

ADOLESCENTI V (PRO)PASTI?¹

Lucie FOLTOVÁ

Abstrakt: *Cílem této studie je odhalit rozdíly v pozitivních i negativních prvcích životní situace adolescentů s diagnostikovanými psychickými poruchami ve srovnání s běžnou populací. Ověřoval se tak předpoklad, že adolescenti s poruchami vykazují větší rizikovost v životním stylu. Výzkumný soubor tvořili 15letí adolescenti ze studie ELSPAC (Evropská longitudinální studie rodičovství a dětství) s psychickými poruchami (N=447) a kontrolní skupina, tedy adolescenti bez diagnóz (N=2838). Z výsledků vyplývá, že adolescenti s poruchami opravdu častěji trpí potížemi v psychické a sociální oblasti. Vyskytuje se u nich ve větší míře rizikové chování. Pozitivním zjištěním naopak je, že i v této skupině rizikovějších jedinců lze nalézt ochranné, resilienční prvky, které mohou být v jejich životní situaci významným pozitivním faktorem.*

Klíčová slova: *adolescenti, psychické poruchy, rizikové chování, resilience*

Úvod

Životní situace adolescentů není jednoduchá. Jsou na ně kladeny vyšší nároky z okolí, mění se jejich tělo i psychika, hledají své místo v životě. Radikálně mění svůj způsob života, životní styl. Životní styl je projevem osobnosti člověka a je charakterizován jako součinn dobrovolného chování a životní situace (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je v dnešní době právě období dospívání nejrizikovějším životním obdobím, dříve bylo za takové považováno časně dětství (sdělení ČPS, online), a dospívající tak byli definováni jako samostatná riziková populační skupina (Kabíček, 2008).

Vývojová psychologie nahlíží na období adolescence jako na dobu dospívání, během níž mají jedinci zvládnout mnoho změn. Souběžně s biologickým zráním (pohlavní dozrání, fyzický rozvoj a růst) dochází k mnoha významným psychickým změnám (emoce, identita, nástup formálně abstraktního myšlení, celkový duševní rozvoj, sociální učení) a zároveň dochází k novému stupni socializace jedince. Mění se totiž společenské očekávání ohledně jeho chování a výkonů, současně se proměňuje jeho role a celé jeho sebepojetí. Všechny tyto změny jsou vzájemně závislé. Za základní vývojové úkoly tohoto období jsou považovány odpoutání se ze závislosti na rodičích a navazování nových, významných vztahů k vrstevníkům. Tento propojený proces osamostatňování

¹ Tato studie byla podpořena grantem IGA MZ ČR č. NS 9669-3/2009.

se a zároveň rozšiřování sociálních vztahů je klíčovým pro správné převzetí budoucích společenských rolí (Langmeier, Krejčířová, 2006; Macek, 2003).

Lerner (1985, dynamický interakční model) označuje dobu adolescence, a především časnou adolescenci, jako „vzorový případ“ v „přirozené laboratoři“ celoživotního vývoje. Jeho model se snaží nahlížet vývoj v souvislostech biologických, psychických, sociálních (i kulturních a historických) faktorů. Upozorňuje na složitost období adolescence a odkazuje na fakt, že k dobrému sociálnímu fungování musí jedinec zvládnout změny uvnitř sebe i svého prostředí a toto zvládání (coping) je interaktivním procesem. Právě onen velký rozsah změn, které se nutně dějí, však může být pro některé jedince rizikový.

Termín „rizikovost“ se vysvětluje jako větší ohrožení psychosociálního vývoje oproti běžné populaci (Labáth, 2001). Za rizikovou mládež tedy považujeme dospívající jedince ohrožené větší pravděpodobností selhání v sociální či psychické oblasti. Rizikovost a ohrožení tudíž mohou být přítomny ve dvou rovinách. Buď je jedinec představuje pro společnost (delikvence, kriminalita...), nebo sám pro sebe (= sebepoškozující jednání – poruchy příjmu potravy, alkohol, kouření, drogy, sexuální promiskuita, sebevražedné jednání apod.). Uvádí se rovněž, že rizikové chování v dospívání je tvořeno třemi okruhy, které se často kombinují a mají z velké části společné rizikové i ochranné faktory (dle Kabíček, 2008; Sdělení ČPS, online). Těmito okruhy jsou toxikomanie (drogy, alkohol, kouření), negativní jevy v psychosociální oblasti (agresivita, kriminalita, delikvence, ale i sebepoškozování a sebevražedné jednání) a poruchy reprodukčního (sexuálního) zdraví (předčasný pohlavní život, promiskuita, nechtěná těhotenství, pohlavní nemoci).

Jedinec nerizikový, jinými slovy resilientní, naopak nemá závažné problémy s chováním ani učením a zvládá plnit životní úkoly odpovídající věku a kultuře i navzdory vystavení nepříznivým podmínkám. Riziková mládež pak vykazuje nižší úroveň resilience², případně jí zcela chybí (Šišlákova, 2006).

Soubor a metody

Data v mém příspěvku vycházejí z dříve provedeného výzkumu zaměřeného na posouzení životní situace adolescentů s psychickými poruchami, u kterých jsem předpokládala větší rizikovost (Foltová, 2010).

Výzkumný soubor tvoří adolescenti sledovaní v longitudinálním projektu ELSPAC (Evropská longitudinální studie rodičovství a dětství)³. Z hlediska vymezení adolescence spadají tito jedinci do období střední adolescence (vymezeno 14-16 let; dle Macek, 2003), šetření je provedeno z dat získaných v jejich 15 letech. Tito adolescenti byli rozděleni do dvou skupin. Do první skupiny byli zařazeni adolescenti, kterým byla diagnostikována psychická porucha (jedná se o „slabší“, respektive častěji se vyskytující poruchy, které nezasahují do života jedince zvlášť závažným způsobem⁴), eventuálně více těchto poruch (tzv. komorbidita). Tento výběr byl uskutečněn z dat z pediatrických

² Resilience je projevená schopnost odolat tlaku navzdory vystavení riziku, nepříznivým podmínkám, stresu (Šišlákova, 2006; in: Truhlářová, Smutek, 2006).

³ Bližší informace je možno najít na: <http://www.med.muni.cz/elspac>

⁴ Byly zařazeny následující poruchy: hyperkinetické poruchy, poruchy chování, specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností, poruchy příjmu potravy, poruchy nálady.

dotazníků sebraných v rámci studie. Celkový počet výzkumného souboru adolescentů s psychickými poruchami je $N = 447$.

K této skupině byla ke statistickému porovnávání vytvořena skupina „kontrastní“, neboli soubor adolescentů bez diagnózy psychické poruchy (toto kritérium bylo splněno od narození do 15 let jejich věku). Celkový počet adolescentů bez diagnóz (kontrolní soubor) je $N = 2838$.

Pro tuto práci byly použity dotazníky, které vyplňovali adolescenti o sobě v 15 letech věku, a dotazníky které vyplnili jejich matky a pediatři v tomtéž období o sledovaném adolescentovi. Pokud není uvedeno jinak, data se vztahují k období 11-15 let věku. Bylo provedeno primární ošetření dat a klasická frekvenční analýza dat. Dále byla data testována pomocí parametrických testů v programu SPSS. Pokud byla při zpracovávání dat porušena některá z podmínek pro parametrický test, byl použit test neparametrický (např. Mann-Whitney U-test). Byly tak testovány nulové hypotézy, tedy hypotézy o shodě rozložení ve sledovaných skupinách, případně o shodě středních hodnot tam, kde to vyžaduje povaha dat.

Výsledky

Výsledkovou část rozdělím na rizikové a ochranné faktory životní situace adolescentů. V rámci předcházejícího výzkumu (Foltová, 2010), ze kterého jsou data čerpána, bylo hodnoceno velké množství indikátorů, z nichž nyní vybíráme jen ty relevantní a výsledkově zajímavé pro cíl příspěvku.

Rizikové faktory

Nejprve byl hodnocen výskyt vybraných projevů rizikového chování sledovaných adolescentů, které uvádíme v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 Rizikové chování adolescentů

Chování	Adolescenti s dg.	Adolescenti bez dg.
Výbuchy vzteku	58,2 % *	49,6 %
Hádky s vrstevníky	51,6 %	46,9 %
Lhaní a podvody	29,9 %	26,7 %
Rvačky s vrstevníky	13,6 %	16,4 %
Záškoláctví	9,3 %	9,6 %
Krádeže	7,7 %	5,1 %

* $p < 0,05$

Z dat získaných od sledovaných adolescentů vyplývá, že výbuchy vzteku spojené s neovládáním sebe sama u sebe pozoruje 58,2 % adolescentů s poruchami oproti 49,6 % adolescentů bez diagnóz. Tento rozdíl je statisticky významný, a to na hladině významnosti $p < 0,05$. Lze říci, že adolescenti s poruchami se 1,4krát častěji neovládají než adolescenti kontrolní skupiny (OR = 1,412; interval OR = /1,030; 1,935/; $p < 0,05$).

Z ostatních dat plyne, že se adolescenti s poruchami o něco častěji se svými vrs-

tevníky hádají, naopak se ale méně účastní rvaček. Dále lze u nich najít nepatrně vyšší výskyt krádeží a lhaní. Rozdíly však nejsou statisticky významné. Záškoláctví se v obou skupinách vyskytuje shodně, pod hranicí 10 %.

Dále jsem z hlediska rizikovosti zjišťovala, jaké mají sledovaní adolescenti typy kamarádů. Výsledky jsou uvedeny v následující tabulce č. 2.

Tabulka č. 2 „rizikovi“ kamarádi adolescentů

	Adolescenti s dg.	Adolescenti bez dg.
Abstinenti	68,8 %	71,2 %
Často se opijející	34,5 %	31,5 %
Kuřáci	71,2 %	70,5 %
Užívající drogy	32,2 % *	24,3 %

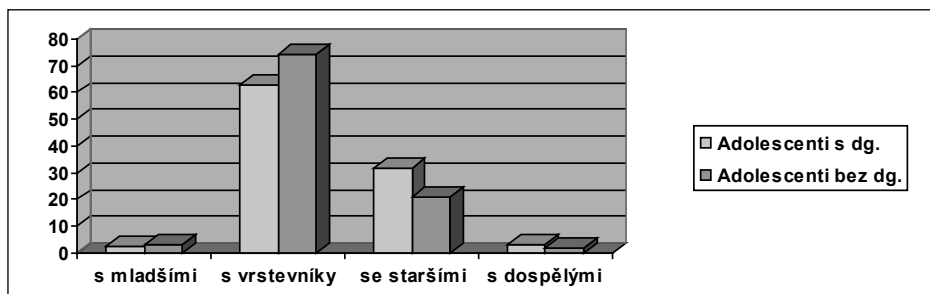
* $p < 0,05$

Abstinenti mezi kamarády samozřejmě nepředstavují riziko. Nicméně z uvedeného vyplývá, že téměř třetina adolescentů mezi svými kamarády žádného abstinenta nemá (připomeňme si, že se jedná o 15leté adolescenty). Naopak často se opijející kamarády má rovněž třetina sledovaných adolescentů. Přes dvě třetiny adolescentů má mezi svými kamarády kuřáky a to v obou porovnávaných skupinách.

Osoby užívající drogy má mezi svými kamarády třetina adolescentů s poruchami oproti čtvrtině adolescentů bez diagnóz. Tento rozdíl je statisticky významný, a to na hladině významnosti $p < 0,05$. Adolescenti s psychickými poruchami tedy mají 1,48krát častěji kamarády, kteří užívají i jiné drogy než alkohol a cigarety (OR = 1,480; interval OR = /1,047; 2,091/; $p < 0,05$).

Byla rovněž zjišťována věková přiměřenost kamarádů sledovaných adolescentů hodnocená z výpovědi o tom, v jaké skupině osob se sledovaní adolescenti cítí nejlépe. Data ilustruje následující graf č. 1.

Graf č. 1 Věková přiměřenost kamarádů (počet adolescentů v %)



Z grafu patrně výrazné rozdíly jsou významné i statisticky, a to na hladině $p < 0,05$. Společnost mladších osob uspokojuje 2,5 % (3,0 %) adolescentů, stejně starých vrstevníků 62,6 % (74,1 %), starších osob 31,9 % (20,8 %) a dospělých osob 3,1 % (2,2 %).

Adolescenti s psychickými poruchami tak vyhledávají společnost stejně starých

vrstevníků 0,84krát méně než adolescenti bez diagnóz (interpretace dle relativního rizika: $RR = 62,6/74,1 = 0,844$; $p < 0,05$) a naopak se cítí nejlépe se staršími osobami než jsou oni sami 1,5krát častěji než adolescenti kontrolní skupiny (interpretace dle relativního rizika: $RR = 31,9/20,8 = 1,534$; $p < 0,05$).

Výsledky dále potvrzují i ohrožení v sexuálních aspektech, neboť sledovaní adolescenti s psychickými poruchami signifikantně častěji zahajují dříve pohlavní život. 15,6 % adolescentů s poruchami a 10,0 % adolescentů bez diagnóz uvedlo, že již mělo pohlavní styk (připomeňme si opět, že se jedná o data do 15 let věku⁵). Tento rozdíl je statisticky významný, a to na hladině významnosti $p < 0,05$. Dá se říci, že adolescenti s poruchami mají 1,67krát častěji pohlavní styk než adolescenti kontrolní skupiny ($OR = 1,665$; interval $OR = /1,062; 2,608/$; $p < 0,05$).

Signifikantně častěji rovněž tato sledovaná skupina uvádí problémy v partnerském vztahu. Tyto problémy udávají 1,53krát častěji než adolescenti bez diagnóz (42,4 % oproti 32,4 %), a to na hladině významnosti $p < 0,01$ ($OR = 1,533$; interval $OR = /1,115; 2,106/$, $p < 0,01$).

Adolescenti dále referovali o neshodách s rodiči. Ze sledovaných důvodů zde zmíním pouze dva, které jsou dle mého názoru poměrně závažné, a to z hlediska referovaného období (data se totiž vztahují k období 11 – 15 let věku respondentů).

Tabulka č. 3 Neshody adolescentů s rodiči

Důvod	Adolescenti s dg.			Adolescenti bez dg.		
	Často	Někdy	Nikdy	Často	Někdy	Nikdy
Kouření cigaret	9,4 %	37,5 %	53,1 %	8,8 %	45,6 %	45,6 %
Pití alkoholu	5,0 % *	43,3 %	51,7 %	1,5 %	32,2 %	66,4 %

* $p < 0,05$

Z tabulky je patrné, že v podstatě polovina sledovaných patnáctiletých adolescentů se někdy se svými rodiči hádá kvůli kouření cigaret (46,9 % a 54,4 % v neprospěch adolescentů bez diagnóz, rozdíl ovšem není statisticky významný). Co se týče pití alkoholu, vykazuje hádky opět téměř polovina sledovaného souboru adolescentů s poruchami (48,3 %) oproti třetině adolescentů bez diagnóz (33,7 %). Tento rozdíl je významný i statisticky. Adolescenti s diagnostikovanými psychickými poruchami mají 1,85krát častěji spory týkající se jejich konzumace alkoholu než adolescenti bez diagnóz, na hladině významnosti $p < 0,05$ ($OR = 1,847$; interval $OR = /1,061; 3,213/$; $p < 0,05$).

Ochranné faktory

U sledované skupiny však lze nalézt i ochranné, resilienční prvky, na které se nyní zaměříme. Tyto prvky je nutno rozvíjet a dále rozšiřovat.

Zjišťovala jsem počet blízkých kamarádů sledovaných adolescentů. Obávala jsem se, že adolescenti s psychickými poruchami budou více izolováni, jelikož mívají potíže s navazováním či udržováním blízkých vztahů. Má zjištění však byla nakonec po-

5 První pohlavní styk měli tito adolescenti: před dvanáctým rokem 3,8 % (2,9 %); ve 13 letech 0 % (9,6 %); ve 14 letech 96,2 % (87,5 %). Tyto rozdíly nejsou statisticky významné.

zitivní. Adolescenti s poruchami udávají průměrně 7,45 přátel, adolescenti bez diagnóz 7,87. Rozdíl není statisticky významný, lze tedy říct, že adolescenti v obou skupinách mají stejný počet blízkých kamarádů.

Další pozitiva lze najít ve vnímané sociální opoře poskytované sledovaným adolescentům. Opět výsledky vyvrátily předpoklad snížené opory u adolescentů s poruchami. Pomocí Dotazníku sociální opory u dětí a dospívajících⁶ bylo hodnoceno jednak celkové skóre četnosti (frekvence), dále celkové skóre vnímané důležitosti sociální opory a v dalších krocích jednotlivé zdroje poskytované opory.

Celkové skóre četnosti poskytnuté sociální opory je průměrně 231,3 bodů u adolescentů s poruchami a 232,2 bodů u adolescentů bez diagnóz. Celkové skóre vnímané důležitosti sociální opory je průměrně 123,1 bodů u adolescentů s poruchami a 126,7 bodů u adolescentů bez diagnóz. Z posouzení jednotlivých zdrojů opory vyplývá, že nejvíce (nejčastěji) sociální oporu získávají adolescenti od svých kamarádů/kamarádek (tu dostávají adolescenti s poruchami dokonce o něco častěji než adolescenti bez diagnóz – průměrný počet bodů je 55 oproti 54), ihned za nimi je opora poskytovaná rodiči (50 oproti 51 bodům). Taktéž velmi vysoká opora je projevoována spolužáky adolescentů (49 oproti 48 bodům) i učiteli (43 oproti 45). Vnímaná důležitost této opory víceméně kopíruje její frekvenci. Žádný rozdíl mezi sledovanými skupinami nebyl shledán statisticky významným. Myslím však, že je na místě zamyslet se nad drobným rozdílem: zdá se, že adolescenti s poruchami vnímají nepatrně vyšší oporu poskytovanou svými vrstevníky, kamarády a spolužáky než dospělými osobami, rodiči a učiteli. Nezasloužila by si ale zrovna tato skupina empatictější přístup právě od nás dospělých?

Abych však rodičům nekřivdila, musím nyní uvést další nepotvrzený předpoklad - o tom, že rodiče adolescentů s ADHD a komorbiditou signifikantně častěji věnují jen malý zájem aktivitám adolescentů (Hurtig a kol., 2007; výzkum zaměřen na rodinné prostředí adolescentů s ADHD). O přehledu nad činnostmi během dne sledovaných adolescentů referovaly matky. Když je adolescent doma, má tento přehled po celý den 31,9 % (36,1 %), po většinu dne nebo jeho část 67 % (63 %) a skoro vůbec pouze 1,1 % (0,9 %) matek adolescentů s psychickými poruchami (bez diagnózy). Pokud adolescent doma není, ví o jeho aktivitách po celý den 9,6 % (15,2 %), po většinu dne nebo jeho část 85,1 % (80 %) a skoro vůbec 5,3 % (4,8 %) matek adolescentů s diagnózou (kontrolní skupiny). Rozdíly nejsou statisticky významné.

Adolescenti dále vyjadřovali svoji spokojenost s povídáním si s rodiči. S povídáním si s matkou je spokojeno 91,8 % adolescentů s poruchami a 94,2 % adolescentů bez diagnóz. S povídáním s otcem je spokojeno 84,0 % adolescentů s diagnózou a 83,5 % adolescentů kontrolní skupiny. Rozdíly nejsou statisticky významné. Je zřejmé, že otcové by měli věnovat svým potomkům více času, i přesto je podle mého názoru hodnocení spokojenosti poměrně vysoké a považují to za příznivou zprávu.

⁶ Dotazník sociální opory u dětí a dospívajících (CASSS - Child and Adolescent Social Support Scale autorů Malecki, Demaray, Elliott, 2000; přeložen a upraven - Mareš, Ježek, 2005; zařazen do studie ELSPEC). Obsahuje 60 položek, rozdělených do pěti subškál (= zdroje opory, tj. rodiče, učitel, spolužáci, kamarádi, lidé ve škole). Jednotlivé položky obsahují tvrzení i z hlediska typů sociální opory (emoční, instrumentální, informační, opora posouzením). Posuzuje se navíc zvlášť četnost výskytu opory na šestibodové stupnici a důležitost/významnost opory na stupnici třibodové. Reliabilita škály – Cronbachovo alfa = 0,95.

Diskuze

Dle Macka (2003) se v poslední době obraz období adolescence změnil. Uvádí, že adolescenti již většinou nepocítují své dospívání jako období plné krizí a konfliktů. Tato myšlenka je v souladu se zjištěním, že v souboru nemá téměř nikdy s rodiči spory šestina respondentů, stejný počet se hádá s rodiči často a dvě třetiny souboru má neshody s rodiči jen ojediněle (Foltová, 2010). Jako závažné ovšem spatřuji hádky ohledně konzumace alkoholu sledovanými adolescenty. Vzhledem k tomu, že se jedná o patnáctileté adolescenty (a v dotaznicích tak odpovídají za předchozí čtyřleté období, tj. 11-15 let), připadá mi jako alarmující údaj, že se týká téměř poloviny adolescentů s psychologickými poruchami a třetiny adolescentů bez diagnóz. Zde spatřuji nutnost doporučit větší důraz na preventivní působení na adolescenty (stejně jako v souvislosti s kouřením).

Z teoretických úvah na základě konceptu resilience vyplynulo, že adolescenti s psychologickými poruchami obecně mohou mít resilienci sniženu. Navíc je období adolescence citlivé na rozvoj rizikového a problémového chování (dle Šišlaková, 2005). Výsledky této práce zčásti tento předpoklad potvrzují: u sledované skupiny bylo prokázáno snížené sebeovládání, a především pak lze sledovat ohrožení v sexuálních aspektech – dřívější zahájení pohlavního života; navíc je nutno přihlídnout k určité rizikovosti u blízkých kamarádů – alkohol, kouření, drogy. Vrstevníci totiž znamenají pro mládež důležitý prvek jejich života. Mezi nimi totiž adolescenti hledají referenční skupiny, v rámci nichž formují svoji identitu (Šišlaková, 2006; též podobně např. Langmeier, 2006; Lerner, 1985; Macek, 2003). Z výsledků práce dále vyplynulo, že sledovaná skupina adolescentů s psychologickými poruchami signifikantně častěji vyhledává společnost starších vrstevníků. Nelze samozřejmě jednoznačně tvrdit, že starší kamarádi pro jedince představují zvýšené riziko. Je možné, že vyspělejší jedinci naopak mohou mít pozitivní vliv a působit tak spíše jako ochranný faktor. Nicméně dá se rovněž předpokládat, že mladší jedince mezi sebe vezmou spíše problémovější skupiny osob a je nutno mít tuto skutečnost na zřeteli.

Výsledky v této práci naopak nepotvrdily předpoklad o zeslabené podpoře poskytované adolescentům s psychologickými poruchami z jejich sociálního prostředí (úvahy nad konceptem zvládání životních úkolů, jak je formulovala Bartlettová, 1970; dále rozpracoval Šrajcar a Musil, 2008, rovněž např. Lernerův model, 1985). Langmeier (2006) zmiňuje, že pro správné převzetí budoucích společenských rolí je klíčový propojený proces osamostatňování a zároveň rozšiřování sociálních vztahů. Snopek, Hublová (2008, s. 507) uvádějí, že „*sociální vztahy v adolescenci jsou důležitým zdrojem vytváření vlastního sebeobrazu, sebehodnocení nebo sebeuplatnění.*“ Může se zdát, že jsou adolescenti s psychologickými poruchami poměrně dobře integrováni.

Co se týče vnímané sociální opory, výsledky práce jsou v souladu s výzkumem Snopka a Hublové (2008), kteří rovněž uvádějí nejvyšší skóry u kamarádů/kamarádek, následované rodiči a spolužáky, což dle autorů koresponduje i s předchozími studiemi. Z výsledků dále vyplynula poměrně vysoká vnímaná opora poskytovaná od učitelů. Tento fakt můžeme považovat za pozitivní, v souladu s vyjádřením Šišlakové (2006), že podporující učitelé jsou resilienním (protektivním) prvkem spadajícím do mezosystému adolescenta, stejně jako dobré vazby mezi spolužáky, které byly rovněž v této práci potvrzeny.

U rodinných příslušníků jedinců s psychickými poruchami se mohou často objevit negativní reakce, kromě jiných neustálý dohled, ignorace a zvýšená kritičnost (Probstová, 2005). Neustálý dohled výsledky této práce nepotvrdily, přehled o činnostech adolescentů je podobný v obou sledovaných skupinách.

Závěr

Hodnocení situace probíhalo na samém počátku adolescence, kdy ještě mohou hrát větší roli rodiče (o kterých se dá předpokládat, že mají vyšší zájem o své děti než naprosto „běžná“ populace vzhledem k jejich nezištné participaci na longitudinálním projektu). Jak bylo uvedeno, adolescenti s psychickými poruchami jako posuzovaná skupina nevykázali příliš mnoho rozdílů ve vybraných prvcích životního stylu ve srovnání s běžnými adolescenty. I na tomto zjištění je možné stavět případné intervence. Vyplynula potřeba věnovat se ve zvýšené míře psychosociálním otázkám života adolescentů, rozšířit preventivní snahy především v oblasti kouření, požívání alkoholu a sexuálních otázkách a zvyšovat resilienci adolescentních jedinců.

Literatura

- BARTLETT, H. M. *The Common Base of Social Work Practice*. Washington: National Association of Social Workers (NASW), 1970.
- FOLTOVÁ, L. *Posouzení životní situace adolescentů s psychickými poruchami*. Diplomová práce. Brno: FSS MU, Katedra sociální politiky a sociální práce, 2010.
- HURTIG, T.; EBELING, H., et al. ADHD and Comorbid Disorders in Relation to Family Environment and Symptom Severity. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2007, Vol. 16, No. 6, p. 362-369.
- KABÍČEK, P. *Rizikové chování dospívajících*. Tiskové setkání „Rizikové chování dospívajících“, online /25.7.2010/ dostupné z: http://www.vyzivadeti.cz/data/sharedfiles/tiskove_materialy/TM_Kabicek_2008.doc
- LABÁTH, V. a kol. *Riziková mládež. Možnosti potenciálních změn*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001.
- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha, Grada, 2006.
- LERNER, R. M. 1985. Adolescent Maturational Changes and Psychosocial Development: a Dynamic Interactional Perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 1985, vol. 14, č. 4, s. 355-372.
- MACEK, P. *Adolescence*. Praha, Portál, 2003.
- MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha, Grada, 2009.
- PROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha, Portál, 2005.
- Sdělení z přednáškového dne České pediatrické společnosti na téma Syndrom rizikového chování v dospívání, Medicína – odborné fórum lékařů a farmaceutů*, online /2.8.2010/ dostupné z: http://www.zdrava-rodina.cz/med/med498/m498_40.html

- SNOPEK, M.; HUBLOVÁ, V. Sociální opora a její vztah k životní spokojenosti, sebehodnocení a osobnosti u adolescentů: rodové rozdíly. *Československá psychologie*, 2008, č. 5, s. 500-509.
- ŠIŠLÁKOVÁ, M. Resilience jako východisko pro sociální práci s rizikovou mládeží. In: SMUTEK, M. (ed.). *Možnosti sociální práce na počátku 21. století*. Hradec Králové, Katedra sociální práce a sociální politiky, Univerzita Hradec Králové, 2005.
- ŠIŠLÁKOVÁ, M. Využití resilience v sociální práci s rizikovou mládeží. In: TRUHLÁŘOVÁ, Z., SMUTEK, M. (eds.). *Riziková mládež v současné společnosti*. Hradec Králové, Katedra sociální práce a sociální politiky, Univerzita Hradec Králové (Gaudeamus), 2006.
- ŠRAJER, J.; MUSIL, L. (eds.) 2008. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. Olomučany, Finaltisk, s.r.o. (nakladatelství ALBERT).

ADOLESCENTS IN TROUBLES?

Abstract: The aim of the study is to show the differences between positive and also negative components of life situations of adolescents suffering from mental disorders in comparison with common population. It was based on assumption that adolescents with disorders demonstrate a more significant risk in their life style. The studied sample is represented by 15 year-old adolescents who participate in the project ELSPAC (European Longitudinal Study of Parenthood and Childhood) with mental disorders (N=447) and a control group, adolescents without diagnosis (N=2838). Based on the results we came to the conclusion that these adolescents really suffer from difficulties in psychological and social area more often. A risk behaviour occurs in them at a more significant rate. On the contrary a positive finding is that also in this risk group it is possible to find protective, resilient components which can be an important strength in their life situation.

Key words: adolescents, mental disorders, risk behaviour, resilience