

Michal Miovský a kolektiv

DIAGNOSTIKA A TERAPIE ADHD

**DOSPĚLÍ PACIENTI A KLIENTI
V ADIKTOLOGII**

- specifika ADHD u dospělých
- ADHD v kontextu drogové závislosti
- epidemiologie, diagnostika, léčba



Knihu věnujeme všem našim klientům a pacientům, jejichž potřebám a odlišnostem jsme nedokázali dostatečně porozumět, a nedokázali jsme jim tak dát dostatek opory a pomoci v hledání nové naděje a cesty zpět ze závislosti do normálního života. Věnujeme ji též naší kolegyni, kamarádce a člence pracovního týmu, doktorce Lence Čablové, která se bohužel nedožila vydání této knihy a konce našeho společného výzkumného projektu.

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Miovský, Michal

Diagnostika a terapie ADHD : dospělí pacienti a klienti v adiktologii / Michal Miovský a kolektiv. -- Vydání 1. -- Praha : Grada, 2018
ISBN 978-80-271-0387-4

616.89-008.47-008.481 * 001.2 * 616-06 * 316.346.32-053.8 * 616-07 * 616-08 * 159.97
* 616.89-008.48 * 613.81/.84 * (048.8:082)

- porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou
- porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou -- mezioborový kontext
- komplikace (lékařství)
- dospělí
- diagnostika (lékařství)
- terapie
- adiktologie
- kolektivní monografie

616.89 - Psychiatrie [14]

Michal Miovský a kolektiv

DIAGNOSTIKA A TERAPIE ADHD

DOSPĚLÍ PACIENTI A KLIENTI
V ADIKTOLOGII

- specifika ADHD u dospělých
- ADHD v kontextu drogové závislosti
- epidemiologie, diagnostika, léčba

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

*Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.*

Tato publikace vznikla díky podpoře projektu GAČR č. 14-07822S a programu institucionální podpory vědy PRVOUK-Q06/LF1/9 (následovaným programem PROGRES P06)

prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., a kolektiv

DIAGNOSTIKA A TERAPIE ADHD

Dospělí pacienti a klienti v adiktologii

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400

www.grada.cz

jako svou 7038. publikaci

Autorský kolektiv:

† PhDr. Lenka Čablová

Mgr. et Mgr. Nikola Chládková

doc. MUDr. et PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Mgr. Martina Košťáková

PhDr. Ivana Křížová

Mgr. Adam Kulhánek

prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

Bc. Lenka Richterová

Mgr. Eva Rubášová

Mgr. Martin Šefránek

PhDr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Recenzovali:

PhDr. et PhDr. PaedDr. Pavel Harsa, Ph.D. et Ph.D., MBA

PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.

PaedDr. Martina Richterová Těmínová

Odpovědný redaktor Mgr. Martin Hrdina, Ph.D.

Sazba a zlom Milan Vokál

Návrh a zpracování obálky Antonín Plicka

Počet stran 208

Vydání 1., 2018

Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

© Grada Publishing, a.s., 2018

Cover Photo © Depositphotos / tan4ikk

ISBN 978-80-271-2329-2 (ePub)

ISBN 978-80-271-2328-5 (pdf)

ISBN 978-80-271-0387-4 (print)

Obsah

Úvod	8
1. Epidemiologie ADHD	12
<i>Adam Kulhánek</i>	
1.1 Prevalence ADHD u dětí a dospívajících	13
1.2 Prevalence ADHD v dospělé populaci	15
1.3 Prevalence ADHD u uživatelů návykových látek	16
2. ADHD a jeho souvislosti v kontextu užívání návykových látek	18
<i>Michal Miovský, Lenka Šťastná, Lenka Čablová, Eva Rubášová, Nikola Chládková, Kamil Kalina</i>	
2.1 Komorbidní výskyt ADHD a závislosti na návykových látkách	19
2.2 ADHD v kontextu terapeutických komunit pro drogově závislé	22
2.3 Copingové strategie a ADHD	26
2.4 Genderová specifika u klientů s ADHD – výsledky sekundární analýzy původní pilotní studie v ČR	29
Komplikace v léčbě z hlediska genderové odlišnosti	30
Vliv ADHD na zahájení a průběh léčby z pohledu genderové odlišnosti	32
3. Diagnostika ADHD a její specifika u dospělých adiktologických pacientů	33
<i>Lenka Šťastná, Michal Miovský, Lenka Čablová, Kamil Kalina</i>	
3.1 Vymezení ADHD podle MKN-10 a DSM-V	35
3.2 Diagnostika ADHD v dospělosti	41
3.3 Screeningové nástroje pro posouzení symptomů ADHD	43
3.4 Diagnostický rozhovor	46
3.5 Neuropsychologické vyšetření	47
3.6 Pozorování chování v průběhu celého vyšetření	49
3.7 Posouzení dalších deficitů a narušení	50
3.8 Doporučení pro praxi	50
4. Léčba ADHD	53
4.1 Farmakoterapie poruchy pozornosti a hyperaktivity v dospělosti	53
<i>Pavel Mohr</i>	
Farmaka v léčbě poruchy pozornosti	53
Principy farmakoterapie ADHD v dospělosti	58

	Farmakoterapie ADHD a závislosti	59
4.2	Psychoterapeutická léčba ADHD v kontextu adiktologických programů	62
	<i>Kamil Kalina</i>	
	Uplatnění psychoterapie v léčbě ADHD	62
	Psychoterapeutické přístupy v léčbě ADHD	64
	ADHD, závislostní porucha a psychoterapie	67
	Závěr: hledání optimální integrace	74
5.	Komorbidity v kontextu ADHD	76
5.1	ADHD a kouření tabáku	76
	<i>Adam Kulháněk</i>	
	Kouření tabáku u pacientů s ADHD	76
	Rozvoj ADHD v důsledku expozice tabákovému kouři	77
5.2	ADHD a gambling	78
	<i>Lenka Richterová, Lenka Šťastná</i>	
5.3	ADHD a další psychiatrické komorbidity	80
	<i>Lenka Richterová, Lenka Šťastná, Michal Miovský, Lenka Čablová</i>	
	ADHD a poruchy nálady, úzkostné poruchy a deprese	81
	ADHD a poruchy osobnosti	82
6.	Vybrané klinické souvislosti s ADHD u dospělých	84
6.1	Nutrice a ADHD u dospělých	84
	<i>Martina Košťáková</i>	
	Jak jídlo působí na náš mozek	85
	Závislost na jídle	86
	Závislost na jídle a ADHD	89
	Stravování a ADHD	90
6.2	Zvládání zátěže u závislých pacientů s komorbidním ADHD	91
	<i>Nikola Chládková</i>	
7.	Kazuistické studie	95
7.1	Pacient komorbidně užívající více návykových látek	95
	<i>Ivana Křížová</i>	
	Anamnéza	95
	Psychologické vyšetření	96
	Užívání drog a příznaky syndromu ADHD	100
	Terapeutický plán	101
	Diskuse	103
	Závěr	105

7.2	Kazuistická ilustrace osoby uživatele se symptomatologií ADHD a komorbidními potížemi z nízkoprahového centra	105
	<i>Eva Rubášová</i>	
	Kontext současné situace	107
	První kontakt v rámci adiktologické poradny	108
	Anamnéza	110
	Diagnostická rozvaha	111
	Diagnostika ADHD a aktuálních přídatných problémů	112
	Popis hlavních potíží podle DIVA	113
	Závěr	115
8.	Výzkum ADHD v tuzemských terapeutických komunitách a širší rámec výzkumu léčby závislosti v nich	118
8.1	Vliv ADHD na proces a výstupy léčby – přehled výsledků pilotní studie v tuzemských terapeutických komunitách	119
	<i>Eva Rubášová</i>	
	Dotazníková část zaměřená na terapeuty komunit	120
	Výskyt komplikací v léčbě	121
	Vliv ADHD na zahájení a průběh léčby v terapeutické komunitě	125
8.2	Výzkum terapeutických komunit pro léčbu závislosti	127
	<i>Martin Šefránek</i>	
	Vznik terapeutických komunit pro léčbu závislosti a počátky výzkumu	127
	Výsledky léčby a profil klientů v terapeutických komunitách	129
	Modifikace terapeutických komunit a nové skupiny klientů	135
	Co je terapeutická komunita, její základní prvky a jak léčba funguje	138
	Závěr	141
	Závěr	143
	<i>Michal Miovský</i>	
	Shrnutí	145
	Summary	147
	Resumé	149
	Резюме	151
	Seznam použitých zkratk	153
	O autorech	155
	Literatura	161
	Rejstřík věcný	197
	Rejstřík jmenný	202

Úvod

V září roku 2007 jsem se v Hradci Králové v rámci jednoho menšího projektu setkal s kolegou a přítelem Rowdym Yatesem a řeč se stočila na léčbu v terapeutických komunitách. Rowdy, prezident Evropské federace terapeutických komunit (*European Federation of Therapeutic Communities*), je milý a osobitý člověk s darem vytvářet přátelskou atmosféru a poutavě vyprávět o nejrůznějších tématech. Tentokrát se však rozhovořil o tématu, o jehož existenci jsem měl do té doby jen velmi mlhavé tušení – o svých klinických pozorováních a situacích, kdy klienti v terapeutické komunitě mají problém s adaptací na program a problém v tomto programu vydržet. Rowdy Yates mluvil o různých specifických situacích doprovázených problémy v oblasti učení, pochopení a zpracování podnětu. Mluvil také o problémech s koncentrací pozornosti a menší schopností tuto pozornost nejen zaměřit, ale také udržet potřebnou dobu. Mluvil o různých typech impulzivního chování a problémech se sebeovládáním, rozhodováním, plánováním a dodržením plánu. A během našeho rozhovoru bylo stále více jasné, že toto téma, jehož si zřejmě všimají i další kolegové, doposud nemělo v adiktologii jasnější pojmenování. Diskuse o ADHD u dospělých byla v té době spíše na svém počátku, psychiatrie a klinická psychologie se s tématem ADHD u dospělých teprve seznamovaly, objevovaly se první zmínky a práce odkazující k němu. Samotná adiktologie nejen v České republice, ale také v zahraničí začala toto téma teprve objevovat. Přestože Česká republika má za sebou obdivuhodný nástup, pokud jde o reálnou a úspěšnou implementaci tohoto tradičního léčebného přístupu do širší sítě služeb, nebylo téma ADHD donedávna příliš probádané a dosud existují jistá omezení, pokud jde o uchopení tohoto konstruktů a jeho implikací pro klinickou praxi i výzkum. Je přitom nač navazovat, například na skvělý dlouhodobý a systematický příspěvek Kamila Kaliny k tématu komorbidit v adiktologii a jeho první pilotní studii v této oblasti, stejně jako jeho úžasnou monografii *Terapeutická komunita* (Kalina, 2008), v níž zúročil a shrnul vše podstatné včetně tématu komorbidit v kontextu této léčebné modality.

Z Hradce Králové jsem před deseti lety odjížděl s „broukem v hlavě“ a dumal, co si s tématem počít. Trvalo ale dalších pět let, než uzrál nápad a rozhodnutí s ním něco opravdu udělat. Tehdy jsme s kolegy spustili velký celonárodní projekt NETAD (*Networking in Addictology*)¹ a hledali zajímavá témata a inspiraci pro vzorové projekty, které by měly potenciál oslovit širší odbornou veřejnost a současně byly atraktivní pro mladé výzkumníky. Šlo de facto o to, najít pro projekt takové téma, motivující kliniky a kole-

¹ Projekt NETAD „Sítování vědecko-výzkumných kapacit a cílený rozvoj spolupráce mezi vysokými školami, veřejnou správou, soukromým a neziskovým sektorem v adiktologii (reg. č. CZ.1.07/2.4.00/17.0111 OPVK) – viz sekci „Obor adiktologie“ na www.adiktologie.cz.

gy, které výzkum jinak příliš nezajímá a nemají kapacitu se mu systematicky věnovat. Hledali jsme současně téma, které by bylo skutečně výzkumně zajímavé a perspektivní. V té situaci jsem ze šuplíku „vyštrachal“ poznámky z debaty s Rowdym a dal je dohromady s několika pracemi, které jsem si k tématu mezitím stáhl z databází. Vedli jsme pak diskuse s mou tehdejší začínající kolegyní a doktorandkou Lenkou Čablovou, kterou tato problematika zcela nadchla a okouzila. Zkusili jsme tedy vytvořit první koncept a přizvali k diskusi Kamila Kalinu a Lenku Šťastnou. Myslím, že zaujetí tématem ADHD přišlo ve správnou chvíli a vytvořilo atmosféru, ve které jsme pro naše studenty zpracovali vzorový projekt a výzkumný záměr dlouhodobého výzkumu ADHD, náročného tématu vyžadujícího složitou organizaci výzkumu, na kterém se podílí větší počet terapeutických komunit a do kterého jsou od začátku přizváni mladší kolegové začínající svou vědeckou dráhu. Opakovaně jsme dělali prezentace a motivační setkání s kolegy z terapeutických komunit a podařilo se nám v nich vzbudit potřebný zájem.

Rád bych zde poděkoval svým kolegům ze Sekce terapeutických komunit při Asociaci nestátních organizací (A.N.O.), kteří nám věnovali skutečně mnoho svého času a bez kterých by návrh projektu nevznikl v takto sofistikované podobě a neměl šanci na realizaci. Bylo vzrušující celý ten proces sledovat a pro mě osobně se jednalo o zajímavý test připravenosti. Do té doby jsem nikdy nevynaložil tolik energie na přípravu projektu. Systematické diskuse, opakované přepracovávání projektu, výměna názorů s kolegy z klinických provozů, pohled kolegů z teoretických pracovišť, mapování diagnostických nástrojů – to vše byl téměř dvouletý proces. Odměnou pro celý tým pak bylo vysoké bodové hodnocení projektu ze strany Grantové agentury České republiky a jeho finanční podpora v plné výši.²

Celá naše práce měla několik různých rozměrů a cílů. Nešlo tedy výhradně o téma ADHD v kontextu terapeutických komunit pro závislé. Chtěli jsme jít dál. Snažili jsme se o širší přesahy do závislostí jako celku. Chtěli jsme téma představit v celkovém kontextu adiktologie. Ukázat jej jako významnou komorbiditu a jako výzkumný rizikový faktor také z hlediska rozměru preventivní práce a screeningové diagnostiky. Usilovali jsme tak otevřít prostor pro širší diskusi a reflexi uvnitř oboru adiktologie i směrem k příbuzným oborům. Myslím si, že alespoň část těchto úvah a plánů se naplnila, a velmi mě těší, že se nám i přes všechny obtíže a tragické situace podařilo práci alespoň v této podobě dokončit a zprostředkovat dalším.

Například díky spolupráci s prof. Hankou Papežovou se podařilo identifikovat a do České republiky dostat nesmírně zajímavý a perspektivní diagnostický nástroj DIVA. Ten prošel nejen adaptací, ale také standardizační studií a je dnes k dispozici pro širší odbornou veřejnost jak v adiktologii, tak i klinické psychologii a psychiatrii. Jednalo se o velký kus práce a provést s tak náročným nástrojem celou standardizační studii byl paralelně s projektem výzkumu komunit velmi náročný úkol. Současně jsme pečlivě

² Projekt GAČR č. 14-07822S byl v průběhu své realizace kromě grantové agentury podpořen také programem institucionální podpory vědy PRVOUK č. P26/LF1/4.

zpracovali celý kontext problematiky diagnostických nástrojů a diagnostického procesu (Šťastná et al., 2015; Čablová et al., 2015). De facto celá naše kniha postupně vznikala právě díky mravenčí práci a systematickému zpracování dílčích témat souvisejících s ADHD u dospělých v adiktologii. Jako vedoucí celého kolektivu jsem ovšem usiloval o to, aby přes dílčí témata a mnoho detailů nepřestal být srozumitelný celkový rámec – tedy aby přes stromy byl stále vidět celý les. Proto mě velmi potěšilo, když výzvu ke spoluúčasti přijal i kolega Martin Šefránek, který v našem oboru udělal zajímavou „rýhu“ svým pečlivým zpracováním tématu výzkumu v terapeutických komunitách (Šefránek, 2014). Jeho poslední kapitola v knize nabízí čtenáři ucelený pohled na celou oblast a pomáhá ukotvit téma ADHD a jeho význam v širším rámci výzkumu terapeutických komunit a výzkumu v adiktologii. Možná tato kapitola může vyvolávat dojem nehomogenity knihy, a do jisté míry oprávněně. Nicméně je to právě kapitola 8.2, která propojuje předešlý popis celého procesu vzniku projektu a jeho ambice. Právě terapeutické komunity (TK) reprezentují pro adiktologii nesmírně atraktivní a doposud málo využitý prostor. Přestože TK představují jednu z nejvíce tradičních, propracovaných a úspěšných léčebných alternativ, víme o nich doposud velmi málo, pokud jde o reálnou vědu a výzkum. Je dokonce možné narazit na podcenění a nepochopení TK a jejich potenciálu pro adiktologický klinický výzkum. Považoval jsem proto jako vedoucí celého autorského kolektivu za důležité vysvětlit tento kontext, ukázat vztah mezi tématem ADHD v adiktologii, které je klíčové pro celou tuto knihu, a výzkumem a potenciálem terapeutických komunit. Jak již bylo zmíněno, současně právě v jejich kontextu se zrodil celý nápad, záměr a projekt. Terapeutické komunity se pro náš tým staly plátnem, na které jsme téma ADHD v adiktologii u dospělých promítli a začali je strukturovat. Jsou to právě ony, jež jsou s tématem ADHD díky charakteru programu a intervencí výrazně ovlivněny, a jsou to ony, jež nám daly příležitost a pustily si nás „do kuchyně“, abychom tento fenomén mohli na adiktologické klientele zkoumat spolu s potřebným zázemím a oporou.

Na knize se tedy podíleli nejen pracovníci z interního týmu projektu na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, ale také kolegové spolupracující s námi v širším týmu v rámci institucionálního programu PROGRES (původně PRVOUK) v oblasti psychologie (s autorským zastoupením také Filozofické fakulty UK), a dále kolegové z Národního institutu pro duševní zdraví (NUDZ).

První práce publikovaná v sérii výsledků projektu se zabývala samotným konstruktem ADHD, klinickými konsekvencemi a jejich průmětem do léčby závislostí (Miovský et al., 2014). Jednotlivé kapitoly knihy pak čtenáře provádějí dílčími oblastmi od epidemiologie, deskripce a klinického rozměru fenoménu přes diagnostické nástroje a proces až po léčbu a možnosti práce s touto komorbiditou v kontextu adiktologie. Část výsledků byla již úspěšně představena na prestižních zahraničních konferencích (např. Čablová et al., 2015a, 2015b; Kalina et al., 2015), setkaly se zde s dobrým přijetím a vzbudily další očekávání směrem k výsledkům běžících analýz. Část výsledků je stále v procesu analýzy, zpracování a přípravy pro publikaci. Doposud byly publikovány pouze vybrané části projektu. V tomto směru bylo pomyslným vrcholem prosazení speciálního čísla

časopisu *Journal of Group in Addictions and Recovery* (2017) se dvěma články z našeho projektu (viz též Vanderplasschen et al., 2017).

Jediné, co kalí radost z naší práce, celého projektu a nově vydané knihy, je, že skrze závažnou nemoc se dnešních dnů bohužel nedožila klíčová členka týmu Lenka Čablová (1986–2016). Stála při zrodu celého projektu a byla jeho motorem. Její nadšení a zápal dodávaly naší práci důležitou energii. Stála za podstatnou částí publikačních výsledků a úspěchem celého projektu. Bohužel již nestihla zúročit a užít si výsledky své práce a doktorského studia, provedeného s mimořádnou pečlivostí a kvalitou. Kniha, stejně jako celý projekt, tak pro nás zůstane spojena s jejím jménem a prací.

Věřím, že publikace, kterou držíte v rukou, bude v tom nejlepší slova smyslu jedním z dalších příspěvků do pokladnice nejen tuzemské adiktologie, a že pomůže ukázat nesporné výhody a důsledky aplikace mezioborového přístupu v adiktologii. To je bez jakýchkoli pochyb a nadsázky její velkou devízou. Přál bych si, aby tento mladý a dynamicky se rozvíjející obor přinášel další a další mezioborově koncipované práce k nejrůznějším klinickým i teoretickým tématům.

V Praze 14. března 2018

prof. PhDr. Michal Mioviský, Ph.D.

1. Epidemiologie ADHD

Adam Kulhánek

Hyperkinetická porucha s deficitem pozornosti (ADHD) spadá mezi nejčastěji se vyskytující neurovývojové poruchy dětského věku. Onemocnění je charakteristické třemi základními symptomy – zvýšenou hyperaktivitou, nepozorností a impulzivitou –, a to v důsledku vývojových abnormalit v oblastech prefrontálního kortextu spojených s neurotransmitterovou poruchou dopaminergních a noradrenergických drah. Souhrn těchto faktorů má za následek negativní ovlivnění exekutivních funkcí, ale také percepce, motoriky a v neposlední řadě emočních projevů. Pacienti tak bývají v různé míře limitováni zejména v rámci školní docházky a studia, v oblasti sociální adaptace a pracovního procesu. Dle dominance příznaků přetrvávajících nejméně po dobu šesti měsíců je ADHD klinicky členěno do tří subtypů: 1. převážně nepozorný, 2. převážně hyperaktivně-impulzivní a 3. kombinovaný.

Hyperkinetická porucha se prvotně manifestuje typicky u dětí školního věku v podobě motorického neklidu, nesoustředěnosti, netrpělivosti, tékání mezi činnostmi, zapomínání, ztrácení věcí, neplnění instrukcí apod. Neméně významně postihuje také dospělé jedince, u kterých však přetrvává především porucha pozornosti. Projevy hyperaktivity a impulzivity s rostoucím věkem ustupují do pozadí, mimo jiné také v důsledku využívání kompenzačních mechanismů.

Celosvětové odhady výskytu ADHD v dětské populaci se pohybují mezi 5–7 %, v dospělé populaci se jedná v průměru o 3,4 %. Data pocházející z epidemiologických studií jsou nicméně ovlivněna mnoha faktory – diagnostickým procesem včetně volby diagnostického nástroje, výzkumnou metodikou, výběrem cílové populace apod. V posledních letech také narůstá zájem o samotnou diagnózu jak v laické, tak i v odborné veřejnosti, což má za následek častější klinické posuzování případů a následné stanovení diagnózy a léčby.

Mnohá specifika je možné sledovat u uživatelů návykových látek, u kterých míra prevalence ADHD ve srovnání s všeobecnou populací několikanásobně roste. Pacienti s hyperkinetickou poruchou jsou ohroženi vyšším rizikem užívání návykových látek včetně rozvoje závislosti a současně vykazují nižší úspěšnost odvykání.

1.1 Prevalence ADHD u dětí a dospívajících

Diagnosticky bývá ADHD zachyceno v nejvyšší míře u dětí školního věku. Dostupná data o prevalenci dětí mladších 6 let jsou omezená, vycházejí zejména z dílčích studií. Dle evropských výzkumů sledujících děti před nástupem školní docházky se ADHD vyskytovalo u 1,8–6,4 % respondentů. U norských dětí ve věku 4 let se jednalo o 1,9 % (Wichstrom et al., 2012), v populaci německých dětí (3–6 let) o 1,8 % (Schlack et al., 2007). V případě dětí (průměrný věk 5,7 roku) diagnostikovaných pomocí kritérií DSM-IV hodnota dosahovala až 6,4 % (Niemczyk et al., 2015). Dále se ukazuje, že v této věkové kategorii, na rozdíl od vyššího věku, dominuje fenotyp s převahou hyperaktivity a impulzivity (Willcutt, 2012). Ačkoliv by údaje mohly naznačovat nižší výskyt ADHD u jedinců do 6 let, je zde nutné brát v potaz malé zastoupení studií, a především méně časté identifikování příznaků s následným průkazem ADHD u dětí v takto nízkém věku.

Se zvyšujícími se nároky na dítě v prvních letech školní docházky se symptomy hyperkinetické poruchy začínají manifestovat výrazněji, což poutá pozornost jak pedagogů, tak rodičů. Z těchto důvodů bývají děti po nástupu do školy nejpočetněji diagnostikovanou skupinou (American Psychiatric Association, 2013; Willcutt, 2012) a současně skupinou výzkumně sledovanou ve vztahu k prevalenci a rozvoji ADHD. Výsledky velkých metaanalýz a systematických posouzení přináší souhrnné globální odhady včetně deskripce vývojových trendů. Nejvýznamnější jsou v tomto kontextu zastoupeny studie ze Severní Ameriky a Evropy (Polanczyk et al., 2007; Polanczyk et al., 2014; Thomas et al., 2015). Souhrnná celosvětová prevalence ADHD u dětí a dospívajících do 18 let byla dle posledních zjištění (Thomas et al., 2015) stanovena na 7,2 %. K podobným závěrům (7,1 %) došel také Willcutt (2012). Nižší hodnoty (5,29 %) představili v roce 2007 Polanczyk et al. Srovnání těchto prevalencečních ukazatelů by mohlo nasvědčovat tomu, že ADHD v dětské populaci meziročně narůstá. Tuto hypotézu se však podařilo vyvrátit pomocí metaregresní analýzy (Polanczyk et al., 2014) studií za uplynulých 30 let, která ve shodě s Thomasem et al. (2015) jednoznačně prokázala, že více než samotná etiologie a morbidita ovlivňují míru prevalence jiné, z velké části vnější faktory. Podstatnou roli zde hraje zvolení diagnostického nástroje, kdy odlišnosti mezi posuzovacími kritérii a jejich vliv na odhady prevalence ADHD lze sledovat jednak u *Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN) a *Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch* (DSM), ale také mezi jednotlivými revizemi DSM. Epidemiologická data pocházející ze studií využívajících k diagnostice ADHD u dětí a dospívajících DSM-III-R a MKN-10 vykazovala nižší hodnoty než výzkumy založené na DSM-IV (Polanczyk et al., 2014; Skounti et al., 2007). K podobným zjištěním, tedy že prevalence ADHD vychází jako vyšší u DSM-IV než u DSM-III-R a DSM-III, došli také Thomas et al. (2015). Studie Vitoly et al. (2016) o vztahu stanovení diagnózy a výskytu ADHD s využitím kritérií DSM-V naznačuje

dále vyšší prevalenci onemocnění v porovnání s diagnostickými kritérii předchozí revize (DSM-IV). Bližší prokázání tohoto vztahu vyžaduje další výzkumy zaměřené na pátou revizi statistického manuálu duševních poruch.

Kromě výběru posuzovacího nástroje také původ informací o chování a projevech dítěte rozhoduje o určení diagnózy a následných epidemiologických odhadech. Vyšší prevalence ADHD byla zaznamenána v případech dětí, u nichž byla diagnóza stanovena na základě údajů od rodiče nebo pedagoga ve srovnání s využitím kombinace všech doporučených postupů (rozhovor s matkou a pedagogem, dotazník a klinické posouzení) (Polanczyk et al., 2007; Thomas et al., 2015; Willcutt, 2012). Rozšíření ADHD bývá dáváno do souvislosti také s geografickou polohou studované populace. Historicky byla vysledována heterogenita prevalence ADHD u dětí a adolescentů v Severní Americe v porovnání s Asií a zeměmi Blízkého východu a u evropských zemí v kontrastu s Asií a Blízkým východem (Polanczyk et al., 2007). Novější zjištění (Thomas et al., 2015) ukazují statisticky signifikantní rozdíly u vyšší prevalence v regionu Blízkého východu v porovnání se Severní Amerikou a nižší prevalence u studií pocházejících z Evropy oproti Severní Americe. Více autorů (Bauermeister et al., 2010; Polanczyk et al., 2014; Rohde et al., 2005; Willcutt, 2012) se však shoduje na tom, že rozšíření diagnózy ADHD nelze jednoznačně odvozovat od zeměpisné lokality dané populace, a tudíž není možné usuzovat, že kulturní prostředí a poloha jsou rozhodujícími faktory pro míru prevalence tohoto onemocnění. Soulad naopak panuje v tom, že heterogenita prevalence má multifaktoriální původ.

Další charakteristikou určující distribuci ADHD v populaci je pohlaví. U diagnostikovaných chlapců a dívek jsou dlouhodobě sledovány rozdíly jak v procentuálním zastoupení dle genderu, tak v projevech a převaze subtypu. ADHD bývá výrazně častěji identifikováno u chlapců než u dívek, přičemž tyto genderové difference oscilují mezi 1:2–1:16 ve prospěch chlapců (Moffitt et al., 2015; Novik et al., 2006; Skounti et al., 2007; Willcutt, 2012). Nejnižší hodnoty byly při srovnání deseti evropských zemí (Novik et al., 2006) zaznamenány u dětí v Norsku (1:3), Německu (1:4) a na Islandu (1:4), nejvyšší v Rakousku (1:16) a Dánsku (1:10). Willcutt et al. (2012) dále zjistili, že se genderové prevalence rozdíly (dívky vs. chlapci) mění s věkem. Při nástupu projevů ADHD u dětí ve věku 2–5 let byly sledovány jako nejnižší (1:1,8), následně mezi 6. a 18. rokem narůstaly až k poměru 1:2,4 a od 19. roku věku klesaly (1:1,6). Jedním z diskutovaných předpokladů těchto genderových odlišností je fakt, že se příznaky ADHD manifestují jinak u dívek a u chlapců, respektive v určitém věku jsou pro dané pohlaví specifické jiné subtypy, což se odráží ve výsledném včasném zachycení a stanovení diagnózy. Některé studie (Biederman, Faraone, 2004; Biederman et al., 2002; Newcorn et al., 2001) uvádějí, že se u dívek až dvakrát častěji vyskytuje typ převážně nepozorný, charakteristický internalizovanými symptomy, na rozdíl od chlapců, u nichž převládají projevy hyperaktivity a zvýšené agrezivity. Chlapci tak díky tomu bývají snáze, a tudíž častěji identifikovatelní. Dle Willcutta (2012) je souhrnně mezi dětmi a dospívajícími dominantní převážně nepozorný typ, následovaný v menším rozsahu typem smíšeným a hyperaktivně-impulzivním. Převážně

nepozorný typ je v nejvyšší míře zastoupen jak u dětí ve věku 13–18 let, tak u mladších (6–12 let), u kterých však můžeme současně sledovat zvýšený podíl typu kombinovaného i hyperaktivně-impulzivního (Willcutt, 2012).

1.2 Prevalence ADHD v dospělé populaci

Stejně tak, jako je obtížné mapovat míru výskytu poruchy pozornosti s hyperaktivitou u dětí v předškolním věku, je tomu v dospělé populaci. ADHD u dospělých mnohdy bývá, i přes jasné vnější projevy, zaměňována za roztěkanost, nervozitu, omezené pracovní schopnosti, osobnostní charakteristiku apod. (Ramos-Quiroga et al., 2013), mnoho dospělých pacientů si současně není své diagnózy a jejích symptomů vůbec vědomo (Adler et al., 2008; Goodman, Thase, 2009). Někteří autoři (Fayyad et al., 2007; Kessler et al., 2006) uvádějí, že až 75 % dospělých pacientů trpících ADHD nebylo v průběhu života nikdy diagnostikováno. Toto také odráží malé množství publikovaných prací zacílených výhradně na dospělé jedince s touto diagnózou.

Dle výsledků výzkumu mezi dospělými ve věku 18–44 let v deseti vybraných zemích Ameriky, Evropy a Blízkého východu (Fayyad et al., 2007) byla stanovena souhrnná prevalence ADHD na 3,4 %, přičemž hodnoty variovaly dle jednotlivých států v rozmezí 1,2–7,3 %. Nejnižší míra prevalence připadala z evropských zemí na Španělsko (1,2 %) a Itálii (2,8 %), nejvyšší na Francii (7,3 %) a Holandsko (5 %), ve Spojených státech amerických bylo vysledováno 5,2 % dospělých jedinců s ADHD (Fayyad et al., 2007). Souhrnnou prevalenci 5 % představují také výstupy metaanalýzy jedenácti studií (Willcutt, 2012), které jsou však zaměřené z větší části na populaci mladých dospělých (19–25 let). Jiná metaanalýza (Simon et al., 2009) zacílená na podobnou věkovou kategorii (19–28 let) uvádí přepočtenou prevalenci až o polovinu nižší (2,5 %). Stejně tak jako u dětí se i zde ukazuje, že epidemiologické odhady výskytu diagnózy ADHD jsou ovlivněny více faktory (Polanczyk et al., 2014; Ramos-Quiroga et al., 2013; Willcutt, 2012).

Hyperkinetická porucha s deficitem pozornosti přechází u dětských pacientů v 50–66 % případů do dospělosti (Barkley et al., 2002; Biederman et al., 2010; Faraone et al., 2006; Lara et al., 2009). Míra perzistence značně závisí na klinickém stanovení přetrvávající formy ADHD. Dospělí jedinci, kteří zcela naplňovali kritéria ADHD dle DMS-IV, takto v metaanalýze follow-up studií (Faraone et al., 2006) skórovali v přibližně 15 % případů. Pokud byla ve stejné analýze Faraoneho et al. (2006) zohledněna i skupina pacientů definovaných dle DSM-IV jako v parciální remisi, hodnoty perzistence narůstaly nad 60 %.

V rozporu s předpokladem, že ADHD ve většině případů přetrvává z dětského věku do dospělosti, jsou zjištění Moffittové et al. z roku 2015. Longitudinální studie na vzorku 1 035 respondentů prokázala, že pouze v 5 % případů byla diagnóza ADHD původně zachycená v dětství opětovně potvrzena ve věku 38 let. Až u 90 % dospělých osob s ADHD pak nebyla symptomatologie retrospektivně identifikována v dětském věku

(Moffitt et al., 2015). Tyto výsledky by mohly naznačovat, že hyperkinetická porucha s deficitem pozornosti může mít v dospělosti odlišnou etiologii.

Z hlediska distribuce převažujícího subtypu ADHD je tomu v dospělé populaci podobně jako u adolescentů. Se zvyšujícím se věkem klesá poměr hyperaktivně-impulzivních symptomů, avšak přetrvávají projevy snížené pozornosti (Willcutt, 2012; Zalsman, Shilton, 2016). Zdaleka nejčastěji se vyskytujícím subtypem je převážně nepozorný, méně častým hyperaktivně-impulzivní a kombinovaný (Wilens et al., 2009; Willcutt, 2012). Rozložení diagnózy mezi pohlavími v dospělosti nevykazuje tak výraznou diskrepanci jako u dětí (Moffitt et al., 2015; Zalsman, Shilton, 2016). Poměr mezi muži a ženami se vyrovnává s rostoucím věkem (Willcutt, 2012). Podle více autorů (Ramtekkar et al., 2010; Rucklidge, 2010; Simon et al., 2009) to má za následek lepší záchyt diagnózy u dospělých žen, mimo jiné na základě sebezpozování, oproti poddiagnostikování dívek v průběhu školní docházky a dospívání.

1.3 Prevalence ADHD u uživatelů návykových látek

Projevy ADHD v dospělosti jsou často spojeny s dalšími komplikacemi nad rámec symptomatologie diagnózy. Vlivem snížené pozornosti, zvýšené impulzivity, omezené seberegulace a dalších specifík bývají jedinci s ADHD ohroženi rizikovým chováním spojeným s maladaptivními vzorci (Flory et al., 2006; Jerome et al., 2006; Pratt et al., 2002). Častý je také výskyt psychiatrických komorbidit (Barkley et al., 2002; Kessler et al., 2006; Sobanski et al., 2007), úrazů (Merrill et al., 2009) a užívání alkoholu (Knop et al., 2009; Ohlmeier et al., 2007), tabáku (Upadhyaya, Carpenter, 2008) a nelegálních drog (Wilens, 2004). Riziko rozvoje užívání návykových látek v dospělosti je v případě komorbidit s hyperkinetickou poruchou až dvojnásobné oproti non-ADHD populaci (Biederman et al., 1998). To je dále spojeno s nástupem závislosti v dřívějším věku, komplikovanějším průběhem terapie a čtenějšími relapsy po absolvování léčby (Carroll, Rounsaville, 1993; Wilens et al., 1997; Wise et al., 2001). U pacientů s ADHD byla také častěji zaznamenána polymorfní závislost a opakované hospitalizace v důsledku užívání návykových látek nebo jiné psychiatrické komorbidit (Arias et al., 2008).

Na základě metaanalýzy studií zahrnujících pacienty s ADHD užívající návykové látky (kromě tabáku jakožto primární drogy) byla zjištěna prevalence hyperkinetické poruchy jako výrazně vyšší u populace uživatelů drog ve srovnání se všeobecnou populací (Van Emmerik-Van Oortmerssen et al., 2012). Tato souhrnná prevalence byla stanovena na 23,1 %, při bližší specifikaci dle věku pak na 25,3 % u adolescentů a 21 % u dospělých. Z metaregresní analýzy dále vyplynulo, že vyšší míra prevalence ADHD byla spojena

s konzumací alkoholu a závislostí (na opioidech nebo jiných drogách) ve srovnání s užíváním kokainu jako primární drogy (Van Emmerik-Van Oortmerssen et al., 2012).

Specificky vyšší riziko pro přechod k pravidelnému užívání v dospělosti bylo identifikováno u tří substancí – tabáku, alkoholu a konopí (Faraone, Upadhyaya, 2007; Lee et al., 2011). Kombinovaný subtyp hyperkinetické poruchy byl v klinické studii Wilense et al. (2009) asociován s nejvyšším výskytem užívání legálních i nelegálních látek včetně syndromu závislosti. Z hlediska genderu je ADHD shodným rizikovým faktorem ve vztahu k užívání drog u obou pohlaví (Wilens et al., 2011).

2. ADHD a jeho souvislosti v kontextu užívání návykových látek

*Michal Miovský, Lenka Šťastná, Lenka Čablová, Eva Rubášová,
Nikola Chládková, Kamil Kalina*

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je celoživotní vývojová porucha vedoucí ke kognitivním, sociálním a emočním deficitům (Kessler et al., 2009). Jak již bylo v různých souvislostech zmíněno v první kapitole knihy, odhadovaná míra prevalence ADHD v dospělosti činí 4–5 %. Aktuální DSM-IV uvádí podle převahy postižení jednotlivých funkcí (nepozornost, hyperaktivita, impulzivita) základní subtypy ADHD: s převažující nepozorností, s převažující hyperaktivitou a impulzivitou a smíšený, který je nejčastější a přináší nejvýraznější narušení funkčnosti (Wilens, Dodson, 2004). Mezi hlavní příznaky patří porucha pozornosti v kombinaci s impulzivitou, chronický neklid, nedostatečná stimulace, dezorganizované chování, poruchy kontroly afektu a emoční labilita. Rozsah psychosociálního postižení závisí na intenzitě symptomů a psychiatrické komorbiditě (např. závislosti, depresi apod.). Na základě šetření provedeného v rámci projektu *World Mental Health Survey Initiative* (2007) se celosvětová prevalence ADHD odhaduje na průměrných 3,5 % (De Graaf, 2008). Stejně jako v dětství je ADHD i v dospělosti významnou klinickou diagnózou a stále více se dostává do popředí zájmu zejména dětských psychologů a psychiatrů (Phillipsen et al., 2008). V některých případech symptomy v dětství nevymizí a přetrvávají do dospělosti (Parrott et al., 2012). Výskyt ADHD v dospělém věku má negativní dopad na osobní a sociální život – jeho projevy zahrnují náladovost, *hardiness*, *sensation seeking*, horší zvládání intenzivních emocí a stresu nebo problémy v oblasti mezilidských vztahů, komunikace a sociálních dovedností. Všechny tyto faktory mohou mít vliv na kvalitu života pacientů. Tyto symptomy přitom mohou zásadním způsobem ovlivnit schopnost a možnosti pacienta adekvátně se adaptovat, zvládnout léčebný model v terapeutické komunitě pro závislé a přiměřeně z něho profitovat.

Přestože prevalence této poruchy je 3–9 % v obecné dětské populaci a 1–5 % v obecné dospělé populaci, postihuje mezi 11 a 35 % dospělých, kteří „zneužívají návykové látky“, a často také komplikuje léčebnou odezvu (Kalbag, Levin, 2005). Drtílková et al. (2007) uvádí, že ADHD je přítomno pouze u 30–50 % dospělých, kteří měli tuto 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. Z výsledků výzkumu jednoznačně vyplývá, že dospělí s ADHD vykazují vyšší míru stresu, úzkosti a náladovosti než dospělí bez ADHD (Hirvikoski et al., 2009; Lackschewitz et al., 2008). Taanila et al. (2009) poukazují na souvislost mezi symptomy ADHD a psychosociálními faktory a duševní pohodou (*well-being*). Výsledky nejnovějších studií pak vypovídají o tom, že mladí lidé se symptomy ADHD jsou náchylnější ke kouření a užívání alkoholu a nelegálních drog jako možnému způsobu sebemedikace, a upozorňují na potřebu časného odhalení a terapeutického řešení takového chování, aby se předešlo jeho eskalaci (Gudjonsson et al., 2012).

2.1 Komorbidní výskyt ADHD a závislosti na návykových látkách

Ačkoli je v kontextu oboru adiktologie třeba pojímat komorbiditu (podrobněji viz kapitulu 5) komplexně (tj. včetně somatických komorbidit spojených například se způsobem aplikace drogy, malnutricí atd.), v kontextu tohoto textu se úžeji zaměřujeme pouze na oblast tzv. psychiatrické komorbidity, která je definována jako výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince (Williams, Cohen, 2000; WHO, 2004). Obecně rozlišujeme minimálně dvě skupiny komorbidních uživatelů návykových látek. První skupinu tvoří psychiatricky nemocní lidé a druhou skupinu pacienti, pro které je charakteristické užívání drog a drogová závislost. Prozatím však zůstává výzkumně neuzavřená (a je nadále intenzivně diskutovaná) vzájemná kauzalita ADHD a závislostních poruch, tedy otázka, zda duševní porucha může zvýšit pravděpodobnost vzniku závislosti na návykových látkách, nebo zda naopak závislost zvyšuje riziko vzniku psychických problémů, případně zda psychická nemoc a závislost na drogách jsou vyjádřením jedné základní příčiny (Commonwealth Department of Health and Aging, 2003). To se týká i samotného výskytu ADHD a jeho případného podílu na vzniku a rozvoji závislostních poruch. V praxi je současně někdy podceňován fakt, že za komplikacemi, slabou léčebnou compliance a komunikačními problémy v průběhu léčby stojí v mnoha případech právě psychiatrické komorbidity adiktologických pacientů. Přitom vztah mezi psychiatrickým onemocněním a užíváním drog zkoumala řada dlouhodobých epidemiologických zahraničních studií (např. starší práce Jenkins et al., 1997), které využívají nejrozličnějších výzkumných metodologií od klasického zkoumání po kontrolované laboratorní studie. V Evropě se odhaduje, že 30–50 % psychiatrických pacientů současně trpí duševním onemocněním a užívá návykové látky, zejména alkohol, sedativa a konopné látky (EMCDDA, 2004). V poměrně velmi konzervativně provedené studii zabývající se komorbiditou u léčených uživatelů drog, kterou vypracovali Weaver et al. (2002), se ukázalo, že celkem

30,9 % psychiatricky léčených pacientů uvedlo problémy s užíváním drog v posledním roce. Nejčastěji se jednalo o konopné drogy (25,2 %), 14,5 % pacientů užívalo pouze marihuanu. Polymorfní užívání uvedlo 12,8 % pacientů. U 16,7 % pacientů byla diagnostikována závislost na jedné nebo více látkách. Celkem 25,2 % pacientů uvedlo škodlivé užívání alkoholu. Autoři shrnují, že celkem 44 % pacientů uvedlo problémové užívání drog a/nebo u nich bylo diagnostikováno škodlivé užívání alkoholu v posledním roce. Parrott et al. (2012) zjistili, že středně intenzivní polymorfní uživatelé návykových látek uváděli významně vyšší hodnoty symptomů ADHD v dospělosti, psychiatrické symptomy a nižší sociabilitu než kontrolní skupina sestávající z osob, které drogy neužívaly, a než málo intenzivní polymorfní uživatelé drog. Začínající nebo málo intenzivní polymorfní uživatelé drog se od kontrolních skupin neodlišovali v žádném parametru. Další epidemiologická studie Granta et al. (2004) provedená mezi obyvateli USA zjistila, že 28,6 % současných uživatelů alkoholu trpí poruchou osobnosti podle kritérií DSM-IV. Ukazuje se existence vztahu mezi poruchami způsobenými užíváním alkoholu a úzkostnými poruchami, depresí a dalšími poruchami způsobenými užíváním jiných psychoaktivních látek (např. Raimo, Schuckit, 1998).

Poruchy pozornosti s hyperaktivitou u dospělých v kombinaci s poruchami z užívání návykových látek jsou častými psychiatrickými poruchami s výraznými individuálními i sociálními dopady (Fallgatter, Jacob, 2009). Wilens et al. (1997) přišli s hypotézou, že ADHD a psychiatrická komorbidita působí jako rizikový faktor z hlediska rozvoje poruch z užívání psychoaktivních látek v mladém věku. Tito autoři porovnávali 120 dospělých pacientů s klinickou diagnózou ADHD s nástupem v dětství s 268 dospělými jedinci bez ADHD. Výsledky ukázaly, že ADHD bylo asociováno s ranějším nástupem poruch z užívání psychoaktivních látek nezávisle na psychiatrické komorbiditě. Kessler et al. (2006) zjistili, že dospělí s ADHD vykazovali trojnásobně vyšší riziko poruchy z užívání návykových látek než dospělí bez ADHD. Z vývojového hlediska mohou k patogenezi poruch z užívání návykových látek přispívat nesprávné procesy učení nebo pokusy o sebededikaci v podobě dysfunkčního chování. ADHD lze zjistit ještě před vyvrcholením nástupu užívání návykových látek, a proto je možné účinnou léčbou této běžné poruchy minimalizovat rozvoj poruch z užívání návykových látek. Také ADHD v dospělosti může přispívat k rozvoji a přetrvávání poruch z užívání návykových látek (Wilson, Levin, 2001).

Přitom míra prevalence komorbidních poruch z užívání návykových látek u dospělých pacientů s ADHD dosahuje až 50 % (Davids, Gastpar, 2003; Sizoo et al., 2010). Mezi symptomy ADHD a užíváním návykových látek existuje výrazná souvislost (Gudjonsson et al., 2012; Young et al., 2011). ADHD v dětství je asociováno s užíváním nikotinu v dospívání a poruchami z užívání alkoholu a drog v dospělosti (Charach et al., 2011). V této souvislosti se také hovoří o specifických poruchách učení, například dyslexii, neboť ty se často vyskytují u uživatelů návykových látek, přičemž v přibližně 40 % případů se pojí s ADHD (Yates, 2005; Paclt et al., 2007). Závažnou problematiku v kontextu neuropsychologických poruch představuje riziko vytvoření zranitelné osobnosti s predispozicí