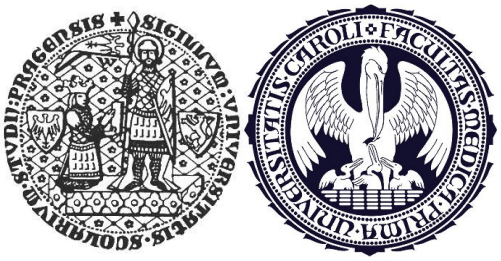
Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Eva Rubášová

ADHD u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé – prevalence, vliv na osobnost a na průběh a výsledek léčby

ADHD in the clientele of therapeutic communities for drug addicts – prevalence, impact on personality and on the course of and results of treatment

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Doc. MUDr. et PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha
2014

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 .....

……

Identifikační záznam

RUBÁŠOVÁ, Eva. *ADHD u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé – prevalence, vliv na osobnost a na průběh a výsledek léčby. [ADHD in the clientele of therapeutic communities for drug addicts – prevalence, impact on personality and on the course of and results of treatment]*. Praha. 2014. 152 s., 5 příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie/ Ústav 1. LF UK 2014. Vedoucí závěrečné práce, Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé diplomové práce váženému panu Doc. MUDr. et PhDr. Kamilovi Kalinovi, CSc. za vřelý a lidský přístup; zároveň za odborné a zkušené rady, vedení a za učení směrem ke skromnosti a k pokoře. Děkuji za vysoce odbornou přípravu v rámci studia adiktologie k rozvoji interindividuálních schopností a znalostí. Děkuji mému životnímu partnerovi za nadhled, podporu a lehkost v těžkostech.

Obsah

I. ÚVOD 11

II. TEORETICKÁ ČÁST 13

1 Duální diagnostika v adiktologii – diagnostické, léčebné a intervenční hledisko 13

2 ADHD - klinická symptomatologie a klasifikace, epidemiologie a intervenční hledisko 19

2.1 Teoretické a pragmatické modely vzniku ADHD 27

2.2 Prevalence, komorbiditní diagnózy a přidružené problémy u ADHD 28

3 Diagnostika ADHD – možnosti a meze 32

4 Transteoretické a symptomatické spoje adiktivních poruch a ADHD 36

4.1 Společná neurobiologická východiska 38

5 Osobnost jedince - kontext užívání návykových látek a ADHD 42

5.1 Vliv návykových látek a uživatelských vzorců na osobnost jedince 42

5.2 ADHD a osobnost jedince 47

5.3 Společný rozměr vlivu ADHD a psychotropních látek na osobnost 51

6 Terapeutická komunita 54

6.1 Možnosti a meze léčby v terapeutické komunitě 57

6.2 Faktory ovlivňující průběh a výsledek léčby, léčebné kontinuum 61

6.3 Účinné faktory terapeutické komunity v kontextu deficitů osobnosti 64

III. VÝZKUMNÁ ČÁST 67

7 Cíl výzkumu 67

8 Výzkumný plán 69

9 Výzkumný problém a výzkumné otázky 70

10 Výzkumný soubor a získávání dat 72

10.1 Popis a výběr výzkumného souboru 72

10.2 Rozdělení účastníků výběrového souboru 73

10.3 Charakteristika výběrového vzorku 74

10.4 Etika výzkumu 76

11 Použité metody 78
11.1 Metody získání dat 78
11.1.1 Anamnestickýlist k diagnostice projevů ADHD v dětství (WURS – 61/ WURS -25) 79
11.1.2 Sebehodnotící dotazník pro dospělého člověka k diagnostice projevů ADHD v současnosti (ASRS) 81
11.1.3 Dotazník pro terapeuty (CTQ) 82
11.2 Metody zpracování a analýzy dat 83
11.2.1 Vyhodnocení sebehodnotících dotazníků a stanovení potencionální diagnózy ADHD 84
11.2.2 Metody analýzy kvalitativních dat 85

12 Interpretace výsledků podle výzkumných oblastí 87
12.1 Výskyt klientů s potencionální diagnózou ADHD v terapeutických komunitách 87
12.2 Charakteristika klientů s potencionální diagnózou ADHD 90
12.2.1 Charakteristika klientů I. základní skupiny podle anamnestických informací 91
12.2.2 Charakteristika klientů I. základní skupiny podle výsledků klinických nástrojů 96
12.2.3 Resumé odlišností a podobností klientů I. základní skupiny s ADHD 101
12.3 Výskyt komplikací v léčbě u klientů s ADHD a klientů bez ADHD 103
12.3.1 Kvalitativní analýza sledovaných oblastí dle dotazníku pro terapeuty 104
12.3.2 Výskyt komplikací podle výsledného skóre CTQ a sledovaných faktorů 109
12.3.3 Resumé výskytu komplikací v léčbě u I. skupiny, projev komplikací 111
12.4 Vliv ADHD na zahájení a průběh léčby v terapeutické komunitě 113
12.5 Diagnostika ADHD u klientů terapeutických komunit podle použitého systému 117

IV. DISKUZE 120
V. ZÁVĚRY 130
VI. SOUHRN 133
VII. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 142
VIII. PŘÍLOHY ..... Chyba! Záložka není definována. 153

Příloha č. 1 Dotazník pro terapeuty (dle CTQ) Chyba! Záložka není definována.**154**

Příloha č. 2 Hodnocené faktory dle CTQ v Dotazníku pro terapeuty..... Chyba! Záložka není definována.**161**

Příloha č. 3 Anamnestický dotazník/list dle WURS – 61 Chyba! Záložka není definována.**162**

Příloha č. 4 Sebehodnotící dotazník dle ASRS Chyba! Záložka není definována.**166**

Příloha č. 5 Informovaný souhlas ..... Chyba! Záložka není definována.**170**

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou ADHD u klientů léčených v terapeutických komunitách pro uživatele ilegálních návykových látek. Problematika ADHD je zkoumána z hlediska prevalence, vlivu na osobnost a z hlediska komplikací v léčbě. O uvedené problematice v ČR absentují informace. Výzkumné studie o duální diagnostice dokládají vliv přidružené komorbidity k užívání návykových látek z hlediska schopnosti jedince zvládat běžně nastavený léčebný program a profitovat z něj. Přetrvávání ADHD v dospělosti i s podprahovou symptomatologií představuje zátěž v oblasti exekutivních i behaviorálních schopnostech jedince. Včasná a správná diagnostika je vzhledem k nastavení optimálního léčebného plánu zásadní. Cílem práce bylo zjistit, zda se v terapeutických komunitách vyskytují klienti s diagnózou ADHD a jaký je vliv poruchy na osobnost a na komplikace v léčbě. Byl zjišťován výskyt ADHD u klientely TK v dětství i současnosti, byly sledovány charakteristiky klientů s ADHD a míra výskytu komlikací v porovnání s klienty bez diagnózy v procesu léčby. Významné bylo zjištění relevantnosti použitých klinických inventářů k záchytu ADHD. Data byla získávána přes klíčové pracovníky participujících terapeutických komunit na základě klinických inventářů vytvořených dle Adult Self-Report Scale, Wender Utah Rating Scale a Conners Teacher Questionnaire. Výzkumný soubor tvořilo 76 klientů z šesti terapeutických komunit. Analýza dat byla realizována kombinací deskriptivního přístupu s metodou zachycení vzorců, kontastů a srovnávání a clusterovou analýzou. Kritéria pro diagnózu ADHD splňovalo celkem 43 klientů. Skupina s ADHD vykazovala vyšší komplikace v léčbě, vyšší počet anamnesticky nedokončených a absolvovaných léčeb; problémy v léčebném procesu znamenaly vyšší výskyt problémů v oblasti volních vlastností, emoční labilitě, v motivaci a častých drop-out v porovnání s klienty bez ADHD. Vliv ADHD na osobnost se negativně projevoval do léčebného procesu. Na základě uvedených zjištění a schopnosti použitých klinických inventářů zachytit ADHD, je možné dále specifikovat možnosti diagnostiky v podmínkách terapeutických komunit. Vysoké zastoupení klientů s ADHD je vzhledem ke zjištěným problémům v léčebném procesu nutné zohlednit v dalších výzkumných záměrech.

Klíčová slova: ADHD v dětství a dospělosti - uživatelé ilegálních návykových látek - terapeutická komunita – prevalence ADHD - včasná diagnostika – průběh a úspěšnost léčby

Abstract:

The diploma thesis deals with the issue of ADHD among clients treated in therapeutical communities for users of illegal addictive substances. The issue of ADHD is explored in the point of view of prevalence, influence on a person and in the point of view of complications during the treatment. Information concerning this issue are absented in the Czech Republic. Research studies about dual diagnosis substantiate the influence of associated co morbid for use of addictive substances in the point of view of an ability of one to cope with normally adjusted medical schedule and make profit out of it. Lingering of ADHD in adultery even with subliminal Symptomatology presents a burden in fields of executive and behavioral abilities of a person. Well- timed and proper diagnosis is vital for an adjustment of optimal medical schedule. The goal of the thesis was to find whether there are clients with ADHD diagnosis in therapeutical communities and what is the influence of a defect on a person and on complications during the treatment. The occurence of ADHD clients of therapeutical communities was found out in childhood and in the present, characteristics of ADHD clients were tracked and a degree of occurence of complications in comparision with clients without diagnosis during the process of the treatment was also tracked. Imporant was to find out the relevance of used clinical inventories for an ADHD handhold. Data were gathered via key workers of participating therapeutical communities on the basis of clinical inventories created according to Adult Self-Report Scale, Wender Utah Rating Scale and Conners Teacher Questionnaire. The investigative file was formed by 76 clients from six therapeutical communities. The data analysis was realized by a combination of descriptive attitude with a method of formulas inrerception, contrasts and comparision and cluster analysis. Criteria for for ADHD diagnosis met in overall 43 clients. The group with ADHD showed higher complications during the treatment, higher count anamnestically unfinished and undertaking treatments; problems in the process of treatment meant higher occurence of problems in the area of volitional qualities, emotive lability, in motivatoin and frequent drop-out in comparision with the clients without ADHD. The influence of ADHD on a person showed negatively in the process of treatment. Based on mentioned findings and ability of used clinical inventories to catch ADHD it is possible to specificate further possibilities of diagnostics in conditions in therapeutical communities. High agency of clients with

ADHD is, with regard to detected problems during the process of treatment, neccessary to take into account in next inveatigative intentions.

Key words: ADHD in childhood and adulthood - users of illegal drugs - therapeutic community – ADHD prevalence - early diagnostics - treatment course and result

I. ÚVOD

Předkládaná práce se věnuje problematice duálních diagnóz u klientů léčených v terapeutických komunitách. V rámci šetření byla sledována prevalence ADHD (Attention deficit hyperaktivity disorder) u klientů léčených v terapeutických komunitách pro drogově závislé a vliv uvedené neuropsychické problematiky na průběh a výsledek léčby. Uvedená studie byla realizována jako předvýzkumné šetření z důvodu potřebnosti zmapování sledované problematiky v České republice, kde absentovaly informace o prevalenci ADHD. Studie potvrdila vysokou míru prevalence ADHD u uživatelů návykových látek v komunitách a její vliv na průběh i výsledky léčby vzhledem k předčasnému ukončení.

Kompozice práce je stavěna na přiblížení problematiky osob užívajících návykové látky a komorbiditního souběhu ADHD z hlediska vlivu na osobnost - její exekutivní, behaviorální i kognitivní funkce a deficity v bio-psycho-sociální oblasti. Běžně nastavený léčebný program terapeutických komunit představuje „zlatý standard“ pro uživatele návykové látky. Pokud si uvědomíme, že i k indikaci pro přijetí do TK existují omezení vzhledem k fyzickým, mentálním či psychopatologickým oblastem, je nutné počítat s tímto rizikem u „nestandardní“ klientely. Duální diagnózy u osob užívajících návykové látky jsou dle výzkumů potvrzovány ve vysokém výskytu zastoupení různých nosografických skupin. ADHD u uživatelů návykových látek v léčbě představuje komplikující faktor, který ovlivňuje schopnost klienta profitovat z léčby a zvyšuje riziko předčasného ukončení/vypadnutí (drop-out). Na základě poznatků o profilu neúspěšných klientů v léčbě byla práce cílená na získání informací o komplikacích ADHD klientů v léčbě, na vliv poruchy z kontextu průběhu a výsledků léčby. Skupina klientů s detekovanou ADHD komorbiditou byla porovnávána s klienty bez neuropsychické problematiky.

Rozložení práce reflektovalo teoretický podklad o uvedené problematice a praktické zkoumání sledovaného fenoménu. V teoretické části jsou uváděny základní poznatky o duálních diagnózách u uživatelů návykových látek a ADHD z hlediska diagnostiky, prevalence, klinického obrazu a výskytu přídatných komorbidit. Jsou uvedeny základní poznatky z neurobiologického pohledu a teoretické modely vzniku poruch (syndrom závislosti, ADHD). Propojujícím článkem je nástin osobnostní dispozice a jejího ovlivnění v případě souběhu abúzu drog a ADHD a význam léčby

v terapeutické komunitě pro duální klientelu. Praktická část vychází z tvorby, aplikace a analýzy dat, získaných z klinických inventářů určených pro klienty i terapeutické pracovníky. Pro klienty byly použity dva vytvořené nástroje k detekci ADHD – Anamnestický list k diagnostice projevů ADHD v dětství (WURS-61/WURS-25) a Sebehodnotící dotazník pro dospělého člověka k diagnostice projevů ADHD v současnosti (ASRS – v 1.1). Pro terapeuty byl implikován dotazník (Dotazník pro terapeuty) dle CTQ (Conners Teacher Questionnaire). V současné době je na uživatele návykových látek i na osoby s ADHD nahlíženo skrz interindividuální pochybnost o reálnosti dané problematiky. To, co se vymyká normám společnosti, vede ke snaze o zpětnou stabilizaci, o eliminaci daného jevu. Stigmatizace a traumatizace osob s uvedenou problematikou je vzhledem k nastavení společnosti značná. Člověk s ADHD zažívá traumatizaci od ranného dětství, setkává se s neúspěchem, odmítáním okolí a je stavěn do reálné sociální izolace. Ocenění ani potvrzení jeho normality často nepřichází ani ve familiárním kontextu. Výsledkem je problém v sebepojetí, sociálních vazbách a v životních dovednostech. Silná touha o získání přijatelného sociálního statusu a inkluze v rámci vrstevníků může být v souladu s tím, co člověk s ADHD získává užíváním návykových látek; včetně sycení neurobiologických deficitů a výsledných behaviorálních a kognitivních výsledků. Významné propojení vulnerability jedince s ADHD k predispozici užívání návykových látek koreluje s osobnostními deficity i neurologickým paradigmatem. Cesta „zpět“ do úzdravy, z hlediska syndromu závislosti na návykových látkách, tak v léčbě, získává druhotný rozměr cesty i s problematikou ADHD. Již běžné používaný poznatek -„neexistuje klient, který by byl vhoden pro všechny typy léčby a neexistuje léčba, která by byla vhodná pro všechny kliety“- lze pro uvedenou oblast upravit: Existují klienti se specifickými potřebami a existuje možnost nastavit léčebný plán, aby byl průběh i výsledek léčby ve prospěch klienta.

Předkládaná práce vychází zejména ze základních humanitních a spirituálních hodnot, kde je člověk bytostí milovanou, svobodnou a hodnou úcty a zřetele.

Cílem uváděné práce je přínos na pole adiktologické i transdimenzionální problematiky, která by měla jít cestou postupného zkvalitňování, zefektivnění a individualizování přístupu ke člověku (ať je zatížen jakoukoliv diagnózu).

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Duální diagnostika v adiktologii – diagnostické, léčebné a intervenční hledisko

Duální diagnózy v adiktologii patří mezi stěžejní témata, které nelze vzhledem k počtu osob s přidruženým problémem k diagnózám se skupiny F.10 – F. 18 opomíjet (viz dále). Celosvětově je téma duálních diagnóz vysoce diskutované, zatížené výzkumy a změnami v systému diagnostiky (např. MKN – 10 výceossá diagnostika – viz výše). Miovská, Miovský a Kalina (2008) uvádějí zásadní vliv chybného určení etiologie vzniku adiktivní poruchy ve vysoké pravděpodobnosti defektního nastavení léčebného plánu – důsledkem je poškození klienta a ztráta jeho motivace v procesu změny.

Při bližším zkoumání literatury narážíme vedle pojmu duálních diagnóz na pojem psychiatrická komorbidita.; často ve vzájemné záměně pro nejednotnost vymezení pojmů. Z hlediska polemiky nad určením příčinného vztahu mezi dvěma syndromy je vhodnější užití termínu psychiatrická komorbidita. Pojem sumarizuje výskyt dvou či více psychických poruch (i symptomů) u jedince (WHO, 2004). Termín duální diagnóza, jak uvádí Williams a Cohen (2000) je vázán etiologickou spojitostí daných poruch a vyjadřuje identifikaci blízkého vztahu mezi nemocemi.

Z hlediska psychiatrické komorbidity lze rozlišit podle etiologie onemocnění dvě skupiny uživatelů drog; první skupinu představuje model automedikace, tedy všichni psychicky nemocní, mimo diagnostickou skupinu F. 10 – F. 19, které vede k užívání návykových substancí primární psychické onemocnění. Druhou skupinu představují komorbiditní klienti, jejichž první psychická diagnóza zapadá do diagnostického okruhu F.10 – F. 19 a následně dochází ke vzniku přidruženého (komorbiditního) problému (více Miovská, Miovský & Kalina, 2008). Kalina a Minařík (2013) uvádí i třetí skupinu, kterou představují osobnosti s jinou základní příčinou (poruchy osobnosti, stresové poruchy na základě traumatizace v dětství), jejímž vyjádřením je závislost na drogách či psychická nemoc. Vedle psychiatrické komorbidity je nutné vnímat i somatickou komorbiditu, která je velmi častá. I v oblasti somatické komorbidity platí dělení uživatelů návykových látek na dvě uvedené skupiny. Tabulka 1 uvádí přehled modelů duální diagnostiky z hlediska adiktologické problematiky.

Vzhledem k prevalenci psychiatrické komorbidity u adiktivních poruch jsou léčebná a intervenční opatření signifikantní, nejen z výše uvedených důvodů, ale i vzhledem k efektivitě a zhodnocení výsledků léčebného kontinua. Souvislosti psychiatrické diagnózy a užívání návykových látek věnovala pozornost řada zahraničních studií a výzkumů (např. Monica, Nikkel &Drake, 2010; Bogenschutz et al., 2014; Melchior, Prokofyeva, Younès, Surkan & Martins, 2014). Konečné výsledky prevalence ovlivňoval nejen výzkumný vzorek (uživatelé návykových látek x psychiatričtí pacienti), ale i zkoumaná populace (lidé bez domova, klienti adiktologických zařízení, lidé ve VTOS), časový rámec, kritéria symptomů dle posloupnosti a diagnostické metody (Miovská, Miovský a Kalina, 2008). Ze zahraničních studií vyplývá, že podíl psychiatricky nemocných pacientů s komorbiditou v oblasti F. 10 – F. 18 se v Evropě pohybuje od 30 – 50 % (EMCCDA, 2004); ostatní zdroje uvádějí podobné hodnoty a specifikace duálních diagnóz (více Buckley, 2007). Některé zdroje (EMCDDA, 2007) popisují výskyt problému s duševním zdravím u uživatelů v léčbě až hodnotou 80 %. Častější je výskyt problematiky v Evropě u mužů (EMCDDA, 2006). Česká Republika uváděla ojedinělé výzkumy na poli psychiatrické komorbidity, které však korespondovaly se zahraničními zjištěními. Podle Kaliny, který výzkum provedl v roce 2001/2002, byl zjištěn celkový podíl psychiatrické komorbidity u léčených uživatelů návykových látek 35,5 % (Mravčík et al., 2003). Při základní diagnóze psychiatrického spektra byly nejčastěji problémy s abúzem zjištěny u neurotických poruch, u poruch osobnosti a u schizofrenie; při základní diagnóze syndromu závislosti byly nejčastější poruchy osobnosti, neurotické poruchy, organické a afektivní poruchy (Miovská, Miovský & Mravčík, 2006). Zjištění nejčetnějších komorbidit u drogově závislých dle zahraničních studií uvádí zejména poruchy osobnosti a poruchy chování, afektivní poruchy (deprese v různém stupni), úzkostné poruchy, psychosexuální dysfunkce, abúzus alkoholu a léků, poruchy příjmu potravy či gambling (EMCDDA, 2004). V České republice bylo dle posledních zjištění a výzkumných prací v psychiatrické komorbiditě identifikováno (Kalina & Vácha, 2013) 92 klientů dvou terapeutických komunit, kteří v roce 2011 byli v psychiatrické péči; z toho byla primární droga ze 2/3 pervitin. Poruchy osobnosti (s převažujícími behaviorálními, vztahovými a emočními komplikacemi) zaznamenaly u 35-ti klientů, u 23 klientů (často v souběhu s poruchou osobnosti) byla zjištěna depresivní či úzkostná porucha a u 15-ti klientů úzkostná porucha. Psychofarmakologickou léčbu podstoupilo 50 z 92 klientů.

Tabulka 1 Přehled modelů duální diagnostiky z hlediska adiktologické problematiky

Rozlišení skupin uživatelů návykových látek dle etiologie / model	I. skupina / automedikace	II. skupina / „autoneregulace“
Charakteristika	Psychiatričtí klienti mimo diagnostickou skupinu F.10-F. 19	Psychiatričtí klienti spadající do diagnostické skupiny F.10 – F.19
Specifikace / etiologie abúzu	Primárním onemocnění či porucha je mimo uvedenou diagnostickou skupinu (předpoklad abúzu substance na základě primárního onemocnění)	Primární onemocnění/porucha je v uvedeném diagnostickém spektru (předpoklad vzniku psychiatrické/psychologické problematiky na základě abúzu)
Klinické příklady	Úzkostná/depresivní porucha a model sebemedikace sedativními léky či alkoholem.	Masivní abúzus metamfetaminu vedoucí k výrazným kognitivním deficitům.

Zdroj: Vlastní dle Miovská, Miovský a Kalina (2008).

Diagnostika přidružené komorbidity je velmi složitý proces a to na základě podobností stavů a jejich možnou klinickou záměnou, potřebou opakovaných vyšetření v kontrolních podmínkách a z důvodu nutnosti zohledňování rizika konfabulace symptomů ze strany pacienta (Nešpor, 2003). K nutnosti provedení vysoce erudované a kvalitní diferenciální diagnostiky náleží fakt související s efektivitou léčby a vhodně nastaveným léčebným plánem. Dobrá diagnostika souvisí i s uvedeným modelem „duálních klientů“ a zohlednění primární problematiky (ač je vysoká šance nemožnosti reálného určení). Miovská, Miovský a Kalina (2008) uvádí přehled základních požadavků pro úspěšné provedení diagnostiky:

- předpoklad velmi dobrého vhledu a znalosti anamnestických údajů (individuální i rodinná anamnéza, průběh onemocnění v čase) a seznámení se s původní zdravotnickou dokumentací (výpisy, ev. předání od jiného zařízení),
- předpoklad zajištění standardního biochemického, toxikologického a celkového vyšetření stavu pacienta,
- nutnost zajištění kontrolovaných podmínek pro veškerá vyšetření v souvislosti s užíváním návykových látek, jako zásadní kritérium pro kvalitní diagnostiku,
- zásada provedení kompexního psychologického vyšetření (výkon i osobnost vyšetřovaného) a sociálního i právního zhodnocení stavu,
- v neposlední řadě a primárně je rozhodující spolupráce a ochota vyšetřovaného ke sdělování údajů, jeho angažovanost a potřeba být nápomocný (předpoklad vytvoření bezpečného vztahu vyšetřujíc/vyšetřovaný).

Základní intervence poskytované klientům s duálním „problémem“ by měly zohledňovat fakt vysokého výskytu problémů a komplikací, které tyto klienty v léčbě doprovázejí. Jak uvádi Kalina (2006), psychiatrická komorbidita vede k problémům se zapojením se do léčebného plánu (programu) a snižuje tak možnost zisku profitu z léčby. Základní léčebná a intervenční hlediska pro duální klienty by měla vycházet i z dalších zjištění:

- komorbiditní poruchy vedou ke zvýšeným nárokům na personál; ten by měl být schopen zvládat odbornou péči nejen o adiktivní poruchy, ale i přidruženou psychiatrickou komorbiditu,
- komorbiditní poruchy psychiatrického spektra jsou často příčinou vzniku situací, které lze vzhledem k relapsu a oslabování křehkosti Self, nazvat jako vysoce rizikové (např. přetrvávající deprese a úzkosti spojené s impulzivitou, vedou k častému konfliktu se spolupacienty, ke snižování motivace k udržení „čisté hlavy“, k prohlubování psychické nepohody ze sebe sama a riziku zvýšeného cravingu…).
- v případě užívání návykových substancí je vysoce stížen proces diagnostiky přidruženého onemocnění, riziko problematické lékové compliance až kontraindikace některých léků (více Miovská, Miovský &Kalina, 2008).

Zajímavé okolnosti ve vztahu k léčbě klientů s adiktologickou problematikou a jinou duševní poruchou uvádí Nešpor (2003):

- z hlediska farmakoterapie je nutné zohledňovat interakce návykových látek s psychotropními léky, které mohou vyústit v netypické klinické stavy až otravy – zde jsou míněni interakce nejen ve vztahu k užívaným, ale i potencionálně zneužívaným návykovým látkám,
- při preskripci psychotropních látek je nutné zohledňovat jejich závislostní potenciál a zvažovat i alternativu farmakoterapie (psychoterapie, relaxace…),
- při aplikaci psychoterapie je nutné značně individualizovat léčbu, být citlivý a opatrný, odklánět se od konfrontačního přístupu a zvládat práci s nonverbálním projevem komunikace; autor zdůrazňuje zapojení rodinného systému (posílení rodiny, účast v procesu úzdravy),
- klienti s duální diagnózou v péči předpokládají nárok na tým z hlediska interdisciplinarity,

- je nutné mít na zřeteli dlouhodobost léčebného procesu, který by měl zohledňovat léčebné kontinuum a vyšší riziko relapsu (také Siegfried, 1998; Buckley, 2006),
- z důvodu rizika sekundárního poškození zranitelných osobností nejsou využívány konfrontační techniky a přístupy (Richterová Těmínová, Adameček & Kalina, 2003).

V současné době z hlediska intervencí a léčby duálních diagnóz u adiktologických klientů v České republice neexistují specializovaná pracoviště (Nešpor, 2003; Miovská, Miovský &Kalina, 2008). Existují však programy, které se v uvedené problematice profesionalizují ve smyslu zvyšování kvalifikace personálu, cíleným zaměřením na multidisciplinaritu a spolupráci s odborníky v péči o duševní zdraví. Také existuje vysoké povědomí o tom, že do léčby (psychiatrická lůžková zařízení, terapeutické komunity pro drogově závislé) jsou přijímáni klienti s podprahovou, nezřetelnou i snadno rozpoznatelnou psychopatologií, bez existence specializace zařízení v dané problematice. Léčebná strategie nemůže opomíjet fakt dlouhodobé perspektivy a léčebného kontinua a zároveň komplikace z hlediska prevence i léčby obou nemocí. Řešení léčby komorbidit u adiktologických pacientů by mělo primárně vycházet z principu zaměření na obě identifikované poruchy. Dle Nešpora (2003) existuje možnost volby léčby mezi:

- následnou terapií, která znamená primární řešení adiktologické problematiky v jednom ze specializovaných zařízení, a následně léčbu komorbidity v jiném zařízení. Význam následné terapie je odůvodňován potřebou řešit primárně naléhavější problematiku.
- souběžnou terapií, která prezentuje řešení pro ambulantní léčbu, kdy je současně řešena návyková porucha v odpovídajícím zařízení a zároveň v jiném psychiatrická.
- integrovanou/ „double focus therapy“ (léčení dvojím ohniskem), pojímanou jako nejlepší z uvedených možností volby. Léčba integrovaná značí řešení obou problémů v jediném zařízení, při zachování stejného terapeutického týmu, který je vybaven odpovídajícími kompetencemi.

Integrovaná léčba je v souvislosti s léčbou adiktologických klientů v terapeutických komunitách zásadní a zohledňuje potřebu fokusingu na obě poruchy (Montoya, 2006). Zároveň není tajemstvím, že klienti s rozpoznanou závažnou komorbiditou v oblasti duševního zdraví mají nastavený vysoký práh nejen k přijmutí do programu

v terapeutické komunitě, ale i k možnosti zvládat běžně nastavený léčebný program. Jak uvádí Kalina a Minařík (2013), je pro integrovanou léčbu optimální model terapeutické komunity a to bez změkčování základních pravidel, ale zároveň s aplikací specifických forem intervencí a léčebných přístupů; zároveň je, dle Millerové (2011), zásadní pozornost směřovaná k stabilizaci a léčení psychické poruchy.

Výrazné komplikace u klientů v léčbě z hlediska diagnostiky přidružených problémů jsou detekovány i v průběhu léčby. Kalina a Minařík (2013) popisují fenomén PAP (pozdní abstinenční psychopatologie) u klientů v léčbě, který byl detekován po 4-5 měsících abstinence a znamenal výraznou regresi v oblasti duševního zdraví (farmakoterapie).

2 ADHD - klinická symptomatologie a klasifikace, epidemiologie a intervenční hledisko

Z hlediska historického vývoje prošla koncepce hyperkinetických poruch řadou změn; první symptomy vzbudily pozornost u lékařů začátkem 20. století. V roce 1937 byla poprvé s úspěchem použita psychostimulační (dextro a levoamfetamin) léčba, která nasedala na biologickou hypotézu vzniku poruchy a vedla ke zmírnění hyperaktivity a pozornosti. Pro nejednotnost terminologie poruchy a potřebu diagnostického sjednocení, vznikl v roce 1963 termín lehká mozková dysfunkce (LMD), propagující organickou hypotézu vzniku poruchy (Drtílková, 2007a). Současná terminologie vychází z posledního amerického manuálu DSM-IV (z roku 1994), kde je porucha klasifikována jako attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Podle MKN-10 (2008) je porucha klasifikována jako hyperkinetická porucha. Pojetí poruch dle MKN-10 a DSM-IV není identické, odlišnosti nacházíme zejména v odlišném členění subtypů (přehled srovnání uvádí tabulka 2).

Tabulka 2 Rozdíl v klasifikaci hyperkinetických poruch dle MKN-10 a DSM-IV

Klasifikační systém	**MKN – 10**	**DSM – IV**
Název pro poruchu	**HPK (hyperkinetické poruchy)**	**ADHD (attention deficit hyperaktivity disorder)**
Subtyp	0 ⟷	1. ADHD inattentive type (ADHD s převahou poruchy pozornosti)
	0 ⟷	2. ADHD hyperactivity/imulsivity type (ADHD s převládající hyperaktivitou/impulzivitou)
	1. Porucha pozornosti s hyperaktivitou (porucha pozornosti + hyperaktivita + impulzivita) ⟷	3. ADHD combined type (ADHD kombinovaný typ)
	2. Hyperkinetická porucha chování ✸	0

Zdroj: Vlastní (upraveno dle Drtílková 2007b; Paclt 2007a)

Pro stanovení diagnózy hyperkinetické poruchy dle MKN – 10 musí být naplněna kritéria, která zahrnují vznik poruchy před 7. rokem věku a trvání sledovaných symptomů nejméně 6 měsíců. Je hodnocena oblast:

- poruch pozornosti (nutná přítomnost 6 z 9 symptomů): obtížná koncentrace pozornosti, problém s udržením pozornosti, neposlušnost, neschopnost dokončovat úkoly, vyhýbání se náročnějším úkolům z hlediska mentálního úsilí, nepořádnost až dezorganizovanost, časté ztrácení věcí, roztržitost, zapomnětlivost,
- hyperaktivity (přítomnost 3 z 5 symptomů): neposednost až vrtošivost, neschopnost setrvat sedět na místě, časté pobíhání kolem/okolo, vyrušování až hlučnost – problém zachovat klid a ticho, neustále v pohybu, upovídanost/mnohomluvnost
- impulzivity (přítomnost 1 ze 4 příznaků): neschopnost zdržet se mnohomluvnosti, rychlé a bezmyšlenkovité odpovědi, problém s odložením čekání, vyrušování ostatních.

V případě, že jsou naplněna kritéria pro subtyp poruch pozornosti s hyperaktivitou a zároveň pro poruchy chování, lze stanovit diagnózu subtypu hyperkinetické poruchy chování (MKN-10, 2008; Drtílková, 2007b).

V případě stanovení diagnózy podle klasifikačního systému DSM-IV je znatelná odlišnost od MKN-10; ADHD dle tabulky 2 zahrnuje znatelně mírnější, parciální poruchy a nevšímá si poruch chování. Dle Paclta (2007a), je diagnóza ADHD krytá s diagnózou hyperkinetické poruchy pouze z části a tudíž zachycuje méně závažné příznaky, než diagnóza hyperkinetické poruchy dle MKN-10.

Diagnostická kritéria, dle DSM – IV, připouštějí výskyt hyperaktivity, impulzivity a nepozornosti před 7. rokem věku; zároveň je pro diagnostiku nutný výskyt symptomů na dvou a více místech (doma, škola…) a evidence sociálních vztahů – přehled diagnostických kritérií uvádí tabulka 3.

Tabulka 3 Diagnostická kritéria pro ADHD dle DSM – IV

A) Nemoc začíná před sedmým rokem věku
B) Nemoc nesplňuje diagnostická kritéria pro „Pervasive Development Disorder“ (nezachvacující vývojové poruchy)
C) Poruchy trvá nejméně 6 měsíců a objevuje se minimálně 8 ze 14 symptomů (ve věku 3-5 let: 10 a více; ve věku 6-12 let: 8 a více; ve věku 13-18 let: 6 a více):
1. Časté a neklidné hraní s rukama, bezúčelné pohyby nohama či vrcení vsedě. V době adolescence hodnocen subjektivní pocit vnitřního neklidu.
2. Potíže s udržením sebe v klidném sedu i přes opakované požádání.
3. Snadná vyrušení a odvedení od činnosti/práce vnějšími stimuly.
4. Potíže vyčkat ve hrách s pevně stanovenými pravidly či ve společenských situacích na své pořadí (tendence předbíhat, nedočkavost).

5. Časté vyhrknutí odpovědi na otázku, bez možnosti nechat otázku vyslovit do úplného konce.
6. Potíže řídit se instrukcí od jiných osob – zejména pro potíž dokončení nějaké práce/činnosti (ne autoritářské či opozičnické tendence).
7. Potíže v soustředěn í se na úkoly či při hrách.
8. Časté přebíhání od nedokončených činností/prací k jiným.
9. Potíže hrát si v tichosti.
10. Časté a nadměrné mluvení, překotnost v mluvě.
11. Časté přerušování či skákání do řeči jiným osobám, pletení se do her jiných.
12. Častý dojem z posuzovaného „neposlouchá“ či „je duchem nepřítomen“.
13. Časté ztráty věcí pro školní náplň činností či pro důležité činnosti bez zvážení důsledků ztráty.
14. Časté zapojování do fyzicky riskantních aktivit bez zvážení důsledků (nerozhlédnutí se při vběhnutí do vozovky).

Zdroj: Vlastní (upraveno dle citované literatury: Paclt, 2007a; APA, 1994)

Klinický obraz ADHD zahrnuje problémy a deficity v oblasti pozornosti, aktivity a impulzivity. Deficit pozornosti se u uvedených osob projevuje primárně v problému udržet volní zaměřené úsilí a pozornost při plnění úkolů; zejména opakované úkoly, nudné, zdlouhavé činnosti a pracovní výkony. Paclt (2007a) odůvodňuje deficit pozornosti na základě irelevantní stimulace během plnění úkolu, které vede k progresi výkonu (více než vnější stimulace). Poruchu pozornosti propojuje vytrvalostní problém a snadné odvedení pozornosti k „lákavějšímu“ stimulu. Hyperaktivita je popisována jako vývojově nepřiměřená až nadměrná úroveň hlasové či motorické aktivity. Běžně se vyskytují nepokojné pohyby těla, vrtění, které jsou bezúčelné a irelevantní vzhledem k situaci. Při komunikaci se objevuje skákání do řeči, překotné mluvení, vydávání atypických zvuků, nadměrný řečový projev a komentáře. Impulzivita je popisována jako vytrvalostní problém. Barkley (2006) popisuje impulzivitu jako „behavioral disinhibition“ projevující se v oblasti nízké kontroly chování (nízká funkční výkonnost), trvale nízké inhibice, v neschopnosti odložení odpovědi či trvalého uspokojení, nebo neschopnosti inhibice dominantní či silné odpovědi. Objevují se deficity v útlumu chování při situačních požadavcích, zvýšená úrazovost, opakované chyby z nedočkavosti a nepozornosti, preference méně náročné a snadnější práce/úkolu. Barkley (2006) popisuje impulzivitu jako základní symptom, který od sebe odlišuje skupiny osob s ADHD a bez ADHD. Vliv ADHD na osobnost jedince uvádí kapitola č. 5.2.

Klinický obraz hyperkinetické poruchy chování se projevuje dlouhodobou a vysokou mírou agresivity; opakují se krádeže, opoziční vzdor, rvačky, problém se submitivitou, lhaní, záškoláctví. Drtíllková (2007c) uvádí, že v případě

pokročilejšího věku se symptomatologie propojuje se závažnějšími formami predelikvence či antisocialiace.

Malá (2000) symptomatologii hyperkinetické poruch rozděluje na oblast poruchy kognitivních funkcí (zraková i sluchová porucha pozornosti korelující s motorickým neklidem, problematika selekce podnětů, porucha syntézy i analýzy informací, porucha exekutivních funkcí s dominancí neschopnosti vnímání časového sledu, poruchy motivačního jednání či úsilí a vytrvalosti, porucha percepce prostorového vnímání a v pracovní či slovní kognici); oblast poruch motoricko-percepčního spektra (neschopnost relaxace na základě hyperaktivity, neurologické odchylky v koordinaci či symetrii pohybů, motorická nemotornost, vizuomotorické koordinační odcylky); oblast poruchy emoční a afektové lability; poruchu v oblasti impulzivity (chování bez predikce a vysokou mírou chaosu, neschopnost učení se z chyb…) a poruchy sociální maladaptace (patologie v respektování pravidel, kontrole sebe sama, přizpůsobivosti vrstevníkům, akceptování sociálního okolí a interpersonálních vztahů či autorit…; extrémy v emocionálním sdělení, nízká schopnost empatického jednání/cítění a altruismu).

Predikce průběhu a prognózy onemocnění není nikdy zcela zřetelná. Při sledování průběhu klinického obrazu poruchy narážíme na vysokou míru nestacionárnosti během dětství a dospívání, která souvisí se změnami v maturaci mozku. Kojenecké, batolecí a předškolní období sjednocují příznaky od poruch základních bioritmů, ukřičenosti, desinhibice chování, záchvatů vzteku k bouřlivosti, neukázněnosti a agresi. Školní věk dominuje problémy v kognitivní oblasti, která propojuje potíže s behaviorálními charakteristikami jedince. Často vznikají sekundární neurotické potíže a poruchy chování, jako reakce na mimointelektové selhání, kárání a vyčleňování. Intenzita projevu poruchy je detekována od možné mírně lehké symptomatologie až k bouřlivým projevům vyžadujícím opakované hospitalizace v psychiatrických léčebnách, stálý dohled a kontrolu. Negativní reakce okolí na jednotlivé symptomy zahrnují zejména obviňování, zneschopňování, fyzické a represivní formy trestů (se zvyšujícími se problémy tvrdší formy), které u lidí s ADHD vyvolávají pocit selhání, neúspěchu, chronickou frustraci a rozvoj kompenzace nevhodných forem chování (Drtílková, 2007c).

Z hlediska klinického obrazu ADHD v dětství je zásadní, že u necelé poloviny případů dochází k remisi onemocnění okolo 12. roku, tudíž u 40 – 60% nemocných lze

předpokládat přetrvávání poruchy v dospělosti (Drtílková, 2007c). Pokud v dětství dominují s diagnostikovanou poruchou muži, v dospělosti dochází k vyrovnávání poměru. Znalost problematiky klinických projevů ADHD a jejich odlišností podle vývojových etap je vzhledem ke správné diagnostice poruchy zásadní. Jak bylo uvedeno výše nelze předpokládat, že projevy ADHD u osob v dětském věku budou vzhledem ke sledovaným okruhům diagnostiky konformní s projevy v adolescenci a dospělosti. Nezřídka se setkáváme i s myšlenkovými stereotypy, které nepřipouštějí výskyt ADHD v dospělém věku – spojení výskytu ADHD jde v povědomí veřejnosti velmi často s obdobím školního věku (do 15 – ti let; zejména s prvním stupněm ZŠ).

ADHD/Hyperkinetická porucha v adolescenci a v dospělosti je v opozici základního symptomu poruchy ADHD v dětství – hyperaktivity. Z důvodu ústupu primární symptomatologie na základě vývoje se ADHD v dospělosti - i přes průkaznou diagnostiku v dětském věku - se může jevit asymptomaticky. Výzkumné články o přetrvávajícím výskytu ADHD uvádějí 30 – 50 % detekce poruchy v dospělém věku u pacientů s diagnózou v dětství (Paclt 2007b, Drtílková 2007d, Malá 2000). Odeznívající hyperaktivitu nahrazuje transformace primární symptomatologie do mírnějších projevů, dominují poruchy s pozorností a impulzivitou a hrozí vysoké riziko přehlédnutí či chybného diagnostikování poruchy. Problém s pozorností se odráží v koncentraci na náročné úkoly vyžadující soustředěnost a systematičnost, v častých ztrátách osobních věcí, v selhávání organizace studia a práce, chaotickém jednání, nedokončování úkolů či v zapomínání na termíny schůzek a úkolů. Impulzivita se v dospělosti transformuje do nedostatečné schopnosti inhibice chování, která velmi často ústí v závažné formy asociálního statusu (Paclt 2007b). Barkley (2006)uvádí, že v dospělosti přetrvávají příznaky psychické lability, zejména emoční nezralost, impulzivita a bezmyšlenkovité jednání; v nízké míře pak poruchy pozornosti.

DSM-IV rozlišuje v dospělosti ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou (výskyt zejména u mužů, dominance zvýšené aktivity, nízká schopnost organizovat věci, impulzivita) a ADHD s převažující poruchou pozornosti (více kognitivních problémů, gender rovnoměrné zastoupení). Pro AHDH s převažující poruchou pozornosti v dospělém věku je typická komorbidita s depresivní a anxiózní poruchou (Paclt, 2007a).

Rizikové faktory, které souvisejí s rozvojem perzistentní formy ADHD, zahrnují agresivní chování a poruchy chování v dětském věku, sníženou sociální adaptibilitu,

problém s autoritami a nízký inteligenční kvocient. Perzistentní formy ADHD vycházejí nejen z dominujících příznaků poruchy, ale zejména z interindividuální psychologie daného jedince. Faraone et. al.,(2005a) předpokládá vazbu perzistující formy na familiární výskyt. Spencer et al., (2001) uvádí podobné znaky ADHD v dospělosti, které zahrnují souběžnost v poruchách exekutivních funkcí, obdobné komorbiditní zátěže a podobný klinický obraz v reakci na farmakoterapii či shodné neurologické nálezy.

Diagnostika ADHD dle DSM – IV v dospělosti je v porovnání s výše uvedenými diagnostickými kritérii zatížena požadavkem anamnestické detekce ADHD v dětství a nemožností vysvětlení klinických projevů jiným onemocněním. Pro stanovení diagnózy ADHD v dospělosti musí být dále přítomno 12 a více příznaků, které lze označit za dlouhodobé/chronické:

- pocit neodpovídajícího výkonu vzhledem k vlastním schopnostem,
- problém v organizování drobných denních činností (setkání a termíny jsou zapomínány, často ztrácejí lístky, doklady...),
- časté odkládání řešení a obavy se započetím nové činnosti,
- současná práce/činnost na více úkolech/věcech/projektech
- časté nevhodné komentáře či poznámky na základě bezmyšlenkovitého jednání (sklony sdělovat kognitivní obsahy bez přemýšlení),
- hledání a vyzývání nových zkušeností a podnětů,
- častá nuda a zároveň rychlé střídání zájmových činností, které trvají krátkou dobu,
- nedůsledné chování/jednání, rychlá neklidnost a ztráta pozornosti,
- kreativita, tvořivost a intuitivní jednání v určitých okamžicích,
- problém se stereotypními postupy a preference individuálních metod,
- nedočkavost,
- časté impuzivní reakce verbální či situační (rychlé změny v plánech, útrata financí bez přemýšlení),
- dispozice k úzkostem z nepotřebnosti, budoucnosti; zároveň odchylka od reálného nebezpečí k reálnému náhledu,
- ambivalence pocitů rizika nebezpečí a smrti v kontrastu z excitace rizika,
- depresivní ladění a poruchy nálady,

- neklidné prožívání (neschopnost být v klidu v sedě, udržet končetiny/tělo bez pohybu),
- dispozice k patologickým formám chování (závislost – látková i nelátková!),
- problémy s oceněním sebe sama (sebeúcta, sebevědomí a sebehodnocení – reálné),
- problém se sebeúctou (devalvace, nereálné hodnocení sebe sama, sebedestrukce),
- problém se sebehodnocením (dtto),
- familiární detekce (anamnesticky): poruch v oblasti behaviorální, nálad, závislosti.

Uvedené symptomy by se měly vyskytovat ve výrazně vyšší míře než u ostatní populace při shodě ve věku a etniku (více APA, 1994, Paclt, 2007a, Drtílková, 2007b). V případě diagnostiky ADHD/hyperkinetického syndromu v dospělosti nejsou u klasifikačního systému MKN-10 diagnostická vodítka zohledněna; diagnóza v dospělém věku dle MKN-10 tudíž neexistuje. Prevalence je udávána v rozmezí 3 – 7 % v dospělé populaci, významný je rozdíl z důvodů odlišných diagnostických kritérií dle DSM-IV a MKN-10, kdy se rozptyl pohybuje až do výše 29 % (Barkley, 2006).

Intervence v případě výskytu poruchy jsou velmi široké. Pokrývají pole psychofarmakoterapie a souvisejících intervencí cílených na uvedenou osobu s ADHD/hyperkinetickou poruchou; jedná se o intervence do krajiny rodiny a školy. Pole psychofarmakoterapie a intervencí cílených na člověka s ADHD vycházejí z primárního poznatku etiologie poruchy a vlivu psychofarmak na neuropsychické procesy (tudíž na kognitivní a behaviorální projevy člověka). Převládající poznatky deficitu u ADHD hovoří zejména o dopaminu, který je klíčový v ovlivnění pozornosti, v ovlivnění chování za účelem odměny a psychomotoriky… Kromě dopaminu a noradrenalinu, je klíčovým účinkem psychofarmak, v ose propojující nucleus striatus, locus corelueus a prefrontální kortex. Hlavní mechanismus farmakologického účinku při podání psychofarmak (stimulancií) u ADHD poruch souvisí s dodáním deficitních neurotransmiterů, které ztráty vyrovnávají. V případě ADHD jde o normalizaci pozornosti, kognitivních procesů, hyperaktivity i vigility (Barkley, 2006). Kromě stimulancií, které jsou váženy zlatem, v případě historie zkušeností s terapií ADHD (70 – 80 % ADHD nemocných reaguje na terapii pozitivně), jsou využívány kombinované či individuálně indikované léčebné modely. Stimulační látky obecně vedou ke zvýšené nabídce dopaminu a noradrenalinu na presynaptické štěrbině

a zvyšují jejich uvolňování na synaptických štěrbinách; výsledný efekt vede ke zvýšené nabídce uvedených neurotransmiterů v mozku. Ze stimulačních psychofarmak v léčbě ADHD dominuje methylphenidát (Ritalin) ve formě standardní, retardované či formě MTS – methylfenidate transdermal systém a také modafinil (Provigil). Psychostimulancia pozitivně ovlivňují nejen behaviorální jádové projevy poruchy (pozornost, impulzivita, hyperaktivita), ale i sociální adaptibilitu. Vliv na emoční a psychickou oblast je nejednoznačný (Paclt, 2007c; Drtílková, Drtílková, 2007f). Včetně výše uvedených pozitiv psychofarmak jsou znatelné i vedlejší (nežádoucí) účinky – akutní (klinicky totožné z hlediska farmakoterapie stimulačních látek) a chronické (dtto, zejména riziko hmotnostní a růstové retardace). Zajímavá jsou zjištění z řad výzkumů, které uvádí léčbu stimulancii u ADHD osob jako protektivní, vzhledem k rozvoji látkových závislostí (Wilens, Faraone, Biederman & Gunawardene, 2003).

Intervenční působení ve škole kombinuje obecné zásady přístupu u osob s ADHD. Pokorná (2010) primárně uvádí klidný přístup a důsledné vedení z důvodu kognitivního deficitu a poruch v oblasti selekce podnětů; zároveň práci s optimalizací rychlých a nečekaných změn v procesu léčby (problematika nesnášenlivosti změn u ADHD osob z důvodu neklidu, emoční lability a nesoustředěnosti). Školní i interpersonální oblast by měla zohledňovat intervenční působení na rovinu harmonie, útulnosti a klidu; nabízet pouze stimuly a předměty nutné pro splnění úkolu ve stanovený okamžik, oceňovat a upozorňovat v případě žádoucích projevů, omezovat činnosti spojené s impulzivním a hyperaktivním chováním, vysílat úkoly přiměřené věku – leč časově méně náročnější, zohledňovat problematiku schopnosti porozumět zadání úkolu a ověřovat pochopení otázkou, vytrvat v případě dokončení úkolu i přes mírnější nároky na osobu s ADHD, vnímat potřebu osob s ADHD vzhledem k predikci řádu a průběhu činností (rovina psychologické vyváženosti); dále učit a vyučovat osoby s ADHD sociálním dovednostem, jelikož dimenze sociálního charakteru je z důvodu neuropsychické problematiky omezena v oblasti spontánního učení a učení nápodobou. Velmi důležitá je i preference inkluze osob s ADHD do širšího kolektivu a otevřenost v otázce komunikace kolektivních potíží a nešvarů. V neposlední řadě jde o schopnost práce s pozitivním posilováním žádoucích behaviorálních projevů a rozlišování odměn, trestů a slibů v případě lidí s ADHD (sliby za účelem žádoucích projevů, které nejsou naplněny z důvodu selhání odborníka…).

Rodinné pole z hlediska intervenčního působení (možného doporučení ke vztahování se ke členům s ADHD) vede k odcentralizování diagnózy a stigmatizace. Cílem je, stejně jako u jiných diagnóz, preference vzorce člověka, který si nese problém (kontrast problémové osoby); otevírá se téma vývojové poruchy a mírnění symptomatologie vzhledem k věku; rodina a blízké osoby poznávají význam důslednosti ve výchově a jsou jim předávány informace o možné změně v postoji (očekávání relativizmu v chování dítěte vede k jeho potvrzení – odučení stereoypům). V poli rodiny je věnována pozornost sourozeneckým vztahům i ošetření pocitů bezmoci a bezradnosti u rodiny. Závěrem Pokorná (2010) dodává přímou úměru mezi eliminováním nežádoucích projevů osob s ADHD a klidnou domácí atmosférou.

Léčba ADHD, jako chronické behaviorální a související kognitivní problematiky, často předpokládá dlouhodobou interdisciplinární a multimodální péči. Za prokázané psychosociální a psychoterapeutické intervence účinné v léčbě ADHD lze považovat kombinování farmakologie a behaviorálních intervencí, kognitivně-behaviorální intervence se zaměřením na dětský věk, behaviorální terapii pro rodinu dítěte s ADHD, či komplexní a intenzivní behaviorální léčba zahrnující program pro děti i rodiče (Paclt, 2007d). Terapeutický i výchovný přístup by měl respektovat poskytování časté a jasné zpětné vazby, splnitelnost a stručnost ve sdělovaných instrukcích, zohlednění potřeby komplexního stylu učení (informace a úkoly sdělované v celku), zvyšování schopnosti sebekontroly a sebehodnocení u osoby s ADHD a pozitivní posilování (Zelinková, 2003). Z hlediska efektivity léčebných postupů jsou uváděny dobré výsledky při používání behaviorální terapie, farmakoterapie stimulancii a antidepresivy.

2.1 Teoretické a pragmatické modely vzniku ADHD

Teorie a modely vzniku ADHD se snaží o popis etiologie a patogeneze poruchy; jistota etiologie vzniku poruchy je v dnešní době diskutabilní. Není shody mezi příčinnou biochemickou či neurologickou etiologií vzniku ADHD. Silné modely vzniku poruchy představuje koncept etiopatogenetického (neurobiologický, genetický, neurotransmiterový model) a neuropsychologického paradigmatu (kognitivní model). Neurobiologický model se opírá o propojenost funkčních systémů v CNS, které zasahují téměř veškeré oblasti mozku. Významné psychofyziologické a funkční systémy vedou k transformaci procesů či vzorců na nevědomé úrovni, které zahrnují identifikaci, interpretaci, priority a jejich řazení, rozpoznávání, analytické procesy a volbu reakce

či odpovědi. (Paclt, 2007e; Barkley, 2006, Faraone et al. 2005). Genetické aspekty poruchy a současné poznatky uvádějí potvrzení výskytu desítek genů, které jsou dávány do souvislosti se vznikem ADHD i zvýšeným familiárním výskytem - zátěž 5x vyšší než u zdravé rodiny (Drtílková, 2007e). Genetické faktory vzniku poruchy mohou být dle studií až 50 %. (Pokorná, 2010; Šerý, 2007). Neurotransmiterové modely upozorňují zejména na hypotézy v deficitu katecholaminů – noradrenalinu a dopaminu (nyní i deficit serotoninu, který se podílí na řadě komorbidit k ADHD), kterou potvrzuje normalizace přenašečů po léčbě psychostimulancii. Je uváděn problém s deficitem inhibičních mechanismů, jako výchozího bodu vzniku ADHD (Uhrová, 2007a; Paclt et. al., 2007). Kognitivní model zdůrazňuje vliv problematiky útlumu v reakcích, které oponují předpokladu pohotovosti. Osoby s ADHD jsou dotčené v adaptaci i seberegulaci, kterou ovlivňuje pracovní pamět, reorganizace úkolů a činností, sebeovládání a schopnost internalizovat řečové projevy (více Paclt, 2007e). Do kognitivních teorií zapadá kognitivně energetický model popsaný Sergeantem (2005). Model uvádí desinhibici neurotransmiterů a zároveň vliv energetického stavu dané osoby, které korelují s problémy ve volní oblasti. Deficity u osob s ADHD jsou dle Sergeant (2005) patrné v úrovni exekutivních funkcí, v dysfunkci energetických reserv a deficitu motorické organizace. Z důvodu podloženosti uvedených modelů k etiopatogenezi poruchy a předpokladu vícečetné etiologie ADHD, jsou zřetelné snahy o integrativní přístup k modelům.

Negenetické etiologie ADHD představuje abúzu návykových látek během gravidity, frontální a prefrontální úrazové poškození, nízká porodní hmotnost dětí a předčasné porody, FAS (více Drtílková, 2007e). Autorka uvádí výskyt ADHD ve vyšší míře u osob, které žijí v kumulaci nepříznivých psychosociálních podmínek; tyto zahrnují psychopatologii u rodiče, disharmonii či konfliktní rodinné prostředí/blízké okolí, nízkou sounáležitost v rámci rodiny. Malá (2000) sděluje předpoklad výskytu negenetických vlivů v rozmezí 20 – 30 %.

2.2 Prevalence, komorbiditní diagnózy a přidružené problémy u ADHD

Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rhode (2007) zjistili celosvětovou prevalenci ADHD 5,29 %. Kooij et al., (2010) a Nazar et al.(2008) uvádějí podíl psychiatrické komorbidity u ADHD v rozmezí až 60 – 70 %. Podle klinických studií a praxe je hyperkinetická porucha spojována zejména s komorbiditou poruch chování,

tikových poruch, úzkostnými poruchami, poruchami specifických školních dovedností a motorické oblasti, afektivní či obsedantně kompulzivní poruchou. Jak bylo uvedeno výše, i v případě ADHD je nejasné, zda jde o nestejnorodý projev identické heterogenní poruchy se sdílenou vulnerabilitou, či je souběh výsledkem překryvu různých nosografických skupin. Hypotézu sounáležitosti ADHD s jinými neuropsychiatrickými poruchami potvrzují četné studie zdůrazňující společnou či blízkou patofyziologii v mozku (Drtílková, 2007g). Autorka uvádí vyšší výskyt komorbiditních poruch u osob s velmi časným začátkem ADHD a rekurentní somatické bolesti u osob s ADHD (vyšší výskyt bolestí břicha a hlavy u chlapců). Některé výzkumy ukazují i na enurézu (téměř polovina osob s ADHD s převahou problémů v noci), strabismus a vysokou úrazovost (Hartsoug &Lambert,1985). Výskyt přidružených zdravotních problémů je pro ADHD značný zejména v dětském věku (základní škola). Barkley (2006) uvádí, že více jak 75 % dětí s diagnózou ADHD má předurčený zisk alespoň jednoho z možných komorbiditních onemocnění. Autor dále uvádí klíčové klinické body, které zahrnují pole komorbidity u ADHD:

- úzkostná porucha se může vyskytovat u 10-50 % klinických případů s ADHD; zároveň je výskyt ADHD možný u 15-30 % dětí s úzkostnou poruchou. Úzkostné poruchy se spojují s nižší mírou impulzivity, vyšší mírou nepozornosti a možnou nežádoucí (špatnou) reakcí na léčbu stimulancii.,
- depresivní porucha se může u osob s klinickou diagnózou ADHD v mládí objevit v rozmezí 15 – 75 %; zároveň u osob s depresivní poruchou je možný výskyt ADHD v rozmezí 16-63 %,
- bipolární porucha se může vyskytovat u 6-27% osob dětského věku s ADHD; follow-up studie však nepotvrdily významný výskyt poruchy v dospělosti,
- až u 85 % klinických případů s ADHD je možný výskyt poruchy opozičního vzdoru,
- poruchy chování lze nalézt u 15 – 56 % klinických případů ADHD; přítomnost poruch chování je často asociována s poruchou opozičního vzdoru,
- PTSD (Postt-raumatic stress disorder – posttraumatická stresová porucha) a její výskyt u ADHD není signifikantně zvýšený a ani významně nesouvisí s klinickou diagnózou. Přibližně 14 – 46 % dětí s PTSD může mít ADHD (uvedená zvýšená incidence však může souviset s komorbiditou poruchy opozičního vzdoru a bipolární poruchou k ADHD),

- Tourettův syndrom nebo jiné tikové poruchy nejsou obvyklejší ve vzorcích komunity ADHD v porovnání s jinými přidruženými onemocněními; beztikové poruchy mohou být mírně zvýšené dle popisovaného klinického referenčního vzorku osob s ADHD,
- nejsou známa data o prevalenci poruch autistického spektra u dětí s ADHD; ale ADHD má přibližně 26 % dětí s uvedenou poruchou,
- klinický vzorek dětí s ADHD častěji vykazoval problematické vztahy s vrstevníky a vyšší míru sociálního odmítnutí (50 – 70 %),
- ADHD je často asociováno se signifikantními konflikty ve vztahu rodič-dítě (nízká kompliance s žádostí rodičů, trvalé problémy v dodržování příkazů, vyšší míra žádosti o pomoc; od rodičů vyšší míra trestů, napomínání a příkazů),
- rodiče dětí s ADHD manifestují vyšší míru stresu, nízký pocit rodičovských kompetencí, laxní či abnormálně aktivní a disciplinární přístup ve výchově dětí, častější používání donucovacích taktik a negativní vnímání vztahu mezi sebou a osobou s ADHD,
- u rodičů dětí s ADHD je vyšší míra pravděpodobnosti výskytu ADHD i jiných komorbidit k dané poruše.

Jednotlivé nosografické skupiny, které souvisejí s ADHD je nutné vnímat z hlediska kontinuity a specifických změn jednotlivých syndromů z dětství do dospělosti (Paclt, 2007a) - jedná se zejména o poruchy chování a poruchy osobnosti; poruchy autistickéh spektra, které se mohou v dospělosti manifestovat jako psychotické neinvazivní poruchy; jsou detekovány změny v účinnosti některých psychofarmak na základě vyzrávání schyzoformních systémů. Souvislosti koexistence uvedených nosografických skupin u ADHD mají význam z hlediska vzájemného pochopení příčinných vztahů a vlivů. Kromě vyšší míry diagnostické stigmatizace je nutné vnímat i vliv komorbidit s ADHD na osobnost jedince (volně podle Drtílková, 2007g; Barkley, 2006; Paclt, 2007a, Pokorná, 2010, Malá, 2000):

- specifické vývojové poruchy učení a poruchy motorických funkcí: ADHD je často spojena s výskytem dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie aj; častý je i souběh se specifickou vývojovou poruchou motorické funkce i řeči. Důsledkem je zvýšené riziko selhávání ve školních povinnostech, pocity nezdaru a sekundární úzkostné a depresivní ladění. Školní výkon je snížený (čtení, psaní, počítání) - neodpovídá věku ani intelektovým schopnostem, motorická koordinace je problematická

zejména v oblasti jemné motoriky a při plnění kognitivních vizuálně-prostorových úkolů (osoba se jeví, jako neobratná, nešikovná). Z hlediska intelektu je uváděno zpomalení intelektového vývoje.

- poruchy chování: u ADHD jde o komorbiditu poruch opozičního vzdoru a souběžně poruchy chování a to až u 50 %, častý je familiární výskyt ADHD i uvedené komorbidity. Až 65 % adolescentů s ADHD splňuje diagnostická kritéria pro poruchy opozičního vzdoru a 50 % pro závažnější poruchy chování. Základním symptomem ADHD je impulzivita (dominuje s poruchou pozornosti) a agresivita, která není jádrovým příznakem ADHD. Vyskytují se problémy s autoritami, výbuchy vzteku, porušování pravidel a vzdor, delikventní chování, útěky z domova, abúzus návykových látek a záškoláctví.
- úzkostné poruchy a poruchy nálady: byl prokázán familiární výskyt emočních poruch u osob s ADHD, prevalence úzkostných poruch a deprese se pohybuje v rozmezí 10 -40 %. Výsledkem je narušení regulace emotivity a riziko přehlídnutí anxiózně-úzkostné symptomatologie, zároveň bez příznaků hyperaktivity i riziko opomenutí diagnózy ADHD.
- tiky a Tourettův syndrom (TS) – výskyt u ADHD osob představuje 20 %, neurobiologický podklad tikové poruchy a Tourettova syndromu (stejně jako u ADHD) je v propojení kortikálních a subkortikálních oblastí. U osob s ADHD výskyt i jedné z poruch znamená výšší handicap – primárně (až na těžké formy TS) je v popředí symptomatologie ADHD. Tikové poruchy jsou více sociálně akceptovány než projevy ADHD (například kázeňské problémy z důvodu hyperaktivity).

Kromě uvedených komorbidit jsou u osob s ADHD velmi časté poruchy spánku, usínání a kontinuity spánkového cyklu, vyšší výskyt astmatu, antisociálních poruch osobnosti a drogové či alkoholové závislosti. Kessler et al. (2005), Kessler, Lane,Stang, Van Brunt,& Trott (2009) a Barkley (2006) uvádí odhadovaný výskyt ADHD v dětské populaci od 3% do 11 %; v dospělosti pak mezi 2 % a 5 %. Horner a Scheibe (1997) popisují prevalenci ADHD u adolescentů v léčbě pro poruchy spojené s užíváním návykových látek v celé polovině případů (50 %). Arias et al. (2008) uvádí výskyt 5,22 % ADHD na vzorku osob s látkovou závislostí; zároveň zmiňuje i asociaci s nižším věkem při prvním užití látky, vyšší výskyt poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek a psychiatrických poruch u osob s ADHD; vyšší pravděpodobnost suicidiálních pokusů a vyšší hospitalizovanost.

3 Diagnostika ADHD – možnosti a meze

Diagnostika ADHD je možná již ve velmi raném počátku vývoje jedince - jak bylo uvedeno v kapitole 2.2, změny klinického obrazu jsou s postupujícím věkem vzhledem k diagnostice značně odlišné a je nutné brát je na zřetel. Vývoj jedince souvisí s biologickým zráním centrálního nervového systému (CNS), v případě ADHD jde o signifikantně odlišné změny funkce CNS s porušením vizuo-motorických a motorických schopností.

Diagnostika ADHD/hyperkinetické poruchy by měla být vzhledem ke klasifikačním systémům (MKN-10, DSM IV) jasně odlišitelná od přidružených komorbidit. Podle uvedených poznatků je, dle klinických případů nemožné s jistotou potvrdit, zda jde o rozličné symptomy stejné heterogenní poruchy se společnou vulnerabilitou, či je komorbidita v symptomatickém stínu rozdílných syndromů. Nutno zmínit zejména klasifikační systém MKN-10, který připouští diagnostiku „neoddělenou“ v případě diagnózy hyperkinetické poruchy (HP) chování. Doporučení diagnostického procesu však jasně směřuje k oddělenému posouzení komorbidit. Diagnostická kritéria ADHD/HP dle MKN-10 a DSM-IV uvádí kapitola 2.2 se zřetelem na specifika diagnostiky poruchy v dospělém věku.

Dodržování zásad správného postupu vyšetření se zohledněním diferenciální diagnostiky je zásadní; klinickou praxi diagnostiky komplikují modifikace psychopatologického obrazu přidružených komorbidit i neurologické deficity CNS. Theiner (2007) uvádí, že ke správnému stanovení diagnózy, je nutná znalost několika komponent, o které se bude výsledné zhodnocení opírat - jedná se o rozhovor s rodičem či blízkou osobou, která zná vývoj diagnostikovaného dítěte; rozhovor s učitelem dítěte; provedení podrobného klinického a psychodiagnostického vyšetření (viz níže); využívání dotazníků a škál k poodkrytí symptomatologie; využívání somatických, zobrazovacích, elektrofyziologických a laboratorních metod k vyloučení poruchy. Ptáček (2007) uvádí nutnost správného postupu při procesu psychodiagnostiky, která primárně zahrnuje přípravu zúčastněných osob a vyšetřovaného dítěte (zákaz konzumace vysoce energetických potravin, vyšetřování v dopoledních hodinách, informace o časové náročnosti a postupu vyšetření…). Při vyšetření dítěte se diagnostik zaměřuje na jeho život, na exploraci příznaků poruchy, na základní testování psychických funkcí a pozorování a popis behaviorálních projevů (Theiner, 2007).

Klinická část je první fáze vyšetření. Zahrnuje rozhovory, záznamy pozorování a zhodnocení školního výkonu. Výstupem z první fáze je stanovení optimální testové baterie, základních hypotéz o charakteru potíží a strategií k efektivnímu vedení vyšetřovaného. Až na důkladné provedení klinické části nasedá administrace testové fáze, která může zahrnovat různé baterie dle úvodního zhodnocení.

Dotazníky a testy využívané pro psychodiagnostické zhodnocení a jejichž užití by mělo vycházet z validizačního posouzení a standardizace na danou populaci (volně pode Ptáček, 2007, Theiner, 2007, Barkley, 2006);

- testy pozornosti: CPT (Continous Performance Tasks), T.O.V.A. (Test of Variables of Attention), IVA (Intermediate Visual and Auditory CPT, Burdonův test, Číselný čtverec, Test cesty, Test koncentrace pozornosti, Test pozornosti D2.
- škály, dotazníky, interwiev pro vyšetřovanou osobu: CAARS (Conners Adult ADHD Rating Scale – Connersové škála pro hodnocení ADHD u dospělých), ASRS (Adult Self Report Scale – posouzení stavu dospělých), WURS – 25/100 (Wender Utah Rating Scale – k vyšetření ADHD v dětství), DIVA - Diagnostic Interwiev for ADHD in Adults (Kooij a Francken, 2010), Childhood ADHD Symptoms Scale Self-Report (sebeposuzovací škála pro děti), CAP (Child Attention Profile).
- škály, dotazníky pro rodiče/učitele/blízké osoby: verze dotazníků Connersové pro rodiče a učitele – CTQ (Conners Teacher Questionnaire/Rating Scale), CPQ (Conners Parent Questionnaire), ADHD Rating Scale IV – Home/School Version.
- ostatní testy: inteligenční Wechslerův test pro diagnostiku ADHD je zároveň vhodný k diferenciální diagnostice a psychometrického posouzení (WISC-III/WISC-IV UK); percepční testy k testování specifických schopností a dtto k diferenciální diagnostice – Reverzní test (zraková percepce), Zkouška sluchové analýzy a Zkouška sluchové diferenciace (sluchová percepce), Paměťový test verbálního učení a Rey-Osterriethovy komplexní figury (verbální/neverbální paměť), Stroopův test (diferenciálně diagnostická pomůcka).

WURS, ASRS a CTQ jsou blíže specifikovány ve výzkumné části; ukázku nástrojů vytvořených dle těchto škál uvádí přílohy č. 1, 3, 4.

Komplexnost vyšetření spočívá v zaměření na kognitivní a behaviorální oblast jádrových příznaků ADHD (Uhrová, 2007b); tedy na hyperaktivitu, impulzivitu

a poruchy pozornosti. Dále je zkoumána rozsáhlá psychologická charakteristika (viz výše), která souvisí s neurologickým deficitem a vyšší mírou problémů ve sledovaných oblastech (přehled oblastí komplexní diagnostiky, klinických a zobrazovacích metod uvádí tabulka 4). Jádrové příznaky jsou souhrnně diagnostikovány s exekutivními funkcemi. Vzhledem k patofyziologiiADHD jsou u zobrazovacích metod důležité nálezy v lokální oblasti prefrontálního kortexu (orbitální, dorzolaterální), singulárního kortexu, corpus callosum, bazálních ganglií; při celkovém posouzení je sledován i celkový objem mozku (Žáčková, 2007).

Tabulka 4 Oblasti komplexní diagnostiky a klinické inventáře u ADHD

Oblasti diagnostického zhodnocení	**Jádrové příznaky**	**Vyšetření pozornosti a/ exekutivních funkcí**		**Vyšetření impulzivity**	**Vyšetření hyyperaktivity**
1. Psychické a behaviorální funkce	- diagnostika pomocí výkonových testů a klinických metod (pozorování)	Číselný čtverec, Číselný obdélník, Test diskriminace tvarů, TMT (Trail Making Test), CEFT (Children´s Embedded Figures Test)/ WCST (Wisconsinský test třídění karet), ROCF (Reyova-Osterriethova komplexní figura)		MFFT (Matching Familiar Figure Test, TE-NA-ZO (Test nacházení známých obrázků), GDS (Gordon Diagnostic Systém)	- pozorování - rozhovor (informace o chování v přirozeném prostředí) - aktometr, pedometr
	Jádrové příznaky	**Pozornost/exekutivní funkce**		**Impulzivita**	**Hyperaktivita**
2. Klinické metody, dotazníky a škály *	- pozorování při strukturované i nestrukturované aktivitě - rozhovor s rodiči/učiteli	viz výše		Eysencův dotazník impulzivity	viz výše
	Intelekt	**Poruchy učení**	**Motorické schopnosti**	**Osobnostní charakteristiky a sebehodnocení**	**Povaha interpersonálních vztahů**
3. Přidružené charakteristiky	WISC/WAIS-III, PDW, WAIS-R, (Wechslerovi testy inteligence), Ravenovy testy, Barevné/Standardní progresivní matice	- vyšetření intelektu, posouzení školních schopností a dovedností, didaktické testy, pozorování při administraci	Osertzkého škála, Orientační test dynamické praxe, testy obkreslování, kresebné testy	- rozhovor s rodiči/vyšetřovanou osobou, posuzovací škály (CPQ, CTQ), PAQ /Personal Assessment Questionnaire), SPAS (Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti), Scénotest, Roschachův test, projektivní kresebné metody	- rozhovor s rodiči/vyšetřovanou osobou, CPQ, ADOR (Adolescent o rodičích), Rohnerova rodinná diagnostika, SORAD (sociometrický ratingový dotazník), kresby rodiny a jiné projektivní meody
	Neuroanatomické metody	**Neurofyziologické metody**			**Neurochemické metody**
4. Zobrazovací metody	MR (magnetická rezonance)	EEG (elektroencefalografie), MEG (magnetoelcefalografie), PET (pozitronová emisní tomografie), SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie), fMR (funkční MR)			PET, SPECT, MRS (spektroskopie magnetickou rezonancí)

Zdroj: Vlastní (volně podle Uhrová, 2007b; Žáčková, 2007, Drtílková, 2007g)

Theiner (2007) základní diagnostický obraz doplňuje o klinické metody (pediatrické a neurologické vyšetření), laboratorní vyšetření (krevní obraz a diferenciální rozpočet leukocytů, jaterní testy, urea, kreatinin, fakultativně vyšetření hormonů, iontogram, vyšetření moče – chemicky), zobrazovací metody v případě predikce organicity či atipickém průběhu (CT, MR mozku) a elektrofyziologické metody (zejména EEG a EKG).

Při diagnostice ADHD je nutné zohledňovat diferenciálně diagnostické hledisko, behaviorální přirozenost jedince a projekci symptomatologie různých onemocnění do změn v excitaci, emoční labilitě a kognitivní oblasti. Tyto mohou korelovat se symptomy ADHD. Přehled možných diferenciálních spojitostí ADHD s jinými onemocněními uvádí tabulka 5.

Tabulka 5 Diferenciální diagnostika k ADHD

Diagnostická skupina	Symptomatologie k diferenciaci s ADHD
Úzkostné poruchy v dětství	- excitace a zvýšený arousal, - poruchy přizpůsobení/akutní a chronická reakce na stres nutno zohlednit časový souběh stresujících událostí či psychosociálních traumat
Desinhibice chování/porucha příchylnosti dle DSM-IV	- behaviorální projevy korelující s ADHD - riziko spojení časné deprivace, jako etiopatogenetického faktoru s ADHD
BAP – počáteční hypomanické a manické stádium	- hyperaktivita a poruchy pozornosti společné pro obě skupiny onemocnění - u afektivní poruchy: elevace nálady, grandiozní symptomatologie, zrychlená kognice, hypersexuální projevy a hyposomnie
Poruchy autistického spektra, schizofrenie, mentální retardace (MR)	- časté spojení s psychomotorickým neklidem - MR často v komorbiditě s ADHD
Hyperthyreoidismus	- projevy excitace a hyperaktivity

Zdroj: Vlastní (volně podle Drtílková, 2007h)

V souvislosti s diferenciální diagnostikou je nutné zmínit užívání návykových látek z hlediska možnosti odkrytí primární symptomatologie ADHD; riziko zakrývání jádrových příznaků zejména v období adolescence a dospělosti je velmi vysoké.

4 Transteoretické a symptomatické spoje adiktivních poruch a ADHD

Výskyt ADHD mezi osobami užívajícími návykové látky je vzhledem k výše zmíněné epidemiologii podstatný. Pokud budeme s ADHD nakládat jako s poruchou predisponující danou osobu k vyšší pravděpodobnosti vzniku problémů během života, můžeme se opřít o současnou literaturu, která domněnku potvrzuje. Teoretické modely, které propojují adiktologickou problematiku a neuropsychickou poruchu, jsou zejména neurobiologické a etiopatogenetické; jedná se o komplexní modely vzniku a rozvoje adiktivních poruch, jejichž podkladem jsou vulnerabilní vlastnosti jedince. Etiologické aspekty duálních diagnóz v adiktologii uvádí kapitola 1; ve vztahu k ADHD je nutné zohledňovat neuropsychickou komplikaci jako primární onemocnění, která užívání návykových látek předchází. Deficit u osobnosti s ADHD pak může zesilovat vývojová, psychologická, rodinná či genetická dispozice.

V popředí zájmu vzniku poruch vyvolaných účinkem psychoaktivních látek je bio-psycho-sociálně-spirituální východisko (model), které předpokládá součinnost více faktorů nejen na vzniku, ale i udržení poruchy. Není tedy možné za jedinou etiologii vzniku adiktivních poruch označit ADHD. Průsečíky ADHD a uživatelů drog (UD) je možné nahlížet z mnoha perspektiv, které obě onemocnění přináší. Neuropsychickou problematiku a potenciál zvyšování predispozice k abúzu můžeme vnímat z hlediska teorie disponované osobnosti. Model adiktivně disponované osobnosti popsal Jeřábek (2006) v konceptu fenomenologického a psychodynamického teoretického modulu látkových závislostí (Kalina, 2013). Sedm rozměrů Jeřábkova modelu v analogii s možnými deficity způsobenými neuropsychickou poruchou/ADHD uvádí tabulka 6.

Tabulka 6 Model predisponované osobnosti ve vztahu k problematice UD a ADHD

Dimenze	Projev u UD	Analogie k ADHD
1. Chabá integrace identity ega	Problémy s identitou korelující s nízkým zvědoměním. Nízká integrace sebepojetí a sebeúčinnosti – důsledek nízkého uvědomění vlastních projevů.	- často problémy v sebepojetí, sebeúčinnost ovlivňována interpersonálními vztahy (negativní zkušenosti, „neoblíbené dítě“)

2. Narušená internalizace objektových vztahů	Návazně na bod č. 1 - vysoká interpersonální senzitivita, nízká frustrační tolerance a subjektivní obavy z ohrožení ve vztazích, často autodestrukce a pozice oběti.	- problematické interpersonální vztahy (již od dětství – problémy v rodině, ve škole, v kolektivu), interpersonálně vysoká citlivost k nezdaru, reakce na stres a nové situace dle jádrových příznaků poruchy, autodestrukce formou patologických vzorců, sociální chování neodpovídá intelektu/věku, dtto nízká frustrační tolerance
3. Vývojově nízká úroveň defenzivní organizace	Projekce, projektivní identifikace, popření a jiné nezralé OM*	Často popření, bájivá lhavost, idealizace, familiární chování, auto či hetero-destruktivita, somatizace v dětském věku; oproti ostatním méně zralé OM vzhledem k věku.
4. Nízká integrace Superega	Problematické prožívání viny a studu, narcistické tendence obdivu a zbožňování.	Neadekvátně vysoká aspirační úroveň reálným schopnostem, snaha o zlepšení nízkého sebehodnocení; problematické volní a motivační vlastnosti.
5. Nízká integrace emocí včetně neschopnosti jejich vědomého prožívání	Ambivalence v emočním prožívání i v kontextu, emoční labilita, nepřiměřenost.	Časté emoční problémy – zejm. emoční labilita s obtížnou regulací emocí, akcentace ve frustraci, problém regulovat negativní emoce a
6. Vytváření konstrukcí – distorze percepčně kognitivního zpracování reality	Narušení kognitivně-percepčního procesu na základě rozporuplné dynamiky osobnosti, frustrace potřeb a neuspokojivé emoční stálosti.	Narušení kognitivního výkonu v mnoha oblastech, zároveň narušení auditivního a vizuálního zpracování informací; kognitivně percepční proces ovlivněn dynamikou onemocnění a deficity interindividuální výbavy jedince (vysoké sebehodnocení v nejvíce narušených oblastech u chlapců).
7. Inkogruence, ambivalence, motivační distorze	Silná intrapsychická tenze spojující výše uvedené dimenze, motiv užívání je uvedenou dimenzionální dispozicí překryt.	Dlouhodobá intrapsychická nepohoda, nízké sebehodnocení, kognitivní a behaviorální deficity společně s komplikovanými sociálními vztahy, motiv užívání zasahuje uvedené dimenze.

Zdroj: Vlastní (volně podle Jeřábek, 2008; Kalina, 2013; Hoza, Pelham, Dobbs, Owens & Pillow, 2002)

Navazující teoretický modul, který vysvětluje vznik abúzu návykových látek u predisponovaných osob (určitý deficit v osobnosti), souvisí s hypotézou sebemedikace. Uvedená hypotéza summarizuje abúzus jako důsledek svépomocného prvku v rámci intraindividuálních patologických rysů osobnosti a umožňuje

pokračování v návykovém chování i přes negativní následky (Mikota, 1995). Nalezený vzorec užívání návykových látek souvisí s psychickým vyladěním a integritou osobnosti, která je z různých důvodů deficitní (např. ADHD), zároveň dle Kaliny (2013) představuje velmi nekomplikovanou strategii dosažení libosti a potřebné psychické rovnováhy.

Ač je uvedená hypotéza jednou z možných jak vysvětlit průsečíky ADHD a užívání návykových látek, je nutné poukázat i na reálný rozměr terapie osob s ADHD stimulancii. Dle zahraničních výzkumů je prokázán protektivní vliv farmakoterapie stimulancii u osob s ADHD ve vztahu k užívání ilegálních návykových látek (viz výše). Osoby léčené stimulancii mají nižší pravděpodobnost vzniku a také se v nižší míře vyskytuje abúzus ilegálních látek. Toto potvrzují výsledky metaanalýzy (Wilens et. al., 2003), které uvádějí 1,9x nižší riziko vzniku závislosti u medikovaných osob v dětství. Osoby s ADHD bez medikace stimulancii jsou ve vyšší míře (riziko 10-16 %) predisponování k závislostnímu chování (Paclt, 2007f).

4.1 Společná neurobiologická východiska

Neurotransmiterové charakteristiky osob s ADHD vypovídají o deficitech, které svým neurobiologickým působením nahrazují stimulační látky. Za zásadní poruchu neurotransmise u ADHD, která je potvrzována efektivitou léčby stimulancii, je popisována snížená utilizace či exkrece metabolitů katecholaminů; zejména dopaminu a noradrenalinu. Dopamin reguluje aktivitu neuronů zodpovědných za desinhibici, úroveň motorické aktivity a emoční projevy; jde o významný neurotransmiter regulující funkci prefrontálního kortexu, tedy kognici. Jeho snížená hladina způsobuje nízkou inhibici kontroly a provozní paměti. Noradrenalin je významný pro verbální paměť, behaviorální projevy a také ovlivňuje kognici zprostředkovanou prefrontálním kortexem. Neurochemické procesy u ADHD nejsou úzce zaměřeny pouze na dopaminovou hypotézu, ale doplňují ji o komplexní problematiku zasahující i do jiných neorotransmiterových systémů. Neurologický účinek léčby stimulancii u osob s ADHD vede k augmentaci aktivity kortikálního dopaminu, down-regulaci striatálního dopaminu a částečné inhibici aktivity v locus coeruelus (Dtílková, 2007f); dochází k normalizaci transmise katecholaminů a to na základě blokace reuptake dopaminu a noradrenalinu na presynaptických neuronech

a blokace dopaminového transportéru (zvýšené uvolňování do synaptické štěrbiny, jehož výsledkem je zvýšená nabídka v mozku). Klinický účinek se ve výsledku promítá do pozitivního ovlivnění jádrových příznaků, pozitivního vlivu na interpersonální interakce a na snížení impulzivní agresivity; ve školní oblasti stimulancia zvyšují vytrvalost a úspěšnost; v kognitivní oblasti bělost, verbální a neverbální dovednosti, krátkodobou paměť a reakční čas (problém v inhibici u ADHD) a behaviorální složku Stimulancia indikovaná v léčbě ADHD jsou první volbou v dětském i dospělém věku; potenciál vzniku závislosti je z důvodu biologické odlišnosti bez rizika, pokud je dodržena správná indikace (Paclt, 2007f). Absence léčby osob s ADHD tedy výrazně zvyšuje pravděpodobnost abúzu návykových látek, zejména ze skupiny stimulačních drog (viz hypotéza sebemedikace). Zároveň užívání ilegálních stimulancií představuje vysoké riziko vzniku závislosti i u osob s ADHD na základě vlastností umělého zdroje odměny (viz níže).

Dle neurobiologického modelu, který je v oblasti medicínského modelu látkových závislostí hlavním paradigmatem, je možné vysvětlit, proč dochází k udržování a prohlubování vzorců abúzu směrem k závislostnímu vzorci i u osob, pro které jsou účinky stimulačních látek léčivé. Podstatou vzniku a rozvoje závislosti je mezoimbický dopaminergní systém a dopaminová hypotéza odpovědná za odměňující efekt drog (Kalivas, 2005, Hyman, 2005 – BC.). Užití drogy (látka s potenciálem efektu libosti) vede k výdeji dopaminu z ventrální tegmentální arey do nucleus acumbens (klíčová oblast, kde dochází ke zvýšení dopaminu na základě přirozených i nepřirozených – droga – zdrojů odměny). Zároveň dochází ke změnám v celém okruhu systému odměny (prefrontální kortex), které mají zajistit asociaci daného podnětu s odměnou. Zvýšený výdej dopaminu je akutním drogovým efektem u všech návykových látek (viz tabulka 7); pokud však srovnáme lege artis podávaná stimulancia s ilegálními, je zásadní rozdíl vzhledem k odměně po užití. Ta je z hlediska výdeje dopaminu u návykových látek účinnější. Důvodem je rozdílná farmakokinetika; léky k léčbě ADHD mají nízký závislostní potenciál, při standardním per orálním používání vyvolávají minimální euforii, nezneužívají se rekreačně, po vysazení se neobjevují abstinenční příznaky a opakovaná expozice nevede ke zvyšování tolerance na dávku (Paclt, 2007f).

Tabulka 7 Přehled účinků vybraných skupin drog – akutní drogový efekt

Typy drog	Droga	Hlavní neurotransmitery	Hlavní mechanismus účinku – akutní drogový efekt	„Reward“ („odměna“)
Stimulancia	Kokain	Dopamin, noradrenalin	Inhibice reuptake dopaminu ze synaptické štěrbiny	Euforie, vzrušení
	Amfetamin	Dopamin, noradrenalin, serotonin	Zvýšené uvolňování monoaminů a inhibice reuptake, blokace DAT	Euforie, vzrušení, změněné vnímání
	Nikotin	Dopamin, noradrenalin, acetylcholin	Aktivace nikotinových ACH receptorů, uvolnění NT	Euforie, koncentrace, Uvolnění
Tlumivé látky	Alkohol (etylalkohol)	Dopamin, GABA, glutamát	Zvýšené uvolňování dopaminu, potenciace $GABA_A$ receptorů	Euforie, uvolnění, amnézie
	Benzodiazepiny	GABA	Potenciace $GABA_A$ receptorů	Anxiolytický účinek
	Barbituráty	GABA	Potenciace $GABA_A$ receptorů	Útlum
Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP) Ketamin	Glutamát	Blokace kanálů NMDA receptorů	Útlum, amnézie, změněné vnímání
Opiáty	Morfin, heroin Metadon	Endorfiny	Agonisté opioidních receptorů	Euforie, útlum, analgesie
Kanabinoidy	Marihuana, (tetrahydrokanabinol)	Anandamid	Agonisté THC receptorů	Euforie, uvolnění, změněné vnímání
Halucinogeny	Diethylamid kyseliny lysergové (LSD), meskalin	Serotonin, dopamin	Agonisté a antagonisté specifických serotonergních receptorů, účinek na katecholaminy	Změněné vnímání

Zdroj: (Fišerová, 2003)

Ilegální návykové látky dle neurobiologického modelu vedou k rozsáhlým přestavbám v neuronálních sítích mezolimbického dopaminergního systému (MDS). Dlouhodobější expozice užívání drog má za následek vytvoření závislostního vzorce – zde sehrává primární úlohu dopamin, který následně ustupuje do pozadía roli přebírají poruchy neurotransmise glutamátergních projekcí z prefrontálního kortexu do nucleus accumbens (Dvořáček, 2008). Uvedené změny jsou popisovány v širokém spektru funkčně příbuzných mozkových systémů k MDS; jedná se o změny vztahu MDS a paměti, hypotalamo-pituitaro-adrenálního a extrohypotalamického CRF (corticotropin releasing factor) systému, kortiko-talamo-striatální smyčky a prefrontálního kortexu.

Na základě uvedených transteoretických spojů ADHD a poruch způsobených užíváním návykových látek lze konstatovat možný pozitivní vliv užívání drog u osob s ADHD vzhledem k jejich neurotransmiterovým deficitům; zároveň je, dle popisovaných poznatků z odborné literatury, zřejmé vysoké riziko závislostního potenciálu bez ohledu na biologické odlišnosti.

5 Osobnost jedince - kontext užívání návykových látek a ADHD

Osobnost je v literatuře popisována rozličnými definicemi, které odrážejí oblast výchozího zájmu – Praško et. al., (2009) popisuje osobnost ve vztahu individuálních projevů v rámci interpersonálních interakcí jako souhrn duševních a tělesných vlastností jedince, které se utvářejí na základě vývoje osobnosti. Osobnost je možné vnímat jako biopsychosociální (BPS) komplex vrozených (charakter) i získaných vlastností (temperament), či jako výsledek interakce temperamentu a charakteru. Užívání návykových látek či ADHD v kontextu osobnosti vedou ke změnám, které jsou často vnímány jako nepřirozené a vzhledem k normám společenských konvencí jako nežádané. Společný prvek spojující duální diagnózu jedince s ADHD, který je zároveň člověkem užívajícím návykové látky, je prostorem vysoké míry stigmatizace a traumatizace (intrapsychická zranění z dětství do dospělosti, retraumatizace). Zajímavým pohledem na deficit osobnosti v průběhu vývoje přináší vývojové teorie osobnosti (např. Erickson, Freud); tyto umožňují vhled do nezvládnutých či nedokončených vývojových úkolů a jejich vlivu na současné komplikace jedince.

Při sledování osobnosti a vlivu užívání návykových látek či ADHD je nutné zohlednit komplexní dimenzi jedince.

5.1 Vliv návykových látek a uživatelských vzorců na osobnost jedince

Návykové látky na základě psychotropního efektu (modifikace prožívání, změna způsobu nahlížení a vize na svět) a potenciálu závislosti ovlivňují osobnost v behaviorálních i kognitivních charakteristikách (Minařík, 2008). Uživatelské vzorce abúzu ilegálních návykových látek se v případě akutního drogového efektu výrazně neliší od experimentátorů a dlouhodobých uživatelů drog; nesoulad je sledován zejména v případě subjektivního účinku během akutní intoxikace a euforizujícího efektu substance (vyšší u experimentujících, rekreačních uživatelů). Přechod ze vzorců předcházejících závislému chování je spojen s neurobiologickými změnami, změnami neurotransmise a behaviorálními vzorci ve vztahu k užívané substanci (viz kritéria pro syndrom závislosti dle MKN-10); zřejmé jsou i změny osobnosti v oblasti kognice (motivační úroveň), percepce somatického stavu a schopnosti náhledu.

Behaviorální změny u jedince užívajícího návykové látky lze stupňovat dle bio-psycho-socio-spirituálního modelu podle Kudrleho (2008) do identických oblastí (volně):

- biologické deficity vypovídají o možné korelaci s interindividuální charakteristikou osobnosti a zneužívanou látkou (potřeba odstranění vnitřní bolesti a zklidnění, kterou nesou opioidy; potřeba pocitu kompetentnosti, výkonnosti a bezproblémovosti díky stimulanciím; potřeba zažití jednoty a transcendence se sebou samým či s druhými abúzem psychedelik). Dochází k odklonu zájmu o fyzickou stránku osobnosti – minimalizuje se péče o tělo, zdravý pohyb, péče o výživu, fyzickou pohodu. Člověk pod vlivem návykové látky absentuje schopností vnímat priority v oblasti péče o zdraví, prevence nemocí či léčby již akutně vzniklých fyzických komplikací. Návyková látka se může stát průvodcem poruchy osobnosti a jiné psychiatrické diagnózy do oblasti vytouženého úniku a klidu před duševní bolestí. Časté je přidružení somatické komorbidity, jejíž závažnost se s délkou abúzu stupňuje. K lokálním komplikacím spojeným s aplikací návykové látky se přidružují komplikace systémové a infekční nemoci (zejména krví přenosné infekce) – přidružené somatické komplikace graduje nízký zájem o sebe sama.
- psychologická oblast je charakterizována behaviorálními obraty na základě změněných stavů vědomí. Návykové látky vedou ke změně vnímání, prožívání a následně ke změnám, které jsou mimo kontrolu vlastního přirozeného Self. Nacházíme potíže s intimitou ve vztazích, s komunikací a chováním vůči druhým (sdílení hodnot, otevřenost a pravdivost komunikace, asertivita). Chování může být ovlivňováno psychickými změnami, poruchami vnímání, bludy a mylnými interpretacemi reality. Behaviorální rovina je na základě neurobiologických změn směřována ke strategiím rychlého uspokojení (rychlé zdroje odměny), které představují jednoduché způsoby dosažení libosti (jídlo je získáváno krádežemi, peníze pocházejí z prodeje kradených věcí, droga je vykoupena za sex či kradené zboží….).
- sociální deficity v behaviorální rovině vedou k udržování sociogenních vzorců umožňujících inkluzi v rámci subkultury uživatelů drog a tudíž i přežití. Chování a normy se přetvářejí k pro-drogové ideologii a subkultuře, snaha je cílená na chování posilující skupinovou identitu na úkor změny v interpersonálních kontaktech s většinovou společností. Argot nabývá jazyka menšiny, dochází

k ochuzení schopnosti vnímat a sdílet celospolečenské problémy a události – sociální svět se zužuje na osoby, které jsou v rámci kontaktu „výhodné“. Smysl života je omezen na chování vedoucí k zisku návykové látky a k přežití. V popředí projevů stojí zájem o sebe sama, odklon od komunitního soucítění. Sociální oblast je často charakterizována inferiorním sociálním statusem – uživatelé návykových látek ztrácejí zaměstnání, rodinné zázemí, podpůrnou sociální síť a propadají se do oblasti vysoce rizikové vzhledem k životu, zdraví a vzhledem k možnosti samovolné změny.

- spirituální projevy u osoby užívající návykové látky ukazují dvě polarity; osobnost s projevy absence jakýchkoliv duševních a duchovních hodnot, anebo osobnost vyhledávající mystické, duchovní a vnitřní zážitky, které spojuje odklon od přirozených (akceptovaných) náboženských přesvědčení. Spiritualita je vedena od smyslu života (vyjma drogového světa), od pokory před vyšším rozměrem života a od přesahu vlastního Self.

Bio-psycho-sociálně-spirituální rozměry behaviorálních charakteristik osoby užívající návykové látky jsou v přímé úměře k závažnosti vzorců užívání. Změněné stavy vyvolané účinkem psychotropních látek mohou vést k pozitivnímu ovlivnění (počátek abúzu), až k silnému sebedestruktivnímu a násilnému chování (škodlivé užívání, stádium závislého chování).

Kognitivní oblast je vlivem psychotropní látky měněna v myšlenkových procesech, které jsou zodpovědné za schopnost pamatovat si, rozpoznávat, adaptovat se na změnu; změny se týkají i vyšších kognitivních funkcí. Kognitivní systém je popisován, jako komplex více kroků, které na sebe musí v určitém pořadí navazovat, abychom byli schopni dosáhnout stanoveného cíle (více Krivošíková, 2006). Užívání návykových látek vede k výrazným změnám v kognitivních funkcích; tyto se projevují při akutní intoxikaci a zejména při dlouhodobějším užívání návykových látek. Jak uvádí Miovský (2006a), v rámci moderní adiktologie je, vzhledem k praktickým dopadům i výzkumným relevancím, důležité odlišovat etiologii kognitivních deficitů u osob užívající návykové látky. Vzniklá kognitivní poškození nemusí být vždy důsledkem užívané substance (vliv mají i uživatelské vzorce a životní styl) a posuzování kognitivních deficitů z hlediska etiologických faktorů je velmi obtížné (častý polymorfismus užívání, kombinace různých substancí). Kognitivní deficity vyvolané

vlivem návykových látek je možné rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé; poruchy kognice jsou odlišné dle typu užívané substance, uživatelského vzorce a časového faktoru:

- Alkohol – krátkodobé poruchy kognice korelují s definicí akutní intoxikace alkoholem dle MKN – 10. Je přítomen zhoršený úsudek, dezinhbice, agrese a hádavost, útržkovitá či nepřerušená amnézie. Dochází ke zhoršení rozhodovacích schopností, sebeovládání a plánování. Zhoršení kognitivních funkcí se objevuje i během cravingu a odvykacího stavu, který potencuje degradaci kognice v případě častého opakování. Dlouhodobé poruchy suvisejí s mírou vyzrálosti CNS. České i zahraniční studie zaměřené na vliv užívání alkoholu u mladistvých hovoří o vysokém kognitivním poškození, které se následně promítá do oblasti studijních i pracovních výsledků (přerušení tvorby nových neuronálních spojů); zároveň při vzorci binge-drinking a vysokých dávek dochází k prokázanému zhoršení paměti, které může přetrvávat (Nešpor, 2006). U dospělých souvisí rozsah kognitivního poškození s dávkou alkoholu, popisována jsou mírná až těžká neurologická a psychická postižení. Nešpor (2006) dále uvádí nutnost sledování abúzu alkoholu a kognitivního poškození u klientů vyššího věku (abúzus alkoholu urychluje klinický průběh duševních onemocnění), z hlediska gender problematiky a úrazových poškození hlavy. Autor popisuje klinické zkušenosti, které ilustrují vliv užívání alkoholu na deterioraci intelektu.
- Nikotin – Kubů (2006) popisuje vliv čistého nikotinu na kognitivní funkce ve více pozitivním světle, než který lze předpokládat. Nikotin ovlivňuje soustředění a pozornost; podání nikotinu ve formě transdermálních náplastí u psychiatricky nemocných pacientů má pozitivní efekt na kognitivní deficity. Zajímavá zjištění v pozitivním ovlivnění přináší i u osob s ADHD.
- Stimulancia – jejich vliv na osobnost jedince lze kategorizovat do oblasti neuropsychologických deficitů - kognitivních poruch a poruch nálady. Jak uvádí Klempová (2006), zohledňování kognitivních deficitů u uživatelů stimulačních látek je z hlediska úspěšnosti profitu z terapie klíčové. Zejména z hlediska dlouhodobého užívání dochází k vazokonstrikci cerebrálních cév, neurodegeneraci (snížení výkonu v paměťových testech), ke změnám v neuropsychologickém výkonu, extrapyramidovým projevům; objevují se navzájem související problémy v behaviorální i motivační oblasti, instabilita emocí, impulzivita a agresivita

a dlouhodobé problémy v motorické oblasti, v oblasti pozornosti, úsudku a kognice. Poškození v kognitivní oblasti přetrvává několik let po ukončení abúzu.

- MDMA (3,4- metyl-dioxi-metamfetamin) – u chronických uživatel MDMA jsou prokázány kognitivní deficity v širokém spektru – poruchy centrálních exekutivních funkcí, úsudku a sémantické rekognice; poruchy krátkodobé, střednědobé a vizuální paměti; pracovní a epizodické paměti a porucha zpracování nových informací (Páleníček, 2006). V porovnání s deteriorací, které vyvolává užívání konopných drog je rozsah kognitivního poškození a jeho závažnost vysoce v neprospěch MDMA.
- Konopné drogy - důsledkem akutní intoxikace jsou změny v percepci, ve vnímání času, v senzorických vjemech, v reakčním čase a koordinaci; již během akutní intoxikace je postižena pozornost a krátkodobá paměť – postižení se dotýká schopnosti učit se a zpracovávat nové informace (Miovský, 2003). U dlouhodobých uživatelů, jsou patrné deficity v koncentraci, selektivitě a pozornosti (oscilace); v krátkodobé, pracovní a verbální paměti; v reakčním čase a percepčně motorickém tempu; v používání nových informací a v organizování; je porušena schopnost učení (Miovská & Miovský 2006a). Konopné drogy jsou vzhledem ke způsobeným deficitům v kognitivní a behaviorální oblasti rizikové u řízení dopravních prostředků (Miovský, Miovská &Šulcová, 2008).
- Opioidy – v případě medicínského použití ke zvládání bolestivých stavů jsou popisovány mírné deteriorace kognitivních funkcí; jedná se o problém s rychlostí vybavování si informací, poruchu zpracování a kódování verbálních informací, pomalé reakce v přesunu pozornosti, koncentrační problémy, poruchy v koordinaci jemné motoriky a v pracovní paměti (Miovská &Miovský, 2006b). Kognitivní dysfunkce u uživatelů nelegálně získávaných opiátů mohou být dlouhotrvající i po vysazení užívané látky (problematika komplikace léčby; dtto stimulancia). Zásadní jsou problémy v koncentraci a přenášení pozornosti, v paměti, schopnosti řešení problémů a plánování. U uživatelů metadonové substituční terapie byly zjištěny obdobné nedostatky v kognitivní oblasti, které autoři označují jako mírné narušení.
- Těkavé látky - toxický účinek vede k dlouhotrvajícímu poškození mozku (destrukce nervových vláken) a jiných částí nervového systému. Rozsah poškození je popisován od snížení kognitivních funkcí, motorické degradace až k těžké demenci (NIDA, 2004). Akutní intoxikace koreluje v počátku s intoxikací

alkoholem – výrazná je inhibice a při extrémní intoxikaci disruptivní chování, nekoordinovanost v pohybech, halucinace a iluze (Minařík, 2008;). Dlouhodobé užívání vede k celkové otupělosti, ke snižování intelektu; objevují se známky organického psychosyndromu (Hampl, 2003).

Kognitivní změny u osoby užívající návykové látky zasahují i oblast motivace. Podle modelu Prochaska-DiClemente (Prochaska a Norcross, 1999) je motivace popisována v pěti stádiích, které souvisejí s kognitivními pochody. V případě aktivního užívání návykových látek je pro užívající osobu typické stádium prekontemplace a kontemplace; převládají kognitivní vzorce, které popírají internalizaci problému s návykovou látkou a nutnost změny. Objevují se kognitivní vzorce, které připouštějí pouze část problémů v souvislosti s abúzem. Motivace a její vývoj je velmi důležitý nejen k možnosti změny u osoby, která užívá návykové látky, ale i u osoby v léčbě (práce na udržení motivace ke změně). Komplexní pohled na strukturu osobnosti drogově závislých uvádí Jeřábek (2006) se zřetelem na specifické opakující se psychologické charakteristiky, které popisuje i Kalina (2008). Jedná se o nízké či nerealistické sebehodnocení, asociální chování a nezralost, testování reality, problém s ovládáním impulzů, s ovládáním emocí, nízká frustrační tolerance, manipulace často dominuje ve zvládání situací.

Za psychologické charakteristiky, které popisuje Jeřábek (2006) jako jádrové osobnostní charakteristiky uživatele návykových látek, je považován dynamický psychopatologický konstrukt. Zneužívání návykových látek je zde chápáno jako součást obranné (úniková, autodestruktivní) či autosanační strategie. Strategie se rozvíjejí na základě disociace a popření nežádoucích emocí; tyto obrany jsou primitivní a vysoce energeticky náročné. Jejich výsledkem je nepřiměřené percepčně kognitivní zpracování reality a redukce životních možností.

5.2 ADHD a osobnost jedince

Vliv neuropsychické poruchy na osobnost jedince nelze vnímat pouze prostřednictvím jádrových příznaků poruchy, jelikož samotné příznaky jsou popisovány jako výsledek jiného primárního deficitu/deficitů. Jádrové příznaky poruchy se navzájem ovlivňují, jejich projev není izolovaný; de facto lze říci, že jde o jejich propojení v deficitu exekutivních funkcí. Barkley (2006) ve svém modelu popisuje čtyři

exekutivní funkce, které jsou zodpovědné za sebeřízení jedince s ADHD – jedná se o nonverbální a verbální pracovní paměť, rekonstituci a seberegulaci v oblasti afektů, aurousalu a motivace.

Neuropsychická problematika vede k ovlivnění osobnosti v bio-psycho-sociálním měřítku. Jak bylo uvedeno v předchozí kapitole, tak i u osob s ADHD lze vidět oblast behaviorálního i kognitivního ovlivnění, které se promítají do všech komponent životního stylu jedince – zásadní jsou interpersonální problémy osob s ADHD. Deficity vedou k vyššímu riziku úrazovosti a k ovlivnění kognitivních funkcí, které mají vliv na školní dovednosti a zároveň i na schopnost zvládat úkoly běžné pro „zdravé" vrstevníky. Výsledek behaviorálních projevů a kognitivních omezení vede k problematickému utváření interpersonálních vztahů.

Celý proces má cyklický charakter – osoba s ADHD je za projevy a nedostatky často kritizována, či nepochopena. Cyklus pokračuje negativním utvářením sebepojetí a sebehodnocení, proces formování osobnosti (vlastního já) často směřuje ke snaze vyhnout se interpersonálnímu zranění a opakujícím se vzorcům nepřijetí, neocenění.Balaštíková (2007) popisuje kontinuální vztahové problémy osob s ADHD s ohledem na vývojová období:

- výsledkem raných vývojových stádií je často nenaplnění vývojových úkolů, raná traumatizace a riziko vzniku poruch osobnosti. U dětí, které již v kojeneckém období vykazují problémy (drobné vývojové poruchy – zejm. porucha biorytmů), dochází k problematickým interakcím s okolím/pečující osobou kvůli atypickému režimu. Výsledkem je pocit nekompetentnosti, únavy, vzteku, vyčerpání u pečující osoby. Vzájemná interakce matka/dítě je citově neuspokojující a primární problém v základním vztahu se přenáší i do širšího rodinného prostředí.
- v batolecím vývojovém období je charakter interpersonálních vazeb závislý na povaze vytvořené interakce z předchozího období. Pokud byla interakce negativní, je nutné zamezit jejímu dalšímu posilování (střídání péče o dítě, rozdělení energie věnované pozornosti o bezpečí a odpočinku). Výsledek projevů dítěte s ADHD (nepředvídatelné chování, náročnější období vzdoru) vede k vysoké úzkosti, zklamání, problémům s udržením náhledu, afektivnímu chování a vyhrocování konfliktu od pečujích osob.
- předškolní období je charakteristické vznikem problémů již v rámci začleňování do širšího sociálního kolektivu. Socializace naráží na problematiku podřízenosti,

odložení uspokojení vlastních potřeb a dodržování stanoveného režimu a pravidel. Nová je nyní zkušenost s hodnocením a vyrovnáváním se požadavkům při interakci se sociálním okolím; tato zkušenost výrazně ovlivňuje formování sociálních vazeb a sebepojetí.

- školní věk představuje vysoce zátěžové období pro osobu s ADHD na základě střetu s požadavky autorit, sociálním okolím a rodinnou oblastí. Výsledkem deficitů osob s ADHD je nemožnost plnit požadavky okolí v oblasti okamžité inhibice impulzů, ovládání, ukázněnosti, soustředění. Negativní behaviorální projevy vedou k dvojímu trestání dítěte (škola, rodina) a devalvaci vztahové roviny v rodině (nyní vystupuje sourozenecká interakce) i ve škole.
- v období adolescence dochází ke zmírnění části jádrové symptomatologie, přetrvává impulzivita, která se promítá do kontinua komplikovaných vztahů s rodiči, autoritami i širším okolím. Hledání identity a sociální role je vysoce komplikováno, pokud jsou vývojové úkoly z předcházejících období nedokončené. Snaha o nezávislost osoby s ADHD jde do konfliktu s rodičovskou tendencí kontroly, strachu a úzkosti. V adolescenci se objevují tendence k úniku z nelibých sociálních situací a snaha o vymanění z kontrolujícího, úzkostného či trestajícího vlivu rodičů. Nasedající automedikací jsou různé formy sociálně-patologického chování (experimentování s návykovými látkami, záškoláctví, úniky z domova…).

Oblast interpersonálních problémů osob s ADHD je sekundární k dílčím deficitům. Kromě jádrové symptomatologie, kterou popisuje Pokorná (2010) jako primární problém (poruchy koncentrace pozornosti, infantilita v chování, zvýšená vzrušivost a hyperaktivita), se objevují problémy v oblasti učení (specifické poruch učení, jako komorbidita k ADHD) a chování. Vliv uvedených komorbidit se sčítá se zátěží na jedince s ADHD v oblasti výkonu, sebehodnocení a vztahové roviny. Sociální vztahy jsou na základě dominantních behaviorálních projevů (negativní vnímání sociálním okolím) narušeny na straně osoby s ADHD i osob, které s ní přicházejí do interakce (oboustranné podmiňování). Rodinné prostředí je zatěžováno oboustranným neuspokojením, recipročně je posilováno negativní utváření vzájemných vztahů a osoba s ADHD si zažité vzorce opakovaně potvrzuje. Ve školním kolektivu a kolektivu vrstevníků jsou osoby s ADHD v obtížném postavení pro maladapci projevů; kolektiv je odmítá a posiluje tím nápadné chování nesouvisející s kontextem situace. Osoba s ADHD vyvíjí mechanismy směřující k cílené socializaci v rámci kolektivu bez ohledu

na jejich sociální nepřijatelnost. Pokorná (2010), v souvislosti s termínem nápadného chování, uvádí typické obranné a kompenzační mechanismy (generalizace vzdoru, snaha o kompenzaci deficitu výkonu behaviorálními projevy), kdy se objevuje napětí na základě devalvace i internalizace úzkostí a psychických problémů (výsledkem bývají psychosomatické komplikace). Frustrace následně vede k agresi, behaviorální projevy a charakteristika osobnosti podněcují k riziku šikany a později k mobbingu či bossingu. Z hlediska sociálních vazeb lze konstatovat problém v jejich utváření i ustálení již od dětského věku a jistou míru predikce k negativnímu vývoji na základě zažitých zkušeností.

Obranné mechanismy a převládající strategie zvládání situací jsou vzhledem k míře subjektivní formy zátěže, ovlivněné percepci a nízké frustrační toleranci osob s ADHD problematičtější, než v případě zdravého jedince. Zátěžové situace jsou zvládány primitivními obrannými mechanismy.

V behaviorální rovině je pozorovatelné narušení motoriky, která se vymyká adekvátnosti k dané situaci a přiměřenosti reakce. Jemná i hrubá motorika je narušena a často je diagnostikováno opoždění motorického vývoje – objevují se odchylky v koordinaci pohybů, problémy s pravolevou orientací, poruchy diskriminace (taktilní) a symetrie (Malá, 2000). Problematika se prolíná i do fyzických schopností a pohybového talentu. Na základě problémů ve sportu jsou osoby s ADHD stigmatizované, jejich uznání od kolektivu ani sportovní oblast neposiluje.

Psychologické charakteristiky osob s ADHD vzhledem ke kognitivní oblasti lze popsat ve vztahu ke kognitivnímu výkonu. Jak bylo uvedeno výše, osoby s ADHD vykazují široké spektrum inteligenčního zastoupení; inteligence je dle studií zatížena symptomy ADHD. Podle Barkleyho (2006) může být ve vlivu poruchy až 10 % z rozptylu inteligenční hodnoty. Výkon v kognitivní oblasti zatěžují jádrové příznaky i komorbiditní poruchy – výsledkem bývají poruchy v oblasti učení, problém u limitovaných časových úkolů, problémy v řeči a vyjadřovacích schopnostech, problémy s verbální pamětí a reprodukcí příběhů, problém s auditivním zpracováním informací oproti relativně lepšímu výkonu při vizuálním zpracování (Barkley, 2006; Vágnerová, 2001).

Kognitivní oblast je propojena problémy v motivační rovině a volních vlastnostech osoby s ADHD. Výsledkem je problém s volními vlastnostmi a deficit v úsilí jedince.

Motivace k dokončování či splnění zadané činnosti je komplikována opakovaným selháváním, náročností daného úkolu v porovnání se „zdravými“ jedinci (Uhrová, 2007b). Aspirační úroveň je nepřiměřeně vysoká a v nesouladu se schopnostmi jedince (Barkley, 2006), což často koreluje se snahou o zlepšení sociální role.

Osobnostní charakteristiky jsou zajímavě popisovány i ve vztahu k emočním problémům. Popisována je častá afektivita (negativně směřovaná), emoční labilita, nepředvídatelnost v reakcích, explozivní chování a snadná vzrušitelnost (dráždivost), které akcentují při zátěži (Vágnerová, 2001). Přidružené problémy k osobnostní typologii osob s ADHD je nutné vnímat i z hlediska komorbidity a jejího vlivu (často anxieta, neurologické komplikace…). Zelinková (2000) uvádí vysokou podobnost charakteristik osob s ADHD a osob s ODD (Oppositional Defiant Disorders – porucha opozičního vzdoru/chování), přičemž 60 % dětí s ADHD je současně i v kategorii ODD (zejména poruchy vnímání a utváření sebe sama). Typickými rysy osobnosti jsou primárně poruchy v přizpůsobení, dále extrémní projevy fyzické agrese a silné projevy nesnášenlivosti, hádavost a opakovaný vzdor proti autoritám (plnění úkolů). Společný jei problém v přijetí zodpovědnosti za vzniklé obtíže, externalizace problémů a schopnost mstivého a zlomyslného jednání.

Výsledné problémy osob s ADHD ovlivňuje zejména míra symptomatologického zatížení. Rozsahu problémů a jejich vliv na kvalitu života jedince s ADHD však významně ovlivňují zejména sociální a sociokulturní interakce.

5.3 Společný rozměr vlivu ADHD a psychotropních látek na osobnost

Souběh ADHD a užívání návykových látek u jedince vede k zesílení problematických oblastí. Primárně jde o deficity charakteristické pro neuropsychickou problematiku, které jsou následně komplikovány v bio-psycho-socio-spirituální oblasti na základě abúzu návykových látek. Sekundárně se objevují komplikace spojené se vznikem závažných vzorců užívání návykových látek a s jádrem závislostní problematiky. Syndrom závislosti a jádrově specifické charakteristiky uživatele návykové látky je možné hodnotit i ve vztahu ke komorbiditě ADHD. Přehled jádrových charakteristik závislostní poruchy a posilující vazbu mezi ADHD a užíváním psychotropních substancí uvádí tabulka 8.

Tabulka 8 Jádrové charakteristiky závislostní poruchy – vazba ADHD a užívání NL

Návykové látky – jádro závislosti	Důsledek užívání pro osobu	Posilující vlivy k abúzu ADHD – možné sycení deficitů osobnosti a důvod k pokračování v abúzu
Kompulzivní chování – vyhledávání návykové látky navzdory nežádoucím účinkům	ztráta blízkých a důvěrných vazeb v rámci neuživatelských kontaktů, právní a sociální problémy, zdravotní problémy; ztráta preferovaných hodnot, debakl v sociálním statusu	Nežádoucí účinky kompulzivních projevů kompenzování – socializací v rámci skupiny/subkultury, posílením sebeúčinnosti a sebepojetí v důsledku akutní intoxikace a účinků NL, silný prožitek sociální inkluze a subjekce zlepšení v behaviorální rovině.
Nekontrolované rizikové chování	Zdravotní problémy (infekční nemoci léčitelné i smrtelné; sexuálně přenosné nemoci), psychické problémy (rozvoj psychóz, latentních duševních poruch, sebeohrožující chování pod vlivem halucinací, bludů..), ohrožení sebe a okolí na základě zkresleného vnímání reality	Možná vyšší míra kontroly v případě užívání stimulancií a méně závažnějších vzorců abúzu NL; nekontrola vnímána v pozadí pozitiv z abúzu (viz model sebemedikace)
Porušená percepce odměny	Přirozené zdroje odměny (jídlo, sex, spánek, libá činnost) jsou nahrazeny umělými zdroji, které přinášejí rychlou libost a nevyžadují vynaložení komplikovanějších strategií zisku (norma – práce – finance – jídlo; návykové látky – jídlo ziskem krádeže); hlavní libostí v odměně je účinek psychotropní látky	Negativní zkušenosti s odměnou za vykonanou práci jsou v důsledku abúzu posíleny zejména v interpersonálních vztazích a socializaci; silná percepce odměny ve vztahu k akutnímu drogovému efektu – odměna za „nájezd“ a odměna v podobě sycení deficitních oblastí
Poškození emočního vnímání a komunikace	Omezení komunikace na strategie vedoucí k zisku návykové látky a nejnutnějších věcí k přežití, emoce výrazně pod vlivem kognitivních vzorců; oploštělost emocí x emoční nepřirozenost daného člověka, problematika přirozenosti emočních reakcí	Na základě primárního poškození vzhledem k ADHD je komunikace a emoční vnímání vyladěna do roviny zaplňující deficity; komunikace a interpersonální vztahy jsou silným zdrojem pocitu libosti a zdrojem deficitních vazeb (přátelské, kolektivní a oceňující/přijímající)
Neschopnost zvládat stres	Nízká frustrační tolerance, jako charakteristický prvek osob užívajících návykové látky je v závislostních vzorcích zvládán intoxikací (síla stresu často koreluje se sílou cravingu a velikostí aplikované dávky)	Stres, jako součást vývoje osoby s ADHD je v důsledku abúzu odložen do roviny psychického ovlivnění substancí – NL vede osobu s ADHD na základě výtěžnosti ze vztahové a interindividuální roviny k pocitu zvládání a zlepšení sebeschopnosti v zátěžových situacích.
Sociální izolace	Sociální exkluze od většinové společnosti, inkluze v rámci subkultury uživatelů drog omezená na kontakty poskytující zdroje (individuální izolace v převaze na základě psychotropního vlivu látky);	Izolace v rámci přirozeného sociálního prostředí (status – problémové dítě/osoba) velmi častá a zažívaná od dětství – uivatelská subkultura posiluje pocit sociální inkluze, reparativní zkušenost pro slabé Self.

	zabývání se sama sebou před schopností sdílení s okolím	
Nízké sebehodnocení, depresivní sklony	Retraumatizace zesilována abúzem, sebepojetí závislé na kontextu a interpsychickém naladění, depresivní ladění zesilované účinkem látky a ústupem intoxikace (otevírání vědomí a potlačovaných myšlenek)	U osob s ADHD celkově problém v sebepojetí, depresivní ladění často nerozpoznané na základě jádrových příznaků – užívání vede zejména v počátku k sycení lepšího sebepojetí (důsledek akutního účinku, socializace v rámci uživatelské komunity, pocitem vyšší kontroly nad sebou a svým životem…)
Nestabilní nálady a afekty, úzkost	Anxieta koreluje se setem a settingem při abúzu, intrapsychickým nastavením, zesilována stresem, labilita v psychických projevech dtto	Nestabilita v psychickém prožívání paradoxně zlepšována účinkem stimulancií i jiných látek - pocit vnitřního vyladění/klidu.

Zdroj: Vlastní, volně dle Gerra (2009) a dle výše citované literatury kapitoly 5

Poznatky o riziku rozvoje rizikového chování ve vztahu k abúzu návykových látek u osob s ADHD jsou nakloněné k negativní predikci – je popisován častější výskyt experimentátorských vzorců psychotropních látek, abúzus alkoholu a tabáku (Barkley, 2006). ADHD je dle Schubinera et al. (2000) detekována u 20 – 30 % osob s drogovou závislostí a u 20 – 40 % dospělé populace je v přítomnosti či anamnesticky detekovatelná problematika závislostních vzorců ve vztahu k psychotropním látkám. Autor dále uvádí i vysoký výskyt abúzu návykových látek u souběhu ADHD a poruch chování.

Ač je uváděna hypotéza sebemedikace u osob s ADHD jako jedna z etiologií abúzu návykových látek a může představovat výrazná pozitiva pro osobu s neuropsychickou problematikou, důsledek užívání je z hlediska komplexní charakteristiky osobnosti negativní. Problematicky lze vnímat zejména oblast motivace a volních vlastností, kde dochází k výrazným problémům – primárně vnímáme problematiku u ADHD, která je sekundárně zesílena zjednodušenými vzorci zisku odměny při abúzu návykových látek. Hypotézu zranitelné osobnosti se zvýšenou vulnerabilitou k abúzu návykových látek u osob s ADHD (ADHD, jako predisponující faktor) doprovázejí v případě abúzu typické projevy – dochází k druhotnému zranění (traumatizaci) v důsledku samotného užívání, opětovnému zklamání v interpersonálních vztazích i k opakovanému silnému vnitřnímu zranění, které je cyklicky návykovou látkou vytlačováno mimo vědomí.

6 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita, jako společenství a systém sociální organizace, nabízí strukturované prostředí pro osoby, které se rozhodly k léčbě problémů způsobených užíváním návykových látek. Jde o systém, který představuje bezpečný a podnětný prostor pro růst a zrání osobnosti jedince a to na základě sociálního učení v kontextu jasných pravidel. Kratochvíl (2005) popisuje terapeutickou komunitu (TK), jako léčebnou metodu intenzivní skupinové psychoterapie, kde jsou využívány situace malé skupiny k projekci a korekci maladapce chování i prožívání. Na základě přirozených interakcí mezi členy dochází k diferenciaci rolí, vzniku konfliktů a objevují se rozličné životní problémy – terpeutický potenciál vede členy ke každodennímu vyrovnávání se s náročným režimem, osvojování diferenciovanějších či nových vzorců prožívání a chování. Zároveň je terapeutický vliv TK cílen na přijetí zodpovědnosti každého z členů v terapeutických interakcích a kolektivu (Kalina, 2008b; Kalina, 2013). Uvedený rozměr terapie nasedá na základ, kterým je společenství v sociálním prostředí TK zajišťující organizovanost, bezpečí a strukturu.

Vývoj terapeutických komunit ve světě vycházel ze dvou hlavních linií; z linie demokratických TK, které poskytovaly péči osobám s poruchami v oblasti duševního zdraví, a z linie hierarchických TK pro drogově závislé. Původ hierarchických komunit (označovány i jako „concept-based“, „drug-free“, nové TK) vychází od psychiatra a psychoterapeuta Daniela Casriela, který v roce 1963 založil Daytop Lodge (přejmenována na Daytop Village); za kolébku této linie je však považován Synanon založený v roce 1958 Charlesem E. Dederichem (Kalina, 2008b). Synanon, který byl více alternativou v životním stylu a komunou (nenazýval se TK), sloužil vznikajícím TK hierarchického typu jako užitečný vzor k analýze efektivních a uzdravujících intervencí a těch nebezpečných a neproduktivních. Postupně přicházely TK s konceptem terapie, který měl vést k návratu člověka do normálního života se schopností abstinence i mimo léčebné společenství (Daytop Village; více Kalina, 2008b).

Vznik TK, jako léčebné metody byl velmi úzce spjat s vývojem skupinové psychoterapie, která se formovala na základě rozvoje psychoterapeutických teorií a životní praxe; Main, Jones a Bridger, kteří se podíleli na vytvoření skupinové formy léčení pro vojáky s válečnými neurózami (přetíženost nemocnic, nutnost zefektivnit

a urychlit léčbu), jsou průkopníci formy skupinové léčby nazvané terapeutickou komunitou (Kalina, 2013). Význam skupinové terapie v rámci TK je uváděn v kapitole 8.3 (účinné faktory skupinové psychoterapie).

V České republice bylo formování TK pro drogově závislé propojeno s rokem 1948, kdy byl Jaroslavem Skálou založen Apolinář (první specializované oddělení pro léčbu a studium alkoholismu) a odkud vzešel osobitý léčebný model zvaný Apolinářský/Skálův model. Model propojoval principy behaviorálního přístupu a terapeutické komunity, obsahoval rysy hierarchických TK a paralely k AA (Alcoholic Anonymous). Skálův model se v České republice stal koncepcí, kterou přebírali vznikající oddělení pro návykové nemoci v psychiatrických léčebnách. K vývoji českých komunit přispěl model psychoterapeutického systému SUR (výcvik na principu linie demokratických TK), tradice demokratických předávaná Kratochvílem v publikované formě – tímto jsou české TK vymezené jako netypicky hierarchické (Kalina, 2008b).

TK pro uživatele návykových látek v České republice sdružuje Sekce terapeutických komunit A.N.O. (Asociace nestátních organizací). Sekce TK A.N.O vede k dodržování standardů kvality služeb, k rozvoji evidence based a efektivních postupů léčby ve prospěch klientů; členská zařízení jsou zavázána k dodržování EFTC (Etický kodex Evropské federace terapeutických komunit), k dodržování Standardů odborné způsobilosti RVKPP (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky) a jsou akreditována MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí) ČR. V roce 2012 bylo, dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog, v České republice celkem 11 terapeutických komunit pod odbornou Sekcí TK A.N.O.; podle MPSV bylo v uvedeném roce detekováno 14 programů registrovaných, jako TK; dotační řízení RVKPP podpořilo 9TK (Mravčík et al., 2013); certifikováno bylo 10 programů residenční léčby v TK. Na základě informací o sčítání adiktologických služeb lze konstatovat relativně dobrou dostupnost TK v rámci ČR, 3 kraje vykazují absenci daného zařízení (více Mravčík &Nechanská, 2013). V roce 2012 absolvovalo léčbu v komunitách 402 uživatelů drog (UD), z toho 85 % užívalo návykové látky injekčně a 75 % osob užívalo pervitin (13 % heroin); průměrný věk klientů TK se zvyšuje – v roce 2012 činil 27,3 roku. Poměr předčasně ukončených léčeb k úspěšně ukončeným byl 1,3 : 1 (údaje z 10- ti TK, více Mravčík et. al., 2013). Podle Kaliny (2008b) jsou výsledky léčby českých TK

v porovnání s mezinárodním kontextem na srovnatelné či lepší úrovni (problematiky srovnávání údajů údajů v mezinárodním měřítku).

Při sledování odlišností českých a zahraničních komunit uvádí Kalina (2008b) přehled základních charakteristik našich TK pro uživatele návykových látek:

- profesionální základ a vedení je propojen se vznikem českých TK od jejich prvopočátku; paraprofesionální aktivity byly výjimkou – lze konstatovat vysokou míru profesionalizace českých TK od jejich prvopočátku na základě tradice zdejší psychoterapie a psychoterapeutického výcviku,
- metody využívané v rámci českých TK netvoří klasický repertoár hierarchických TK (euncaunterové metody a skupiny, bonding terapie, Maradonové skupiny),
- léčebný proces je dělen do čtyř fází (dtto zahraničí) a za plánované dokončení léčby/ za absolventa léčby TK je pokládán klient, který dokončí poslední fázi s absolvováním závěrečného rituálu (v zahraničí je poslední fáze součástí následné ambulantní péče – pak je klient považován za absolventa),
- propojení TK s ostatními adiktologickými složkami v systému péče v rámci České republiky bylo od 90. let kooperující a navazující na vznikající služby a i přes komunikační bariéry otevřené k okolí (v zahraniční popisovány vážné problémy),
- české TK mají specializovaná residenční zařízení pro specifické cílové skupiny – jejich vznik souvisel s přirozeným vývojem sítě TK (komunity pro adolescenty, pro závislé matky s malými dětmi, pro starší uživtele drog; zároveň dochází k rozšíření specializace komunit na problematiku duálních diagnóz),
- vzhledem k velikosti TK je Česká republika ojedinělá (vyjma Austrálie) v aktuální/okamžité kapacitě zařízení v porovnání s praxí ze zahraničních TK (15-25 klientů v porovnání s 40 – 60 klienty v zahraničí).

Filozofie léčby v TK odráží kulturu omezení v demokratickém společenství, humanistické pojetí člověka a upřednostnění poruchy či problému osoby a jejiích vztahů před diagnózou a poruchou (v popředí zájmu je klient – jeho osobnost, sebepojetí, vztahy, rozvoj). Filozofii léčby charakterizují slova úzdrava, změna, nový životní styl. K dosažení žádoucího efektu léčby vedou základní principy, jejich dodržování je součástí léčebného působení v rámci struktury a řádu:

- pravidla a normy představují široký, ale přehledný komplex k udržení stability společenství, který zároveň posiluje efektivitu léčby. Jedná se o metapravidla

(zajišťují stabilitu, přežití, etiku a sebekontrolu TK), kardinální pravidla (zásadní pravidla zajišťující bezpečí v rámci TK – zákaz užití/manipulace s drogou v prostředí TK, zákaz fyzického a jiného ohrožujícího chování v rámci TK, zákaz sexuálních vztahů v rámci TK), dodatečná pravidla k bezpečí (právo říci ne, právo mimořádného setkání společenství, zachování komunitního sdělení v rámci TK), pravidla o uspořádání času (časový řád TK jako prvek psychologické a sociální rehabilitace), pravidla o zapojení (pravidla o ne/žádoucím chování a komunikace), pravidla o moci a odpovědnosti (určují vliv na kolektivní rozhodnutí, stanovují právo veta personálu…), pravidla o provozu (uvádějí manuál k aktivitám) a pravidla o zvyklostech (delegace tradic a předávání nepsaných zvyků),

- role a komunikace je vzhledem k personálu a klientům obousměrně posilována v oblasti práce na sobě samém, v komunitní roli daného člena, v možnosti poskytování vzorů a příkladu, v moci a odpovědnosti, v procesu uvnitř komunity, v udržování a naplňování struktur uvnitř komunity…
- strukturovaný program, který je vymezen přesným časovým rozvrhem, souhrnem pravidel, vyvážeností ve skladbě programu (podíl aktivit/práce, volného času, odpočinku dle reálného života),
- rituály k upevnění společenství, sebepřesahu a spirituálnímu rozměru zahrnující komunitní symboly a svátky, přijímací/etapové/ukončující rituály a rituály očištění a smíření (podrobněji Richterová Těmínová, Kalina &Adameček, 2008; Kalina, 2008b).

Společnou charakteristikou a upevňující modalitou je přesah společenství do oblasti spirituální a sebepřesahující, která je posilována v tradici a zviditelňována prostřednictvím zažité struktury.

6.1 Možnosti a meze léčby v terapeutické komunitě

Residenční léčba v terapeutické komunitě je vzhledem k výběrovým kritériím ze strany programu (ke vztahu ke klientele: uživatelé návykových látek, návykové a impulzivní poruchy) omezená v oblasti profilu klienta. Zároveň svým nastavením TK vyhovuje širokému spektru klientů a je schopná intervenovat v těch případech, které jsou nazývány jako „velmi obtížné“. Přijetí do terapeutické komunity by mělo vždy předcházet důkladné komplexní zhodnocení klienta, indikační rozvaha a matching

(párování potřeb klienta s intervencemi). Zhodnocení a matching jsou vzhledem k rozsahu sítě léčebných adiktologických služeb a reálné nevhodnosti klienta k léčbě do terapeutické komunity zásadní. Indikační schéma, které vytvořila APA (Americká psychiatrická asociace), je pro klinickou praxi i teoretické využití skvělým manuálem, který poskytuje cenné informace v procesu předléčebných intervencí. Schéma detekuje klienta z bio-psycho-sociální perspektivy, kognitivních a behaviorálních projevů. Tabulka 9 uvádí přehled indikačních okruhů pro residenční léčbu v TK, profil klientely a metody léčby v TK.

Tabulka 9 Indikační okruhy - residenční léčba v TK a specifika profilu klienta

Indikační oblast	Specifika pro hodnocení	Profil klienta	Metody/formy léčby	Specifika pro TK
1. Potenciál k akutní intoxikaci a k abstinenční symptomatologii	aktuální symptomy intoxikace a odvykacího stavu + rizika z anamnestických údajů (opakované předávkování…)	vysoký potenciál pro akutní intoxikaci/rozvoj abstinenčních symptomů (bez život ohrožujících komplikací)	1. Farmakoterapie/ testování na návykové látky	V případě komplikací a léčby komorbidity/testy situační a při vstupu do TK
2. Biomedicínské stavy/komplikace	relevantní zhodnocení potřeby léčby a určení odpovídající služby v systému péče + zhodnocení míry/schopnosti zapojení klienta do programu	jsou vzhledem k léčbě v TK akceptovatelné, předpokládá se jejich pozitivní ovlivnění a nevyžadují akutní léčbu v rámci zdravotnického zařízení (léčba je možná externě)	2. Individuální terapie	Nezbytná a důležitá složka programu v paralele se skupinovým programem
3. Emocionální či behaviorální stavy/komplikace	dtto viz bod 2	jsou vzhledem k léčbě v TK akceptovatelné, předpokládá se jejich pozitivní ovlivnění a nevyžadují akutní léčbu v rámci zdravotnického zařízení (externí specialista)	3. Skupinová terapie	Významná složka v programu

4. Akceptování/ odpor k léčbě	zhodnocení stupně vnitřní motivace a míry vnějších okolností vedoucích k léčbě	motivace není zcela internalizována či na úrovni vyžadující dlouhodobější podporu a upevnění	4. Rehabilitace, edukace, volnočasová náplň	Významná složka v programu
5.Potenciál relapsu	riziko porušení abstinence koreluje s mírou potřeby „bezpečného“ prostředí	vysoký potenciál pro relaps vyžadující podporu v prostředí	5. Léčebný režim/práce s rodinou/sociální práce	Režim dle fází léčby po 24 hodin denně/důležitá je alespoň základní spolupráce s rodinou klienta/velmi důležitá vzhledem k profilu klientely
6. Okolí a vztah k léčbě	zhodnocení okolí vzhledem k ne/podpoře změny klienta – důsledek pro míru potřeby chráněného a podporovaného prostředí	okolí nepodporuje léčbu a je rizikem pro relaps či udržování uživatelských vzorců (toxické prostředí rodiny, drogové scény, partnerských vztahů/nefunkční rodinné prostředí…)	6. Principy terapeutické komunity	Základní teze programu

Zdroj: Vlastní – upraveno dle Mirin et al., (1995);Kalina, (2003);

Na opačné straně stojí kontraindikace k léčbě v terapeutické komunitě, kterou vidí Kalina (2008b) v komunikační bariéře, závažném fyzickém omezení a ve vážných osobnostních poruchách klientů, které se pro své narušení nezapojují do programu a neprofitují z něj. Jde o kontraindikace relativní, které je nutné zohlednit při indivudálním posouzení klienta. Dřívější kontraindikací pro přijetí do léčby v TK byly i duální diagnózy; tento problém je nyní řešen specifickým profilem TK na uvedenou klientelu v rámci integrace léčby.

Do léčby v terapeutické komunitě jsou přijímány i skupiny, které lze vzhledem k jejich potřebám označit za specifické. Reformy terapeutických komunit a jejich modifikace v rámci jiného prostředí přinesly možnosti léčby pro velmi široké spektrum adiktologické klientely, která z důvodů faktoru prostředí či cílové skupiny na léčbu v TK nedosahovala. Z hlediska modalit změn TK v rámci podmínek prostředí jsou

rozšiřovány možnosti léčby dle principů TK (modelu) do věznic; existují velmi dobře propracované modely terapeuticky komunitního principu v sociálních a zdravotních zařízeních a i v zařízení denní péče. Možnosti léčby vzhledem k modifikaci TK a zohlednění specifických adiktologických klientů v současné době přinášejí rozšíření profilu klientely – lidé s pozitivitou na HIV, léčba mladistvých uživatelů návykových látek, klientela s duální diagnózou, léčba těhotných žen a matek s malými dětmi a zohledňování gender problému v TK (gender vstřícné programy). Z hlediska rozličného spektra užívaných látek je léčba v TK bez specializace na danou substanci chápána jako dostačující – primární faktory rozhodující o změně nesouvisejí s homogenní klientelou, ale s faktory vytrvání v léčbě, pokračování v léčbě a vlivu celého léčebného kontinua.

Na možnosti léčby širokého spektra klientely TK navazují možnosti metod a služeb, které TK nabízejí. Za základ léčby je považována organizace a struktura komunitního společenství, hierarchie a role, léčba ve strukturovaném pobytu odstupňovaná fázemi – uvedené posiluje řád a režim, komunitní setkávání a skupiny v terapeutické komunitě, práce, volnočasové a zátěžové aktivity. Nové dimenze léčby zahrnují možnosti, které výrazně přispívají ke komplexnímu vnímání potřeb klienta a k vyšší míře kompetentnosti v nechráněném prostředí. Kalina (2008b) popisuje význam integrace služeb speciální lékařské péče a zdravotnického vzdělávání (somatická i psychiatrická komorbidita – léčebné, edukační a harm reduction hledisko), které zohledňují aktuální situaci klienta v léčbě a potenciální situaci klienta po léčbě. Dále uvádí prevenci relapsu jako metodu možnou implementace na prostředí TK při vyladění s filozofií programu; práci s motivací, která překonává stereotypní myšlení na uzdravení klienta, pokud není ve fázi úplného vyčerpání a „odfetovaných let“. Jako budoucí, se dle autora, jeví možnost včlenění původní koncepce TK z filozofie AA (Alcoholic Anonymous) do pre-terapie či podpůrné terapie, možnost práce s klientelou substituovanou metadonem či buprenorfinem a otázka oteřenosti TK a ostatních systémů vzájemné komunikaci/ intervencím ve prospěch klienta.

Možnosti, které nabízí léčba v TK, zasahují do oblasti rodiny, která je považována za jeden z hlavních pramenů udržení změny. Ppráci s rodinou představují skupiny s blízkými (skupina pro rodiče a blízké klienta), rodinná terapie, informační semináře, komunitní akce pro klienty a jejich blízké, účast členů rodiny na významných událostech jejího člena v léčbě (ukončovací či přechodové rituály).

Možnosti léčby v TK jsou vzhledem k intenzitě léčebného programu, nastavení a náročnosti vysoce specifické k problematice osobnosti uvedené klientely. Meze léčby dosahují na omezení v rámci indikačního spektra a reálných kompetencí zařízení. Terapeutické komunity představují i přes uvedené meze ojedinělý a vysoce humanitní ostrov reflexe lidské důstojnosti; respektují osobitost jedince a upřednostňují zdravý potenciál každé osoby před psychopatologií. Spirituální rozměr je díky původnímu konceptu svépomocné organizace přítomný v rituálech, symbolech i každodennosti.

6.2 Faktory ovlivňující průběh a výsledek léčby, léčebné kontinuum

Rozhodnutí klienta pro léčbu v terapeutické komunitě neznamená jistotu dokončení léčby ani výsledek, který by klient považoval za přínosný a byl současně i důkazem o efektivitě programu. Úspěšná léčba a účinná léčba jsou navzájem spojené termíny. Z hlediska účinné léčby, která je pro klienta přínosná, je doporučen časný začátek při práci s motivací klienta a její kontinuální charakter, práce na integraci klienta do kolektivu a léčebného procesu, zohlednění technik prevence relapsu, zohledňování významu léčebného kontinua a poskytnutí pomoci v rámci terapie, která bude eliminovat možná nežádoucí rizika. Účinnost poskytnutých intervencí se promítá do úspěšnosti léčby; předpoklady a prediktory úspěchu lze vymezit jak ze strany klienta tak programu. U klientů je rozhodující období před zahájením léčebného programu, ale i faktory v průběhu léčby. Faktory před léčbou, které jsou výzkumně potvrzené jako možné prediktory výsledku, dle EMCDDA (1999; dále Kalina, 2008a; Kalina, 2008b), zahrnují věk začátku závislého chování, celkový počet let abúzu, duální diagnostiku, stupeň motivace a závažnost v oblasti kriminálních činů (recidiva, těžké t.č.); dále komplikovaný socioekonomický status, nízké vzdělání, dlouhodobější nezaměstnanost, velmi nízký věk a faktor první zkušenosti s léčbou. Faktory, které se objevují v průběhu léčby, pojímají problematiku vytrvání v léčebném procesu, tzv. early drop-out či drop out (vypadnutí v prvním období léčby, předčasné ukončení léčby) klientů, jsou častým jevem. Charakteristiky klientů, které přinášejí komplikaci do léčebného procesu, jsou uvedeny v tabulce 10.

Kalina (2008b) popisuje průběžné indikátory retence a vypadnutí jako prediktory úspěšnosti z hlediska délky léčby. Obecně je uváděna vyšší míra úspěšnosti z hlediska „přežití“ klienta po léčbě bez relapsu u programů s délkou 12 měsíců, než u programů s poloviční délkou. Krátká doba v léčbě koreluje s vyším rizikem relapsu. Za minimální

úspěšnou hranici je považováno dokončení 3 měsíců v případě krátkodobé až střednědobé léčby.

Tabulka 10 Problémy klientů v léčbě

Chování v léčbě, jako rizikový činitel	**Problémy s návykovou látkou a léčbou**	**Problémy v sebepojetí**	**Problémy se vztahy**	**Problémy v sociálních schopnostech**
Nízká důvěra k terapeutům, problém s akceptací skupinové psychoterapi,	Craving	Velmi nízká sebeúcta	Nízká schopnost asertivního jednání	Omezení v komunikačních schopnostech a dovednostech
Nízké pozitivní změny v chování a postojů	Znevažování možnosti a smyslu života bez drog	Nedostatek sebedůvěry	Snadní zranitelnost a urážlivost	Problém reálnému porozumění v situačních věcech
Malá schopnost přijímat kritiku a negativní zpětné vazby	Problém vyhnout se vysoce rizikovým situacím a drogám	Nízké vědomí identity s vlastním tělem	Introverze a izolace (osamělost)	Problém přijmout zodpovědnost za roli
Rigidní postoje, problém s diskutováním a stanovení nemožnosti změny postoje/stavu	Pesimistické ladění k léčebnému programu	Nízká senzitivita k vlastním emocím	Manipulace a účelovost v jednání	Kulturní a pracovní návyky jedince jsou na nízké/nedostačující úrovni
Popírání problémů a možností řešení; tendence bagatelizovat, odmítat, vymlouvat, či účelově jednat	Váhání a problematické rozhodování (v kontextu dlouhodobosti)	Vytlačování negativních pocitů i emocí	Psychosexuální dysfunkce, povrchní a překotné jednání	Neschopnost organizování a plánování

Zdroj: vlastní (upraveno dle: Kalina, 2000, Kalina, 2008a)

Výsledek a efektivita léčby je pod silným vlivem psychopatologických rysů osobnosti klienta (vizvýše – duální diagnózy a komplikace v léčbě) a komplikací, které vznikají na základě cravingu, relapsu a předčasného ukončení léčby. Důvody komplikací a jejich řešení souvisejí nejen s aktuálním psychologickým rozpoložením klienta, ale i s týmovou a organizační kulturou. Vypadnutí z léčby (drop-out) je často propojeno s komplexem interindividuálních faktorů jedince a s problémy na straně zařízení, které nedokončení léčby může výrazně ovlivnit. Prevence vypadnutí klientů

z léčby by měla být respektována napříč léčebným spektrem. Kalina (2008a) uvádí riziko na straně terapeutické komunity v nastavení léčby, která je vysokoprahová, pro „komplikovanější“ klientelu (duální diagnózy…), v možnosti stigmatizace klienta přidělením role outsidera/komplikovaného klienta, v příčinách retraumatizace a opětovného potvrzování neúspěchu (složité úkoly). Destabilizace společenství vede k sérii problémů a zvýšené frustraci zejména pro klienty v méně pokročilých fázích. K činitelům, které mohou negativně ovlivnit úspěšnost léčby ze strany programu, jsou dále řazena kritéria nevhodné volby léčebného zařízení (viz matching a indikační schéma APA), neintegrita daného programu, zvolený terapeutický styl či časový faktor délky programu.

Léčebné kontinuum potvrzuje nutnost navazování a propojení jednotlivých složek péče k žádoucímu efektu léčby (Kalina,2008a; Kalina, 2008b) :

- životní styl a abstinence v kontextu efektivity léčby znamenají snížení užívání drog (široký pojem od úplné abstinence od návykových látek až po abstinenci od primární drogy, či snížení frekvence abúzu) a změnu v dosavadně preferovaném životním stylu. Změna pouze jednoho z činitelů představuje nevyváženost, která ohrožuje získanou stabilitu nespokojeností, potažmo relapsem. Významným činitelem změny je zlepšení psychického stavu, sebepojetí a schopnost zodpovědného jednání. Životní styl získává dimenzi schopnosti a vědomí nutnosti sebeobživy, práce a uplatnění osobních preferencí,
- zlepšení v oblasti přátelských a intimních vztahů má být výsledkem dlouhodobého efektu léčby, který vede k odklonu interpersonálních vazeb z drogového prostředí a k řešení partnerské problematiky uživatelů; zároveň je nacházen nový rozměr intimity a blízkosti s druhým člověkem,
- vztahy s orientační i prokreační rodinou jsou vlivem léčby měněny žádoucím způsobem. Základním cílem je dokončení vývojových úkolů klienta, vymezení se vůči rodině a zaujmutí vlastní role v životě. Rodina představuje významný činitel změny, který je společně s jejím členem vystaven procesu úzdravy,
- snížení kriminality je dle výzkumů významným důsledkem léčby, který souvisí se změnou frekvence v oblasti užívání drog. Souhrnné informace o účinnosti léčby v TK přináší EMCDDA (2014).

Kontinuita péče se v případě jednotlivých intervencí a poskytnutých léčebných modalit sčítá – zahrnuje předléčebné poradenství a předléčebné intervence zohledňující prevenci předčasného vypadnutí klienta z procesu a motivační vedení; pobyt v rámci detoxifikačního zařízení, stabilizaci u krátkodobé či střednědobé léčby a léčbu v terapeutické komunitě; v neposlední řadě jde o programy následné péče a intervence v doléčovacím procesu. Procento úspěšnosti z hlediska „přežívání bez relapsu“ se zvyšuje po roce léčby, ať jde o jakékoliv kombinace složek systému péče

6.3 Účinné faktory terapeutické komunity v kontextu deficitů osobnosti

Léčebné působení společenství TK je realizováno prostřednictvím vzájemně se podněcujících článků psychoterapeutického procesu i na základě principů působení terapeutické komunity. Účinné faktory jsou ovlivněny organizačním rámcem TK, který umožňuje jejich plné zapojení a vliv na jednotlivé články procesu změny (zapojování, vyjadřování emocí, interpersonální učení, nácvik nových postojů/chování a vliv na životní realitu). Možnosti a meze v zapojení účinných faktorů představuje cílová skupina (diagnostický okruh), která limituje výsledný potenciál působení. Podle Kaliny (2008b) je výsledný součet působení účinných terapeutických faktorů ovlivněn stupněm strukturace a integrace osobnosti kleinta.

Účinné faktory terapeutických komunit představují čtyři základní skupiny, které působí na individuální úrovni a v rámci skupinové interakce. Kalina (2008b) uvádí dělení na faktory společné různým psychoterapiím, faktory skupinové psychoterapie, faktory sekundárního emočního vývoje (attachment, containment, komunikace, zapojení, jednání) a léčebné faktory terapeutické komunity.

Faktory společné různým psychoterapiím zahrnují (např. Prochaska a Norcross, 1999): pozitivní očekávání změny, terapeutický vztah jako katalyzátor procesu, Hawthornský efekt/efekt zvláštní pozornosti, zvyšování vědomí interpretací či psychoedukací, emoční uvolnění a katarzi, možnost svobodné volby na základě konfrontace s vlastními problémy, tvarování chování na základě manipulace s následky či podmiňování podnětu. Uvedené transteoretické faktory, které propojují psychoterapeutické směry, jsou dle Kaliny (2008b) často opomíjeny v rámci upřednostňování skupinových účinných faktorů v rámci TK.

V rámci skupinové psychoterapie popisuje Kratochvíl (2005) léčebné působení na základě členství ve skupině, emoční podpory, podpory a pomoci druhým, sebeexplorace a sebeprojevení, možnosti odreagování a korektivní emoční zkušenosti, v získání náhledu, v potenciálu zpětné vazby a konfrontace, zisku i nácviku nových vzorců chování a zisku nových informací a sociálních dovedností.

Léčebné faktory terapeutické komunity popisované Kooymanem (2005), jsou popisem komplexnosti dimenzí, na které má TK působit (tabulka 11 uvádí přehled účinných faktorů TK dle Kooymana a vliv na osobnost v léčbě). Efektivita terapie se odvíjí od přítomnosti každého z patnácti faktorů a dle autora nelze žádný opomíjet. Patnáct léčebných faktorů, dle Kooymana, popisoval ve svých publikacích od roku 2000 Kalina, který rozšiřuje vliv faktorů z hlediska zrání a vývoje jedince v TK.

Tabulka 11 Přehled účinných faktorů TK dle Kooymana, vliv na zrání a vývoj jedince

Účinné faktory TK dle Kooymana	**Kontext osobnosti a vlivu účinných faktorů TK**
1. Terapeutická komunita jako náhradní rodina (metafora rodiny v širokém rozměru v rámci TK)	Re-parenting a sekundární emoční vývoj, korektivní rekapitulace primární rodiny – osobní prosperita v bezpečném prostředí, pocit sounáležitosti a podpory
2. Sjednocující filozofie	Psychoedukace a výklad poruchy, srozumitelnost smyslu principů léčby – sjednocení všech členů TK, princip rovnosti na lidské úrovni a vnitřního přesvědčení o prospěchu uznaných hodnot.
3. Terapeutická struktura prostředí TK	Jednoznačnost pravidel, struktura programu, tlak k učení – růst na základě ohraničení, přijetí hranic a vymezení vlastních hranic.
4. Rovnováha mezi autonomií jedince, demokracií a terapií	Autonomie v omezení společenství, demokracie v delegování moci, terapie v povinnosti účasti – integrace jedince do společnosti, schopnost ustát a zpracovat napětí ve společenství.
5. Sociální učení formou sociální interakce	Zákaz izolace, upřednostnění aktivity v dění a zisku informací o behaviorálních projevech a postojích – výsledkem je učení se, jak obstát v rámci interpersonálních situací, schopnost rozhodovat se a přijímat důsledky za své chování.
6. Učení prostřednictvím krizí	Podpora prožití krizových situací, dozrávání jako série krizí, dezintegrace dosavadního k integraci nového – osobní růst a zrání jedince, integrace nové osobnosti.
7. Učení se porozumět svým emocím a schopnosti vyjadřovat je	Podpora vyjadřovat emoce ve skupině, podpora překonání strachu z projevu negativních i pozitivních emocí – zisk vyrovnanosti a zpracování zážitků, opravdovosti v prožívání a možnosti odmrznutí (projev pozitivních emocí po zpracování negativních).
8. Terapeutický dopad všech aktivit na komunitu	Jakákoliv aktivita v TK má terapeutický účinek – osobnost zraje v možnosti péče o sebe, zvládání sociálních rolí, v pracovních schopnostech…

9. Zodpovědnost klientů za vlastní chování	Klient TK není pacient, přijímá roli neoběti, neherce a neobviňuje okolí za své problémy – zisk pokory a přijetí potřeby pomoci, vědomí potenciálu pomáhat ostatním členům, zisk schopnosti prosby o pomoc.
10. Růst sebeúcty na základě vlastního přičinění	Růst na základě posloupnosti v plnění úkolů, léčebných fází a práce s vlastním strachem – zlepšení sebepojetí, snížení přesvědčení a strachu z nezdaru, neúspěchu a odmítnutí; posílení sebehodnoty při pomoci druhým.
11. Internalizace pozitivního žebříčku hodnot	Nabídka pozitivního hodnotového systému, proces učení čestnostikonfrontace a kritiky vůči negativnímu chování/vůči sebedestrukci – osobnost získává pravdu, čestnost, otevřenost a samostatnost pro sebe i pro druhé; altruismus a svoboda v rozhodování o svém životě.
12. Konfrontace	Krizové situace a tlak od počátku léčby jako půda pro navození žádoucích změn – opuštění stereotypních obranných mechanismů, verbalizace interních konfliktů, schopnost konfrontace s okolím a přijetí osobní nedokonalosti (není nutné být perfektní, abych byl hoden lásky).
13. Pozitivní tlak vrstevníků	Vrstevníci, jako pozitivní tlak ovlivňující změnu životního stylu, konfrontace s chováním ostatních vrstevníků a zpětná vazba hodnocení – vliv na pozitivní prvky v chování, zvyšování vědomí, na schopnost přijmout kritické vazby a odučení manipulativních postojů.
14. Změna negativních postojů k životu v pozitivní postoje	Princip od počátku léčby: „dělěj a chovej se tak, jak je ti doporučeno (jak chceš) – později sám pochopíš“, skupinové interakce zvyšující vědomí negace k životním postojům – osobnost je měněna v dětských vzorcích přesvědčení o negativním Self, pozitivně se mění sebepojetí, dochází ke změně falešné identity a klient získává identitu reálnou.
15. Změna/zlepšení vztahů s původní rodinou	Rodičovské skupiny, rodičovská terapie, víkendy rodin, rodiný systém součástí terapie v TK – osobnost získává řešení a dokončování vývojových úkolů, rozvoj interpersonálních a sociálních vztahů klienta.

Zdroj: Vlastní (upraveno dle: Kooyman, 2005; Kalina, 2008b; Kalina, 2013)

Terapeutická komunita představuje u osob s ADHD možnou léčebnou modalitu k osobnostní progresi jedince, která zohledňuje potřebu psychosociální rehabilitace na základě délky léčby, uplatňovaných principů a zátěži v programu (Miovský, Čablová a Kalina, 2013). Uvedený princip léčby platí i v případě neduálních klientů. Zohlednění odlišností klientů s komorbiditou ADHD v léčbě je velmi důležité na základě předpokladu vyšší míry vzniku komplikací v léčebném procesu a rizika nedokončení léčby. Efektivita účinných faktorů terapeutické komunity závisí ve značné míře na možnosti jednince pojmout a internalizovat léčebné působení. Z tohoto hlediska se jeví jako zásadní zohlednění negativního vlivu symptomatologie (nejen) ADHD.

III. VÝZKUMNÁ ČÁST

Současné zahraniční studie prokazují zásadní vliv ADHD na komplexní osobnost člověka a na signifikantní spojitost uvedené poruchy s přidruženými duálními diagnózami. Vulnerabilita jedince na základě neuropsychologické poruchy ke vzniku poruch spojených s užíváním návykových látek zasahuje osobnostní aspekty z biopsychosociálního hlediska. Absence správné duální diagnostiky a komorbidních poruch je fatální chybou v případě možnosti nastavení optimálního léčebného plánu a možnosti klienta maximalizovat profit z léčebných intervencí. Za standard terapeutických komunit je v dnešní době považována duální klientela, která pro svou náročnost představuje nutnost aplikovat individuální a specifický přístup, který zohledňuje všechny výše uvedené oblasti.

Odborná literatura, která se zabývá výskytem ADHD u klientů léčených pro poruchy spojené s užíváním návykových látek a vlivem ADHD na osobnost, je v zahraniční dostupná a popularizace uvedeného tématu zde stoupá. V České republice do dnešní doby nebyl proveden výzkum, který by uvedenou problematiku sledoval, tedy diagnostikoval a zabýval se prevalencí dané poruchy u populace léčených uživatelů v terapeutických komunitách. Z důvodů absence uvedených dat v České republice a nutnosti provést explorativní zjištění, je tento výzkum pojímán jako pilotní. S možností využití zjištěných dat pro verifikační zpracování.

7 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda se v terapeutických komunitách vyskytují klienti s diagnózou ADHD (dětství, dospělost, dětství i dospělost), dále souvislosti mezi uvedenou poruchou a jejím vlivem na osobnost jedince užívajícího návykové látky a především pak zjistit případný vztah mezi touto poruchou a komplikacemi v průběhu léčby v terapeutických komunitách. Konkrétně, zda jsou klienti s ADHD asociováni s většími problémy ve schopnostech úspěšného absolvování léčebného režimu.

Nejdříve byl zjišťován výskyt klientů s diagnózou ADHD mezi léčenými uživateli v terapeutických komunitách. Zjištění a následné posouzení vycházelo ze specifických sebeposuzovacích dotazníků pro klienty. Výsledné hodnoty z hlediska diagnózy ADHD byly následně porovnávány s normou, kterou představovali klienti bez diagnózy

ADHD. Byly zjišťovány rozdíly v kognitivních, behaviorálních a sociálních aspektech osobnosti a rozdíly v průběhu léčby z hlediska adaptibility a schopnosti úspěšného absolvování programu.

Výsledná zjištění ze sebehodnotících dotazníků od klientů byla dále porovnávána s výsledky a skóry hodnotících dotazníků pro terapeuty. Cíleně byly sledovány odlišnosti či korelace u daných výsledků z hlediska závažnosti symptomatologie a z hlediska průběhu léčby.

8 Výzkumný plán

V souvislosti s podobou výzkumného cíle a problémem absence informací o dané problematice ve zkoumané populaci v České republice bylo využito kvalitativního plánu. Ve studii byly použity dotazníky a škály, které nejsou standardizované na českou populaci, ale jsou rozsáhle používány v zahraničních studiích a klinických praxích. Tyto nástroje byly upraveny pro potřeby výzkumných účelů; škálové hodnocení a počet položek zůstal nezměněn kvůli diagnostice ADHD podle zahraničních studií a dostupných hodnot používaných i v České republice.

Kvalitativní výzkumná strategie byla zvolena i z důvodu potřebnosti zmapování výzkumného prostředí a praktické aplikace nových diagnostických nástrojů. Jak uvádí Miovský (2006), použití kvalitativních metod je v případě orientačních a předvýzkumných šetření relevantní.

9 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Na základě závěrů zahraničních studií a poznatků z oblasti duální diagnostiky je zřejmé, že 30 – 50 % uživatelů drog vykazuje problematiku psychiatrické komorbidity (EMCCDA, 2004; Kessler et al., 1996; Kalina 2006). Podle studie ELSPAC (EuropeanLongitudinal Study ofParenthood and Childhood) ukazuje Foltová (2010) vliv zvýšené vulnerability k užívání návykových látek u jedinců s neurologickým poškozením, psychickými a psychiatrickými poruchami. V případě ADHD jsou popisovány problémy v psychické, sociální a školní oblasti, daleko častější výskyt rizikového chování a antisociálních aktivit v porovnání s kontrolní skupinou. Uvedená neuropsychická porucha představuje vysoké riziko vytvoření zranitelné osobnosti s predispozicí k užívání návykových látek a to na základě neuropsychického opoždění a zvýšené četnosti zátěžových situací, které ovlivňují vulnerabilitu jedince (Malá, 2006). Jak uvádí Drtílková et al. (2007), ADHD je přítomna pouze u 30-50% dospělých, kteří měli poruchu v dětství – problém transformace psychopatologie do méně nápadnějších symptomů (porucha pozornosti a impulzivita při ústupu primárního symptomu – hyperaktivity) často vede k chybné diagnostice, či k přehlédnutí symptomů. Jak uvádí NIDA (2008), značná část výzkumů v oblasti ADHD a užívání drog je doposud nedostačující.

U ADHD je problematika osobnostní charakteristiky komplikována deficity v kognitivní, exekutivní a emoční oblasti, které výrazně ovlivňují fungování jedince oproti běžné populaci a může (stejně jako jiná duální diagnostika) ovlivňovat léčebné intervence. ADHD vykazuje vysokou specifičnost diagnostiky v dospělém věku, kdy transformace psychopatologie do méně nápadnějších symptomů (porucha pozornosti a impulzivita a ústup primárního symptomu – hyperaktivita) vede k jejich přehlédnutí, či k chybné diagnostice. U klientů terapeutických komunit je nutné zohlednit specifika, která přináší samotná diagnostika neuropsychické poruchy a zároveň specifika předpokladu úspěšné léčby. Podíl klientů s duálními diagnózami je v terapeutických komunitách vysoký a vyznačuje se obecně vyššími komplikacemi ve zvládání a absolvování léčebného programu. Existuje tedy předpoklad vlivu uvedené duální diagnostiky na zvládání běžně nastaveného léčebného programu a problém diagnostiky ADHD u klientů vstupujících do léčby v terapeutické komunitě.

Na základě výše uvedených poznatků lze vymezit výzkumný problém a cíl jako nutnost:

a) definovat specifické nástroje pro diagnostiku ADHD u klientů léčených v terapeutických komunitách, konkrétně dotazníky na projevy ADHD v dětství a v dospělosti a definovat nástroje pro terapeutické pracovníky k posuzování „duálních klientů“ s ADHD v léčbě,
b) zjistit souvislosti mezi projevy ADHD v dětství a v dospělosti a zjistit, do jakých oblastí života a osobnosti léčených uživatelů zasahují a jak se projevují,
c) zjistit, zda se v případě ADHD (dětství/současnost, dětství i současnost) vyskytují komplikace v léčbě a jaké- v porovnání s ostatními klienty (bez diagnózy ADHD).

Jak uvádí Miovský (2006b), v kvalitativním přístupu jsou výzkumné otázky terminologickým ekvivalentem výzkumné hypotézy užívané v kvantitativním výzkumu. Výzkumné otázky vycházejí z hlavního a dílčích cílů studie; výzkumné otázky zní:

1) Vyskytují se v terapeutické komunitě klienti s diagnózou ADHD v dětství, v současnosti anebo v dětství i v současnosti?
2) Jaké existují odlišnosti či podobnosti mezi skupinou klientů s diagnostikovaným ADHD pouze v dětství, skupinou diagnostikovanou v dětství i v dospělosti a diagnostikovaným ADHD pouze v dospělosti?
3) Vyskytují se u klientů s diagnózou ADHD (dětství/současnost, dětství i současnost) ve vyšší míře komplikace v léčbě při srovnání s kontrolní skupinou (bez ADHD)? Pokud ano, jaké a jak se projevují?
4) Jaký je vliv ADHD na zahájení a průběh léčby v terapeutické komunitě?
5) Umožňuje současný systém efektivní diagnostiku ADHD u klientů terapeutických komunit?

10 Výzkumný soubor a získávání dat

10.1 Popis a výběr výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili klienti residenční léčby v terapeutických komunitách, které se specializují na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek. Výzkumný soubor byl složen ze dvou základních skupin – ze skupiny s ADHD (zastoupenou třemi podskupinami) a ze skupiny bez diagnostikovaného ADHD (srovnávací skupina). Celkem soubor tvořilo 76 klientů z šesti terapeutických komunit. Výzkumný vzorek zastupovali klienti ve věku 15 až 45 let abstinující v chráněném prostředí minimálně 2 měsíce, u kterých byla indikována rezidenční léčba pro závažnější vzorce užívání návykových látek. Výzkumný vzorek byl rozdělen do skupin na základě vyhodnocení sebeposuzovacích screeningových nástrojů a škál pro záchyt ADHD (viz dále).

Výběr výzkumného vzorku byl proveden pomocí nepravděpodobnostní metody výběru (non-probabilistic sample) se zohledněním zachování základních požadavků pro volbu metody výběru. Tu uvádí Charvát (2004, in Miovský, 2006b) jako možnost změny v průběhu šetření a potřebu detailního popisu všech změn v realizaci studie – to vše primárně s ohledem na saturaci dat. Pro výběr probandů do výzkumného souboru byla využita metoda záměrného (účelového) výběru výzkumného souboru; konkrétně záměrného účelového výběru přes instituce. Metoda, jak uvádí Miovský (2006b), vede k tomu, že s výhodou můžeme využít určité činnosti zvolené instituce k zachycení cílové skupiny, která je předmětem našeho zájmu. Důvodem použití této metody byl fakt, že výběrový soubor reprezentovali klienti zvolených (na výzkumu spolupracujících) terapeutických komunit a tudíž je, dle Miovského (2006), záměrný výběr nejlepší možnou alternativou. V této souvislosti je za tento postup míněn e-mailový a telefonický kontakt s klíčovými pracovníky v terapeutických komunitách, kteří uskutečňovali sběr dat. V jednom případě byl kontakt s terapeutickou komunitou osobní a sběr zajišťoval přímo výzkumník po dohodě s vedením komunity. Záměrný výběr výzkumného souboru byl následně kombinován s metodou totálního výběru výzkumného souboru. Tato metoda, jak uvádí Miovský (2006b) vede principiálně k tomu, že výběrový soubor je tvořen všemi prvky zvažovaného základního souboru. Metoda totálního výběru byla využita z důvodu nutnosti komplexního vyhodnocení celého výzkumného souboru a zmapování výzkumného prostředí. Výběrový vzorek byl

následně rozdělen do skupin. Předpokladem pro rozdělení jedinců bylo vyhodnocení screeningových nástrojů pro záchyt ADHD (Atention Deficit HyperactivityDisorder), který umožnil rozlišit dvě základní skupiny. I. skupinu tvořili jedinci s diagnózou ADHD. Tato skupina byla dále členěna na tři podskupiny a) podskupina s diagnózou ADHD pouze v dětství, b) skupina s diagnózou ADHD v současnosti a za c) skupina bez diagnózy ADHD. II. skupinu tvořili jedinci bez zjištěného ADHD. Z důvodu zjištění prevalence ADHD a rizika nízké saturace dat byla metoda totálního výběru zcela opodstatněná.

10.2 Rozdělení účastníků výběrového souboru

Na základě znalosti problematiky symptomatologie ADHD bylo nutné zohlednit specifičnost diagnostikování neuropsychologické problematiky. Pro účely diagnostikování poruchy byly vytvořeny dva screeningové dotazníky určené pro klienty, které vycházely z dosud platných a používaných nástrojů v klinické a výzkumné oblasti. Jednalo se o anamnestický dotazník vytvořený podle škály WURS (Wender Utah Rating Scale) doplněný o položky k detekci anamnesticky relevantních informací. Tento dotazník sledoval projevy ADHD v dětství a odvíjel se od retrospektivního sebeposouzení respondentů. Druhým nástrojem byl sebeposuzovací dotazník, vytvořený podle škály ASRS v-1.1 (AdultSelf-Report Scale), který sledoval symptomy ADHD v dospělosti. Respondenti hodnotili svůj současný stav po minimálně dvou měsících abstinence.

Podle zjištěných hodnot ze screeningových nástrojů byli účastníci nejprve rozděleni do dvou hlavních skupin (I. s ADHD, II. bez ADHD) a následně u skupiny s ADHD do třech podskupin – a) s diagnózou ADHD v dětství, b) s diagnózou ADHD v dospělosti, c) s diagnózou ADHD v dětství i v dospělosti.

Účastníci, kteří byli zařazení do skupiny se symptomatologií ADHD, dosahovali ve výsledcích škál hodnot, které jsou uváděné ve smyslu ADHD jako patologické. U I. skupiny s ADHD podle kvalitativní analýzy obsahu odpovědí lze sledovat následující charakteristiky:

a) podskupina s ADHD pouze v dětství – diagnostikována na základě kritérií dle škály WURS; vykazovala zvýšené problémy v dětství v oblasti školních obtíží, v kognitivní, behaviorální, sociální i zdravotní oblasti. Skupina byla během dětství v péči odborníků na duševní zdraví pro poruchy učení, chování anebo nálady.

b) podskupina s ADHD v dospělosti – diagnostikována na základě kritérií dle škály ASRS v – 1.1; vykazovala problémy v kognitivní rovině (zapomínání, organizování a systematičnost), behaviorální, motivační a psychické oblasti rovině (nesoustředěnost, nízká schopnost dokončování a začínání s úkoly a povinnostmi, nestálost v klidu a nízká schopnost odpočinku…). U suspektních klientů z uvedené podskupiny byly zaznamenány problémy uvedené v bodu a) ve vyšší míře než u nesuspektních.
c) podskupina s ADHD v dětství i současnosti – diagnostikována na základě kritérií dle škály WURS a ASRS v – 1.1; vykazovala problémy uvedené v bodě a) a b). Základní charakteristikou podskupiny je četnost výskytu problémů a identifikování odlišních charakteristik než u a) a b) – závažnější adiktologická problematika, nižší schopnost sociálního fungování, problémy v léčebném režimu (četnost opakovaných a nedokončených léčeb, v případě sledované léčby i vyšší drop out).

Skupinu II. bez ADHD symptomatologie podle kvalitativní analýzy charakterizuje:

a) v případě posouzení dle anamnestického listu (AL, WURS); nízká četnost výskytu sledované symptomatologie, méně závažnější problémy ve školní oblasti, méně závažné sebehodnocení v sociální, kognitivní a behaviorální rovině.
b) v případě posouzení podle sebehodnotícího dotazníku (SD, ASRS – v 1.1); velmi nízký výskyt problémů v symptomech ADHD vzhledem k diagnostice v dospělém věku, abnormalita v nízkém počtu odpovědí s bodovým hodnocením 3 a 4.

10.3 Charakteristika výběrového vzorku

Výzkumný soubor tvořilo celkem 76 klientů z šesti terapeutických komunit ve věku 15 až 45 let. Terapeutické komunity z České republiky, které na výzkumu participovaly, jsou specializovaná a certifikovaná zařízení pro léčbu poruch spojených s užíváním ilegálních návykových látek. V České republice bylo k 28. 6. 2013 podle NMS(Národní monitorovací středisko – Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013) celkem 10 certifikovaných terapeutických komunit pro uživatele návykových látek (Mravčík et. al., 2013). Do rezidenční léčby v terapeutických komunitách jsou podle indikačního schématu APA (American Psychiatric Association) přijímáni klienti s obecně závažnějšími poruchami v důsledku užívání návykových látek

– s vysokým potencionálem pro akutní intoxikaci a relaps, s komplikacemi v oblasti emocionální, behaviorální a biomedicínské, s nejistým postojem a motivací k léčbě a nepodporujícím či rizikovým sociálním okolím ve vztahu k léčbě (APA, 2006).

Výzkumný vzorek byl zvolen s ohledem na reprezentativnost (metodu zvyšující pokrytí) ke zkoumanému problému i k cílové populaci podle zásad kvalitativního přístupu a používání nepravděpodobnostních metod výběru (více Miovský, 2006b). Rozsáhlost výzkumného vzorku odráží potřebu zmapování dané problematiky, která nebyla v České republice zkoumána. Omezení výzkumného vzorku na výběr respondentů podle kvótového výběru bylo z výše popsaných důvodů zamítnuto. Tento fakt může představovat limit při interpretaci rozsáhlého množství dat a riziko generalizace.

Přehled charakteristik celého výzkumného souboru a základní sociodemografické údaje uvádí tabulka 12 a 13. Hlavním kritériem pro zařazení klientů terapeutických komunit do výzkumného souboru byla abstinence od zneužívané návykové látky po dobu minimálně dvou měsíců a písemný souhlas s účastí ve výzkumu (informovaný souhlas). Do výzkumného souboru byli zařazeni všichni klienti, kteří vyplnili alespoň jeden screeningový dotazník. Konkrétně se jednalo o jednoho z early drop-out klientů (vyplněn pouze AL). Z důvodu zjišťování vlivu ADHD na průběh léčby bylo zařazení i neúplných dat vysoce opodstatněné. V počtu 75 klientů byla data zcela kompletní, tzn. - obsahovala anamnestický i sebehodnotící dotazník. V případě dotazníků od terapeutů byl výsledný počet 74 dotazníků.

Tabulka 12 Základní charakteristika výběrového souboru

	TK_1	**TK_2**	**TK_3**	**TK_4**	**TK_5**	**TK_6**	**celkem**
Počet klientů	**5**	**11**	**20**	**15**	**13**	**12**	**76**
- **muži**	5	8	13	9	9	5	**49**
- **ženy**	0	3	7	6	4	7	**27**
Věkové rozložení	19 - 31	19 - 33	16 – 39	27 - 45	21 – 35	15 - 41	**15 - 45**
Věkový průměr	24,4	26,9	24,0	32,0	27,3	23,3	**26,3**
Počet klientů - drop out	0	1	2	3	4	6	**16**
- **z toho s ADHD**	0	1	2	3	2	4	**12**
% klientů s ADHD (počet)	60 % (n=3)	63, 6 % (n=7)	50 % (n=10)	66,6 % (n=10)	46,2 % (n=6)	58,3 % (n=7)	**56,6 % (n=43)**

Zdroj: Vlastní

Tabulka 13 Výběrový soubor – základní sociodemografické údaje

Sociodemografické údaje		Muži	Ženy
Počet klientů celkem		**49**	**27**
Průměrný věk		**27,4**	**27,7**
Stav	Svobodný/á	46	27
	ženatý/rozvedený	3	0
Zaměstnání	Nezaměstnaný/evidence ÚP	33	15
	PP/nemocenská/rodičovská	16	12
Vzdělání dokončené/ nedokončené	ZŠ	24	12
	SOU	12/9	7/3
	SŠ	13/12	10/10
	VŠ,VOŠ	0	0/5
Legální zaměstnání	Ano/ne	43/6	22/4
	Průměrný počet měsíců	46,6	43,4
Evidence na ÚP (zkušenost)	Ano	44/5	21/5
	Průměrný počet měsíců	28,2	15,1
Bydlení	Doma – rodina	17	16
	Ubytovna, toxi byty	13	9
	Ulice, squat (NB)	12	1
	PL, VTOS, DÚ	7	0

Zdroj: Vlastní

10.4 Etika výzkumu

V rámci předkládaného výzkumného šetření a sběru dat byly dodržovány etické aspekty výzkumu ve zdravotních a sociálních vědách. Všichni účastníci výzkumných činností (klíčoví pracovníci, výběrový soubor, pracovníci participujících terapeutických komunit) byli seznámeni s účelem sběru informací, účelem jejich použití a způsobem ochrany osobních dat. Podle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, byla získaná data (klienti, terapeuti) označena kódy (kombinace písmen a číslic). Pro úplnost byly kódovány i názvy terapeutických komunit. Všichni respondenti a participaci výzkumného šetření byli seznámeni s cílem výzkumu a formou prezentace výzkumných dat. Základní etickou normou pro zařazení do výzkumu bylo seznámení a podepsání informovaného souhlasu účastníkem výzkumu (příloha č. 5 uvádí vzor Informovaného souhlasu) a ochrana jeho osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a jejich uchovávání v informačních systémech. Všichni účastníci dobrovolně podepsali informovaný souhlas, který byl uložen v jejich osobních kartách. Každá z participujících komunit zodpovídala za uložení a dobrovolné podepsání informovaného souhlasu jejich klientů.

Součástí etického standardu byla příprava a rozbor potencionálních rizikových situací (zejména u respondentů v léčbě) a návrh modelů jejich řešení. Standardem bylo v případě potřeby zajištění krizové či krátké intervence, individuální terapie čimimořádné supervize v rámci komunity. Tento případ v souvislosti s výzkumnou činností není znám.

Účastníci výzkumu souhlasili, aby poskytnuté údaje z dotazníků a screeningových nástrojů byly využity pro výzkumné a studijní účely práce na téma „ADHD u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé – prevalence, vliv na osobnost a na průběh a výsledek léčby“. Prohlašuji, že v této diplomové práci dodržuji anonymitu a ochranu osobních údajů všech zúčastněných osob.

11 Použité metody

11.1 Metody získání dat

V tomto výzkumu byli prvotně e-mailem osloveni vedoucí terapeutických komunit, které projevily zájem o účast ve výzkumu po předchozím informačním setkání. S terapeutickými komunitami, které se rozhodly participovat na výzkumu, byl zahájen e-mailový kontakt přes sjednané klíčové pracovníky. Klíčoví pracovníci šesti spolupracujících komunit byli v e-mailové a telefonické komunikaci po celou dobu výzkumného šetření a zajišťovali správnost sběru dat od klientů. Klíčoví pracovníci dohlíželi i nad rozdělením výzkumných úkolů v týmu a vyplnění terapeutických dotazníků. V jedné z terapeutických komunit byla výzkumná činnost po dohodě s klíčovým pracovníkem prováděna (vyjma dotazníku pro terapeuty) samotným badatelem. V březnu roku 2013 byl všem klíčovým pracovníkům zaslán e-mail s manuálem k výzkumu, vzorem informovaného souhlasu a se vzory dotazníků (AL, SD, dotazník pro terapeuty – TD) s možností připomínkování zaslaných vzorů. Připomínkován byl následně pouze dotazník určený pro terapeuty a to z jedné terapeutické komunity. Návrhy byly zohledněny a zapracovány do nové verze dotazníku. Následně všichni obdrželi finální verzi nástrojů ke sběru dat. Realizace sběru dat byla zahájena v květnu a ukončena k poslednímu říjnu 2013. Poslední data z komunit byla převzata 12. 12. 2013. Dotazníky, které nebyly vyplněny ve stanoveném termínu, byly zařazeny do výzkumu z důvodu potřeby komplexnosti dat. Časová dotace celé fáze získávání dat ode dne zahájení do doby získání komplexních dat činila 226 dní.

Pro průzkum a za účelem sběru dat (odpovědi na výzkumné otázky) bylo zvoleno získávání dat přes klíčové pracovníky terapeutických komunit. Data k uvedené problematice byla získávána skupinou nástrojů složenou ze screeningového dotazníku na projevy ADHD v dětství vytvořeného podle škály WURS (Wender Utah Rating Scale) a dotazníku na projevy ADHD v dospělosti vytvořeného dle ASRS (AdultSelf-Report Scale). Nástroje k získávání dat od klientů z terapeutických komunit byly vytvořeny pro účely výzkumu se zohledněním sběru doplňujících informací o léčené klientele. Výše uvedené nástroje sloužily jako sebehodnotící dotazníky pro klienty. Součástí testové baterie byl i dotazník pro terapeuty vytvořený podle dotazníku CTQ (ConnersTeacherQuestionary). Podle originálního dotazníku určeného pro učitele

k posouzení symptomatologie ADHD byl dotazník předělán pro terapeuty se zřetelem na specifika terapeutické komunity. U použitých klinických nástrojů byla zanechána původní škála a bodová hodnota, počet položek i jejich obsah (s výjimkou obsahového zaměření na specifickou populaci) z důvodu vyhodnocování naměřených hodnot. Použité nástroje k získávání dat dosud nebyly v České republice standardizovány (podrobněji viz dále).

Získávání dat bylo realizováno v pěti komunitách přes klíčové pracovníky, v jedné komunitě byl sběr dat (vyjma dotazníku pro terapeuty) realizován výzkumníkem. Před vyplněním dotazníků byli respondenti informováni o postupu; u anamnestického listu byl brán zřetel na hodnocení dětství, které bylo definované obdobím do 15- ti let. U sebehodnotícího dotazníku byli klienti instruování k hodnocení aktuálního stavu (abstinence). Čas potřebný k vyplnění sebeposuzovacích nástrojů při individuální administraci nezabral více než dvacet minut. Sebehodnotící nástroje pro klienty byly kódovány anonymními kódy, které přidělovali klíčoví pracovnící komunit. Výstupy (vyhodnocení) sebehodnotících nástrojů nebyly terapeutům v době vyplňování Dotazníku pro terapeuty známy.

Na základě e-mailového a telefonického kontaktu byla data od zahájení sběru průběžně doporučeně zasílána výzkumníkovi (vyjma osobního sběru dat). Výzkumník následně potvrzoval převzetí dat.

11.1.1 Anamnestickýlist k diagnostice projevů ADHD v dětství (WURS – 61/ WURS -25)

Anamnestický list (AL) byl vytvořen podle škály WURS (Wender Utah Rating Scale), Wenderova škála představuje nástroj ke strukturovanému vyšetření dospělých. Příloha č. 3 uvádí Anamnestický list vytvořený dle WURS – 61; tučně zvýrazněné oblasti představují oblast hodnocení dle WURS – 25. Pomocí uvedeného nástroje je respondent dotazován retrospektivně na vyhodnocení vlastního dětství. Autorem škály je P. H. Wender. Uvedený nástroj je používán ke zjištění symptomatologie ADHD v dětství na celém světě, má dobrou vnitřní konzistenci i test – retest reliabilitu (Ward, Wender&Reimherr, 1993). V České republice zatím validizace ani standardizace nebyla provedena.

Wenderova škála v originále obsahuje 61 položek (WURS – 61), které jsou hodnoceny na bodové škále od 0 do 4. Respondent volí odpověď vůbec nebo velmi málo, mírně, středně, docela ano, velmi mnoho. Prvních 42 položek začíná větou „jako dítě jsem byl/a nebo měl/a“ a zaměřuje se na kognitivní, behaviorální a emoční oblast; zbylé položky obsahují hodnocení zdravotních problémů a školních problémů v dětství. Velkou výhodnou je mnohostrannost dotazníku a možnost identifikovat problémy v několika oblastech – Stein et.al. (1995) použil WURS 61 a identifikoval 5 subškál rozdílných dle pohlaví; u mužů identifikoval problémy s učením, s chováním, s pozorností, neschopnost zvládat stresové situace a špatné sociální dovednosti. U žen pak dysforii, impulzivitu, problémy s učením, problémy s pozorností a neoblíbenost v kolektivu.

Kromě WURS – 61 se nejen pro výzkumnou činnost v zahraničí používá zkrácená verze; WURS o 25-ti položkách (WURS – 25). WURS- 25 (v zahraničí validní, reliabilní) vychází z původního 61 položkového dotazníku, tyto položky popsal Ward et. al. (1993) jako nejsilněji konzistentní k ADHD. Autor také popisuje vysokou spolehlivost tohoto nástroje při použití u dospělých.

V České republice na Wenderovu škálu odkazuje Paclt (2007), postup při vyhodnocení dotazníku však z uvedené publikace není znám. V uvedeném výzkumu byl použit WURS- 61, při vyhodnocování dat z hlediska symptomatologie ADHD byl využit WURS – 25 (viz tabulka 14).

Tabulka 14 WURS-25 hodnocené symptomy

1. Problémy se soustředěním, snadná rozptýlitelnost.	**14.** Pocity hněvu.
2. Úzkostlivost, starostlivost.	**15.** Bezmyšlenkovité jednání, impulzivnost.
3. Nervozita, neklid.	**16.** Tendence k nezralosti.
4. Nepozornost a zasněnost.	**17.** Pocity viny, lítostivost.
5. Hněvivost, popudlivost – nízký bod varu.	**18.** Ztráta kontroly nad sebou.
6. Povaha výbušná a vzteklá.	**19.** Tendence chovat se nebo být iracionální.
7. Potíže s tím u něčeho zůstat, s vytrvalostí, nezdar s dokončením započatých věcí.	**20.** Neoblíbenost v kolektivu dětí, problém udržet si přátele, neúspěch u jiných dětí.
8. Tvrdohlavost, silná svéhlavost.	**21.** Potíže vidět věci z pohledu druhých.
9. Mrzutost, smutek, deprese a nešťastnost.	**22.** Potíže s autoritami, se školou, s návštěvami institucí.
10. Problém poslouchat rodiče, rebelující.	**23.** Celkově špatný žák, pomalý/ čtenář.
11. Nízké mínění o sobě.	**24.** Potíže s matematikou nebo s čísly.
12. Dráždivost.	**25.** Beze snahy realizovat se.
13. Výkyvy nálad nahoru a dolů.	

Zdroj: Ward et al., (1993)

11.1.2 Sebehodnotící dotazník pro dospělého člověka k diagnostice projevů ADHD v současnosti (ASRS)

Sebehodnotící dotazník (SD) vycházel z ASRS – v 1.1 (AdultSelf-Report Scale)**.** Příloha č. 4 uvádí Sebehodnotící dotazník přetvořený dle ASRS k výzkumným účelům. ASRS patří mezi klinické nástroje ke zjišťování symptomatologie ADHD v dospělosti. Škála zjišťuje míru výskytu symptomů relevantních pro diagnostiku ADHD. Škála obsahuje celkem 18 položek a je rozdělena na část A (6 položek), kterou uvádí tabulka 15 a část B (12 položek). Tyto položky korespondují s kritérii DSM-IV pro ADHD. Bylo zjištěno, že prvních šest položek je nejvíce prediktivní z hlediska příznaků ADHD. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS - v 1.1) byla vyvinuta WHO (WorldHealthOrganization) ve spojení s týmem psychiatrů, odborníků ADHD a výzkumných pracovníků a použita v mnoha studiích (např. Hines, King a Curry, 2012). Sebeposouzení by mělo vycházet z posledních šesti měsíců. Ke každé z otázek náleží škála s bodovým hodnocením od nuly do pěti, respondent vybírá z nabídky nikdy, zřídka, někdy, často, velmi často.

Při vyhodnocení screeningového nástroje je primární posouzení podle části A. Pokud respondent v uvedených položkách dosahuje stanoveného počtu bodů, jsou příznaky vysoce konzistentní s ADHD u dospělých a další vyšetření jsou vysoce oprávněná. V případě hodnocení části B může získané frekvenční skóre poskytnout další podněty a informace o symptomatice ADHD. Pro dvanáct otázek v části B se nevyužívá žádné celkové skóre nebo diagnostická pravděpodobnost (Kessler et al., 2005).

Tabulka 15 Šestibodový screeningový dotazník ASRS – v 1.1 (část A)

1. Jak často se Vám stává, že míváte potíže dokončit úkol (projekt), na kterém právě pracujete, poté co jste již zvládl/a vyřešit jeho problematické části?
2. Jak často míváte potíže s uspořádáním věcí, pokud pracujete na úkolu, který určitou organizovanost vyžaduje?
3. Pokud pracujete na něčem, co vyžaduje hodně přemýšlení, jak často bojujete s tím, abyste s takovou prací vůbec začal/a?
4. Jak často máte problém pamatovat na své schůzky a povinnosti?
5. Jak často se ošíváte nebo vrtíte rukama a nohama, pokud máte delší dobu klidně sedět?
6. Jak často se Vám stává, že se cítíte nadměrně aktivní a máte nutkání něco dělat, jakoby vás cosi pohánělo?

Zdroj: Kessler et al., (2005)

11.1.3 Dotazník pro terapeuty (CTQ)

Dotazník pro terapeuty (příloha č. 1) byl vytvořen podle škály Connersové pro učitele CTQ (ConnersTeacher´sQuestionnaire), kterou popisuje Ptáček (2007). Pro diagnostiku ADHD se CTQ, jako validizovaná škála používá velmi často. Dotazník obsahuje celkem 39 položek; je rozdělen na posouzení chování ve třídě, účasti na činnostech skupiny a postoje k autoritě. Dotazník zjišťuje poruchy chování, nepozornost, tenzi, anxietu a hyperaktivitu (Drtílková et. al., 2007).

Dotazník pro terapeuty, který byl z CTQ vytvořen a použit v uvedené studii zanechal původní členění, položky a škálové hodnocení 39 položkového dotazníku. Změny v použitém dotazníku se týkají obsahové stránky, kdy bylo nutné otázky přizpůsobit prostředí terapeutické komunity. Dotazník byl standardně dělen na tři oblasti, terapeuti hodnotili klienty z hlediska chování v rámci komunitního kolektivu, podílení se na činnostech komunitního společenství a postoji k autoritě. Dotazník pro terapeuty byl navíc rozšířen o 24 položek ke zjištění problémů ve vztahu k léčebnému režimu – terapeuti hodnotili klienty z hlediska dodržování pravidel a komplikací v léčebném režimu. Bodové hodnocení každé položky bylo od nuly do tří, terapeuti měli za úkol volit odpověď vůbec, trochu, značně, velmi značně. Celkový počet škálovaných položek byl 63. Vyhodnocení dotazníku pro terapeuty (CTQ – 39) se neliší od původní škály CTQ.

Podle CTQ byly v dotazníku pro terapeuty zanechány úvodní položky ke slovnímu zhodnocení klienta ve třech oblastech, terapeuti měli popsat problémy, aktivitu, změny v chování a srovnat klienta s ostatními. Pro účely studie byl terapeutický inventář doplněn o tzv. dodatečné údaje, které mapovaly změny v léčbě, farmakoterapii, psychiatrickou péči, drop-out a komplikace v léčbě.

Na škálu WURS a CTQ odkazuje ve své knize Paclt et. al. (2007), který uvádí i patologické hodnoty ve smyslu ADHD bez odkazu k jasnému postupu při vyhodnocení. Z tohoto důvodu bylo u AL a škály WURS – 61 (WURS – 25) k interpretaci hodnot použito zahraničních zdrojů, které potvrzují jeho validitu a reliabilitu (viz dále). U škály CTQ bylo pro orientační zhodnocení klientů ve škále CTQ použito schéma, které uvádí Paclt et. al. (2007) a zohledněna zahraniční literatura (viz dále).

Hodnocené faktory dle CTQ (příloha č. 2):

I. faktor poruchy chování – problémy být přijímán kolektivem, dráždění ostatních klientů, problém zapamatovat si jména klientů, odtažitost v rámci komunitního kolektivu, zapojování se do činnosti a programu, aktivita nad rámec povinností v léčbě, nespolupráce s osobním terapeutem, problém s přijetím členů týmu, nerespektování doporučení od terapeutů, práce s deníkem a osobními úkoly, pozice outsidera, tahoun ve skupině.
II. faktor nezúčastněnost a pasivita – vznětlivost, vyrušování a skákání do řeči, nespokojenost a stížnosti na ostatní klienty, izolace od ostatních a vyhledávání samoty, mimořádné nároky na pozornost.
III. faktor napětí a úzkosti – vysoká náladovost, nepozornost na skupinách, odmítání přijetí některých osob z týmu, vzdorovité chování, nerespekt k rodičům a drzost, navazování interpersonálních vztahů.
IV. faktor hyperaktivity – problém setrvat v klidu a pohyby v sedě, neudržení pozornosti a soustředěnosti na skupinách, neklidnost a nepozornost, nuda při skupinové terapii a myšlenky mimo skupinu, problém vycházet s opačným pohlavím, vzdor při negativní zpětné vazbě.

11.2 Metody zpracování a analýzy dat

Získaná data byla fixována v textové podobě dokumentů (viz výše) vytvořených pro výzkumnou činnost; podle širšího pojetí data managementu a interaktivního modelu tří základních komponent analýzy dat a komponent získávání dat bylo nutné zajistit zobrazení (zachycení) dat pro možnost znovu/vyhledání, uchování a třídění dat (více Huberman & Miles, 1998).

Fixovaná data ze všech dotazníků (textový materiál) byla následně transkribována do elektronické textové podoby a v textovém editoru Excel dělena novým řádkem pro každého z respondentů. Každá terapeutická komunita získala kódové označení písmenem abecedy (A-F), respondentům byl vytvořen anonymní kód z písmene abecedy a číslice (A_1 – F_12). Takto byla zajištěna anonymita a dohledatelnost dat. Na každý řádek byly k danému respondentovi transkribovány odpovědi ze všech dotazníků. Při transkripci bylo nutné zaznamenávat pomocí kódu i nevyplněná pole, nezodpovězené otevřené otázky a zdvojené odpovědi ve škálovém hodnocení.PodleMiovského (2006),

je pojetí významu transkripce závislé na výzkumném tématu. Z toho důvodu byla provedena doslovná transkripce pouze u škálových odpovědí, v případě otevřených otázek byly odpovědi při transkripci redukovány na jádrová sdělení. Jádrové sdělení představovalo výstižnou odpověď na otázku. Systematické i nesystematické vlivy výzkumníka na proces transkripce je, podle Miovského (2006), nutné minimalizovat – v uvedeném případě byla doslovná transkripce škálových odpovědí opakovaně kontrolována pomocí vnějšího auditu; daná osoba kontrolovala zápis v Excelu při čtení původního textu výzkumníkem.

Systematizace dat pro bodové vyhodnocení dotazníků pokračovala v případě škálových položek technikou barvení textu. Technika sloužila k rozlišení hodnocených položek jednotlivých dotazníků relevantních k zjištění symptomatologie ADHD, kdy byl každý z dotazníků odlišen jinou barvou. Technika barvení textu byla využita i v případě dotazníku pro terapeuty, kdy bylo nutno rozlišit čtyři faktory, které se vyhodnocují zvlášť. K systematizaci dat pro kvalitativní analýzu textových částí dotazníku byla použita technika barvení textu a technika kódování dat podle výzkumných otázek a oblastí. Technika kódování dat, jak uvádí Miovský (2006b), může využívat jazyka účastníků výzkumu a z nich pak generovat kategorie či kódy. Tato technika sloužila ke hledání podobností a odlišností mezi definovanými skupinami; jak v případě dat ze sebeposuzovacích nástrojů pro klienty, tak z dotazníku pro terapeuty. Pro přehlednost dat k analýze byla kombinována s technikou barvení textu.

11.2.1 Vyhodnocení sebehodnotících dotazníků a stanovení potencionální diagnózy ADHD

Pro odpověď na výzkumnou otázku, zda se v terapeutické komunitě vyskytují klienti s diagnózou ADHD v dětství, současnosti či v dětství i současnosti, bylo nutné vyhodnotit použité škály**.** Použité dotazníky pro klienty byly vyhodnoceny na základě dostupných a relevantních odborných zdrojů. V případě anamnestického dotazníku, který vycházel ze škály WURS – 61, byla použita průřezová hodnota (patologická orientační ve smyslu ADHD) 46 a vyšší při vyhodnocení 25ti položek (dle WURS – 25)**.** Tato hodnota byla použita v několika zahraničních studiích, je uváděna v manuálu WURS – 25 a odkazují na ni mnohé odborné zdroje (Ward, Wender&Reimherr, 1993; McCann, Scheele, Ward& Roy – Byrne, 2000; Matsumoto et. al., 2005)). V případě výsledného skóre, které souviselo s vysokým počtem nezodpovězených otázek, byli

respondenti označeni jako suspektní. Kromě skóru ve 25ti položkách bylo zjišťováno celkové skóre WURS -61. V České republice na WURS odkazuje Paclt et al. (2007), zdroj však neuvádí způsob vyhodnocení u 61 ani 25ti položkové škály WURS. Hodnoty, které uvádí Paclt ve své knize jako patologické orientační, jsou v porovnání s použitými hodnotami v předkládané studii odlišné. Sebehodnotící dotazník, který vycházel ze škály ASRS- v 1.1 a zjišťoval projevy ADHD v dospělosti,byl vyhodnocen podle manuálu ASRS v 1.1, kterou uvádí (Kessler et. al. 2005). Jako suspektní byli označeni klienti, kteří nedosáhli ve vyznačených polích části A potřebných hodnot (vynechané položky), ale jejichž hodnoty byly ve screeningovém dotazníku vysoké a v části B dosahovali stejných či vyšších hodnot než diagnostikovaní ADHD.

Dotazník pro terapeuty byl vyhodnocen podle čtyř faktorů, které uvádí ve své knize Pacltet. al.(2007). Každý z faktorů byl podle skóre hodnocen samostatně, následně byl proveden součet faktoru hyperaktivity a poruch chování. Tyto dva faktory je, dle Pactla (2007), možno sečíst a vyhodnotit jako jediný faktor. Patologická hodnota orientační ve smyslu ADHD byla použita dle normy, kterou uvádí Paclt et al. (2007) jako vyšší než 20 s odchylkou více a méně pět bodů; v uvedené práci byla hranice 20- ti bodů směrodatná. Klienti se skóry nižšími v udávané odchylce byli označeni jako suspektní. Autor uvádí, že všechny faktory se vyznačují určitým stupněm vzájemné korelace. Při vyhodnocení dotazníku byly zohledněny i některé zahraniční studie, které CTQ použily. Vyhodnocení přetvořené škály CTQ (příloha č. 1 uvádí přetvořenou škálu CTQ na „Dotazník pro terapeuty“) sloužilo k odpovědi na stanovené výzkumné otázky (otázka č. 3, 4 a 5).

11.2.2 Metody analýzy kvalitativních dat

K analýze kvalitativních dat ze sebehodnotících klinických nástrojů pro klienty a z dotazníku pro terapeuty byla využita kombinace deskriptivního přístupu a dílčích postupů analýzy kvalitativních dat (metoda zachycení vzorců, metoda kontrastů a srovnávání, clusterová analýza). Deskriptivní přístup lze považovat za základ analytické práce, který umožní provedení kvalitní interpretace – jak uvádí Miovský (2006b), samotné použití deskripce je příliš ochuzující, a proto byla deskripce kombinována s dalšími analytickými metodami. Deskripce byla provedena až na základě utřídění a klasifikace dat pomocí dílčích postupů analýzy kvalitativních dat.

Metoda zachycení vzorců (dtto metoda zachycení gestaltů) byla využita k zachycení společných vzorců odlišností a podobností u I. základní skupiny (skupina klientů s potenciální diagnózou ADHD) a k odpovědi na výzkumnou otázku jaké existují odlišnosti či podobnosti mezi skupinou klientů s diagnostikovaným ADHD pouze v dětství, skupinou diagnostikovanou v dětství i v dospělosti a diagnostikovaným ADHD pouze v dospělosti. Metoda zachycení vzorců slouží k vyhledání opakujících se vzorců či témat, jejich zaznamenání a ověřování verifikace vytvořeného vzorce (Miovský, 2006b). V prvním kroku byly z výše uvedené skupiny klientů vybírány veškeré opakující se odpovědi, na základě kterých byly vytvořeny hlavní vzorce. Uvedené vzorce byly odlišeny pro každou ze tří podskupin klientů. Do hlavních vzorců byly následně vkládány nově identifikované odpovědi a opakující se struktury vázané na profil stanovené diagnózy. V hlavních vzorcích byly vytvořeny podvzorce, které konceptualizovaly množství informací do přehlednějších skupin. Následně byla využita technika kontrastů a srovnávání, která sloužila k odlišení tří identifikovaných kategorií klientů a popsání jejich odlišností a podobností. Jak uvádí Miovský (2006b), kontrastování je velice důležitá technika využitelná i tam, kde kategorie mají mnoho společného. Důvodem volby metody zachycení vzorců byla možnost zachytit opakující se vzorce odpovědí a jejich následné odlišení při použití metody kontrastů a srovnávání.

Pro odpověď na výzkumnou otázku, zda se u klientů s diagnózou ADHD (dětství/současnost, dětství i současnost) vyskytují ve vyšší míře komplikace v léčbě při srovnání s kontrolní skupinou (bez ADHD) a zjištění vlivu ADHD na zahájení a průběh léčby v terapeutické komunitě, byla použita clusterová analýza (metoda vytváření trsů). Metoda byla použita k analyzování klinického inventáře od terapeutických pracovníků. Jak uvádí Miovský (2006b), metoda vytváření trsů slouží ke konceptualizaci výroků do skupin podle vzájemného překryvu mezi identifikovatelnými kategoriemi. Identifikovatelnou kategorií byl „proces léčby, komplikace a behaviorální projevy klientů v léčbě v terapeutické komunitě“. V prvním kroku byly do výše uvedené kategorie vybírány veškeré odpovědi, které souvisely s procesem léčby, komplikacemi a charakteristikou klientů v terapeutické komunitě. Ze získaných výroků byly za pomocí techniky barvení textu u základních skupin I. a II. vytvářeny primární kategorie, které zahrnovaly subkategorie specifikující odlišná témata. Důvodem volby metody bylo získání obecnějších kategorií a hierarchizace velkého množství dat pro efektivnější kontrastování. Clustrová analýza byla následně kombinována s metodou kontrastů a srovnávání z výše uvedených důvodů.

12 Interpretace výsledků podle výzkumných oblastí

12.1 Výskyt klientů s potencionální diagnózou ADHD v terapeutických komunitách

Analýza dat z dotazníků byla provedena bez použití softwaru k analýze kvalitativních dat (viz výše). Pro zjištění výskytu klientů s potencionální diagnózou ADHD byly vyhodnoceny dva klinické nástroje u každého z klientů (kromě jednoho early drop outklienta, viz dále). Na základě vyhodnocení škálových položek, které vycházejí z nástrojů k diagnostice ADHD, bylo možné klienty rozdělit do dvou základních skupin (I. klienti s diagnózou ADHD, II. klienti bez diagnózy ADHD) a následně I. skupinu rozdělit na 3 podskupiny. Úkolem rozdělení klientů na základě vyhodnocení klinických inventářů byla odpověď na výzkumnou otázku č. 1, zda se vyskytují v terapeutické komunitě klienti s diagnózou ADHD v dětství, v současnosti anebo v dětství i v současnosti?

Celkový počet respondentů byl 76 z celkem 6ti terapeutických komunit v České republice. Z uvedeného počtu nebyla k potencionální diagnóze ADHD splněna kritéria u 33 z nich, což odpovídá 43,4 % klientů. Z uvedeného počtu II. základní skupiny lze jako suspektní označit celkem 2 klienty vzhledem k AL (ADHD dětství). Suspektní klienti z II. skupiny dosahovali vysokých skórů v anamnestickém listu (WURS 25), přičemž výsledný součet 25ti škálového dotazníku zůstával pod průřezovou hodnotou 46 bodů. Důvodem označení „suspektní klient“ bylo kromě vysoké výsledné hodnoty i vyšší množství nevyplněných otázek, které mohly výslednou hodnotu značně ovlivnit. Přehled II. základní skupiny a výsledných skórů v anamnestickém listu (dle WURS) a sebehodnotícím dotazníku (dle ASRS v 1.1) uvádí tabulka 16.

Tabulka 16 Přehled výsledků II. základní skupiny (bez ADHD) dle AL a SD

	Muži	Ženy	Celkem
Počet klientů AL	21	12	33
Skóre AL (WURS -25), rozptyl hodnot	8 – 45	16 – 45	8 – 45
Skóre AL celkové (WURS 61)	27 – 103	43 – 92	27 – 103
Suspektní klienti ADHD dětství/počet	2	0	2
- skóre AL (WURS 25) rozptyl hodnot	44 – 90	-	44 - 90
- počet nevyplněných položek – průměr na 1 suspektního klienta	1	-	1
Počet klientů SD	21	12	33

Skóre SD (ASRS 6 položek), rozptyl hodnot/průměr	5 – 12 8,8	6 – 13 9,8	5 – 13 9,2
Skóre SD celkem (ASRS v 1.1), rozptyl hodnot/průměr	17 – 40 26,2	20 – 47 30,	17 – 47 27,6
Suspektní klienti ADHD dospělost/počet (nevyplněná pole)	0	0	0

Zdroj: Vlastní

Celkový počet klientů s potencionální diagnózou ADHD, kteří tvořili I. základní skupinu byl 43. Z celkového počtu respondentů se jedná o 56,6 % klientů z uvedeného výzkumného souboru. Podle výše popsaných kritérií byla základní skupina rozdělena na tři podskupiny. Podskupinu pouze s diagnózou ADHD v dětství tvořilo 16 klientů; podskupinu s diagnózou pouze v dospělosti tvořilo 6 klientů a podskupinu s diagnózou v dětství i v dospělosti 21 klientů. U I. skupiny s ADHD (podskupina ADHD pouze v dětství) se jako suspektní z hlediska ADHD i v současnosti jeví 7 klientů (vysoké výsledné skóre, absence pouze jediné položky ke splnění kritérií pro ADHD v současnosti). U podskupiny ADHD pouze v dospělosti (suspekce na ADHD i v dětství) byla za suspektního klienta označena jedna osoba (4 nevyplněné položky u WURS 25, skóre 44).

Při hodnocení výsledků z AL (podle WURS 25) bylo při průřezovém skóre 46 a výše detekováno 37 klientů. U uvedeného dotazníku se v daleko vyšší míře vyskytoval problém vynechání a nevyplnění položek (WURS 61), než v případě sebehodnotícího dotazníku (ASRS v 1.1). Celkové skóre v AL (WURS 61) bylo v porovnání se skupinou bez ADHD vysoké. Přehled výsledků vyhodnocení AL uvádí tabulka 17.

Klienti s potencionální diagnózou ADHD v dětství se ve velké míře překrývali s diagnózou ADHD v dospělém věku. Pozitivní diagnóza ADHD v dětství dle AL korelovala s diagnózou ADHD i v současnosti/dospělost u 21 klientů. 16 klientů, kteří dosahovali skóre 46 a vyššího, nenaplnili kritéria ke stanovení potencionální diagnózy ADHD v dospělosti. U těchto respondentů byly pozorovány v SD (ASRS v 1.1 – část B) daleko vyšší a častější doprovodné symptomy zkoumané diagnózy.

Při vyhodnocení výsledků ze sebehodnotícího dotazníku (SD) podle ASRS v 1.1 bylo na základě šestibodového screeningového dotazníku identifikováno 27 klientů. V části A klienti vykazovali závažnější symptomatologii, než II. základní skupina bez ADHD; uvedené symptomy v části A popisovali s vysokou frekvencí výskytu. V části B

byly doprovodné symptomy zaznamenány s vyšší frekvencí výskytu a tedy i s vyšším skóre, než u většiny klientů II. základní skupiny (vyjma suspektních). Ačkoliv původní dotazník ASRS v 1.1 nevyužívá žádné celkové skóre 18- ti položkového dotazníku, tabulka 18 uvádí přehled výsledků vyhodnocení SD a i celkové hodnoty použitého nástroje u klientů s diagnózou ADHD v dospělosti. Tabulka s výslednými skóry je ve smyslu ADHD orientační, při interpretaci výsledků a stanovení potencionální diagnózy není výsledné skóre směrodatné. Komplexní přehled složení výzkumného souboru a výsledků diagnostického rozboru uvádí tabulka 19.

Tabulka 17 Přehled výsledků AL u I. základní skupiny (podskupina ADHD dětství)

	Muži	**Ženy**	**Celkem**
I. základní skupina s ADHD/ počet	28	15	43
- z toho ADHD v dětství /počet	24	13	37
Skóre AL (WURS 25) rozptyl	46 – 92	47 – 96	46 – 96
Skóre AL (WURS 25) průměr	60,04	62,33	60,81
Počet - suspektní klienti k ADHD v dětství	1	0	1
Skóre AL (WURS 61) rozptyl	94 – 195	96 - 156	94 – 195
Skóre AL (WURS 61) průměr	117,87	116,92	117,55

Zdroj: Vlastní

Tabulka 18 Přehled výsledků SD u I. základní skupiny (podskupina ADHD současnost)

	Muži	**Ženy**	**Celkem**
I. základní skupina s ADHD/ počet	28	15	43
- z toho ADHD v současnosti/dospělost	16	11	27
Skóre SD (ASRS 6 položek screening) rozptyl	11 – 20	12 – 18	11 – 20
Skóre SD (ASRS 6 položek screening) průměrná hodnota	15,06	15,	15,04
Skóre SD (ASRS v 1.1; 18 položek) rozptyl hodnot	31 – 60	28 – 56	28 – 60
Skóre SD (ASRS v 1.1.; 18 položek) průměr	42,4	41,5	42,04
Počet - suspektní klienti vzhledem k diagnóze ADHD v dospělosti	5	2	7

Zdroj: Vlastní

Tabulka 19 Přehled diagnostického zhodnocení výzkumného souboru

	I. základní skupina s ADHD			II. základní skupina bez ADHD
Podskupina	**ADHD pouze v dětství**	**ADHD pouze v současnosti**	**ADHD v dětství i současnosti**	
Muži	12	4	12	21
Ženy	4*	2	9	12
Celkem	16*	6	21	33
Celkem základní skupina	**43**			**33**

* žena ADHD hodnocena pouze na základě AL (WURS - 61/ WURS – 25)
Zdroj: Vlastní

Na základě výsledků uvedených klinických škál bylo zjištěno, že se v terapeutických komunitách vyskytují klienti s diagnózou ADHD. Výskyt klientů s diagnózou ADHD u výzkumného souboru převyšuje počet klientů bez uvedené diagnózy. Prevalence klientů v šesti terapeutických komunitách představuje 56,6 %. Uvedená zjištění poukazují i na dva suspektní klienty ze II. základní skupiny bez ADHD. Slovní spojení „diagnóza ADHD“ je v uvedeném výzkumu používáno pouze na základě splnění kritérií pro ADHD ze škál.

12.2 Charakteristika klientů s potencionální diagnózou ADHD

Na základě rozdělení I. základní skupiny na tři podskupiny byla zkoumána odpověď na výzkumnou otázku č. 2: Jaké existují odlišnosti či podobnosti mezi skupinou klientů s diagnostikovaným ADHD pouze v dětství, skupinou diagnostikovanou v dětství i v dospělosti a diagnostikovaným ADHD pouze v dospělosti?

K uvedeným zjištěním byly posuzovány výsledky z klinických nástrojů a kvalitativní obsah použitých inventářů, byla použita metoda zachycení vzorců (identifikace shodných a opakujících se charakteristik) a metoda kontrastů a srovnávání (porovnání zachycených vzorců). AL a SD sledovaly kromě hyperkinetické symptomatologie i základní sociodemografické, anamnestické a zdravotní informace.

12.2.1 Charakteristika klientů I. základní skupiny podle anamnestických informací

U všech klientů byly na základě AL a SD zjišťovány informace relevantní k získání základních informací. Byly identifikovány společné sledované opakující se vzorce a) věk a stav, b) pohlaví, c) vzdělání (dokončené i nedokončené), d) školní problémy, e) opakování ročníků, f) zaměstnání a g) evidence na úřadě práce (ÚP) a h) bydlení. Z důležitých adiktologických informací se jednalo o anamnestické zjištění i) hlavní užívané návykové látky, j) věk první zkušenosti s návykovou látkou, k) počet měsíců užívání a l) převažující způsob aplikace. Byly sledovány i m) důsledky související s užíváním návykové látky – finanční problémy, právní problémy, zdravotní problémy a psychické problémy. AL byl doplněn o otázky, které mapovaly n) dětství klientů – oblast psychiatrické péče pro poruchy chování, učení či nálady; oblast medikace psychofarmaky, pobyt v psychiatrické léčebně či psychiatrickém oddělení, pobyt v diagnostickém či výchovném ústavu, vyšetření psychologem pro poruchy chování, učení či nálady a oblast péče logopeda z důvodu poruch řeči a výslovnosti.

Ad a) a b) I. základní skupinu s ADHD o počtu 43 osob tvořilo 14 žen a 28 mužů, 31 klientů uvádělo stav svobodný, jeden muž stav ženatý. Věkový rozptyl dané skupiny představuje věk 15 – 41, věkový průměr celé skupiny byl 26,4 let. Celkem osmnáct klientů dosáhlo nad věk třiceti let. Nejmladší klient byla žena (skupina ADHD dětství i současnost), do věku 20- ti let, skupinu zastupovali tři klienti.

Ad c) Nejvyšší dokončené vzdělání bylo základní u 20-ti respondentů, střední odborné dokončené uvedlo 11 a středoškolské uvedlo12 respondentů. Vzhledem ke sledovaným podskupinám a početnímu zastoupení osob nebyly zjištěny významné odlišnosti. Nedokončené vzdělání uvedlo 18 klientů, nejčastěji se jednalo o nedokončení střední školy a středního odborného učiliště; jeden respondent uvedl nedokončené vysokoškolské vzdělání.

Ad d) Školní problémy uvedla převážná část klientů I. základní skupiny (vyjma třech klientů). Mezi uvedenými komplikacemi ve škole se objevovaly problémy v chování – klienti popisovali nízkou sebekázeň, drzost, vyrušování, nepozornost při hodinách, potíže se soustředěním se, časté zapomínání, snížené známky z chování, agresi. Často se opakovaly problémy záškoláctví, vysokých absencí v hodinách, nechuť k učení, abúzus drog a s autoritami. V souvislosti se školními obtížemi byla popisována problematika v oblasti čtení, psaní, počítání

a kázeňské problémy v souvislosti s obtížemi v kolektivu. Nemalá část klientů uvedla, že šikanovala anebo, že byla šikanována. Hyperaktivitu často klienti spojovali s agresí. V jednom z případů se objevila trestná činnost. Opakování ročníků, vyloučení ze školy, klienti jako školní problémy neuváděli.

Ad e) Nejčastěji ukončovali respondenti školu v prvním a třetím ročníku, opakování ročníku uváděli pouze klienti z podskupiny ADHD v dětství (průměrně 1,4x u 5 -ti klientů) a jeden z klientů TK s diagnózou ADHD dětství i dospělost.

Ad f) Zkušenost s legálním zaměstnáním uvedlo 34 klientů, průměrná délka práce činila 37,7 měsíců. Nejméně zkušeností s legálním zaměstnáním uvedli klienti z podskupiny ADHD v dětství, absence nezkušenosti s legální prací byla zjištěna u podskupiny ADHD v dospělosti. Jako zaměstnaný/á se označilo 12 respondentů, 3 respondenti uvedli status studenta, 2 ženy mateřskou dovolenou a jeden invalidní důchod.

Ad g) Na úřadě práce bylo evidováno v době pobytu v terapeutické komunitě 25 klientů; zkušenost s evidencí na úřadě práce má z celého souboru 38 respondentů v průměrné délce 27,2 měsíce.

Ad h) Bydlení před nástupem do komunity uváděli respondenti, jako nejisté (toxi byty, byty u kamarádů a známých, ulice, squaty, automobil, ubytovny) ve 26 případech; 9 uvedlo bydlení u rodiny či partnerů, 4 předchozí léčbu v psychiatrické léčebně, jeden klient výkon trestu odnětí svobody a jeden diagnostický ústav. Ženy z uvedené skupiny v oblasti bydlení vykazovaly daleko více „jisté“ bydlení (doma, partner, rodina), než muži; u žen se ani v jedné podkategorii nevyskytla ulice a squat.

Ad i) Nejčastěji uváděná jako hlavní užívaná droga byl pervitin u 29 klientů; u pěti klientů z I. základní skupiny se pervitin vyskytoval v kombinaci s jinými návykovými látkami. Jednalo se o kombinace pervitinu s opiáty, heroinem, benzodiazepiny, konopnými drogami, alkoholem a Subutexem. Klienti i terapeuti v těchto případech uváděli dvě až čtyři současně užívané návykové látky. Heroin uvedli jako hlavní drogu 4 klienti; kokain, opiáty, alkohol vždy 1 klient. Jeden respondent uvedl jako hlavní drogu heroin v kombinaci s opiáty a farmaky. Jeden z klientů není hodnocen (nedostatek informací – viz výše). U podskupiny ADHD v dětství i v dospělosti se pervitin vyskytoval u všech

klientů (vyjma 1 klienta - opiáty); nejčastěji bez kombinace s jinými návykovými látkami. Ženy uváděly užívání tlumivých návykových látek, či jejich kombinace, daleko méně než muži.

Ad j) Věk prvního užití jakékoliv ilegální návykové látkyse pohyboval od 11- ti do 27 let. Do věku 15- ti let užilo poprvé návykovou látku 22 klientů, do věku 20- ti let 12 klientů. Nejnižší průměrný věk užití návykové látky byl v podskupině ADHD v dětství i v současnosti.

Ad k) Počet měsíců užívání se v celé skupině pohyboval od 5ti do 240ti. Nejvíce klientů uvádělo užívání v délce vyšší než 120 měsíců, nad 200 měsíců užívalo návykové látky 5 klientů. Velmi vysoký počet v měsících užívání návykové látky vykazovala podskupina s ADHD v dospělosti a v dětství i dospělosti/ současnosti.

Ad l) Převažující způsob aplikace návykové látky byl intravenózní (31 klientů), užívání intranasální (sniff) uvedlo 8 klientů, jeden klient uvedl aplikaci per os (pití). Ženy v porovnání s muži vykazovaly méně rizikovou aplikaci látky (sniff).

Ad m) Problémy v právní oblasti uvedlo deset dotazovaných, nejčastěji se jednalo o podmíněné upuštění od potrestání v souvislosti s primární drogovou kriminalitou, trest veřejně prospěšných prací, soudní spory pro finanční a úvěrové podvody a zanedbání alimentační povinnosti. Stávající trestní stíhání nebylo uvedeno. I. základní skupina v porovnání se II. skupinou vykazuje (vzhledem k počtu osob) méně právních problémů a méně závažné právní problémy. U II. podskupiny se objevovalo současné trestní stíhání, riziko nepodmíněného trestu odnětí svobody a trestní stíhání za nedovolenou výrobu OPL.

Finanční problémy uvádělo 32 klientů, nejčastější problémy byly dluhy v důsledku nesplácení nebankovních půjček, dluhy na pojistném, dluhy za pokuty – městská hromadná doprava, městská policie, dluhy u rodinných příslušníků, dluhy u telefonních společností a dluhy v důsledku neplnění alimentační povinnosti (souvislost s právními problémy). Dlužnou částku uváděli v odpovědích pouze respondenti z II. skupiny – nejvyšší dluh činil 800. tisíc, nejnižší uváděný 50. tisíc. Nejčastěji obě dvě skupiny uváděly dluhy u rodinných příslušníků. Při srovnání obou skupin je patrné, že finanční

problémy jsou závažnou oblastí vzniklou v důsledku abúzu návykových látek. Ani jedna ze skupin či podskupin nevykazuje významné odlišnosti (vyjma popisu dlužných částek); obě skupiny se shodují v míře a frekvenci výskytu finanční problematiky.

Zdravotní oblast a problémy v ní hodnotilo jako nevyhovující celkem 23 klientů s ADHD. Mezi závažné zdravotní komplikace patřila hepatitida typu C v šesti případech; dále hepatitida typu B, epilepsie, DM I. stupně, nefunkční ledvina, amputace horní končetiny (vždy u jednoho klienta). Závažné infekční nemoci se vyskytovaly v převaze v podskupině ADHD dětství i současnost. Nejčastější zdravotní komplikací u sledované skupiny byla alergie, astmabronchiale a bolesti (chronické bolesti zad, kloubů); často se objevovaly zažívací problémy – zejména bolesti žaludku, dyspepsie a také cévní problémy. V porovnání s II. základní skupinou se u I. skupiny vyskytovaly zdravotní problémy daleko častěji. Klienti II. skupiny uvedli problémy se zdravím v 17- ti případech; závažné zdravotní komplikace se vyskytly u šesti klientů (2x hepatitis C, 1x Syfilis, dysfunkce štítné žlázy, chronické bolesti kyčelních kloubů, chronické gynekologické problémy). Mezi méně závažné komplikace u II. skupiny patřily alergie, pruritus, dentální problémy a akutní bolesti. V I. skupině lze detekovat daleko závažnější zdravotní komplikace, které mohou souviset s délkou abúzu návykových látek a neuropsychickou problematikou.

Oblast psychických problémů hodnotilo z I. základní skupiny pozitivně 31 respondentů. Nejčastěji uváděným problémem v oblasti duševního zdraví a pohody byly deprese a úzkosti společně s poruchami nálad (střídání sklíčenosti, introverze, melancholického ladění a extroverze až mánie). Opakujícím vzorcem v psychických problémech byly poruchy řeči, problémy s vyjadřováním se, koktavost a s tím spojené pocity úzkosti, sebedevalvace, potřeba samoty a nízkého sebevědomí. U čtvrtiny klientů se objevila jako negativně hodnocený psychický jev agrese, suicidiální sklony a myšlenky (ev. pokusy). Jeden z klientů uváděl dysthimii ve spojitosti s depresí. Méně častěji jmenovaným problémem z oblasti psychických komplikací byla hyperaktivita, nervozita, stresové prožívání a nízká frustrační tolerance. V této oblasti jako problém hodnotila značná část respondentů toxickou psychózu a závislost na návykové látce. V uvedené oblasti byly zaznamenány poruchy příjmu potravy a bipolární afektivní porucha u pěti žen (3x PPP, 2x BAP – výrazně v podskupině ADHD dětství i současnost). Při porovnání jednotlivých podskupin s ADHD z hlediska psychických problémů nebyly zjištěny závažné rozdíly. Při srovnání I. základní skupiny s ADHD

a II. základní skupiny bez ADHD lze konstatovat, že závažné psychické komplikace se daleko častěji objevují v I. skupině, II. skupina vykazuje méně závažných psychických komplikací (převládá komplikace závislost, toxická psychóza).

Ad n) Celkem sedm klientů s potencionální diagnózou ADHD uvedlo, že jde o opakovanou léčbu v terapeutické komunitě. 29 klientů z této skupiny uvedlo obdobnou léčbu pro problémy s užíváním návykových látek (12 z podskupiny ADHD v dětství, 4 z podskupiny ADHD v dospělosti, 13 z podskupiny ADHD v dětství i v dospělosti). Průměrný počet obdobných léčeb na jednoho klienta činil 3,2; průměrný počet dokončených léčeb na jednoho klienta 0,9. Celkem tedy z 92 léčebných intervencí pro 29 klientů jich nebylo dokončeno 64. U podskupiny ADHD v dětství byl počet úspěšných (dokončených) léčeb daleko vyšší než v porovnání se zbylými podskupinami. Podskupina ADHD v dospělosti vykazovala nejnižší počet dokončených léčeb (1 dokončená z 13). U podskupiny ADHD v dětství a v dospělosti se vyskytovaly výrazně vysoké hodnoty počtu léčebných pokusů u mužů (nejvyšší počet 16 léčeb/2 dokončené).

V péči psychiatra pro poruchy chování a nálady bylo v dětství 14 klientů z I. základní skupiny (4 klienti z II. skupiny); dva klienti z podskupiny ADHD v dětství ve slovních odpovědích uvedli LMD (diagnostiku), u obou skupin se objevovaly poruchy učení (popisně – lenost, nechuť, odpor), dyslexie, dysgrafie a dyskalkulie. Užívání psychofarmak uvedlo 8 klientů z I. skupiny s ADHD (1 klient z II. skupiny), zejména podskupina ADHD v dětství a dětství i současnost. Pobyt v psychiatrické léčebně či na lůžkovém psychiatrickém oddělení v dětství uvedlo 8 klientů z I. skupiny (0 podskupina ADHD dospělost) a 1 klient z II. skupiny. Pobyt v diagnostickém či výchovném ústavu popisovali klienti pouze z podskupiny ADHD v dětství a ADHD dětství i současnost (7 klientů celkem), z II. skupiny pobyt uvedl jeden klient. Vyšetření psychologem pro poruchy chování, učení či nálady uvedlo 20 klientů z I. skupiny s ADHD v převaze podskupina ADHD v dětství a dětství i dospělost. Nejčastější slovní doplnění zahrnovala kategorii chování (agrese) a potíže ve školní oblasti (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie). Z II. skupiny uvedlo vyšetření 10 klientů (dtto stejné slovní kategorie). Kategorie péče logopeda v dětství byla u obou skupin téměř vyrovnaná, (12/10).

12.2.2 Charakteristika klientů I. základní skupiny podle výsledků klinických nástrojů

Podskupinu klientů s ADHD pouze v dětství tvořilo 17 klientů, z uvedeného počtu čtyři ženy. Jeden respondent (žena) není hodnocen podle zbylých nástrojů (SD, dotazník pro terapeuty) z důvodu early drop out. Podskupinu charakterizuje ve většině případů (13) zisk skóre v AL nad 50 bodů (WURS 25); vysokých hodnot dosahovali zejména muži. Nad 60 bodů skóre byli hodnoceni 4 klienti. Nejvyšší hodnoty ze 100 možných bodů dosáhla žena (96). Celkové skóre u uvedené skupiny v AL (WURS 61) přesahovalo s výjimkou třech klientů 100 bodů. Počet klientů, kteří opakovaně v AL nevyplnili škálové odpovědi, byl v porovnání s podskupinou ADHD dětství i současnost velmi nízký. Výsledné skóry v SD u uvedené skupiny nejsou významně odlišné od podskupiny s diagnózou ADHD v dospělosti. Počet bodů v SD (ASRS, 6 položek) přesahuje 10 u většiny klientů, celkové skóre (ASRS v 1.1) se pohybuje nad 30 bodů (vyjma pěti klientů). Jedna nevyplněná položka v SD u sledované skupiny neovlivňuje výsledné zjištění. Podle SD podskupinu s diagnózou ADHD pouze v dětství charakterizuje jako skupinu s ADHD v dospělosti výskyt obdobných problémů (četnost a závažnost) z hlediska hodnocení současného stavu.

Podskupina klientů s ADHD pouze v dospělosti byla nejméně početní; podskupinu tvořilo šest klientů, z toho dvě ženy. Podskupinu charakterizuje přesah nad 10 bodů v SD (ASRS 6 položek) a celkové skóre v SD nad 30 u pěti klientů (ASRS v 1.1). Vyšší hodnoty byly častější u mužů, nejvyšší skóre z celkového SD získala žena. U podskupiny s ADHD v současnosti nebyli zaznamenány žádné vynechané odpovědi v případě SD. V porovnání s ostatními klienty I. základní skupiny se v SD (ASRS v 1.1, část B) vyskytovaly symptomy s častější frekvencí a hodnocením často a vždy. V případě AL se vynechané odpovědi vyskytovaly u většiny klientů, jako suspektní byl označen jeden klient – při celkovém skóre 44, čtyřech vynechaných položkách (průřezové skóre 46 ve 25- ti položkách WURS, možné ovlivnění diagnostiky - ADHD v dětství). Výsledné skóre v AL je, vyjma uvedeného suspektního klienta, pod hranicí 37 bodů s absencí vynechaných položek.

Podskupinu klientů s ADHD v dětství i současnosti zastupovalo 19 klientů, z toho osm žen. Jednalo se o nejvíce početnou podskupinu, kterou v deseti případech charakterizoval přesah skóre v AL (WURS 25) nad 60 bodů; nejvyšší skóre bylo 92 a nejnižší 46. Celkové skóre v AL (WURS 61) se s výjimkou dvou respondentů pohybovalo nad 100 bodů; nejvyšší hodnota byla 195, nejnižší 96. Muži dosahovali

vyšších hodnot než ženy. V porovnání s podskupinou s ADHD v dětství byly naměřené hodnoty v AL vyšší. Počet nevyplněných položek byl zaznamenán u čtyř klientů s vyšším skóre (WURS 25 - nad 50), převažovalo opakované vynechání odpovědi. Uvedení respondenti dosahovali vyšších hodnot v SD (ASRS v 1.1) v porovnání s ostatními klienty. V SD (ASRS 6 položek) převyšovalo skóre celé skupiny 12 bodů, celkové skóre (ASRS v 1.1) ve většině případů přesahovalo 40 bodů. Uvedená podskupina v porovnání s podskupinou ADHD pouze v dospělosti měla v SD daleko vyšší hodnoty a tedy i častější výskyt sledované symptomatologie ADHD v současnosti. Výsledné vyšší hodnoty z AL korelovaly s vyššími hodnotami v SD.

Tabulka 20 uvádí počet osob u jednotlivých skupin podle otázek v SD (ASRS v 1.1), které ve svých odpovědích zasahovaly oblasti významné z hlediska hodnocení symptomatologie ADHD v dospělosti. I. základní skupina s ADHD je charakterizována častějším výskytem osob, které hodnotily sledované projevy jako závažné a byly postačující ke stanovení potencionální diagnózy ADHD v 43 případech. U II. základní skupiny byl počet osob, které projevy hodnotily jako závažné (někdy, často, vždy) nízký a nedostačující k potvrzení diagnózy ADHD. U jedné osoby bez ADHD se uvedené odpovědi v prvních šesti otázkách vyskytovaly maximálně 2x, nejčastěji jednou či vůbec (vyjma třech klientů - 3 odpovědi, z toho jeden suspektní pro ADHD v dětství i dospělosti). Ve sledovaných polích se v případě I. skupiny vyskytovala odpověď často a velmi často nejvíce u podskupiny ADHD v dětství i současnosti. U této podskupiny byla závažnost symptomatologie v porovnání s ostatními podskupinami daleko vyšší, vysokého počtu bodů dosahovali respondenti zejména v otázce č. 7, 8 a dále v 1, 2, 3,5,11, 13, 14 a 17.

Při sledování rozložení odpovědí v dotazníku je patrné, že I. základní skupina dosahovala vyšších hodnot a velkého počtu pozitivních odpovědí jednotlivých osob i v části B, kde II. základní skupina měla zastoupení velmi nízké. Část B je důležité sledovat z hlediska získání podrobnějších informací o symptomech, frekvenční skóre může přinést další podněty. Jak bylo popsáno výše, žádné frekvenční skóre pro část B se nevyužívá; jako screening pro stanovení diagnózy je nejvíce prediktivních prvních šest otázek. Při vyhodnocení frekvenčního skóre části B u I. základní skupiny jsou výsledné hodnoty výrazně nejvyšší u podskupiny s ADHD v dětství i současnosti (průměrná hodnota pro uvedenou skupinu 29,0); podskupina s ADHD pouze

v současnosti vykazuje průměrné skóre 21,3 a podskupina s ADHD pouze v dětství 20,7. U II. základní skupiny bez ADHD je průměrná hodnota 18,1 v části B.

Tabulka 20 Počet výskytu sledovaných hodnot v SD (často, vždy) podle základních skupin

Základní skupiny	**I. s ADHD**				**II. bez ADHD**
Podskupiny	**ADHD dětství**	**ADHD současnost**	**ADHD dětství i současnost**	**Celkem ADHD**	**-**
Počet klientů skupiny /					
- počet osob s odpovědí někdy, často, vždy	16/	6/	21/	**43/**	**33/**
1. Potíže s dokončením úkolů.	9	6	18	**33**	**17**
2. Problémy s organizovaností.	5	4	16	**25**	**8**
3. Problém s iniciací obtížného úkolu.	9	6	17	**32**	**18**
4. Četnost výskytu zapomínání.	2	2	6	**10**	**2**
5. Četnost problémů – neklid v sedě.	7	4	16	**27**	**8**
6. Četnost problémů s nadměrnou aktivitou.	6	4	10	**20**	**5**
7. Četnost výskytu chyb.	4	2	13	**19**	**4**
8. Problémy se soustředěním	6	4	16	**26**	**8**
9. Problémy s vnímáním sdělovaného obsahu.	10	3	14	**27**	**8**
10. Problém s nalézáním věcí.	1	2	6	**9**	**2**
11. Četnost výskytu poruch pozornosti.	7	4	13	**24**	**13**
12. Problémy se setrváním na místě.	1	1	9	**11**	**2**
13. Četnost výskytu a pocitů neklidu.	7	2	12	**21**	**6**
14. Problémy s „uměním“ odpočinku.	6	2	7	**15**	**5**
15. Obtíže v komunikaci – nadměrné mluvení a sdělování.	1	2	7	**10**	**6**
16. Problém skákání do řeči, dokončování vět za ostatní.	8	1	16	**25**	**16**
17. Problém vystát řadu podle pořadí.	3	1	10	**14**	**9**
18. Četnost vyrušování ostatních při práci.	9	2	16	**27**	**13**

Zdroj: Vlastní

Při vyhodnocování AL (WURS 25) dosahovala I. základní skupina s ADHD velkého počtu osob, které dané symptomy hodnotily jako závažné. Ve 14ti z 25ti položek volilo průměrně 25 klientů s ADHD odpověď docela ano a velmi mnoho (skupina bez ADHD průměrně 6 klientů na jednu položku). Při srovnání jednotlivých podskupin s ADHD z hlediska závažnosti volených odpovědí je patrné, že podskupina s ADHD v dětství a současnosti dosahuje výrazně vyšších hodnot (bodové hodnocení 3, 4) a většího počtu osob (odpověď docela ano a velmi mnoho) na jednu otázku. U této podskupiny v porovnání s podskupinou ADHD v dětství se vyskytly otázky, které klienti hodnotili jako velmi mnoho (převažovalo maximální skóre) – jednalo se o otázky na hodnocení dětství, které zahrnovaly zhodnocení stavů smutku, mrzutosti, depresí; zhodnocení neopatrnosti a odvážlivosti, zhodnocení vyhazování osobních věcí a nespokojenosti se životem; otázka na výkyvy nálad a na pocity viny a lítostivost. U této podskupiny se vyskytla pouze jedna otázka, kde odpověď docela ano a velmi mnoho zvolil malý počet klientů (2), jednalo se o zhodnocení sebe sama ve vztahu k výkonu ve škole (byl jsem špatný žák/žákyně a celkově pomalý čtenář/ka). Podskupina s ADHD pouze v dětství hodnotila jako velmi mnoho v hojném počtu klientů jiné oblasti – jednalo se o hodnocení výbušnosti a vzteklosti; hodnocení hněvivosti a popudlivosti (nízký bod varu) a shodně hodnocení pocitů viny a lítostivosti. Podskupina s ADHD pouze v dospělosti dosahovala v celkovém počtu 6ti osob ve skupině odpovědi docela ano a velmi mnoho jen výjimečně (na 1 z 25ti otázek připadala tato odpověď průměrně na 0,9 klienta). Skupina bez ADHD v porovnání s ADHD skupinou ve sledovaných 25ti otázkách volila odpovědi docela ano a velmi mnoho v nízkém počtu osob na jednu otázku; u otázek, které ve velkém počtu hodnotili pozitivně ADHD klienti, byl patrný i vyšší výskyt odpovědí (velmi mnoho a docela ano) u skupiny bez diagnózy.

V AL (WURS 61) byla sledována oblast zdravotních problémů v dětství. Obecně I. základní skupina s ADHD dosahovala v sebehodnocení zdravotních problémů vyšších hodnot a častějšího výskytu sledovaných problémů. U podskupiny s ADHD v dětství a současnosti byly zdravotní problémy daleko častější než u ostatních podskupin a dokonce i porovnání s I. základní skupinou (otázky č. 44, 45, 47, 48, 49) klienti uváděli častější či závažnější potíže. Bolesti hlavy v dětství popisovali častěji klienti s ADHD, ve skupině bez ADHD byla shoda v míře závažnosti odpovědí a počtu klientů ke skupině s ADHD (docela ano, velmi mnoho). Bolesti žaludku uvádělo 27 ze 43

klientů I. skupiny s ADHD a 14 klientů (n= 33) ze II. skupiny. Obstipaci a diareu v dětství hodnotila I. skupina (vyjma jedné odpovědi docela ano) odpovědí mírně či středně, uvedené problémy popsalo 36 klientů; mírně a středně hodnotilo 19 klientů z II. skupiny bez ADHD (docela ano dva klienti). Nejméně zdravotních problémů uvedly obě skupiny v oblasti potravních alergií, ty se vyskytovaly u šesti klientů z I. a u dvou z II. základní skupiny. Jiné alergie uvedlo celkem 28 klientů, z toho 18 klientů z I. skupiny s ADHD, kde převažovala odpověď docela ano a velmi časté. Noční pomočování se vyskytovalo celkem u 19ti klientů, z toho bylo 12 z I. skupiny s ADHD (nejvíce podskupina ADHD dětství a dospělost), kde sedm klientů uvedlo odpověď velmi často; u II. skupiny bez ADHD se tato odpověď nevyskytla – převažovala odpověď mírně.

Další identifikovanou oblastí v AL byla oblast školních potíží zahrnující sebehodnocení ve vztahu k výkonu a specifickým problémům. Ve většině sledovaných oblastí dosahovala I. skupina vyššího počtu osob s odpovědí docela ano a velmi mnoho. Závažné problémy u II. skupiny se vyskytovaly při hodnocení výslovnosti, matematických dovedností (problémy s čísly) a hodnocení oblíbenosti čtení. Tyto výsledky korelují s obdobně stejnými hodnotami v I. skupině a nejsou významné z hlediska vyšších komplikací u dané skupiny. Při sledování hodnocení sebe samého jako žáka/žákyně, obě dvě základní skupiny shodně uváděly v převaze kladné hodnocení (byl/byla jsem celkově dobrý/á žák/žákyně), negativní hodnocení ve smyslu docela ano či velmi mnoho bylo u obou skupin nízké. U I. základní skupiny ve srovnání s II. převažovalo hodnocení sebe sama jako špatného žáka v odpovědích mírně či středně; sedm klientů z I. skupiny se ohodnotilo docela ano či velmi mnoho špatným žákem, z II. skupiny jeden klient. Problémy se čtením (pomalé učení se čtení) uvedlo 25 klientů z I. skupiny s ADHD, přičemž počet odpovědí docela ano a velmi mnoho uvedlo šest klientů. Z II. skupiny problémy uvedlo 12 osob (převládala odpověď mírně). Za pomalého čtenáře se označilo 20 klientů první skupiny (převládala odpověď středně) a 13 klientů II. skupiny (odpověď mírně). Potíže při čtení ve smyslu čtení převrácených písmen uvedlo 20 klientů z první podskupiny a devět z II, problémy z hlediska závažnosti nebyly ani u jedné skupiny výrazně vyšší. Problémy v oblasti matematických dovedností a s čísly byly z hlediska závažnosti (docela ano a velmi mnoho) hodnoceny výrazněji I. skupinou, zejména podskupinou s ADHD v dětství a v dospělosti. Oblast problémů v důsledku špatného psaní rukou hodnotila nejčastěji podskupina ADHD

v dětství. Podobné výsledky u obou hlavních skupin se objevily u hodnocení oblíbenosti čtení, většina klientů uvedla neoblíbenost čtení v dětství. Podskupina ADHD v dětství hodnotila nejčastěji, vzhledem k ostatním podskupinám, neoblíbenost čtení.

12.2.3 Resumé odlišností a podobností klientů I. základní skupiny s ADHD

I. základní skupinu s ADHD charakterizovalo převládající věkové složení 20 až 30 let; většina klientů je svobodných s převládajícím dokončeným základním vzděláním. Nedokončené vzdělání bylo vzhledem k početnímu zastoupení osob jednotlivých podskupin vyrovnané, o něco častěji se vyskytovalo v podskupině s ADHD dětství i dospělost. Opakování ročníků uváděla podskupina ADHD v dětství. Zkušenost s legálním zaměstnáním vykazovali ve stejné míře klienti podskupiny ADHD v dětství a ADHD dětství i dospělost (více vzhledem k počtu osob podskupiny). Podskupina ADHD pouze v současnosti neuváděla žádnou zkušenost s legální prací. Stav zaměstnaný, student, rodičovská dovolená, invalidní důchod se objevoval u všech sledovaných podskupin bez výrazných odlišností a podobností. Evidenci na úřadě práce (během života) uváděli ve většině všichni klienti I. základní skupiny s ADHD, vyšší míru komplikací (bez evidence) vykazovali klienti podskupiny s ADHD v dětství a dospělosti. V oblasti bydlení nebyly zjištěny významné odlišnosti u sledovaných podskupin, nejisté bydlení (potencionální riziko bezdomovectví) popisovala většina klientů (viz bod 6.2.1). Ženy z uvedené skupiny vykazovaly daleko více jisté formy bydlení než muži. U uvedené I. základní skupiny převládala jako hlavní užívaná návyková látka pervitin. Heroin se objevil v malé míře napříč podskupinami. Polymorfní užívání či kombinace různých skupin návykových látek se vyskytla zejména v podskupině ADHD dětství a současnost (nejčastěji jde o kombinování pervitinu). Podskupinu ADHD v dětství zastupovali (vyjma jednoho) klienti, kteří uvádí jako hlavní drogu pervitin. Ženy ze sledované I. základní skupiny vykazovaly méně rizikovou formu aplikace návykové látky. Převažující způsob aplikace byl intravenózní u všech sledovaných podskupin. I. základní skupinu charakterizovalo první užití návykové látky do věku 15ti let ve většině případů; nejnižší a nejvyšší věk prvního užití se vyskytuje u podskupiny ADHD dětství i současnost. U celé I. základní skupiny se vyskytoval vysoký celkový počet (měsíců) užívání návykové látky, převládal úzus nad 120. Velmi vysoké počty abúzu (nad 200) vykazovali klienti z podskupiny ADHD dětství i současnost a ADHD pouze současnost. U podskupiny ADHD pouze v dětství byl počet měsíců abúzu daleko nižší. V právní oblasti nebyly zjištěny závažné odlišnosti

a podobnosti; v porovnání s II. základní skupinou je I. skupina charakteristická méně závažnou právní problematikou. Finanční problémy se vyskytly s opakujícími se vzorci v celé I. základní skupině; nejčastěji jako finanční problém byly uváděny dluhy u rodinných příslušníků. Zdravotní problémy hodnotila celá I. skupina s opakujícími se vzorci poruch zdraví (viz bod 5.2.1), závažné zdravotní komplikace se vyskytovaly převážně jen u skupiny s ADHD dětství a dospělost. V oblasti psychických problémů se napříč I. základní skupinou vyskytovaly opakující vzorce poruch řeči, vyjadřování, sebehodnocení a impulzivního chování. Nejčastěji klienti uváděli poruchy nálady. Hyperaktivita a nesoustředěnost byla zmíněna ve velmi nízkém počtu. Ženy z podskupiny ADHD v dětství a současnosti uváděly diagnózy poruch příjmu potravy a bipolární afektivní poruchy.

Nejvíce absolvovaných a opakovaných léčeb pro poruchy spojené s užíváním psychoaktivních látek vykazovala podskupina ADHD dětství a podskupina ADHD dětství i současnost. V celé I. základní skupině byl zjištěn vysoký průměrný počet absolvovaných léčeb na 1 klienta.; byl zjištěn i vysoký (převládající) počet nedokončených léčeb. Podskupina s ADHD v dětství dokončovala více léčeb; podskupina s ADHD v dospělosti dokončila nejméně léčeb. Podskupina s ADHD v dětství i současnosti měla nejvyšší hodnoty v počtu opakovaných léčebných pokusů (zejména muži).

Psychiatrickou péči v dětství uvedli zejména klienti I. základní skupiny (srov. II. skupina); I. skupina užívala psychofarmaka v dětství výrazně více a to zejména podskupina ADHD dětství a ADHD dětství a dospělost. I. skupina popisovala shodně vzhledem k četnosti pobyty v psychiatrické léčebně v dětství (výrazně více než II. skupina). Psychologické vyšetření v dětství uvedli ve vysokém počtu klienti s ADHD v dětství a ADHD v dětství i současnosti. Odlišnosti lze sledovat u podskupiny s ADHD pouze v současnosti, z hlediska výše popsaných oblastí je skupina málo výrazná. Hlavní shodnou kategorií v oblasti problémů u I. základní skupiny bylo chování a školní potíže.

Ve výsledcích AL (diagnostika ADHD v dětství) dosahovala vyšších hodnot (i výsledného skóre) podskupina s ADHD v dětství i současnosti, u této skupiny se objevoval nejvyšší počet klientů, kteří při vyplňování vynechali otázku jako nezodpovězenou. U podskupiny ADHD pouze v současnosti, vzhledem k AL lze označit jednoho klienta za suspektního, vzhledem k potencionální diagnóze ADHD

i v dětství; důvodem byl vyšší počet nevyplněných položek při vysokém výsledném skóre (WURS 25) pod průřezovou hodnotu 46. V AL a identifikované oblasti chování a prožívání podskupina s ADHD pouze v dětství hodnotila jako velmi mnoho: výskyt výbušnosti, vzteklosti, hněvivosti a popudlivosti; podskupina ADHD dětství a dospělost hodnotila z hlediska vysokého frekvenčního výskytu: stavy smutku, mrzutost, deprese, odvážlivost, nespoutanost, nespokojenost se životem, vyhazování osobních věcí a výkyvy nálad. Shodně hodnotily skupiny (vysoký výskyt problémů v dětství) pocity viny a lítostivost. Podskupina ADHD v dospělosti k uvedeným oblastem nevykazovala závažné problémy. Identifikovanou oblast zdravotních problémů popisovali nejčastěji klienti podskupiny ADHD v dětství i dospělosti, u I. základní skupiny se sledované problémy vyskytovaly častěji než u II. skupiny (bolesti hlavy a žaludku, obstipace, diarea, alergie a zejména noční pomočování). Identifikovaná kategorie školních obtíží dle AL vykazuje vzhledem k I. skupině souvislé školní potíže u všech podskupin. Problémy s matematikou a čísly hodnotili jako závažné klienti podskupiny s ADHD v dětství i současnosti. Podskupina s ADHD v dětství nejvýrazněji hodnotila negativní vztah ke čtení (neoblíbenost čtení a specifické problémy viz bod 5.2.2.).

Výsledky SD (ASRS 6 položek) přesahují téměř u celé I. skupiny počet 10ti bodů (nesměrodatné pro diagnostiku), nejvyšších hodnot dosahovala podskupina ADHD v dětství i současnosti v porovnání s podskupinou ADHD pouze v současnosti. U podskupiny ADHD pouze v dětství se výsledná hodnota (průměrné skóre část B v SD) blíží II. základní skupině bez ADHD.

12.3 Výskyt komplikací v léčbě u klientů s ADHD a klientů bez ADHD

Pro odpověď na výzkumnou otázku č. 3, zda se vyskytují u klientů s diagnózou ADHD ve vyšší míře komplikace v léčbě při srovnání s kontrolní skupinou (pokud ano, jaké a jak se projevují), by lanalyzován dotazník pro terapeuty (specificky přetvořené škály CTQ a otevřených otázek) clusterovou analýzou a metodou kontrastů a srovnávání. V první části byla provedena kvalitativní analýza sledovaných oblastí a srovnání výskytu komplikací u uvedených skupin. Následně bylo podle výsledného skóre v použité (přetvořené) škále CTQ srovnáváno výsledné bodové hodnocení podle faktorů (poruchy chování, nezúčastněnost, napětí, hyperaktivita) a celkového skóre.

12.3.1 Kvalitativní analýza sledovaných oblastí dle dotazníku pro terapeuty

V uvedené problematice byly identifikovány dvě hlavní navzájem související kategorie – komplikace v léčbě a behaviorální projevy klientů v léčbě. Z hlediska komplikací v léčbě jako hlavní kategorie byly identifikovány podkategorie a) akceptování léčebného programu, b) chování v rámci komunitního kolektivu, c) podílení se na činnostech komunitního společenství, d) postoj k autoritě, e) pozice ve skupině, f) dodržování pravidel/komplikace v léčbě, g) způsob odchodu z terapeutické komunity, h) komplikace ve srovnání s jinými klienty a i) zásadní komplikace v léčbě. V kategorii behaviorální projevy klientů v léčbě byly zahrnuty podkategoriej) chování celkové, v rámci mezilidských vztahů v komunitě, aktivita v komunitě, respektování autorit, pozice v rámci komunitního kolektivu, dodržování pravidel.

a) Z hlediska komplikací v léčbě a akceptování léčebného programu byla sledována oblast velkého a mírného zhoršení, absence změny výkonu a mírného či velkého zlepšení. Zásadní komplikace ve smyslu výrazného zhoršení se objevily u čtvrtiny klientů I. základní skupiny s ADHD, výlučně v podkategorii ADHD pouze v dětství a ADHD v dětství i v dospělosti. Za závažné zhoršení považovali terapeuti agresi a její ventilaci neúměrnou či nevhodnou formou, problém akceptování pravidel a řádu, neochotu v pomoci druhým, zhoršení vztahů k členům terapeutického týmu a neschopnost v otevřenosti. U kontrolní skupiny se závažné zhoršení vyskytlo minimálně (zhoršení v dodržování pravidel a plnění úkolů). V oblasti mírného zhoršení během léčby bylo zastoupení počtu osob v obou skupinách (vzhledem k počtu) vyrovnané. U I. skupiny s ADHD se komplikace vyskytovaly u všech podkategorií a zahrnovaly psychické a behaviorální problémy; uvedená skupina zde v porovnání s kontrolní vykazuje závažnější komplikace. Nejčastěji opakujícím se vzorcem byla manipulace, zvládání záchvatů vzteku a emocí, nízká práce se sebou a zhoršená sebekázeň až lenost, nesoustředěnost na skupinách, vyhýbání se řešení a přijetí zodpovědnosti a nerespektování k pravidlům. U kontrolní skupiny se vyskytovaly opakovaně problémy s otevřeností a komunikací, nerealistického náhledu, dodržování pravidel, zájmu o sebe a spolupráce. Oblast beze změn a identifikované komplikace odrážela negativní oblasti chování a prožívání zejména u I. skupiny s ADHD, komplikace u II. skupiny jsou mírnější. V I. skupině s ADHD, jako komplikace beze změny v léčbě opakovaně zastupovalo manipulativní chování,

emoční labilita, náladovost, negativní prožívání a sebelítost. Pozitivní hodnocení I. skupiny zahrnovalo hodnocení v pracovní terapii. U kontrolní skupiny se objevil opakovaně problém s otevřeností, ostatní oblasti jsou hodnoceny pozitivně (zvládá přijímat kritiku, akceptuje pravidla, zvládá pracovní terapii).

Oblast zlepšení výkonu a akceptace programu během léčby je významná z hlediska zjištění posunu klientů. Zlepšení v akceptaci a výkonu během léčby s označením trochu bylo v počtu u obou základních skupin téměř shodné. I. základní skupina vykazovala u velmi malé části klientů s ADHD zlepšení (vždy jeden klient) v oblasti neklidu, tiků, náladovosti, ovládání hněvu; tyto oblasti byly terapeuty hodnoceny, jako vysoce komplikující. Opakujícím se vzorcem u většiny klientů bylo mírné zlepšení komunikace, otevřenosti, sebereflexe a sebevědomí. U kontrolní skupiny se také opakovaně vyskytlo zlepšení v komunikaci, otevřenosti, akceptaci programu a ve vztazích. I. základní skupina s ADHD v oblasti „zlepšení velmi“ v porovnání s kontrolní skupinou (co do počtu osob) měla nízké srovnatelné zastoupení. Bylo zjištěno, že jen velmi málo dochází k významným zlepšením u výrazných komplikací u ADHD klientů. Opakujícím se vzorcem u I. skupiny bylo výrazné zlepšení v sebedůvěře, pozitivního očekávání od léčby, sebeexplorace, sdělování a sdílení vnitřních prožitků, motivace k léčbě a zlepšení interpersonálních vztahů. Zlepšení v oblasti agresivity, impulzivity, manipulace, emoční lability, náladovosti a sebeovládání nebylo popsáno. U kontrolní skupiny se vyskytovalo výrazné zlepšení ve schopnosti kontrolovat impulzy, v respektu a akceptaci programu, otevřenosti, práce na sobě a interpersonálních vztazích.

b) Podkategorie chování v rámci komunitního kolektivu z hlediska komplikací byla vyhodnocena na základě bodového hodnocení ze škály (dtto podkategorie c, d, e, f). Z důvodu vynechání velkého množství nevyplněných otázek v dotazníku pro terapeuty byla sledována četnost výskytu komplikací u jednotlivých skupin a jejich závažnost. Z uvedené škály vyplývá, že I. základní skupina s ADHD dosahuje v některých oblastech chování v kolektivu závažných komplikací, zároveň tak kontrolní skupina. I. základní skupina v porovnání s kontrolní skupinou vykazovala komplikace v oblasti interpersonálních vztahů s ostatními klienty (tři čtvrtiny souboru), se vznětlivostí, s nespokojeností s ostatními klienty, vyhledávání samoty a izolování se, problém přijetí kolektivem a problém

otevřeného sdílení na skupinách. Kontrolní skupina dosahovala více komplikací v neklidnosti a problémech se soustředěním, ve vyrušování ostatních a skákání do řeči, v problému uvědomění si sdělovaného slovního obsahu. Téměř shodné komplikace vykazovaly skupiny v oblasti neposednosti a neklidu, udržení pozornosti při skupinové terapii, akceptaci hranic u ostatních klientů. Nejméně četnou a mírně hodnocenou komplikací byl problém se zapamatováním jmen. Z hlediska závažnosti sledované skupiny dosahovaly skupiny výjimečně hodnocení velmi značně; převládalo hodnocení trochu.

c) V podkategorii podílení se na činnostech komunitního společenství převládaly komplikace u I. základní skupiny; průměrně polovina souboru byla hodnocena u každé z položek (velmi značně, značně, trochu) – hodnocení značně bylo velmi časté. Zásadní komplikací u I. skupiny byl problém odtažitosti od kolektivu, nerespektování společné kolektivní práce a nuda, izolace po skončení programu a vyhledávání samoty. Obě dvě skupiny získaly výrazně shodné vysoké hodnocení v aktivním zapojování se do aktivit, II. skupina převyšovala I. skupinu.

d) V podkategorii postoj k autoritě byly pozorovány častější komplikace u kontrolní skupiny. Ta dosahovala shodně velkého počtu klientů, kteří byli hodnoceni negativně vzhledem k autoritám – jednalo se o kladení mimořádných nároků na pozornost od terapeutů a zároveň submisivní chování k nim; vzdor vůči negativní zpětné vazbě, manipulaci s terapeuty a nerespektování doporučení. I. základní skupina s ADHD vykazovala obdobné komplikace jako kontrolní skupina v oblasti mimořádných nároků na pozornost, manipulování, vzdoru vůči negativní zpětné vazbě; shodné byly i oblasti nerespektu k doporučení od terapeutů, odmítání přijetí některých členů terapeutického týmu, vzdorovité chování ke členům, drzost. Pozitivní hodnocení vzhledem k terapeutickému plánu bylo výrazně lepší u kontrolní skupiny, I. základní skupina vykazuje v této oblasti více komplikací a problémů (práce s deníkem, osobními úkoly).

e) Podkategorie pozice ve skupině byla u sledovaných skupin velmi shodná v oblasti oblíbenosti a vedení skupiny, zapojování se do komunikace mimo strukturovanou část programu a problém sdělování konkrétních informací (převládalo hodnocení trochu, počet klientů tvořil nad polovinu každé skupiny). Jako outsider byla označena třetina z I. i II. skupiny bez vysokých komplikací. Velký počet klientů I. skupiny i kontrolní skupiny (3/4) byl hodnocen jako problematický v oblasti

navazování interpersonálních vztahů a nespolupráci (fungování sám za sebe). Z hlediska srovnání skupin jsou problémy v uvedené podkategorii velmi podobné.

f) V podkategorii dodržování pravidel a komplikace v léčbě se uvedené skupiny značně shodovaly (počet osob a míra komplikací) v problémech otevření se před kolektivem, respektování názoru ostatních a vyslechnutí, přijetí zodpovědnosti, udržování pořádku, zvládání úkolů v jednotlivých fázích léčby, akceptování zvyklostí komunity, oblast akceptování terapie a devalvace některé z činností komunity. Uvedené shodné komplikace byly v převaze hodnoceny, jako mírné (trochu) a vyskytovaly se u poloviny (průměrně) z každého souboru. I. skupina v porovnání s kontrolní dosahovala více klientů, kteří byli hodnoceni jako komplikovaní v oblasti fyzických aktivit (neobratnost, vyhýbání se sportovním aktivitám, častá zranění, silná zaujatost hrou a ztráta sebekontroly); velmi vysoký (3/4) počet klientů byl v oblasti respektování sebe sama, problém v přestupu mezi jednotlivými fázemi léčby a horší vztahy s rodinou v porovnání s jinými klienty. Kontrolní skupina dosahovala většího počtu komplikovaných klientů s problémem zapamatování si struktury programu, dodržování časového harmonogramu a vystupování před skupinou.

g) Podkategorie způsob odchodu z terapeutické komunity byla vyhodnocena na základě informací z dotazníku. Terapeuti uvedli, že z I. základní skupiny nepokračuje v léčbě po 30. 10. 2013 (uzávěrka dotazníkového šetření) 12 klientů – z tohoto počtu 3 klienti odešli tzv. řízeným odchodem před plánovaným termínem konce léčby, tento nelze považovat za neúspěšnou léčbu (zajištění následné péče). Ostatní klienty z I. skupiny lze označit za early drop out (3) a drop – out (6). Nejčastějším důvodem odchodu byly disciplinární důvody (opakované porušování základních pravidel, porušení kardinálních pravidel) a ukončení léčby z vlastní vůle po prvním měsíci. Podskupina ADHD v dětství i současnosti je ve sledované oblasti nejpočetnější. V kontrolní skupině byli popsáni 4 klienti, kteří předčasně ukončili léčbu z disciplinárních důvodů (jeden z nich po měsíci léčby).

h) Podkategorie komplikace ve srovnání s jinými klienty byla hodnocena terapeuty. U I. základní skupiny s ADHD byla necelá polovina klientů hodnocena terapeuty, jako komplikovanější (v porovnání s ostatními klienty), hodnocení znamenalo, že komplikace je mnohem častější než u ostatních klientů anebo, že klient komplikuje léčbu více než ostatní klienti. Nejvíce komplikací a uvedeného hodnocení dosáhla podskupina ADHD v dětství i dospělosti. V porovnání

s kontrolní skupinou jsou komplikace podobné (skóre vyrovnávají podskupiny ADHD dětství, ADHD současnost). Do této podkategorie byla zařazena oblast psychiatrické péče a medikace psychofarmaky během léčby v komunitě. Mimo standardní vstupní psychiatrické vyšetření bylo v psychiatrické péči 14 klientů z I. základní skupiny, nejvíce klientů z podskupiny ADHD v dětství i současnosti. Z kontrolní skupiny 9 klientů. Medikace psychofarmaky byla zjištěna u 11ti klientů z I. základní skupiny; nejčastěji uváděným lékem byl Ludiomil, Lamotrigin, Quentiapin, antidepresivní léčba a léky na snížení agrese a anxiózy. Z kontrolní skupiny bylo medikováno 6 klientů; uváděno bylo užívání Mirzatenu a Velaxinu. Dále byla sledována oblast rodinných vztahů a komplikace ve vztahu k primární rodině. U I. základní skupiny s ADHD byla v polovině případů (pozitivní změna) identifikována desetina klientů s problematickým vztahem k primární rodině (agrese, existence rodiny individuálně vnímaná jako obtíž, upínání se na rodinu při problémech v léčbě, odmítání kontaktů). U kontrolní skupiny byly v zájemném překryvu odpovědi signalizující zlepšení (vztahy, komunikace, spolupráce); komplikace nebyly zaznamenány ev. došlo k jejich změně. Při sledování žádoucích zásadních změn v léčbě se počet pozitivních změn a charakter změn neliší u základních skupin (růst na individuální rovině, fungování v komunitním kolektivu, v rodinné oblasti, plánování budoucnosti). Za komplikaci z hlediska závažných negativních změn u I. skupiny s ADHD lze považovat opakující se vzorec nízké schopnosti práce s agresí a impulzy, opakování medikace pro zhoršení psychických stavů, odchodové tendence a jejich nezvládnutí, zhoršování vztahů k terapeutickému týmu a nesoustředěnost U kontrolní skupiny oblast nežádoucích změn byla zanedbatelná.

i) Zásadní komplikace, které popisovali a bodovali terapeuti, se objevují u obou základních skupin s obdobnou frekvencí (hodnocení 0 – 3), výlučně převládalo hodnocení 2 a 3. Při kvalitativní analýze obsahu odpovědí a clustrové analýze bylo zjištěno, že opakující komplikace u obou skupin zahrnují oblast fungování na skupině, vztah k primární rodině a problém na individuální rovině. Shodným překryvem v oblasti fungování na skupině byla negace zpětné vazby, uzavřenost a odmítání kritiky. U I. skupiny se navíc vyskytoval problém zvládání života v kolektivu, upřednostňování individuálního řešení před skupinovým, úniky myšlenkami mimo situaci v komunitě a nízký zájem o práci na sobě. Překryvem v oblasti rodiny byly komplikace separace od primární rodiny a nevyjasněné

osobní role v primární rodině. Překryv v individuální rodině u obou skupin byla komplikace nejasné motivace, nízké sebedůvěry a sebepřijetí se a nerespektování ostatních členů. U I. základní skupiny byla jako komplikace hodnocena duální diagnóza (PPP, OKP), silné osobnostní narušení, psychická nestabilita, nestabilita nálad, manipulativní chování, potlačení emocí, verbalizace agrese a problém ovládání, převaha zaměření na výkon a na nejlepší výsledek. U kontrolní skupiny se vyskytoval opakovaný problém překračování, nastavování a ujasnění si hranic, ve dvou případech psychické komplikace (halucinace, psychiatrická diagnóza) a nerespektování sebe a ostatních členů.

Kategorie behaviorálních projevů a její hodnocení vycházelo z bodového hodnocení škály „změny v chování od počátku léčby“. Podkategorie chování celkové byla u obou sledovaných skupin shodně hodnocena s převahou zlepšení, komplikace v chování vykazovala více I. základní skupina. U I. základní skupin s ADHD se u necelé třetiny souboru vyskytovalo negativní hodnocení; chování bylo označeno za trochu horší a mnohem horší. U kontrolní skupiny se negativní hodnocení ve smyslu zhoršeného chování vyskytovalo u necelé desetiny klientů jako trochu horší. Podkategorie chování v rámci komunitního kolektivu a podkategorie pozice ve skupině byly vzhledem k počtu osob v základních skupinách z hlediska negativního hodnocení vyrovnané, problematické chování vykazovala jen malá část klientů z obou skupin. U obou skupin převažovalo hodnocení kladné; od počátku léčby došlo ke zlepšení. V podkategorii podílení se na činnostech terapeutické komunity, podkategorii postoj k autoritě a podkategorii dodržování pravidel z hlediska negativního hodnocení převažovali klienti (třetina) z I. základní skupiny s ADHD; kontrolní skupina vykazovala velmi nízké počty klientů se zhoršeným chováním. Kladné hodnocení převažovalo u obou skupin. Výrazného zlepšení v chování od počátku léčby dosáhla ve vyšší míře kontrolní skupina (častěji hodnocená v chování u sledovaných podkategorií jako mnohem lepší).

12.3.2 Výskyt komplikací podle výsledného skóre CTQ a sledovaných faktorů

V dotazníku pro terapeuty byla zahrnuta škála CTQ přetvořená v obsahu k účelu výzkumu v terapeutických komunitách (viz výše). Při vyhodnocení bylo využito standardního postupu, který uvádí Paclt et. al. (2007), kdy byly identifikovány čtyři základní faktory – I. poruchy chování (obsahující 13 hodnocených položek), II. nezúčastněnost a pasivita (6 položek), III. napětí a úzkost (6 položek)

a IV. hyperaktivita (6 položek). Součet hodnocených položek z celé škály CTQ činní 31. Podle Paclta et. al. (2007) se faktory I. a IV. mohou sčítat a vyhodnocovat jako jediný faktor. Klienti v předkládané studii byli srovnáváni dle výsledných hodnot odděleně pro každý z faktorů, na základě součtu faktoru poruch chování a hyperaktivity a celkového skóre ze všech faktorů. Z důvodu vysokého počtu vynechaných odpovědí v dotaznících pro terapeuty bylo využito průměrných hodnot u jednotlivých základních skupin a podskupin.

U I. faktoru poruch chování, které zahrnovaly otázky č. 12, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 30, 31, 32, 36 a 38 bylo hodnoceno 13 položek. Maximální bodová hodnota za jednu položku činila 3 body (rozptyl 0 až 3 body), maximální skóre u vyhodnocení faktoru I. bylo 39 bodů. I. základní skupina s ADHD dosahovala průměrných výsledných hodnot 10,9; nejvyšší průměrné hodnoty se vyskytovaly u podskupiny ADHD dětství i současnost (11,9) a o 0,1 desetinu zaostávaly za kontrolní skupinou. Nejnižší průměrné hodnoty se vyskytovaly u podskupiny ADHD pouze v dětství. Kontrolní skupina bez ADHD vykazovala průměrnou hodnotu 12,0.

U faktoru č. II nezúčastněnosti a pasivity, který zahrnoval otázky č. 4, 7, 8, 11, 24 a 26 bylo hodnoceno 6 položek. Maximální bodová hodnota za jednu položku činila 3 body, maximální skóre u II. faktoru bylo 18 bodů. I. základní skupina dosahovala celkových průměrných hodnot 4,98; nejvyšší průměrná hodnota se vyskytovala u podskupiny ADHD v dětství i současnosti (6,2) a převyšovala i průměrné hodnoty kontrolní skupiny. Nejnižší hodnotu vykazovala podskupina s ADHD pouze v dospělosti (4,2). Kontrolní skupina bez ADHD dosahovala v uvedeném faktoru vyšší průměrné hodnoty 5,5 vzhledem k celé I. základní skupině. Podskupina ADHD v dětství i současnosti kontrolní skupinu ve faktoru II. přesahovala.

Faktor č. III napětí a úzkost zahrnoval otázky č. 9, 10, 30, 33, 34 a 39, celkem 6 položek. Bodové hodnocení položky se pohybovalo od 0 do 3 bodů. Maximální hodnota za jednu položku činila 3 body, maximální skóre činilo 18 bodů. I. základní skupina s ADHD vykazovala průměrnou hodnotu u III. faktoru 4,5 bodu. Nejvyšší průměrné hodnoty dosahovala podskupina ADHD dětství i současnost (5,5), nejnižší podskupina ADHD v současnosti (4,0). Kontrolní skupina měla průměrné skóre 5,0. Přesah podskupiny ADHD dětství i současnost je považován vzhledem k nízkým průměrným rozptylům za významný.

U IV. faktoru hyperaktivity byly vyhodnocovány otázky č. 1, 2, 5, 6, 14 a 29, celkem 6 položek. Bodové hodnocení jedné položky se pohybovalo od 0 do 3 bodů, maximální skóre bylo 18 bodů. I. základní skupina dosahovala ve faktoru hyperaktivity průměrného skóre 4,2 bodu. Nejvyšší průměr vykazovala podskupina ADHD v dětství, nejnižší ADHD pouze v současnosti. II. kontrolní skupinabez ADHD s průměrným skóre 5,6 výrazně převyšovala klienty I. základní skupiny.

Skóre pro určení potencionální diagnózy ADHD na základě škály CTQ dle Paclta et. al., (2007) činní 20 bodů s odchylkouplus mínus pět bodů na základě součtu faktorů I.a IV. (poruchy chování a hyperaktivita). Při součtu faktorů I. a IV. u základních skupin a podskupin bylo zjištěno, že průměrné nejvyšší hodnoty dosahují klienti II. základní skupiny bez ADHD; průměr činil 17,6 bodů. I. základní skupina s ADHD v uvedeném hodnocení dosahovala celkového průměrného skóre 14,9 bodů. Nejvyšší skóre bylo zaznamenáno u podskupiny ADHD v dětství i současnosti (16,3), nejnižší hodnota u podskupiny ADHD v současnosti 14,0). Výsledky ze škály nejsou v souladu se slovním hodnocením terapeutů a se sebeposouzením klientů.

Celkové průměrné skóre hodnocených faktorů se vzhledem ke sledovaným skupinám i kvalitativní analýze otevřených otázek výrazně lišilo. Zjištěné komplikace v bodě 6.3.1 ve výsledném hodnocení, dle škály CTQ, byly v případě bodového hodnocení vyšší u kontrolní skupiny. I. základní skupina s ADHD (bodové hodnocení) v součtu faktorů získala průměr 24,6 bodů, II. základní skupina bez ADHD 28,1 bodu. Podskupina ADHD dětství i současnost je nejblíže k průměrné hodnotě I. základní skupiny (27,7), nejdále podskupina ADHD v současnosti (22,2). Celkové hodnocení dle škálových odpovědí je z hlediska komplikací v léčbě s vyšším poměrem a průměrným skóre na straně II. základní skupiny. Uvedená zjištění korelují s výskytem srovnatelných komplikací (hledisko obsahu) u I. zkladní skupiny. Z hlediska výčtu komplikací je I. i II. základní skupina na základě bodového hodnocení (dle CTQ) srovnatelná, z hlediska četnosti výskytu problémů je „problematičtěji“ hodnocena kontrolní skupina. Z hlediska kvalitativní analýzy, dle bodu 6.3.1, vykazuje I. skupina komplikace odlišné a dle uvedených teoretických modulů „zásadní“.

12.3.3 Resumé výskytu komplikací v léčbě u I. skupiny, projev komplikací

Výskyt komplikací v residenční léčbě u sledovaných skupin byl na základě výše uvedených informací častěji hodnocen z hlediska četnosti a závažnosti u I. základní

skupiny s ADHD. Zajímavým zjištěním bylo hodnocení terapeutických pracovníků; terapeuti hodnotili I. skupinu v otevřených otázkách signifikantně závažněji než v přetvořené škále CTQ (bodové hodnocení). Zásadní komplikace v I. základní skupině oproti kontrolní představuje 1) akceptace léčebného programu; klienti s ADHD byli v jedné čtvrtině hodnoceni jako výrazně zhoršení – to se projevovalo v oblasti agrese a její ventilace, schopnosti přijímat řád a pravidla a v oblasti interpersonálních vztahů (zhoršení vztahů k členům terapeutického týmu. I. skupina se také vyznačuje mírným zhoršením a behaviorálními projevy bez absence změny v oblasti manipulace, agrese, emoční lability, sebekázně, soustředění a negativního prožívání. 2) V oblasti chování v rámci komunitního kolektivu dosahovali klienti I. skupiny komplikací, které se projevovaly v oblasti interpersonálních vztahů s ostatními klienty, vznětlivosti, nespokojenosti s ostatními v komunitním společenství, vyhledávání samoty a izolování, problému přijetí kolektivem, otevřeného sdílení na skupinách, neposednosti a neklidu, udržení pozornosti při skupinové terapii a akceptaci hranic u ostatních klientů. Ve sledované oblasti 3) podílení se na činnostech komunitního společenství byly komplikace u I. skupiny zásadní. Projevovaly se v odtažitosti od kolektivu, nerespektování společné kolektivní práce a nudy, izolace po skončení programu a vyhledávání samoty. Z hlediska 4) postojů k autoritám se u I. skupiny vyskytovaly komplikace, které zasahovaly oblast mimořádných nároků na pozornost terapeutů, manipulování, vzdoru vůči negativní zpětné vazbě, nerespektu k doporučení od terapeutů, odmítání přijetí některých členů terapeutického týmu, ve vzdorovitém chování ke členům a drzosti. Klienti s ADHD měli v uvedené podkategorii výrazný problém při práci s deníkem a z hlediska plnění osobních úkolů. Oblast 5) pozice ve skupině a komplikace I. základní skupiny se promítaly do navazování interpersonálních vztahů a nespolupráci. Za komplikaci v 6) dodržování léčebného režimu či komplikací v léčbě byla I. základní skupina hodnocena negativně v oblastech zasahujících do fyzických aktivit (neobratnost, vyhýbání se sportovním aktivitám, častá zranění, silná zaujatost hrou a ztráta sebekontroly), oblasti respektování sebe sama, v problémech souvisejících s přestupem mezi jednotlivými fázemi léčby a v horších vztazích s rodinou. V oblasti 7) způsobu odchodu z terapeutické komunity bylo nejvíce početné zastoupení klientů z podskupiny ADHD v dětství i současnosti; hlavním zjištěným důvodem nedokončení léčby bylo porušení disciplinárního standardu komunity, které se projevovalo v oblast opakovaného porušování základních pravidel, porušení kardinálních pravidel; častým důvodem bylo i ukončení léčby z vlastní vůle

po prvním měsíci. Z early drop out a drop out klientů byla většina vypadnutí všech do 3. až 5. měsíce pobytu. Z hlediska 8) komplikací klienta v léčbě při srovnání s ostatními klienty byla I. základní skupina s ADHD hodnocena jako komplikovanější (škálové položky), klienti dosahovali i vyšších problémů z hlediska potřebnosti psychiatrické péče a medikace psychofarmaky během léčby. Závažné negativní změny během léčby se u I. skupiny projevovaly do oblasti snížené schopnosti práce s agresí a impulzy, potřebou opakování medikace pro zhoršení psychických stavů; dále do oblasti motivační a odchodových tendencí, zhoršování vztahů k terapeutickému týmu a nesoustředěnosti. 9) Zásadní komplikace v léčbě se projevovaly do oblasti fungování na skupině (negace zpětné vazby, uzavřenost a odmítání kritiky, problém zvládání života v kolektivu, upřednostňování individuálního řešení před skupinovým, úniky myšlenkami mimo situaci v komunitě, nízký zájem o práci na sobě), vztahu k primární rodině (separace, nevyjasněné osobní role) v individuální rovině (nejasná motivace, nízká sebedůvěra a sebepřijetí, nerespektování ostatních členů, duální diagnóza, silné osobnostní narušení, psychická nestabilita, manipulace, emoční ambivalence, ovládání agrese, zaměření na výkon a výsledek). 10) Komplikace v oblasti chování (změna od počátku léčby) se projevovaly v negativním hodnocení chování celkového, v chování při činnostech terapeutické komunity, k postoji k autoritě a dodržování pravidel.

Přetvořená škála CTQ a její vyhodnocení (vzhledem ke komplikacím v léčbě) ukazuje z hlediska bodového hodnocení na převládající problémy ve II. základní skupině. Výsledné skóre klientů bez ADHD (výsledná hodnota u jednoho klienta i průměr) je odlišné od I. základní skupiny s ADHD. Podskupina ADHD dětství i současnost je výjimkou v oblasti faktoru II. nezúčastněnosti a pasivity faktoru č. III. napětí a úzkosti, kde dosahuje průměrně nejvyšších hodnot. Celkové hodnocení respondentů v uvedené škále a sledovaných oblastech je u II. skupiny závažnější.

12.4 Vliv ADHD na zahájení a průběh léčby v terapeutické komunitě

Pro odpověď na výzkumnou otázku č. 4, jaký je vliv ADHD na zahájení a průběh léčby v terapeutické komunitě bylo využito analýzy dotazníků pro terapeuty (otevřené otázky a škálové odpovědi).

Na základě clusterové analýzy byly identifikovány dvě hlavní kategorie – A) komplikace při zahájení léčby v terapeutické komunitě a B) komplikace v průběhu

léčby. Do uvedených kategorii byly zařazovány odpovědi terapeutů podle vzájemného překryvu a vytvořeny podkategorie.

Kategorie A) komplikace při zahájení léčby v terapeutické komunitě zahrnovala podkategorii a) individuálních charakteristik b) psychickou problematiku c) fungování v rámci pravidel a řádu.

V podkategorii a) individuálních charakteristik byly u klientů s ADHD zaznamenány následující opakované vzorce: skrytá i vědomá manipulace za účelem dosažení vlastních potřeb, nízké sebehodnocení, sebepřijetí a sebepéče, vyšší míra introverze a snaha izolace od kolektivu, nedůvěřivost a odstup od kolektivu, pasivita a problém realistického náhledu, snaha být s každým za dobře a perfekcionismus, nevýraznost a problém s prosazením se, nesamostatnost v základních věcech v úvodu léčby a potřeba doprovázení; v počátku se objevovaly i velikášské pocity, snaha o nadřazenost, kritizování ostatních členů, nízká schopnost ohleduplnosti a zájmu o ostatní členy; zásadním a opakujícím vzorcem byla motivace, zejména kolísání motivace, její nejasnost a nevyjasnění osobního postoje k léčbě a odchodové tendence z léčby.

Z hlediska b) psychické problematiky byly při zahájení jako komplikace identifikovány problémy s pozorností (nesoustředěnost) a kognitivní úniky mimo prostředí léčebny, hyperaktivita, deprese, depresivní sklony, zádumčivost a negativní prožívání, agresivní a impulzivní chování, vztek při nepochopení, verbalizace násilných tendencí, emoční labilita, náladovost, sebelítostivost; popisovány byly problémy s ventilováním negativních vnitřních stavů a následná zvýšená tenze.

V oblasti c) fungování v rámci pravidel a řádu se vyskytovala rezignace a přílišné lpění na pravidlech a režimu, problém s internalizací pravidel, odmítání některých z částí strukturovaného programu, nerespektování hierarchie v komunitě a zpochybňování kompetentnosti členů terapeutického týmu. Z hlediska adaptace na program se opakovaně vyskytoval problém velmi pomalé adaptace s vyšší mírou nasazení, problém porozumění pravidlům a struktuře programu; u části klientů se objevovala se i velmi rychlá adaptace na program se snahou předbíhat jednotlivé léčebné fáze a prokrastinace (odkládání povinností na poslední chvíli). Terapeuti u klientů s ADHD popisovali komplikace z hlediska akceptování pravidel a programu, opakované sankční postihy a chyby v počátku léčby (neporozumění pravidlům, problém

orientovat se), vědomé plánování relapsu a porušování pravidel (viz výše nejistá motivace, silné odchodové tendence – skrytě i zjevně).

Kategorii B) komplikace v průběhu léčby zastupoval podkategorie a) individuálních charakteristik b) psychických komplikací c) rodinné problematiky d) fungování v rámci pravidel a komunitního kolektivu.

V podkategorii a) individuálních charakteristik byly zaznamenány opakované problémy nízkého sebehodnocení, sebepřijetí, sebepéče a nízké práce na sobě sama (zlepšení, pokud terapeuti uvedli, bylo malé); převládalo manipulativní chování a využívání okolí, snaha o neustálou pozornost, netrpělivost, problém se systematičností, kognitivní úniky mimo situaci tady a teď, lehké vzdávání cílů a složitějších úkolů; zároveň nesamostatnost, nejasná a kolísající motivace, vyhýbání se zodpovědnosti a přijetí dospělé role, přetrvávání perfekcionismu a dokonalého výkonu beze změn, dtto u části klientů introverze a nízká otevřenost na skupinách. Nově jsou identifikovány problémy s hranicemi, klienti jsou často popisování, jako bezhraniční se zaujetím pro ostatní a vysokým odstupem od svých potřeb (viz nízká sebepéče).

V podkategorii b) psychických komplikací přetrvávají problémy s impulzivním a agresivním jednáním, jedná se o nevhodné formy ventilace, neschopnost ovládat nutkavé chování, verbalizace a regulace agrese nevhodnými způsoby, izolace negativních pocitů a následné silné tenze. V průběhu léčby se v uvedené kategorii objevily regresivní sklony, stagnace a primitivní způsoby obran, infantilní chování a snižování frustrační tolerance s ohledem na začátek léčby (v průběhu vyšší komplikace). Podle hodnocení terapeutů vznikají v důsledku zátěže v programu, stresových situací a nároků na zodpovědnost a samostatnost.

V průběhu léčby se u I. základní skupiny s ADHD vyskytují problémy v c) rodinné oblasti, terapeuti popisují u některých klientů problematickou separaci od primární rodiny, odmítání kontaktu a existence primární rodiny.

V průběhu léčby je v podkategorii d) fungování v rámci pravidel a komunitního společenství opakovaně uváděn problém neakceptace programu, pravidel a režimu; nízké aktivity až neaktivity v individuální či skupinové terapii (naopak přemíra aktivních klientů v pracovní terapii), neschopnost akceptovat abstinenci a změnu životního stylu, lhaní a výmluvy při porušení pravidel, neschopnost přijímat negativní zpětnou vazbu a kritiku. Objevuje se problematika v interpersonálních vztazích –

odmítání autorit, devalvace až odpor k některým z členů terapeutického týmu, obviňování autorit, kritika k autoritám a pravidlům komunity. Opakovaně byly uváděny odchodové tendence některých klientů, dokonané odchodové tendence, pokračování v plánování relapsu a vypadnutí z léčby pro porušení pravidel (opakované porušení, kardinální porušení; často intimní vztahy).

K otázce, jaký je vliv ADHD na zahájení a průběh léčby v terapeutické komunitě, byly přiřazeny kategorie z bodu 6.3, které zahrnují komplikace v léčbě a komplikace v behaviorální rovině. Z uvedeného vyplývá, že vliv ADHD na počáteční období léčby zasahuje do individuální, psychické a komunitní problematiky. U klientů s ADHD se v začátku ve zvýšené míře objevují problémy s akceptováním léčebného programu, v chování v rámci komunitního kolektivu, v podílu na činnostech komunitního společenství, v postoji k autoritám. Pozice ve skupině je u klientů s ADHD spojena s individuálními komplikujícími charakteristikami, vzhledem k hodnocení terapeutů je pozice dle těchto charakteristik odlišná. Byl identifikován problém s dodržováním pravidel, problém orientace v pravidlech a struktuře opět propojující se s individuální rovinou (nesamostatnost). I. skupina vykazuje v porovnání s jinými klienty již v počátku vyšší míru komplikací, terapeuti hodnotí uvedenou skupinu z hlediska výskytu problémů negativněji (srov. kontrolní skupina).

Behaviorální charakteristiky I. základní skupiny jsou zřetelně odlišitelné z hlediska komplikujících faktorů v léčbě (viz bod 6.3) a vzhledem k zahájení a průběhu léčby vykazují pouze mírné zlepšení. Vliv ADHD na průběh léčby zasahuje rovinu individuální, psychickou a komunitní, novým tématem je rodinná oblast; uvedené a popsané podkategorie korelují se zjištěními v bodu 6.3. Významný je problém komplikací v porovnání s jinými klienty (viz bod 6.3), zejména psychiatrická péče a medikace psychofarmaky a duální diagnózy. Klienti s ADHD z hlediska vlivu na léčbu vykazují vyšší mírů early drop out a drop out, motivační nestálost a rychlé opouštění složitějších cílů a požadavků.

12.5 Diagnostika ADHD u klientů terapeutických komunit podle použitého systému

K odpovědi na výzkumnou otázku č. 5, zda současný systém umožňuje efektivní diagnostiku ADHD u klientů terapeutických komunit, bylo využito analýzy získaných výsledků z klinických nástrojů (AL, SD, dotazník pro terapeuty).

V anamnestickém listě, kterým byl zjišťován výskyt ADHD v dětství, podle škály WURS o počtu 61 položek, byla použita průřezová hodnota 46 bodů (WURS – 25), na kterou odkazuje Ward et. al. (1993), a která byla použita v řadě studií (McCann et. al., 2000; Matsumoto et. al., 2005). Z celkového počtu 76ti respondentů bylo na základě vyhodnocení 25ti položek ze škály WURS 61 identifikováno 37 klientů s potenciální diagnózou ADHD v dětství. Škála velmi spolehlivě potvrdila diagnózu u těch klientů, kteří v dotazníku uvedli LMD v dětství. Z II. základní skupiny byly za suspektní, vzhledem k ADHD v dětství, označeny dvě osoby z důvodu vysokého počtu vynechaných odpovědí v oblasti WURS - 25. Výsledné průměrné hodnoty klientů s potencionální diagnózou ADHD v dětství byly v porovnání s kontrolní skupinou vysoké; zejména frekvence odpovědí s bodovým hodnocením 3 a 4 byla daleko vyšší, odpověď s bodovým hodnocením 0 se vyskytovala velmi zřídka.

V sebehodnotícím dotazníku, kterým byly zjišťovány projevy ADHD v současnosti (dospělost) bylo využito škály ASRS – v 1.1 o 18ti položkách. Pro určení potencionální diagnózy ADHD v současnosti bylo relevantní využití prvních šesti otázek, které jsou uváděny jako nejvíce prediktivní a validní screeningový nástroj (více Kessler et. al., 2005). Část B uvedené škály byla použita ke sledování symptomů a problémů doprovodných k ADHD. Na základě vyhodnocení škály ASRS v-1.1, bylo identifikováno, z celkového počtu 76 respondentů, 27 osob s potencionální diagnózou ADHD v dospělosti, 6 z těchto osob bylo zařazeno do podkategorie ADHD pouze v současnosti/ dospělost (z uvedeného počtu byl 1 suspektní klient s potencionální diagnózou ADHD v dětství), 21 osob bylo zařazeno do podkategorie ADHD v dětství i současnosti. Výsledné skóre (které není relevantní pro stanovení diagnózy ADHD v současnosti) značilo průměrné hodnoty vyšší u klientů s ADHD v současnosti (rozdílem ADHD pouze dětství, kontrolní skupina bez ADHD). U klientů s diagnózou ADHD v současnosti byly v části B identifikovány odpovědi s vyšším bodovým hodnocením než u klientů bez ADHD. Škála potvrdila přetrvávání symptomatologie ADHD v dětství u klientů, kteří se označili diagnózou LMD.

V dotazníku pro terapeuty, kterým byl zjišťován výskyt komplikací u léčených klientů a výskyt symptomů ADHD (ověření diagnostiky ADHD) bylo využito přetvořené škály CTQ. Z hlediska kvalitativní analýzy obsahu odpovědí (otevřené otázky) byly zjištěny závažnější a četnější komplikace v léčbě u klientů I. základní skupiny. Při vyhodnocení bodových položek dotazníku dle CTQ, kterou uvádí Paclt et. al. (2007) bylo směrodatné k zjištění potencionální diagnózy ADHD vyhodnocení faktorů. Jednalo se o součet faktorů hyperaktivity a poruch chování. Patologické hodnoty ve smyslu ADHD jsou, dle autora, v rozptylu 20ti bodů - plus a mínus 5 bodů. Při použití uvedené hodnoty bylo z I. základní skupiny s ADHD o celkovém počtu 43 klientů (nezapočítán1 dotazník, early drop out) 22 klientů s bodovým ziskem pod 15 bodů. V hodnotách 15 – 25 (patologické hodnoty pro diagnózu ADHD) se pohybovalo celkem 15 klientů. Velmi zajímavým zjištěním je, že uvedené směrodatné hodnoty naplňují zejména klienti z podskupiny ADHD v dětství. Nad hranici 25ti bodů bylo identifikováno 5 klientů z I. základní skupiny. V kontrolní skupině o počtu 33 klientů bez ADHD (při počtu 30 vyplněných škál, 2 dotazníky nedodány, 1 dotazník bez vyplněné škály) bylo pod dolní hranicí 11 klientů, 12 v „referenčních hodnotách“ (15-25)a 7 nad 25 bodů. Z hlediska počtu klientů v referenčních hodnotách a hodnotách nad 20 bodů převažuje I. základní skupina s ADHD (vzhledem k počtu osob); počet klientů z II. základní skupiny a vysoké skóre ve sledovaných faktorech odráží jednostrannost bodového hodnocení a nemožnosti komplexního zhodnocení posuzovaných osob. Přetvořená škála CTQ je velmi senzitivním ukazatelem v oblastech projevů ADHD v dospělosti/současnosti, které lze považovat za symptomy odlišné vzhledem k ADHD v dětství. Uvedená škála zachytila velmi senzitivně problém pasivity a nezúčastněnosti u jedinců s ADHD v dospělosti. Posuzování klientů z podskupiny ADHD pouze v dětství je podle uvedené škály velmi citlivé (viz původní použití škály – učitelé, dětský věk); z uvedené podskupiny klienti v převaze zasahovali do referenčních hodnot. Vzhledem k výsledným hodnotám ve II. základní skupině bez ADHD a počtu osob splňujících kritéria patologické hodnoty ve smyslu ADHD je uvedená škála a dotazník pro terapeuty hodnocen i kvalitativní analýzou (6.3 a 6.4). Bodové skóre na základě hodnocení terapeutů ukazuje, že projevy symptomů ADHD v dospělosti mohou být velmi nenápadnými při srovnání s jedinci bez uvedené neuropsychické poruchy.

Vzhledem ke zjištěním ze sebeposuzovacích klinických nástrojů pro klienty (AL, SD) a dotazníku pro terapeuty lze považovat použitý systém k diagnostice ADHD za efektivní, senzitivní a s velkým potenciálem přínosu informací. Dotazník pro terapeuty nelze doporučit jako jediný nástroj k diagnostice ADHD u osob léčených v terapeutických komunitách, ale jako doplňující nástroj k identifikaci komplikací klientů v léčbě.

IV. DISKUZE

Tématem předkládané práce bylo zjištění výskytu ADHD u uživatelů návykových látek léčených v residenční léčbě (v terapeutických komunitách) a zjištění vlivu neuropsychické problematiky na průběh v léčby. ADHD a vliv této poruchy na osobnost jedince z hlediska predispozice k užívání návykových látek a vysokému výskytu problémů při fungování v běžném životě byl prokázán v mnoha klinických ilustracích, zahraničních studiích i v metaanalýze (Emmerik-van Oortmerssena et. al., 2011). V České republice je vcelku dostupná literatura k problematice ADHD, existují i sporadické informace k použitým diagnostickým škálám; ADHD v kontextu zkoumaného tématu je v České republice první sondou do popisované oblasti. Z tohoto důvodu nejsou dostupné informace o zastoupení klientů s ADHD mezi uživateli návykových látek. Výzkumný projekt uvedené studie byl především mapující a explorativní (předvýzkumné šetření v dané oblasti).

V uvedené studii byly použity, jak české, tak převážně zahraniční odborné zdroje – manuály k diagnostice ADHD, aktuální výzkumy v oblasti ADHD, vědecké články a studie, které využívaly stejné nástroje k záchytu poruchy. Problémem byl nedostatek informací k vyhodnocování použitých škál v České republice, které uvádí Paclt et. al. (2007) ve své knize (Wender Utah Rating Scale, ConnersTeacher´sQuestionnaire). Z tohoto důvodu bylo v případě škály WURS použito zahraničních zdrojů a výzkumných článků, dtto i u AdultSelf Report Scale (ASRS – v 1.1). U škály CTQ byl zohledněn postup vyhodnocení, který uvádí Paclt et. al. (2007) a zahraniční články a výzkumy, které CTQ využívaly k diagnostice ADHD. Celá práce je se snaží o propojení dosavadních poznatků z oblasti teoretických a praktických modulů o ADHD a možnosti diagnostického zjištění (omezeně vzhledem k rozsahu a typu studie).

Výzkumný plán studie zahrnoval a) zjištění výskytu ADHD u klientů v terapeutických komunitách podle specificky vytvořených klinických nástrojů, b) popis charakteristiky klientů s ADHD tedy jejich odlišností a podobností; c) dále srovnání klientů s diagnózou ADHD a bez diagnózy kvůli zjištění výskytu komplikací v léčbě. Plánem bylo i d) zjištění dopadu ADHD na průběh léčby v komunitě a e) bylo zjišťováno, zda současný systém užitých klinických nástrojů dokáže zachytit klienty s diagnózou ADHD.

Na základě vyhodnocení škál ze sebehodnotících nástrojů pro klienty bylo zjištěno, že se a) v terapeutických komunitách vyskytují klienti s potencionální diagnózou ADHD ve vysokém počtu (z celého souboru jde o 57% respondentů). Celkem se jednalo o 43 klientů s ADHD, které zastupovaly podkategorie ADHD v dětství (16 klientů), ADHD v současnosti (6 klientů) a ADHD v dětství i v současnosti/ dospělost (21 klientů). Uvedená skupina zcela splňovala stanovená kritéria v použitých klinických nástrojích nutná k stanovení potencionální diagnózy. Výsledná zjištění některé studie potvrzují a jiné vyvracejí - neliší se od studií, které uvádějí výskyt ADHD u 50% a více uživatelů návykových látek (více Horner&Scheibe, 1997). Schubiner et. al. (2000) uvádí ve své studii prevalenci ADHD 28 % u mužů a 19% u žen, celkově splňovalo kritéria pro diagnózu ADHD 39% participantů. Jiná studie uvádí výskyt ADHD u problémových uživatelů či závislých na alkoholu, ilegálních drogách v rozmezí 9% - 45% (Wilens, 2004). Nutné je si uvědomit, že zjištěný počet osob ukazuje na potencionální klienty s diagnózou ADHD; výše uvedená studie (Schubiner et. al, 2000) z 39% participantů, kteří splňovali kritéria, stanovila diagnózu u necelé poloviny z nich. Za zmínku stojí i fakt, na který poukazují autoři škál – tedy to, že za pomocí těchto nástrojů (mnohostrannost) je možné kromě ADHD zachytit i jiné psychické poruchy. Z tohoto důvodu mohou být v souboru klientů s potenciální diagnózou ADHD zahrnuti i klienti s odlišnou duální diagnostikou. K zamyšlení je použití škál u klientů terapeutických komunit po dvou měsících abstinence; z hlediska škály WURS (sebehodnocení dětství) se uvedená doba abstinence jeví dostačující, ale vzhledem ke škále ASRS v- 1.1 jako nedostatečná (rezidua po užívání metamfetaminu). V manuálu ke škále ASRS v- 1.1 se v doporučení uvádí sebeposouzení zpětně v rozsahu šesti měsíců. Vzhledem ke krátkému pobytu v léčbě a předchozímu užívání návykové látky (minimum klientů v komunitě s předchozím absolvováním krátkodobé či střednědobé léčby) je zkreslení ve výsledném skóre možné. V případě použití uvedené škály lze doporučit její aplikaci po delší než dvou měsíční době abstinence. U škály ASRS v- 1.1 byli identifikováni tři klienti ve věku 15 – 18 let, u dvou z nich byla na základě škály stanovena potencionální diagnóza ADHD v současnosti/dospělost. Vzhledem k věku respondentů je užití termínu současnost nezavádějící (lépe aplikovatelné na celý soubor klientů s ADHD v dospělosti/současnost).

Na základě zjišťování b) charakteristik klientů s ADHD a jejich odlišností či podobností bylo ze sebeposuzovacích dotazníků získáno velké množství informací.

Primárním problémem zjištěným po zahájení sběru dat byla absence položky pohlaví v AL a SD, na kterou byli účastníci výzkumu upozorněni. Doporučením v případě užití AL a SD je doplnění chybějící kolonky. Mužů s potencionální diagnózou ADHD bylo 28, žen 15. Klienti s ADHD se shodovali v oblasti nejčastěji dokončeného vzdělání (ZŠ) a ve vysokém počtu nedokončených vzdělání. Shodnou oblastí byly školní problémy a problémy v oblasti chování v dětství. Klienti s ADHD převážně vykazovali velmi nejistou formu bydlení, u žen bylo zjištěno zázemí jistější než u mužů (ulice, squaty). U celé skupiny převažoval pervitin jako hlavní užívaná návyková látka; heroin, tlumivé látky a jejich kombinace se vyskytovaly minimálně. Aplikace užívané látky byla v převaze intravenózní, ženy v porovnání s muži vykazovaly daleko méně rizikové formy aplikace. První užití návykové látky bylo do věku 15- ti let u většiny skupiny, skupina vykazovala ve vysokém počtu klientů délku užívání návykové látky nad 120 měsíců. V oblasti finančních, právních, zdravotních a psychických komplikací se skupina shodovala; výrazné bylo popisování jiné komorbidity (deprese, PPP, OKP) a psychických problémů. Klienti s ADHD se shodovali ve vysokém počtu absolvovaných léčebných pokusů, byl zjištěn vysoký průměr počtu léčeb na jednoho klienta. Skupinu spojovala častá péče psychiatra, logopeda, psychologa a zkušenosti s výchovnými či diagnostickými ústavy. Uvedená zjištění odlišují klienty s ADHD od kontrolní skupiny. Z hlediska jednotlivých podkategorií byly zjištěny odlišnosti v závažnosti problémů v dětství u podskupiny ADHD dětství i dospělost. Klienti ve vysokém počtu vykazovali častěji nedokončené vzdělání, problém s evidencí na úřadě práce (neevidováni), počet měsíců užívání návykové látky nad 200 měsíců a nejvyšší průměrný počet absolvovaných i nedokončených léčeb. Uvedenou problematiku bylo možné sledovat napříč celým výzkumným souborem, z hlediska klientů s ADHD byla uváděná zjištění v četnosti výskytu u sledovaných oblastí odlišná od kontrolní skupiny. Jelikož se jako velmi zajímavé a informačně přínosné ukázalo hodnocení klientů v SD, zejména v oblasti psychických problémů, bylo by možné doporučit rozšíření otázky zkoumající výskyt psychických problémů. Zejména na oblast vyskytujících se psychických či psychiatrických diagnóz a otázku na LMD/ADHD (lehká mozková dysfunkce). Uvedení informace o LMD by mohlo velmi dobře sloužit k triangulaci dat.

Při vyhodnocení klinických nástrojů (škála WURS a ASRS) bylo zjištěno, že klienti s ADHD dosahují vysokých hodnot u většiny škálových odpovědí. Výsledné celkové

skóre zvyšovala v případě škály WURS, nejen 25ti položková oblast, ale i položky, které pro diagnostiku nebyly směrodatné (sloužily k přehledu celkového zisku a srovnání skupin). V případě škály ASRS se u I. skupiny vyskytovaly průměrně vyšší hodnoty u jednotlivých položek než u kontrolní skupiny. Celá skupina dosahovala v uvedených škálách znatelně vyšších výsledků než skupina bez ADHD – například podkategorie ADHD pouze v dětství vykazovala v SD (ASRS – hodnocení příznaků v dospělosti) vyšších hodnot, než skupina bez ADHD. U podkategorie ADHD v dětství nebyl vzhledem k ADHD v dospělosti jako suspektní označen ani jeden z klientů (absence požadavku vynechaných položek nutných pro diagnostiku). Suspektní klienti byli u I. základní skupiny označeni pouze u podkategorie ADHD v dospělosti (suspektní vzhledem k ADHD v dětství) a to z důvodu zisku vysokých hodnot v AL (WURS 25) pod průřezovou hodnotou 46 bodů a současném nevyplnění kritických položek. Ze zjištěných charakteristik je patrný vliv neuropsychické problematiky na fungování jedinců od dětství – zvýšený výskyt problémů ve školní oblasti, v chování a výskyt časného abúzu návykových látek potvrzuje signifikantní část klientů s ADHD.

Vzhledem k počtu položek použité škály WURS – 61 se objevoval problém nevyplnění položek u většiny klientů z I. základní skupiny. Nevyplnění kritických položek ze škály WURS – 25 ovlivňovalo nejen výsledné skóre klientů s ADHD a tedy i chybnou diagnostiku, ale i klienty z II. základní skupiny bez ADHD, kteří byli označeni jako suspektní vzhledem k ADHD. K zajištění maximální možné spolehlivosti sebehodnotících dotazníků (konkrétně AL – WURS – 61) by bylo možné zkrácení verze WURS – 61 na WURS – 25, který je pro diagnostiku hodnotným a spolehlivým nástrojem (viz zahraniční studie).

Zkoumání c) výskytu komplikací na základě hodnocení terapeutů v léčbě u klientů s ADHD a klientů bez ADHD znamenalo zjištění, že komplikace se vyskytují u obou sledovaných skupin. Z hlediska závažnosti převažovaly komplikace u I. skupiny s ADHD, při vyhodnocení škálových položek byla „komplikovanější“ II. skupina bez ADHD. I. skupina s ADHD vykazovala závažnější komplikace v oblasti akceptace léčebného programu (výrazné zhoršení popsali terapeuti u čtvrtiny klientů s ADHD), v chování v rámci komunitního kolektivu (obsahově odlišné „výrazné“ komplikace), v podílení se na činnostech terapeutické komunity, v postoji k autoritám a plnění úkolů (zejména práce s deníkem a plnění osobních úkolů), v oblasti komplikací terapeutického programu (značný problém ve fyzických aktivitách, neobratnost, vyhýbání se),

ve způsobu odchodu z rezidenční léčby (čtvrtina klientů předčasný odchod, z toho většina early drop out a drop out z disciplinárních důvodů), v hodnocení komplikovanosti vzhledem k ostatním (necelá polovina hodnocena pozitivně). Zjištěnou a četnou komplikací u I. skupiny byla psychiatrická péče a medikace psychofarmaky během léčby, problémový vztah s primární rodinou, komplikace v léčbě označované terapeuty jako zásadní a negativní hodnocení behaviorálních projevů v léčbě (srovnání kontrolní skupina).

Při zpracování dotazníků od terapeutů (zejména CTQ a škálové položky) byl zjištěn vysoký počet vynechaných otázek, které bylo nutné zohlednit při celkovém vyhodnocování. Kvůli vysokému počtu vynechaných odpovědí (škála CTQ), které zasahovaly oblast sledovaných faktorů, nebylo možné veškeré dotazníky vyhodnotit. Hodnocení terapeutických pracovníků terapeutických komunit bylo v porovnání se sebeposuzovacími nástroji pro klienty charakterizováno velmi častým výskytem vynechaných odpovědí a vynechaných škálových položek. Jelikož jsou údaje od terapeutických pracovníků pro zjištění komplikací klientů v léčbě velmi důležité, lze diskutovat o tom, že zkrácení dotazníku by vedlo k ochuzení povahy získaných dat. Škála CTQ, která má 61 položek, kromě výsledného skóre přináší i díky kvalitativní analýze sledovaných oblastí vhled do fungování klientů v režimu terapeutické komunity. Dotazníky pro terapeuty nekorelovaly ve slovním a bodovém hodnocení klientů sledovaných skupin. Pokud byla skupina s ADHD hodnocena negativně, ve slovním hodnocení vycházela ve škálových položkách a součtu hodnot lépe, než skupina bez ADHD. Toto zjištění lze přičíst zastřené míře výskytu symptomů ADHD v dospělém věku a problematice rozpoznání uvedené poruchy a zároveň vysoké srovnatelnosti behaviorálních i kognitivních projevů obou skupin. Jako velmi přínosné se u uvedeného dotazníku jevily otevřené otázky a doplňující informace od terapeutů z oblasti změn v léčbě a rodinného prostředí.

Zjišťování d) vlivu ADHD na průběh a výsledek léčby v terapeutické komunitě ukázal, že uvedená porucha ovlivňuje začátek i průběh léčby. U ADHD klientů byly zjištěny problémy při zahájení i v průběhu léčby, které zastupovala výrazná individuální problematika, psychické projevy, rodinná problematika a fungování v rámci režimu a pravidel v terapeutické komunitě. Problémy, které byly identifikovány v začátku, se opakovaly i v průběhu léčby – psychické problémy často s intenzivnějšími projevy (agrese, impulzivita, sebelítost, negativní prožívání, depresivní ladění, emoční labilita,

výkyvy nálad). V behaviorální rovině se u klientů s ADHD vyskytovalo v průběhu léčby více negativních hodnocení (zhoršení velmi – chování celkové, v rámci komunitního kolektivu, postoj k autoritám…), pozitivní hodnocení (mírné zlepšení) bylo velmi nízké. Oblast bez zjištěných změn znamenala pro klienty s ADHD převážně hodnocení negativní vzhledem ke změnám v akceptaci léčebného programu a individuálních charakteristikách. ADHD klienti z hlediska úspěšného dokončení léčby a setrvání v programu vykazovali nejvíce early drop out a drop out klientů. Opakujícím se vzorcem bylo kolísání motivace a rychlé opouštění složitějších cílů a úkolů. U uvedené výzkumné otázky se do popředí vlivu dostávaly komplikace identifikované v předchozí výzkumné otázce.

Vzhledem ke sledování problematiky u obou skupin byly identifikované kategorie problémů a charakteristik klientů zasahujících do léčebného režimu podobné. Obsahově a dle hodnocení terapeutů, klienti s ADHD přinášeli do léčby více psychických a individuálních projevů, které zasahovaly do oblasti akceptace léčebného programu a fungování v něm. Nemalá část klientů byla popisována jako problematická ve vztahu k adaptaci na program – vyskytl se opakovaný problém s porozuměním struktuře a pravidlům, orientace v režimu a nízké samostatnosti (potřeba vyšší péče a doprovázení). Zároveň bylo zjištěno, že uvedení klienti v průběhu léčby dosahují velmi dobrých výsledků v pracovní terapii, jsou oceňováni za snahu (i přes výskyt opakovaných chyb, či porušení pravidel).

Odpověď na uvedenou výzkumnou otázku znamenala vyhodnocení zejména prvních položek v dotazníku pro terapeuty; zařazením položek (otevřených otázek) na úvod dotazníku se ukázalo jako velmi prospěšné k vytěžení maxima informací. Problém v dotazníku pro terapeuty se vyskytoval u otevřených otázek, které byly zařazeny až za škálu CTQ a kde byl počet úplné absence odpovědí nejvyšší. Vhodným doporučením by bylo zařazení škály CTQ na konec dotazníku pro terapeuty.

Posuzování d) zda současný systém umožňuje diagnostiku ADHD u klientů v terapeutických komunitách byly zjištěny zajímavé výstupy. Vzhledem k použití AL a škály WURS – 61 (pro diagnózu WURS – 25) bylo identifikováno 37 klientů s potencionální diagnózou ADHD v dětství. Uvedení klienti následně dosahovali i vyšších skóre v SD (ASRS v- 1.1) a to i v případě, že nenaplnili kritéria ke stanovení potencionální diagnózy ADHD v dospělosti/současnost. U klientů, kde na základě AL nebylo ADHD diagnostikováno, byly výsledné hodnoty a četnost výskytu symptomů

daleko nižší (vyjma suspektních). S odkazem na používání škály WURS v zahraničí a výše uvedené studie se AL jeví jako spolehlivý nástroj. Při použití SD (ASRS – v 1.1) bylo identifikováno 27 klientů s potencionální diagnózou ADHD v dospělém věku/ současnost. ASRS v- 1.1 je v zahraničí i v mnoha studiích hodnocena jako validní nástroj a její účinnost (jako screeningového nástroje) je popisována vzhledem k schopnosti záchytu ADHD na základě šesti položek. Klienti s ADHD dosahovali v uvedené škále (i v případě nenaplnění kritérií pro diagnózu) vysokých celkových skóre (není směrodatné k diagnostice) i hodnocení v četnostech výskytu symptomů (část A i B). Skupina bez ADHD v uvedené škále vykazovala výsledné skóre i četnosti výskytu symptomů nižší. Použitý SD a škálu ASRS v- 1.1 lze hodnotit jako velmi senzitivní nástroj k záchytu projevů ADHD v dospělém věku a v uvedené studii za nástroj, který projevy zachycuje. Uvedené klinické inventáře potvrdily ADHD u klientů, kteří v anamnéze uvedli LMD v dětství (potvrzena byla i současnost). Dotazník pro terapeuty a přetvořená škála CTQ přinesl zjištění o vysoké senzitivitě uvedené škály, ta zachycovala komplikace v léčbě, vzhledem ke sledovaným oblastem u všech klientů. Byl zjištěn rozdíl v bodovém hodnocení terapeutů u skupiny s ADHD a skupiny bez ADHD. Klienti bez ADHD ve škálových položkách CTQ dosahovali v průměru vyšších hodnot a závažnějších problémů v léčbě, než druhá skupina. Klienti s ADHD byli na uvedené škále hodnoceni obdobně jako kontrolní skupina, vyjma podkategorie ADHD dětství i dospělost (ostatní podkategorie nízké hodnocení). Při vyhodnocení faktorů škály CTQ a stanovení potencionální diagnózy splňovalo patologickou referenční hodnotu ve smyslu ADHD 19 klientů kontrolní skupiny a 20 klientů s ADHD (počet nevyhodnocených dotazníků – 1/3). Při sledování faktorů bylo zjištěno, že podskupina s ADHD v dětství i dospělosti dosahuje vyšších hodnot, než kontrolní skupina u faktoru nezúčastněnosti a pasivity a faktoru napětí a úzkosti. K diskuzi je nyní důvod, proč klienti s ADHD vycházejí ve slovním hodnocení jako komplikovanější, než v případě škály CTQ. Vzhledem k problematice diagnostiky ADHD v dospělém věku a zastřenosti symptomů je možné zvažovat nemožnost odlišení daného jedince na základě bodového hodnocení ve vztahu k jiným jedincům. Zároveň se ukazuje, že některé ze symptomů v dospělém věku jsou natolik odlišné od „normální“ populace, že je škála CTQ dokázala zachytit. Původní užití škály CTQ bylo určené pro učitele k posouzení žáků; lze polemizovat nad tím, zda terapeuti měli dostatečně dlouhou dobu potřebnou k pozorování klientů a tedy k následnému posouzení dle bodovací stupnice. Škálu CTQ lze považovat vzhledem k uvedeným

zjištěním za nástroj vhodný k doplnění informací k sebeposuzovacím dotazníkům. Užití pouze škály CTQ pro diagnostiku ADHD je vysoce nedostačující. Dotazník pro terapeuty a přetvořená škála CTQ jsou silným nástrojem k zjištění výskytu komplikací a průběhu léčby u jednotlivých klientů (otevřené otázky).

Podle výzkumných článků, které uvádějí problematiku ADHD v dospělosti, dochází k přetrvávání poruchy z dětství u 40 až 50% do dospělosti. Projevy v dospělosti zahrnují zejména emoční nezralost, emoční labilitu, impulzivitu a zkratkovité chování (Paclt, 2007b). Uváděné psychické problémy byly zjištěny i v případě předkládané studie u klientů s ADHD v dospělosti. Zajímavé je, že se u ADHD často (kromě abúzu návykových látek, asociálního či impulzivního chování) vyskytují souběžné komorbidní poruchy – zejména deprese, úzkostná porucha a obsedantně kompulzivní porucha (OCD). Tyto komorbidity mohou zastírat původní ADHD symptomatiku a vést k výraznému zkreslení stanovené diagnózy. V uvedeném výzkumu byli identifikováni klienti s OCD, PPP a depresemi (viz medikace klientů). V případě úzkostné poruchy dosahovali klienti z podskupiny ADHD v dětství i současnosti nejvyšších hodnot (škála CTQ) ve faktoru úzkosti a anxiety. Jako dominující se v dospělosti jeví porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita – dochází však k ústupu impulzivity a hyperaktivity při přetrvávání nevýrazných poruch pozornosti (Paclt, 2007b).

Uvedené poznatky o ADHD u klientů v terapeutických komunitách v České republice přinášejí první zjištění o možné (predikční) prevalenci. Uvedená zjištění se vzhledem k některým studiím rozcházejí a přináší vysoký počet klientů v léčbě s potencionální diagnózou ADHD, s jinými studiemi vykazují podobné závěry. Zajímavé zjištění je, že se v České republice klienti s potencionální diagnózou mezi léčenými uživateli vyskytují (dle výše uvedených zjištění) ve vysokém počtu, který přesahuje počet klientů bez diagnózy ADHD. Neméně zajímavé je zjištění v počtu osob, které naplňují jednotlivé podkategorie ADHD a vliv uvedené poruchy na fungování jedince v léčebném programu. Při sledování podskupiny s diagnózou ADHD pouze v dětství byly zjištěny komplikace v léčbě shodné s ostatními podkategoriemi ADHD a vyšší než v případě kontrolní skupiny. Nejvíce komplikací vykazují klienti s ADHD v dětství i v dospělosti, kde i podle použitých škál je četnost výskytu problémů a závažnost symptomatologie vysoká. Výsledky z hlediska komplikací přinášejí informace o problémech klientů s ADHD ve zvládání léčebného programu a ukazují na závažné problémy uvedené skupiny. Vzhledem k těmto zjištěním

je možné posoudit specifické potřeby uvedené klientely, které zasahují do oblasti individuálních schopností, psychických komplikací a problémům při zvládání některých částí léčebného programu. Zohlednění potřeb a neuropsychické problematiky může výrazně snížit počet early drop out či drop out klientů, zvýšit jejich zapojení v programu a profit z léčebných intervencí. Za přínosné lze považovat i potvrzení zvýšeného výskytu komplikací u klientů s duálními diagnózami. V uvedené studii byly popsány charakteristiky (odlišnosti a podobnosti) klientů s diagnózou ADHD, které ukazují četný výskyt problémů již v dětství a korelují s výzkumy, které ADHD uvádí, jako rizikové z hlediska abúzu návykových látek. Vzhledem ke sledování adiktologické problematiky je zásadním zjištěním věk první zkušenosti s ilegální látkou, ten se u většiny klientů s ADHD pohybuje pod hranicí 15- ti let. Tento fakt je významný z hlediska preventivních a osvětových činností, nejen pro adiktologické pracovníky, ale zakládá transdisciplinární působení. Velmi důležitým výsledkem uváděné studie je aplikace vytvořených klinických nástrojů v reálných podmínkách a zjištění jejich efektivnosti vzhledem k záchytu ADHD. Pokud bylo zjištěno, že uvedené nástroje jsou schopné zachytit klienty s diagnózou ADHD (splňující stanovená kritéria), je vhodným doporučením zajištění dalšího postupu k ověření předpokládané diagnózy. Možným pokračováním uvedené studie by bylo specifičtější zaměření na kognitivní, behaviorální, sociální a adaptační problémy klientů s diagnózou ADHD. To vše by mělo zahrnovat tvorbu specifických nástrojů a praktických doporučení k diagnostikování ADHD během základního psychiatrického vyšetření při vstupu do terapeutické komunity. Zřetel by měl být na jednoduchosti použitých nástrojů, aby jejich použití v klinické praxi odborníky neodrazovalo a nevedlo k odbývání posouzení klientů.

Pokud budeme reflektovat limity uvedené studie (popsáno průběžně v bodech a-e), je nutné vzhledem k povaze předvýzkumného šetření, zmínit problém při exploraci nezkoumaného jevu v konkrétních podmínkách terapeutických komunit. Za omezením stojí volba nástrojů k diagnostice, které bylo nutné z hlediska povahy výzkumného problému aplikovat na konkrétní případy a zjistit jejich schopnost zachycení problematiky. Tento limit je v pozadí v případě AL a SD, u dotazníku pro terapeuty se výsledná zjištění (vzhledem k diagnostice dle kritérií) rozcházejí. Významným omezením je i doba realizace výzkumu. Vzhledem k počtu získaných respondentů bez omezení, ale vzhledem k možnému zkreslení výsledných dat zásadní (viz výše ASRS v - 1.1.). Čas je významnou jednotkou i v dotazníku pro terapeuty, kde lze na základě

slovního zhodnocení klientů počítat s korelací ve škálových odpovědí, která nebyla zjištěna. Není možné opomenout lidský faktor při vyplňování dotazníků. Bylo zjištěno, že klienti vzhledem k zadané výzkumné činnosti (se kterou udělili souhlas) dosahovali signifikantně vysokého počtu vyplněných položek v porovnání s terapeutickými pracovníky. Ačkoliv souhlas s participací na výzkumu byl udělen všemi spolupracujícími komunitami, byl počet pracovníků, kteří vyplnili celý dotazník velmi nízký. Vzhledem k uvedenému problému je nutné vidět limit studie i v nedostatečné motivaci terapeutů a zájmu o danou problematiku, která dle výsledků studie není zanedbatelná.

V. ZÁVĚRY

Analýza dat byla provedena za pomoci clusterové analýzy, metody zachycení vzorců a techniky kontrastů a srovnávání, které doplňoval deskriptivní přístup. Nejprve bylo provedeno vyhodnocení škálových položek v anamnestickém listu (WURS – 61, WURS -25) a sebehodnotícím dotazníku (ASRS – v 1.1) a rozdělení výzkumného souboru na I. základní skupinu s ADHD a II. základní skupinu bez ADHD. Na základě výsledků škál bylo možné rozdělit I. základní skupinu s ADHD na tři podskupiny:

a) podskupinu s diagnózou ADHD v dětství,
b) podskupinu s diagnózou ADHD pouze v dospělosti/současnost a
c) podskupinu s diagnózou ADHD v dětství i v současnosti. Na základě rozdělení skupin bylo možné pracovat s dílčími metodami analýzy kvalitativních dat a zodpovědět výzkumné otázky.

1) Na základě výsledků klinických škál bylo zjištěno, že se v terapeutické komunitě vyskytují klienti s diagnózou ADHD; počet klientů naplňujících stanovená kritéria pro ADHD převyšuje počet klientů bez ADHD.

Z celkového počtu 76- ti respondentů bylo identifikováno 43 osob se symptomatologií ADHD. Podskupinu ADHD pouze v dětství tvořilo 16 osob; podskupinu ADHD pouze v současnosti 6 osob a podskupinu ADHD v dětství i současnosti 21 osob. U kontrolní skupiny byli za suspektní označeni 2 klienti z počtu 33 osob.

2) Na základě vyhodnocení anamnestických údajů a položek ze škály WURS a ASRS bylo zjištěno, že klienti s ADHD se shodují ve výrazných školních problémech, behaviorálních projevech během dětství a v přetrvávajících psychických komplikacích.

Shoda byla nalezena v časté péči u odborníků na duševní zdraví, logopedů, ve zkušenostech s diagnostickými a výchovnými ústavy. Klienti nejčastěji uváděli dokončené základní vzdělání, byl zjištěn shodně vysoký počet neukončených vzdělání. U klientů s ADHD byl zaznamenán výskyt další souběžné komorbidity a psychických problémů. Z hlediska adiktologické problematiky se užívání návykové látky objevuje

u většiny klientů před patnáctým rokem věku. Hlavní užívaná látka byl téměř pro celou skupinu pervitin, tlumivé látky se vyskytovaly zanedbatelně. Převažoval intravenózní způsob aplikace. Odlišnosti v dané skupině souvisely s odlišnou mírou komplikací u jednotlivých podskupin; podskupina s ADHD dosahovala v porovnání s ostatními četnějších a závažnějších komplikací v dětském i dospělém věku. Nejvyšší hodnoty v použitých škálách vykazovali klienti z podskupiny ADHD dětství i současnost; tento fakt souvisí s četností výskytu sledovaných problémů (v porovnání s ostatními podskupinami vyšší).

3) Bylo zjištěno, že u klientů s diagnózou se vyskytují závažnější komplikace v léčbě než u kontrolní skupiny.

U klientů s ADHD se vyskytovaly při analýze slovních odpovědí a škálových položek od terapeutů závažnější komplikace v oblasti akceptace léčebného programu, v chování v rámci komunitního kolektivu, v podílení se na činnostech terapeutické komunity, četně v oblasti plnění úkolů, v oblasti komplikací terapeutického programu a problému ve fyzických aktivitách, ve způsobu odchodu z rezidenční léčby a v hodnocení komplikovanosti vzhledem k ostatním klientům. Zjištěnou a četnou komplikací u I. skupiny byla psychiatrická péče a medikace psychofarmaky během léčby, problémový vztah s primární rodinou, komplikace v léčbě označované terapeuty jako zásadní a negativní hodnocení behaviorálních projevů v léčbě (srovnání kontrolní skupina). U kontrolní skupiny byly komplikace během léčby obdobné, ale vyskytovaly se v nižší míře. Kontrolní skupina byla ve slovních odpovědích lépe hodnocena než I. skupina s ADHD.

4) Bylo zjištěno, že ADHD u klientů v léčbě v terapeutických komunitách ovlivňuje začátek i průběh léčby. U klientů s ADHD se vyskytují komplikace, které propojují individuální rovinu, psychickou problematiku a schopnost fungování v rámci pravidel a řádu.

Klienti s ADHD jsou hodnoceni vzhledem ke kontrolní skupině negativněji, během léčby dochází k minimálním žádoucím změnám od zahájení léčby; objevuje se i velká část klientů s hodnocením zhoršení či výrazného zhoršení od počátku léčby. Behaviorální a psychické projevy klientů zasahují nejen do individuální oblasti (výrazně

nízké sebehodnocení u většiny souboru), ale i do schopnosti zapojení se a profitování z léčebného programu.

5) **Současný systém použitých klinických nástrojů – anamnestický list (WURS - 61/WURS-25) a sebehodnotící dotazník (ASRS – v1.1) lze vzhledem k výše uvedeným zjištěním považovat za spolehlivé nástroje, které zachycují klienty s ADHD symptomatologií. Dotazník pro terapeuty (škála CTQ) zachycují kromě klientů s ADHD i klienty bez uvedené diagnózy; není možné doporučit použití pouze dotazníku pro terapeuty (škály CTQ) jako jediného nástroje k záchytu ADHD.**

Podrobnější výsledky ukazují nejen na zastoupení klientů s ADHD mezi léčenými uživateli v šesti terapeutických komunitách v České republice, ale naznačují vliv uvedené problematiky na osobnost jedince a jeho schopnost. Problematika ADHD, která byla u převážné části souboru zjištěna již v dětství, je spojena se závažnými adiktologickými aspekty jako je věk prvního užití návykové látky a souběžná nejrizikovější forma jejího užívání. Neuropsychická problematika z hlediska individuální roviny vytváří nejen možnou predispozici, která byla několika studiemi de facto potvrzena, ale i deficit v oblasti adaptačních, kognitivních a behaviorálních oblastech. Tyto deficity se projevují v současnosti, jako komplikace při zvládání léčebného programu v terapeutických komunitách a jsou v porovnání s klienty bez ADHD výraznější. Výsledné rozdíly jsou mezi uvedenými skupinami ve výše jmenovaných oblastech signifikantní a není možné je z hlediska individualizace procesu léčby opomíjet.

Uvedené závěry nekonstatují, že pouze klienti s ADHD jsou v léčbě ti, kteří jsou „komplikovaní“ a predikční z hlediska neúspěšného absolvování léčebného programu. Hlavním úsilím předkládané výzkumné činnosti bylo zjištěnými závěry rozšířit poznatky o problematice ADHD v kontextu adiktologické klientely, aplikovat a zjistit účinnost klinických nástrojů, přinést vhled do uvedené výzkumné oblasti a podnítit další výzkumné i klinické činnosti v oblasti sledované problematiky. Uvedené zjištění klientů s potencionální diagnózou ADHD stojí za další výzkumné kroky.

VI. SOUHRN

Diplomová práce se zaměřovala na problematiku výskytu ADHD u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé v České republice, byla zjišťována prevalence ADHD u klientů v léčbě, vliv neuropsychické poruchy na průběh a výsledky léčby a na osobnost jedince.

Teoretická část se věnuje problematice duálních diagnóz u uživatelů návykových látek z hlediska problematiky léčebných intervencí, diagnostiky a ukazuje na spektrum detekovaných komorbiditních poruch. Stěžejním tématem je oblast duálních diagnóz u uživatelů návykových látek, které jsou nahlíženy, jako vysoce komplikující faktor vzhledem k osobnosti jedince v léčbě. Dle uvedených poznatků je duální diagnóza přítomná až u 30 – 50 % (EMCDDA, 2004) klientů v léčbě a je spojená s četným množstvím problémů uvedené klientely ve schopnosti obstát v běžně nastaveném léčebném programu a profitovat z něj. Výsledkem bývá předčasné ukončení léčby. Zároveň je věnována vysoká pozornost oblasti správné diagnostiky přidružené komorbidity, která významně ovlivňuje nastavení léčebného plánu a konečný efekt a výsledek léčby. Současné poznatky o léčbě duálních diagnóz u klientů z diagnostické skupiny F. 10 – F. 19 uvádějí jako vysoce efektivní způsob léčby „doubel focus therapy“ a trend směřuje k individualizaci v přístupu.

Problematika ADHD je v teoretické části uváděna ze základní charakteristiky, která zahrnuje diagnostiku, symptomatologii, etiopatogenezi, prevalenci a léčbu poruchy. Oblast diagnostiky zavádí téma na vysoce diskutovanou problematiku odkrytí přetrvávající symptomatologie poruchy v dospělém věku (dle studií v rozsahu 30 – 60%), kdy dochází k proměně jádrových příznaků a zároveň k přenášení potíží do dospělého věku (v případě absence adekvátní léčby). Informace o možnosti diagnostiky shrnují používané klinické nástroje v praxi s ohledem na dětský a dospělý věk; jsou uváděny diagnostické nástroje využívané ke komplexní diagnostice určené pro rodiče, blízké osoby a učitele. Navazující informace o účinku stimulancií u osob s ADHD vysvětlují paradox efektu medikace na základě neurologických deficitů a propojují možnost úlevy lege artis léčby s užíváním nezákonných stimulancií.

Velmi zkoumanou oblastí jsou komorbidity u ADHD, kde řada autorů přináší informace o širokém spektru přidružených problémů (např. Barkley, 2006), které zasahují celou bio-psycho-sociální oblast jedince a vedou k dodatečnému ztížení

jádrové symptomatologie. Propojení ADHD a sociálně nežádoucích jevů v chování je vzhledem k výskytu problémů s abúzem návykových látek (5,22 % osob užívajících NL mělo diagnózu ADHD – Arias et al., 2008) a jinými formami nežádoucího chování vysoké a potvrzuje, dle Paclta (2008a), hypotézu zvýšené predispozice osob s ADHD k abúzu. ADHD je, dle Schubinera et al. (2005), detekována u 20 – 30 % osob s drogovou závislostí a u 20 – 40 % dospělé populace je v přítomnosti či anamnesticky detekovatelná problematika závislostních vzorců ve vztahu k psychotropním látkám. Podíl psychiatrické komorbidity u ADHD je uváděn v rozmezí 60 – 70 % (Kooij et al., 2010; Nazar et al., 2008).

Spojujícím bodem problému užívání návykových látek a ADHD se stává model neurobiologický, model sebemedikace (Mikota, 1995) a zvýšené vulnerability jedince dle modelu adiktivně disponované osobnosti (Jeřábek, 2008), která je teoreticky popisována v kontextu deficitů osob ADHD. Vliv užívání návykových látek na osobnost je představován z deficitů na poli BPSS, behaviorální a kognitivní oblasti; závažnost vzniklých problémů v důsledku užívání část koreluje s vzorcem užívání a délkou drogové kariéry. Neuropsychická problematika a kontext zatížení osobnosti ukazuje na vysoké zraňování a stigmatizaci osob s ADHD od počátku perinatálního vývoje. Problémy v behaviorální, kognitivní a zejména v sociální/interpersonální interakci vedou v důsledku k vysoké stigmatizaci, problémům v sebepojetí a k zatížení v BPSS oblasti. Společný souběh ADHD a problematiky užívání/závislosti na NL z hlediska vlivu na osobnost znamená možný vzájemně posilující efekt, který je uváděn v oblastech jádra závislostní poruchy; závislostí vyvolané osobnostní nastavení, může pro osobu s ADHD představovat pozitivní pole, které vede k vyplnění dosavadních potřeb pozitivní intrapsychické bilance.

Léčba sledované duální diagnózy je reflektována v možnostech a mezích léčebného působení terapeutických komunit, které mají výlučné postavení v rámci celého spektra adiktologických služeb. Význam léčby v terapeutické komunitě je dokumentován na efektu účinných faktorů, léčebného kontinua a specifických faktorů na straně zařízení. Po léčbě delší než jeden rok je efektivita z hlediska přežití klienta bez relapsu velmi vysoká (Kalina, 2008). Průběh a výsledek léčby je současně ve vlivu klientského profilu a rizikových charakteristik cílové skupiny.

Cílem výzkumné části bylo zjistit, zda se v terapeutických komunitách vyskytují klienti s diagnózou ADHD (dětství, dospělost, dětství i dospělost), dále souvislosti mezi

uvedenou poruchou a jejím vlivem na osobnost jedince užívajícího návykové látky a především pak, zjistit případný vztah mezi touto poruchou a komplikacemi v průběhu léčby v terapeutických komunitách. Konkrétně bylo cílem zjištění, zda jsou klienti s ADHD asociováni s většími problémy ve schopnostech úspěšného absolvování léčebného režimu.

K naplnění tohoto cíle bylo využito kvalitativního výzkumného designu a kvalitativního vyhodnocení dat. Klinický inventář se sestával ze sebehodnotících nástrojů pro klienty - anamnestického listu (obsahoval škálu WURS – 61), sebehodnotícího dotazníku pro dospělého člověka (obsahoval škálu ASRS – v 1.1); dotazníku pro terapeuty (obsahoval přetvořenou škálu CTQ). Použité škály nebyly doposud standardizovány na českou populaci. Anamnestický dotazník zjišťoval výskyt ADHD v dětském věku na základě škály WURS – 61, ke stanovení potencionální diagnózy bylo využito zkrácené verze WURS - 25. Jako průřezová hodnota bylo využito skóre 46 ve 25ti položkovém dotazníku (Ward et. al., 1993). WURS je celosvětově používaný, validní nástroj k záchytu symptomatologie ADHD v dětském věku (McCann et. al., 2000; Matsumoto et. al., 2005). Sebehodnotící dotazník pro dospělého člověka zjišťoval výskyt symptomů ADHD v dospělém věku/současnost klientů v léčbě na základě škály ASRS – v 1.1. Použitá škála obsahuje 18 položek rozdělených do části A a B. Jako screeningový nástroj se používá část A (6 položek), které jsou popsány jako nejvíce prediktivní k diagnóze ADHD v dospělém věku (Kessler et. al., 2005). Část B slouží k dokreslení obrazu o rozsahu a intenzitě symptomatologie ADHD. Sebehodnotící dotazník byl doplněn o položky ke sledování základních anamnestických údajů o klientech a dokreslení obrazu rozsahu problémů. Dotazník pro terapeuty zjišťoval výskyt komplikací v léčbě u klientů v terapeutických komunitách pomocí otázek a škály CTQ a dodatečných údajů od terapeutů (slovní hodnocení, porovnání daného klienta vzhledem ke komplikacím v léčbě, bodové ohodnocení míry závažnosti komplikací). Škála CTQ je využívána na celém světě, v současné době existuje několik verzí (revidované); použití ve výzkumu popsal Conners (1969). V České republice uvedl škálu Paclt et. al. (2007) ve své knize ve spoluautorství s Šebekem.

Výzkumný soubor se skládal ze 76ti klientů šesti terapeutických komunit pro uživatele návykových látek. Výzkumný soubor byl složen ze dvou základních skupin – ze skupiny s ADHD s počtem 43 klientů (zastoupenou třemi podskupinami) a ze

skupiny bez diagnostikovaného ADHD s počtem 33 klientů (srovnávací skupina). Výzkumný soubor zastupovali klienti ve věku 15až 45 abstinující v chráněném prostředí minimálně 2 měsíce, u kterých byla indikována rezidenční léčba pro závažnější vzorce užívání návykových látek. Výzkumný vzorek byl rozdělen do skupin na základě vyhodnocení klinických inventářů (anamnestický list – AL, sebehodnotící dotazník – SD).

Výběr výzkumného vzorku byl proveden pomocí nepravděpodobnostní metody výběru (non-probabilistic sample); byla využita metoda záměrného (účelového) výběru výzkumného souboru - konkrétně záměrného účelového výběru přes instituce, která byla následně kombinována s metodou totálního výběru výzkumného souboru. Charakteristika jednotlivých výzkumných skupin byla odvislá od rozdělení výzkumného vzorku na základě vyhodnocení použitých klinických inventářů pro záchyt ADHD. Následně byla identifikována I. základní skupina klientů s potencionální diagnózou ADHD a dále členěna na tři podskupiny a) podskupina s diagnózou ADHD pouze v dětství, b) podskupina s diagnózou ADHD v současnosti a za c) podskupina s diagnózou ADHD dětství i současnost. II. skupinu tvořili jedinci bez zjištěného ADHD. Výzkum byl realizován od března do října, poslední data došla v polovině prosince. Kvalitativní analýza dat byla provedena za použití clusterové analýzy, metody zachycení vzorců a metody kontrastů a srovnávání v kombinaci s deskriptivním přístupem. Na základě analytické práce budou popsány odpovědi na stanovené výzkumné otázky takto:

1) **Vyskytují se v terapeutické komunitě klienti s diagnózou ADHD v dětství, v současnosti anebo v dětství i v současnosti?**

Na základě vyhodnocení anamnestického listu (škály WURS – 25) a sebehodnotícího dotazníku (škály ASRS v – 1.1) bylo zjištěno, že kritéria ke stanovení diagnózy splňuje celkem 43 klientů z celkového počtu 76 klientů. Na základě rozdělení klientů s ADHD do podskupin bylo zjištěno, že a) podskupinu s diagnózou ADHD pouze v dětství zastupuje 16 klientů (4 ženy); b) podskupinu s ADHD pouze v dospělosti 6 klientů (2 ženy) a c) podskupinu s ADHD v dětství i současnosti 21 klientů (9 žen).

2) Jaké existují odlišnosti či podobnosti mezi skupinou klientů s diagnostikovaným ADHD pouze v dětství, skupinou diagnostikovanou v dětství i v dospělosti a diagnostikovaným ADHD pouze v dospělosti?

Vyhodnocením sebeposuzovacích dotazníků a anamnestických informací pomocí metody zachycení vzorců a metody kontrastů a srovnávání bylo zjištěno, že se u I. základní skupiny vyskytují vzájemné společné charakteristiky. Skupinu zastupovali v převaze klienti ve věku 20 -30 let, o počtu 28 mužů a 15 žen, svobodní. Nejčastěji bylo uváděné základní vzdělání jako nejvyšší dokončené. Nedokončené vzdělání se vyskytovalo u většiny souboru. Společnou charakteristikou byly školní potíže (problémy s chováním, kázeňské problémy, poruchy učení, dyslexie, dysgrafie, záškoláctví, abúzus návykových látek, šikana či šikanování). Opakování ročníku uvedla malá část klientů, vyskytoval se shodně problém (v případě nedokončeného vzdělání) ukončování školy v I. či III. ročníku. Zkušenost s legálním zaměstnáním byla zjištěna u většiny souboru, absence zkušeností byla zaznamenána u podskupiny s ADHD pouze v současnosti. Zkušenosti s evidencí na úřadě práce z hlediska komplikací se objevovaly nejvíce u podskupiny s ADHD v dětství i dospělosti. Situaci s bydlením popisovala valná část klientů jako vysoce nejistou. Z adiktologických informací byla zjištěna shoda v hlavní užívané návykové látce – pervitin užívali téměř všichni klienti; tlumivé látky se vyskytovaly minimálně – pokud ano v kombinaci se stimulanty. Shoda byla zjištěna v první zkušenosti s návykovou látkou, která ve většině případů byla pod hranici 15ti let, převažoval intravenózní způsob aplikace látky a počet měsíců užívání nad 120 (vysoké procento klientů). U klientů s ADHD byl zaznamenán vysoký počet absolvovaných léčeb a vysoký počet nedokončených léčebných pokusů. Důsledky spojené s užíváním návykové látky – problémy ve finanční, právní, psychické a zdravotní oblasti se s opakujícími vzorci byly zjištěny v celé skupině. V dětství klientů byla shodně zaznamenána častá psychiatrická péče pro poruch učení, chování či nálady; častá medikace psychofarmaky, psychologické vyšetření či jiná péče z oblasti odborníků pro duševní zdraví. U podskupiny s ADHD v dětství i současnosti byly zjištěny odlišnosti v míře komplikací v oblasti zdravotní, psychické a adiktologické. Při vyhodnocování škál (WURS, ASRS v- 1.1., a CTQ) uvedená skupina dosahovala průměrných nejvyšších hodnot ve škálových odpovědích.

3) Vyskytují se u klientů s diagnózou ADHD (dětství/současnost, dětství i současnost) ve vyšší míře komplikace v léčbě při srovnání s kontrolní skupinou (bez ADHD)? Pokud ano, jaké a jak se projevují?

Vyhodnocení dotazníku pro terapeuty přineslo zjištění, že se komplikace v léčbě vyskytují o obou sledovaných skupin. Skupina s ADHD dosahovala výrazných komplikací zjištěných na základě slovního hodnocení terapeutů a v některých škálových položkách. Kontrolní skupina bez ADHD získala ve výsledném bodovém hodnocení škály CTQ průměrně vyššího počtu hodnot. U I. základní skupiny byly zjištěny problémy v a) akceptování léčebného programu, b) v chování v rámci komunitního kolektivu, c) podílení se na činnostech komunitního společenství, d) postoji k autoritě, e) vpozici ve skupině, f) v dodržování pravidel/komplikace v léčbě, g) způsobu odchodu z terapeutické komunity, h) ve výraznějších komplikacích ve srovnání s jinými klienty a i) v zásadních komplikacích v léčbě. V kategorii behaviorální zasahovaly komplikace do chování celkového, v rámci mezilidských vztahů v komunitě, do aktivity, pozice v rámci komunitního kolektivu a dodržování pravidel. Za významné zjištění lze považovat četnější výskyt early drop out a drop out klientů, adaptační problémy v programu, problémy s orientací v řádu a pravidlech. Jako závažná komplikace u I. skupiny s ADHD byla zjištěna nízká schopnost práce s agresí a impulzy, opakování medikace pro zhoršení psychických stavů, odchodové tendence a jejich nezvládnutí, zhoršování vztahů k terapeutickému týmu, nesoustředěnost. V porovnání s kontrolní skupinou byly komplikace četnější a z hlediska jejich povahy závažnější. Ve škále CTQ dosahovali klienti s ADHD průměrně nižších hodnot, než klienti kontrolní skupiny. Škála CTQ identifikovala více „pozitivních ADHD klientů" z kontrolní skupiny, než klientů ze skupiny s ADHD. Při vyhodnocení jednotlivých faktorů bylo zjištěno, že z hlediska komplikací poruch chování a hyperaktivity dosahovala kontrolní skupina vyšších hodnot. U faktoru nezúčastněnosti a pasivity a faktoru napětí a úzkosti bylo zjištěno, že podskupina s ADHD dětství i současnost vykazovala průměrně vyšší hodnoty, než kontrolní skupina.

4) Jaký je vliv ADHD na zahájení a průběh léčby v terapeutické komunitě?

Na základě analýzy dotazníku pro terapeuty byly zjištěny individuální charakteristiky, psychické odlišnosti a problémy ve fungování v rámci pravidel a řádu/ v rámci komunitního společenství, které se promítaly do začátku i průběhu léčby. Byl

zjištěn vliv přetrvávajících problémů v uvedených oblastech; behaviorální charakteristiky klientů vykazovaly absenci změny či mírné zlepšení; část klientů výrazné a mírné zhoršení. Bylo zjištěno, že vliv ADHD na počáteční období léčby zasahuje značně do individuální, psychické a komunitní problematiky. Individuální a psychické problémy představovaly manipulativní chování, nízkou samostatnost, problémy nízkého sebehodnocení a sebepřijetí, perfekcionismus, introverzi a snahu o izolaci mimo kolektiv, motivační nestálost, problém s prokrastinací…; jak v začátku, tak v průběhu přetrvával problém s ovládáním agresivity a impulzů, sebelítost, negativní prožívání, nestabilita nálad, emoční labilita, depresivní ladění… U klientů s ADHD se v začátku ve zvýšené míře objevovaly problémy s adaptací, akceptováním léčebného programu, v chování v rámci komunitního kolektivu, v podílu na činnostech komunitního společenství, v postoji k autoritám. Pozice ve skupině byla u klientů s ADHD spojena s individuálními komplikujícími charakteristikami (izolace a stranění se, či velikášské pocity a snaha o nadřazenost v počátku léčby). Byl identifikován problém s adaptací na nové podmínky, s dodržováním pravidel, problém orientace v pravidlech a struktuře opět propojující se s individuální rovinou (nesamostatnost). I. skupina měla v porovnání s jinými klienty již v počátku vyšší míru komplikací, terapeuti hodnotili uvedenou skupinu z hlediska výskytu problémů negativněji (srov. kontrolní skupina).

Behaviorální charakteristiky I. základní skupiny byly zřetelně odlišitelné z hlediska nejvíce komplikujících faktorů v léčbě (viz bod 6.3) a vzhledem k zahájení a průběhu léčby vykazovali klienti nízké zlepšení. I přes snahu klientů byly uváděny opakované chyby, porušování pravidel a nízká schopnost být samostatnější. ADHD zasahuje do uvedených rovin a do rodinné oblasti – byl zjištěn vyšší výskyt klientů (ADHD) s komplikovaným vztahem k primární rodině. Významný byl problém komplikací v porovnání s jinými klienty (viz bod 6.3), zejména psychiatrická péče, medikace psychofarmaky a duální diagnózy. Klienti s ADHD z hlediska vlivu na léčbu vykazovali vyšší míru early drop out a drop out, motivační nestálost a rychlé opouštění složitějších cílů a požadavků.

5) Umožňuje současný systém efektivní diagnostiku ADHD u klientů terapeutických komunit?

Při použití anamnestického listu (škála WURS – 61/ WURS – 25) a sebehodnotícího dotazníku (škála ASRS – v 1.1) bylo identifikováno z celkového počtu 76 respondentů 43 klientů s potencionální diagnózou ADHD. Klienti s diagnózou ADHD splnili stanovená kritéria v použitých škálách a vykazovali četnější výskyt sledovaných projevů neuropsychické poruchy než klienti bez ADHD (vyjma suspektních). Vzhledem k uvedeným zjištěním lze sebehodnotící nástroje pro klienty považovat za velmi senzitivní a efektivní k posouzení výskytu symptomů ADHD. Nástroje potvrdily výskyt ADHD u klientů, kteří uvedli diagnózu LMD v dětství. Dotazník pro terapeuty (škála CTQ) identifikoval vzhledem k patologickým hodnotám ve smyslu ADHD i klienty z II. základní skupiny bez ADHD.Počet klientů, kteří dle uvedené škály splňovali rozhraní k diagnóze, byl u kontrolní skupiny vyšší než u skupiny s ADHD. Vzhledem k původnímu užití škály CTQ, která byla přetvořena z dotazníku pro učitele k posouzení žáků (odlišná věková struktura), lze vysvětlit její limity při použití k diagnostice na populaci léčených uživatelů v komunitách (průměrný věk vyšší). Zároveň diagnostika ADHD v dospělosti je velmi obtížná díky nespecifičnosti symptomatologie. Škála dokázala zachytit zvýšený problém u podskupiny ADHD v dětství a současnosti ve faktoru nezúčastněnosti a pasivity a faktoru napětí a úzkosti (vyšší průměrné hodnoty, než kontrolní skupina). Tento problém se mohl odrazit při posuzování terapeutů ve škálových položkách stejně jako časový faktor (doba strávená s klientem v rámci různých činností v komunitě). Dotazník pro terapeuty (škálu CTQ) lze vzhledem k přínosu kvantity dat a senzitivnímu zachycení považovat za velmi kvalitní nástroj k doplnění informací o problematice ADHD; nelze jej doporučit jako jediný nástroj k diagnostice.

Výsledky výzkumu potvrdily výskyt klientů s diagnózou ADHD mezi léčenými uživateli v terapeutických komunitách v České republice. Zjištěná prevalence převyšuje počet klientů bez uvedené diagnózy. Bylo zjištěno, že osoby s ADHD vykazují společné charakteristiky, které se promítají do komplikací v léčbě. Výzkumná zjištění ukazují vliv ADHD nejen na začátek, ale i na průběh léčby. Z výsledků plyne zvýšené riziko nedokončení léčby, nižšího zapojení v programu a nižší schopnosti profitovat z léčebných intervencí. Zjištěné výsledky netvrdí, že by se komplikace nevyskytovaly i u klientů bez ADHD. Výsledné rozdíly jsou však mezi uvedenými skupinami ve výše

jmenovaných oblastech signifikantní a není možné je z hlediska individualizace procesu léčby opomíjet.

Důvodem, proč se komplikace a problémy v průběhu léčebného režimu u klientů s ADHD vyskytovaly, lze kromě výše zjištěných osobnostních charakteristik, směřovat i do teoretické oblasti neuropsychické poruchy. Neuropsychická problematika z hlediska individuální roviny vytváří nejen možnou predispozici k užívání návykových látek, která byla několika studiemi de facto potvrzena, ale i deficit v adaptačních, kognitivních a behaviorálních oblastech.

Limity studie mohou představovat problém při exploraci nezkoumaného jevu v uvedených podmínkách v České republice. Za omezením stojí i volba nástrojů k diagnostice, které bylo nutné z hlediska povahy výzkumného problému aplikovat na konkrétní případy a zjistit jejich schopnost zachycení problematiky. Nutno uvést, že ani jedna ze škál nebyla na českou populaci standardizována. Významným omezením by mohla být i doba realizace výzkumu vzhledem k možnému zkreslení výsledných dat zásadní (viz výše ASRS v- 1.1.). Čas byl významnou jednotkou i v dotazníku pro terapeuty, kde bylo možné na základě slovního zhodnocení klientů počítat i s korelací ve škálových odpovědích, která nebyla zjištěna. Vysoký počet nevyplněných položek v dotaznících od terapeutů znamenal i limity studie v nedostatečné motivaci terapeutů a zájmu o danou problematiku. Omezení by bylo možné vidět i v množství získaných dat a možné osobní předpojatosti výzkumníka k uvedené problematice i přes dodržování metodologických a supervizních postupů.

Hlavním úsilím předkládané výzkumné činnosti bylo zjištěnými závěry rozšířit poznatky o problematice ADHD v kontextu adiktologické klientely, aplikovat a zjistit účinnost klinických nástrojů, přinést vhled do uvedené výzkumné oblasti a podnítit další výzkumné i klinické činnosti v oblasti ADHD u léčených uživatelů v terapeutických komunitách.

VII. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

APA - American Psychiatric Association (2006). *Practice guideline for the Treatment of Patients with SubstanceUse Disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.

APA – American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders,* 4th Edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association.

Arias, A. J., Gelernter, J., Chan, G., Weiss, R. D., Brady, K. T., …Kranzler, H. R. (2008). Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addictive behaviors*, *33*(9), 1199-1207.

Balaštíková, B. (2007). Vztahové problémy dětí s hyperkinetickým syndromem a jejich terapie. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD.* Praha: Galén.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperaktivity disorder: A hadbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Buckley, P. F (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substanceabuse and severe mental illness. *Journal Clinical Psychiatry*;67, Suppl. 75-79.

Buckley, P. F. (2007). Dual Diagnosis of Substance Abuse and Severe Mental Illness: The Scope of the Problem. *Journal of Dual Diagnosis*; 3 (2), 59 – 62.

Bogenschutz, M. P., Rice, S. L., Tonigan, J. S., Vogel, S. W., Nowinski, J., …Arnella, P. B. (2014). 12-step facilitation for the dually diagnosed: A randomized clinical trial. *Journal of substance abuse treatment*.46 (4), 403 - 411

Drtílková, I. (2007a). Pohled na hyperkinetickou poruchu v historii. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD.* Praha: Galén.

Drtílková, I. (2007b). Klasifikace hyperkinetických poruch a terminologie. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD.* Praha: Galén.

Drtílková, I. (2007c). Klinický obraz. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD.* Praha: Galén.

Drtílková, I. (2007d). Hyperkinetická porucha (ADHD) v adolescenci a dospělosti. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD.* Praha: Galén.

Drtílková, I. (2007e). Současné názory na biologické příčiny hyperkinetické poruchy. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD.* Praha: Galén.

Drtílková, I. (2007f). Farmakologická léčba hyperkinetické poruchy. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD.* Praha: Galén.

Drtílková, I. (2007g). EEG u hyperkinetické poruchy. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al. (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD.* Praha: Galén.

Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (1999). Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union. *Scientific Monographs Series, No. 3*. Lisabon: EMCDDA.

EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004). *Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy.* Úkol drogy 14, Brífink Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost. Lisabon: EMCDDA.

EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006). *A gender perspective on drug use and responding to drug problems. Annual report on the state of the drugs problem in Europe 2006*. Luxembourg: Office for OfficialPublications of the European Communities.

EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007). *Annual report 2007 the state of the drugs problem in Europe.* Lisbon: EMCDDA.

EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014). Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future chalenges. Lisbon: EMCDDA.

Emmerik -van Oortmerssen, K., Glind, G., Brink, W.,Smit, F., Crunelle, v., Schoevers, R. A. (2012). Prevalence ofattention-deficit hyperactivitydisorder in substance use disorderpatients: A meta-analysis and meta-regressionanalysis. *Drug and Alcohol Dependence*; 122(1-2); 11 – 19.

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., …Sklar, P. (2005a). Molecular genetics of Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, (11)1, 1313-1323.

Faraone, S, V., Biederman, J., Spencer, T., Michelson, D., Adler, L. …Seidman, L. (2005b). Atomoxetine and Stroop Task Performance in Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology,* 15(4), 664 – 670.

Foltová, L. (2010). *Posouzení životní situace adolescentů s psychickými poruchami*. *Diplomovápráce.* Brno: FSS MU. Katedra sociální politiky a sociální práce.

Fišerová, M. (2003). Neurobiologie závislostí. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup.* Kapitola 2/2. Praha NMS: Úřad vlády České republiky.

Gerra, G. (2009). *Drug Demand Reduction: new challenges and perspectives*. Working Paper. Vienna: UNODC, Health and Human Development Section.

Hampl, K. (2003). Těkavé látky. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup.* Kapitola 3/8. Praha NMS: Úřad vlády České republiky.

Hartsough, C. S., & Lambert, N. M. (1985). Medical factors in hyperactive and normal children: Prenatal, developmental, and health history findings. American Journal of Orthopsychiatry; 55(2), 190 – 201.

Horner, B. R., & Scheibe, K. E. (1997). Prevalence and implications of attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 36(1), 30 – 36.

Hoza, B., Pelham, W. E., Dobbs, J., Owens, J. S., & Pillow D. R. (2002). Do boys with

attention−deficit hyperactivity disorder have positive illusory self−concepts? *Journal of Abnormal Psychology*; 111 (2), 268−278.

Huberman, A. M. & Miles, M. B. (1998). Data Managemet and Analysis Methods. In: Miovský, M. (2006b). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GradaPublishing.

Hyman, S. E. (2005). Addiction: a disease of leasing and memory. *American Journal of Psychiatry,* 162, p. 1414 – 1422.

Charvát, M. (2004). Problematika výběru účastníků výzkumu z řad uživatelů nelegálních drog. In Miovský, M., Čermák, I. & Řehan, V. (Eds.) (2004). In: Miovský, M. (2006b). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GradaPublishing.

Jeřábek, P. (2006). Osobnostní dispozice k drogové závislosti: Klinický pohled. *Adiktologie*;6(4), 493-505.

Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada Publishing.

Kooij, S., Bejerot, S, Blackwell, A, Caci, H., Casas-Brugué, M., …Asherson, P. (2010). European konsensus statement on diagnosis and treatment of Adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry;* 10(1), 67.

Kalina, K. & Vácha, P. (2013). Dual Diagnoses in Therapeutic Communities for Addicts – Possibilities and Limit so Integrated Treatment. [Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé - možnosti a meze integrované léčby]. *Adiktologie;*13 (2)**,** 144-164.

Kalina, K. (2003). Modely závislostí a přístupy v pomoci uživatelům drog. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. Kapitola 1/8. Praha NMS: Úřad vlády České republiky.

Kessler, R. C., Adler. L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, & Zaslavsky, M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*;163: 716–723.

Kooij, J. J., & Francken, M. H. (2010). Diagnostic Interview for ADHD in Adults Version 2.0 (DIVA 2.0) [Dutch: Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen]. *DIVA Foundation,* The Hague, the Netherlands.

Kalina, K. (2003). Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup.* Kapitola 4/9. Praha NMS: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. (2006). Duální diagnózy – komplikace v léčbě a po léčbě. Referát, X. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci. Měřín, 21. – 25. 5. 2006. Abstrakt: *Adiktologie*, roč. 6, Suppl.

Kalina, K. (2008a). Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s.

Kalina, K. (2008b). Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha: Grada Publishing, a. s.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing, a. s.

Kalina, K., Minařík, J. (2013). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. Kapitola 9, in: Kalina, K. a kol. (in print, 2014). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalivas, P. W., & Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, 162, p. 1403 – 1413.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., et al. (1996). Comorbidityof DSM-III-R major depressivedisorder in thegeneralpopulation: resultsfromthe US NationalComorbiditySurvey. *BritishJournalof Psychiatry*, Suppl., 168(30), 17-30.

Kessler, R .C., Adler, L., Ames, M., Delmer, O., Faraone, S., …Walters, E.E. (2005). TheWorldHealthOrganizationAdult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A ShortScreeningScalefor Use in theGeneralPopulation. *PsychologicalMedicine*, 35, 245-256.

Kessler, R. C., Lane, M., Stang, P. E., Van Brunt, D. L., & Trott, G. E. (2009). The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychological medicine*, *39*(1), 137.

Klempová, D. (2006). Kognitivní deficity způsobené užíváním stimulancií. In: Preiss, M., Kučerová, H. et al. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a. s.

Kooyman, M. (2005). Terapeutická komunita pro závislé. In: Nevšímal, P. (Ed). (2005). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna o.p.s. Originál: Kooyman, M. (1993). The terapeutic community for addicts. Intimacy, parents involvement and treatment sukces. Lisse: Swets and Zeitlinger.

Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Třetí, doplněné vydání. Praha: Galén.

Krivošíková, M. (2006). Ergoterapie u pacientů s poškozením mozku. In: Preiss, M., Kučerová, H. et al. (2006). *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada Publishing, a. s.

Kubů, P. (2006). Kognitivní deficity způsobené užíváním nikotinu. In: Preiss, M., Kučerová, H. et al. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a. s.

Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada Publishing.

Malá, E. (2000). Hyperkineticképoruchy(F90), Poruchychování (F91). In: Hort, V., Hrdlička, M., KocourkováJ.,MaláE.etal.(Ed): *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.

Malá, E. (2006). Jsou hyperkinetické poruchy mýtem? *Česká a Slovenská Psychiatrie, 102(3),* 142 - 148.

Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T., Kamijo, A., Iseki, E.,… Wada, K. (2005). Drugpreferences in illicitdrugabuserswith a childhoodtendencyofattention deficit/hyperactivitydisorder: A study usingtheWender Utah Rating Scale in a Japaneseprison. *Psychiatry and ClinicalNeurosciences*; 59(3), 311 – 318.

McCann, B. S., Scheele, L., Ward, N., &Roy-Byrne, P. (2000). Discriminant Validity oftheWender Utah Rating ScaleforAttention-Deficit/HyperactivityDisorder in Adults. *TheJournalof Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences;12:240-245.*

Melchior, M., Prokofyeva, E., Younès, N., Surkan, P. J., & Martins, S. S. (2014). Treatment for illegal drug use disorders: the role of comorbid mood and anxiety disorders. *BMC psychiatry*, *14*(1), 89.

Mikota, V. (1995). *Oovlivňování duševních chorob*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.

Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Miovská, L. & Miovský, M. (2006a). Kognitivní deficity způsobené užíváním konopných drog. In: Preiss, M., Kučerová, H. et al. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a. s.

Miovská, L. & Miovský, M. (2006b). Kognitivní deficity způsobené užíváním opioidů. In: Preiss, M., Kučerová, H. et al. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a. s.

Miovská, L., Miovský, M. & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada Publishing.

Miovská, L., Miovský, M. & Mravčík, V. (2006). Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog. Psychiatrie, 10(3), 150 – 156.

Miovská, L., Miovský, M. & Šulcová, A. (2008). Vliv užívání konopných drog na kognitivní funkce. In: Miovský, M. et al. (2008). *Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium*. Praha: Grada Publishing, a. s.

Miovský, M. (2003). Konopné drogy. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup.* Kapitola 3/5. Praha NMS: Úřad vlády České republiky.

Miovský, M. (2006a). Kognitivní deficity způsobené užíváním návykových látek. In: Preiss, M., Kučerová, H. et al. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a. s.

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

Miovský, M., Čablová, L. & Kalina, K. (2013). The Effects of ADHD on Particular Psychological Function and Life Sklills among Clients Undergoing Addiction Treatment in Therapeutic Communities. [Vliv ADHD na vybrané psychické funkce a na životní dovednosti u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách]. *Adiktologie*, 13(2), 130-143.

Mirin, S. M., Batki, S. L., Bukstein, O., Isbell, P. G., Kleber, H., …Lyketsos, C. (1995). American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders-alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry*, *152*(11), 4-59.

MKN – 10 (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize.* Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Monica, C., Nikkel, R. E. & Drake, R. E. (2010). Alcohol & Drug Abuse: Dual Diagnosis Anonymous of Oregon. *Psychiatric Services*, 61(8):738-40.

Montoya, I. D. (2006). Treatment Compliance in Patients with Co-Occuring Mental Illness and Substance Abuse. *Psychiatric Times*, 25(1), 26 – 32.

Mravčík, V., Zábranský, T., Korčišová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E. …Vopravil, J. (2003). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002 (Annual Report on Drug Situation 2002 – Czech Republic). Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., …Jurystová, L. (2013). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012* [*Annual Report on Drug Situation 2012 – Czech Republic]* Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V. & Nechanská, B.(2013). Terapeutické komunity ve Sčítání adiktologických služeb 2012. *Adiktologie,* 13 (2)**,** 140-153.

Nazar, B. P., Pinna, C. M., Coutinho, G., Segenreich, D., Duchesne, M., …Mattos, P. (2008). Review of literature of attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders. *Revista Brasileira Psiquiatry;* 30(4), 384–389.

Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy". In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup.* Kapitola 4/5. Praha NMS: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2006). Kognitivní deficity způsobené užíváním alkoholu. In: Preiss, M., Kučerová, H. et al. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a. s.

NIDA – National Institute on Drug Abuse (2004). *Inhalant Abuse (NIDA Research Report Series).* National Institutes of Healt: National Institute on Drug Abuse.

NIDA. (2008). *Comorbidity: addiction and OtherMentalIllnesses (NIDA Research Report Series*). NationalInstitutesofHealt: National Institute on Drug Abuse.

Paclt, I. (2007a). Hyperkinetický syndrom: klinický obraz a diagnostika. In: Paclt, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování.* Praha: Grada Publishing, a.s.

Paclt, I. (2007b). Hyperkinetický syndrom v dospělosti. In: Paclt, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování.* Praha: Grada Publishing, a.s.

Paclt, I. (2007c). Současnost a perspektivy psychofarmakoterapie ADHD/ hyperkinetické poruchy. In: Paclt, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování.* Praha: Grada Publishing, a.s.

Paclt, I. (2007d). Psychoterapeutická a psychosociální intervence u ADHD/ hyperkinetické poruchy. In: Paclt, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování.* Praha: Grada Publishing, a.s.

Paclt, I. (2007e). Etiologie a biologické aspekty ADHD. In: Paclt, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování.* Praha: Grada Publishing, a.s.

Paclt, I. (2007f). Stimulancia v současnosti a v minulosti v České republice. In: Paclt, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování.* Praha: Grada Publishing, a.s.

Paclt, I., Koudelová, J., Křepelová, A., Kopečková, M., Bauer, P. & Uhlíková, P. (2007). Biochemické markery a genetický výzkum ADHD. In: Paclt, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování.* Praha: Grada Publishing, a.s.

Páleníček, T. (2006). Kognitivní deficity způsobené užíváním MDMA. In: Preiss, M., Kučerová, H. et al. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a. s.

Pokorná, V. (2010). *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál.

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. & Rhode, L. S. (2007). The Worldwide Prevalence od ADHD: A Systematic Rewiev and Metaregression Analysis. *American Journal Psychiatry*; 164, 942 – 948.

Praško, J. et al. (2009). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi.* Praha: Grada Publishing, a. s.

Ptáček, R. (2007). Psychodiagnostika hyperkinetického syndromu (ADHD) u dětí. In: Paclt, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování.* Praha: Grada Publishing, a.s.

Richterová Těmínová, M., Adameček, D. & Kalina, K. (2003). Terapeutická komunita jako metoda a systém. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup.* Kapitola 8/8. Praha NMS: Úřad vlády České republiky.

Richterová Těmínová, M., Kalina, K. & Adameček, D. (2008). Terapeutická komunita a její aplikace. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s.

Sergeant, J. A. (2005). Modeling Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1248 – 1255.

Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Schoener, E. P. (2000). Prevalence ofAttention-Deficit/HyperactivityDisorder and ConductDisorderAmong Substance Abusers. *JournalofClinical Psychiatry*; 61(4), 244 – 251.

Siegfried, N. (1998). A review of comorbidity: major mental illness and problematicsubstance use. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*;32(5), 707-717.

Spencer, T. J., Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Coffey, B. …Wilens, T. (2001). Impact of tic disorder on ADHD Outcome Across the Life Cycle: Findings From a Large Group of Adults With and Without ADHD. *American Journal Psychiatry*, 158, 611 – 616.

Stein, M. A., Sandoval, R., Szumowski, E., Roizen, N., Reinecke, M. A., … Klein, Z. (1995). PsychometriccharacteristicsoftheWender Utah Rating Scale (WURS): reliability and factorstructureformen and women. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 425-433.

Šerý, O. (2007). Genetika hyperkinetické poruchy. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD.* Praha: Galén.

Theiner, P. (2007). Vyšetření hyperkinetického dítěte. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD.* Praha: Galén.

Vágnerová, M. (2001a). Specifické poruchy chování. In: Svoboda, M. (Ed.). (2001). P*sychodiagnostika dětí a dospívajících.* Praha: Portál.

Ward, M. F., Wender, P. H., &Reimherr, F. W. (1993). TheWender Utah Rating Scale: anaid in theretrospectivediagnosisofchildhoodattention deficit hyperaktivity disorder.*AmericanJournalof Psychiatry*, 150, 885-890.

WHO - World Health Organization (2004). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence.* Geneva: World Health Organization.

Wilens, T. E. (2004). Attention-deficit/hyperactivitydisorder and the substance use disorders: thenatureoftherelationship, subtypesat risk, and treatmentissues. PsychiatricClinicsofNorth America; 27, 283–301.

Wilens, T. E, Faraone, S. V., Biederman, J. & Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperaktivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. Pediatrics, 111(1), 179 – 185.

Williams, R., & Cohen, J. (2000). *Substance use and misuse in psychiatric wards. A model task for clinical governance?* Psychiatric Bulletin, 24, p. 43 – 46.

Uhrová, A. (2007a). Teorie, modely a přístupy k hyperkinetické poruše. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD.* Praha: Galén.

Uhrová, A. (2007b). Psychologická diagnostika. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD.* Praha: Galén.

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2004). *Psychiatrická péče 2003*. Praha:ÚZIS.

Zelinková, O. (2000). ADHD - terminologie, projevy, intervence. In: Kucharská, A. (Ed.). (2000). *Specifické poruchy učení a chování: Sborník 2000*. Praha: Portál.

Zelinková, O. (2003). *Poruchy učení – specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školmích dovedností.* Praha: Portál.

Žáčková, M. (2007). Zobrazovací metody mozku. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD.* Praha: Galén.