

VÝSKYT ADHD U OSOB ZÁVISLÝCH NA ILEGÁLNÍCH NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH LÉČENÝCH V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH V ČESKÉ REPUBLICE – PILOTNÍ STUDIE

původní práce

Eva Rubášová
Kamil Kalina
Michal Miovský
Lenka Čablová
Lenka Šťastná

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN
v Praze

Kontaktní adresa:

doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.
Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN
Apolinářská 4
120 00 Praha 2
e-mail: kalina@adiktologie.cz

Podpořeno Projektem GAČR
č. 14-07822S a Programem
institucionální podpory vědy
Univerzity Karlovy
PRVOUK-P03/LF1/9

SOUHRN

Rubášová E, Kalina K, Miovský M, Čablová L, Šťastná L. Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice – pilotní studie

Cíl: Cílem pilotní studie bylo zjistit, zda se v terapeutických komunitách pro drogově závislé (TK) v ČR vyskytují klienti s diagnózou ADHD v dětství, dospělosti anebo v dětství i v dospělosti.

Materiál a metoda: Výzkumný soubor tvořili klienti šesti participujících TK, celkem 76 klientů ve věku 15 až 45 let (27 žen, 49 mužů). Byl realizován dvoustupňový výběr v kombinaci záměrného výběru přes instituce s totálním výběrem. Pro zjištění potenciální diagnózy ADHD byly využity sebehodnotící dotazníky: pro výskyt ADHD v dětství anamnestický dotazník vytvořený pro účel výzkumu dle škály WURS-61, pro symptomatologii ADHD v dospělosti sebehodnotící dotazník vytvořený dle škály ASRS verze 1.1. Data byla analyzována na základě vyhodnocení klinických inventářů a fixní patologické průřezové hodnoty pro ADHD v kombinaci s deskriptivním přístupem a dílčími postupy analýzy kvalitativních dat.

Výsledky: Byla zjištěna vysoká míra prevalence potenciální diagnózy ADHD

SUMMARY

Rubášová E, Kalina K, Miovský M, Čablová L, Šťastná L. ADHD in Drug Addicts Undergoing Treatment in Czech Therapeutic Communities – a pilot study

Aim: The pilot study aimed to learn whether clients with ADHD (in childhood, in adulthood or both) can be found in therapeutic communities for drug addicts (TCs) in the CR.

Material and methods: The sample involved clients of six participating TCs, in total 76 clients aged 15-45 (27 women, 49 men). A two-step sampling procedure (intentional selection, total sampling) was used. The ADHD occurrence was surveyed by self-report questionnaires: for ADHD in childhood the case history sheet based on WURS-61, for ADHD symptoms in adulthood a questionnaire designed according to ASRS v1.1 were used. Data were analysed by the evaluation of questionnaires and a fixed cross-sectional pathology score for ADHD. A descriptive approach was combined with particular procedures of qualitative data analysis.

Results: A high prevalence of potential ADHD in the sample was found: 43 from the total 76 clients (56.6%) showed ADHD symptoms. The criteria for ADHD in childhood were met by 21 cli-

u uživatelů drog léčených v TK. Z celkového počtu 76 vykazovalo symptomatologii ADHD 43 klientů (56,6 %). Kritéria pro ADHD v dětství naplněvalo 21 klientů, pro ADHD v dospělosti 6 a pro ADHD v dětství i v současnosti 21 klientů.

Závěr: Uvedená zjištění potvrzují vysoký výskyt ADHD u uživatelů drog a vliv neuropsychické poruchy na vulnabilitu jedince s dopadem na bio-psycho-sociální oblast.

Klíčová slova: ADHD, screening, prevalence, terapeutická komunita, uživatelé ilegálních návykových látek.

ents, for ADHD in adulthood by 6, and for ADHD in childhood and in adulthood by 21 clients.

Conclusions: The findings can confirm the high rate of ADHD in substance users and the impact of neuropsychological disorders on individual vulnerability in the bio-psycho-social domain.

Key words: ADHD, screening, prevalence, therapeutic community, illicit drug users.

ÚVOD

Dle zahraničních i domácích studií je zřejmý vysoký podíl psychiatrické komorbidity u uživatelů návykových látek, v rozsahu 30–60 %.^{1,2,3} Hyperaktivní porucha s deficitem pozornosti (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – dále ADHD) má na této komorbiditě nezanedbatelný podíl. ADHD se zjišťuje u 9–45 % uživatelů návykových látek,⁴ některé studie uvádějí výskyt nad 50 %.⁵ Dle studie ELSPAC (European Longitudinal Study of Parenthood and Childhood) je ADHD závažná z hlediska vlivu na zvýšenou vulnabilitu jedinců s neurologickým poškozením ve vztahu k užívání návykových látek.⁶ 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 vulnabilitu jedince.⁷

Duální diagnózy u uživatelů návykových látek jsou spíše pravidlem než výjimkou. Spektrum komorbidních poruch je široké a zahrnuje různé diagnostické skupiny a poruchy v odlišných intenzitách. Společným jmenovatelem problémů přidružených k abúzu jsou komplikace, které daná osoba zažívá v životě a jež ovlivňují její životní spokojenost a životní dovednosti. Osoby užívající návykové látky v léčbě přinášejí na základě výskytu komorbidit problémy do oblasti efektivity léčby, možnosti profitu z programu a zvyšují nároky na odborný personál;³ standardně nastavený léčebný program je vzhledem k deficitům daných jedinců nadprahový a neindividualizovaný. Nutnost včasné a správné diagnostiky přidružené komorbiditě je zásadní;^{8,9} špatná diferenciální diagnosti-

ka vede k chybnému nastavení léčebného plánu a ovlivňuje motivaci klienta i výsledek léčebného kontinua v negativním směru. V případě ADHD u uživatelů drog se objevují další významné problémy – uvedený souběh diagnóz je často propojován s dalším komorbidním zatížením. U ADHD jsou dle Barkleyho¹⁰ často v souběhu závažné problémy – vyskytují se depresivní, úzkostné, bipolární poruchy; tikové poruchy, poruchy chování, poruchy učení a školních dovedností aj. Některé studie uvádějí podíl psychiatrické komorbidity u ADHD v rozmezí až 60–70 %.^{11–13} Na problematiku silné diagnostické stigmatizace navazuje riziko chybného diagnostikování ADHD v dospělosti. Zdroje uvádějí přetrvávání ADHD z dětství do dospělosti (věk uživatelů v léčbě) v rozsahu 30–50 %.^{14–16} Zrádnost diagnostiky odráží proměna symptomatologie poruchy. Problém transformace psychopatologie do méně nápadnějších symptomů (porucha pozornosti a impulzivita při ústupu primárního symptomu – hyperaktivity) znamená často chybnou diagnostiku, či přehlédnutí symptomů. V časných stadiích abstinence může být diagnostikování zároveň komplikováno jemným neurologickým poškozením v důsledku abúzu, zejména v případě metamfetaminu.

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 zvládnání a absolvování léčebného programu.³ Existuje tedy předpoklad vlivu ADHD na zvládnání běžně nastaveného léčebného programu, a tudíž i problém diagnostiky ADHD u klientů vstupujících do léčby v terapeutické komunitě.

Prevalence ADHD u klientů léčených v terapeutických komunitách

Prezentovaná kvaziexperimentální studie se v pilotní fázi zabývala výskytem ADHD u osob léčených pro syndrom závislosti v terapeutických komunitách pro uživatele ilegálních návykových látek. Byla zjišťována prevalence ADHD podle klinických inventářů vytvořených pro účely výzkumu na základě zahraničně standardizovaných škál. Výzkumné pole v České republice absentuje vzhledem k dané problematice informacemi a diagnostickými, resp. screeningovými nástroji standardizovanými na českou populaci; tedy i na populaci uživatelů návykových látek. Použité klinické inventáře vycházely z diagnostických kritérií pro ADHD dle DSM-IV a mapovaly výskyt symptomatologie poruchy v dětství i v dospělosti. Diagnostické položky byly doplněny o základní sociodemografické a anamnestické údaje ke sledování charakteristik vzorku.

CÍLE STUDIE

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda se v klientele terapeutických komunit pro drogově závislé v České republice vyskytují klienti s diagnózou ADHD (dětství, dospělost, dětství i dospělost), dále souvislosti mezi uvedenou poruchou a jejím vlivem na osobnost jedince užívajícího návykové látky. Zjištění a následné posouzení vycházelo ze specifických sebesposuzovacích dotazníků pro klienty. Výsledné hodnoty z hlediska předpokládané diagnózy ADHD byly následně porovnávány s relativní normou, kterou představovali klienti bez předpokládané diagnózy ADHD. Byly zjišťovány rozdíly v kognitivních, behaviorálních a sociálních aspektech osobnosti a rozdíly v průběhu léčby z hlediska adaptability a schopnosti úspěšného absolvování programu. Výzkumný problém zahrnoval tyto potřeby:

- definovat specifické nástroje pro diagnostiku, resp. screening ADHD u klientů léčených v terapeutických komunitách, konkrétně dotazníky na projevy ADHD v dětství a v dospělosti;
- 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.

Výzkumné otázky vycházely z cílů studie; bylo zjišťováno:

- zda se v terapeutické komunitě vyskytují klienti s předpokládanou diagnózou ADHD v dětství, v současnosti anebo v dětství i v současnosti;

- zda a jaké existují odlišnosti či podobnosti mezi skupinou klientů se zjištěnými projevy ADHD pouze v dětství, skupinou s projevy v dětství i v dospělosti a skupinou se zjištěnými projevy ADHD pouze v dospělosti.

Vzhledem ke stanovenému výzkumnému problému ad b) a ke stanovené výzkumné otázce č. 2 je nutné sdělit proběhlou analýzu dat vzhledem k charakteristikám výzkumného souboru – uvedená problematika není předmětem deskripce předkládaného článku z důvodu rozsahu interpretovaných zjištění.

METODA

Popis 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, věkové rozmezí 15–45 let, abstinující v chráněném prostředí minimálně 2 měsíce, s indikací k residenční léčbě. Výzkumný vzorek byl rozdělen do skupin na základě vyhodnocení sebesposuzovacích screeningových nástrojů a škál pro záchyt ADHD.

Výběrový soubor byl sestaven prostřednictvím dvoustupeňové procedury kombinující metodu záměrného (účelového) výběru výzkumného souboru; konkrétně záměrného účelového výběru přes instituce (v tomto případě TK) a metody totálního výběru. První část procedury byla realizována e-mailovým a telefonickým kontaktem s klíčovými pracovníky ve vybraných šesti certifikovaných terapeutických komunitách (z celkového počtu 12, tj. 50 % ze všech možných), kteří uskutečňovali sběr dat. V jednom případě byl kontakt s terapeutickou komunitou osobní a sběr zajišťoval výzkumník po dohodě s vedením komunity. Záměrný výběr výzkumného souboru (první stupeň) byl následně kombinován s metodou totálního výběru (druhý stupeň) výzkumného souboru z důvodu nutnosti komplexního vyhodnocení celého výzkumného souboru a zmapování výzkumného prostředí (tj. do výzkumu bylo zařazeno 100 % všech léčených klientů v šesti vybraných TK, kteří dali souhlas s účastí na studii). Výběrový vzorek byl následně rozdělen do dvou základních skupin na základě vyhodnocení screeningových nástrojů

Tab. 1. 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)

Tab. 2. **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(á)/rozvedený(á)	3	0
Zaměstnání	Nezaměstnaný(á)/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

pro záchyt ADHD. 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. Přehled charakteristik výzkumného vzorku a základních sociodemografických údajů uvádí tab. 1 a tab. 2.

Rozdělení vycházelo z vyhodnocení použitých klinických inventářů. Pro účely diagnostikování poruchy byly vytvořeny dva screeningové sebesposuzovací 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 sebesposouzení respondentů. Druhým nástrojem byl sebesposuzovací dotazník, vytvořený podle škály ASRS verze 1.1 (Adult Self-Report Scale), který sledoval symptomy ADHD v dospělosti. Respondenti hodnotili svůj současný stav po minimálně dvou měsících abstinence.

Popis použitých metod

Data byla získána s využitím sebehodnoticí testové baterie pro klienty, která byla složená z anamnestického listu (AL) a sebehodnoticího dotazníku (SD). Anamnestický list k diagnostice projevů ADHD v dětství (WURS-61/WURS-25) byl vytvořen podle škály WURS-61 (Wender Utah Rating Scale), vyhodnocení vycházelo ze škály WURS-25. Kromě WURS-61 se nejen pro výzkumnou činnost v zahraničí používá zkrácená verze; WURS o 25 položkách (WURS-25). WURS-25 (v zahraničí validní, reliabilní) vychází z původního 61položkového dotazníku, tyto položky popsali Ward, Wender a Reimherr¹⁷ jako nejsilněji konzistentní k ADHD. Autor také popisuje vysokou spolehlivost tohoto nástroje při použití u dospělých. Wenderova škála představuje nástroj ke strukturovanému vyšetření dospělých. Pomocí uvedeného nástroje je respondent retrospektivně dotazován na vyhodnocení dětství. Uvedený nástroj je používán ke zjištění symptomatologie ADHD v dětství na celém světě, má dobrou vnitřní konzistenci i test-retest reliabilitu.¹⁷ V České republice nebyla provedena validizace ani standardizace. Tab. 3 uvádí oblasti hodnocení dle WURS-25.

Sebehodnoticí dotazník (SD) vycházel z ASRS – verze 1.1 (Adult Self-Report Scale), který slouží ke zjišťování symptomatologie ADHD v dospělosti. Škála obsahuje celkem 18 položek, jež korespondují s kritérii DSM-IV pro ADHD. Prvních šest položek je nejvíce prediktivních z hlediska příznaků ADHD. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS verze 1.1) byla vyvinuta WHO (World Health Organization) ve spojení s týmem psychiatrů, odborníků ADHD a výzkumných pracovníků a použita v mnoha studiích.¹⁸

Tab. 3. **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.	

Metody zpracování a analýzy dat

Získaná data byla fixována v textové podobě dokumentů vytvořených pro výzkumnou činnost; následně byla transkribována do elektronické textové podoby. Z důvodů ochrany osobních údajů byli terapeutické komunity i respondenti kódováni kombinací abecedních a číselných kódů. Doslovná transkripce byla provedena u škálových odpovědí, v případě otevřených otázek byly odpovědi při transkripci redukovány na jádrová sdělení. Systematické i nesystematické vlivy výzkumníka byly minimalizovány pomocí vnějšího auditu. Systematizace pokračovala technikou barvení textu k rozlišení hodnocených položek jednotlivých dotazníků relevantních k zjištění symptomatologie ADHD. K systematizaci dat pro kvalitativní analýzu textových částí dotazníku byla použita technika kódování dat podle výzkumných otázek a oblastí.

Ke zjištění výskytu klientů s ADHD bylo využito vyhodnocení škál na základě dostupných a relevantních odborných zdrojů. V případě AL, který vycházel ze škály WURS-61, byla použita průřezová hodnota (patologická orientační ve smyslu ADHD) 46 a vyšší při vyhodnocení 25 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.^{17,19,20} SD, který vycházel ze škály ASRS verze 1.1 a zjišťoval projevy ADHD v dospělosti, byl vyhodnocen podle manuálu ASRS verze 1.1.²¹ 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 skupina s projevy ADHD.

VÝSLEDKY

Výskyt klientů s potenciální diagnózou ADHD v terapeutických komunitách

Na základě vyhodnocení škálových položek byli klienti rozděleni do dvou základních skupin (I. klienti s pravděpodobnou diagnózou ADHD, II. klienti pravděpodobně bez diagnózy ADHD); následně byla I. skupina rozdělena na 3 podskupiny. Celkový počet respondentů byl 76 z celkem 6 terapeutických komunit v České republice. Z uvedeného počtu nebyla k potenciální 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 skóre v anamnestickém listu (WURS 25), přičemž výsledný součet 25škálového dotazníku zůstal 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 skóre v anamnestickém listu (dle WURS) a sebehodnotícím dotazníku (dle ASRS v 1.1) uvádí tab. 4.

Celkový počet klientů s potenciální diagnózou ADHD, kteří tvořili I. základní skupinu, byl 43. Z celkového po-

Tab. 4. 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 30,0	17–47 27,6
Suspektní klienti ADHD dospělost; počet (nevyplněná pole)	0	0	0

čtu respondentů se jednalo o 56,6% klientů z uvedeného výzkumného souboru. Podle výše popsaných kritérií byla základní skupina rozdělena na tři podskupiny. Podskupinu s potenciální diagnózou ADHD pouze v dětství tvořilo 16 klientů; podskupinu s potenciální diagnózou pouze v dospělosti tvořilo 6 klientů a podskupinu s potenciální 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 tab. 5.

Skupina s potenciální diagnózou ADHD v dětství se ve velké míře překrývala se skupinou s projevy ADHD v dospělém věku. Pozitivní zjištění ADHD v dětství dle AL korelovala se zjištěním ADHD i v současnosti/dospělosti

Tab. 5. 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

Tab. 6. 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 verze 1.1; 18 položek), rozptyl hodnot	31–60	28–56	28–60
Skóre SD (ASRS verze 1.1; 18 položek), průměr	42,4	41,5	42,04
Počet – suspektní klienti vzhledem k diagnóze ADHD v dospělosti	5	2	7

Tab. 7. Přehled diagnostického zhodnocení výzkumného souboru

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

Pozn.: *Jedna žena s ADHD hodnocena pouze na základě AL (WURS-61/WURS-25).

u 21 klientů. 16 klientů, kteří dosahovali skóre 46 a vyššího, nenaplnilo kritéria ke stanovení potenciální diagnózy ADHD v dospělosti. U těchto respondentů byly pozorovány v SD (ASRS verze 1.1 – část B) daleko vyšší a častější doprovodné symptomy zkoumané diagnózy.

Při vyhodnocení výsledků ze sebehodnotícího dotazníku (SD) podle ASRS verze 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 verze 1.1 nevyužívá žádné celkové skóre 18položkového dotazníku, tab. 6 uvádí přehled výsledků vyhodnocení SD a i celkové hodnoty použitého nástroje u klientů s diagnózou ADHD v dospělosti. Tabulka s výslednými skóre je ve smyslu ADHD orientační, při interpretaci výsledků a stanovení potenciální diagnózy není výsledné skóre směrodatné. Komplexní přehled složení výzkumného souboru a výsledků screeningu uvádí tab. 7.

DISKUSE

ADHD a vliv poruchy na osobnost jedince z hlediska predispozice k užívání návykových látek a vysokému výskytu

komplikací při fungování v běžném životě byl prokázán v mnoha klinických ilustracích, zahraničních studiích i v metaanalýze.²² 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 byla komplexní absence informací k vyhodnocování použitých škál v České republice, které uvádí Paclt¹⁴ ve své knize (WURS). Z tohoto důvodu bylo v případě škály WURS použito zahraničních zdrojů a výzkumných článků, totéž i u Adult Self-Report Scale (ASRS verze 1.1).

Na základě vyhodnocení škál ze sebehodnotících nástrojů pro klienty bylo zjištěno, že se v terapeutických komunitách vyskytují klienti s potenciální diagnózou ADHD ve vysokém počtu (z celého souboru jde o necelých 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/dospělosti (21 klientů). Uvedená skupina zcela splňovala stanovená kritéria v použitých klinických nástrojích nutná k stanovení potenciální diagnózy. Výsledná zjištění některé studie potvrzují a jiné vyvracejí – neliší se od studií, které uvádějí výskyt ADHD u 50 % a více uživatelů návykových látek.⁵ Jiná studie²³ uvádí prevalenci ADHD 28 % u mužů a 19 % u žen, celkově splňovalo kritéria pro diagnózu ADHD 39 % participantů. Další studie uvádí výskyt ADHD u problémových uživatelů či závislých na alkoholu, ilegálních drogách v rozmezí 9–45 %.⁴ Zjištěný počet osob v uvedené studii ukazuje na potenciální klienty s diagnózou ADHD; výše uvedená studie²³ z 39 % participantů, kteří splňovali kritéria, stanovila diagnózu u necelé poloviny z nich.

Použité škály představují dle jejich autorů mnohostranné diagnostické, resp. screeningové nástroje, které jsou schopné zachytit i jiné psychické poruchy. Tím mohl být ovlivněn celkový výsledek ADHD pozitivních. 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 verze 1.1 jako nedostatečná (možná rezidua po užívání metamfetaminu). V manuálu ke škále ASRS verze 1.1 se v doporučení uvádí sebezpozuzení 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 zkrácení ve výsledném skóre možné. V případě použití uvedené škály lze doporučit její aplikaci po delší než dvouměsíční době abstinence. U škály ASRS verze 1.1 byli identifikováni tři klienti ve věku 15–18 let, u dvou z nich byla na základě škály stanovena potenciální 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)).

Uvedené poznatky o ADHD u klientů v terapeutických komunitách v České republice přinášejí první zjištění o možné (predikční) prevalenci. Zajímavé zjištění je, že se v České republice klienti s potenciální diagnózou mezi léčenými uživateli vyskytují (dle výše uvedených zjištění) ve vysokém počtu, který přesahuje počet klientů bez charakteristik svědčících pro ADHD.

Limit uvedené studie vzhledem k její pilotní povaze představoval problém explorace nezkoumaného jevu v konkrétních podmínkách terapeutických komunit. Za omezením stojí volba dotazníkových nástrojů, které bylo nutné z hlediska povahy výzkumného problému aplikovat na konkrétní případy a zjistit jejich schopnost zachycení problematiky. Významným omezením je použití výzkumných nástrojů vzhledem k včasné fázi léčby.

ZÁVĚR

Vyhodnocení škálových položek v AL (WURS-61, WURS-25) a SD (ASRS verze 1.1) umožnilo 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 potenciální diagnózou ADHD v dětství, b) podskupinu s potenciální diagnózou ADHD pouze v dospělosti (současnost) a c) podskupinu s potenciální diagnózou ADHD

v dětství i v současnosti. Bylo zjištěno, že se v terapeutické komunitě vyskytují klienti s potenciální diagnózou ADHD ve značné míře; počet klientů naplňujících stanovená kritéria pro ADHD převyšoval počet klientů bez ADHD. Z celkového počtu 76 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.

Uvedené závěry nekonstatují, že 43 osob, které naplňovaly kritéria pro diagnózu ADHD, je z hlediska klinické diagnózy skutečně pozitivních. Poukazují však na možný vysoký počet klientů v terapeutických komunitách, jejichž symptomatologie může značit komplikovanější, predikčně negativní průběh z hlediska absolvování léčebného programu. Tento předpoklad potvrdila druhá část této pilotní studie, publikovaná jinde.^{24, 25} U klientů s potenciální diagnózou ADHD byl zjištěn vysoký výskyt komplikací vzhledem k začátku, průběhu a předčasnému ukončení léčby.

Předkládaný výzkum usiloval především o rozšíření poznatků o problematice ADHD v kontextu adiktologické klientely, dále o prověření aplikačních možností a účinnosti klinických nástrojů a v neposlední řadě o podnícení další výzkumné i klinické činnosti v oblasti sledované problematiky. Výstupy studie korespondují s nálezy jiných autorů²⁶ a upozorňují, že problematika závislých klientů s potenciální diagnózou ADHD stojí za další výzkumné kroky a podněty pro léčbu.

LITERATURA

- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy. Úkol drogy (Drugs in Focus) 14. Brífink Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost. Lisabon 2004; EMCDDA.
- NIDA – National Institute on Drug Abuse. Comorbidity: addiction and Other Mental Illnesses (NIDA Research Report Series). National Institutes of Health 2008; National Institute on Drug Abuse.
- Kalina K, Vácha P. Dual Diagnoses in Therapeutic Communities for Addicts – Possibilities and Limits of Integrated Treatment. Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. Adiktologie 2014; 13 (2): 144–164.
- Wilens TE. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. Psychiatric Clinics of North America 2004; 27, 283–301.
- Horner BR, Scheibe KE. 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 1997; 36 (1): 30–36.
- Foltová L. Posouzení životní situace adolescentů s psychickými poruchami. Diplomová práce. Brno 2010; FSS MU, Katedra sociální politiky a sociální práce.
- Malá E. Jsou hyperkinetické poruchy mýtem? Čes a slov Psychiat 2006; 102 (3): 142–148.
- Kalina K. Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In: Kalina K et al. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing; 2008.
- Miovska L, Miovska M, Kalina K. Psychiatrická komorbidita. In: Kalina K et al. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing; 2008.
- Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (3rd ed.). New York: Guilford Press; 2006.
- Kooij JJ, Francken MH. Diagnostic Interview for ADHD in Adults Version 2.0 (DIVA 2.0) Dutch: Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen. DIVA Foundation, The Hague 2010, the Netherlands.
- Nazar BP, Pinna CM, Coutinho G, Segenreich D, Duchesne M et al. Review of literature of attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders. Revista Brasileira Psiquiatria 2008; 30 (4): 384–389.
- van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, Koeter MWJ, Allsop S, Auriacombe M et al. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. Addiction 2014; 109 (Feb. 2014): 262–272.
- Paclt I. Hyperkinetický syndrom v dospělosti. In: Paclt I. et al. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha: Grada Publishing; 2007.
- Drtílková I. Hyperkinetická porucha (ADHD) v adolescenci a dospělosti. In: Drtílková I et al. Hyperkinetická porucha. ADHD. Praha: Galén; 2007.
- Malá E. Hyperkinetické poruchy (F90), Poruchy chování (F91). In: Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E et al. (eds.): Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál; 2000.
- Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. American Journal of Psychiatry 1993; 150: 885–890.
- Hines JL, King TS, Curry WJ. The adult ADHD self-report scale for screening for adult attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). The Journal of the American Board of Family Medicine 2012; 25 (6): 847–853.

19. McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P. Discriminant Validity of the Wender Utah Rating Scale for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2000; 12: 240–245.
20. Matsumoto T, Yamaguchi A, Asami T, Kamijo A, Iseki E et al. Drug preferences in illicit drug abusers with a childhood tendency of attention deficit/hyperactivity disorder: A study using the Wender Utah Rating Scale in a Japanese prison. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2005; 59 (3): 311–318.
21. Kessler RC, Adler L, Ames M, Delmer O, Faraone S et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A Short Screening Scale for use in the general population. *Psychological Medicine* 2005; 35: 245–256.
22. van Emerik-van Oortmerssen EK, Glind G, Brink W, Smit F, Crunelle van E et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 2012; 122 (1–2): 11–19.
23. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M et al. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder among substance abusers. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000; 61 (4): 244–251.
24. Kalina K, Rubášová E, Miovský M, Čablová L, Šťastná L. Vliv ADHD na proces a výstupy léčby u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé v České republice – pilotní studie. *Adiktologie* 2014, 14 (3): 228–246.
25. Rubášová E. ADHD u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé – prevalence, vliv na osobnost a na průběh a výsledek léčby. Diplomová práce, vedoucí Kalina, K. Univerzita Karlova v Praze 2014, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.
26. Miovský M, Čablová L, Kalina K. The effects of ADHD on particular psychological functions and life skills 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* 2013, 13 (2): 130–144.

referáty z literatury

Nierenberg AA, Kansky Ch, Brennan BP et al. Mitochondrial modulators for bipolar disorder: A pathophysiologically informed paradigm for new drug development

(Mitochondriální modulátory pro bipolární poruchu: patofyziologické paradigma pro vývoj nového léku)
Aust N Z J Psychiatry 2013; 47 (1): 26–42

Pacienti s bipolární poruchou často relabují během 12 měsíců od své předchozí epizody nálady, a to dokonce v kontextu adekvátní léčby. To naznačuje, že jsou zapotřebí lepší pokračovací a udržovací léčby. Za základ použili američtí autoři z Massachusetts General Hospital v Bostonu nový výzkum patofyziologie bipolární poruchy a posoudili důkazy pro mitochondriální dysregulaci a vybrané mitochondriální modulátory (MMs) jako potenciální léky.

Autoři posoudili literaturu ohledně mitochondriální dysfunkce a potenciálních MMs hodných studia, které by mohly zlepšit průběh bipolární poruchy, redukovat subsyndromální příznaky a předejít následným epizodám nálady.

Léčba MMs cílí na mitochondriální dysfunkci, oxidační stres, změněný energetický metabolismus mozku a poruchu regulace mnoha mitochondriálních genů u pacientů s bipolární poruchou. Několik přijatelných a snadno dostupných kandidátů zahrnuje N-acetylcystein, acetyl-L-karnitin, S-adenosylmethionin, koenzym Q10, kyselina alfa-lipoovou, kreatin monohydrát a melatonin.

Autoři dále probírají specifické metabolické cesty, jimiž tyto MMs mohou zlepšit příznaky bipolární poruchy. Zajímavé by mohly být i kombinace vybraných MMs.

Podle závěrečného konstatování autorů narůstající údaje zahrnují mitochondriální dysfunkci jako důležitou komponentu patofyziologie bipolární poruchy. Klinické studie individuálních MMs i jejich kombinací jsou oprávněné.

Ritter PS, Bauer M, Pilhatsch M Ketamin als Antidepressivum

(Ketamin jako antidepresivum)
Nervenarzt 2014; 85 (11): 1432–1435

Léčba depresivních epizod bývá charakterizována zpožděním reakce antidepresiv a vysokým poměrem neúspěchu léčby. V posledních letech několik otevřených a 5 kontrolovaných studií prokázalo antidepresivní účinnost ketaminu (antagonista receptoru N-methyl-D-aspartátu glutamátu) u psychotické deprese, včetně bipolární. Kromě toho nová studie prokázala prospěšnost ketaminu v provedení pro nosní aplikaci, což může učinit dosavadní nutnost intravenózní aplikace obsoletní.

Němečtí autoři z Technische Universität Dresden v tomto ohledu posoudili a prodiskutovali současný stav důkazů, pokud jde o postavení ketaminu v léčbě farmakorezistentní deprese.

MUDr. Jaroslav Veselý