

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Klinika adiktologie 1. LF a VFN v Praze

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Tereza Milotová, DiS.

Vztah mezi ADHD, léčbou a užíváním pervitinu: Kvalitativní analýza
zkušeností respondentů

The Relationship Between ADHD, Treatment, and Methamphetamine Use:
A Qualitative Analysis of Respondents Experiences

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Praha, 2024

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

Tereza Milotová

.....

Identifikační záznam

MILOTOVÁ, Tereza. *Vztah mezi ADHD, léčbou a užíváním pervitinu: Kvalitativní analýza zkušeností respondentů. [The Relationship Between ADHD, Treatment, and Methamphetamine Use: A Qualitative Analysis of Respondents Experiences]*. Praha, 2024. 73 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Svěčená, Kateřina.

Poděkování

Ráda bych vyjádřila své upřímné poděkování vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Kateřině Svěcené, Ph.D., která mě po celou dobu psaní této práce odborně vedla, podporovala a motivovala. Velice si vážím cenných rad, vstřícného přístupu a trpělivosti, díky nimž jsem byla schopna tuto práci dokončit. Její odborné vedení a podpora mi nejen umožnily lépe porozumět zkoumanému tématu, ale také přispěly k mému profesnímu a osobnímu rozvoji.

Děkuji za její ochotu věnovat mi svůj čas a sdílet své znalosti a zkušenosti.

ABSTRAKT

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké motivace mají osoby s ADHD k užívání pervitinu, jakým způsobem látka ovlivňuje léčbu ADHD a jak subjektivně vnímají přínosy a nedostatky současných terapeutických postupů. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na komplexní porozumění těmto aspektům a poskytuje hlubší vhled do toho, jak pervitin ovlivňuje jejich zkušenost s ADHD a léčbou této poruchy.

Jako výzkumná metoda byla zvolena kvalitativní forma výzkumu a data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořily 3 participanti, kteří splňují nominační kritéria diagnózy ADHD, farmakologickou léčbu ADHD a užívání pervitinu v anamnéze.

Výsledky ukázaly, že hlavní motivací pro užívání pervitinu byla snaha kompenzovat symptomy ADHD, jako je zlepšení soustředění, organizace a výkonnosti, dále úleva od emočního napětí a vliv sociálního prostředí. Užívání pervitinu krátkodobě zlepšovalo schopnost respondentů zvládat každodenní úkoly, avšak dlouhodobě narušovalo efektivitu farmakologické léčby a vedlo k výrazným psychickým a sociálním problémům. Někteří respondenti popisovali pervitin jako nástroj k překonání nedostatků medikace, což vedlo k jejich větší závislosti na této návykové látce. Výsledky rovněž identifikovaly významné překážky v léčbě ADHD, jako jsou finanční a geografické bariéry, nedostatečná dostupnost terapeutických služeb a negativní zkušenosti se stigmatizací ze strany odborníků. Respondenti zdůrazňovali potřebu individuálního přístupu, který by lépe odpovídal jejich specifickým potřebám.

Závěrem práce autor zdůrazňuje důležitost multidisciplinárního přístupu k léčbě ADHD a rizik spojených s užíváním pervitinu. Výsledky této studie mohou přispět k rozvoji preventivních strategií a cílených intervencí zaměřených na zranitelné skupiny osob s ADHD a rizikem vzniku závislosti.

Klíčová slova

Porucha pozornosti s hyperaktivitou, vliv pervitinu, ADHD v dospělosti, užívání pervitinu

ABSTRACT

The main goal of the research was to identify the motivations of individuals with ADHD for using methamphetamine, how the substance influences ADHD treatment, and how they subjectively perceive the benefits and shortcomings of current therapeutic approaches. The qualitative research aims to provide a comprehensive understanding of these aspects and offer deeper insights into how methamphetamine affects their experience with ADHD and its treatment.

The chosen research method was qualitative, and data were collected through semi-structured interviews. The research sample consisted of three participants who met the criteria for an ADHD diagnosis, pharmacological ADHD treatment, and a history of methamphetamine use.

The results revealed that the primary motivation for using methamphetamine was the attempt to compensate for ADHD symptoms, such as improved focus, organization, and performance, as well as to alleviate emotional tension and cope with the influence of social environments. While methamphetamine use temporarily improved respondents' ability to manage daily tasks, it ultimately disrupted the effectiveness of pharmacological treatment and led to significant psychological and social issues. Some respondents described methamphetamine as a tool to address the shortcomings of medication, which contributed to their increased dependency on this substance.

The findings also identified significant barriers to ADHD treatment, including financial and geographic obstacles, limited access to therapeutic services, and negative experiences with stigma from professionals. Respondents emphasized the need for an individualized approach that better aligns with their specific needs.

In conclusion, the study highlights the importance of a multidisciplinary approach to treating ADHD and addressing the risks associated with methamphetamine use. The findings of this research can contribute to the development of preventive strategies and targeted interventions aimed at vulnerable groups with ADHD and a higher risk of substance dependence.

Key words

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Effect of Methamphetamine, ADHD in Adulthood, Methamphetamine Use

OBSAH

ÚVOD.....	10
1. CHARAKTERISTIKA ADHD.....	12
I.1 Etiologie ADHD	12
I.2 Epidemiologie ADHD.....	14
I.3 Projevy ADHD.....	14
I.3.1 Deficit pozornosti	15
I.3.2 Hyperaktivita.....	15
I.3.3 Impulzivita.....	16
I.3.4 Rozdíl projevů ADHD v dětství a v dospělosti	16
2. DIAGNOSTIKA ADHD	17
2.1 DSM-V klasifikace.....	17
2.2 MKN-10 klasifikace	18
3 KOMORBIDITY ADHD A MOŽNÉ ZÁMĚNY	20
3.1 Depresivní poruchy.....	21
3.2 Úzkostné poruchy	21
3.3 Poruchy osobnosti.....	21
3.4 Abúsus návykových látek	22
3.5 Poruchy příjmu potravy	22
3.6 Závislost.....	22
4 TERAPIE ADHD.....	25
4.1 Farmakologická léčba ADHD.....	25
4.1.1 Methylfenidát	26
4.1.2 Atomoxetin	27
4.1.3 Výběr léčiva.....	28
4.1.4 Zneužití léčiva	28
4.1.5 Léčba ADHD u pacientů se závislostí.....	29
4.2 Nefarmakologická léčba ADHD	29
4.2.1 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT).....	30
4.2.2 Další možnosti léčby.....	31
5 ADHD VE VZTAHU K NÁVYKOVÝM LÁTKÁM	31
6 METAMFETAMIN	33
6.1 Charakteristika.....	33
6.2 Účinky	33
6.3 Somatické komplikace	35

6.4	Chronická intoxikace	35
6.5	Toxická psychóza/amfetaminová psychóza	35
1.	VÝZKUM	37
1.1	Cíle výzkumu.....	37
1.2	Výzkumné otázky	37
1.3	Výzkumný soubor	38
1.4	Etika výzkumu.....	38
1.5	Metody získání dat.....	39
1.5.1	Příprava rozhovoru.....	39
1.5.2	Průběh rozhovoru	40
1.5.3	Metoda zpracování dat	40
2.	VÝSLEDKY VÝZKUMU	42
2.1	Příběhy respondentů.....	42
2.2	Odpovědi na výzkumné otázky	50
2	DISKUSE	61
3	ZÁVĚR	65
	POUŽITÁ LITERATURA.....	66
	PŘÍLOHY	70
	Příloha 1 – Osnova Rozhovoru	70

ÚVOD

Symptomy ADHD mohou narušovat schopnost jedince efektivně plnit každodenní povinnosti, udržovat sociální vztahy nebo uspět ve vzdělávacím a pracovním prostředí. Zároveň mohou vést k emočním problémům, jako je nízké sebevědomí nebo frustrace, což může mít negativní vliv na kvalitu života jedince. (Žáčková & Jucovičová, 2017) Osoby s ADHD jsou vlivem specifík onemocnění ohroženi rizikovým chováním jako je užívání návykových látek (Kulhánek, 2018). Jedinci s ADHD vykazují vyšší míru stresu, úzkosti a náládovosti než běžná populace a jsou tak náchylnější k užívání návykových látek formou sebemedikace (Miovský et. al., 2018). Jedinci, kteří nemají onemocnění včas diagnostikováni a vhodně léčeni mají později problém si osvojit životní dovednosti a zvládat každodenní úkoly. (Štastná, 2018)

Léčba ADHD zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii a různé podpůrné strategie, avšak ne všechny přístupy jsou pro pacienty dostatečně účinné. Někteří jedinci s ADHD, zejména ti, kteří čelí nedostatečně kompenzovaným příznakům nebo emocionálním obtížím, mohou hledat alternativní způsoby zvládnání svých problémů, včetně užívání návykových látek, jako je pervitin. (Wilens & Morrison, 2011) (De Micheli & Formigoni, 2002) Výzkumy však ukazují, že užívání pervitinu nejen narušuje účinnost standardní léčby ADHD, ale také zvyšuje riziko závažných psychických a sociálních problémů.

Hlavním cílem práce je zmapovat vztah mezi ADHD, jeho léčbou a užíváním pervitinu. Výzkum se zaměřuje na to, jaké motivace mají osoby s ADHD k užívání této drogy, jak pervitin ovlivňuje léčbu a jak jedinci subjektivně vnímají účinnost současných terapeutických postupů. Klíčové výzkumné otázky zahrnují:

1. Jaké jsou nejčastější důvody a motivace osob s ADHD k užívání pervitinu?
2. Jakým způsobem ovlivňuje užívání pervitinu průběh a efektivitu léčby ADHD z pohledu pacientů?
3. Jak osoby s ADHD subjektivně vnímají přínosy a nedostatky současných terapeutických postupů?

Výzkum byl realizován formou kvalitativní tematické analýzy dat získaných prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořili tři respondenti s diagnózou ADHD, kteří mají zkušenost s farmakologickou léčbou této poruchy a zároveň s užíváním pervitinu. Tato metodologie umožňuje hlubší porozumění individuálním zkušenostem a subjektivním názorům respondentů.

Práce je rozdělena do několika kapitol. Teoretická část se zaměřuje na charakteristiku ADHD, jeho diagnostiku, přidružené symptomy, možnosti léčby a vztah k návykovým látkám, s důrazem na pervitin. Následuje výzkumná část, která popisuje metodologii, výzkumný soubor, průběh výzkumu a jeho výsledky. Diskuse se věnuje interpretaci klíčových zjištění v kontextu odborné literatury a závěr shrnuje hlavní poznatky, přínos práce a doporučení pro praxi.

Výsledky práce mohou sloužit jako praktický nástroj pro odborníky z oblasti psychiatrie, psychologie, adiktologie a sociální práce. Lepší pochopení motivací a zkušeností osob s ADHD a závislostí na pervitinu umožňuje efektivnější nastavení terapeutických intervencí. Zjištění práce zdůrazňují důležitost individuálního přístupu, který bere v potaz nejen biologické a psychologické aspekty ADHD, ale také sociální a environmentální faktory, jež ovlivňují léčbu a riziko závislosti. Práce poukazuje na konkrétní překážky v léčbě ADHD a závislosti, jako jsou finanční a geografické bariéry, nedostatečná dostupnost terapeutických služeb nebo stigmatizace ze strany odborníků. Identifikace těchto překážek může inspirovat změny v systému péče o osoby s ADHD, například zlepšení dostupnosti terapií, větší zaměření na integraci služeb a multidisciplinární přístup.

Závěrem, práce přináší hlubší vhled do osobních zkušeností respondentů, které odhalují nejen výzvy spojené s jejich diagnózou a závislostí, ale i jejich subjektivní pohled na to, co by jim mohlo pomoci. Tento přístup umožňuje odborníkům a výzkumníkům lépe pochopit, co lidé s ADHD potřebují k úspěšné léčbě a zvládnutí svého stavu. Výsledky studie mohou být základem pro další výzkum, zaměřený na prevenci vzniku závislosti u osob s ADHD, nebo na vytváření účinnějších terapeutických strategií.

TEORETICKÁ ČÁST

1. CHARAKTERISTIKA ADHD

ADHD je anglickou zkratkou odvozenou od termínu Attention Deficit Hyperactivity Disorder v českém překladu porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou. (Goetz & Uhlíková, 2013). ADHD je chronický, geneticky podmíněný neurovývojový syndrom s přetrvávající a vývojově nepřiměřenou mírou **nepozornosti** anebo **hyperaktivity** a **impulzivity**. (Mohr, Andres, Přikryl, Masopust, Praško & Höschl, 2013) Během vývoje jedince dochází k vývojovým poruchám na úrovni dopaminergních a noradrenergických drah. Tyto poruchy následně působí na fungování specifických oblastí mozku, které ovlivňují plánování, předvídání, zaměření a udržení pozornosti a sebeovládání. (Čermáková, Papežová & Uhlíková, 2020).

ADHD není pouze poruchou dětství, ale může ovlivňovat i dospělé jedince. S věkem často klesá výrazný projev hyperaktivity, avšak přetrvávají problémy s nepozorností, impulzivním chováním a zvýšenou intrapsychickou tenzí. To vede k obtížím v oblasti výkonu a adaptace ve vzdělávacím, i v pracovním prostředí. Dále se zvyšuje riziko nepříznivých chování, jako je například zneužívání drog a alkoholu či disociální jednání. (Hrnčiarová, 2021)

I.1 Etiologie ADHD

Vývoj a projev ADHD jsou ovlivňovány genetickými, neurologickými, biochemickými a environmentálními faktory. Genetické studie, zahrnující důkazy z rodinných studií a studií s dvojčaty, jednoznačně naznačují, že ADHD je výrazně dědičná polygenní porucha. Genové varianty předpovídající riziko pro výskyt ADHD jsou klíčové pro vývoj mozku, buněčnou migraci, kódování pro receptory katecholaminů a přenos genů. U jedinců s ADHD jsou častěji nalezeny akumulace rozsáhlejších duplikací nebo delecí, které ovlivňují transkripci genů. (Bélanger, Andrews, Gray & Korczak, 2018) Podíl hereditárního vlivu na výskyt tohoto onemocnění může dosahovat až 60-75 % (Žáčková & Jucovičová, 2017) (Hrnčiarová, 2021). Vyšší zastoupení syndromu lze najít u

příbuzných prvního stupně, Libuše Stárková ale upozorňuje, že přítomnost specifických genů nevede k nemoci (Stárková, 2016)

Ivo Paclt také uvádí, že podkladem pro rozvoj onemocnění mohou být biochemické změny na úrovni synapsí v mozku. Neurotransmitery (dopamin, adrenalin, noradrenalin a serotonin), jsou zodpovědné za vnímání, kognici atd. (Paclt, 2007a) Jak již bylo zmíněno dříve, s největší pravděpodobností onemocnění vychází z dysregulace na dopaminových a noradrenalinových receptorech. To potvrzuje i účinnost léků, které zvyšují jejich dostupnost a potlačují tak hlavní symptomy onemocnění. (Hrnčiarová, 2021)

U jedinců s ADHD často v minulosti došlo k nějakým drobným neurologickým příčinám, které ovlivnily vývoj mozku. Riziko je spojené převážně s komplikacemi v těhotenství a při porodu například kouření a užívání alkoholu nebo omamných a psychotropních látek v těhotenství, nízká porodní váha, hypoxické poškození mozku plodu nebo novorozence, epileptické záchvaty, traumatická poranění mozku, věk matky aj. mezi příčiny patří též expozice různým environmentálním faktorům, jako jsou toxické látky (olovo, organofosfátové pesticidy). V některých případech nelze jasně určit příčinu. Častá bývá kombinace zmíněných rizikových faktorů. (Žáčková & Jucovičová, 2017) (Bélanger et al., 2018) (Hrnčiarová, 2021)

Není známo, jaké vlivy má prožití rané deprivace, struktura rodinného zázemí nebo jiné psycho-sociální faktory nejsou známy. Zobrazovací metody ukazují na rozdíly ve strukturálním vývoji a funkční aktivaci v různých oblastech mozku, což potvrzuje koncepci ADHD jako poruchy raného vývoje mozku. Doklady z těchto studií také ukazují klíčovou úlohu katecholaminového neurotransmitterového systému v patogenezi ADHD a jeho potenciální využití jako cíle farmakoterapie. (Bélanger et al., 2018)

Projevy syndromu ADHD nejsou konstantní a v průběhu vývoje jedince se různě mění jejich intenzita. Vliv na a průběh může mít dozrávání CNS ale i vlivy sociálního prostředí. Na dítě raného věku působí vliv rodiny a její přístup výchově hyperaktivního dítěte. Různými režimovými a výchovnými opatřeními lze projevy ADHD pozitivně i negativně ovlivňovat. Významný vliv mají též školská zařízení – jak je k dítěti přistupováno, jak je přijímáno nebo zda má vymezené hranice chování. Pokud je

k takovému dítěti zvolen příliš náročný či naopak nevstřícný přístup, důsledkem může být vznik úzkostné poruchy. (Žáčková & Jucovičová, 2017)

Na jedince později působí i vliv širšího sociálního prostředí jako jsou přátelé, vrstevnické a zájmové skupiny. Zejména v adolescentním věku může být jejich absence nebo přítomnost klíčová pro budoucí vývoj. Hyperaktivní jedinci mohou mít obtíže v přátelských nebo partnerských vztazích kvůli nedostatku empatie, problémům s nasloucháním a kompromisům. Tato nejistota v chování a komunikaci může vést k častým konfliktům, které zatěžují emoční stabilitu a mohou vést k nevhodným reakcím jako je agresivita či uchýlení se k rizikovému chování. Nedostatečná péče v této fázi může vést ke změnám v osobnostní struktuře až k patologickým stavům. (Žáčková & Jucovičová, 2017)

I.2 Epidemiologie ADHD

Prevalenci ADHD je obtížné stanovit, protože je kulturně podmíněná. (Stárková, 2016) Podle odhadů trpí Syndromem ADHD 5-7 % dětí ve školním věku (poměr dívek a chlapců je 3-6:1). U 40-60 % těchto dětí přetrvávají tyto symptomy až do dospělosti. V dospělé populaci onemocněním trpí až 3,4 % jedinců (poměr žen a mužů je shodný). U dospělých je ADHD považováno za přetrvávající poruchu z dětství, což potvrzuje podobnost příznaků, se kterými se setkáváme u dětí. (Hrnčiarová, 2021) (Kulhánek, 2018). Tezi potvrzuje také studie, která ukazuje, že dvě třetiny dospělých, kterým bylo v dětství diagnostikováno ADHD, vykazuje v menší nebo větší míře příznaky ADHD i v dospělosti. (Ramos-Quiroga, Montoya, Kutzelnigg, Deberdt & Sobanski, 2013) Odhady se v prevalenci mohou lišit, což závisí především na způsobu získávání dat, studované populaci a diagnostických kritériích (viz dále) (Masopust, Mohr, Andres & Přikryl, 2014)

I.3 Projevy ADHD

Jak již bylo zmíněno, hlavními obtížemi, se kterými se jedinci setkávají jsou **deficit pozornosti, hyperaktivita a impulsivita**. Intenzita symptomů je nestálá, nepředvídatelná a kolísavá. Projevy chování u konkrétního jedince jsou ovlivněny

kombinací základních příznaků, prostředím, komorbiditami a okolnostmi. (Goetz & Uhlíková, 2013) Během života se potíže mění a během stárnutím ustupují. Nejvíce odeznívají příznaky hyperaktivity a impulsivity (až ze 70 %). Problémy s pozorností však neustupují v takové míře a přetrvávají až u 60 % jedinců (Mohr et al., 2013) Jen u malého procenta jedinců dochází k úplné remisi příznaků v dospívání. (Theiner, 2012)

I.3.1 Deficit pozornosti

Charakteristickým projevem syndromu ADHD je porucha pozornosti. Jedinec s touto poruchou je nesoustředěný, jeho pozornost je kolísavá a nedokáže se plně soustředit pouze na jeden podnět. Soustředěnost je obvykle krátkodobá a snadno odklonitelná. Vlivem kolísavé pozornosti bývají časté i poruchy paměti. Pro jedince je obvykle velmi náročné se dlouhodobě soustředit a dospělí si často uvědomují, že je potřeba pro jednotlivé činnosti vynaložit větší úsilí, a proto většinu činností odkládají. To potom vede k prokrastinaci a časovému stresu. Taková činnost poté velmi často končí neúspěchem. Charakteristické bývá i věnování se více činnostem najednou. Dospělí také bývají často velmi citliví na náhlé změny. Jsou fixovaní na určité postupy a mají značné problémy se přeladit na změnu algoritmu. (Žáčková & Jucovičová, 2017)

I.3.2 Hyperaktivita

U jedinců s ADHD převládá **zvýšená aktivita CNS** a tlumící procesy jsou opožděné, dostavují se náhle a rychle. Tím dochází k rychlejší unavenosti a k následným výkyvům ve výkonosti. Hyperaktivita se projevuje **nepřiměřenou a nadměrnou motorickou, ale i hlasovou aktivitou**. Projevuje se bezúčelnými pohyby, které v dané situaci nejsou potřebné. skákání do řeči, mnohomluvnost, potřebou vše komentovat. Přítomný je i **psychomotorický neklid**, který se může projevovat dvěma způsoby. První je tzv. *jemný* – (převládající spíše u dospělých), vykazující se pohráváním si s dlaněmi, předměty či vlasy, častými změnami polohy. Druhý je *silný*, projevující se poskakováním, výraznou gestikulací, neschopností vydržet v klidu. V dospělosti je popisován jako projev zvýšené aktivity spíše **vnitřní neklid**, nutící jedince k neustálé činnosti. Často je s hyperaktivitou spojován i sklon k workoholismu. (Paclt,2007c) (Žáčková & Jucovičová, 2017) (Mohr et al., 2013)

I.3.3 Impulzivita

Impulzivita je dalším charakteristickým projevem syndromu ADHD. Impulzivitou se myslí rychlá reakce bez předchozího promyšlení a možnosti toto jednání ovlivnit. Jednotlivec obvyklé jedná bez domýšlení následků, zbrkle, nezdrženlivě. Při komunikaci s skáče do řeči, hovoří překotně a hlasitě. Vlivem impulzivity nedokončuje rozdělanou práci a začíná s něčím jiným. Častým projevem je i zvýšená nebo přehnaná emotivní reakce na nepříliš podstatné podněty. (Žáčková & Jucovičová, 2017) Impulzivita často bývá i důvodem, který vede později k užívání návykových látek a podporuje v jedincích agresivitu a podrážděnost ve vztahu k ostatním. (Mohr et al., 2013) (Paclt, 2016)

I.3.4 Rozdíl projevů ADHD v dětství a v dospělosti

ADHD je u dětí druhou nejčastěji diagnostikovanou poruchou a vyskytuje se současně s ostatními duševními poruchami. Začátek onemocnění je patrný již před 3.- 4. rokem života dítěte. *„Kombinace nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a schopností trvale se soustředit na daný úkol“.* (Paclt, 2016)

Projevy ADHD se během vývoje jedince mění a do dospělého věku se přenášejí ve změněné nebo mírnější podobě. Jak již bylo zmíněno, u dětí bývá dominantním příznakem hyperaktivita, zatímco u dospělých se ADHD projevuje vnitřním neklidem. (Ptáček & Ptáčková, 2018) Hyperaktivita se v dospívání a v dospělosti zmírňuje, ale přetrvává porucha pozornosti a narušení exekutivních funkcí. Impulzivita se projevuje převážně jako vyhledávání adrenalinových zážitků (experimentování s návykovými látkami, riskantní řízení motorových vozidel, rizikové sexuální chování, agrese a verbální impulzivita). (Theiner, 2012) Dospělí si často tvoří různé kompenzační mechanismy, aby zmírnily příznaky ADHD. Pavel Theiner uvádí, že některé z nich bývají funkční (například vedení si diáře, meditační techniky nebo sport) a jiné mohou být disfunkční (prokrastinace, extrémní kuřáctví nebo sebededikace návykovými látkami.). (Theiner, 2012) Pokud jsou dospělí s poruchou ADHD léčeni, obvykle pak pod jinou diagnózou nebo jsou léčeny jen komorbiditami. ADHD je tak nejčastěji chronickou nediodagnostikovanou psychickou poruchou u dospělých. (Theiner, 2012) Do dospělosti

může přetrvávat emoční nezralost a labilita, impulzivita a zkratkovité jednání a neuvážené změny v osobním životě i v zaměstnání. (Hrnčíárová, 2021)

2. DIAGNOSTIKA ADHD

V minulosti byl syndrom připisován pouze dětem, které byly neklidné, hyperaktivní, nepozorné a pohyblivé a byl pro něj užíván název hyperaktivní/hyperkinetický syndrom. Opakem pro něj byl název hypoaktivní syndrom, užívaný u dětí, které nestačili pracovnímu tempu ve škole a nevnímaly realitu kolem sebe adekvátně. (Žáčková & Jucovičová, 2017) V psychiatrii se užívají dva klasifikační systémy pro diagnostiku ADHD. V Evropě se užívá **Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)** a ve Spojených státech **Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí (DSM-V)** (Goetz & Uhlíková, 2013)

2.1 DSM-V klasifikace

Od devadesátých let dvacátého století se užívá termín ADHD – syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou nebo bez ní – ADD (Attention Deficit Disorder). (Čermáková et al., 2020). Ne u všech dětí jsou příznaky onemocnění stejně intenzivní, a proto DSM-V popisuje několik subtypů, které vyjadřují zastoupení příznaků. Příznaky se obvykle manifestují se započítáním školní docházky. (Goetz & Uhlíková, 2013)

DSM-V rozlišuje tři subtypy ADHD: (Žáčková & Jucovičová, 2017) (Šťastná, Miovský, Čablová & Kalina, 2018)

1. **ADHD s převažující poruchou pozornosti (ADD)**– s 30 % zastoupením v populaci
2. **ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou** – s 10 % zastoupením
3. **Kombinovaný typ** – kombinace výše uvedených typů s 60 % zastoupením

(1) Prvním typem je ADHD s převažující poruchou pozornosti, který se vyznačuje výpadky pozornosti tak výraznými, že jedinci působí jako duchem nepřítomní. Typické jsou i výpadky paměti, roztržitost, náhlá a neadekvátní reakce na podněty, které upoutají

jejich pozornost. Jedinci s tímto typem jsou nerpěliví a mají větší sklony k pokrastinaci, mají potíže s organizací, plánováním a dokončováním úkolů. Potíže souhrně nazýváme jako exekutivní funkce. (Žáčková & Jucovičová, 2017) **(2)** Druhý typ se vyznačuje převažující motorickou aktivitou (psychomotorickým neklidem). Tento subtyp je výraznější u dětí, které pobíhají, vyskakují, nevydrží sedět na místě atd. U dospělých se projevuje ošíváním se, poposedáváním, objevují se i tzv. stereotypie a zlovyky. Přetrvávající vnitřní neklid u těchto jedinců často vede k workoholismu, netrpělivosti a impulsivitě nebo k ukvapenému chování bez předchozího rozmyšlení. Častá je také mnohomluvnost a skákání do řeči. Právě impulsivita u těchto jedinců bývá důvodem, který vede k problémům v psychosociální oblasti. (Žáčková & Jucovičová, 2017) **(3)** **Třetí tzv.** kombinovaný typ kombinuje oba tyto subtypy a příznaky se vzájemně prolínají.

Definice je rozšířena i na míru intenzity těchto tří hlavních symptomů. Rozlišujeme na mírnou, střední a závažnou podle toho, do jaké míry nemoc ovlivňuje sociální, školní a pracovní fungování. (Čermáková et al., 2020) (Ptáček & Ptáčková, 2018) Zároveň jsou upravená kritéria pro adolescenty a dospělé (AADHD), která se na rozdíl od diagnostiky dětí nevymezují na 3 subtypy ADHD. ale „*pouze popisuje klinické manifestace podle převahy postižení jednotlivých funkcí (nepozornost, hyperaktivita, impulsivita).*“ (Šťastná et al., 2018)

2.2 MKN-10 klasifikace

MKN-10 řadí ADHD mezi hyperkinetické poruchy (F90) a užívá termín hyperkinetický syndrom, který se dělí na dva subtypy:

- Porucha pozornosti a aktivity (shoda s kombinovaným subtypem dle DSM-V)
- Hyperkinetická porucha chování F90

Hyperkinetická porucha je komplikovanější, neboť se jedná o spojení poruchy pozornosti, aktivity, a navíc ještě poruchy chování jako je agresivita nebo opoziční chování. Nicméně tyto dva termíny se používají spíše ve zdravotnické praxi. (Žáčková & Jucovičová, 2017) (Masopust et al., 2014)

2.3 Diagnostika

Stanovení diagnózy se odvíjí od hodnocení všech kritérií v klasifikačním systému, který určuje DSM-V. (Hrnčiarová, 2021) Michal Goetz a Petra Uhlíková ve své publikaci uvádí, že evropská klasifikace má velmi úzké pojetí onemocnění, a proto je vhodnější používat americký klasifikační systém a předejít tak tomu, že se léčba nedostane pacientům, kteří ji potřebují. (Goetz & Uhlíková, 2013) Pacienti jen se samotnými příznaky nepozornosti kritéria podle MKN-10 nesplňují a zároveň kritéria vylučují výskyt úzkosti a deprese, který je často přítomný u pacientů trpících ADHD. Dále se podle klasifikačních systémů liší prevalence a většina klinických studií je prováděna se systémem DSM. (Mohr et al., 2013) Lidé trpící poruchou ADHD jsou často léčeni pro úzkost deprese nebo jinou poruchu osobnosti a jsou tak nesprávně diagnostikováni a léčeni. (Masopust et al., 2014) MKN-10 kvalifikace popisuje především nadměrně aktivní, špatně ovládané chování v dětství (hyperkinetický syndrom) s výraznou nepozorností, zatímco DSM-V zdůrazňuje přítomnost poruchy pozornosti jako základního problému často přetrvávající do dospělosti. Odborná veřejnost se tak více ztotožňuje s klasifikací DSM-V i když je u nás platný manuál MKN-10. (Stárková, 2016)

První a základní složka diagnostického procesu je komplexní vyšetření psychiatrem. Amnestické údaje dítěte mohou poskytnout informace, které upozorní na přítomnost ADHD. Hyperaktivita se u dětí předškolního věku je častá a je potřeba ji odlišit od hyperaktivního a impulzivního chování spojeného s nepozorností. (Stárková, 2016).

Diagnóza onemocnění v dospělosti je sestavena z podrobného posouzení příznaků, a na jejich detailní vývojové charakteristice. Symptomy by se měly projevovat dlouhodobě a narušovat funkce jedince v běžném životě. Jedním z klíčových kritérií je potvrzení onemocnění v dětství, pokračující příznaky během dospívání, přetrvávající příznaky a jejich vliv na školu, vzdělání, mezilidské vztahy. Nedílnou součástí je i posouzení farmakologické léčby v minulosti a současnosti, rozlišit příznaky spojené s onemocněním, komorbiditami a neurovývojovými poruchami. (Mohr et al., 2013) (Šťastná et al., 2018)

Libuše Stárková upozorňuje, na důležitost ADHD nepodceňovat. Pokud je porucha ADHD v dětství přehlédnuta a kompenzována (například vysokou inteligencí

dítěte), může ten samý jedinec v dospělosti s kompenzovanými nedostatky vyhledávat pomoc právě kvůli problémům, které ovlivňují jejich osobní anebo pracovní život. Neléčená nemoc může mít negativní sociální dopad (kriminální činy, časné těhotenství u dívek, drogové závislosti atd.) S poruchou se také pojí více předčasných úmrtí související s impulzivitou. (Stárková, 2016)

Pozornost při diagnostice by se měla věnovat i komplexní historii pacienta, protože tato porucha „na sebe nabaluje“ další problémy a *„Často se diagnóza ADHD vynořuje jako formativní faktor z celého životního příběhu a můžeme odhalit i patogenetické souvislosti mezi obtížemi z ADHD a užíváním návykových látek.“* (Čablová et al., 2015)

3 KOMORBIDITY ADHD A MOŽNÉ ZÁMĚNY

Termín psychiatrická komorbidita je definovaný jako současný výskyt více symptomů nebo psychických poruch u jednotlivce. Termín může být chápán i jako společný výskyt dvou diagnostikovaných poruch spojených s abúzem návykových látek (Richterová, Šťastná, Miovský & Čablová, 2018). Množství komorbidit, které se objevují společně s ADHD může být významným problémem při diagnostice. Řada přidružených diagnóz se s věkem zvyšuje, stejně tak jako důsledky pro celkové zdraví. (Stárková, 2016).

Při diagnostice ADHD je nutno vzít v potaz, že je zde možná přítomnost řady komorbidních diagnóz. Dle symptomů a příznaků je nutné rozhodnout, zda se jedná o ADHD nebo jinou diagnózu. V případě že budou přítomné dvě anebo více poruch, je možné že jedna bude primární a další sekundární (sekundární se rozvinula na základě přetrvávající primární poruchy) nebo mohou koexistovat společně. Některé diagnózy sdílejí s ADHD společné symptomy, a tak vzájemné rozlišení nemusí být jednoduché. (Ptáček & Ptáčková, 2018) Příznaky ADHD se často pojí s jinými obtížemi (fyzické, psychické, emoční atd.) a problémy v životě jedince, které mohly vzniknout na základě dlouhodobého boje s příznaky ADHD. Některé příznaky ADHD mohou být podobné nebo totožné s příznaky jiných onemocnění. (Čermáková et al. 2020)

U dospělých trpících ADHD je přítomnost jiné další poruchy velmi častá, a to až ze 75 %, u dětí je tato přítomnost ze 60 %. Velmi častý je doprovodný výskyt poruch nálad, úzkostí, psychotických projevů, poruch osobnosti, organických poruch, poruch

opozičního vzdoru, poruch chování nebo onemocnění autistického spektra. Syndrom doprovází i zneužívání a následný abúzus návykových látek, ne málo častý je i gambling. Typická je i chronická kolísavá nálada během dne. (Mohr et al. 2013) (Ptáček & Ptáčková, 2018)

Úspěšná léčba komorbidit může redukovat její symptomy, ale neovlivňuje projevy ADHD naopak léčba ADHD může ovlivnit anebo zmírnit příznaky sekundárních přidružených příznaků/komorbidit. (Hrnčíárová, 2021)

3.1 Depresivní poruchy

Deprese se typicky projevuje několikátýdenním pocitem smutku, spojeným s nízkým sebehodnocením a neschopností prožívat radost. Celkově je jedinec slabý, snadno unavitelný s nespavostí přes noc a nadměrnou spavostí přes den. Objevují se i negativní myšlenky a hodnocení okolí, obavy z budoucnosti, nechutenství nebo přejídání se. Jedinci nejsou schopni se koncentrovat, jsou neklidní a nejsou schopni dokončit jednotlivé úkoly. Deprese a ADHD se mohou vyskytovat společně. Jedinci s oběma onemocněními mají snížený frustrační práh, jsou přecitlivělí v případě selhání a většinu úkolů vzdávají už v prvních náznacích možných obtíží. (Čermáková et al., 2020)

3.2 Úzkostné poruchy

Mezi příznaky úzkosti patří nadměrné obavy, pocity ohrožení, nervozity a napětí. Tyto běžné pocity však dosahují tak nepřiměřené míry, že znemožňují jedinci každodenní život. Lidé s úzkostí se tak vyhýbají různým činnostem, úkolům nebo situacím. V tomto případě je nutná důkladná diagnostika pacienta a rozlišit tak projevy ADHD a úzkosti. Stejně tak jako v předchozím případě, se mohou obě poruchy vyskytovat současně nebo se úzkost mohla rozvinout na základě negativních zkušeností jedince s poruchou ADHD. (Čermáková et al., 2020)

3.3 Poruchy osobnosti

Bipolární porucha má kolísavý průběh mezi obdobím mánie a deprese. Mánie se typicky projevuje impulzivitou, vysokým sebevědomím, zvýšenou aktivitou a nižší potřebou spánku. Jedinci s ADHD často popisují stavy, které se mohou podobat manické fázi – nával energie s následnou produktivitou a vysokým soustředěním který ale krátkodobý na rozdíl od manické fáze, kde tento stav může trvat několik dní. Zde je

diferenciální diagnostika složitější a často bývá chybná., tedy že ADHD je často diagnostikováno jako bipolární porucha. V případě koexistence obou poruch dochází k extrémní nestabilitě jedince. (Čermáková et al., 2020)

3.4 Abusus návykových látek

U ADHD je vyšší riziko predispozice užívání návykových látek, a to se následně pojí s vyšším rizikem vzniku závislosti a komplikuje následnou léčbu ADHD. Návyková látka může v tomto případě plnit formu sebemedikace, protože některé látky mají zklidňující účinek, mohou krátkodobě ulevovat od stresu a zvyšovat schopnost koncentrace. Nicméně dlouhodobé následky užívání těchto látek převažují nad účinky krátkodobými. K abusu může přispívat i vyšší impulsivita a snížená schopnost sebeovládání jedinců s ADHD. Je třeba i rozeznat jednotlivé dlouhodobé účinky některých návykových látek od příznaků ADHD. Například u zneužívání alkoholu a marihuany dochází k poruchám exekutivních a kognitivních funkcí a připomínat tak symptomy ADHD. (Čermáková et al., 2020)

3.5 Poruchy příjmu potravy

V současné době se dostává do většího povědomí i spojitost PPP s ADHD. Obě poruchy pojí příznaky impulsivity a neplánovanému rozhodování – vynechávání jídla nebo přejídání se. Jídlo se v tomto případě může jevit jako rychlá a snadno dosažitelná odměna a následně může dojít ke vzniku jídelní patologie. U žen s ADHD bývají častější poruchy purgativní – mentální anorexie a bulimie a záchvatovité přejídání. U mužů s ADHD bývá vyšší výskyt nadváhy. ADHD a jeho projevy mohou negativně ovlivnit pravidelnost a skladbu potravy a kolísání hladin cukrů a minerálů může způsobovat kolísání pozornosti, impulsivitu a podněcovat podrážděnost. (Čermáková et al., 2020)

3.6 Závislost

Existuje mnoho definic pro závislostní chování. Některé se zaměřují pouze na látkové závislosti, jiné pohlízejí na závislost jako na onemocnění mozku (bez ohledu k jiným možným vlivům). (West, 2016) Nicméně pro účel této práce je vhodné použít definici, která je užívána v adiktologii.

„Závislost je definovaná jako komplexní porucha, jejíž základní diagnostickou charakteristikou je opakované nutkání užít určitou látku nebo oddávat se určitému chování navzdory negativním důsledkům.“ (Vacek & Vondráčková, 2015) Opakující se vzorec chování pokračuje i přes zjevné působení újmy (zdravotní, osobní nebo společenské). Subjektivně může být závislost prožívána jako ztráta kontroly, která se objevuje i přes snahu abstinovat, kontrolovat užívání. Tento vzor chování je charakterizovaný okamžitým uspokojením (krátkodobou odměnou) a později doprovázen škodlivými účinky (dlouhodobé náklady). Pokusy toto chování změnit často vedou k relapsům. (Vacek & Vondráčková, 2015)

Závislost může být dvojího typu: (Vacek, Vondráčková, 2015)

- Fyzická – závislost na psychoaktivních látkách, kvůli jejich fyziologickým procesům, které vyvolávají v těle. (Vacek, Vondráčková, 2015) Pojem psychoaktivní látka nebo návyková látka je myšlena látka, která ovlivňuje systém odměny v mozku a její opakovaný úzus vede později k rozvoji závislostního chování (Křížová, 2021)
- Psychická/behaviorální/nelátková – závislost ke vztahu k určitým aktivitám nebo procesům (Vacek, Vondráčková, 2015)

Rozlišení komorbidních uživatelů drog z hlediska etiologie je klíčovým aspektem v porozumění složité dynamiky mezi závislostí a psychickými poruchami. Tento koncept podle Michala Miovského identifikuje 3 hlavní skupiny komorbidních pacientů, jejichž rozbor je zásadní pro vhodný terapeutický přístup. (Miovský, 2018)

1. Předcházející psychická porucha: Jedinec má již existující psychickou poruchu, která předchází vzniku závislosti na návykových látkách. Abúzus zde plní funkci jako forma sebemedikace.

2. Užívání drog vedoucí k psychické poruše: Začátek problematiky spočívá v užívání drog, což vede k rozvoji psychické poruchy. Dlouhodobé užívání může vést k organickým poškozením mozku. Symptomy se mohou objevit i při akutní intoxikaci nebo v rámci odvykacího stavu.

3. Společná příčina pro závislost a psychické onemocnění: Existuje předpoklad, že závislost i psychické onemocnění jsou vyjádřením jedné společné příčiny.

Léčba komorbidit u závislostí je možná 3 způsoby a to **sukcesivní** (nejdříve léčba závislosti poté léčba poruchy), **paralelní** (současná léčba obou poruch ale každá v jiném zařízení) anebo **integrovaná** (léčba obou poruch současně v jednom zařízení) (Miovský, 2018)

4 TERAPIE ADHD

Léčba se podle Pavla Theinera zaměřuje na oblasti jako úprava stěžejních příznaků nemoci, úprava vztahů s rodinou a přáteli, úprava komplikací, které se pojí se vzděláním či zaměstnáním, léčba přidružených psychiatrických komorbidit a na celkové zlepšení tělesného a duševního zdraví. (Theiner ,2012) Před zahájením léčby je důležité poučit rodiče dítěte nebo pacienta o samotném onemocnění, benefitech, účinku a nežádoucích účincích medikace a spolu s medikací zahájit i nefarmakologickou léčbu. (Mohr, 2018) Komplexní léčba ADHD i s ostatními terapeutickými intervencemi je stěžejní pro zlepšení stavu pacienta. (Mohr ,2018) V případě psychiatrických komorbidit jako jsou úzkosti, bipolární porucha, deprese nebo závislost, které se často u pacientů objevují, je na místě nejdříve je stabilizovat a poté se zaměřit na samotnou léčbu ADHD. (Mohr ,2018)

4.1 Farmakologická léčba ADHD

Léky jsou lékařem předepsány v případech, kdy je zřejmé, že dojde ke zmírnění příznaků a celkovému zlepšení kvality života nebo pokud není nefarmakologická léčba dostačující. (Goetz & Uhlíková, 2013) (Theiner ,2012) Vždy je třeba vyloučit kontraindikace, jako jsou různé stavy či onemocnění, které se s léčbou medikamenty vzájemně vylučují a v případě jejich podávání by mohlo dojít k negativnímu ovlivnění zdraví pacienta. Dále je třeba vzít v potaz, jak přistupuje k farmakoterapii rodič dítěte nebo samotný pacient, protože je na něm, jakým způsobem bude lék užíván. Léky dokáží ovlivnit pouze jednotlivé projevy onemocnění, jako je neklid, nepozornost a impulzivitu. Proto je pro lepší výsledky a účinnost léčby vhodné zvolit k farmakologické léčbě i podpůrnou nefarmakologickou léčbu v podobě psychoterapie. (Goetz & Uhlíková, 2013)

Farmakologická léčba může být pokračující léčbou z dětství, kdy bylo ADHD diagnostikováno nebo se zahajuje až v dospělosti u dříve nediodagnostikovaného pacienta. Farmaka, která se využívají k léčbě ADHD se dělí na stimulující a nestimulující. Nicméně pouze stimulující léčiva a atomoxetin jsou v léčbě prokazatelně účinná. (Mohr et al., 2013) (Mohr ,2018) (Masopust et al., 2014)

Farmaka využívaná k léčbě ADHD účinkují na přenos v dopaminergním nebo na noradrenalinovém systému, a to buď přímým působením, nebo inhibicí zpětného vychytávání monoaminů. (Mohr et al., 2013) (Paclt, 2007b) Stimulancia mají vliv na dopaminergní systém a nestimulující látky naopak na metabolismus noradrenalinu. (Goetz & Uhlíková, 2013) Látky, které se k léčbě ADHD užívají, tak ovlivňují pouze oblasti, kde je snižená funkce nebo dysregulace již zmíněných katecholaminů a dochází tedy k podpoře a posílení dysfunkčních mechanismů. (Goetz & Uhlíková, 2013)

Jak již bylo zmíněno základními farmaky léčby jsou stimulancia. Díky stimulačnímu účinku dochází k posílení inhibice, která je narušená u poruch pozornosti a zlepšují tak pacientovu pozornost, redukují hyperaktivitu a impulzivitu, zklidňují emoční výkyvy a nevedou k útlumu. (Paclt, 2007b) (Mohr, 2018) Dlouhodobé užívání stimulancií k léčbě ADHD nevede ke zvýšenému riziku závislosti, ale naopak se toto riziko snižuje (Paclt, 2007b) V České republice jsou pro léčbu registrovány pouze 2 preparáty, a to methylfenidát ve dvou lékových formách. (Goetz, 2009)

Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou snížená chuť k jídlu (okolo 30 % všech pacientů) dále nespavost (17 %) a bolesti žaludku (9 %). (Paclt, 2007b). Může docházet k narušování spánku, zvyšování úzkosti a podrážděnosti a zvýšení srdeční akce (Theiner, 2012), snížení hmotnosti (Hrnčiarová, 2021). Nežádoucí účinky stimulancií lze snížit podáváním mezi jídly, vynecháním večerních dávek nebo snížením dávek. (Paclt, 2007b) Pokud jsou z nějakého důvodu stimulancia neúčinná nebo je vyšší výskyt nežádoucích účinků přechází se k léčivům druhé, třetí a čtvrté volby. (Paclt, 2007b)

4.1.1 Methylfenidát

Mechanismus účinku methylfenidátu tkví v silné inhibici ve zpětném vychytávání dopaminu. (Masopust et al., 2014) Látka má u pacientů dobrou snášenlivost, rychlý účinek a dobrou účinnost (Theiner, 2012) Methylfenidát zlepšuje chování při ADHD (zhoršené sociální funkce nebo studijní výkon). Má silnější stimulační efekt na mentální než motorickou aktivitu a pozitivně ovlivňuje podrážděnost, změny nálad, zlepšuje denní ospalost. (Mohr, 2018)

Methylfenidát je v České republice registrován ve dvou formách, a to ve formě s řízeným uvolňováním (Concentra) a rychlým uvolňováním (Ritalin). (Theiner, 2012)

Nevýhoda methylfenidátu s rychlým uvolňováním je krátký poločas účinku, a tak je nutné je podávat 3x denně, a tím i zvýšená četnost nežádoucích účinků spojená s výkyvy hladin farmaka. (Paclt, 2007b) Jeho účinek je patrný do hodiny od užití. (Goetz & Uhlíková, 2013) U formy s prodlouženým účinkem nedochází k výkyvu hladin léčiva. (Paclt, 2007b)

Nežádoucí účinky preparátu jsou mírné a přechodné. (Masopust, et al., 2014) Jejich shrnutí je uvedeno v obecnější části zabývající se stimulancii. Po náhlém vysazení může dojít k tzv. rebound fenoménu anebo k objevení emočních výkyvů. (Mohr, 2018) K jisté nevýhodě preparátu patří i značné kontraindikace u kardiovaskulárních poruch nebo mozkových poruch, u psychotických nebo duševních onemocnění (anorexie, depresivní poruchy, mánie). Michal Goetz a Petra Uhlíková také uvádí, že stimulancia obecně jsou kontraindikována u těžkých tikových poruch, jako je Tourettův syndrom. (Goetz & Uhlíková, 2013) Opatrnost je nutná i v případě epilepsie, těhotenství a kojení (Mohr, 2018) (Mohr et al., 2013)

4.1.2 Atomoxetin

Atomoxetin (Strattera) patří mezi nestimulující psychofarmaka (Mohr, 2018), nepůsobí tedy stimulačně, a tak ani nepodporuje vznik závislosti nebo tiků. (Goetz, 2009) Další jeho výhoda tkví v jednodenním užívání. Preparát pacientům předepisován pouze ráno, nicméně je třeba počítat s delším nástupem účinku na začátku léčby. (Mohr, 2018) Nástup účinku se pohybuje v řádu týdnů, účinnost je srovnatelná se s methylfenidátem. (Theiner, 2012) Na účinnost Atomoxetinu v léčbě ADHD bylo provedeno několik studií na dětských i dospělých pacientech. (Mohr, 2018) Byla tak prokázána schopnost redukce komorbidní anxiety a snížení počtu dnů s nadměrným pitím alkoholu. (Mohr et al., 2013) (Masopust et al., 2014)

Atomoxetin se vyznačuje dobrou snášenlivostí, nežádoucí účinky jsou méně častější, mírnější a často přechodné v porovnání s methylfenidátem. Nejčastěji se jedná o zvýšení krevního tlaku a tepové frekvence, GIT potíže (bolesti břicha, nechutenství, zvracení, zácpa), insomnie, obtíže s erekcí a snížené libido. Snížená chuť k jídlu je méně výrazná (Theiner, 2012) (Mohr, 2018) (Paclt, 2007b) (Masopust et al., 2014) (Hrnčiarová, 2021) Po náhlém vysazení nedochází na rozdíl od methylfenidátu

k reboundu hyperaktivity. (Mohr, 2018) Výhodou preparátu je, že ho lze využít v případě, kdy pacient trpí komorbiditou a je zde vyloučená léčba methylfenidátem. Zároveň má látka nulový potenciál ke zneužívání. (Theiner, 2012) Paclt uvádí, že atomoxetin bude v budoucnu užíván častěji než stimulancia. (Paclt, 2007b)

4.1.3 Výběr léčiva

Před zahájením léčby je vždy třeba zhodnotit celkový stav pacienta od jeho psychiatrické a somatické anamnézy, vyhodnocení rizika abúsu návykových látek až po tělesné vyšetření. (Masopust et al. 2014) S léčbou by se mělo pokračovat, tak dlouho dokud je viditelná její účinnost a každý rok by se její účinnost a snášenlivost měla evaluovat. K vyhodnocení účinnosti léčby se používají posuzovací škály a cílem léčby je dosáhnout alespoň 30% redukce závažných příznaků onemocnění. (Mohr, 2018) U dětí lze volně vybírat z obou látek podle jejich stavu a snášenlivosti. U dospívajících je důležité brát v potaz schopnost pravidelného užívání a riziko zneužívání. (Theiner, 2012)

Vzhledem k udržení pozornosti je vhodné nejdříve začít s léčbou farmaky a později zvolit vhodné nefarmakologické možnosti léčby. (Mohr, 2018) Úspěšnost farmakologické léčby je mezi 70–80 %. Při užívání léčiv nedochází k poškození CNS (naopak, dochází ke zlepšení vývojových charakteristik CNS). Úspěšná léčba je prevence při poruchách chování, agresivity, kriminality, zlepšuje sebehodnocení a pozitivní vztah ke škole u léčeného jedince. (Paclt, 2016)

Velmi častá je léčba přidružené komorbidity a je vhodné ji léčit souběžně s poruchou ADHD. U abúzu NL, úzkosti a mírné deprese je možné léčit oba stavy současně. Nicméně obecně platí, že posloupnost léčby závisí na intenzitě jednotlivých komorbidit a přednostně je vždy léčena ta porucha, která se jeví jako nejvíce obtěžující. Pokud je komorbidita závažnější, řeší se přednostně a po její stabilizaci se poté zahajuje léčba ADHD. (Mohr, 2018)

4.1.4 Zneužití léčiva

Pavel Mohr uvádí, že riziko vzniku závislosti u methylfenidátu závisí na administraci preparátu. U perorálního podání dochází k pozvolnému uvolňování

dopaminu, zatímco u intravenózního podání dochází k rychlé změně koncentrace dopaminu. (Masopust et al. 2014) Studie ukazují, že podávání terapeutické dávky nevede ke vzniku závislosti. (Mohr et al., 2013) (Theiner, 2012) Riziko zneužívání tedy nehrozí přímo u pacientů s ADHD nicméně může docházet k obchodování s preparátem, kdy je methylfenidát zneužíván jako stimulační látka, která snižuje únavu, zlepšuje výdrž a snižuje chuť k jídlu. (Theiner, 2012) Riziko potencionální misúzu a distribuce léčiva jiným osobám je vyšší, pokud pacient má přidruženou komorbiditu s užíváním návykových látek. Indikaci stimulačního léčiva je vhodné v tomto případě zvážit. (Hrnčiarová, 2021)

4.1.5 Léčba ADHD u pacientů se závislostí

Před zahájením farmakologické léčby je nutné ukončit užívání návykových látek. U vhodně zvolené léčby klesá potřeba užívat návykovou látku, a to může pacienta motivovat k abstinenci. (Mohr, 2018) Léčba v kombinaci s užíváním návykových látek není efektivní a terapeutický efekt léčiv je nízký nebo chybějící právě kvůli užívání návykových látek. Pacienti neužívají léky pravidelně, dochází ke zvýšené toleranci a pacienti mohou vyžadovat zvýšené dávkování léčiv. (Hrnčiarová, 2021) Pokud pacient pokračuje v užívání NL může docházet k potenci jejich účinků, zhoršovat některé komorbidity a zastírat účinek farmak. (Mohr, 2018)

V některých případech je efektivnější nejdříve zahájit léčbu závislosti a teprve potom léčbu ADHD. Léčivem první volby je zde atomoxetin, který řadíme do nestimulačních léčiv bez závislostního potenciálu. (Mohr, 2018) Včasná diagnostika, vhodně indikovaná a aplikovaná léčba by mohly pozitivně ovlivnit výsledek léčby a vést k její vyšší efektivitě. (Čablová et al., 2015)

4.2 Nefarmakologická léčba ADHD

K dlouhodobému zvládnutí obtíží spojených s onemocněním je potřeba zvolit vhodnou medikaci a terapii. Stejně tak jako u jiných léčiv, nemusí být odpověď organismu na medikaci vždy dostačující nebo jednoduše pacient není schopný lék tolerovat. Důvodem zejména bývají přidružená onemocnění jako je deprese nebo úzkost a dále k tomu přispívají obvyklé symptomy ADHD, a to problémy se sebezpojetím, nepřizpůsobivé myšlení aj. (Mohr et al., 2013)

Je třeba mít na paměti a že syndrom ADHD není zcela vyléčitelný. Nicméně existují postupy, kdy je pacient schopný žít plnohodnotný život. Odborná společnost se shoduje, že největší účinnosti je dosaženo při celkovém komplexním přístupu. A čím komplexnější je péče, tím se její efekt prohlubuje. Ke každému pacientovi je třeba přistupovat individuálně a věnovat péči dostatek času, protože díky povaze nemoci je třeba přístup dodržovat celoživotně. (Čermáková et al., 2020)

Cílem terapie u jedinců trpících ADHD je pochopení sebe sama a postupné sebeovládání, sebekontrola, vytváření systémů, chápání mezilidských vztahů a zlepšování empatie a náhledů sama na sebe, systematickosti odpovědnosti a také učí využívat kompenzační mechanismy, které mohou eliminovat nedostatky které vyplývají z poruchy. (Žáčková & Jucovičová, 2017)

4.2.1 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

U jedinců s ADHD se očekává, že psychoterapie pomůže se získáváním vhodných dovedností v oblasti sociální, pracovní anebo studijní, zlepší výkonové deficity, podpoří adaptivní chování a sebekontrolu. Tyto aspekty plní KBT u všech věkových skupin a zdá se být nejvíce prospěšná. (Kalina, 2018) Terapie je spíše krátkodobou záležitostí a zaměřuje se spíše na konkrétní problémy (jsou stanovené konkrétní cíle, kterých chce jedinec dosáhnout). Klient tak nabývá na soběstačnosti, získává nové dovednosti a zvládá tak dosud problémové situace. (Čermáková et al., 2020)

Kalina popisuje, že je potřeba se v léčbě věnovat nejen chování a poznávacím procesům, na jejichž oblast je KBT většinou redukována, ale je potřeba do terapie i zahrnout motivační rozhovory, využití představivosti, zaměření se na emoce a mezilidské vztahy a v neposlední řadě i na podporu sebedůvěry. (Kalina, 2018)

Hlavním cílem KBT je transformace konkrétního myšlenkového a behaviorálního vzorce, posilování správných chování a dovedností. Terapeut během terapie sleduje chování klienta a případné změny vyvolané nesouladem s předpokládanými otázkami. Součástí terapie je trénink specifických dovedností a konfrontace s různými podněty vyvolávajícími obavy, prováděná systematickou desenzibilizací. Častou technikou v KBT je tzv. zaplavení, které spočívá v postupném vystavení jedince nepříjemným situacím, čímž se snižuje úzkost. Terapeut jedná aktivně a postupně s klientem. (Peterková, 2022)

(Čermáková et al., 2020) KBT se věnuje se nácviku adekvátního chování a potlačení chování negativního. Pomocí různých technik učí adaptivního chování – modelové situace, hraní rolí a sebeinstrukce (kontrola projevů impulzivity u hyperaktivních jedinců). (Žáčková & Jucovičová, 2017)

Zvolení KBT je vhodné zvláště v případě, kdy: (Ptáčková & Ptáček, 2018)

- Medikace účinná pouze částečně nebo vůbec/ nebo kombinace s medikací
- Pacient obtížně přijímá diagnózu a s ní spojenou medikaci
- Pacient má přidružené komorbidity
- Psychoterapie je dostačující k zmírnění symptomů poruchy

4.2.2 Další možnosti léčby

KBT není jedinou formou psychoterapie. Další, spíše podpůrnou možností může být **skupinová terapie**, která vytváří podpůrné, korektivní a učící prostředí pro sdílení problémů v bezpečné atmosféře. V tomto prostředí mohou jedinci modelovat a korigovat své problémové interakce s ostatními a mohou společně sdílet řešení složitých problémů, které tuto poruchu provází., dále také **multimodální terapie** – zahrnutí podpory, edukace a terapie rodiny jedince a **psychodynamický přístup**. (Kalina, 2018) Jiné formy terapie se například zaměřují přímo na odbourávání úzkosti, empatie, práce s agresivním chováním a zlepšení komunikace. (Žáčková & Jucovičová, 2017) Široké spektrum je i v oblasti podpůrných metod jako jsou relaxační techniky, koučing, kognitivní trénink, EEG biofeedback, time management, režimová opatření aj. (Žáčková & Jucovičová, 2017) (Čermáková et al., 2020)

5 ADHD VE VZTAHU K NÁVYKOVÝM LÁTKÁM

Vlivem charakteristických specifíků onemocnění (snížená pozornost, impulsivita, omezená seberegulace) bývají jedinci ohroženi rizikovým chováním. Riziko užívání návykových látek (alkohol, tabák a nelegálních drog) je u jedinců s ADHD a komorbiditou dvojnásobně vyšší oproti běžné populaci. Závislost přichází v dřívějším věku, její léčba je komplikovanější a je provázena četnějšími relapsy po jejím ukončení. Častější bývá i polymorfní závislost. (Kulhánek, 2018) Prevalence u uživatelů návykových látek, kteří vyhledali léčbu se pohybuje mezi 5-33 %. (Torrens, 2017)

Jak již bylo řečeno, u dospělých se neprojevují tak výrazné subtypy jako u dětí, nicméně prokazatelně vykazují vyšší míru stresu, úzkosti a náladovosti, než bývá u běžné populace. Takový jedinci mají větší náchylnost k užívání NL jako formy sebemedikace. U jedinců, kteří zneužívají NL se ADHD objevuje mezi 11-35 %. (Miovský et al., 2018) Často se u jedinců, kteří jsou více zranitelní ke zvládnání náročných situací objevují tendence k sebemedikaci pomocí návykových látek. Lenka Šťastná přirovnává tuto tendenci k začarovanému kruhu: pokud není jedinec v dětství diagnostikován a adekvátně léčen dochází k tendenci sebemedikace v dospělosti (nejčastěji metamfetaminem) a dochází k problémům se zvládnáním určitých vývojových úkolů a osvojení životních dovedností. ADHD může být rizikovým faktorem pro pozdější užívání návykových látek. Větší je i riziko pro získání jiné psychiatrické poruchy. Populaci dospělých s poruchou ADHD je prevalence poruch spojených s užíváním alkoholu 17-45 % a s užíváním ostatních drog 9–30 %. (Šťastná, 2018) V takovém případě je možné symptomy snadno zaměnit, protože mohou být těžko rozlišitelné a identické. (Šťastná, 2018)

6 METAMFETAMIN

6.1 Charakteristika

Metamfetamin patří do skupiny návykových látek obecně nazývaných psychomotorická stimulancia zkráceně psychostimulancia. Tato skupina látek se projevuje budivým účinkem na centrální mozkovou soustavu a stimulují tak fyzické i psychické funkce. Mezi další zneužívané látky v této skupině patří amfetaminy, kokain, amfetamin a MDMA (extáze). Hlavním analogem amfetaminů je efedrin, sloužící jako výchozí látka k výrobě pervitinu. Dále Metylfenidát, užívaný k léčbě ADHD. (Minařík & Kmoch V. 2015) (Minařík, 2003) (Martínková et al. 2018) (Bečková & Višňovský, 1999)

6.2 Účinky

Účinky pervitinu jsou shodné s jinými zástupci ve skupině psychostimulancií. Proto jsou níže popsány účinky celé skupiny (kromě extáze, která má navíc účinek psychedelický). Obecně vzato účinky psychostimulancií celkově zvyšují psychomotorické tempo a bdělost. Jednotlivě jsou účinky vypsány níže. Efekt se pohybuje v rozmezí 8-24 hodin od posledního užití. Po odeznění účinků dochází k tzv. **dojezdu** (Minařík & Kmoch, 2015) (Minařík, 2003) (Martínková et al. 2018) (Bečková & Višňovský, 1999)

Intenzita účinků psychostimulancií přímo úměrně závisí na množství podané látky a cestou aplikace. U metamfetaminu převažuje intravenózní a intranazální aplikace, méně častější je aplikace per os nebo inhalačně. (Minařík & Kmoch, 2015) Intravenózní aplikace je přirovnávána k velmi intenzivnímu celotělovému prožitku tzv. **rush/flash**. Jako další způsob aplikace můžeme zmínit opakovanou injekční aplikaci pervitinu po 2-3 hodinách několik dní tzv. **run**, dokud se nedostaví celkové vyčerpání. (Bečková & Višňovský, 1999)

Zde jsou shrnuty účinky psychostimulancií na lidský organismus. Jsou ovlivněny jak motorické, tak i psychické funkce: (Minařík, 2003) (Minařík & Kmoch 2015) (Martínková et al. 2018) (Bečková & Višňovský, 1999)

- Stimulující účinek na srdce: zvýšení tepové frekvence, zvýšení krevního tlaku, zvýšená kontraktilita
- Navození euforie, spokojenosti

- Zvýšení výbavnosti paměti (na úkor kvality výkonu)
- Zvýšená vigilita vědomí, odstranění únavy, pocit větší síly a energie
- Zvýšení sebevědomí a odstranění zábran
- Urychluje psychomotorické tempo a způsobuje psychomotorický neklid
- Zkrácení doby spánku až insomnie
- Pocit nechutenství a snížený příjem potravy
- V některých případech nebo podání vyšší dávky agresivita, úzkost a iniciace úzkosti

S užitím psychostimulancií je provázeno i několik typických nežádoucích účinků jako jsou pohybové stereotypy, které doprovází intoxikaci (vykroucenost), pocity pronásledování nebo ohrožení (stíha) a nadměrná koncentrace na někdy nesmyslné či zbytečné podněty. (Minařík & Kmoch, 2015)

Akutní intoxikace se může projevovat neklidem, hyperaktivitou, bolestí hlavy, bolestí na hrudi, vzestupem tělesné teploty nebo ztrátou vědomí na 1-2 hodiny. (Minařík, 2003)

Stimulace osy sympatických účinků je po několika hodinách po posledním užití vystřídána útlumem centrální nervové soustavy s pocity apatie, ospalosti, únavy, dysforie (rozlady) a dochází k poklesu psychické i fyzické výkonnosti. Zároveň se dostavuje tzv. **dojezd**. Jakub Minařík uvádí, že dojezd na psychostimulanciích je podobný tzv. „kocovině“ po konzumaci alkoholu. Mimo již zmíněných pocitů se po několikadenním opakovaném užití objevuje několikadenní spánek (**crushing**) s krátkými epizodami bdění spojený s velkým pocitem hladu a konzumací velkého množství potravy. Pokud nedojde k opětovnému užití látky dochází k odvykacímu stavu. (Minařík, 2003) (Bečková, & Višňovský, 1999)

Dlouhodobé užívání pervitinu vede ke zvýšenému úbytku hmotnosti, zvýšenému riziku vzniku somatických komplikací a vzniku závislosti. Zároveň se rozvíjí tolerance na některé účinky. Tolerance se u budivých aminů vytváří zejména na euforické účinky, méně na kardiovaskulární a anorektické účinky. (Bečková & Višňovský, 1999) (Minařík & Kmoch, 2015)

Závislost na psychostimulanciích vzniká po dlouhodobém několikaměsíčním užívání a sama o sobě je psychická, vyznačovaná cravingem (bažením po látce). Minařík uvádí, že tento typ závislosti je závažnější než čistě somatická závislost. Léčba fyzické

závislosti je jednodušší a kratší, zatímco léčba psychické závislosti je obtížnější a komplexnější. (Minařík, 2003)

6.3 Somatické komplikace

Užívání pervitinu je zátěží pro celý organismus, jelikož je celou dobu připraven na vrcholový výkon. Orgán, který často bývá při užívání postižen je srdce a mozek. Vzniká tak riziko kardiovaskulárních a mozkových příhod a může dojít i k selhání oběhu a dalších tělesných funkcí. Mohou se objevit i formy epileptiformních záchvatů. K riziku také patří snížená chuť k jídlu, která vede k rychlému úbytku na váze. (Minařík, 2003) Pervitin zároveň působí neurotoxicky na nervová zakončení a tím tak vznikají poruchy motorických funkcí a paměti. Poškození se sice může po zastavení užívání vrátit do původního stavu nicméně nemusí vést ke kompletní obnově funkce mozku. (Minařík & Kmoch, 2015) Při intranazální aplikaci dochází ke ztrátě čichu nebo krvácení z nosu. (Martínková et al., 2018)

6.4 Chronická intoxikace

Dlouhodobý uživatel pocítuje napětí, úzkost, předrážděnost, nevolnost, poruchy spánku, bolesti srdce a kloubů nebo krvácení do plic a v játrech. (Minařík, 2003)

Odvykací stav se objevuje po odnětí návykové látky po dlouhodobém užívání. Typicky je doprovázeno neklidem, únavou a silným bažením. Somatické obtíže souvisejí hlavně s přetížením a vyčerpáním organismu během aktivního užívání a v krátkém čase vymizí. Po vysazení se objevuje únava, již zmíněný několikadenní spánek s epizodami pocitu hladu, úzkostné a depresivní stavy. Po těchto akutních příznacích se projevuje bažení, podrážděnost a poruchy spánku. Tato epizoda trvá dny až týdny. V další fázi se příznaky zmírňují, bažení slábne nicméně se někdy může objevit v silnější intenzitě. Toto období trvá několik týdnů až měsíců. (Minařík & Kmoch, 2015)

6.5 Toxická psychóza/amfetaminová psychóza

Při dlouhodobém užívání může dojít k rozvoji toxické psychózy, nicméně ji může vyvolat i jednorázové užití vysoké dávky. Rozvoj je pozvolný od vztahovačnosti jedince a ztráty náhledu na okolní dění. Typickým obrazem psychózy jsou paranoidní myšlenky a chování, dále zrakové a sluchové halucinace. Klinický obraz je obtížné rozlišit od

schizofrenie a je nutné jedince hospitalizovat, pokud jsou přítomné myšlenky na sebevraždu nebo chybí kontakt s realitou. K léčbě toxické psychózy u psychostimulancí jsou vhodná antipsychotika. (Minařík, 2003)

PRAKTICKÁ ČÁST

1. VÝZKUM

Výzkumná část bakalářské práce navazuje na teorii zpracovanou v teoretické části práce, která se zabývá projevem ADHD, léčbou ADHD, účinky metamfetaminu a jeho roli jakožto prostředku pro sebededikaci při tomto onemocnění. Podle stanovených cílů byla vybrána vhodná metodika výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru s třemi respondenty, kteří splňovali vybraná kritéria.

1.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bakalářské práce je podrobně prozkoumat a zmapovat vztah mezi poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), její léčbou a užíváním pervitinu. Výzkum se zaměřuje na analýzu motivací, které vedou osoby s ADHD k užívání pervitinu, na to, jakým způsobem tato látka ovlivňuje průběh a efektivitu léčby ADHD, a na subjektivní vnímání přínosů a nedostatků současných terapeutických postupů. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je získat komplexní porozumění těmto aspektům a poskytnout hlubší vhled do toho, jak pervitin ovlivňuje jejich zkušenost s ADHD a léčbou této poruchy.

1.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou nejčastější důvody a motivace osob s ADHD k užívání pervitinu?

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem ovlivňuje užívání pervitinu průběh a efektivitu léčby ADHD z pohledu pacientů?

Výzkumná otázka 3: Jak osoby s ADHD subjektivně vnímají adekvátnost a účinnost současných léčebných postupů, a jakou roli v tomto vnímání hraje užívání pervitinu?

1.3 Výzkumný soubor

Výběr výzkumného vzorku byl zvolen metodou účelového výběru. Respondenti byli vybráni na základě jejich určitých vlastností, které jsou klíčovým kritériem pro výzkum. Do výzkumu byli poté začleněni, pokud splňovaly požadovaná kritéria a s výzkumem souhlasily. (Miovský, 2006)

Před oslovením respondentů byla určena 3 kritéria, která musí respondent splňovat. Nezávazně na časovém období mít v anamnéze diagnostikované onemocnění ADHD, užívání medikace na ADHD a užívání pervitinu.

Potencionální respondenti byly osloveni prostřednictvím veřejného příspěvku ve facebookové skupině, která se zaměřuje na problematiku ADHD. Skupina byla tvořena asi 3,5 tisíci členy. Oslovila jsem správce této skupiny s informacemi o připravovaném výzkumu a s žádostí o schválení o oslovení potencionálních respondentů skrze příspěvek. Po schválení příspěvku jsem stručně v příspěvku popsala výzkum, který bude uskutečněn současně i s jeho cílem a i kritérii, které by měl respondent splňovat. Respondenti, kteří se chtěli výzkumu zúčastnit měli následně možnost mě oslovit do soukromých zpráv, ve kterých jim byly předány podrobnější informace o výzkumu a dalším postupu. Celkem na příspěvek do soukromých zpráv reagovalo 6 respondentů. Jeden z nich nesplňoval kritéria a s dvěma se nepodařilo domluvit rozhovor kvůli přerušování kontaktu. Výzkumný soubor tvoří tak tři respondenti (dva muži a jedna žena), kteří splňují nominační kritéria a souhlasili s účastí ve výzkumu.

Tento nízký počet nebyl záměrný, ale byl způsoben obtížemi při získávání účastníků. Cílová skupina účastníků je specifická a obtížně dosažitelná. Tento faktor omezil možnosti získání většího výzkumného souboru. Respondenti také mohli mít obavy ze stigmatizace vzhledem k drogové problematice. Každý z respondentů ale poskytl velmi cenná data, která umožnila provést tematickou analýzu a zodpovědět tak na stanovené výzkumné otázky.

1.4 Etika výzkumu

Tento výzkum byl proveden v souladu s etickými zásadami a normami, aby byla zajištěna ochrana práv a důstojnosti všech respondentů. Účast ve výzkumu byla

dobrovolná a byla uskutečněna pouze pokud respondent souhlasil s rozhovorem a jeho zvukovými zaznamenáváním na diktafon.

Před započítáním výzkumných aktivit byli všichni účastníci informováni o cílech studie, její metodologii a o tom, jak budou jejich data využita. Každý účastník byl vyzván k poskytnutím ústního souhlasu s účastí. Souhlas byl sdělen ústně a byl zaznamenán. Bylo zdůrazněno, že respondenti mají právo kdykoli odmítnout účast nebo odstoupit od studie bez jakýchkoli negativních důsledků. Byla zajištěna anonymita všech respondentů. Osobní údaje, které by mohly vést k identifikaci jednotlivých účastníků, nebyly shromažďovány. Každý respondent byl přiřazen kód, který byl použit při zpracování a analýze dat, aby byla zachována důvěrnost. Přepisy rozhovorů a jakékoli další zaznamenané údaje byly uchovávány v bezpečném prostředí a byly přístupné pouze výzkumníkům zapojeným do této studie.

1.5 Metody získání dat

Pro získání dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, která umožňuje hlubší porozumění zkoumaným jevům prostřednictvím flexibilního, ale přesto strukturovaného rozhovoru s respondenty. Tento přístup podle Jana Hendla umožňuje kombinovat standardizované otázky s otevřenými, což poskytuje prostor pro detailní odpovědi a umožňuje respondentům vyjádřit své názory a zkušenosti více do hloubky. Zároveň je zde minimalizovaná pravděpodobnost, že se data v jednotlivých rozhovorech budou výrazně lišit. (Hendl, 2005) Data byla sbírána v období pěti měsíců (červen-říjen) v roce 2024.

1.5.1 Příprava rozhovoru

Před samotným prováděním rozhovorů byla sestavena osnova rozhovoru, která obsahovala hlavní okruhy témat a k nim navazující otázky, jež měly být během rozhovorů pokryty. Otázky v rozhovoru byly formulovány na základě výzkumných otázek a tak, aby splnily cíl práce. Osnova rozhovoru byla navržena tak, aby zajistila konzistentní pokrytí všech relevantních témat, ale zároveň umožňovala dostatečnou flexibilitu pro případné rozvinutí jednotlivých odpovědí a sledování nových podnětů v rozhovoru.

První okruh otázek se týkal onemocnění ADHD a jeho léčby. Předpokladem bylo, že otázky se budou dotýkat neproblémových skutečností jako je popis situací v minulosti a v současnosti. Posledním okruhem rozhovoru bylo užívání pervitinu. Okruh byl volen jak poslední na základě předpokladu, že mezi respondentem a tazatelem byla vytvořena atmosféra důvěry a určitý kontext pro interpretaci pocitů vztahující se k dříve popsaným akcím nebo událostem z předešlých otázek. Zároveň otázky v tomto okruhu byly vyhodnoceny jako velmi osobní a pro respondenty potenciálně nepříjemné vzhledem k problematice pervitinu. Řazení otázek bylo inspirováno podle doporučení Hendla. (Hendl, 2005)

1.5.2 Průběh rozhovoru

Rozhovory byly prováděny telefonicky a individuálně, aby byl zajištěn komfort a bezpečí respondentů. Před každým rozhovorem byla provedena písemná korespondence mezi respondentem a tazatelem pro stanovení data a času hovoru. Každý rozhovor byl zahájen krátkým úvodem, během kterého byli respondenti seznámeni s cílem výzkumu, důležitostí jejich příspěvku a etickými aspekty, jako je anonymita a důvěrnost získaných informací také potvrzení o účasti ústním souhlasem (viz příloha 1). Následně byl rozhovor veden podle připravené osnovy. Dodržování odpovědí na předpřipravené otázky nebylo striktní a záleželo vždy na hovornosti a sdílnosti jednotlivých respondentů. Rozhovor byl ale směřován tak, aby byly u všech respondentů zodpovězeny všechny otázky. Respondentům byly dle potřeby kladeny i doplňující otázky pro pochopení celého kontextu některých jevů nebo skutečností. Rozhovory měly délku od 45 do 120 minut

1.5.3 Metoda zpracování dat

Rozhovory byly zaznamenány zvukovým záznamem s předchozím souhlasem respondentů. Podle doporučení Jana Hendla (Hendl, 2005) byla transkripce rozhovorů přepsána do písemné podoby technikou shrnujícího protokolu pro sjednocení podaných informací a snížení rozsahu materiálu. Rozhovory následně prošly redukcemi, aby se zachovala tematická stránka obsahu. Data byla zpracovávána pomocí tematické

kvalitativní analýzy. Pro bakalářskou práci byla analýza zvolena, protože poskytuje systematický a přístupný způsob zpracování dat, čímž umožňuje hlubší porozumění významům a souvislostem v tématu zkoumání.

Podle Virginie Braun a Victorie Clarke je tematická analýza je metodou pro identifikaci, analýzu a interpretaci vzorců (témat) v datech a nabízí flexibilitu, která umožňuje zkoumat různé teoretické přístupy a široké spektrum kvalitativních dat. Analýza dat spočívá v opakovaném přezkoumávání získaných dat, identifikaci zajímavých jevů v datech a jejich systematické kódování a shlukování kódů do témat. Následně dochází k revizi témat a jejich definování a pojmenování. (Braun & Clarke, 2008)

V samém počátku bylo nutné se seznámit se získanými údaji. Rozhovory byly přepsány již zmíněnou technikou a vytvořené texty poté byly opakovaně pročítány. Druhým krokem byla identifikace důležitých rysů a systematické kódování dat. Kódy byly vytvářeny manuálně pomocí poznámek a zvýrazňování v textu. Pro každý opakující se kód byla vybrána jiná barva, aby tak došlo k vizuálnímu odlišení jednotlivých jevů. Následně došlo k seskupení jednotlivých kódů pomocí myšlenkových map a časových os přiřazených k jednotlivým respondentům. Další fází byla revize již stanovených témat. Autor se vracel k původním datům a kontroval, zdali tvoří soudržný vzorec a případně tyto témata upravil. Předposledním krokem bylo pojmenování a definování určených témat. Poslední fází bylo přiřazení témat k jednotlivým výzkumným otázkám.

Při pročítání byly autorem dopisovány k rozhovorům jednotlivé poznámky. Pro přehlednější interpretaci byly vytvořeny jednotlivé krátké příběhy respondentů s poznámkami, týkající se okruhů, které respondenty tematicky spojovaly (projevy a diagnostika ADHD, léčba ADHD a problematika závislosti) a zároveň ke každému respondentovi byli připsány individuální prvky ve kterých se odlišovaly.

2. VÝSLEDKY VÝZKUMU

2.1 Příběhy respondentů

Pro přehlednost a seznámení se s respondenty jsou v další kapitole popsány jednotlivé případy, které zajišťují ucelený pohled na anamnézu a charakteristiku jednotlivých respondentů.

Respondent č.1(R1)

Respondent je 25letý muž, který se již od dětství potýká s diagnózou ADHD. První projevy onemocnění se objevily v raném věku, které se projevovaly zejména neklidem, neschopností soustředit se a neustálým vyrušováním ve škole. Jeho rodiče s ním od útlého věku navštěvovali různé psychology a již v první nebo druhé třídě byla stanovena diagnóza ADHD a nasazena medikace Ritalinem. Z jeho slov vyplývá, že byl v očích spolužáků často neoblíbený, a to kvůli svému impulzivnímu chování. Kamarádů měl málo a přátelské vztahy byly spíše sporadické, což mu dále komplikovalo začlenění do kolektivu.

Přechod do puberty přinesl další změny. Přes různou medikaci, která byla v průběhu let měněna, respondent nadále bojoval s běžným fungováním. Medikaci následně vysadil. Drogy mu na krátkou dobu poskytovaly úlevu – umožňovaly mu lépe komunikovat a cítit se lépe přijatý ve společnosti. První zkušenosti s pervitinem měly spíše rekreační charakter, ale postupem času začal tuto látku užívat záměrně kvůli zlepšení výkonnosti a koncentrace.

V dospělosti však začalo být zřejmé, že pervitin má destruktivní dopad na jeho zdraví i celkové fungování. Pozitivní účinky se ztrácely a převládaly negativní psychické dopady. S vědomím, že se situace stává neudržitelnou, se rozhodl vyhledat odbornou pomoc a zahájit léčbu závislosti. Dnes navštěvuje k-centrum a je v péči psychiatra, který se zaměřuje jak na léčbu jeho ADHD, tak na podporu při abstinenci.

Respondent si uvědomuje, že jeho boj s ADHD i závislostí je celoživotní záležitostí. Snaží se soustředit na dlouhodobou stabilitu, kterou mu medikace a terapie poskytují. Přestože vnímá rozdíly mezi krátkodobým „efektem“ drog a dlouhodobým

účinkem medikace, věří, že cesta, kterou zvolil, mu poskytuje větší šanci na kvalitní život. S podporou rodiny a přátel doufá, že jeho životní cesta povede k trvalé abstinenci a lepšímu zvládnání svého onemocnění.

Demografické údaje:

1. **Pohlaví:** muž
2. **Věk:** 25 let
3. **Vzdělání:** středoškolské s výučním listem

Projevy a diagnóza ADHD:

- Onemocnění bylo diagnostikováno brzy v dětství (1.-2. třída)
- Další diagnózy: hraniční porucha osobnosti, disharmonický vývoj
- Dlouhodobý vliv na vzdělávání, vztahy s vrstevníky a chování ve školním prostředí.
- V dětství projevy hyperaktivity a nepozornosti
- Zásadní obtíže se soustředěním a dokončováním jednotlivých úkonů. Respondent uvádí i neustálý tok myšlenek
- Dospělé období přináší větší sebereflexi a kontrolu, ale stále potíže s dodržováním režimu (zaměstnání) a začlenění se do kolektivu

Léčba ADHD:

- Počátek medikace Ritalinem v dětství, značné nežádoucí účinky z počátku léčby. Podle jeho slov pomáhal zlepšovat soustředění, ale nesnižoval hyperaktivitu.
- V pozdějším školním věku změna na Concentru, značné nežádoucí účinky v kombinaci s léky na diabetes, následovala změna na Stratteru.
- Strattera vysazena samovolně v období puberty, následovalo období užívání pervitinu
- Současná léčba Stratterou, docházení na terapie a léčba závislosti

Problematika závislosti:

- První užití pervitinu ve 14 letech, spolu i s vyzkoušením jiných NL (marihuana a lysohlávky), motivace byla zájem o návykové látky

- Pervitin užívaný příležitostně na párty k lepšímu začlenění do společnosti, zvýšenému sebevědomí a lepší hovornosti. Pod vlivem se cítil v kolektivu více přijat
- Později užíval pervitin záměrně pro zlepšení pracovního výkonu a soustředění
- Perioda užívání: od 14-15 let rekreačně, později záměrně pro jeho účinky, od 21 let každodenní užívání
- v období každodenního užívání popisuje respondent jeho život jako mnohem snazší, jako by ADHD neměl
- Pozitivní krátkodobé efekty se časem proměnily v negativní důsledky jako byly například špatné psychické stavy
- Pro léčbu závislosti se rozhodl po odeznění produktivních stavů
- V současné době již NL neužívá

Současný stav a léčba:

- Kombinovaná léčba ADHD a závislosti (terapie, psychiatr).
- Snaha o abstinenci s podporou okolí.

Individuální prvky:

- **ADHD jako celoživotní výzva:** Respondent chápe, že ADHD bude ovlivňovat jeho život i nadále, ale vidí v léčbě směr, jak zvládat své potíže lépe než dříve.
- **Sebereflexe a motivace ke změně:** Uvědomuje si negativní dopady užívání pervitinu a aktivně se zapojil do léčby závislosti i ADHD.
- **Význam podpory:** Rodiče se snažili jeho situaci řešit. Nyní mu oporu poskytuje i přítelkyně.

Respondent č.2 (R2)

Respondentkou je 32letá žena. Její nesoustředěnost, vzdorovitost a problémy s chováním se poprvé projevily již na prvním stupni základní školy. Na druhém stupni se situace ještě více vystupňovala – známky ve škole se zhoršovaly, projevovalo se problémové chování a přibýlo i záškoláctví. Nepocházela z dobrých rodinných poměrů a tato situace se promítala ve školním kolektivu. Mezi vrstevníky byla součástí skupiny sociálně znevýhodněných dětí nacházejících se v podobné životní situaci jako ona.

Žila s matkou alkoholičkou a nevlastním otcem, se kterými vyrůstala spolu se svou sestrou. Se sestrou neměla od dětství dobrý vztah vzhledem k rozdílnosti svých povah. Matka respondentky se také ke svým dcerám chovala odlišně. Sestru vyzdvihovala a chválila pro její výsledky ve škole, pro respondentku naopak neměla pochopení.

Později pro nedodržování školní docházky byla na několik měsíců umístěna do diagnostického ústavu. Nicméně toto opatření nepřineslo dlouhodobé zlepšení. Následovalo opakované umístění do diagnostického ústavu a poté do dětského domova. Cestu jí komplikovala i její historie se závislostí. První zkušenosti s drogami přišly v dospívání, když se pohybovala mezi problémovými vrstevníky. Pervitin se stal součástí jejího života pouze krátce. Užívala ho několik měsíců po přerušení těhotenství. Tato silná emoční událost ji zasáhla na tolik že se po rekreačním užívání NL dostala do silné závislosti na pervitinu. Pervitin následně s pomocí partnera vydetoxifikovala, nicméně její inklinace k NL přetrvala a později respondentka nadměrně konzumovala alkohol. Následovalo druhé těhotenství. Syna později přenechala svému bývalému partnerovi (otci dítěte) a přestěhovala se do ciziny se svým novým partnerem. S novým partnerem popisuje silnou závislost na kokainu. Po tomto období našla svého nynějšího manžela, který jí podle jejích slov hodně pomohl.

Diagnózu ADHD obdržela až ve věku 31 let po porodu, kdy se snažila lépe pochopit nejen sama sebe, ale i svého staršího syna, který také trpí ADHD a potřebuje ve škole asistenta. Poznání, že její problémy mají skutečný, medicínský základ, jí přineslo úlevu a zároveň otevřelo nové dveře k sebepoznání. Zjistila, že není jen „líná“ nebo „nepřizpůsobivá“, ale že její potíže mají hluboké kořeny.

ADHD pro ni znamená každodenní výzvu – chaos v organizaci, nutnost zapisovat si schůzky a úkoly, a také boj s vyčerpáním a motivací. Medikace jí pomáhá zlepšit soustředění a snižuje emoční výkyvy. Léky však přinášejí také vedlejší účinky, s nimiž se musela naučit pracovat. Přesto zůstává obezřetná a ví, že i životní styl a striktní režim by mohly být klíčové pro zlepšení jejího stavu.

S ohledem na svou zkušenost vnímá, že lidé s ADHD mohou mít větší sklony k závislostem a obtížně se vyrovnávají s náročnými situacemi. Přesto nadále usiluje o lepší

život nejen pro sebe, ale i pro své děti. Ví, že cesta k léčbě je dlouhá a plná překážek, ale s pevnou vůlí a cílenou podporou doufá, že může být příkladem.

Demografické údaje:

4. **Pohlaví:** žena
5. **Věk:** 32 let
6. **Vzdělání:** středoškolské s výučním listem

Projevy a diagnostika ADHD:

- Problémy se soustředěním, disociací a vzdorovitým chováním už od základní školy
- Patřila do skupiny sociálně znevýhodněných dětí, které se izolovaly od ostatních
- Diagnóza ADHD Byla stanovena až ve 31 letech
- Problémy se strukturou dne, neustálé rozptylování a tendence odkládat úkoly Vše si musí zapisovat a strukturovat, aby zvládla běžné denní úkoly
- Neorganizovaný život a citová nestabilita ovlivňovaly její partnerské vztahy a přístup k rodičovství

Problematika závislosti:

- Kouření tabáku a marihuany během dospívání, později i pervitin a kokain
- Zneužívání pervitinu a kokainu mělo výrazné dopady na její psychický stav i celkovou organizaci života. Popisuje silné abstinenční příznaky a nefunkčnost v rodinném životě
- Pokusila se detoxikovat sama s podporou partnera, což bylo náročné, ale nakonec se jí podařilo abstinovat
- Po opuštění pervitinu přešla na nadměrné užívání alkoholu, což také postupně překonala
- Respondentka zmiňuje, že se v životě potýkala i závislostí na jídle a sociálních sítích

Léčba ADHD

- Pravidelně užívá medikaci (Concentra), která pomáhá s lepší organizací a náladovostí. Ráda by získala dostupnější terapeutickou podporu, která je pro ní v současné situaci finančně náročná
- Medikace pomohla se zlepšením soustředění, organizaci a snižováním emočních výkyvů, i když se zpočátku objevily vedlejší účinky, které postupně ustoupily.

Individuální prvky:

- **Odlišné sociální podmínky a sociální stigma:** Vyrůstala v chudých poměrech, které ji izolovaly od zbytku kolektivu a prohlubovaly její problémy s chováním
- **Komplexní problémová historie:** Kombinace ADHD, závislostí, deprivace v dětství a složitého rodinného prostředí přispěla ke komplikovanému životnímu vývoji
- **Zvládnutí závislostí bez institucionalizované léčby:** Sama prošla odvykáním s podporou nejbližšího okolí
- **Sebereflexe a snaha o zlepšení:** Přestože byla okolnostmi silně poznamenána, projevuje odhodlání a snahu najít lepší životní směr pro sebe a svou rodinu
- **Vztah k sobě a rodině:** Snaží se být dobrou matkou a partnerkou, uvědomuje si chyby z minulosti a chce zajistit lepší budoucnost pro své děti

Respondent č.3 (R3)

Muž, 30 let, vystudoval odborné učiliště a v současnosti žije s diagnózou ADHD, jehož projevy ho provází od dětství. První projevy začaly už na základní škole, kdy vykazoval značné problémy se soustředěním a pozorností. Hyperaktivita však nebyla přítomna; jeho projevy se spíše týkaly tiché a uzavřené povahy.

Školní prostředí bylo pro něj náročné – ztráta pozornosti během výuky vedla k potížím s učením, hlavně na druhém stupni, kdy se zvýšila náročnost učiva. Učitelé ani

rodina nepřikládali jeho problémům větší váhu. Časté nálepkování nepřizpůsobivého a problémového dítěte, ovlivnilo jeho vztah k autoritám a vedlo k nízkému sebevědomí.

V sedmé třídě se začal problémům věnovat sám, když vyhledal pomoc psychiatra, ale první oficiální diagnózu (ADD) získal až ve věku 25 let. První lék, který mu byl předepsán – Strattera – neměl žádný účinek. Později po druhé diagnóze ve 27 letech přešel na Concentru, která přinesla dílčí zlepšení, ale neumožnila mu plně zvládat běžné každodenní aktivity bez sebemedikace pervitinem. ADHD výrazně ovlivňuje jeho pracovní schopnosti, kdy nezvládá monotónní činnosti a vyhledává situace plné výzev.

Poprvé zkusil pervitin ve svých 18 letech, který začal pravidelně užívat ve 20 letech. Pervitin se stal způsobem, jak čelit jeho problémům se soustředěním, a od 25 let jeho závislost narůstala. Droga mu umožňuje efektivnější fungování a zmírňuje příznaky ADHD, což si uvědomuje jako značně rizikové. Momentálně se snaží udržovat užívání pervitinu pod kontrolou.

Demografické údaje:

- Pohlaví: Muž
- Věk: 30 let
- Vzdělání: Výuční list

Projevy a diagnóza ADHD:

- ADHD se začalo projevovat již na základní škole, což vedlo k problémům s učením, především od druhého stupně ZŠ, kdy se školní látka stala náročnější. V důsledku nepozornosti a obtíží se soustředěním bylo školní prostředí stresující a neproduktivní.
- Hyperaktivita se neprojevovala, ale výrazná byla nepozornost a tichá povaha, se spolužáky si rozuměl a neměl pocit vyčlenění
- Poruchu pozornosti respondent řešil samostatně již od 7. třídy, kdy se obrátil na psychiatra. První oficiální diagnózu poruchy pozornosti získal až ve 25 letech
- ADHD ovlivňuje každodenní život, práci i vztahy. Schopnost soustředění a zvládání monotónní činnosti je omezená. Potřeba neustálých výzev a neschopnost monotónních činností komplikuje pracovní nasazení.

Léčba ADHD:

- První medikace Strattera ve 25 letech, která byla bez efektu.
- Současně užívá Concentru, která pomáhá pouze částečně. Její účinnost a dávkování je považováno z jeho strany za nedostatečné.
- Bez kombinace s pervitinem respondent uvádí, že není schopen plnohodnotného fungování.

Problematika závislosti:

- V dospívání experimentování s marihuanou
- Poprvé užil pervitin v 18 letech. Pravidelné užívání od 20 let. Od 25 let je závislost silnější, využívá drogu ke zvládnutí každodenního života.
- Odvykací stavy potvrzuje. Významná je spavost a neschopnost se donutit k jakékoliv činnosti
- Pokus o vysazení: z počátku nedobrovolně, pouze s užíváním medikace. Cca 1 měsíc

Současná situace:

1. Současně dle jeho slov udržuje kontrolované užívání pervitinu, zejména v kombinaci s medikací ADHD, což mu umožňuje fungovat. Uvědomuje si rizika spojená s užíváním a jejich vliv na rodinu, vztahy a práci.
2. Vnímá pervitin jako náhradu za nedostatečnou medikaci. Považuje drogu za prostředek, který mu umožňuje fungovat v každodenním životě.

Individuální prvky:

- Kvůli problémům s pozorností a dlouhotrvajícímu trápení se školními úkoly docházelo k problémům s vnímáním autorit a k nízkému sebevědomí. Chyběla podpora ze strany rodiny a školy.
-

2.2 Odpovědi na výzkumné otázky

Uvedené odpovědi na výzkumné otázky vychází z kvalitativní tematické analýzy polostrukturovaných rozhovorů. Témata jsou vyznačena v textu tučným písmem a čísly.

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou nejčastější důvody a motivace osob s ADHD užívání pervitinu?

1. Snahy kompenzovat symptomy ADHD:

Zlepšení soustředění a výkonu:

U dvou respondentů byla motivace k užívání pervitinu jeho efektivita na symptomy ADHD ve smyslu zlepšení. První respondent zdůraznil, že pervitin mu pomáhal soustředit se na práci a plnit úkoly, které by jinak odkládal. Užíval jej záměrně pro zlepšení výkonnosti: *„Užívání během zaměstnání probíhalo jednou za měsíc. Po užití jsem pociťoval zlepšení pracovního výkonu a lepší soustředění.“* ... *„V 18 letech jsem si uvědomil, že užívání není pouze rekreační, ale docházelo k záměrnému užívání pro lepší výkonnost a koncentraci. Kolem 21 let už byl potřebný ke každodennímu fungování. častější užívání také vedlo i k negativním důsledkům. Pociťoval jsem ale lepší tvořivost a každodenní život byl pro mě snazší a převažovaly pro mě pozitivní důsledky nad negativními.“* **(R1)** Třetí respondent pervitin vnímá jako prostředek, který mu umožňuje soustředit se, organizovat si myšlenky a dokončit úkoly, což by jinak nebyl schopen zvládnout. Vnímá jej jako efektivnější nástroj než standardní medikaci: *„Z počátku jsem si ten vliv neuvědomoval. Líbila se mi na tom ta vytrvalost, kdy člověk nespí celý noci a něco dělá. Dokázal jsem si na tom vytvořit třeba podnikání. Ten mozek sepne a myslí jinak.“* **(R3)** Druhá respondentka si vliv pervitinu na symptomy ADHD nepamatuje. Dle jejich slov žila velmi neorganizovaný život a neuvědomovala si tedy vliv na onemocnění.

2. Úleva od emocionálních a psychických problémů:

Únik od reality a zvýšení sebevědomí:

U dvou respondentů se pojí začátky užívání pervitinu s jeho efekty. Prvnímu respondentovi pervitin umožnil lépe komunikovat s lidmi a cítit se přijímaný. Zmiňoval, že se díky užívání cítil sebevědomější a schopnější, což mu usnadnilo interakci s vrstevníky a zvýšilo mu to sebevědomí: *„Jak jsem říkal že jsem byl neoblíbený, tak na tom pervitinu jsem se dokázal s těmi lidmi bavit normálně a měl jsem větší sebevědomí a pomáhalo mi to v tom být lepší aspoň já jsem si lepší připadal. Mohl jsem komunikovat normálně a ty lidi mě lépe přijímali.“* **(R1)** Třetí respondent měl zájem po prvním užití dále zkoumat jeho účinky: *„Pak jsem se jeli projet, on mi něco nasypal, já jsem si to šňupnul a během krátké chvíle jsem z té opilosti vystřízlivěl. Dostavila se velká hovornost, snížení zábran a vysoké sebevědomí. Docela jsem si to s kamarádem užil. Za pár měsíců jsem si to sehnal sám a doma jsem si to dá se říct vědecky testoval. Chtěl jsem o tom vědět víc.“* **(R3)** U druhé respondentky bylo užití pervitinu reakcí na silnou emoční situaci, kterou bylo nedokončené těhotenství a následná deprese. Pervitin jí nabídl úlevu od negativních pocitů: *„No a pak jsem otěhotněla ale i jsem v průběhu těhotenství onemocněla toxoplazmózou a plod jsem nedonosila. Po návratu z porodnice jsem ještě ten den zkusila pervitin. Nabídl mi ho bývalý partner na mojí depresivní náladu.“* **(R2)**

3. Vliv sociálního prostředí

Tlak vrstevníků a vliv okolí:

První a druhý respondent prvně užili pervitin v kolektivu. První respondent popisoval, že k užití došlo na párty, kde jej k tomu vedla zvědavost a snaha zapadnout mezi ostatní: *„K užívání–většinou docházelo na free party, které jsem navštěvoval. Tam to jde ruku v ruce. Užívání bylo spíše rekreační. Lépe jsem komunikoval a pomáhalo mi to zapadnout do kolektivu“* **(R1)** Třetí respondent užil pervitin v kolektivu vrstevníků náhodou. Podle jeho slov byl vždy proti pervitinu vyhrazený, ale pod vlivem alkoholu a ztrátou zábran pervitin po nabídce přijal: *„Poprvé to bylo na rozlučáku s učňákem, dostal jsem se k tomu vlastně náhodou, přes kamaráda, který užíval. V té době už jsem nějaké zkušenosti s drogama měl, tak jsem nebyl proti, když mi to nabídl.“* **(R3)** Druhou respondentku do užívání ji zapojil její tehdejší partner, který pervitin vařil a prodával. Prostředí, ve kterém žila, bylo drogově orientované, což jí usnadnilo přístup k pervitinu. (viz předchozí odpověď)

Vyloučení z kolektivu:

Během školních let se u dvou respondentů vyskytlo určité vyloučení ze stran vrstevníků. První respondent uvádí, že vrstevníky nebyl dobře přijímán: „*Vrstevníci a spolužáci na onemocnění reagovali špatně, byl jsem vcelku neoblíbený typ, neměl jsem moc kamarády, většinou jim vadilo moje chování.*“ **(R1)** Druhá respondentka vyrůstala v chudých poměrech, které ji izolovaly od zbytku kolektivu: „*Moc jsem nezapadala, pořád jsem se držela jedné sociální vrstvy, neměli jsme peníze, neměli jsme svačiny, nejezdili jsme na výlety. Takže jsme byli ve třídě taková partička chudých s podobnými typy rodičů. Měla jsem tam i nejlepší kamarádku co měla maminku alkoholičku a feťačku. Takže sem spíš držela se svojí sociální skupinou.*“ **(R2)**

4. Zvědavost a experimentování:

Všichni 3 respondenti během rozhovoru uváděli, že u nich převažoval v období dospívání silný zájem o návykové látky a jejich účinky. Před užitím pervitinu experimentovali i s jinými návykovými látkami. První respondent uvedl, že jej zajímaly změněné stavy vědomí a chtěl si pervitin vyzkoušet ze zvědavosti: „*Vždy mě fascinovaly změněné stavy vědomí a celkově drogy. Nejdříve jsem začal užívat marihuanu (půl roku před užitím pervitinu), pak lysohlávky a nakonec pervitin.*“ **(R1)** Druhá respondentka: Byla od mládí zvědavá na návykové látky a chtěla experimentovat, což ji postupně vedlo k užívání pervitinu a dalších drog: „*Já jsem měla zájem o návykové látky od mladého věku. Byla sem hodně zvědavá a chtěla jsem si to vše zkusit.*“ **(R2)** Podobně tak jako třetí respondent, který měl před užitím pervitinu s návykovými látkami zkušenost: „*Dokud jsem nezkusil pervitin, tak byl pro mě velký tabu, vždy jsem byl proti tomu. Ale když jsem chodil na párty, tak jsem se nezdráhal dát si třeba extázi. Taky jsem měl zkušenosti s trávou a houbičkama. Takže se dá říct, že jsem měl docela zájem o návykové látky.*“ **(R3)**

5. Zkreslené očekávání od pervitinu

Vnímání pervitinu jako lepší varianty:

Třetí respondent vnímal pervitin jako způsob, jak „nastartovat mozek“ a kompenzovat to, co medikace ADHD nedokázala zajistit. Tento efekt jej vedl k tomu, že

drogu později používal jako nástroj k fungování v běžném životě: „Největší množství pervitinu jsem užíval, když jsem byl na takovém vrcholu úspěchu, ale bohužel člověk, pro kterého jsem pracoval mi umožnil největší růst. Měla jsem vysokou pozici no a nadřízenými pořád přidával a přidával práci a já jsem zvládl nemožné úkoly a potom jsem se z toho psychicky zhroutil a odešel jsem odtamtud vyhořelej“. **(R3)** Druhá respondentka pervitin užívala jako svojí emoční záplatu a kvůli problémům s váhou i jako prostředek na hubnutí: „Po pervitinu jsem začala hubnout, a to mi vyhovovalo. Pak jsem si to kupovala i bez toho, aniž by to partner věděl. Užívala jsem každý den asi 4 měsíce.“ **(R2)** První respondent pervitin zpočátku považoval za řešení svých problémů s ADHD a zlepšení sociálních interakcí, což vytvořilo dojem, že je droga „užitečná“. (viz. předchozí odpovědi)

6. Negativní rodinné a sociální zázemí:

Vliv traumatu, nedostatek opory:

Dva respondenti popisují i negativní vliv přístupu rodiny a vzdělávacích institucí: „Jak jsem říkal, řeším to asi od 7. třídy. Já jsem věděl že je na mě něco zvláštního, když všichni dokážou dávat pozor na tabuli a já po 5 minutách omdlívám a usínám. Učitelé mě měli za grázla, co na to kašle. Pak jsem to začal řešit po vlastní ose. S mámou jsem neměl dobrý vztah a ta vůbec takový věci neřešila. Pro ni jsem byl taky grázl. Tak jsem šel k doktorovi, a ten mi napsal antidepressiva, který jsem hned venku vyhodil do koše a vykašlal jsem se na to.“ ... “Já jsem byl až zvláště klidný. V kolektivu jsem si se všema rozuměl, ale pro mě bylo vyloženě utrpení, že to takhle malému dítěti všichni říkají a pak se tomu přizpůsobí. Vlastně když ti pořád říkají že si grázl, tak se grázlem staneš.“ **(R3)**

„Maminka se mě zřekla. Tím že jsem byla problémová a chodila sem za školu tak rodičům furt vyhrožovali, že budou trestaný. Protože já jsem tu školní docházku musela dodržovat a kdybych jí nedodržovala tak jsou stíhaný rodiče. A tenkrát jsem chodila na sociálku a nelepšila jsem se a nikdo nezjišťoval proč, jen věděli, že jsem problémová a že se nechci učit, nechci být doma atd. Maminka se rozhodla že mě pošle na 3měsíční pobyt do diagnostického ústavu. Kde jsem byla jako na nápravě. A potom co jsem po té nápravě pořád nechodila do školy – furt sem utíkala a bylo to daný i tou partou, protože jsem klenula k těm starším a chtěla sem být ta velká a né být s těma dětma v tý třídě tak jsem i

pila a kouřila. Maminka se rozhodla, že mě prostě nezvládá a poslala mě do toho diagnostáku zpátky. Z toho diagnostáku jsem měla jít do nápravného zařízení a tam sem naknec nešla, protože mě poslali do dětskýho domova. Protože asi zjistili že tak špatné to není, že jen potřebuji ten řád, a to správné vedení a tam jsem byla do 18 let.“ (R2)

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem ovlivňuje užívání pervitinu průběh a efektivitu léčby ADHD z pohledu pacientů?

1. Krátkodobé účinky užívání pervitinu na ADHD:

Zlepšení soustředění a výkonu:

První respondent uvedl, že pervitin krátkodobě zlepšoval jeho schopnost se soustředit, zejména při práci nebo plnění úkolů, a dokázal mu dodat energii k dokončení činností, které by jinak odkládal: *„V pozdějším věku jsem užíval pervitin převážně k tomu, abych si udělal věci, které odkládám, protože na tom mi ta hlava funguje normálně“ ... „Příznaky onemocnění se s užíváním pervitinu zlepšily.“ (R1)* Třetí respondent pervitin vnímá jako nástroj, který mu umožňuje soustředit se a dokončovat úkoly, které by jinak nebyl schopen zvládnout ani s medikací. Popisoval, že „odstraňuje závaží z hlavy“ a umožňuje mu fungovat bez pocitu vyčerpání. *(viz dále)* Druhá respondentka zdůraznila, že v době užívání pervitinu žila chaoticky a nebyla schopná posoudit jeho vliv na ADHD. Přesto uvádí, že krátkodobě zlepšil její organizovanost a výkon, zejména v pracovním prostředí: *„Užívala jsem hodně návykových látek a střídala partnery, takže si přesně nevzpomínám, jaký vliv to na mě v tomto ohledu mělo. Ale chodila jsem na tom pervitinu i do práce a nikdo to nikdy nepoznal, a naopak jsem byla celkem v té práci šikovná a šlo mi to od ruky“ (R2)*

2. Dlouhodobé negativní dopady na léčbu ADHD:

Narušení léčebného procesu:

U třetího respondenta kombinace medikace a pervitinu narušuje stabilní léčbu, protože předepsané léky vnímá jako nedostatečně účinné. Pervitin se stal hlavním

nástrojem pro zvládnání ADHD, což zcela oslabuje efektivitu farmakologické léčby: „*No já jsem vlastně nemocnej feták. Já bez toho methylfenidátu nebo bez pervitinu nedokážu fungovat. Nezvládnou to a nemůžu bez toho být, nevylezu z postele. Když mám vhodnou medikaci, teda Concentru 36 mg a vlastně dvojnásobek, než mám předepsáno, tak jsem schopný fungovat přes den, ale není to ono. Jednoduše mi to nestačí. Takže pro mě vhodná léčba je si k tomu dát 2 čáry.*“ **(R3)** U prvního respondenta užívání pervitinu postupně vedlo k jeho pravidelnosti a potřebě ke každodennímu fungování. To zhoršilo schopnost dodržovat strukturovanou léčbu ADHD, protože jeho tělo reagovalo na léky méně efektivně. Respondent měl pocit, že díky tomu medikaci nepotřebuje a dle jeho slov v tu dobu objevoval svět návykových látek. Respondent se rozhodl během začátku užívání pervitinu, že medikaci přestane užívat a došlo tak ke změně vnímání efektivity léčby ADHD a jejímu narušení. Respondent přestal užívat medikaci i během školních let bez vlivu pervitinu: „*Léky jsem nebral ráno ale v dopoledních hodinách, takže postupem času, třeba v 5.-6. třídě jsem medikaci bral sám ve škole což jsem nedělal. Mamce jsem sice říkal že jo, ale neužíval jsem je. Takže léčbu jsem tímto narušoval. Rodiče si tohoto nevšimli, ritalin byl převážně na to soustředění, což jsem dokázal ale to vyrušování a ten pocit být středem pozornosti přetrvával.*“ **(R1)**

Kombinace léků:

Třetí respondent užíval v minulosti pervitin současně s léky na ADHD: „*Stratteru jsem užíval současně i s pervitinem zhruba jedenkrát týdně.*“ **(R3)** V současnosti užívá Concentru spolu s pervitinem. Uvádí ale, že vždy s časovým odstupem, nikdy ne současně v jeden čas.

3. Porovnání účinků pervitinu a léků na ADHD:

Dva respondenti zdůraznili, že pervitin poskytoval stabilnější účinek na soustředění, energii a organizaci. Uvádají také značný rozdíl v efektu léčiva a efektu pervitinu. Medikace je naopak vnímána jako stabilnější, ale více „nakopávající“. Tento kontrast vede u jednoho respondenta k částečné nespokojenosti s farmakologickou léčbou.

Třetí respondent popsal, že předepsaná medikace na něj efekt má, ale pouze při vyšších dávkách, které překračují běžně doporučené dávkování. Medikaci vnímá spíše jako doplněk k pervitinu: „*Concentra dělá to, že v obou rukách držím jakoby závaží, ale je*

to prostě v křeči, není to ono. Zkoušel jsem to teď, když jsem teď byl měsíc a půl čistej. začal jsem užívat Concentru jeden den jsem místo 2 tabletek měl 10 a nebylo to ono, bylo to jak se závaším, člověk to udrží. Ale když si dám ani ne čáru, tak to závaží jakoby odpadne a ta hlava začne fungovat.“ ... „Rozdíl v těch lécích a pervitinu je, že ta Concentra dokáže člověka hodně nakopnout. Já vypadám, když si jí dám, jako sjetej, ale pervitin nemě nikdo nepozná.“ ... „Účinky se sčítají. Ty léky na ADHD člověka víc nakopnou. Jsem na nich víc hyperaktivní – víc se ošívám. Ale nedávám si oboje dvoje.“ (R3)

První respondent medikaci považuje za účinnou v oblasti soustředění, ale uvedl, že jí chybí „nárazový“ efekt, který by mu pomohl zvládnout náročné situace: *„Já jsem se s tím naučil celkem žít. Máte v hlavě 3 hlasy, které skáčou od myšlenky k myšlence. Momentálně mám medikaci, a to mi dost pomáhá se soustředěním. Sice ne soustavně, ale pokud se opravdu potřebuji soustředit dokážu ji vyvinout. Ale jiné techniky nemám. Dost mi s tím soustředěním pomáhaly drogy ze začátku, ale to se pak zvirtlo v něco úplně jiného“.* (R1) První respondent také v rozhovoru popisoval rozdíly v účinku medikace a pervitinu. Medikace je z jeho pohledu účinnější a stabilnější. Nicméně z krátkodobého hlediska je pervitin větším přínosem. Užívání se u něj pojí s dojezdy a špatnými psychickými stavy. Léky mají mnohem lepší dlouhodobý účinek, ale neposkytují tak intenzivní pocit úlevy. Pervitin je záležitost akutní na pár dní a pomáhá pouze v tu danou chvíli.

Dva respondenti jsou současně se svojí nastavenou medikací spokojeni. Uvádějí ale, že některé příznaky ADHD přetrvávají: *„V současné době užívám Strateru, před rokem jsem začal docházet k psychiatři a domluvili jsme se sami na této léčbě.“ ... „Medikace vyhovuje, je to lepší mnohem. Nežádoucí účinky nepociťuji, užívám zhruba 1 rok a spíše mi to pomáhá, a to mě motivuje v léčbě pokračovat.“* (R1) *„S léky jsem spokojená. Mám Concentru a tu si dávám odpoledne. Dříve jsem si jí dávala ráno, ale to mi nevyhovovalo, protože sem byla unavená. Už nejsou tak nakopávající jako na začátku a ani nemám problémy se spánkem. Jediné, co je nepříjemné, je že mám velký hlad před další dávkou léku, když dojíždí ta stará.“* (R2)

Dlouhodobé dopady na psychiku a organizaci života:

Třetí respondent zdůraznil, že bez pervitinu nebo vysoké dávky léků není schopen fungovat. Kombinace medikace a drogy ho sice umožnila „přežít den“, ale dlouhodobě

zcela narušila možnost efektivní léčby ADHD. První respondent popisoval, že závislost na pervitinu mu sice umožňovala krátkodobé zlepšení výkonu, ale dlouhodobě vedla k úzkostem, zhoršení psychického stavu a vyhoření.

Výzkumná otázka 3: Jak osoby s ADHD subjektivně vnímají adekvátnost a účinnost současných léčebných postupů, a jakou roli v tomto vnímání hraje užívání pervitinu?

1. Subjektivní vnímání účinnosti léčby ADHD:

Pozitivní aspekty léčby:

Všichni respondenti, kteří užívají medikaci uvedli, že léky přinášejí určité zlepšení, zejména v oblasti soustředění a organizovanosti. Například druhý respondent uvedl, že Strattera mu pomáhá se soustředit, i když ne na vše a ne soustavně. Třetí respondentka zmínila, že jí Concentra pomohla snížit emoční výkyvy, podpořila větší zodpovědnost v jejím každodenním životě a celkově pomohla stabilizovat psychiku *„Jsem díky nim lépe organizovaná než před tím a taky se více snažím. Léky mi také pomáhají i s psychikou, dokážu překonat náladovost a cítím větší zodpovědnost.“ (R2)*

Negativní aspekty léčby:

Druhý respondent zmiňoval, že starší léky jako Ritalin měly výrazné vedlejší účinky, jako je nechutenství a apatie, což narušovalo jeho ochotu k léčbě v dětství: *„V 1. třídě začátek užívání Ritalinu. Byl jsem z toho ze začátku hodně utlučený a na základě toho jsem to potom nechtěl brát, protože měly dost nežádoucích účinků. Byl jsem apatický a měl jsem pocit nechutenství. Ritalin jsem užíval do 5. třídy, pak následovala změna doktorky, kvůli odchodu do důchodu. Nová psychiatrická Ritalin nedoporučila a změnila medikaci na Concentru. Následně ke konci 7. třídy došlo kvůli kombinaci s léky na cukrovku k NÚ (převážně nechutenství a došlo k vysazení léků na doporučení lékařky a změna na Strateru.“ (R1)* Druhá respondentka popisovala silný účinek léku, který se podobal užití pervitinu: *„Hned po nasazení jsem si přišla jak na pervitinu, mělo to stejný nabuzující efekt. Dokonce jsem se ujišťovala i u psychiatra, jestli mají mít léky takový efekt. Docela mě to tenkrát vyděsilo, bušilo mi srdce, byla jsem roztěkaná a neměla jsem pocit hladu. Po 14 dnech to ale přestalo“ (R2)*

Nedostatečný efekt:

Třetí respondent popisoval, že maximální dávka léků je pro něj nedostatečná a že je doplňuje užíváním pervitinu: *„Když používám Concertu a jsem bez pervitinu, tak jsem vyřízenej. Concentra mě dokáže trošku udržet v chodu, ale jdu až do depresí nemůžu vylézt z postele a topím se v životě. Concentra mě totiž neuklidní.“* ... *„Maximální schválená dávka toho léku je pro mě nedostatečná léky si platím ze svého a jedna krabička stojí 800 Kč, ale ta mi nestačí ani na měsíc. Spíš je to takovej doplněk k tomu pervitinu.“* (R3) Během užívání došlo i na několik týdnů k vysazení pervitinu kvůli jeho nedostupnosti. Respondent to z počátku bral jako nedobrovolný detox, a později se rozhodl, že to zkusí i bez užívání: *„Pauza v užívání začala nedobrovolně kvůli tomu, že pervitin nebyl k dispozici. Vzal jsem, že se aspoň vyspím a pak jsem si řekl že to k něčemu bude a nic si z toho vytěžím a byl jsem jenom na lécích. Po tom měsíci a půl jsem si vědomě pak šel sehnat, protože sem nefungoval, jak jsem potřeboval“* (R3)

2. Role pervitinu ve vnímání léčby ADHD:

Pervitin jako náhrada za medikaci:

Třetí respondent uvedl, že bez pervitinu nebo vysokých dávek medikace není schopen fungovat. Pervitin vnímá jako účinnější, protože „odstraňuje závaží z hlavy“ a umožňuje mu lépe zvládat denní úkoly. První respondent popisoval, že pervitin mu krátkodobě pomáhal lépe komunikovat a zapadnout do kolektivu, což léky nedokázaly zajistit. Třetí respondentka zase zdůraznila, že pervitin jí poskytoval rychlý nástroj pro zvládnutí stresu a depresivních stavů.

3. Nedostatky současné léčby ADHD podle respondentů:

Dostupnost léčby:

První respondent popisoval problémy s hledáním psychiatra: *„Bylo náročné sehnat psychiatra, ze začátku jsme vystřídaly několik psychiatrů až pak jsem našel psychiatra mimo moje okolí, za kterým dojížděl. Tenkrát sme byli všude možně.“* (R1) Třetí respondentka zmiňovala finanční bariéry, které jí brání v docházení na terapii: *„Na*

terapie jsem chtěla docházet, ale kvůli finančním možnostem to není možné, ale terapie by byla určitě pro mě vhodná a uvítala bych dostupnější možnosti.“ (R2)

Stigmatizace ze strany odborníků:

Druhá respondentka nebyla spokojena z průběhem své diagnostiky. Setkala se ze stigmatizací ze strany personálu odborného zařízení. Následná péče u psychiatra byla pro respondenta příjemnější. Nicméně by uvítala nějakou formu terapeutické péče v přijatelnější finanční formě: *„Po porodu druhého syna jsem měla silné deprese a emoční výkyvy a takové vyhoření. Rozhodla jsem se navštívit psychiatra a ten mě odkázal ke klinické psychologce. Tam jsem absolvovala dlouhý test. Diagnózu mi žádnou neřekla a během rozhovorů mě vůbec neposlouchala, nesnažila se mě pochopit a vlastně mi jen do zprávy napsala ve zkratce, že jsem neschopná. Po rozhovoru s psychologkou jsem znovu navštívila psychiatra a ten si semnou udělal svůj rozhovor a diagnostikoval mě. Nasadil léky a můj stav se začal lepší.“ (R2)* Třetí respondent také nebyl spokojen s přístupem odborníků a ztratil tak důvěru v odborná zařízení: *„Při první diagnóze jsem se hodně otevřel, a to bylo i naposledy co jsem o tom mluvil s nějakým doktorem. Říkal jsem si, že je potřeba mluvit otevřeně, aby ta psychologka pochopila, jak to je a když jsem si pak přečetl, co napsala tak to bylo v podstatě jen to kdy jsem začal hulit a celý to bylo z cesty. A na konci bylo vlastně jen, že jsem trošku nepozorný.“ (R3)*

4. Ideální léčba ADHD z pohledu respondentů:

Druhá respondentka uvedla, že medikace jí umožňuje být zodpovědnější a lépe zvládat denní úkoly: *„S lékama se to teda zlepšilo. Dřív ty příznaky byly silnější. Teda změnilo se to i s dětmi. Ted taky funguju jinak. Ale před tím, než jsem měla druhé dítě tak syn odešel do školy a místo toho abych zvědla uklidit a navařit tak, než se vrátí tak jsem si šla lehnout a ležela sem celý den. Měla jsem hodně depresivní stavy. To si myslím že bylo i tím že v průběhu života tam byli i ty drogy, to pak toho ovlivňuje toho člověka. A také soustředění se hodně zlepšilo s užíváním léků.“ (R2)* Také zmínila i jiné aspekty, které by jí mohly se zvládnutím příznaků pomoci: *„Techniky nemám ale vím, co by mi pomohlo. Kdybych měla na sebe víc času, víc dbát na životní styl a stravu bez cukrů. S dětmi to moc nejde, ale kdybych mohla dodržovat nějaký svůj striktní plán každý den, myslím, že bych léky ani nepotřebovala.“ (R2)*

První respondent v současné době dochází k psychiatři, se kterou se vzájemně domluvili na léčbě ADHD a zároveň dochází na terapie do K-centra na léčbu závislosti. Léčba mu takto vyhovuje a má v plánu pokračovat v abstinenci a zároveň i zmínil, že si uvědomuje, že je to boj na celý život: *„V současné době mi medikace (Strattera) vyhovuje, je to lepší mnohem. Nežádoucí účinky nepociťuji, užívám zhruba 1 rok a spíše mi to pomáhá, a to mě motivuje v léčbě pokračovat.“* **(R1)**

Třetí respondent je sice v současné době v péči psychiatra nicméně ho vidí pouze jako prostředek pro získání medikace nikoliv jako místo pro získání opory: *„Já nepotřebuju nikoho, kdo by si se mnou povídal, já chci, aby mi dal, co potřebuju.“* **(R3)** Svoji ideální léčbu popsal takto: *„Moje ideální podmínky by byly se nestresovat o peníze, být zabezpečený, mít klid a moct relaxovat. Mít nějakou motivaci, ať už je to dítě nebo třeba pes. Nějaký koníček, který mě bude bavit i když nejsem sjetej a samozřejmě nějaká vhodná medikace. Terapeut by byl upozaděný prvek léčby.“* **(R3)** Nicméně i přes ideální podmínky by s užíváním pervitinu nepřestal: *„Jak se říká jednou feťák, vždycky feťák. Ta droga člověku chybět bude, ta chuť na to bude vždycky, ten pocit na tom je takovej, kterej nikdy člověk nezažije a odepřít si ho navždycky je pro mě nereálný. Málokdo by o to stál. Na druhou stranu, kdybych za ideálních podmínek měl ideální léčbu, tak bych s tím nepřestal úplně ale omezil bych to užívání na jedenkrát za měsíc nebo 14 dní. Ta myšlenka toho, že už si není to nikdy nedám ta představa je pro mě tak omezující, že je to pro mě nepředstavitelné. Ale myslím si, že nebudu užívat do konce života dám spoustu starších kterýž užívej a není to na nich poznat, takže to kontrolované užívání jde, ale to bych asi nechtěl nemám v plánu v tom pokračovat na furt. Musím najít rovnováhu mezi střídavým užíváním a prací, kterou zvládnou s mojí roztržitostí.“* **(R3)**

2 DISKUSE

Tato bakalářská práce se zaměřila na zkoumání vztahu mezi poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), její léčbou a užíváním pervitinu. Na základě kvalitativní analýzy rozhovorů byly identifikovány klíčové motivace k užívání pervitinu, jeho vliv na léčbu ADHD a subjektivní vnímání adekvátnosti léčby. Diskuse se zaměřuje na interpretaci těchto zjištění, jejich zasazení do kontextu existující literatury, limity výzkumu a doporučení pro praxi i budoucí výzkum.

Výzkumné šetření má své limity. Jedná se především o subjektivní interpretaci respondenty, a proto byly získané pouze informace, které respondenti chtěli sdílet. Dále také mohly vzniknout zkreslení při vzpomínání na události, které se odehrávaly před několika lety. Vzpomínky mohou být poznamenané selekcí, vytěsněním nebo zapomenutím. Je nutné brát i v potaz vliv výzkumníka na respondenta a jeho snahu se reprezentovat v lepším světle. Na kvalitu paměti může mít vliv i samotný pervitin nebo jiné návykové látky. Zkreslení výsledků může být zapříčiněno i malým a nereprezentativním vzorkem, který neumožňuje generalizovat závěry na širší populaci. Malý vzorek respondentů zapříčiňuje různorodost v některých aspektech. U jednoho respondenta se jednalo pouze o přechodný stav, u druhého se jednalo o užívání do té doby, než pervitin ztratil účinky, u třetího užívání a závislost na pervitinu pokračuje. Větší vzorek respondentů by mohl přinést širší pohled na problematiku. Analýza dat byla zpracovávána jednou osobou, a to může být další limit v interpretaci výsledků. Data tak mohou být subjektivně zkreslená autorem a mohla být zvolena nevhodná metoda analýzy dat.

Motivace k užívání pervitinu

Jedním z hlavních zjištění byla snaha respondentů využít pervitin jako prostředek ke kompenzaci symptomů ADHD. Dva respondenti uváděli, že pervitin zlepšoval jejich schopnost soustředění, výkon a organizaci. Tato zjištění odpovídají závěrům studií Wilens a Morrison (2011), které upozorňují na časté využívání stimulantů u osob s ADHD za účelem zlepšení kognitivních funkcí. Tito respondenti zároveň popisovali, že pervitin byl účinnější než běžná medikace, a to především díky jeho silnému efektu na koncentraci.

Dalším důležitým aspektem byla úleva od psychických problémů a zvýšení sebevědomí. Dva respondenti zmiňovali, že užívání pervitinu jim pomohlo zvládat sociální interakce, které pro ně byly jinak náročné. Tento jev potvrzuje teorie, že stimulanty mohou dočasně zvýšit pocit sociální kompetence a zmírnit úzkost (De Micheli & Formigoni, 2002). Na druhé straně je třeba diskutovat o rizicích spojených s tímto vnímáním, kdy pervitin může být chápán jako „rychlé řešení“ problémů, což zvyšuje pravděpodobnost vzniku závislosti.

Zásadním faktorem ovlivňujícím první užití pervitinu byl také vliv sociálního prostředí. Všichni respondenti popsali, že k prvnímu užití došlo v kontextu kolektivu, často za přítomnosti vrstevníků nebo partnerů.

Vliv pervitinu na léčbu ADHD

Pervitin měl na léčbu ADHD u respondentů dvojitý vliv – krátkodobé zlepšení symptomů, ale dlouhodobě narušení léčebného procesu. Krátkodobé zlepšení soustředění a výkonu potvrzují respondenti zejména v pracovním prostředí. Jeden z nich uvedl, že pervitin mu umožňoval zvládat úkoly, které by jinak odkládal. Tento jev ukazuje na potenciál stimulantů jako krátkodobého řešení, avšak také na rizika spojená s jejich užíváním. Období užívání tak mohlo oddálit návštěvu odborníků. Dlouhodobé užívání pervitinu u jednoho respondenta vedlo k narušení strukturované léčby ADHD. Užívání pervitinu postupně vedlo k závislosti, což ovlivňuje efektivitu léčby. Tato zjištění zdůrazňují dlouhodobé negativní dopady nelegálních stimulantů, které zahrnují nejen závislost, ale i narušení účinnosti standardní medikace (Wilens & Morrison, 2011).

Respondenti také poukazovali na rozdíly mezi účinky medikace a pervitinu. Zatímco léky byly vnímány jako stabilní a dlouhodobě účinné, pervitin však poskytoval intenzivnější, ale krátkodobý efekt. Tato ambivalence naznačuje, že léčba ADHD by měla zahrnovat individualizovaný přístup, který lépe odpovídá potřebám pacientů. Přístup by měl zahrnovat jak správný výběr medikace, ale tak i vhodnou nefarmakologickou léčbu. Tento rozdíl v účinku mezi medikací a pervitinem a zdůrazňuje riziko, že osoby s ADHD mohou upřednostňovat užívání návykových látek před předepsanou medikací, zejména pokud cítí, že léky neposkytují dostatečnou úlevu. Pervitin tak způsobuje nereálné očekávání od léčby ADHD, což vedlo k nespokojenosti s medikací a terapií. Tento závěr je podpořen výzkumy zaměřenými na zneužívání stimulantů u dospělých s ADHD, které

ukazují na zvýšené riziko návykového chování v této populaci (Kollins, 2008; Wilens et al., 2008).

Adekvátnost léčby ADHD

Všichni respondenti popisovali, že farmakologická léčba ADHD jim přinesla určitá zlepšení, zejména v oblasti soustředění a organizovanosti. Nicméně její efekt byl vnímán jako ne vždy konzistentní a v jednom případě nedostatečný. Respondenti poukazovali na vedlejší účinky, jako je nechutenství nebo nadměrná stimulace, které snižovaly jejich ochotu léčbu dodržovat.

Dalším klíčovým aspektem byla dostupnost péče. Respondenti zmiňovali problémy s nalezením vhodného psychiatra, finanční bariéry anebo přístup odborníků ve specializovaných zařízeních. Nedostatečná podpora a neosobnost péče přispěly k frustraci a hledání alternativ, včetně užívání pervitinu. Tyto aspekty mohou výrazně ovlivnit dostupnost léčby a ochotu respondentů v léčbě setrvat.

Tato zjištění upozorňují na nutnost systémových změn v oblasti dostupnosti léčby ADHD, zejména u pacientů s komorbidní závislostí.

Na základě zjištění tohoto výzkumu lze formulovat několik doporučení, která by mohla přispět k zlepšení péče o osoby s ADHD a současnou nebo minulou zkušeností s užíváním pervitinu, a zároveň poskytnout podněty pro budoucí výzkum.

V oblasti praxe je klíčové zaměřit se na individualizaci léčby ADHD. Respondenti ve výzkumu poukazovali na skutečnost, že standardní farmakologická léčba často nenaplnuje jejich potřeby, především v oblasti soustředění a organizace každodenního života. Navzdory tomu, že někteří respondenti byli s medikací spokojeni, jiní uváděli její nedostatečnost nebo vedlejší účinky. To naznačuje nutnost flexibilnějšího přístupu v nastavování léčby, který by zahrnoval nejen farmakoterapii, ale také doplňkové formy terapie, jako je například kognitivně-behaviorální terapie, psychoedukace nebo skupinová terapie zaměřená na sdílení zkušeností. Zároveň by mělo být kladeno větší důraz na monitorování efektu léčby a pravidelné přizpůsobování dávkování podle individuálních potřeb pacientů.

Dalším klíčovým aspektem je prevence zaměřená na vliv sociálního prostředí. Výsledky ukázaly, že prvotní zkušenosti s pervitinem byly často spojeny s tlakem vrstevníků nebo přítomností drogově orientovaných skupin. Preventivní programy by proto měly zahrnovat školení zaměřená na rozvoj asertivity při odmítání drog, budování zdravých mezilidských vztahů a zvyšování informovanosti o rizicích spojených s užíváním stimulantů. Tyto programy by měly být cílené zejména na rizikové skupiny, jako jsou mladí lidé s ADHD, kteří se často cítí sociálně izolovaní a snaží se zapadnout do kolektivu.

Zlepšení dostupnosti péče o osoby s ADHD je dalším klíčovým doporučením. Někteří respondenti zmiňovali obtíže spojené s hledáním vhodného psychiatra nebo finanční bariéry, které jim bránily docházet na terapie. To ukazuje na potřebu systémových změn, které by zajistily širší přístup k odborné pomoci, a to jak v oblasti medikace, tak psychoterapie. Vhodným krokem by mohlo být zvýšení podpory pro nízkoprahová zařízení, jako jsou K-centra, nebo rozšíření dostupnosti dotovaných terapeutických služeb.

Výzkum bakalářské práce by mohl být rozšířen v budoucím výzkumu větším počtem účastníků. Také bylo přínosné zaměřit se na osoby s ADHD, které pervitin neužívají, aby bylo možné identifikovat protektivní faktory, které je chrání před vznikem závislosti. Další oblastí zkoumání by mohlo být porovnání efektivity různých léčebných strategií, včetně kombinace farmakologické a psychoterapeutické léčby, u osob s ADHD a komorbidní závislostí. Rovněž by bylo vhodné realizovat longitudinální studie, které by sledovaly vývoj a dopad užívání pervitinu na průběh ADHD v čase, což by mohlo přinést hlubší pochopení této problematiky. Doporučení pro budoucí výzkum zahrnuje také větší zaměření na kvantitativní výzkumy s širším vzorkem respondentů. Tím by bylo možné ověřit a rozšířit závěry této kvalitativní studie. Zároveň by se výzkumy mohly zaměřit na faktory, které vedou k rozhodnutí nepokračovat v užívání pervitinu, což by mohlo přispět k vývoji účinnějších preventivních strategií. Závěrem je třeba zdůraznit, že jak praxe, tak výzkum by měly vycházet z multidisciplinárního přístupu, který zohledňuje nejen medicínské, ale také sociální a psychologické aspekty života osob s ADHD a souběžnou závislostí na pervitinu. Tím lze dosáhnout komplexnější podpory a účinnější léčby této zranitelné skupiny.

3 ZÁVĚR

Na základě výsledků výzkumného šetření této práce lze učinit následující závěry:

- Užívání pervitinu u osob s ADHD je často motivováno snahou kompenzovat příznaky poruchy, zejména zlepšení soustředění a výkonu, což však vede k postupné závislosti.
- Prvotní užití pervitinu bylo ve většině případů ovlivněno sociálním prostředím, zejména tlakem vrstevníků nebo partnerů. Často se jednalo o neplánovanou událost v prostředí noční zábavy nebo v domácím prostředí kamarádů.
- Zásadním faktorem byly také nepříznivé rodinné a sociální podmínky respondentů, které zahrnovaly zanedbání, dysfunkční vztahy nebo absenci adekvátní podpory.
- Respondenti vnímali pervitin zpočátku pozitivně, protože jim pomáhal lépe zvládat symptomy ADHD a zvyšoval jejich sociální sebevědomí. Dlouhodobě však vedl ke zhoršení psychického i fyzického stavu, což ovlivnilo jejich kvalitu života a u některých i průběh léčby ADHD.
- Současné terapeutické přístupy nebyly respondenty vždy vnímány jako dostatečně účinné. Někteří zmiňovali finanční a geografické bariéry nebo pocit stigmatizace ze strany odborníků. Navzdory tomu medikace v kombinaci s podpůrnými strategiemi pomohla stabilizovat symptomy ADHD u těch respondentů, kteří léčbu aktivně vyhledali a pokračovali v ní.
- Závěrem lze konstatovat, že respondenti vnímají užívání pervitinu jako dvojsečný nástroj – krátkodobě poskytuje úlevu od psychických obtíží a zlepšuje symptomy ADHD, ale dlouhodobě výrazně narušuje životní stabilitu a efektivitu léčby.

Tato práce přispívá k hlubšímu pochopení vztahu mezi ADHD, léčbou této poruchy a užíváním pervitinu. Získané poznatky mohou být využity pro vývoj preventivních programů, cílených terapeutických intervencí a vylepšení dostupnosti léčby pro osoby s ADHD, u nichž existuje riziko návykového chování. Výsledky této studie podtrhují význam multidisciplinárního přístupu a potřebu individuální péče, která zohledňuje nejen medicínské, ale i sociální a psychologické aspekty života těchto jedinců.

POUŽITÁ LITERATURA

Bečková, I. & Višňovský, P. (1999). *Farmakologie drogových závislostí*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum.

Bélanger, A., Andrews, D., Gray, C., & Korczak, D. (2018, listopad). *ADHD in children and youth: Část 1 – Etiology, diagnosis, and comorbidity*. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 447-453. DOI: <https://doi.org/10.1093/pch/pxy109>

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 2015*; 111(2), 99-107. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/archiv.php>

Čermáková, M., Papežová, H., & Uhlíková, P. (2020). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD-příručka pro dospělé)*. Dostupné z <http://nepozornidospeli.cz>.

De Micheli, D., & Formigoni, M. L. O. S. (2002). *Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns?* *Addictive Behaviors*, 27(1), 87–100. dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460300001672?via%3Dihub>

EMCDDA (2014). *Mapování trendů v užívání, výrobě a distribuci metamfetaminu v Evropě*. Zaostřeno na drogy

EMCDDA & Europol (2010). *Metamfetamin (pervitin): Situace v EU a její globální kontext*. <https://www.adiktologie.cz/file/323/metamfetamin-web.pdf>

Goetz, M., & Uhlíková, P. (2013). *ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.

Goetz, M. (2009). *Současný pohled na léčbu ADHD*. *Remedia*; 19: 190–196. <https://www.remédia.cz/rubriky/prehledy-nazory-diskuse/soucasny-pohled-na-lecbu-adhd-2551/>

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál

Hrnčiarová, J. (2021). Závislost u dospělých s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). *Psychiatr. praxi*.2021;22(1):1724 | DOI: 10.36290/psy.2021.003

Kalina, P. (2018). *Psychoterapeutická léčba ADHD kontextu adiktologických programů*. In *Diagnostika a terapie ADHD*(s.160-168). Praha: Grada Publishing.

Kulhánek, A. (2018). *Epidemiologie ADHD*. In *Diagnostika a terapie ADHD – dospělí pacienti a klienti v adiktologii* (s. 160-168). Praha: Grada Publishing.

Kollins S. H. (2008). *A qualitative review of issues arising in the use of psycho-stimulant medications in patients with ADHD and co-morbid substance use disorders*. *Current medical research and opinion*, 24(5), 1345–1357. <https://doi.org/10.1185/030079908x280707>

Křížová, I. (2021). *Závislosti: pro psychologické obory*. Praha: Grada

Martínková, J. et al. (2018). *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing

Masopust, J., Mohr, P., Andres, M., Přikryl, R. (2014). *Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti*. *Psychiatr. praxi*. 2014;15(3):112-117

Minařík, J. (2003). *Stimulancia*. In *Drogy a drogové závislosti 1.: Mezioborový přístup* (s.164–168). Praha: Úřad vlády České republiky.

Minařík, J. & Kmoch, V. (2015). *Přehled psychotropních látek a jejich účinků*. In *Klinická adiktologie* (s.70-75). Praha: Grada Publishing.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha, Grada

Miovský M., Štastná L., Čablová L., Rubiášová E., Chládková N. & Kalina K. (2018) *ADHD a jeho souvislosti v kontextu užívání návykových látek*. In *Diagnostika a terapie ADHD: Dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha, Česko: Grada Publishing

Mohr, P. (2018). *Farmakoterapie poruchy pozornosti a hyperaktivity v dospělosti*. In *Diagnostika a terapie ADHD* (s.160-168). Praha: Grada Publishing.

Mohr, P., Andres, M., Prikryl, R., Masopust, J., Praško, J., & Höschl, C. (2013). *Konsensus ČNPS o diagnostice a léčbě ADHD v dospělosti*. *Psychiatrie*, 17(3), 189-202.

Paclt, I. (2016, únor). ADHD v dětství, dospívání, dospělosti. *Prakt. lékařem*. 2016; 12(1): 16-17 | DOI: 10.36290/lek.2016.004

Paclt, I. (2007a). *Zvláštnosti psychofarmakologie dětského a dorostového věku*. In *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (s. 77-84). Praha: Grada Publishing.

Paclt, I. (2007b). *Současnost a perspektivy psychofarmakoterapie ADHD/Hyperkinetické poruchy*. In *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (s.87-100). Praha: Grada Publishing.

Peterková, M. (2022). *Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)*. *Psychoterapie: o léčbě psychologickými prostředky* [vid. 2024-03-14]. Dostupné z: <https://www.psychoterapie.psychoweb.cz/psychoterapie/kognitivne-behavioralni-terapie-kbt>

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

Ramos-Quiroga, J. A., Montoya, A., Kuzelnigg, A., Deberdt, W., & Sobanski, E. (2013, září). Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. *Current medical research and opinion*, 29(9), 1093–1104. DOI: [10.1185/03007995.2013.812961](https://doi.org/10.1185/03007995.2013.812961)

Richterová L., Šťastná L., Miovský M. & Čablová L. (2018) *ADHD a další psychiatrické komorbidity*. In *Diagnostika a terapie ADHD: Dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha, Česko: Grada

Stárková L. (2016, únor). ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatr. praxi*. 2016;17(1):16-21 | DOI: 10.36290/ped.2016.004

Šťastná, L., Miovský, M. Čablová, L. & Kalina. K. (2018). *Diagnostika ADHD a její specifika u dospělých adiktologických pacientů*. In *Diagnostika a terapie ADHD: Dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha, Česko: Grada

Theiner, P. (2012, listopad). *ADHD od dětství do dospělosti*. Psychiatr. praxi. 2012;13(4):148-151

Torrens, M, Mestre-Pintó J, Domingo-Salvany, A. (2017) *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, úřad vlády České republiky

Vacek, J. & Vondráčková P. (2015) *Závislosti na procesech*. In *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Virginia Braun & Victoria Clarke. (2006) Použití tematické analýzy v psychologii, *Kvalitativní výzkum v psychologii*, 3(2), 77–101, DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)

West, R. (2016). *Modely závislosti*. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Dostupné z: <https://vlada.gov.cz/assets/urad-vlady/vydavatelstvi/vydane-publikace/Modely-zavislosti.pdf>

Wilens, T. E., & Morrison, N. R. (2011). *The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse*. Current Opinion in Psychiatry, 24(4), 280–285, DOI: 10.1097/YCO.0b013e328345c956

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

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Osnova Rozhovoru

Znění informovaného souhlasu pro účastníky výzkumu před započítím rozhovoru

"Než začneme s rozhovorem tak Vás předem musím informovat o základních postupech při zpracování Vašich dat. Informovaný souhlas se týká bakalářské práce na téma: „Prevalence užívání pervitinu u osob s diagnostikovaným ADHD a jeho vliv na průběh onemocnění“.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

(1) Anonymitu účastníků - v přepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.

(2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).

(3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.

(4) Jako respondent máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.

Žádám Vás tímto i o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru.

Pokud tedy souhlasíte s nahrávkou a jste připraven/a tak můžeme začít s rozhovorem"

Demografické údaje

1. Pohlaví
2. Věk
3. Vzdělání

Projevy onemocnění

- Kdy se poprvé onemocnění projevilo? (*Dětství – škola, vrstevníci, učitelé*)
- Jak se onemocnění projevilo, jaký vliv mělo na respondenta a jeho okolí? (*dětství, chování, rodina, školní zařízení/práce*)
- Kdy bylo onemocnění diagnostikováno? Jaké byly reakce okolí a respondenta, co vedlo k navštívení odborníka.
- Jak se tato porucha projevuje dnes? Můžete jednotlivé symptomy popsat? Liší se projevy během života? (*Dětství x Puberta x Dospělost*)
- Ovlivňují příznaky nemoci Vaše každodenní fungování v životě, práci a vztazích? Co Vám pomáhá příznaky onemocnění zmírnit?
- Jaké situace jsou kvůli onemocnění nejvíce náročné?
- Byla vaše diagnóza někdy změněna?

Medikace, Léčba

- Kdy jste poprvé začali užívat medikaci? *(ve vztahu k diagnóze)* Jak to probíhalo? Jaký a vás měla vliv?
- Byla léčba účinná hned nebo byla třeba změna medikace během léčby? *(průběh léčby, změny)*
- Pokud užíváte medikaci v současné době, vyhovuje vám? Jaké léky přesně užíváte? Nežádoucí účinky?
- Užíváte i jiné léky? *(komorbidita, zdravotní stav)*
- Přestal/a jste někdy užívat léky bez doporučení lékaře? Pokud ano jaký to mělo vliv na vás a symptomy?
- Byly Vám nabídnuty i jiné léčebné metody? Pokud ano jaký na Vás měli účinek?
- Jak z vašeho pohledu hodnotíte léčebné metody, které jste vyzkoušeli? Byli jste lékařem dotázáni na vaše preference ohledně léčby?
- Jak hodnotíte kvalitu a dostupnost léčebných metod ve vašem okolí?
- Jste v současnosti v péči psychiatra? Docházíte v současné době na terapie?

Vztah mezi ADHD a užíváním pervitinu

- Kdy došlo k prvnímu užití pervitinu? Za jakých okolností?
- Jak často a v jakých situacích k užívání dochází/docházelo a v jakém množství? Jaký měl/ má účinek na rodinu, vztahy, práci, osobnost atd.
- V jakých příležitostech/obdobích k užívání většinou docházelo?
- Pervitin a vliv na průběh onemocnění? Ve smyslu zlepšení/zhoršení projevů
- Jaké jste pozoroval/a /pozorujete účinky pervitinu na symptomy onemocnění?
- Užil jste někdy léky na ADHD a pervitin v jeden čas? Pokud ano jaký to mělo efekt/dopad, když docházelo/dochází k užívání společně?
- Zažil jste někdy negativní důsledky užívání pervitinu? Pokud ano jaké?
- užívání i jiných NL spolu s pervitinem? + zjištění situace participanta během období užívání (rodina, zázemí, věk, komorbidita, průběh ADHD)
- Jaké jsou vaše současné cíle nebo obavy ve vztahu k ADHD/Léčbě/užívání?
- Léčba závislosti?
- Vztah ADHD a pervitinu – pohled respondenta

Závěr

Napadá Vás ještě něco důležitého k tématu ADHD a užívání NL nebo pervitinu

Poděkování

Nabídnutí seznámení s výsledky výzkumu.

Rozloučení.