte tabák ve formě cigaret, doutníků nebo dýmky? *
- ano
- ne

7. Kouřili jste již někdy v minulosti? *
- ano
- ne

2/9 ALKOHOL
(Žádná odpověď není správná ani špatná, odpovídejte tak, jak to doopravdy máte).

8. Pili jste v průběhu posledních **12 měsíců** nějaký alkohol? *
- ano …. (pokračujte prosím v dalších otázkách)
- ne …. (jděte rovnou na konec stránka a zvolte „další“)

9. Jak často pijete alkohol?
- 4x týdně nebo častěji
- 2-3x týdně
- 2-4x za měsíc
- jednou za měsíc nebo méně

10. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?
- každý den nebo téměř každý den
- jednou za týden
- jednou za měsíc
- méně často než jednou za měsíc
- nikdy

11. pili jste v průběhu posledních **30 dnů** nějaký alkohol?
- ano
- ne

12. Jak často jste pili alkohol v průběhu posledních **30 dnů**?
- každý den nebo téměř každý den

- několikrát týdně
- nejméně jednou týdně
- méně často než jednou týdně

3/9 LÉKY

(Žádná odpověď není správná ani špatná, odpovídejte tak, jak to doopravdy máte).

13. Užívali jste během posledních **12 měsíců** nějaká sedativa nebo hypnotika (léky na spaní)? *
- ano …. (pokračujte prosím v dalších otázkách)
- ne …. (jděte rovnou na konec stránky a zvolte „další“)

14. Jako často užíváte léky na spaní?
- 4x týdně nebo častěji
- 2-3x týdně
- 2-4x za měsíc
- jednou za měsíc nebo méně

15. Užili jste během posledních **30 dnů** nějaké léky na spaní?
- ano
- ne

16. Jak často jste během posledních **30 dnů** užili léky na spaní?
- každý den nebo téměř každý den
- několikrát týdně
- nejméně jednou týdně
- méně často než jednou týdně

17. Když jste naposledy užili léky na spaní, jakým způsobem jste je získali?
- na lékařský předpis
- sehnal jsem je od známého
- koupil jsem je bez předpisu v lékárně nebo drogerii
- sehnal jsem je nějakým jiným způsobem

4/9 CANNABIS/MARIHUANA

(Žádná odpověď není správná ani špatná, odpovídejte tak, jak to doopravdy máte).

18. Užívali jste někdy sami hašiš nebo marihuanu? *
- ano …. (pokračujte prosím v dalších otázkách)
- ne …. (jděte rovnou na konec stránky a zvolte „další“)

19. V jakém věku jste poprvé vyzkoušeli hašiš nebo marihuanu?
……

20. Užili jste hašiš nebo marihuanu v průběhu posledních **12 měsíců**?
- ano
- ne

21. Užil jste hašiš nebo marihuanu v průběhu posledních **30 dnů**?
- ano
- ne

22. Jak často jste v průběhu posledních **30 dnů** užívali hašiš nebo marihuanu?
- každý den nebo téměř každý den
- několikrát týdně
- nejméně jednou týdně
- méně často než jednou týdně

5/9 AMFETAMINY/ PERVITIN

(Žádná odpověď není správná ani špatná, odpovídejte tak, jak to doopravdy máte).

23. Vyzkoušeli jste někdy amfetaminy (pervitin)? *
- ano …. (pokračujte prosím v dalších otázkách)
- ne …. (jděte rovnou na konec stránky a zvolte „další“)

24. V jakém věku jste poprvé vyzkoušeli amfetaminy?

……..

25. Užili jste amfetaminy v průběhu posledních **12 měsíců**?
- ano
- ne

26. Užil jste amfetaminy v průběhu posledních **30 dnů**?
- ano
- ne

27. Jak často jste v průběhu posledních **30 dnů** užívali amfetaminy?
- každý den nebo téměř každý den
- několikrát týdně
- nejméně jednou týdně
- méně často než jednou týdně

6/9 KOKAIN

(Žádná odpověď není správná ani špatná, odpovídejte tak, jak to doopravdy máte).

28. Vyzkoušeli jste někdy kokain? *
- ano …. (pokračujte prosím v dalších otázkách)
- ne …. (jděte rovnou na konec stránky a zvolte „další“)

29. V jakém věku jste poprvé vyzkoušeli kokain?

……

30. Užili jste někdy kokain v průběhu posledních **12 měsíců**?
- ano
- ne

31. Užili jste někdy kokain v průběhu posledních **30 dnů**?
- ano
- ne

32. Jak často jste v průběhu posledních **30 dnů** užívali kokain?
- každý den nebo téměř každý den
- několikrát týdně
- nejméně jednou týdně
- méně často než jednou týdně

7/9 HEROIN

(Žádná odpověď není správná ani špatná, odpovídejte tak, jak to doopravdy máte).

33. Vyzkoušeli jste někdy heroin? *
- ano …. (pokračujte prosím v dalších otázkách)
- ne …. (jděte rovnou na konec stránky a zvolte „další“)

34. Užili jste heroin v průběhu posledních **12 měsíců**?
- ano
- ne

35. Užili jste v průběhu posledních **30 dnů** heroin?
- ano
- ne

36. Jak často jste v průběhu posledních **30 dnů** užívali heroin?
- každý den nebo téměř každý den
- několikrát týdně
- nejméně jednou týdně
- méně často než jednou týdně

8/9 LSD

(Žádná odpověď není správná ani špatná, odpovídejte tak, jak to doopravdy máte).

37. Vyzkoušeli jste někdy LSD? *
- ano …. (pokračujte prosím v dalších otázkách)
- ne …. (jděte rovnou na konec stránky a zvolte „další“)

38. V jakém věku jste poprvé vyzkoušeli LSD?

…….

39. Užili jste LSD v průběhu posledních **12 měsíců**?

- ano
- ne

40. Užili jste LSD v průběhu posledních **30 dnů**?

- ano
- ne

41. Jak často jste v průběhu posledních **30 dnů** užívali LSD?

- každý den nebo téměř každý den
- několikrát týdně
- nejméně jednou týdně
- méně často než jednou týdně

9/9 KRATOM

(Žádná odpověď není správná ani špatná, odpovídejte tak, jak to doopravdy máte).

42. Vyzkoušeli jste někdy kratom? *

- ano …. (pokračujte prosím v dalších otázkách)
- ne …. (jděte rovnou na konec stránky a zvolte „další“)

43. Užili jste kratom v průběhu posledních **12 měsíců**?

- ano
- ne

44. Užili jste kratom v průběhu posledních **30 dnů**?

- ano
- ne

45. Jak často jste v průběhu posledních **30 dnů** užili kratom?

- každý den nebo téměř každý den
- několikrát týdně
- nejméně jednou týdně
- méně často než jednou týdně

ZÁVĚR

46. Je nějaká látka, kromě výše zmíněných, kterou jste užili v posledních **12 měsíců**? Jaká?

47. Pokud jste něco z předchozích látek užili/ užíváte, co vám to přineslo?

KONEC

Děkuji vám za pomoc, upřímnost a váš čas! Moc si toho vážím.

Pokud máte pocit, že jste ohroženi závislostí, zde je seznam možné pomoci:

https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/