

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Mgr. Eva Rubášová

ADHD u uživatelů léčených v terapeutických komunitách z hlediska průběhu léčby,
výskytu komplikací a specifických potřeb v rámci léčby, včetně
diagnostické a léčebně rehabilitační perspektivy

ADHD in users treated in therapeutic communities in terms of course of treatment,
incidence of complications and specific needs within treatment, including diagnostic,
therapeutic and rehabilitation perspective

Disertační práce

Vedoucí závěrečné práce: prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Konzultant: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina CSc.

Praha, 2021

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.....

Mgr. Eva Rubášová

Identifikační záznam

RUBÁŠOVÁ, Eva. *ADHD u uživatelů léčených v terapeutických komunitách z hlediska průběhu léčby, výskytu komplikací a specifických potřeb v rámci léčby, včetně diagnostické a léčebně rehabilitační perspektivy. [ADHD in users treated in therapeutic communities in terms of course of treatment, incidence of complications and specific needs within treatment, including diagnostic, therapeutic and rehabilitation perspective]*. Praha, 2021. 244 s., 4 příl. Disertační práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK. Vedoucí práce: Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Poděkování

Ráda bych poděkovala především svému školiteli panu profesorovi PhDr. Michalu Miovskému, Ph.D. za jeho odborné vedení, důležité rady a podporu v obtížných situacích při realizaci projektu a celkově vstřícný a lidský přístup. Významné poděkování patří paní Mgr. Kateřině Lukavské, Ph.D. za spolupráci na hlavním výzkumu a za pomoc se statistickým zpracováním dat. Dále děkuji svému kolegovi panu Lukášovi Svobodovi, DiS., za budhistickou podporu, za naději a za radost. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za trpělivost při dokončování práce a podporu. Děkuji všem, kteří již nejsou součástí mého života, za cenné zkušenosti.

OBSAH

Souhrnný úvod	12
1 Zdůvodnění a význam práce	18
2 Výskyt ADHD u uživatelů návykových látek v terapeutických komunitách	21
2.1 Úvod, zdůvodnění významu tématu, přehled problematiky.....	21
2.2 Terapeutická komunita - klientela, indikace, léčebné kontinuum, adiktologická péče.....	40
2.3 Výzkumný plán, cíle práce	44
2.4 Metodologický popis řešení problému	45
2.5 Přehled výsledků	52
2.5.1 <i>Interpretace analýzy a výsledky o výskytu ADHD</i>	52
2.5.2 <i>Interpretace analýzy specifík klientů s ADHD a kontrolní skupiny</i>	54
2.6 Diskuze	57
2.7 Závěry.....	60
3 Vliv ADHD na proces a výstupy léčby v TK u osob léčených se závislostí na návykových látkách a genderová problematika.....	62
3.1 Úvod, zdůvodnění významu tématu a přehled problematiky.....	62
3.2 Genderová specifika u osob léčených v terapeutických komunitách a osob s ADHD.....	74
3.3 Výzkumný plán, cíle práce	78
3.4 Metodologický popis řešení problému	79
3.5 Přehled výsledků	83
3.5.1 <i>Interpretace analýzy a výsledky o komplikacích v léčbě u osob s ADHD a kontrolní skupiny</i>	83
3.5.2 <i>Interpretace analýzy a výsledky o vlivu ADHD na zahájení a výstupy léčby</i>	88
3.5.3 <i>Interpretace analýzy genderových specifík klientů s ADHD a kontrolní skupiny, komplikace v léčbě z gender pohledu</i>	90
3.6 Diskuze	98
3.7 Závěry.....	102
4 Motivace, profil a specifické potřeby osob s ADHD v léčbě v terapeutické komunitě	106
4.1 Úvod, přehled dosavadních zjištění.....	106
4.1.1 <i>Motivace k léčbě - specifika adiktologické klientely a osob s ADHD</i>	109
4.1.2 <i>Modely úzdravy a specifické potřeby u osob léčených v terapeutických komunitách – ADHD specifika</i>	113
4.2 Cíle práce.....	122
4.3 Metodologický popis řešení problému	125
4.3.1 <i>Testová baterie, metodologický postup</i>	130

4.3.2 Měření dle testové baterie	135
4.4 Přehled výsledků	139
4.5 Diskuze	149
4.6 Závěry	156
5 Shrnutí výstupů a doporučení – diagnostická a léčebně re/habilitační perspektiva.....	158
5.1 ADHD u klientů v terapeutických komunitách – prevalence, diagnostika, zjištěné komplikace v procesu diferenciální diagnostiky	158
5.2 ADHD z hlediska komplikací v léčbě - proces a výstupy léčby, specifické potřeby, genderová problematika osob s ADHD	161
5.3 ADHD u klientů v terapeutických komunitách - motivace, osobnostní profil a specifické potřeby.....	164
5.4 Diagnostická a léčebně-rehabilitační perspektiva u osob s ADHD v terapeutických komunitách pro uživatele ilegálních návykových látek	166
Celková diskuze.....	170
Závěry a doporučení.....	177
Souhrn.....	179
Použité publikační zdroje.....	182
Seznam tabulek a obrázků	208
Seznam příloh.....	210

ABSTRAKT

Vznik a rozvoj závislosti u osob s ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) může být predikován různými faktory. Zásadním faktorem, který propojuje komorbiditu ADHD a riziko rozvoje závislosti na návykových látkách je zvýšená vulnerabilita na základě neuropsychologických deficitů a široké spektrum biopsychosociálních potíží, které se objevují od dětství do dospělosti. Výskyt duálních diagnóz u uživatelů návykových látek léčených v residenční léčbě v terapeutických komunitách má stěžejní vliv na intrapsychické a interpersonální schopnosti, kognitivní a exekutivní funkce a na schopnost zvládat léčebný program primárně určený pro klienty bez komorbidního zatížení. Současný výzkum ADHD u uživatelů návykových látek poukazuje na vysokou prevalenci ADHD propojenou se specifickými komplikacemi v léčbě a zvýšenou míru drop-outů. Cílem monotématické disertační práce, která vychází z výsledků předvýzkumného a hlavního výzkumného projektu (Study I. – IV.), je přehled zásadních zjištění z hlediska prevalence ADHD, diagnostiky ADHD v prostředí terapeutických komunit, výskytu komplikací v léčbě a genderových specifik v léčbě a přehled hlavních zjištění o vývoji motivace a specifických potřebách klientů s ADHD. Výstupem disertační práce je shnutí výstupů a doporučení z jednotlivých studií v oblasti léčebné, diagnostické a rehabilitační perspektivy. Každá kapitola monotématické disertační práce vychází z publikovaných studií (Study I. – Study IV.) a je zaměřena na popis jednotlivých výzkumných zjištění od teoretické části aktuálních poznatků, přes odůvodnění významnosti tématu, deskripci metodologie, popis výsledků, diskuzi a závěry pro každou z publikovaných studií. V každé části práce jsou podrobně popsány výsledky odrážející cíl daného výzkumu a zjištění v kontextu dosavadních výzkumů. V poslední kapitole monotématické struktury disertační práce je věnována pozornost každé z publikovaných studií a je zde předložen návrh pro využití v praxi z hlediska diagnostické, léčebné a rehabilitační perspektivy (prevalence, diagnostika, komplikace v léčbě, specifické potřeby v léčbě a léčebná perspektiva). Výsledky hlavního výzkumu obecně naznačují, že vysoká míra prevalence ADHD u osob léčených v terapeutických komunitách je stěžejním tématem, které rozšiřuje současné spektrum duálních diagnóz osob v léčbě. Zároveň se ukazuje potřeba nastavení diagnostiky ADHD při využívání jednotného diagnostického nástroje a dodržování základních pravidel diagnostiky vzhledem k neurobiologickým poznatkům. Komplikace v léčbě u osob s ADHD jsou na vysoké úrovni a to na začátku i v procesu léčby. Specifika klientů s ADHD v léčbě a genderové rozdíly poukazují na ADHD jako komplikující faktor léčby. Osoby s ADHD v terapeutické komunitě vykazují komplikující profil psychiatrický i adiktologický, ale jejich stav motivace je při vstupu na vysoké úrovni stejně jako u osob bez ADHD. V procesu léčby byl však prokázán pokles motivace pouze u skupiny osob s ADHD. Souhrnně, ADHD, u osob léčených v terapeutických komunitách a osob abstinujících, může mít zásadní vliv

na schopnost dokončit léčbu a profitovat z léčebného programu v porovnání s ostatními klienty. Data naznačují, že ADHD může ovlivňovat stav motivace v procesu léčby. Uvedená zjištění implikují nutnost intervenovat diagnostiku ADHD a individualizovat léčebné a rehabilitační přístupy napříč léčebnými zařízeními. Signifikantní oblastí pro léčebnou perspektivu osob s ADHD v terapeutických komunitách se dotýkají celé biopsychosociální oblasti osob s ADHD a jejich specifických potíží.

ADHD-TERAPEUTICKÁ KOMUNITA-DIAGNOSTIKA-PROCES LÉČBY
A KOMPLIKACE-PROFIL OSOB-MOTIVACE-LÉČEBNÁ A RE/HABILITAČNÍ
PERSPEKTIVA

ABSTRACT

The onset and development of addiction in people with ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) can be predicted by various factors. An essential factor linking the comorbidity of ADHD and the risk of developing substance abuse is increased vulnerability due to neuropsychological deficits and a wide range of biopsychosocial problems that occur from childhood to adulthood. The occurrence of dual diagnoses in substance users treated in residential treatment in therapeutic communities has a major impact on intrapsychic and interpersonal abilities, cognitive and executive functions, and on the ability to manage a treatment program primarily intended for clients without comorbid load. Current research on ADHD in substance users points to a high prevalence of ADHD associated with specific treatment complications and an increased drop-out rate. The aim of the monothematic dissertation, which is based on the results of pre-research and main research project (Study I. - IV.), is an overview of key findings in terms of ADHD prevalence, ADHD diagnosis in therapeutic communities, treatment complications and gender specifics in treatment and overview. main findings on the development of motivation and specific needs of clients with ADHD. The output of the dissertation is a summary of outputs and recommendations from individual studies in the field of therapeutic, diagnostic and rehabilitation perspectives. Each chapter of the monothematic dissertation is based on published studies (Study I. - Study IV.) And is focused on the description of individual research findings from the theoretical part of current knowledge, through justification of the importance of the topic, description of methodology, description of results, discussion and conclusions for each of the published studies. Each part of the thesis describes in detail the results reflecting the goal of the research and findings in the context of previous research. In the last chapter of the monothematic structure of the dissertation, attention is paid to each of the published studies and there is a proposal for use in practice in terms of diagnostic, therapeutic and rehabilitation perspectives (prevalence, diagnosis, treatment complications, specific treatment needs and treatment perspective). The results of the main research generally suggest that the high prevalence of ADHD in people treated in therapeutic communities is a key topic that expands the current spectrum of dual diagnoses in people in treatment. At the same time, there is a need to set up ADHD diagnostics when using a unified diagnostic tool and to observe the basic rules of diagnostics with regard to neurobiological findings. Complications in the treatment of people with ADHD are at a high level, both at the beginning and in the treatment process. The specifics of clients with ADHD in treatment and gender differences point to ADHD as a complicating factor in treatment. People with ADHD in the therapeutic community show complicated psychiatric and addictological profiles, but their state of motivation is as high at entry as in people without ADHD. However, in the treatment process, a decrease

in motivation was demonstrated only in the group of people with ADHD. In summary, ADHD in people treated in therapeutic communities and in people abstinent can have a major impact on the ability to complete treatment and benefit from the treatment program compared to other clients. The data suggest that ADHD may affect the state of motivation in the treatment process. These findings imply the need to intervene in the diagnosis of ADHD and to individualize treatment and rehabilitation approaches across treatment facilities. Significant areas for the treatment perspective of people with ADHD in therapeutic communities affect the entire biopsychosocial area of people with ADHD and their specific problems.

ADHD-THERAPEUTIC COMMUNITY-DIAGNOSTICS-TREATMENT
PROCESS AND COMPLICATIONS-PERSONAL PROFILE-MOTIVATION-
TREATMENT AND RE / HABILITATION PERSPECTIVE

Disertační práce je založená na následujících studiích:

Study I:

Rubášová, E., Kalina, K., Miovský, M., Čablová, L., & Šťastná, L. (2015). Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice-pilotní studie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 111(5).

Study II:

Kalina, K., Rubášová, E., Miovský, M., Čablová, L., & Šťastná, L. (2014). Vliv ADHD na proces a výstupy léčby u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé v České republice – pilotní studie. *Adiktologie*, 14(3), 228-246.

Study III:

Kalina, K., Rubášová, E., Čablová, L., Šťastná, L., & Miovský, M. (2017). Gender Differences in the Prevalence of ADHD Among Clients of Therapeutic Communities for Drug Addicts in the Czech Republic: Secondary Analysis of the Pilot Study. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(2-3), 135-157.

Study IV:

- a) Miovský, M., Lukavská, K., Rubášová, E., Šťastná, L., Šefránek, M., & Gabrhelík, R. (2020). Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Clients Diagnosed with a Substance Use Disorder in the Therapeutic Communities: Prevalence and Psychiatric Comorbidity. *European Addiction Research*, 1-10.
- b) Rubášová, E., Lukavská, K., & Miovský, M. (2021). The role of ADHD in the development of motivation for change in persons with SUD treated in Czech therapeutic communities. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-10.

SOUHRNNÝ ÚVOD

Výskyt ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) představuje zásadní disponibilní faktor k riziku vzniku a rozvoje různých forem abúzu návykových látek; zejména pak vysoké riziko vzniku a udržování syndromu závislosti z hlediska neurofarmakologických a psycho-sociálních predispozic. Z hlediska prevalence ADHD v populaci uživatelů drog jde o fenomén, který ukazuje na vysokou míru výskytu v porovnání s neuživatelskou populací a rozšiřuje nejčastější spektrum duálních diagnóz na předních místech. Zahraniční i tuzemské výzkumy potvrzují globální výskyt ADHD v dětství při prevalenci od 5, 29 % (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007) do 7, 2 % (Thomas, Sanders, Doust, Beller & Glasziou, 2015; Willcutt, 2012) s jasným vlivem diagnostických kritérií, posuzovacích škál a geografické polohy. V dospělé populaci nad 18 let je prevalence v obecné populaci uváděna od 1,2 % do 7,3 % (Fayyad et al., 2007); souhrn prevalenčních hodnot je pak uváděn od 3,4 % až 5 % (Fayyad et al., 2007; Willcutt, 2012). ADHD v dospělosti je dle odhadů až v 75 % nediodagnostikováno (Kessler et al., 2006) a to i přes informaci o přechodu z dětství do dospělosti ve vysoké míře, která činí 10 – 66 % (Moffitt et al. 2015; Biederman, Petty, Evans, Small & Faraone, 2010; Lara et al., 2009). Současný trend i dřívější poznámky odborníků o tendenci přidělovat diagnózu ADHD v dětství bez jasných diagnostických postupů stěžují vnímání diagnózy ADHD jako diagnózy, která zásadně ovlivňuje kvalitu života jednotlivce a jeho život. Podceňování diagnostiky ADHD v dětství a nedostatečná kontinuální péče v případě diagnostiky od dětství souvisí se zásadním problémem - rozkrývání symptomatologie a diagnostika ADHD v dospělosti. Diagnostika v dospělém věku je vysoce specifická kvůli ústupu primárních symptomů hyperaktivity a převaze poruch pozornosti stejně, jako problémech v sociální a intrapersonální oblasti. ADHD v obecné populaci reprezentují údaje okolo 5 % procent v dospělosti, v populaci uživatelů drog na reprezentativním vzorku je prevalence uvedena dle metaanalýzy Van Emmerik - Van Oortmerssena et al., (2012) v rozsahu 21 - 25,3 % se souhrnnou prevalencí 23,1 %. Incidence ADHD je uváděna jako zásadní rizikový faktor k abúzu návykových látek a rozvoji závislosti a to i při gender srovnání (Wilens et al., 2011). Přejchod k užívání návykových látek je dle výzkumů u osob s ADHD v dospělosti zesílen zejména u abúzu alkoholu, nikotinu a konopných drog (Lee, Humphreys, Flory, Liu & Glass, 2011; Bidwell, 2014). V České republice, která vykazuje jednu z nejvyšších prevalencí v pití alkoholu (Currie et al., 2012) a konopí u dětí a dospívajících (Kraus & Nociar, 2016), nebyla výskytu ADHD až do roku 2014 mezi uživatelskou populací věnována pozornost. I přes hypotézu sebemedikace a vyšší pravděpodobnosti užívání stimulačních drog u osob s ADHD, kde ČR představuje 2,6 %, nebyl na prevalenci, diagnostiku a komplikace u uživatelů návykových látek brán zřetel (Mravčík et al., 2016). Teorie sebemedikace u osob s ADHD představuje dle výzkumů zásadní potřebu zlepšení vlastních

copingových strategií při zvládnání vnitřních stavů a nálad, kde užívání návykových látek může velmi dobře medikovat sociální tenzi a tlak u těchto osob (Gudjonsson, Sigurdsson, Sigfusdottir & Young, 2012; Wilens & Biederman, 2006).

První studie se z důvodu absence informací zaměřuje na pilotní zjištění prevalence ADHD u osob léčených v terapeutických komunitách a aplikaci diagnostických klinických nástrojů pro ADHD v praxi. Diagnostika ADHD se odlišuje dle kritérií využívaných při zachycení symptomatologie u ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems) a DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Stěžejní pro stanovení diagnózy hyperkinetických poruch je diagnostika ADHD v dětství; v dospělosti se navíc nad rozpoznatelný rámec symptomatologie poruchy přidávají další komplikace. ADHD v dospělosti v primárním obraze zahrnuje ústup nápadných symptomů hyperaktivity, impulzivity a přechod do mírnější symptomatologie s poruchami pozornosti, soustředění a potížemi v oblasti snížené seberegulace, schopnosti zvládnání běžných situací, specifickými problémy v individuální rovině (Willcutt, 2012; Zalsman & Shilton, 2016). Zkreslený obraz v dospělosti u osob s ADHD představuje stěžejní problém při diferenciální diagnostice a nutnost volby ověřených klinických a diagnostických nástrojů v praxi, stejně tak i pro výzkumné účely. V případě uživatelů návykových látek a diagnostického zhodnocení přidružených komorbidit je nutné počítat s perzistencí stavů po vysazení návykových látek; zejména časový úsek po vysazení a vliv metamfetaminových reziduí na skóry a obraz diagnostiky. Význam správné diagnostiky u osob léčených se závislostí na návykových látkách dokládá problematika duálních diagnóz, které jsou zde zastoupeny dle evropských studií od 30 do 50 % (EMCDDA, 2004). Kromě ADHD se u uživatelů návykových látek objevují zejména poruchy osobnosti, afektivní a psychotické poruchy, depresivní a úzkostné poruchy. ADHD je samotné spojeno s vysokou mírou výskytu dalších komorbidit, které mohou primární obraz poruchy zkreslovat; zejména depresivní, úzkostné poruchy, poruchy opozičního vzdoru, emoční labilitu (Barkley, 2014; Skirrow, McLoughlin, Kuntsi & Asherson, 2009); velmi častý je i výskyt specifických poruch učení (Yates, 2014; Davids & Gastpar, 2003). Míra prevalence komorbidit u dospělých s ADHD, kteří užívají návykové látky, dosahuje až 50 % (Sizoo et al., 2010). Chybná diagnostika, zejména v prostředí rezidenční léčby v terapeutických komunitách, kde je kladen důraz na režim, řád, zátěžový program a schopnosti jedince, může zásadně negativně ovlivnit snahu a motivaci klienta k úspěšnému dokončení léčebného programu. Rizikem chybné či nulové diagnostiky je vysoké riziko drop outů, ztráta motivace k léčbě, poškození klienta na úrovni sebepercepce a vlastních schopností. Správné identifikování různých nosografických diagnostických skupin a jednotlivých potíží, které se v léčbě u klientů vyskytují, je zásadní pro připravenost odborného personálu a pro terapeutickou praxi s cíli individualizace potřeb směrem ke specifickým jednotlivých osob v léčbě.

Druhá studie se v rámci pilotního výzkumu věnuje zjišťování komplikací u osob s ADHD v léčbě a specifických problémů; zjišťuje, zda ADHD představuje vyšší zátěž z hlediska vstupu a průběhu v léčbě. ADHD jako perzistující neuropsychologická porucha představuje vliv na jedince z hlediska jeho kognitivních, exekutivních a emočních schopností a riziko ovlivnění vulnerability jedince ve vztahu k maladaptivním vzorcům chování (Malá, 2006). V kontextu léčby osob s ADHD, jako komorbidní poruchou k užívání návykových látek, se jedná o výzkumem podložené problémy, které souvisejí specificky s ADHD a druhotně s výskytem “komplikujiícího” faktoru léčby. Specifické prostředí terapeutických komunit představuje terapeuticky strukturovaný model zacílený na dosažení bio-psycho-sociální rehabilitace a abstinence (Kalina, 2008b). Léčba je poskytována v rozsahu 6 - 18 měsíců a program je koncipován na bázi všudypřítomných aktivit a procesů, které mají léčebný potenciál. Facilitace změny jedince je v prostředí terapeutických komunit posílena potenciálem skupiny (De Leon, Melnick, Thomas, Kressel & Wexler, 2000). Struktura léčebného programu využívá terapeutického potenciálu léčebných faktorů terapeutických komunit a je zde kladen důraz na rozvoj intrapersonální i interpersonálních schopností a dovedností, zvyšování frustrační tolerance, fyzické a emocionální stability a dodržování pravidel a řádu. Pro osoby s ADHD představuje dle Miovský, Čablová, Kalina & Šťastná (2014) u osob léčených pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek potíže, které se promítají na základě symptomu do průběhu terapeutické programu. Hlavní problémy související se symptomy hyperaktivity, impulzivity, poruch pozornosti a kognitivních funkcí, nízkou frustrační tolerancí, dezorganizací v behaviorální rovině a emoční labilitou jsou negativa v oblasti schopností osob s ADHD zvládat program v terapeutické komunitě; potíže v oblasti sensation-seeking, self managementu, v komunikaci, zvládání a plánování úkolů, v konzistenci intrapsychických a interpersonálních postojů či hardiness popisuje řada studií (Biederman, Petty, Clarke, Lomedico & Faraone, 2011; Valero et al., 2012). Zároveň se u ADHD klientů v terapeutických komunitách objevují další komorbidity jako psychotické poruchy od hostilního chování, agresivity, až po projevy PTSD a poruchy osobnosti (Kalina, 2008a; Yates & Wilson, 2001). Zvýšená míra rizika drop outů a poškození motivace klienta s ADHD je pak spojena nejen s přítomností komplikujících faktorů a nízkou odpovědí na léčebné intervence (Kalbag & Levin, 2005), ale i s potížemi na straně léčebného programu a nedostačujícím guidelines v uvedené oblasti (NIDA, 2008). Drop-outy a early drop outy z léčby se zvyšují s každým výskytem duálních diagnóz u osob v léčbě a s komplikujícími faktory na straně klienta (věk, počet léčebných pokusů, závažnost syndromu závislosti, sociální a ekonomické faktory, kriminální anamnéza, rodinné prostředí) i na straně programu jako schopnost reagovat na individuální specifika daného klienta (Kalina, 2008a).

Třetí předkládaná studie navazuje na problematiku předvýzkumného šetření a na základě sekundární analýzy přináší informace o genderových specifikách osob

s ADHD léčených v terapeutických komunitách. Genderové zastoupení osob v léčbě nekopíruje trend z drogové scény, kde převažují v poměru 2:1 muži vůči ženám (Mravčík et al., 2016); v léčbě je poměr uváděn s rozdílem 3:1 (UNODC, 2013). Tento všeobecný trend neplatí pro Českou republiku, kde zůstává poměr mužů vůči ženám v léčbě 2:1 (Mravčík et al., 2016). V euroatlantické kultuře převažuje rozvoj závislosti na návykových látkách u mužů nad ženami; jedinou výjimku tvoří užívání návykových psychofarmak, kde ženy převažují nad muži (Cotto et al., 2010; Compton, Thomas, Stinson & Grant, 2007). Základní genderové odlišnosti z výzkumů v oblasti léčby pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek ukazují na častější komorbidity u žen v oblasti duševních potíží (Zhou, Zhao, Zhou & Li, 2015), dochází u nich k rychlejšímu rozvoji závislosti (Kuhn, 2015; Fattore, Altea & Fratta, 2008; Fattore, Melis, Fadda & Fratta, 2014), ženy častěji nastupují i vypadávají z léčby a jsou více ohrožené relapsem než muži (De Leon & Wexler, 2009; Bobzean, DeNobrega & Perrotti, 2014). V případě osob s ADHD je zastoupení žen v obecné dospělé populaci vůči mužům 1:1,6 (Willcutt, 2012); diskrepance se dle autorů značně mění na základě věku (s postupujícím věkem klesá rozdíl mezi muži a ženami). Při sledování gender specifik osob s ADHD výzkumy uvádějí zásadně odlišné subtypy výskytu ADHD; u žen je v dětství i dospělosti popisován převážně výskyt subtypu ADHD I (inattention) s problémem diagnostiky kvůli internalizaci projevů (Biederman et al., 2002; Biederman & Faraone, 2004) a to až 2x častěji než u mužů. Muži s ADHD vykazují v dětství zejména subtyp ADHD HI (hyperactivity, impulsivity) s externalizujícími projevy a agresivitou, které usnadňují diagnostiku; v dospělosti se projevuje zejména smíšený subtyp s převahou poruch impulzivity a nepozornosti. Genderová specifika klientů v léčbě s sebou přináší potřebu nastavovat léčebný terapeutický program se zřetelem na ženské i mužské problémy v léčbě; terapeutické komunity v posledním období vytvářejí gender vstřícné prostředí zaváděním “gender responsive” programů (UNODC, 2004; Martens, 2004). U mužů v léčbě výzkumy popisují specifické potíže, které souvisejí s komplikujícím psychologickým profilem a agresivitou, dominancí, uzavřeností; absencí vztahově zdravých mužských vzorců, problémy se sexuálními traumaty, rigiditou v postojích a chování či odkrýváním zranitelnosti (TCC, 2006). ADHD s sebou jako symptomatická komorbidita u uživatelů návykových látek přináší i genderové zvláštnosti, které je nutné vzhledem k léčebnému režimu a možným komplikacím reflektovat. U žen s ADHD výzkumy popisují vyšší výskyt úzkostné a depresivní symptomatologie a nižší míru agresivity, hyperaktivity a impulzivity. Muži s ADHD vykazují ve vysokém procentu výskyt agresivního chování a externalizující symptomatologie, hyperaktivní symptomatologie a impulzivity a vysoký výskyt výkonu trestu odnětí svobody v anamnéze, často recidivující (Gershon & Gershon, 2002; Rucklidge, 2010). Za společné charakteristiky osob s ADHD v dospělosti lze považovat vyšší prevalenci jiných psychiatrických komorbidit, zejména deprese, úzkosti, poruchy příjmu potravy, osobnostní poruchy a vysokou incidenci duševních

poruch a poruch chování vyvolaných užíváním návykových látek (Kalina & Minařík, 2015; Van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014).

Čtvrtá studie, která vychází z hlavního výzkumného projektu, propojuje problematiku výskytu ADHD u osob v terapeutických komunitách z hlediska specifických potřeb v léčbě, komplikací v léčbě a motivací k léčbě. Studie sleduje vývoj motivace u osob s ADHD v TK v České republice a vliv komorbidity na léčebný proces, popisuje specifika ADHD klientů na reprezentativním vzorku. ADHD u osob léčených v terapeutických komunitách a přidružené komorbidity představují zřejmý vstupní i průběžný faktor, který ovlivňuje retenci klientů v léčbě, léčebné intervence a výsledky efektivity léčby i celého léčebného kontinua. Vysoké riziko drop-outů se prolíná s klienty, kteří jsou vzhledem k ASI (Addiction Severity Index) označováni jako “komplikovanější”. Výzkumy ukazují zejména na psychiatrickou komorbiditu, silnou toleranci, těžký stupeň syndromu závislosti a nízkou míru sociální podpory a zázemí (Longabaugh et al., 1994; Alterman, McLellan & Shifman, 1993; Timko & Moos, 2002; Havassy, Wasserman & Hall, 1995). Metaanalýza Prendergast, Podus, Chang & Urada (2002) zjistila, že léčba poruch vyvolaných užíváním návykových látek vykazuje efektivitu v poskytovaných intervencích, ale existuje ještě velké množství konkrétních výzkumných kroků ke zjištění jak výsledky zlepšovat a zajišťovat specifické potřeby komplikovanějších klientů. Zásadním faktorem, který dlouhodobě znižují studie z oblasti adiktologické problematiky a který ovlivňuje efektivitu léčby, je motivace k léčbě a očekávání klienta od léčby (Meyers, Miller, Hill & Tonigan, 1998; De Leon et al., 2000; Adamson, Sellman & Frampton, 2009). Jako významný faktor retence léčby v rámci terapeutické komunity byla popsána vnitřní i vnější motivace dle škály CMRS (Circumstances, Motivation, Readiness, Suitability - De Leon & Jainchill, 1986), byl potvrzen vliv počáteční motivace na výsledky léčebného kontinua (De Leon et al., 2000) a stěžejní vliv vnitřní motivace klientů na dosažené výsledky v léčbě (Cornelius, Earnshaw, Menino, Bogart & Levy, 2017). Současná zjištění poukazují na významné poznatky o motivaci, která ovlivňuje chování osoby nejen v době aktivního abúzu návykové látky, ale zejména z důvodu propojení neurobiologie drah a nucleus accumbens se systémem odměny, v době abstinence (Bastle et al., 2017). De Leon, Melnick & Kressel (1997) chápou motivaci jako vysoce dynamický faktor ovlivňující léčbu, který je nutno posilovat v rámci celého léčebného kontinua. DiClemente, Nidecker & Bellack, (2008) vztahují motivaci k problematice duálních klientů jako primární aspekt ovlivňující léčbu. Dle autorů jsou zejména duální klienti a tedy i osoby s ADHD v léčbě nejrizikovější skupinou vzhledem k oscilaci motivace z důvodu chronicity těžkých duševních stavů a záměrnou osobní snahou o změnu v behaviorální rovině. Výzkumy poukazují na významný vliv psychosociálních intervencí v popředí s motivačními aspekty jako faktor podporující retenci klientů v léčbě (Drake, Mueser, Brunette & McHugo, 2004). U klientů s ADHD se ukazuje multi-systémový a celoživotní deficit v oblasti motivace na základě abnormalit v oblasti

frontostriatálního a frontokortikálního mozku (Cubillo, Halari, Smith, Taylor & Rubia; 2012). Osoby v léčbě s ADHD vykazují zásadní potřebu v oblasti záměrného zvyšování motivace na základě narušení cesty dopaminu a systému odměny (Volkow et al., 2011; Modesto-Lowe, Chaplin, Soovajian & Meyer, 2013) a využívání motivačních terapeutických intervencí. Informace o stavu motivace osob s ADHD v residenční léčbě nebyly dosud zveřejněny.

Poslední kapitola monotematické struktury disertační práce propojuje výstupy z předkládaných studií a nabízí pohled na možné intervence a postupy pro současnou praxi diagnostiky, léčby a rehabilitaci v adiktologických službách ve vztahu k osobám s ADHD. Závěrem lze na základě uvedených informací zmínit nutnost věnovat pozornost specifickým potřebám klientů s ADHD v léčbě a to nejen ve vztahu k odkrývání přidružené komorbidity, komplikací v léčbě, genderových potřeb, ale i ve vztahu k motivaci a léčebně-rehabilitační perspektivy.

1 ZDŮVODNĚNÍ A VÝZNAM PRÁCE

Předkládaná monotematická struktura disertační práce se věnuje výskytu ADHD u osob léčených v terapeutických komunitách v České republice z hlediska prevalence ADHD, průběhu léčby, výskytu komplikací, specifických potřeb v léčbě a zohledňuje diagnostickou a léčebně rehabilitační perspektivu. Stěžejním tématem je ověření prevalence ADHD na reprezentativním výzkumném vzorku a zkoumání vlivu ADHD na stav motivace u osob v léčbě v TK. V zahraničních výzkumech je ADHD u dospělých osob užívajících návykové látky stále aktuálnější tématem, které potvrzuje vliv neuropsychologické poruchy na osobnost jedince v rámci léčebného kontinua a na komplikace zvládat běžný léčebný program. Prvotní výzkumy o ADHD u osob užívající návykové látky v oblasti adiktologie nemají dlouhou historii, velmi rychle se však k uvedenému tématu objevuje množství nových informací. V České republice zcela absentovaly informace o výskytu ADHD u osob užívajících návykové látky v léčbě; spektrum uváděných duálních diagnóz bylo bez uvedeného ADHD i když existovaly skupiny klientů s jasnou symptomatologií, která se vymykala běžným komorbiditám. Zohlednění nutnosti explicitní diagnostiky a přidružených komorbidit u osob v léčbě je přitom zásadní podmínkou k dosažení optimálního léčebného výsledku a k maximalizaci výtěžnosti profitu klienta z léčebného kontinua. Absence správné diagnostiky může v důsledku znamenat špatný odhad primárních potíží klienta, chybné řešení ohniska potíží, drop-out a ztrátu či poškození motivace klienta ke změně životního stylu. Duální diagnózy jsou v dnešní době považovány za standard klientů v residenční léčbě v terapeutických komunitách, kde trend směřuje k adekvátní diagnostice, optimalizaci terapeutického plánu a individualizaci potřeb i v rámci gender přístupu v léčbě.

Na základě chybějících informací o výskytu ADHD a důsledcích neuropsychické poruchy u osob léčených pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek v terapeutických komunitách v České republice byl proveden předvýzkum v roce 2013 (Rubášová, 2014) a následně byly publikovány první dva články, které informovaly o odhadu prevalence ADHD u osob v terapeutických komunitách v České republice (Rubášová, Kalina, Miovský, Čablová & Šťastná, 2015) a o komplikacích osob s ADHD v léčbě a vlivu ADHD na zahájení a průběh léčby (Kalina, Rubášová, Miovský, Čablová & Šťastná, 2014). Na předvýzkumné kroky navazoval od roku 2015 hlavní výzkum, který měl ověřit výsledky na reprezentativním vzorku klientů a získat více informací o klientech s ADHD v terapeutických komunitách. V rámci designu hlavního výzkumného projektu, který byl publikován v roce 2014 (Miovska et al., 2014), byl popsán hlavní výzkumný cíl – ověřit, zda klienti s ADHD v terapeutických komunitách mají zároveň specifické komplikace a jsou negativně ovlivňováni v tzv. dovednostech pro život. V hlavním výzkumu byla následně použita rozsáhlá

testová baterie k diagnostice ADHD a přidružených problémů a nový nástroj pro diagnostiku ADHD, u kterého byla zároveň provedena standardizační studie, a který má velmi dobrou validitu a reliabilitu dle zahraničních výzkumů a je aktuálně používán i v klinické praxi; DIVA (The Diagnostic Interview for ADHD in Adults; Kooij & Francken, 2012) se díky provedené standardizaci v rámci hlavního výzkumu stala nástrojem k diagnostice nejen pro adiktologickou oblast. Výstupem rozsáhlého výzkumu jsou stávající analýzy dat a publikování odborných článků o osobách s ADHD v TK, které představují vysoce specifické a nepopsané téma.

Vymezení témat, struktura práce

Předkládaná disertační práce se věnuje tématu ADHD u osob léčených v terapeutických komunitách z hlediska výskytu ADHD a diagnostické perspektivy, specifických komplikací v léčbě, gender specifickým otázkám u osob s ADHD v léčbě a léčebně rehabilitační perspektivě ve vztahu k motivaci klientů a potřebám klientů s ADHD.

Kapitola 2 (Study I.) se zabývá výskytem ADHD u klientů v terapeutických komunitách a přináší výsledky z předvýzkumného šetření z hlediska odhadu prevalence diagnózy ADHD na nereprezentativním vzorku. Kapitola 2 vymezuje teoretické poznatky o klientele terapeutických komunit a duálních diagnózách u uživatelů návykových látek, definuje terapeutickou komunitu a její zastoupení v rámci léčebného kontinua a adiktologické péče; přináší základní přehled z hlediska historie a aktuálních trendů terapeutických komunit u nás i v zahraničí. V úvodu kapitoly 2 jsou popsány současné poznatky z oblasti epidemiologie ADHD, diagnostiky ADHD, vlivu na osobnost jedince a specifické otázky diagnostiky v dětství a dospělosti. Teoretický přehled se věnuje i odlišným diagnostickým kritériím a popisuje nejčastěji používané výzkumné nástroje. Stěžejním tématem je vymezení diagnostických kritérií ADHD (dětství a dospělost), použití adekvátních klinických nástrojů k diagnostice ADHD a vymezení postupu při diagnostice ADHD u uživatelů v léčbě vzhledem k možným rizikům (rezidua metamfetaminu po vysazení pervitinu apod.).

Kapitola 3 (Study II. a III.) přináší důležité informace z předvýzkumného šetření, které se zaměřují na vliv ADHD z hlediska vyšší zátěže na zvládnutí léčebného programu terapeutické komunity. Referuje o výskytu komplikací u osob s ADHD léčených v terapeutických komunitách v rámci procesu a výstupech léčby. V rámci kapitoly 3 jsou zároveň rozebírána genderová specifika klientů s ADHD s vymezením specifických komplikací v léčbě a potřeb v léčbě. Genderová problematika (Study III.) je výstupem z předvýzkumného šetření na základě sekundární analýzy kvalitativních dat. V rámci kapitoly je věnována úvodní část vymezení prostředí terapeutických komunit z hlediska rozložení klientely, terapeutickému režimu, procesu léčby a popisu specifík léčby; z hlediska ADHD pak současným poznatkům o vlivu ADHD

na osobnost jedince, přidruženým komplikacím souvisejícím s komorbidním zatížením ADHD osob a genderovým odlišnostem u osob s ADHD.

Kapitola 4 (Study IV.) navazuje na předcházející kapitoly předvýzkumného šetření a přináší stěžejní informace z hlavního výzkumného projektu. Kapitola se zaměřuje na výskyt ADHD u osob léčených v terapeutických komunitách sledovaný na reprezentativním vzorku, sleduje motivaci, osobnostní profil a specifické potřeby osob s ADHD. V rámci výzkumu (Study IV.) jsou shrnuty základní poznatky z hlavního výzkumného šetření o prevalenci ADHD, popisu cílové skupiny, základních sociodemografických a anamnestických údajích a specifikách osob v léčbě. V rámci úvodu jsou vymezena hlavní zjištění z oblasti motivace, vlivu motivace na léčbu a souvisejících faktorů ovlivňujících retenci v léčbě a úspěšnost léčby; je popsán vliv přidružených komorbidit na oscilaci motivace v procesu léčby. V rámci teoretického úvodu je zohledněn vývoj efektivity léčby v čase a význam výzkumných aktivit v oblasti adiktologické problematiky z důvodu snižování předčasného ukončení léčby či vypadnutí z léčby. Pozornost je věnována komplexním modelům údravy dle transteoretického přístupu v adiktologii a odlišnostem, které představují komplikace spojené se symptomatologií ADHD. Výzkumná část souhrnně informuje o stavu motivace klientů s ADHD a bez ADHD v léčbě a propojuje specifika komplikací osob s léčebně rehabilitační a diagnostickou perspektivou. V závěru každé z kapitol (1 - 4) je uveden přehled výsledků, provedena diskuze k tématu a závěrečné pojednání.

Pátá kapitola sumarizuje zjištěné výstupy na základě Study I. - IV. a tedy kapitol 2- 4. Pro každou z kapitol 2 – 4 jsou uvedeny hlavní výstupy z výzkumu a podány doporučení pro klinickou praxi a pro další výzkumná šetření. První podkapitola propojuje výsledky o prevalenci ADHD s diagnostickými škálami pro ADHD (Study I. a Study IV.) a doporučeními k diagnostickému procesu. Výsledná zjištění jsou souhrnem dat z předvýzkumného a hlavního výzkumného šetření. Jsou zmíněny limity, které se při diagnostice ve výzkumném prostředí objevily. Druhá podkapitola shrnuje výstupy z hlediska komplikací osob s ADHD v léčbě, vlivu ADHD na proces a výstupy léčby a genderové hledisko osob s ADHD v léčbě (komplikace, specifika, rozdíly). Druhá podkapitola sumarizuje předvýzkumná zjištění (Study II., Study III.) a propojuje je s hlavním výzkumem (Study IV.). Třetí podkapitola shrnuje výstupy o motivaci osob, osobnostním profilu osob s ADHD v léčbě a specifických potřeb v léčbě a to na základě hlavního výzkumného projektu (Study IV.) Čtvrtá podkapitola je souhrnem pro předvýzkum a hlavní výzkum v oblasti ADHD u klientů v terapeutických komunitách z hlediska diagnostiky a léčebně rehabilitační perspektivy. Na základě zjištění (Study I. - Study IV.) přináší hlavní výstupy a doporučení pro diagnostickou a léčebně rehabilitační perspektivu u osob léčených v terapeutických komunitách s komorbiditou ADHD.

2 VÝSKYT ADHD U UŽIVATELŮ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH

2.1 Úvod, zdůvodnění významu tématu, přehled problematiky

Kapitola se zabývá problematikou výskytu ADHD u osob v terapeutických komunitách léčených pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek v České republice. ADHD je sledováno z hlediska prevalence a z hlediska diagnostiky. Předkládaná studie (Study I.) byla provedena v rámci předvýzkumného šetření v roce 2013 za účelem zjištění a zmapování výzkumného prostředí z hlediska výskytu ADHD u uživatelů návykových látek. Na prvotní informace o prevalenci navazovaly další předvýzkumné kroky (Study II., III.) a hlavní výzkumný projekt (Study IV.). V České republice absentovaly o výskytu ADHD v populaci uživatelů návykových látek informace a na základě zahraničních výzkumů existovala vysoká pravděpodobnost výskytu ADHD jako komplikujícím faktoru ve vztahu k efektivitě léčby a výsledku léčebného kontinua. Duální diagnózy u adiktologické klientely obecně patří mezi stěžejní výzkumná témata, která jsou vzhledem k diagnóze ze skupiny F.10 - F.18 vnímána jako přítěžující pro vysokou prevalenci a pro rizika s komorbidním zatížením spojená. Diagnostika přidružené duševní poruchy má v adiktologii výsostné postavení; chybné určení primární etiologie vzniku adiktivních poruch (např. model automedikace) nevede k optimalizaci terapeutických intervencí a zvyšuje riziko poškození klientů a i riziko drop-outů. Diagnostické určení psychiatrické komorbidity je významné i v případě, že dochází k jejímu rozvoji v důsledku potíží z oblasti F.10 - F.18 (model autoneregulace). Psychiatrická komorbidita a jiné nosografické skupiny mají význam z hlediska diagnostiky u uživatelů v léčbě pro vysokou míru komplikací a specifík, které u adiktologické klientely uvádí řada autorů. Jedná se o zvýšené nároky na personál, zvýšený výskyt rizikových situací, riziko problematické lékové compliance či úplné kontraindikace některých psychofarmak, riziko relapsu ve vyšším procentu, absence využívání konfrontačních přístupů u některých diagnóz (kapitola 2.1.1; podrobněji Miovská, Miovský & Kalina, 2008; Nešpor, 2003; Buckley, 2006; Richterová Těmínová, Adameček & Kalina, 2003). Kauzální vztah mezi psychiatrickou komorbiditou a abúzem návykových látek je podložený studiemi (Monica, Nikkel & Drake, 2010; Bogenschutz et al., 2014), zároveň existují informace o nutnosti specifického přístupu k adiktologické klientele, která je vzhledem k diagnostickému zatížení označována jako "komplikovanější" k dosažení optimálních výsledků léčby. ADHD specifické vysokým výskytem přidružených diagnóz (depresivní a úzkostné poruchy, poruchy učení a chování, tikové poruchy, OKP...) je pak u uživatelů návykových látek v léčbě zřejmou zátěží na individuální i interpersonální rovině (Barkley, 2006). Léčba v terapeutické komunitě pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek je vzhledem k přidruženým komplikacím klientů s ADHD

a k intenzitě programu velmi specifická. Terapeutická komunita jako model dlouhodobé rezidenční léčby nabízí vysoce strukturované a podnětné terapeutické prostředí, kde se v rámci modelu úzdravy předpokládá nárok na osobnost jedince, jeho životní dovednosti, interpersonální schopnosti, motivaci a schopnost zvládat stresové i běžné životní situace. Osoby s ADHD v léčbě pak představují jednu ze skupin duálních klientů, kde je nutné zohledňovat aktuální symptomatologii poruchy a její vliv na zvládání programu. Význam má především podrobná diagnostika a anamnestický rozbor k odhalení potíží klienta, které mohly vést k začátku i udržování abúzu návykové látky. Výzkumy, které přinášejí informace o zastoupení komorbidit u uživatelů návykových látek a přidružených problémech, jsou vzhledem k efektivnímu intervenčnímu působení zásadní. A to zejména v případech, kdy jako u diagnózy ADHD, jde o novější adiktologické téma.

ADHD vymezení terminologie, symptomatologie, diagnostika, léčba a adiktologická specifika

Terminologické vymezení

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) je podle diagnostických kritérií DSM - IV. a DSM - V. (APA, 2001; APA, 2013) definováno třemi subtypy podle rozdílů v bazální symptomatologii ADHD: Subtyp ADHD - H (převažující hyperaktyvně-impulzivní); subtyp ADHD - I (převažující symptomatologie nepozornosti) a subtyp ADHD - C (kombinovaný subtyp). Z hlediska epidemiologie se uvádí častější výskyt ADHD u chlapců a to specificky ADHD - C; u dívek je častější výskyt ADHD - I (Willcutt, 2012). Metaanalýza Willcutt (2012) potvrzuje diagnosticky validní kritéria ADHD napříč zeměmi a regiony a staví se proti konstruktu ADHD jako neplatné diagnózy. Z hlediska diagnostiky ADHD a odhadu prevalence je nutné zohledňovat longitudinální stabilitu a instabilitu jednotlivých subtypů. Jak zmiňuje Willcutt et al. (2012), vývojová trajektorie projevů ADHD je značně proměnná vzhledem k jednotlivým subtypům. Bylo prokázáno, že v 59 % po pěti až devíti letech přezkoumání symptomatologie subtypu ADHD přetrvává jeden z diagnosticky kategorizovaných; pouze ve 39 % se jedná o stejný subtyp jako v minulosti (Willcutt et al., 2012). Zároveň existuje velké riziko ukončení léčby či absence diagnostiky ADHD pro vysokou transformaci symptomů; týká se zejména subtypu ADHD - C (častý přechod do ADHD -I) a riziko chybné diagnostiky ADHD v dospělosti, kdy ustupují vysoce nápadné symptomy hyperaktivity a impulzivity a přetrvává symptomatologicky méně nápadná, ale klinicky významná porucha pozornosti.

Terminologie ADHD prošla výraznou proměnou. Od roku 1963 byl pro jednotnost diagnostiky zaveden termín LMD (lehká mozková dysfunkce), který navazoval na hypotézu organické etiologie poruchy (Drtílková, 2007 a); současná terminologie se liší podle jednotlivých klasifikačních diagnostických systémů. ADHD

a jednotlivé subtypy uvádí DSM – V (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch) Americké psychiatrické asociace (APA) z roku 2013. ADHD a subtypy užíval i DSM-IV, podle kterého jsou konstruovány diagnostické a dotazníkové škály k diagnostice ADHD platné pro předkládanou studii (Study I) - z uvedeného důvodu je DSM V zmíněna jen okrajově. Odlišnou terminologii využívá ICD - 10 (International Classification of Diseases) od WHO (World Health Organization) a interpretuje poruchu jako Hyperkinetickou (MKN-10, 2008). Zásadní rozdíly mezi klasifikačními systémy jsou patrné i v diferenciaci jednotlivých subtypů. Pokud DSM - IV uvádí subtyp ADHD I (Inattentive) a subtyp ADHD H (Hyperactivity/impulsivity), nelze u ICD - 10 najít ekvivalenty k daným subtypům; u ADHD C (Combined) dle DSM - IV (APA, 1994) je pak u ICD - 10 definován subtyp Hyperkinetické poruchy s kombinací poruch pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. ICD -10 navíc uvádí Hyperkinetickou poruchu chování, k níž APA nemá ekvivalent (Drtilková, 2007b; Paclt, 2007a). Nová verze DSM V uvádí ADHD s převažující poruchou deficitu pozornosti (ADD), ADHD s převažující hyperaktivitou a impulzivitou a ADHD kombinované (ADD a ADHD, kde nelze určit převažující symptomatologii).

Pro diagnostické určení ADHD podle MKN - 10 musí být splněno kritérium rozvoje poruchy před 7. rokem věku. Zároveň musí být prokázáno přetrvávání symptomatologie po dobu nejméně půl roku; klinicky pak symptomy zahrnují hodnocení poruch a deficitů v oblasti pozornosti (potíže v koncentraci, s udržením pozornosti, neposlušnost, potíže s dokončováním úkolů, odkládání či vyhýbání se úkolům z důvodu potřeby zvýšené mentální snahy, dezorganizace až nepořádnost, problémy se zapomnětlivostí, roztržitost či velmi časté ztráty osobních věcí); v oblasti hyperaktivity (potíže setrvat v klidu na místě, neustálý pohyb, neposednost a neschopnost setrvat v klidu, neschopnost udržet ticho a klid - upovídánost, mnohmluvnost, pobíhání) a z oblasti impulzivity (bezmyšlenkovité jednání a odpovědi, mnohmluvnost a potíže s její korekcí, vyrušování okolí, neschopnost odložit čekání). MKN - 10 uvádí pro každou z hodnocených oblastí počet symptomů, které musí být po dobu 6 měsíců pozorovatelné; zároveň lze v případě splnění kritérií jak pro subtyp poruchy pozornosti a hyperaktivity i pro poruchy chování stanovit diagnózu hyperkinetické poruchy chování jako zvláštního subtypu (MKN - 10, 2008). Podle DSM IV je ke stanovení diagnózy ADHD znatelná odlišnost v klasifikačních systémech a v přístupu k hodnocení symptomatologie. Paclt (2007a) uvádí, že ADHD podle APA se s diagnózou hyperkinetické poruchy dle ICD 10 kryje jen v minimální míře, což v důsledku znamená, že DSM IV je citlivěji nastavena na rozličné projevy a je schopna zachytit i méně závažnou symptomatologii. Podle DSM IV jsou kritéria diagnostiky pro dětství i dospělost nastavena na podmínku rozvoje poruchy již před 7. rokem věku s přetrváváním symptomů po dobu nejméně šesti měsíců (totožné s ICD - 10); vyloučení diferenciální diagnostiky s Pervasive Developmental Disorder. DSM IV rozděluje počet symptomů nutných ke stanovení diagnózy podle věkových skupin,

a to s klesající tendencí směrem k dospělosti (APA, 1994). DSM V přináší vzhledem k diagnostice poruchy mírnější posouzení; odklání se od požadavku začátku poruchy před sedmým rokem věku a pro stanovení diagnózy v dospělosti již není podmínka stanovení diagnózy v dětském věku (APA, 2013). Zásadní kritéria pro stanovení diagnózy ADHD podle DSM IV (základ pro posuzovací nástroje WURS 61/25 a ASRS v 1.1) představuje celkem 14 hodnocených symptomů s požadavkem přítomnosti minimálně 8 z nich podle výše uvedených kritérií a s ohledem na věk: pacient vykazuje velmi časté a neklidné hraní si s rukama, bezdůvodně se vrtí v sedě a pohybuje bez účelu nohama (pro adolescenci a dospělost je hodnocen subjektivní interní neklid); objevují se potíže udržet sebe sama v klidu i přes jasné požádání o klid; pacient je snadno odveden pozorností či vyrušen od práce/činností na základě okolních stimulů; má potíže být trpělivý v situacích, kde je vyžadováno pevné pořadí a pravidla (přebíhá řady, nedočkavý, nerespektuje pravidla); často ze sebe rychle vyhrkne sdělení či odpověď na otázku, aniž by byla řádně dokončena; objevují se potíže s dokončováním úkolů a úloh zejména v případě instruování od jiné osoby; potíže při koncentraci pozornosti v rámci her či plnění úkolů; časté a rychlé střídání činností, jejich nedokončování, rozpracování více činností/úkolů v danou chvíli; problematické udržování ticha a klidu (při hře); překotné mluvení až nadměrné mluvení; vysoká tendence skákat či přerušovat řeč jiných osob, záměrné rušení her ostatních vlastní aktivitou; pacient budí dojem zasněného, jakoby neposlouchal, či byl duchem nepřítomný; velmi častá ztráta či zanechávání osobních věcí, opakovaně (věci školní potřeby, doklady, peněženky, telefony, klíče); často se objevuje rizikové chování bez zvážení následků, např. přebíhání silnice bez rozhlédnutí (APA, 1994; Paclt, 2007a).

Současná terminologie

Velmi bystře na posuzování diagnózy ADHD pak reaguje aktuální manuál DSM V (výchozí kritéria pro posouzení diagnózy dle DIVA využité ve Study IV.) a zohledňuje diagnostiku ADHD v dospělosti. Podle nových kritérií je ke stanovení diagnózy ADHD v dětství/dospělosti nutné splnění šesti/pěti kritérií z osy A a B, jejich kontinuita po dobu minimálně půl roku a požadavek negativního vlivu symptomů na hodnocené oblasti sociální, oblasti vzdělávání a zaměstnání. Pro stanovení diagnózy ADHD v dospělosti jde u DSM V o posun od DSM IV, kdy není požadavkem potvrzená diagnóza ADHD v dětství, ani začátek symptomatologie poruchy před 7. rokem věku. DSM V požaduje pro dospělé v případě stanovení diagnózy výskyt symptomatologie (v omezené míře) před 12. rokem věku a negativní vliv na více než dvě hodnocené oblasti života pacienta (zaměstnání, škola a vzdělání, sociální vazby, vztahy). APA (2013) zmiňuje zásadní nutnost vyloučení současné koexistence jiné duševní poruchy či epizody. Mezi posuzovací kritéria A (označení I - Inattentive) dle DSM V pro ADHD spadá výskyt poruch pozornosti (neudrží koncentraci, potíže soustředit se ve škole/při práci, chyby v důsledku nepozornosti), potíže udržet při hře či plnění

úkolů pozornost, výskyt potíží při dialogu či komunikaci (zasněnost, nepřítomnost duchem), potíže vyslechnout instrukce k úkolům a následně chybné plnění úkolů, potíže organizovat si čas a úkoly či potíže s jejich plánováním, vyhýbání se práci vyžadující mentální a volní úsilí, opakované a časté ztráty osobních věcí a jejich zapominání, potíže s unáhlenými až zbrklými reakcemi na okolní podněty a potíže plnit úkoly a činnosti naplánované v daný den. Posuzovací kritérium B (označení H/I - Hyperactivity/Impulsivity) dle DSM V zahrnuje hodnocení přítomnosti neustálých pohybů v klidu (vrtění, pohupování, hraní si s údý těla...), potíží při setrvání v klidu (neschopnost vydržet na místě, v sedě; nutkání a akt činnosti či pohybu), pohupování na židli či pobíhání a popocházení (vnitřní tenze a napětí u dospívajících a dospělých), problém být v tichosti při hře a činnosti, přítomnost vysokého stupně aktivity (neustálý pohyb), nadměrná mluvnost, skákání do řeči a odpovídání na nedokončené otázky, problém s udržením klidu při zdouhavých činnostech (fronta, kolony...) a předbíhání či opouštění místa, vyrušování okolí vlastní aktivitou a energií (působí až otravně, neomaleně). APA (2013) a nová DSM V pak s ohledem na diagnostiku ADHD u adolescentů a v dospělosti konkretizují požadavky na projevy v pozdějším věku a zároveň zmírňují kritéria (viz výše); pro ADHD v dospělosti se vyžaduje, aby symptomy ovlivňovaly život pacienta (v porovnání s DSM IV není požadavek zhoršování kvality). Používané škály a klinické nástroje, vycházející z doposud platné DSM IV (výzkum Study I. – III.), zahrnovaly pro diagnostiku v dospělosti přetrvávání minimálně 12 z chronických příznaků (včetně diagnózy ADHD v dětství a diferenciální diagnostikou), kdy pacient silně vnímá, že jeho výkon nekoresponduje s jeho schopnostmi; vykazuje potíže v uspořádání a organizaci času a úkolů denní činnosti; má obtíže se začátkem úkolů a odkládá je; často dělá několik činností či úkolů současně; pacient má potíže s vyhrknutím myšlenek bez rozmyslu jejich důsledků; rychle střídá zájmy a podněty; pacient popisuje velmi časté pocity nudy a zároveň potíže setrvat u zájmové činnosti; objevuje se neklid a nervozita, problém s pozorností a koncentrací; objevuje se potíže s ovládním a zvládním trpělivosti; pacient má potíže s přijímáním a dodržením pravidel a zaběhnutých postupů - často tendence aplikovat své vlastní; pacient je slovně i behaviorálně impulzivní aj. Diagnostický proces se odvíjí od dobré znalosti příznaků ADHD, přidružených komorbidit a rozlišování projevů poruchy podle věku. Včasné nerozpoznání příznaků ADHD a léčba poruchy vede v dospělosti k nárůstu komorbidních obtíží a problémům správné diagnostiky (Paclt, 2007b; Barkley, 2006).

Klinická symptomatologie ADHD

Klinické symptomy ADHD zahrnují poruchy pozornosti. Manifestují se od dětského věku s tendencí zmírnění symptomatologie do méně nápadnějších obtíží (Lougy, DeRuvo, Rosenthal, 2007); často s proměnou do stavu zasněnosti (Pelletier, 2014) či potížemi v běžném plnění při nízké incentivě úkolů (Parker, 2005). Důsledkem

je často porucha v live-skills a schopnosti zvládat nároky běžného dne (Barkley, 2014). Impulzivita u ADHD osob zesiluje zejména v situacích s vyšší mírou frustrační tolerance (Barkley, 2014); manifestuje se do komunikace s ostatními, do rizikového chování a jednání bez rozmýšlení důsledků, rizikových aktivit s častými úrazy, do potíží s odložením vlastní potřeby či do rizikových sexuálních aktivit (Theiner, 2007; Goldstein a Ellison, 2002). Osoba s projevy impulzivity jeví dojem záměrně škodící až morálně upadající. Symptomy z oblasti poruch aktivity se u osob s ADHD projevují ve velmi rozličné formě od zcela normální aktivity až po projevy hyperaktivního chování. Klinicky se mohou vyskytnout i poruchy koordinace pohybů či grafomotorické postižení (Parker, 2005; Goldstein a Ellison, 2002); v dospělosti se poruchy aktivity často zmírňují do podoby vnitřní tenze a napětí či zvýšené a neklidné aktivity v podobě pohupování, hraní si s vlasy apod. Zásadním projevem u osob s ADHD je problém s motivací, který není považován za jádrový symptom, ale vyskytuje se u mnoha osob. Důvodem potíží v oblasti motivace je neurobiologický základ a porucha transmise dopaminu u osob s ADHD a porucha distribuce dopaminu (Kelly et al., 2009). Motivace k výkonu a činnosti u osob s ADHD je navíc negativně ovlivňována opakujícími selháními při dosahování cílů či zdárného dokončení činností (podrobně kapitola 4; Study IV). Do klinického obrazu u osob s ADHD se dostávají poruchy s pamětí manifestující se jako zapomínání, ztracení, poruchy zpracování a pochopení informací či zapomínání na termíny a schůzky (Barkley, 2014). Nejčastější je porucha krátkodobé paměti a rychlé vyřazení zpracovávaných vjemů (Barkley, 2014); velkou potíž představuje i selekce podstatných vjemů od méně důležitých (Cornoldi et al., 2001). Potíže s organizováním času jsou důsledkem poruch pozornosti, problémem se selekcí priorit i incentivní problematikou. Klinicky se projevují do častých “time-wasting traps” činností jako snění, hry na telefonu či počítači a různými formami prokrastinujících činností (Gudjonsson, Young & Bramham, 2007). V klinickém obrazu osob ADHD nacházíme potíže s pocitem vlastní hodnoty, reálným sebehodnocením a řešením úkolů. Narušené exekutivní funkce osob s ADHD vedou v důsledku k maladaptivním copingovým schopnostem a snížení vnitřní motivace k vlastní aktivitě (Selikowitz, 2004). Emoční dysregulace zasahuje do klinického obrazu osob s ADHD jako zásadní potíž (Barkley, 2014) a instabilita ovlivňuje i rovinu vztahovou. Barkley (2014) tento nejádrový symptom popisuje na úrovni poruchy vlastní regulace emoční odpovědi na podněty, v oblasti emoční impulzivity a v oblasti poruchy sebmotivování. Široké spektrum potíží osob s ADHD zahrnuje i oblast sociálních kompetencí a dle Selikowitz (2004) zasahuje kompetence v oblasti sociálního citění, pocíťování vlastních a cizích hranic, egocentrického přístupu, schopnosti zapadnutí do vrstevnických norem, nepřiměřenými sociálními reakcemi vzhledem k věku či kompetence ve vztahu k porozumění dynamice sociální skupiny.

Diagnostika v dospělém věku předpokládá velmi dobrou znalost symptomatologie a přidružených komorbidit k ADHD, které výsledný obraz zásadně

zkreslují. Psychiatrická komorbidita je dle výzkumů uváděna u ADHD osob v rozmezí 60 - 70 % (Kooij et al., 2010; Nazar et al., 2008). Barkley (2006) zároveň popisuje riziko rozvoje komorbidit u dětí s ADHD až v 75 % případů. U dětí i dospělých s ADHD se vyskytují specifické poruchy učení (až 25 %), poruchy v jemné i hrubé motorice či vizuální koordinace (až 40 %), souběžná porucha opozičního vzoru (až 40 %), poruchy chování (14 %), úzkosti (38 %); obsedantně kompulzivní a tikové poruchy, poruchy nálady (11 %). Popisován je i častější výskyt Tourettova syndromu, enurézy, poruch v příjmu potravy a poruch spánku (Drtílková, 2007c; Barkley, 2006). V dospělosti u osob s ADHD je nutné počítat zejména se současným výskytem úzkostných poruch a poruch nálady, zejména depresivní poruchy (rozsah 35 - 50 %), poruch chování a bipolární afektivní poruchou; abúzus návykových látek a závislost se objevuje ve 40 - 50 % (Biederman, 2005). Zároveň je u klientů s ADHD léčených pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek popisován výskyt poruch osobnosti; hraniční porucha osobnosti (11 - 38 %), antisociální porucha osobnosti (16 - 51 %), paranoidní porucha osobnosti, pasivně-agresivní porucha či poruchy chování (Daigre et al., 2013; Ferrer et al., 2010; Van Emmerik-Van Oortmerssen et al., 2014; Cumyn, French & Hechtman, 2009; Torok, Darke & Kaye, 2012). K uvedeným komorbiditám se často přidávají i poruchy spánkového cyklu, poruchy usínání, poruchy celistvosti spánkového cyklu a vyšší výskyt astmatu (Barkley, 2006). U osob s ADHD byl v klinickém vzorku popsán vysoce problematický vztah s vrstevníky a vyšší míra sociální izolace (50 - 70 %), častý konflikt ve vztahu s rodiči a nízká compliance s vyžadováním od rodičů; rodiče dětí a dospělých s ADHD vykazovali vyšší míru negativního vnímání vzájemného vztahu a vyšší míru stresových situací. Zároveň výzkumy dokazují vysoký výskyt ADHD u rodičů dětí s ADHD, stejně jako přidružených komorbidit (Barkley, 2006).

Diagnostický proces ADHD

V rámci diagnostického procesu je nutné psychopatologii chápat v širším kontextu symptomů rozdílných nosografických skupin. Zásadní jsou specifika diagnostického procesu v dospělém věku a zcela jiné zvláštnosti pak přináší proces diagnostiky u uživatelů návykových látek. Stěžejní doporučení pro praxi vychází z obecných doporučení pro diagnostiku ADHD v dospělém věku. Skirrow & Asherson, (2013) uvádí pro diagnostiku v dospělosti jako stěžejní kritéria DSM IV (ev. DSM V), zohlednění specifické symptomatologie vzhledem k věkové skupině, provedení cíleného diagnostického rozhovoru, zhodnocení jednotlivých symptomů ADHD a souvisejících potíží a narušení, kognitivní a behaviorální testování vzhledem k poruše, zjišťování kompenzačních strategií vyšetřovaného a přesný záznam jednotlivých obtíží. Celkové klinické posouzení by mělo obsahovat dle Skirrow & Asherson, (2013) minimální sadu dokumentů od anamnestického shrnutí lékaře (traumata hlavy, epilepsie aj.), screeningové nástroje k rychlému posouzení výskytu ADHD symptomatologie, škály

k hodnocení aktuální symptomatologie, škály na posouzení ostatních deficitů a komorbidit; zásadně pak podrobný diagnostický rozhovor. Barkley (2006, 2014) i Theiner (2007) ke stanovení diagnózy vidí jako zásadní využívání několika zdrojů dat relevantních k určení symptomatologie ADHD. Kromě rozhovoru s pečující osobou se doporučuje rozhovor s učitelem (v případě diagnostiky u nezletilých) a používání dotazníků i škál k odlišení symptomatologie různých poruch; využití zobrazovacích, laboratorních a elektrofyziologických metod k diferenciální diagnostice. Před samotným vyšetřením dítěte a dospělého platí důležitá režimová opatření, jako zákaz užití stimulačních nápojů a látek před vyšetřením, zákaz příjmu potravin s vysoce energizujícím potenciálem a směřování vyšetření do dopoledních hodin (Ptáček, 2007). První část vyšetření se odehrává na klinické úrovni a výstupem by mělo být optimální sestavení testové baterie a základní hypotézy o potížích diagnostikovaného jedince. V praxi u dospělého jedince a zejména u osoby, kde je anamnesticky zjištěné užívání návykových látek se k diagnostice připojují specifické škály na diagnostickou rozvalu poruch vyvolaných užíváním návykových látek. Pro diagnostický proces ADHD pak platí, že vyšetřovaný jedinec by neměl být pod vlivem návykové látky (zkreslení symptomatologie) a vyšetření je provedeno s větším časovým odstupem po vysazení návykové látky. Tato informace je stěžejní vzhledem k uživatelům drog a riziku přetrvávání reziduí návykové látky, etiologické spojitosti symptomů ADHD a akutní intoxikace i dlouhodobých reziduí po několikaletém abúzu (Kessler et al., 1996). Miovský et al., (2018) pak uvádějí stěžejní pro praxi a z hlediska rizika zkreslení diagnostiky primárně stavy související s užíváním stimulačních drog (akutní drogový efekt, rezidua akutního užití, rezidua chronického abúzu) a rezidua způsobená chronickým abúzem návykových látek či skupiny návykových látek (stimulační návykové látky a alkohol jako vysoce rizikové). Vyšetření a diagnostický proces se doporučuje opakovat s časovým odstupem pro potvrzení či vyvrácení diagnózy a z důvodu diferenciální diagnostiky. U uživatelů návykových látek či u osob, kde je podezření na abúzus je vhodné provádět současně toxikologické vyšetření a celkové zhodnocení psychopatologického profilu. Proces diagnostiky popisuje tabulka 1.

Tabulka 1 Oblasti komplexní diagnostiky a klinické inventáře u ADHD

Oblasti diagnostického zhodnocení	Jádrové příznaky	Vyšetření pozornosti a/ exekutivních funkcí		Vyšetření impulzivity	Vyšetření hyperaktivity
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 System)	- 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, Brevně/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/vyšetřováno u osobou, posuzovací škály (CPQ, CTQ), PAQ /Personal Assessment Questionnaire), SPAS (Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti), Scénotest, Roschachův test, projektivní kresebné metody	- rozhovor s rodiči/vyšetřováno u osobou, CPQ, ADOR (Adolescent o rodičích), Rohnerova rodinná diagnostika, SORAD (sociometrický ratingový dotazník), kresby rodiny a jiné projektivní metody
	Neuroanatomické metody	Neurofyziologické metody		Neurochemické metody	
4. Zobrazovací metody	MR (magnetická rezonance)	EEG (elektroencefalografie), MEG (magnetoencefalografie), PET (pozitronová emisní tomografie), SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie), fMR (funkční MR)		PET, SPECT, MRS (spektroskopie magnetickou rezonancí)	

Zdroj: vlastní: Rubášová (2014; volně podle Uhrová, 2007a; Uhrová & Žáčková, 2007, Drtílková, 2007g).

Diferenciální diagnostika a specifika u uživatelů návykových látek souvisejí se zohledněním symptomatologie ADHD, behaviorálních charakteristik dané osoby a podob symptomů rozličných onemocnění do excitace, kognice a emoční lability. Drtílková (2007h) vymezuje oblast diferenciální diagnostiky k ADHD na diagnostickou skupinu úzkostných poruch, kde je nutno k diferenciaci s ADHD zohlednit časové hledisko u poruch přizpůsobení, zaměřit se na zvýšený arousal a excitaci jako podobné příznaky; skupinu desinhibice chování či poruch přichylnosti, kde s ADHD korelují zejména behaviorální projevy; diagnostickou skupinu bipolárně afektivních poruch zejména počáteční fáze hypománie a mánie, kde korelují hyperaktivní projevy a poruchy pozornosti k ADHD. U afektivních poruch, které patří mezi časté duální diagnózy uživatelů drog Drtílková (2007h), uvádí riziko korelace v oblasti elevace nálad, hyperkognici, hypersexualitě, hyposomni a v příznacích grandiozity. U diagnostické skupiny hyperthyreoidismus, schizofrenie, autistických poruch či mentální retardace je popisován klinicky podobný obraz v psychomotorickém neklidu, hyperaktivitě či zvýšené excitaci.

Dianostické nástroje pro výzkum i praxi, duální diagnózy

Při diagnostice ADHD vyšetřující prochází v diagnostice fázemi od screeningu, diagnosticky zaměřeného rozhovoru, neuropsychologického vyšetření, pozorování v rámci kontaktu až po posouzení deficitů a oblastí vyšetřovaného. Základní screeningové nástroje (nástroje využívané v rámci Study I. - IV. jsou podrobně popsány v rámci výzkumné části) k odhalení symptomatologie pro klinickou praxi i výzkum představuje ASRS (Adult Self Report Scale; viz Study I. - III.) k hodnocení přítomnosti symptomů ADHD v dospělosti (Kessler et al., 2005; Spencer a Adler, 2004); inventář ASRI (ADHD Symptoms and Role Impact Inventory, BAARS- IV (Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV; Barkley, 2011); WURS 61/25 (Wender Utah Rating Scale; viz Study I. - III.; Ward, Wender a Reimherr, 1993) založena na kritériích DSM - IV k hodnocení symptomatologie ADHD v dětství, CAARS (Conner's Adult ADHD Rating Scale; Conners, Erhardt & Sparrow, 1999) ve verzi sebehodnotící i klinické a z ní vycházející CPRS-R (Conner's Parent Rating Scale - Revised) a CTRS-R (Conner's Teacher Rating Scale - Revised) využívané k diagnostice v dětství; AAQoL (Adult ADHD Quality of Life) určená k sebeuposouzení u dospělých; BADDS (Brown Attention-Deficit Disorder Scale) nevychází z DSM-IV a zaměřuje se na exekutivní funkce (Kooij, 2013); či CTQ (Conners Teacher Questionnaire; viz Study II. - III.). K diagnostickému rozhovoru s dospělým pacientem využívá klinická praxe i výzkum strukturovaných a polostrukturovaných interview jako je DIVA (Diagnostic Interview for ADHD in Adults; Kooij a Francken, 2012; viz Study IV.); CAADID (Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV.; Epstein a Kollins, 2006) či ACDSv1.2 (Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale). Diagnostické rozhovory mapují aktuální obtíže, zaměřují se na diagnostiku v dětství a často i na komorbidní obtíže.

Duální diagnózy a jejich identifikace jsou v procesu diagnostiky u uživatelů návykových látek podstatným tématem. Terminologické vymezení pojmu duální diagnóza u uživatelů drog znamená dle Williams a Cohen (2000) etiologickou souvislost poruch a blízký vztah mezi onemocněními. Psychiatrická komorbidita je pak podle literatury vymezena šířeji a implikuje označení dvou a více syndromů (WHO, 2004). Vzhledem k problematice určování vztahu příčiny mezi syndromy se doporučuje užívání pojmu psychiatrická komorbidita. Diagnostika psychiatrické komorbidity u uživatelů v léčbě je zásadní pro celé léčebné kontinuum a specifika terapeutických intervencí. Vzhledem k vysoké prevalenci psychiatrické komorbidity u adiktologické klientely je diferenciací velmi podstatná. Výzkumy uvádějí prevalenci psychiatrické komorbidity v Evropě u adiktologické klientely v rozsahu 30 - 80 % (EMCDDA, 2004, 2007); v České republice byl popsán podíl 35,5 % (Mravčík et al., 2003). Diagnostika v procesu léčby uživatelů drog představuje specifikum v dodržování základních doporučení pro praxi. Miovský et al., (2008) v kontextu adiktologické diferenciací diagnostiky uvádějí nutnost přesné znalosti anamnestických dat a zdravotnické dokumentace klienta, potřebu silného teoretického vhledu do problematiky, provedení standardního laboratorního vyšetření (toxikologie, biochemie) a celkového vyšetření klienta, provedení psychologického vyšetření a získání klienta ke spolupráci. Vyšetření klientů by mělo být provedeno za kontrolovaných podmínek abstinence.

Léčba ADHD – přístupy a poznatky

Léčba ADHD a přidružených problémů má u adiktologické klientely specifika podobně jako diagnostický proces. Základní léčebné modality představuje farmakoterapie a psychoterapie. Farmakologická léčba problémů spojených s ADHD v dospělosti je limitovaná nabídkou farmak na trhu (Mohr, Kopeček, Brunovský & Páleníček, 2017); medikace je zahájena na základě diagnostiky nebo nasedá na medikaci z dětství. Mohr et al., (2017) popisuje v České republice zejména užívání Metylfenidátu IR nebo OROS, Atomoxetinu, Bupropionu SR, Imipraminu a odafinilu. Základní mechanismus spočívá ve stimulaci dopaminergního a noradrenergního systému a posílení chybné inhibice; výsledkem je zlepšení všech jádrových symptomů ADHD (Kooij, 2013). V zahraničí je využíván i dexmetylfenidát, lisdexamfetamin a směsi amfetaminů; v dospělosti se volí i bupropion, modafinil či tricyklická antidepresiva (Mohr et al., 2013). Zahájení farmakologické léčby u dospělých znamená provedení rutinního vyšetření a zhodnocení případného rizika (zejména u nasazení stimulantů; krevní tlak, riziko závislosti, zneužívání léků ap.); pacient musí být dobře poučen o vedlejších účincích léků. Farmakoterapie je často nutná z hlediska zapojení pacienta do programu psychoterapie a možnosti zvládat léčebný plán. V případě výskytu jiné komorbidity k ADHD je doporučena souběžná léčba; platí pravidlo, že přednostněji řešíme více závažné a obtěžující symptomy (např. úzkost, deprese).

Cílem farmakoterapie je dle Kooij (2013) redukce potíží alespoň o 30 % z původního stavu.

Farmakoterapie ADHD u adiktologické klientely znamená specifika, která vycházejí nejen z epidemiologie ADHD mezi uživateli návykových látek, ale i z možné interakce v případě současného abúzu jiné návykové látky. Zásadní doporučení pro nasazení léčby je vysazení a abstinence od užívaných návykových látek. Výzkumy ukazují zejména na riziko u alkoholu, kde vlivem účinků dochází k prohlubování depresivních stavů; konopné drogy, užívané ke zmírnění potíží neklidu a potíží se spánkem u ADHD, vedou ke zvýšení kognitivních potíží a zhoršují soustředění. Výsledky medikace lze pak v uvedených případech velmi složitě vyhodnocovat. Pro praxi platí zásada, že pokud pacient není schopen vysazení úplného (ambulantní léčba), doporučuje se výrazná redukce dávek (Kooij, 2013). U metylfenidátu existuje vyšší riziko zneužívání formou i.v.; v případě zjištění Mohr et al., (2017) doporučuje okamžité ukončení medikace. Psychoterapie ADHD se doporučuje zejména z důvodu možnosti ovlivnění komplexní neurobiologie mozku a přidružených komorbidit. Dnes stojí dle výzkumů za farmakoterapií a evidence based důkazy z randomizovaných kontrolovaných studií a metaanalýz jsou zde nedostupné. Výzkumy obecně ukazují, že kombinace medikace s psychoterapií znamená zvýšení efektivity léčby a dosahování lepších výsledků než pouze u jednotlivých aplikací (Kooij et al., 2010; Manos, 2013). Zároveň existuje řada studií, které považují psychoterapii ADHD aplikovanou samostatně za účinnou (Philipsen, 2012) i absolutně neúčinnou (Galanter, 2013; Moriyama, Polanczyk, Terzi, Faria, & Rohde, 2013). Vzhledem k výsledkům a nejednotnosti studií je nutné zohlednit faktor léčby osob s ADHD; osoby s ADHD jsou často nediagnostikovány a pokud ano, často nejsou léčeny ani jedním ze způsobů. Pokud se zahajuje léčba, jde většinou o farmakoterapii (Kooij et al., 2010). Druhým faktorem je dostupnost léčby; ta je zásadní zejména v případě psychoterapie ADHD; Epstein et al., (2014) zmiňuje u výzkumného vzorku dětí s ADHD medikaci v 94 % a psychoterapii ve 13 %. V současnosti existuje vysoký podíl rozdílných psychoterapeutických přístupů, které se u osob s ADHD využívají ke zvládnání symptomatologie, která negativně ovlivňuje životní schopnosti klienta. Kalina (2018 in Miovský et al., 2018) jmenuje zejména kognitivně-behaviorální přístup v rámci individuálních terapií, jako vysoce specificky orientovaný na zvládnání a překonání výkonových deficitů. Využívá se incentivní terapie v návaznosti na plánování a management času a povinností, nácvik sociálních a komunikačních dovedností, nácvik dovedností souvisejících se studijním výkonem, neurokognitivní zapojování a psychoedukace klientů (Modesto-Lowe et al., 2013; Chacko, Kofler & Jarrett, 2014). Ze skupinových psychoterapií se využívají psychodynamické přístupy pouze v ojedinělých případech (Conway, 2012) a z těchto důvodů nejsou známy výsledky jejich aplikace; rodinné a systemické terapie se aplikují v rámci multimodálního terapeutického přístupu s nutností ovlivňovat veškeré aspekty života klientů s ADHD

a intervenovat v rámci rodinného systému; často s aplikací skupinových sezení s několika rodinami a klienty (Willens a Spencer, 2010; Paclt et al., 2007).

U osob s ADHD v léčbě pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek se psychoterapie považuje za stěžejní přístup, který má ovlivňovat komplexní problematiku abúzu, komorbidit a přidružených potíží. Důvodem upřednostňování psychoterapie jsou rizika spojená s udržením a rozvojem závislosti u klientů v léčbě. Léčba metylfenidátem a atomoxetinem nemá dle Pérez de los Cobos, Siñol, Pérez & Trujols (2014) přesvědčivý vliv na symptomy ADHD; naopak znižuje nulový přínos pro terapii závislostí a kontraproduktivitu nasazení u uživatelů stimulačních drog. Farmakoterapie klientů s ADHD pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek může být dle Aviram, Rhum & Levin (2001) riziková pro posílení závislostního potenciálu a zhoršení příčinné souvislosti abúzu a automedikace ADHD místo posílení potenciálu zvládat symptomy přirozenou cestou.

Psychoterapie u osob s ADHD léčených pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek využívají kognitivně behaviorálního přístupu a krátkodobé psychoterapie (Aviram et al., 2001; Weiss et al., 2012) a strukturované terapie (Zulauf, Sprich, Safren & Wilens, 2014). Základem je dle Aviram et al., (2001) přístup, který vede pacienta k porozumění a náhledu na spojitost a udržovací vzorce mezi ADHD a užíváním návykových látek. Uplatňuje se léčba dvojím ohniskem, kdy se současně řeší jak problematika abúzu tak ADHD. Primární fáze krátkodobé psychoterapie vede k edukaci o ADHD a posílení copingových strategií klienta ke zvládnutí předvídatelných potíží; následně se zaměřuje více na obtíže spojené s problematikou návykových látek a v poslední fázi dochází k prolínání a aplikaci poznatků do denního života klienta. Přehled obtíží u uživatelů drog v léčbě s ADHD a terapeutické intervence uvádí tabulka 2. Kalina a Vácha (2013) uvádějí u duálních diagnóz a osob v residenční léčbě v terapeutických komunitách nutnost vytvoření bezpečného terapeutického prostředí a aliance, průběžné práce na motivaci a na vhledu do příčiny obtíží a jejich udržování, cílit na sociální učení a interpersonální dynamické učení v rámci terapeutického prostředí. Autoři popisují v rámci léčby nutnost posilovat zvládací strategie, pracovat na udržení zisku z léčby; práce s relapsem je, dle autorů, rozšířená na pojem prevence relapsu ve smyslu komplexních biopsychosociálních selhání klienta v životě.

Tabulka 2 Terapeutické intervence u osob s ADHD v rezidenční léčbě

Behaviorální symptomy ADHD	Terapeutické intervence
Potíže s časovým rámcem docházky a účasti na sezení.	Intervenuje vysoká struktura a organizace programu léčby a sezení
Dovednosti zvládání na nízké úrovni.	Mapování a pojmenování potencionálních vysoce rizikových situací, identifikace spouštěčů; nácvik alternativních způsobů jednání a reakcí na rizikové situace.
Kognitivní potíže (paměť, udržení cíle)	Vedení zápisů a poznámek, funkcionální analýza/kognitivní mapa u daného problému.
Impulzivita a nízká schopnost kontroly	Identifikace spouštěčů impulzivity a agresivity; techniky hraní rolí.
Nuda, neklid a nepohoda (obtížné zvládání)	Techniky koncentrace i odvedení pozornosti, plánování a řešení obtíží.
Sebekontrola na nízké úrovni	Focusing směrem k vnitřnímu prožívání, potřebám a dialogu.
Roztěkanost, nepozornost, porucha selekce podnětů	Nácvik soustředění a filtrování podnětů - techniky satiterapie a focusingu.
Nesoustředění se v nácviku až selhávání u technik prevence relapsu	Strategie cílené na craving, impulzivní a zkratkové jednání, nácvik situací a jednání.
Vyhýbavé chování a omluva všech problémů diagnózou ADHD	Edukace, kognitivní mapa abúzu a ADHD.

Zdroj: upraveno dle Aviram et al. (2001)

ADHD modely vzniku, epidemiologie, adiktologický kontext

Etiologické modely ADHD

ADHD jako neurokognitivní porucha je nejednoznačně popisována několika teoretickými a pragmatickými modely, které se snaží o vysvětlení patogeneze a etiologie poruchy. Současné poznatky o vzniku ADHD jsou stále velmi diskutabilní a neustále aktualizované. Existuje řada modelů, z nichž nejsilnější význam představuje etiopatogenetický koncept a neuropsychologické či kognitivní paradigma. Etiopatogenetické paradigma zahrnuje veškeré biologické teorie, které se postupem času zpřesňují. Od hypotézy katecholaminové hyperaktivity (neurobiochemická teorie), přes výzkum vlivu genetické etiologie (hereditární model) až po příklon k teorii polygenetické etiologie, kdy je ADHD důsledkem mutací genů pro transport a poruchou receptorů pro neurotransmitery (DAT, DBH, DRD4, DRD5 apod.). Ke genetickým hypotézám se z negenetické sféry teorie kloní k vlivům prenatálním, perinatálním a postnatálním (Uhrová a Žáčková, 2007). Předpoklad negenetického vlivu je dle Malé (2000) v rozmezí 20 - 30 %; negeneticky se podílí zejména etiologie abúzu návykových látek jako prenatální vliv, prefrontální a frontální úrazy, fetální alkoholový syndrom, nízká porodní hmotnost a předčasné porody (Drtilková, 2007e). Genetika je

v souvislosti s ADHD zmiňována pro familiární výskyt a to se zátěží až 5x vyšší než u nepostižených rodin (Drtílková, 2007e); dle studií pak až 50 % mohou tvořit genetické vlivy (Pokorná, 2010). Neurobiologická podstata se opírá o silné zasažení psychofyziologických a funkčních systémů v CNS, které na nevědomé úrovni transformují analytické procesy, identifikaci, interpretaci, řazení priorit, výběr odpovědi a reakce (Faraone et al., 2005; Barkley, 2006; Paclt, 2007e). Neuropsychologické paradigma je druhým silným modelem vzniku ADHD a zahrnuje překonané psychologické teorie (ADHD jako následek pudové excitace či oddělení od pečujícího objektu), které v současnosti nejsou zvažovány jako jediná etiologie. Významné se jeví neuropsychologické přístupy a to zejména ty, které etiologii vzniku ADHD dávají do souvislosti s deficitem v oblasti exekutivních funkcí na základě porušeného inhibičního mechanismu. Tzv. model CEM (Cognitive Energetic Model) popisuje inhibiční deficit na třech úrovních zpracování informací, které jsou vzájemně propojené. Výsledkem dysfunkce je deficit v oblasti exekutivní, deficit motorické organizace a porušení energetické rezervy úsilí a aktivace (Sergeant, 2005). Hybridní model popisuje ADHD jako následek behaviorální inhibice, která sekundárně ovlivňuje deficit v oblasti exekutivních funkcí. Výsledkem je porucha internalizace na behaviorální úrovni, snížená sebekontrola, porucha seberegulace a motivačních procesů (Barkley, 2006). Sumarizující pohled na osobnost jedince s ADHD a nutnost komplexního přístupu popisuje Uhrová a Žáčková (2007) a odkazují na integrativní model Teeter a Semrud-Clikeman (1995) integrující paradigma neurobiologické, sociální, psychologické, kognitivní a behaviorální. Základem integrujícího modelu je respekt k jedinečnosti osoby s ADHD v kontextu vývoje, sociálního okolí a problémů a tím i lepší indikace terapeutických intervencí.

Studie a modely o vzniku ADHD v současnosti ukazují na nejednotnost a výzkumy se přiklání k mnohočetné etiologii vzniku. Vysoký podíl na etiologii se ukazuje v rámci familiárního výzkumu ADHD. Epidemiologické studie ukazují nejčastější familiární výskyt u ADHD v komorbiditě s poruchou opozičního vzoru a poruchami chování; dle Barkley (2006) až 50 %. Epidemiologické studie o celkové prevalenci ADHD ukazují také rozdílné zastoupení; výsledky epidemiologických výzkumů jsou často ovlivněny nejen diagnostickými kritérii, výzkumnými nástroji, procesem, cílovou populací, ale i zeměpisným místem výzkumu (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling & Rohde, 2014). Celkově je celosvětová prevalence ADHD udávána okolo 5,29 % (Polanczyk et al., 2007; Polanczyk et al., 2014). V dětské populaci je rozmezí uváděno 5,29 - 7,2 % (Thomas et al., 2015; Polanczyk et al., 2007) v dospělosti okolo 3,4 % (Fayyad et al., 2007). Výzkumy ukazují, že míra perzistence symptomatologie ADHD z dětství do dospělosti a diagnóza ADHD v dospělosti přetrvává okolo 15 % při úplném naplnění příznaků dle DSM IV (Faraone, Biederman & Mick, 2006); nad více než 60 % pak přetrvává porucha dle kritérií APA v případě zohlednění parciálních remisí ADHD. Přetrvávání poruchy lze očekávat do dospělosti

v rozmezí od 30 - 60 % případů s tím, že necelá polovina diagnostikovaných v dětství vykazuje remisi kolem 12. roku věku (Paclt, 2007b; Drtílková, 2007d; Malá, 2000). Zajímavé informace o zpětném záchytnu diagnózy ADHD v dětství při současných potížích v dospělosti přináší Moffitt et al. (2015); autoři ukazují na fakt, že identifikace diagnózy ADHD byla retrospektivně potvrzena jen u 10 % vzorku. Zásadní se v případě dospělosti jeví výše uvedená transformace symptomatologie a klinického obrazu, který nemusí být dáván do přímé souvislosti s ADHD. V povědomí společnosti je pak ADHD více spojováno s dětským věkem a dospíváním, než s dospělostí.

Epidemiologie ADHD a adiktologický kontext ADHD

Data z metaanalýz a epidemiologických studií výskytu ADHD ukazují, že v porovnání se všeobecnou populací je prevalence ADHD u uživatelů návykových látek na daleko vyšší úrovni. Souhrnná prevalence u uživatelů návykových látek se pohybuje od 21 - 25,3 % (dospělost a adolescence) a ukazuje na specificky vyšší míru kombinovaného typu ADHD u uživatelů drog (Wilens et al., 2009). Zároveň u osob s ADHD užívajících návykové látky a se závislostí se objevuje polymorfni či kombinované užívání více substancí, než jediné primární návykové látky (Van Emmerik - Van Oortmerssen et al., 2012). Současné výzkumy ukazují zásadní vztah mezi ADHD v dětství a rozvojem poruch z užívání návykových látek v dospělosti; riziko rozvoje abúzu návykových látek je vysvětlováno jako zdroj sebededikace (Gudjonsson et al., 2012) a jeho rozsah dáván i do souvislosti s mírou life skills a well being pacienta. Psychosociální faktory se v případě ADHD osob v dospělosti zdají být zásadní pro schopnosti zvládnání a míru poškození v důsledku abúzu (Taanila, Hurtig, Miettunen, Ebeling & Moilanen, 2009).

Výskyt abúzu návykových látek je v případě ADHD osob vázán na vysoký podíl přidružené komorbidity, která je popisována ve vysokém procentu 60 - 70 % (Kooij et al., 2010; Nazar et al., 2008). Obecně jsou psychiatrickí pacienti či osoby s problémy v oblasti duševního zdraví více predisponovány k abúzu návykových látek; podíl duálních diagnóz či komorbidit u této populace činí v Evropě 30 - 50 % (EMCDDA, 2004). U osob s ADHD byla zjištěna vyšší míra polymorfního užívání, nižší sociabilita a přidružené psychiatrické komplikace (Parrott et al., 2012). ADHD se jeví jako riziko pro velmi časný začátek experimentování s návykovými látkami a pro rozvoj závislosti; riziko je uvedeno až 3x vyšší v porovnání s kontrolní skupinou (Wilens, Biederman, Mick, Faraone & Spencer, 1997; Kessler et al., 2006). Míra prevalence u dospělých s ADHD a komorbidního užívání návykových látek je popsána až k 50 % (Sizoo et al., 2010). Zároveň je popsán daleko kratší časový úsek potřebný k rozvoji závislosti od první zkušenosti s návykovou látkou; Miovský et al. (2018) popisuje vliv symptomů ADHD u dospělého adiktologického klienta v riziku nižšího věku při zahájení drogové kariéry (následně rizikový faktor úspěšné léčby), delší časový úsek přetrvávání poruch

vyvolaných abúzem návykových látok, progresívni abúzus alkoholu a následně rozvoj jiných poruch z oblasti látkových závislostí. Autoři zmiňují vysoké riziko neefektivní léčby na základě disruptivních projevů v chování a negativního vlivu symptomatologie na léčebné intervence. Výzkumy prokázaly vysoký potenciál závislosti v dospělosti specificky u alkoholu, tabáku a konopí (Lee et al., 2011). U adiktologické klientely s ADHD byl zaznamenán i vyšší výskyt abúzu legálních návykových látek v porovnání s obecnou populací; u nikotinu rozdíl 14 % (26 % obecná populace; 40 % osoby s ADHD); nikotin je opět dáván do souvislosti s teorií sebededikace symptomatologie ADHD (Sullivan a Rudnik-Levin, 2001; Sacco, Bannon & George, 2004). Akutní drogový efekt nikotinu zlepšuje symptomatologii ADHD díky stimulaci CNS v podobě zvýšení vigility, pozitivnímu vlivu na soustředění a reakční čas. Placebem kontrolované randomizované výzkumy potvrdily účinek nikotinu u osob s ADHD na zlepšení pozornosti a soustředění na základě ovlivnění deficitní distribuce dopaminu u těchto osob (Shytle, Silver, Wilkinson & Sanberg, 2002). Závislost na tabáku jako legální návykové látky je (stejně jako na ilegálních) pro osoby s ADHD velmi specifická; vykazují nejen vyšší míru prevalence než běžná populace, ale zároveň i zde dochází k velmi časnému iniciačnímu kontaktu, vysoké spotřebě, velmi rychlému rozvoji závislostního vzorce užívání a velmi negativní efektivitě při pokusech o abstinenci (Kollins, McClernon & Fuemmeler, 2005; Kollins, 2008). Z oblasti nelátkových závislostí je ADHD zmiňováno v kontextu gamblingu a hazardních her. Všeobecné vzorce v chování, které označujeme jako rizikové, jsou u osob s ADHD velmi časté (rizikové sporty, rizikové řízení auta, časté dopravní nehody a úrazy, kriminalita, užívání návykových látek, rizikové sexuální aktivity apod.). V oblasti hazardních her je popisováno rizikovější chování zejména u dětí a dospívajících, u dospělých rizikovost popisuje jen malá část studií (Richterová a Šťastná, 2018 in Miovský et al., 2018). ADHD v dospělosti je spojováno zejména s osobami, které vyhledávají léčbu pro potíže s gamblingem; prevalence je opět vyšší než v obecné populaci a pohybuje se od 9,3 – 20 % (Dowling et al., 2015). Z adiktologické problematiky u osob s ADHD jsou zmiňovány i specifické vzorce závislého chování ve vztahu k jídlu, které je opět dáváno do souvislosti s deficitem v oblasti dopaminergního systému a s potížemi v oblasti seberegulace a sebmotivace. Neurobiologická podstata u ADHD je sama o sobě velmi riziková vzhledem k porušenému systému odměny. Z hlediska transteoretických propojení adiktologické problematiky a ADHD je nutné zmínit zejména zvýšenou vulnerabilitu jedince a zranitelnou osobnost s vysokou predispozicí k abúzu. Model predisponované osobnosti podle Jeřábka (2006) a fenomenologického a psychodynamického konceptu (Kalina, 2013) ve vztahu k ADHD popisuje tabulka 3. Predispozice je podmíněná primárním onemocněním a souvisejícími deficitem a symptomy; vysoký podíl pak mají faktory rodinné, sociální, vývojové a psychologické. Adiktologický model bio-psycho-sociální etiologie vzniku poruch vyvolaných užíváním návykových látek ukazuje závislost jako následek více faktorů.

ADHD tedy jako primární etiologie nemůže být označena za jediný etiopatogenetický faktor rizika rozvoje závislosti.

Tabulka 3 Model predisponované osobnosti: adiktologický koncept a ADHD

Dimenze	Adiktologická klientela	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, bájevá 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. Inkongruence, 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: Rubášová, 2014 (volně podle Jeřábek, 2008; Kalina, 2013; Hoza, Pelham, Dobbs, Owens & Pillow, 2002)

Uvedený teoretický model vztahuje kontext predispozice jedince na základě deficitů osobnosti k riziku užívání návykových látek; ADHD je zde chápáno jako primární deficit, který na základě symptomatologických potíží zvyšuje pravděpodobnost rozvoje a udržení závislosti u sebemedikačních forem svépomoci. Sebemedikace je zdroj libosti a velmi rychlého dosažení psychické harmonie na základě účinků návykové látky (Kalina, 2013); zároveň je sebemedikace svépomoc, která umožňuje i přes negativní důsledky, behaviorální vzorce abúzus udržovat (Mikota, 1995). K uvedené souvislosti je dle výzkumných zjištění o sebemedikační teorii nutno zmínit i kontext léčby osob s ADHD stimulancii. Pokud je léčba ADHD zahájena včas, výzkumy prokazují nižší pravděpodobnost rozvoje závislosti v pozdějším věku; je uváděno až 1,9x nižší riziko v případě medikace v dětství (Wilens, Faraone, Biederman & Gunawardene, 2003) a 10-16x vyšší riziko v případě nemedikace poruchy (Paclt, 2007f). Dle neurobiologického modelu látkových závislostí a sebemedikace či abúzu stimulancii u osob s ADHD je nutno počítat s velmi vysokým rizikem rozvoje závislosti na základě společných neurobiologických východisek. Deficity osob s ADHD z neurobiologického pohledu jsou pozitivně ovlivňovány právě působením stimulačních látek; dochází k příznivému ovlivnění exkrece a utilizace katecholaminů. Základním efektem je augmentace aktivity kortikálního dopaminu, částečná inhibice aktivity v locus coeruleus a down-regulace dopaminu ve striatu (Drtilková, 2007f). Blokování reuptake noradrenalinu a dopaminu na presynapsích a blokování dopaminového transportéru zvyšují nabídku katecholaminů v mozku a klinicky se projevují v pozitivním vlivu na jádrové příznaky osob s ADHD. Osoby s ADHD jsou ohroženy rozvojem závislosti i z důvodu deficitů v oblasti systému motivace a odměny, ke kterému se přidává riziko spojené s účinky návykové látky jako umělého zdroje odměny. Zde je zásadní rozdíl mezi lege artis podávanou léčbou a užíváním návykových látek se stimulačním účinkem. Ilegální návykové látky jako umělý zdroj odměny způsobují v rámci mezolimbického dopaminergního systému neúměrné zvýšení výdeje dopaminu; dochází k zažívání extrémního pocitu libosti a výdeji dopaminu z VTA (ventrální tegmenální area) do NAS (nucleus accumbens septi) a při opakovaném podání ke změnám v celém prefrontálním kortexu a systému odměny. Rozdílná farmakokinetika nelegálních drog je výsledkem vysokého rizika závislostního potenciálu. V případě lege artis podávaných látek per os se dle Paclta (2007f) vyskytuje minimální euforický efekt; látky nevyvolávají příznaky z odnětí po vysazení, nedochází i po déletrvající expozici k nárůstu tolerance a nejsou látkami, které by byly využívány k rekreačnímu abúzu. Ilegální látky při delší expozici způsobí změny v mezolimbickém dopaminergním systému (MDS) a vedou k přestavbám neuronálních sítí, následně vznikají poruchy glutamátergní transmise do NAS, změnám v MDS a kognitivních funkcích, CRF (corticotropin releasing factor) extrahypotalamickým systémovým změnám, ovlivnění hypotalamo-pituitar-adrenálního systému, prefrontálního kortexu a kortiko-talamo-striatální smyčky (Dvořáček, 2008). Transteoretické spoje ADHD

a adiktivních poruch ukazují na pozitivní efekt účinků drog vzhledem k deficitům v neurologické oblasti a na vysoké riziko vzniku a udržení adiktivní poruchy. Riziko je zvýšené i na základě deficitů v motivační oblasti popsané výše.

2.2 Terapeutická komunita - klientela, indikace, léčebné kontinuum, adiktologická péče

Terapeutická komunita, indikační schéma

Terapeutická komunita (TK) představuje léčebnou metodu intenzivní terapie v rámci skupiny, kde v rámci skupinové interakce dochází ke korekci a projekci behaviorálních vzorců (Kratochvíl, 2005). TK představuje jednu z léčebných modalit pro uživatele návykových látek v rámci adiktologické péče, která je vymezena svou specifickou sociální organizací a strukturou; jde o systém s jasným vymezením pravidel, bezpečným a vysoce podnětným prostorem, který v rámci sociální interakce a učení vede ke zrání a růstu osobnosti. Specifikem prostředí je vysoké množství sociálních interakcí, diferenciací rolí, potřeba zvládnutí denního režimu a přijímání zodpovědnosti za své jednání (Kalina, 2013). Historie TK a jejich vývoj vychází z linie demokratických (péče o osoby s potížemi v oblasti duševního zdraví) a hierarchických komunit (pro osoby užívající návykové látky). Za původ linie hierarchických komunit je považován Synanon, který sloužil pozdějším TK k analýze intervencí a volbě efektivních a uzdravujících přístupů. Původní myšlenka drug free komunit vychází od roku 1963 z Daytop Lodge (později D. Village) od psychoterapeuta a psychologa D. Casriela (Kalina, 2013). Výrazný vliv na rozvoj TK mělo období spojené s vývojem skupinové terapie a nová forma léčby pro tehdy těžce nemocné vojáky nazývaná terapeutickou komunitou (Kalina, 2013). Význam skupinové terapie a její vliv na efektivitu léčby dokládají účinné faktory skupinové terapie, které se prolínají do účinných faktorů léčby terapeutické komunity; účinné faktory léčby cílí zejména na deficitní oblasti adiktologické klientely a k posílení copingových strategií. Účinné faktory skupinové terapie a terapeutické komunity shrnuje v kontextu deficitů osobnosti tabulka 13 (kapitola 3.1.1).

Vývoj TK v České republice je spojen se jménem J. Skály a rokem 1948, kdy vzniká Apolinářský model léčby závislosti na návykových látkách; je založeno první oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu. V současnosti TK v ČR sdružuje Sekce terapeutických komunit A.N.O. (Asociace nestátních organizací), která se zaměřuje na kontrolu dodržování kvality služeb dle odborných standardů a na rozvoj evidence-based intervencí v léčbě. TK v ČR, které jsou sdruženy pod A.N.O., jsou povinné dodržovat Etický kodex Evropské federace TK (EFTC), Standardy odborné způsobilosti RVKPP (Rada vláda pro koordinaci protidrogové politiky; výstupem ověření je opakovaná certifikace programu) a akreditaci u MPSV (Ministerstvo práce

a sociálních věcí). TK v České republice se vyznačují vysokou mírou profesionalizace od prvopočátku jejich vzniku a navazují na tradici psychoterapie a psychotherapeutického výcviku. V porovnání se zahraničím nejsou využívány prvky typické pro hierarchické komunity (bonding terapie apod.), léčba je dokončená na základě absolvování závěrečného rituálu poslední fáze léčby; propojenost sítě adiktologické péče a TK je v České republice velmi dobrá (v zahraničí nezasíťovanost TK), zdejší TK se vyznačují i komunitami pro specifické adiktologické klienty (mladiství uživatelé, osoby s velmi dlouhou drogovou kariérou, matky s dětmi, uživatelé alkoholu...) a maximální kapacita komunit se v porovnání se zahraničím (kolem 60) pohybuje okolo 20 klientů (Kalina, 2008b). TK v České republice se vyznačují demokratickou kulturou a orientují se na humanistické pojetí osobnosti; základem přístupu v léčebné modalitě je upřednostnění individuality a specifika člověka před diagnózou či patologií. V primárním zájmu stojí člověk, který se v rámci léčebné filozofie střetává s hlavními principy léčby charakterizovanými úzdravou a změnou životního stylu. Princip a řád TK tvoří hlavní terapeutickou strukturu (podrobně Richterová Těmínová et al., 2003), která se vymezuje v pravidlech a normách TK (metapřavidla k zajištění etiky, stability a vnitřní kontroly TK; kardinální pravidla k zajištění bezpečnosti a bezdrogového prostředí; dodatečná pravidla a normy k bezpečí týkající se vymezení vlastního názoru; pravidla času, zapojení se a odpovědnosti, pravidla o provozu); v rolích a komunikaci v rámci TK mezi personálem a klientelou; ve struktuře programu vymezeným časovou, harmonizující a pravidel se týkající konceptí; v rituálech komunity (spirituální a sebezpřesahující rozměr).

Indikace do léčby v terapeutické komunitě je vzhledem k charakteru léčby a náročnosti programu vymezená výběrovými kritérii pro klienty i kritérii, která by měl splňovat samotný program rezidenční péče. Kalina (2008a) uvádí potřebu důkladného diagnostického a vstupního zhodnocení klienta, rutinní provedení indikační rozvahy a matchingu na základě dat. Možnosti a meze léčby v terapeutické komunitě shrnuje APA v rámci indikačních okruhů pro TK. Přehled indikačních okruhů specifických pro TK uvádí tabulka 4. Za kontraindikaci jsou dle Kaliny (2008b) považovány komunikační bariéry a jakékoliv deficity fyzické či osobnostní, které brání participaci a profitu z programu. Komorbidní poruchy jsou v současné době přijímány jako standard a nejsou kontraindikací pro léčbu jako v minulosti. Kontraindikací nejsou ani specifické skupiny klientů, které v rámci adiktologické péče přijímají komunity se speciálním zaměřením.

Tabulka 4 Indikační okruhy - rezidenční 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 abstinenci symptomatologii	aktuální symptomy intoxikace a odvykacího stavu + rizika z anamnestických údajů (opakované předávkování...)	vysoký potenciál pro akutní intoxikaci/rozvoj abstinenciálních symptomů (bez život ohrožujících komplikací)	1. Farmakoterapie/ testování na návykové látky	V případě komplikací a léčby komorbidit/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: Rubášová (2014; upraveno dle Mirin et al., 1995; Kalina, 2003)

Posouzení vhodnosti klienta k léčbě a jeho přijetí do komunity je velmi podstatný faktor, který ovlivňuje výsledný efekt léčebného kontinua. Za léčebné kontinuum považujeme všechny složky adiktologické péče, kterými klient v rámci procesu změny životního stylu prochází. Efektivita léčby je spojená s významy úspěšná a účinná léčba; jde o léčbu, která je pro klienta přínosná a vede ke změnám v různých oblastech jeho života. Přínosnost a úspěšnost léčby pro klienta není jen výsledek plné abstinence; za přínosnou lze považovat i tu léčbu, která povede k dílčím změnám v životě daného jedince (kontrolované užívání, zlepšení sociálního fungování a ekonomické situace, snížení kriminality apod.). Obecně je efektivita léčby spojovaná s prediktory výsledku na straně klienta a na straně programu. Dle EMCDDA (1999) faktory před vstupem do léčby na straně klienta, které mohou ovlivnit léčebný výsledek, souvisejí s duální diagnostikou a přidruženými komorbiditami, drogovou anamnézou, motivačními faktory, sociálními faktory, kriminalitou a socioekonomickým statutem. Obecné prediktory výsledku se negativně promítají zejména do drop-out a early drop-out z léčby. Za významný prediktor výsledku léčby na straně programu je možné zmínit délku trvání programu, která dle Kaliny (2008b) ovlivňuje délku přežití klienta po léčbě bez relapsu. Terapeutické komunity a rezidenční péče s deklarovanou délkou pobytu jednoho roku vykazují lepší výsledky než programy s polovičním pobytem. Vyšší míra než 12 měsíců a méně než 3 měsíce je vzhledem k efektivitě léčby kontraproduktivní.

Klientela českých terapeutických komunit

V České republice je klientela terapeutických komunit odrazem charakteristických vzorců abúzu a složení uživatelské subkultury. V roce 2016 bylo v České republice podle dat z NMS (Národní monitorovací středisko) a výroční zprávy o stavu ve věcech drog certifikováno celkem 10 terapeutických komunit pro uživatele ilegálních drog. Trend certifikace odbornosti služeb je u terapeutických komunit od roku 2011 na stejné úrovni; zároveň jsou v nabídce péče služby, které standardy RVKPP nesplňují a nejsou tedy ani zařazeny do dotačního programu (nejsou v souhrnu komunit pro výzkumné účely v rámci předkládané práce). Dle informací sekce A.N.O. se v ČR registruje celkem 14 komunitních zařízení pro uživatele drog (Mravčík et al., 2016). Česká republika se vyznačuje velmi dobrým zasíťováním rezidenční péče pro uživatele drog a dostupností péče; certifikované TK udávají celkovou kapacitu pro 257 osob (údaje od 15 -ti komunit). V roce 2016 bylo v terapeutických komunitách v léčbě 560 osob pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek, z toho 41 % žen. Hlavní užívanou látkou byl ze 78 % pervitin a 10 % opioidy; i.v. aplikace byla udávána u 82 % uživatelů drog. Zastoupení klientely TK a duálních klientů popisuje na poli českých komunit Šefránek (2018, in Miovský et al., 2018) a v rámci české praxe a prospektivní observační studie poukazuje na významný vliv efektivitě léčby českých terapeutických komunit a dosažení změn v zásadních oblastech po ukončení léčby; rozmezí podílu výskytu duálních klientů je udáváno od 30 - 70 % (Kalina, 2008b; Dye,

Roman, Knudsen & Johnson, 2012). Na poli českých komunit je udávána psychiatrická komorbidita 47 % dle Kaliny a Váchy (2013). Současné výzkumy naznačují, že hlavním posunem v oblasti léčby je integrovaná léčba či léčba dvojím ohniskem. V případě, že se řeší současně poruchy vyvolané užíváním návykových látek a psychiatrická komorbidita je dosaženo signifikantně lepších výsledků v oblastech, které jsou ukazateli efektivní léčby (Sacks, McKendrick & Banks, 2008; De Leon et al., 2000). Šefránek a Miovský (2017) ukazují na příznivý vliv léčby v TK u specificky české subkultury uživatelů metamfetaminu. Výsledky ukazují, že i u uživatelů stimulačních drog dochází k výraznému zlepšení ve sledovaných oblastech života.

Znalosti o výskytu rozdílných skupin a diagnóz u klientů terapeutických komunit jsou vzhledem k možným komplikacím v rámci léčebného procesu, v rámci požadavků na odbornost personálu a dosahování kvalitní péče zásadní. U osob s diagnózou ADHD představuje terapeutická komunita stěžejní léčebnou modalitu, zdroj možné psychosociální rehabilitace a habilitace, účinných faktorů, zdroj přenositelných principů a řádu i zdroj zátěžových a stresových aktivit v bezpečném prostředí (Mioviský, Čablová a Kalina, 2013). Výzkumné kroky, které odkrývají nejen profil klientely terapeutických komunit, ale i jejich osobnostní charakteristiky a kvalitativní i kvantitativní oblasti potíží, jsou z výše uvedených důvodů vysoce relevantní.

2.3 Výzkumný plán, cíle práce

V rámci Study I. a na základě podoby výzkumného cíle, kdy absentovaly informace o výskytu ADHD u uživatelů návykových látek, byl zvolen kvalitativní výzkumný plán. Dle Mioviského (2006) je zcela relevantní aplikovat v případě předvýzkumu a orientačního výzkumu kvalitativní výzkumné strategie; jejich použití vychází i z potřeby zmapování prostředí předvýzkumu a praktického vyzkoušení diagnostiky v prostředí TK. Výzkum využíval nestandardizovaných dotazníků a škál na českou populaci a to z důvodu chybění uvedených nástrojů k diagnostice v době provádění předvýzkumné části práce. Použité klinické nástroje byly zvoleny na základě dobré validity a reliability a časté aplikace v rámci zahraničních výzkumných studií.

Na základě poznatků současných výzkumných studií o ADHD a jeho vlivu na osobnost jedince a spojením s vulnerabilitou a dispozicí k abúzu návykových látek; vycházejí z výzkumů potvrzujících vysokou míru prevalence osob s ADHD mezi uživateli návykových látek a na základě absence dat o výskytu ADHD mezi uživateli drog v české populaci bylo cílem práce zaměřit se na zjištění, zda se v rámci populace uživatelů návykových látek v terapeutických komunitách v České republice vyskytují osoby s komorbiditou ADHD.

Cíl práce u Study I. vycházel z primární potřeby a první části práce; tedy předvýzkumného šetření. V rámci předvýzkumného šetření bylo nejdříve zajišťováno

pomocí relevantních klinicky diagnostických nástrojů, zda se v terapeutických komunitách vyskytují osoby s diagnózou ADHD v dětství, dospělosti či zda se zde vyskytují osoby, které splňují diagnostická kritéria pro dětství i dospělost. Na zjištění o prevalenci ADHD navazují další předvýzkumné kroky Study II. a III. a hlavní výzkumný projekt Study IV.

Konkrétně bylo cílem identifikovat klienty s diagnózou ADHD v tuzemských terapeutických komunitách pro uživatele návykových látek; diagnostika vycházela z vyhodnocení sebehodnotících klinických inventářů k diagnostice ADHD. Výsledné hodnoty určené jako patologické referenční ve smyslu symptomatologie ADHD byly následně porovnávány s kontrolní skupinou, kterou tvořili klienti bez ADHD. Na základě vyhodnocení dat ze sebehodnotících nástrojů byla identifikována podskupina klientů se symptomatologií ADHD v dětství i v dospělosti, ADHD pouze v dětství a ADHD pouze v dospělosti.

Předvýzkumná část práce měla v praxi zjistit nejen výskyt osob s diagnózou ADHD, ale ověřit, zda je reálné použití sebehodnotících nástrojů k diagnostice ADHD v prostředí terapeutických komunit. V rámci předvýzkumu bylo zároveň mapováno výzkumné pole k hlavnímu výzkumnému projektu a jeho přípravě.

2.4 Metodologický popis řešení problému

Na základě výše uvedených teoretických poznatků a výzkumného zaměření byl cíl výzkumu definován jako potřeba a) vydefinovat specifické klinické nástroje k diagnostice ADHD pro prostředí terapeutických komunit a léčené uživatele návykových látek; konkrétně diagnostické nástroje k detekci symptomatologie ADHD v dětství a ADHD v dospělosti; b) zjistit, zda a v jaké míře se v léčbě v terapeutických komunitách v České republice vyskytují klienti s diagnózou ADHD; c) zjistit a popsat charakteristiky klientů s ADHD v porovnání se skupinou bez ADHD. Následné výzkumné kroky předvýzkumné části uvádí Study II. a III. v kapitole 3.4. Použití výzkumných otázek je vzhledem k povaze výzkumného plánu relevantní; výzkumné otázky zde tvoří ekvivalent hypotéz využívaných v kvantitativním výzkumu (více Miovský, 2006). Výzkumné otázky v rámci Study I. jsou definovány následovně: a) Vyskytují se v TK v ČR klienti s diagnózou ADHD a b) Jaké jsou rozdíly v charakteristikách klientů s ADHD (mezi jednotlivými podskupinami) a bez ADHD?

Výzkumný soubor byl tvořen 76 klienty z šesti participujících terapeutických komunit v České republice pro uživatele návykových látek; klienti pobývali v chráněném prostředí minimálně dva měsíce a písemně podepsali informovaný souhlas s účastí ve výzkumu (požadavek pro výzkumné účely). Celkem bylo zastoupeno 49 mužů, 27 žen; věkové rozmezí výzkumného souboru se pohybovalo od 15 - 45 let. Výzkumný soubor byl rozdělen na základě vyhodnocení klinických inventářů

pro diagnostiku ADHD na dvě základní skupiny; první základní skupina s ADHD byla dále členěna na tři podskupiny a srovnávána s druhou základní skupinou bez ADHD (kontrolní skupina). Přehled rozdělení výzkumného souboru a základní sociodemografické údaje uvádí tabulka 5 a 6. V době aplikace předvýzkumu v roce 2013 bylo v České republice podle dat z NMS (Národní monitorovací středisko) celkem 10 certifikovaných TK (Mravčík et al., 2013).

Výzkumný soubor splňoval nároky na reprezentativnost v rámci pojetí kvalitativního přístupu a non-probabilistic sample výběru (více Miovský, 2006). Výběr výzkumného souboru byl proveden nepravidelnými metodami výběru při zachování volby metody výběru; ta je definována jako možnost změny v průběhu výzkumu s ohledem na saturaci dat (Charvát, 2004 in Miovský, 2006). Byla zvolena metoda záměrného výběru přes instituce, která byla kombinována s metodou totálního výběru výzkumného souboru. Výsledkem aplikace metod výběru byl výběrový soubor, který byl tvořen všemi probandy základního souboru. Výběr byl proveden přes klíčové pracovníky terapeutických komunit, kteří zodpovídali za sběr dat. V rámci výzkumu byly dodrženy veškeré aspekty výzkumu v rámci věd ve zdravotnictví a sociální oblasti. Všichni participující byli seznámeni s účelem výzkumu a s ochranou osobních dat; podle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů byl dodržen postup ochrany získaných dat. Nebyla získávána jména respondentů a byly využívány kódy k rozlišení jednotlivých osob. Základním požadavkem pro zařazení do výzkumu bylo dobrovolné podepsání informovaného souhlasu s účastí na výzkumu. Etickým standardem v rámci předvýzkumu byl rozbor a příprava řešení na možné krizové situace ve výzkumu (zajištění krizové či krátké intervence, individuálního pohovoru); mimořádná událost nebyla v souvislosti s výzkumnou činností zaznamenána.

Tabulka 5 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 (Rubášová, 2014; Rubášová et al., 2015)

Data management

Data byla získávána přes klíčové pracovníky šesti terapeutických komunit, které souhlasily s účastí ve výzkumu; vyjma jediné TK, kde sběr dat prováděl sám výzkumník. Klíčoví pracovníci byli seznámeni v březnu roku 2013 s manuálem k výzkumu, testovou baterií a informovaným souhlasem s možností připomínkování. Data byla sbírána od května do konce října roku 2013 (226 dní). Testová baterie byla vytvořena (pro Study I.) ze sebehodnotících klinických inventářů určených pro klienty. Testová baterie se skládala z diagnostického nástroje k detekci symptomatologie ADHD v dětství (vytvořeno podle WURS 61/25 - Wender Utah Rating Scale) a z dotazníků k zachycení symptomatologie ADHD v dospělosti (vytvořeno dle ASRS v 1.1 - Adult Self Report Scale). Oba klinické inventáře byly upraveny pro prostředí terapeutické komunity a výzkum; tedy doplněny o relevantní anamnestická data a kódy pro identifikaci pohlaví a párování dotazníků. Respondenti vyplňovali testovou baterii v přítomnosti klíčových pracovníků, byli poučeni o postupu vyplňování; dětství a dotazník na zachycení ADHD v dětském věku byl určen hranicí 15- ti let. Hodnocení symptomatologie v dospělosti (ASRS) bylo vymezeno abstinencí, aktuálním stavem. Individuální administrace dotazníků trvala kolem 20 minut. Data byla průběžně sbírána výzkumníkem na základě doporučených psaní a potvrzovaná klíčovými pracovníky při převzetí. Popis testové baterie a postup vyhodnocení uvádí podkapitola 2.4.1. Součástí testové baterie byl specifický dotazník k hodnocení klientů z hlediska symptomatologie ADHD určený pro terapeuty (Study II. a Study III.).

Získaná data z komunit byla fixována v textové podobě dokumentace na základě širšího pojetí data managementu a pro potřebu třídění dat, znovu vyhledávání a zachycení (Huberman a Miles, 1998). Textová forma dat byla transkribována do elektronické podoby a pro každého z participantů vymezena novým řádkem v textovém editoru Excel. Komunity byly kódovány abecedně A - F; respondenti měli k písmenu z dané komunity přiděleno číslici a byl vytvořen anonymní kód (A_1 - F_12); informace o pohlaví a věku byly součástí anamnestických dat v testové baterii. Při přepisu dat do elektronické podoby byly zaznamenány nevyplněné otázky, zdvojené odpovědi. Plná transkripce byla provedena u škálových položek; odpovědi na otevřené otázky byly přepsány do jádrových sdělení. Uvedený postup je dle Miovského (2006) zcela relevantní z hlediska pojetí transkripce a výzkumného tématu; dle doporučení autora byla zajištěna kontrola přepisu dat pomocí vnějšího auditu pro minimalizaci systematických a nesystematických vlivů. Pro systematizaci dat bylo využito techniky barvení textu (škálové odpovědi k diagnostice ADHD); v kombinaci s technikou kódování dat pro analýzu kvalitativních položek dotazníků. Technika kódování sloužila k diferenciaci rozdílů mezi základními skupinami (ADHD a bez ADHD) a mezi podskupinami klientů s ADHD.

Analýza kvalitativních dat byla provedena kombinací deskriptivního přístupu a dílčích postupů analýzy kvalitativních dat (Study II. a III). Deskriptivní přístup je v pojetí kvalitativního výzkumného plánu nutno chápat jako základ analytické práce a interpretace. Vzhledem k riziku, které deskripce přináší, se jeví jako vhodné ji kombinovat s jinými analytickými postupy (Miovský, 2006). Deskripce v předkládané práci byla provedena až na základě utřídění dat, po provedení jejich klasifikace. Pro odpověď na výzkumnou otázku A) zda se v TK vyskytují klienti s diagnózou ADHD, byly primárně vyhodnoceny škálové položky. Postup při vyhodnocení uvádí následující podkapitola. Pro odpověď na výzkumnou otázku B) týkající se charakteristik klientů a rozdílů mezi definovanými skupinami, byla využita metoda zachycení gestaltů, která sloužila k identifikaci odlišností a podobností mezi sledovanými skupinami. Dle Miovského (2006) se metoda používá k vyhledávání opakujících se vzorců, jejich následnému zaznamenání a potvrzení - verifikaci nalezených struktur. První krok znamenal vytvoření a zaznamenání vzorců opakujících se odpovědí u celého výzkumného souboru; z těchto vzorců byly vytvořeny tzv. hlavní vzorce/témata a odlišeny pro každou z jednotlivých skupin a podskupin klientů. Z hlavních vzorců byly tvořeny podvzorce, kam byly zaznamenávány nově identifikované odpovědi, a byla provedena konceptualizace do přehledných skupin. Technika zachycení gestaltů byla následně kombinována s technikou kontrastů a srovnávání k jasnější identifikaci odlišností a podobností mezi skupinami klientů; volba techniky je doporučena (Miovský, 2006) v případech, kde skupiny mají mnoho společného a kontrastování snáze identifikuje hledaná specifika (v odlišnostech či podobnostech).

Tabulka 6 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
Evidenze 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 (Rubášová, 2014; Rubášová et al., 2015)

Testová baterie, vyhodnocení, referenční hodnoty

Testová baterie byla tvořena (Study I.) Anamnestickým listem (AL) a Sebehodnotícím dotazníkem (SD). AL sloužil k diagnostice symptomatologie ADHD v dětství a byl vytvořen podle škály WURS 61. WURS představuje strukturovaný diagnostický nástroj k vyšetření dospělých a mapuje symptomatologii ADHD v dětství. Původní škála obsahuje 61 položek, je využívána celosvětově pro velmi dobrou vnitřní konzistenci i test - retest reliabilitu (Ward et al., 1993); v době aplikace předvýzkumu nebyla standardizována na populaci v České republice. Škálování se pohybuje mezi body nula až čtyři (vůbec či velmi málo až velmi mnoho). Otázky v první polovině začínají s mapováním emoční, kognitivní a behaviorální oblasti v dětství; zbylá část dotazníku je zaměřena na mapování potíží v oblasti zdravotní a školní. Velkou výhodou WURS 61 je mnohostrannost využití na základě identifikace pěti subškál, které zjišťují rozdílné potíže (kritérium pohlaví); Stein et al. (1995) tak popsal u žen potíže s učením, pozorností, impulzivitu, dysforii a sociální potíže (nízká obliba v kolektivu). U mužů byly popsány problémy v behaviorální oblasti, v učení, v pozornosti, nízká frustrační tolerance a potíže v oblasti sociálních dovedností. V rámci předkládané části práce (Study I.) byla využita k vyhodnocení symptomatologie ADHD v dětství krátká verze WURS 25, která vychází z WURS 61 na základě nejsilněji popisované konzistence k diagnostice poruchy a to i u dospělých (Ward et al., 1993). Hodnocené oblasti dle WURS 25 uvádí tabulka 7.

Tabulka 7 WURS-25 hodnocené symptomy ADHD dětství

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

Zdroj: Vlastní podle Ward et al., (1993)

Vyhodnocení AL vycházelo z použitých relevantních zdrojů pro WURS 61/25. Pro stanovení diagnózy ADHD v dětství byla využita výsledná hodnota z WURS 25; patologická referenční meze ve smyslu ADHD pro WURS 25 byla 46 a vyšší a vycházela z manuálu WURS 25 a odborných výzkumných studií (Ward et al., 1993; Matsumoto et al., 2005). V několika případech se objevilo vysoké množství nevyplněných odpovědí při současně vyšším celkovém skóre daného respondenta. Uvedené osoby byly označeny vzhledem k diagnóze ADHD v dětství jako suspektní. U AL bylo vzhledem k použití celé škály WURS 61 zjišťováno i celkové skóre.

Sebehodnotící dotazník (SD) byl vytvořen na základě škály ASRS v 1.1 (Adult Self Report Scale) a sloužil ke zjišťování symptomatologie ADHD v dospělosti. Škála ASRS vychází z diagnostických kritérií DSM IV. a obsahuje celkem 18 otázek, které se člení na část A (6 otázek) a část B. Za diagnosticky relevantní a nejsilnější konzistentní pro diagnostiku ADHD v dospělosti je považována část A; ASRS byla vyvinuta týmem specialistů na duševní zdraví ve spojení s WHO (World Health Organization) a využívána v mnoha výzkumech v zahraničí (Hines, King a Curry, 2012). Škála je hodnocena body od nula do pěti a respondenti volí odpověď v rozsahu nikdy až velmi často. Screeningové vyhodnocení části A a dosažení potřebného počtu bodů k diagnostice ADHD je uváděno jako potřeba a doporučení k dalším vyšetřením na confirmaci. V části B lze získat doplňující informace o problematice ADHD a obtížích vyšetřovaného; část B není využívána k diagnostice ani k získávání

celkového skóre (Kessler et al., 2005). Pro účely výzkumu a Study I. byl SD doplněný o položky k získání základních informací o respondentovi (adiktologická data, anamnestická data a současné potíže). Doplnující informace sloužily k analýze dat pro výzkumnou otázku vztahující se k charakteristikám klientů a jednotlivých skupin s ADHD. Vyhodnocení SD vycházelo z manuálu, který uvádí Kessler et al. (2005) pro ASRS v 1.1. Potenciální diagnózu ADHD splnili respondenti, pokud získali v části A potřebný počet bodů (vzhledem k odlišnosti sčítání bodů za jednotlivé položky není zcela směrodatné celkové skóre; podrobně Kessler et al., 2005), za suspektní vzhledem k diagnóze ADHD byli označeni respondenti, kteří skórovali vysoko v části A i B, ale nedosahovali požadovaných hodnot (vynechání položky apod.). SD uvádí Rubášová (2014).

Celkem bylo od 76 klientů získáno 76 AL a 75 SD. Do výzkumu byli zařazeni všichni respondenti, kteří splnili výše uvedené podmínky a vyplnili alespoň jeden ze sebehodnotících dotazníků; v případě jednoho respondenta byl z důvodu early-drop out získán pouze AL. Na základě vyhodnocení dotazníků byl výzkumný soubor rozdělen do dvou základních skupin. Přehled rozdělení a základní charakteristiky souboru dle výsledků v AL a SD shrnuje tabulka 8.

Tabulka 8 Rozdělení výzkumného souboru a deskripce dle AL a SD

	I. základní skupina s ADHD			II. základní skupina bez ADHD
Podskupina	ADHD dětství	ADHD v současnosti	ADHD v dětství i současnosti	
Celkem/ženy	16/4*	6/2	21/9	33/12
Celkem základní skupina	43			33
Výsledky dle AL	Zvýšené potíže v dětství ve školní oblasti, v behaviorální, kognitivní sociální a zdravotní oblasti; často péče odborníků: poruchy učení, chování a nálady	Skupina nenaplnila kritéria ke konfirmaci ADHD v dětství. Míra komplikací je vyšší než u kontrolní skupiny/bez ADHD	Problémy totožné s podskupinou ADHD v dětství	Nízká četnost symptomů, nižší míra potíží ve školní oblasti, mírné komplikace sociální, kognitivní, behaviorální
Výsledky dle SD	Skupina nenaplnila kritéria ke konfirmaci ADHD v současnosti/dospělost	Zvýšené potíže v oblasti kognice (organizace, zapomínání, systematickosti); potíže behaviorální, motivační a psychické (soustředění, neklid, nestálost...),	Problémy totožné s podskupinou ADHD v dospělosti + závažné adiktologické komplikace, vyšší počet opakovaných léčeb, drop out z léčby, nižší míra sociálního fungování...	Minimální potíže v symptomech dle ADHD; minimum odpovědí s body 3 a 4

* žena ADHD hodnocena pouze na základě AL (WURS – 25)

Zdroj: Vlastní podle Rubášová, 2014 a Rubášová et al., 2015

2.5 Přehled výsledků

2.5.1 Interpretace analýzy a výsledky o výskytu ADHD

Analýza škálových položek AL a SD umožnila rozdělení výzkumného souboru na I. základní skupinu s ADHD; ta byla na základě diagnostických rozdílů členěna na podskupinu ADHD v dětství, ADHD v dospělosti a podskupinu ADHD v dětství i dospělosti. II. základní skupina byla tvořena klienty bez ADHD a představovala srovnávací/kontrolní skupinu. Z celkového počtu 76 klientů byla splněna diagnostická kritéria k diagnostice ADHD u 43 osob (n=56,6 %); 33 osob bylo zařazeno do kontrolní skupiny (n=43,4 %). Z kontrolní skupiny byli identifikováni dva suspektní klienti a to vzhledem k diagnóze ADHD v dětství; suspektní respondenti dosahovali vysokých skóre v AL; výsledná hodnota však nestačila na průřezové skóre 46 bodů (WURS - 25) z důvodu velmi vysokého počtu vynechaných položek s odpovědí.

Základní skupinu I. s ADHD tvořilo celkem 28 mužů a 15 žen; podskupinu s ADHD pouze v dětství celkem 16 klientů; podskupinu s ADHD pouze v dospělosti 6 klientů a podskupinu s ADHD v dětství i v dospělosti 21 klientů. Vzhledem k suspektní diagnóze ADHD v dospělosti bylo u podskupiny ADHD pouze v dětství identifikováno sedm klientů; jako suspektní se u podskupiny ADHD v dospělosti jevil jeden respondent. Při vyhodnocení AL a patologické referenční hodnotě 46 bodů bylo identifikováno celkem 37 osob, které splnily kritéria. Pozitivní diagnóza v dospělosti při vyhodnocení SD pak korelovala pro 21 respondentů; 16 osob nespĺnilo kritéria ke konfirmaci symptomatologie ADHD v dospělosti (byl zaznamenán vyšší výskyt potíží v SD - ASRS v 1.1 části B nesměrodatné k diagnostice). Vyhodnocení SD ukázalo naplnění kritérií pro diagnózu ADHD v dospělosti u 27 osob, z toho šest osob nespĺnilo konfirmaci diagnózy v dětském věku. V části A SD byl zaznamenán vyšší výskyt symptomatologie z hlediska hodnocení její závažnosti v porovnání s kontrolní skupinou; v části B potvrzovala závažnost doprovodných potíží hodnocení v oblasti A. Skóre v SD u osob, které splňovaly diagnostické hodnoty, bylo v porovnání s II. základní skupinou bez ADHD na vyšší úrovni. I přes nerelevantnost celkového skóre pro diagnostiku ADHD byl zaznamenán výrazný rozdíl v dosahovaných bodech mezi jednotlivými podskupinami klientů s ADHD; zřejmě pak s kontrolní skupinou. Tabulka 9, 10 a 11 uvádí přehled výsledků AL a SD u I. a II. základní skupiny.

Tabulka 9 Přehled výsledků AL u I. základní skupiny

	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 (Rubášová, 2014; Rubášová et al., 2015)

Tabulka 10 Přehled výsledků SD u I. základní skupiny

	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 (Rubášová, 2014; Rubášová et al., 2015)

Tabulka 11 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 (Rubášová, 2014; Rubášová et al., 2015)

2.5.2 Interpretace analýzy specifík klientů s ADHD a kontrolní skupiny

Rozdělení výzkumného souboru umožnilo následné zkoumání výzkumné otázky týkající se zjišťování charakteristik klientů s diagnózou ADHD a jednotlivých podskupin v kontrastu se srovnávací skupinou (bez ADHD). Analýza doplňujících položek z AL a SD týkajících se informací z oblasti anamnestických dat (osobní, adiktologická, sociální, zdravotní) a sociodemografických údajů umožnila popis výzkumného souboru ke sledovaným problémům symptomatologie ADHD. I. základní skupina byla následně sledována z hlediska a) anamnestických dat a b) bodových hodnot dosažených ve škálách pro záchyt symptomatologie ADHD. Na základě zachycení společných vzorců byly identifikovány následující oblasti:

- věk, stav a pohlaví: 43 osob s ADHD zastupovalo 28 mužů a 14 žen; 31 stav svobodný a jeden ženatý; věkový rozptyl 15 - 41 let; věkový průměr 26,4 let. Celkem 18 klientů dosáhlo věku třiceti let.
- vzdělání: 20 osob uvedlo základní vzdělání jako nejvyšší ukončené; SOU dokončilo 11 a SŠ 12 klientů. Nedokončené vzdělání uvedlo celkem 19 osob v jednom případě VŠ.

- školní potíže: popisovalo celkem 40 osob; zejm. behaviorální problémy (nízká sebekázeň, vyrušování, nepozornost a drzost, zapomínání a neplnění úkolů, problémy v chování a snížené známky za chování či časté poznámky); často záškoláctví a sociálně patologické jevy (abúzus drog), vysoké absence. Klienti s ADHD popisovali šikanu (byli šikanováni nebo šikanovali); specifické poruchy učení (dys-) a opakování ročníků či vyloučení ze školy.
- opakování ročníku: bylo popsáno u podskupiny s ADHD v dětství v průměru 1,4x u 5 osob; nedokončení ročníku zejména u SOU a to v prvním a třetím roce.
- zaměstnání: 34 osob aktivní zkušenost se zaměstnáním s průměrem 37,7 měsíců v pracovním procesu. Nejnižší zkušenosti vykazovala podskupina ADHD pouze v dětství. 12 osob t.č. v pracovní neschopnosti (léčba), 2 ženy rodičovská dovolená, 3 klienti status studenta a jeden respondent uvedl invalidní důchod.
- evidence na úřadě práce: 25 klientů t.č. v evidenci; 38 osob zkušenost s evidencí s průměrem 27,2 měsíce.
- bydlení: 26 osob uvedlo nejisté bydlení před nástupem (skryté bezdomovectví), 9 osob bydlení u rodiny, 4 osoby psychiatrickou léčbu, jedna osoba výkon trestu a jedna osoba diagnostický ústav. U žen s ADHD byla zaznamenána vyšší stabilita v bydlení a méně nepříznivá situace.

Z hlavních adiktologických dat byly identifikovány následující vzorce:

- hlavní užívaná návyková látka (n. l.): 29 klientů s ADHD uvedlo pervitin (5 osob v kombinaci s jinými n.l. v počtu kombinací od tří výše - Subutex, heroin, konopné drogy a alkohol); 5 klientů uvedlo heroin (jeden v kombinaci s farmaky a opiáty); kokain, alkohol a opiáty jednotlivé zastoupení. Jeden respondent z důvodu drop out není hodnocen. V podskupině ADHD dětství i dospělost byl zastoupen pervitin ve všech případech (vyjma jednoho uživatele opiátů). U žen s ADHD nízká míra kombinování n.l. a abúzus opiátů.
- věk prvního užití n.l.: nejnižší věk se souhrnně objevoval zejm. v podskupině ADHD dětství i dospělost. Celkově v rozsahu od 11 do 27 let; do 15 roku užilo prvně n.l. 22 klientů, do 20 let 12 klientů.
- celkový počet měsíců užívání n.l.: nejvyšší počet let se objevoval u ADHD v dětství a dospělosti a ADHD pouze v dospělosti. Celkově byl rozsah od 5 do 240 měsíců; nejvíce osob uvádělo délku užívání nad 120 měsíců; 5 klientů nad 200 měsíců.
- převažující způsob aplikace n.l.: 31 klientů i.v., 8 klientů i.n., jeden klient p.o. U žen s ADHD převažovala méně riziková forma aplikace (i.n.).

Důsledky užívání návykových látek a související potíže popisují následující identifikované vzorce:

- problémy v právní oblasti: celkem deset osob s ADHD uvedlo právní problémy (primární drogová kriminalita, veřejně prospěšné práce, finanční a úvěrové podvody). Více problému se objevilo v právní oblasti u kontrolní skupiny bez ADHD (vzhledem k počtu osob).
- finanční problémy: se objevují u obou skupin jako důsledek abúzu n.l.; problémy vznikají na základě nesplácení nebankovních půjček, dluhů na pojistném, nesplácením pokut. Celkově v rozpětí 50 tisíc až 800 tisíc korun.

Ostatní anamnestická data sbíraná v rámci sebehodnotících škál umožnila identifikaci vzorců:

- zdravotní oblast: klienti s ADHD popisovali častější zdravotní komplikace; celkem 23 osob. Byla popsána HCV u šesti osob, HBV, epilepsie, DM I. typu, amputace horní končetiny, nefunkční ledvina. Nejčastěji se objevovaly chronické bolesti, astma bronchiale a alergické potíže; gastrointestinální potíže a cévní problémy. Nejvíce vykazovala zdravotních komplikací podskupina ADHD dětství i dospělost. V kontrolní skupině se potíže vyskytovaly s nižší četností a závažností (HCV dvě osoby, Syfilis jedna osoba, gynekologické potíže, dentální potíže...).
- oblast psychických problémů: 31 osob s ADHD hodnotilo negativně psychické zdraví (deprese, úzkosti, poruchy nálad a kolísání nálad, melancholie, extroverze, manické prožívání); klienti uváděli psychické potíže vyvolané sebedevalvací na základě poruch řeči či tikových poruch, čtvrtina osob s ADHD uvedla agresivitu, hostilitu, suicidální myšlenky či sklony. V menší míře byla negativně popsána hyperaktivita, neklid, nervozita. Tři ženy s ADHD uvedly PPP, dvě BAP. Kontrolní skupina vykazovala méně komplikací v oblasti psychiky; zejména toxické psychózy po abúzu pervitinu.
- léčba pro poruchy vyvolané užíváním n.l.: celkem 36 osob s ADHD uvedlo zkušenost s léčbou (sedm osob opakovaná léčba v TK; 29 osob krátkodobá či střednědobá ústavní léčba). Celkem 3,2 průměrný počet léčeb na jednoho klienta s ADHD; 0,9 průměrný počet dokončených léčeb; celkem 92 léčebných pobytů pro 29 osob, z toho nedokončeno 64 léčeb (drop out). Podskupina ADHD dětství a dospělost měla nejvíce léčebných pokusů v průměru na osobu (až 16 léčeb u jednoho respondenta, jedna dokončená). ADHD pouze v dětství mělo nejvyšší počet dokončených léčeb na osobu.
- odborná péče v dětství: 14 osob s ADHD v péči psychiatra (poruchy chování, učení a nálady), dva respondenti uvedli diagnostiku LMD; osm osob uvedlo psychofarmakologickou léčbu a osm osob pobyt v lůžkovém zařízení psychiatrické péče; sedm osob pobývalo v diagnostickém či výchovném ústavu. Ve vysoké míře

se objevovaly specifické poruchy učení, chování a nálad u 20 osob. U kontrolní skupiny potíže v nižší míře uvedlo 10 osob.

Sledování charakteristik osob s ADHD a kontrolní skupiny znamenalo analýzu sebehodnotících škál k diagnostice ADHD. Při vyhodnocení AL bylo zjištěno, že nejvyšších hodnot ve skóre i nejvyšší počet vynechaných položek dosahovali osoby z podskupiny ADHD dětství i dospělost. v AL uvedená podskupina hodnotila velmi závažně deprese, sklíčenost, nespoutanost, nespokojenost se životem, výkyvy nálad. Podskupina ADHD pouze v dětství hodnotila vysoce negativně vztek, hněv, výskyt výbušnosti a hostility. Celkové hodnoty pro skupinu s ADHD na základě confirmace diagnózy z AL byly nad 50 bodů (při průřezovém skóre 46); nad 60 bodů dosahovali čtyři klienti, muži dosahovali vyšších hodnot. Nejvyšší skóre měla žena s 96 body (100 maximum) u WURS -25. Vyhodnocení SD ukázalo přesah 10 bodů u osob s ADHD v části A dle ASRS v 1.1.; celkové skóre dosahuje nad 30 bodů.

U podskupiny ADHD dětství i dospělost bylo v SD hodnocení závažnosti symptomatologie nejzávažnější v porovnání s ostatními klienty; respondenti skórovali vysoko v otázce 7, 8 a dále 1, 2, 3, 5, 11, 13, 14 a 17. Skupina s ADHD skórovala vysoko i v části B, kde měla kontrolní skupina velmi nízká skóre. Při vyhodnocení frekvenčního skóre v části B dle SD byly nejvyšší hodnoty u podskupiny ADHD dětství i současnost (29 průměrná hodnota), u kontrolní skupiny byl průměr 18,1 bodů.

2.6 Diskuze

Uvedená kapitola se zabývala výskytem ADHD u osob léčených pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek v terapeutických komunitách v České republice a popisem charakteristik osob s ADHD v léčbě. Souvislost mezi ADHD a rizikem rozvoje abúzu návykových látek prokázala řada zahraničních studií i metaanalýz (Van Emmerik Van Oortmerssen et al., 2012); byla prokázána i vysoká prevalence ADHD v populaci uživatelů návykových látek v porovnání se všeobecnou populací (Wilens, 2004, 2007 a 2011; Horner a Scheibe, 1997) a závažnost vlivu ADHD na vulnerabilitu jedince z hlediska užívání návykových látek (Foltová, 2010). Zahraniční studie a výzkumy se v době aplikace výzkumu o prevalenci ADHD v České republice u uživatelů drog již zabývaly uvedenou problematikou, která se postupem času díky informacím o vlivu ADHD na léčbu stává velmi populární. V České republice (v roce aplikace Study I. a předvýzkumných kroků) absentovaly informace o osobách s ADHD ve sledované populaci; byla dostupná literatura k tématu v omezeném rozsahu a diagnostické škály bez standardizace na českou populaci a bez manuálu k použití. Na základě definování výzkumného problému a plánu byly zvoleny předvýzkumné kroky, které měly explorativní a mapující charakter. V předvýzkumu z důvodu

nedostatku informací byly použity škály a manuály ze zahraničních zdrojů a výzkumných prací; škála WURS - 61/25 byla na základě dobré validity a reliability zvolena k vytvoření AL a k diagnostice symptomatologie ADHD v dětství; škála ASRS v 1.1 používaná v mnoha studiích jako velmi spolehlivý screeningový nástroj byla použita pro SD a k zachycení symptomatologie ADHD v dospělosti. Výzkumný plán v rámci předvýzkumu pro Study I. zahrnoval identifikaci klientů se symptomatologií ADHD v terapeutických komunitách podle specifických klinických nástrojů a popis charakteristik klientů s ADHD v porovnání s kontrolní skupinou. Vyhodnocení škál k záchytu symptomatologie ADHD ukázalo na výskyt klientů s potenciální diagnózou ADHD ve vysoké míře; celkem 57 % osob naplnilo diagnostická kritéria k ADHD (n=43 osob) z počtu 76 respondentů. Skupina klientů s ADHD byla na základě diagnostických kritérií rozdělena na podskupinu ADHD v dětství (n=16), na podskupinu ADHD v dospělosti (n=6) a podskupinu ADHD dětství i dospělost (n=21). Výsledky o prevalenci ADHD v terapeutických komunitách v České republice korelují s některými zahraničními studiemi, které uvádějí výskyt nad 50 % (Horner a Scheibe, 1997). Jiná studie uvádí výskyt ADHD u 39 % participantů z populace uživatelů návykových látek (Schubiner et al., 2000); následná confirmace diagnózy po specifickém a důkladném vyšetření vedla k potvrzení u necelé poloviny z původního screeningu. Wilens (2004) uvádí výskyt v širokém rozpětí 9 - 45 % výskytu ADHD u uživatelů návykových látek; rozpětí je odlišné v závislosti na metodologických rozdílech souboru. Výsledná zjištění Study I. ukazují na první informace o výskytu ADHD u uživatelů návykových látek, kde byla splněna diagnostická kritéria k ADHD. Zároveň jde o screeningové vyšetření a o výsledcích je nutné uvažovat jako o potenciálních vzhledem k ADHD i přes confirmaci na základě škál. Použité škály v rámci AL a SD (uvedeno výše) jsou kromě ADHD schopny detekovat i jiné psychické potíže a poruchy a lze předpokládat, že ve výsledném vzorku osob s potenciální diagnózou ADHD mohou být zahrnuti i klienti s komorbidním problémem mimo sledovanou neuropsychickou poruchu.

Uvedená zjištění o vysokém výskytu ADHD u klientů léčených v TK v ČR je nutné považovat vzhledem k předvýzkumnému plánu za orientační; velmi důležitý je fakt, že aplikované škály kromě ADHD zachycují i jiné psychopatologické komplikace a i fakt, že confirmace diagnózy ADHD byla na základě zahraničních zkušeností potvrzena u necelé poloviny souboru označeného jako potenciální s ADHD. Vzhledem k limitům výzkumu je nutné zvažovat nastavení podmínek testování k rizikům plynoucím ze zkreslení na základě nedostačující době abstinence. V případě AL a hodnocení symptomatologie ADHD v dětství (WURS - 61/25) se požadavek 8 týdnů v chráněném prostředí jeví jako dostačující; u SD a hodnocení symptomatologie v dospělosti/současnosti dle ASRS v 1.1 je zásadním limitem požadavek v manuálu, kdy respondent sebeopozuje své potíže retrospektivně v rozsahu šesti měsíců. Vzhledem ke krátké době po vysazení n.l. a z důvodu rizika přetrvávání

potíží neuropsychického charakteru u některých návykových látek po vysazení, je vhodné limitovat použití škály ASRS v 1.1 až po delší době, než osmi týdnech. Škála ASRS v 1.1 odkazuje na používání a aplikaci ke screeningu u dospělých; v rámci výzkumu byli identifikováni tři respondenti ve věku 15 - 18 let. Užití terminologického vymezení ADHD v současnosti (ne v dospělosti) se jeví vzhledem k povaze výzkumného souboru relevantnější. Výstupem může být limit pro aplikaci SD od 18 roku věku respondenta či aplikace terminologie ADHD současnost. Současná praxe ukazuje na nutnost standardizace výzkumného a klinického nástroje k diagnostice ADHD, který bude dostupný po širokou odbornou komunitu.

Při zjišťování charakteristik výzkumného souboru a klientů s ADHD vzhledem k možným podobnostem a odlišnostem byly analyzovány zbylé části AL a SD nevztahující se k diagnostice ADHD. Při sběru dat bylo na začátku výzkumu zjištěno absentování položky pohlaví, kterou respondenti po upozornění doplňovali k anonymnímu kódu. Celkem bylo identifikováno 28 mužů a 15 žen s potencionální diagnózou ADHD. Bylo zjištěno, že respondenti s ADHD vykazovali nejčastěji dokončené vzdělání ZŠ a ve větší míře i velký počet nedokončených vzdělání (převážně SOU); ve vysoké míře se objevovaly problémy v dětství ve školní oblasti. Z adiktologických informací byla skupina charakteristická abúzem pervitinu jako hlavní užívané návykové látky s převahou i.v. formy aplikace. Ženy vykazovaly méně rizikovější formy užívání n.l. První užití n.l. se u téměř celé skupiny objevovalo již před 15 rokem, celkový počet abúzu přesahoval v průměru měsíců. Respondenti s ADHD vykazovali více psychických komplikací a zdravotních problémů; zásadní byla přidružená diagnostikovaná komorbidita a medikace (v porovnání s kontrolní skupinou). Osoby s ADHD uváděly velmi vysoký průměrný počet absolvovaných léčeb pro poruchy vyvolané užíváním n.l. Anamnesticky byla v porovnání s kontrolní skupinou zjištěna vysoká četnost péče psychiatra, psychologa, umístění ve výchovných a diagnostických ústavech. Jednotlivé podskupiny s ADHD se významně lišily v závažnosti potíží; nejvyšší problémy a to zejména v dětství a v současnosti popisovala podskupina ADHD dětství i současnost. Na základě anamnestických dat a zjišťování psychických komplikací byli identifikováni dva klienti s diagnózou LMD/ADHD. Vhodným doporučením pro další výzkumné aktivity je doplnění položky s otázkou na diagnózu ADHD v dětství. Vyhodnocení škálových položek ukázalo na zásadní rozdíly mezi skupinou s ADHD a kontrolní skupinou, kdy osoby s ADHD skórovaly vysoko u většiny škálových odpovědí. U AL (WURS 61/25) dosahovaly osoby s ADHD vysokých hodnot i v oblastech nesměrodatných pro diagnostiku (doprovodné potíže) a tedy i celkového skóre. U použité škály WURS - 61 byl zjištěn problém vzhledem k vysokému počtu položek; většina klientů s ADHD vynechávala škálové položky. Tento problém se v nižší míře objevil u kontrolní skupiny, kde na základě nevyplnění kritických položek směrodatných k diagnostice byly uvedené osoby označeny za suspektní k ADHD při současně vysokém skóre pod průřezovou hodnotou.

Vzhledem k dalším výzkumným krokům a v případě aplikace škály WURS se jeví jako vhodné použít pouze 25 položkový sebehodnotící dotazník, který je dle zahraničních zdrojů vysoce spolehlivým a validním nástrojem. U SD a hodnocení symptomatologie v současnosti/dospělosti bylo zjištěno, že osoby s ADHD skórují výše než kontrolní skupina a to i v případě podskupiny ADHD pouze v dětství. Analýza jednotlivých výzkumných otázek a zjišťování charakteristik osob s ADHD v léčbě pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek je zřejmý vliv zkoumané neuropsychické problematiky na osobnost od dětství; problémy, které souvisejí s ADHD se promítají již do školní oblasti, behaviorálních komplikací, sociálního fungování, zvýšeného výskytu sociálně patologických jevů a časného začátku zkušenosti s návykovými látkami.

Uvedená kapitola se zabývala výskytem ADHD u osob léčených pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek v terapeutických komunitách v České republice; na základě Study I., která je součástí předvýzkumu, a na kterou navazuje hlavní výzkumná část, byla zjištěna prvotní data o predikční prevalenci. Získané informace o prevalenci ADHD v České republice jsou v souladu s některými zahraničními výzkumy, s jinými se rozcházejí. Zjištění ukazuje na velmi vysoký výskyt osob s potencionální diagnózou ADHD v léčbě a na četné problémy osob s ADHD podle definovaných charakteristik. Uvedená skupina klientů s ADHD tak představuje jednu z kategorií duálních klientů/klientů s komorbiditou, která představuje potencionálně vysoké riziko vzhledem k efektivitě léčby a úspěšnosti léčebného kontinua.

2.7 Závěry

Analýza škálových položek v AL (WURS - 25) a SD (ASRS v 1.1) umožnila rozdělení výzkumného souboru na základní skupinu I. s ADHD a II. bez ADHD/kontrolní skupinu. Základní skupina I. s ADHD byla na základě plnění diagnostických kritérií členěna na podskupinu ADHD pouze v dětství, ADHD pouze v současnosti/dospělosti a podskupinu ADHD v dětství i v současnosti. Rozdělení sloužilo k analytické práci s daty a k odpovědi na výzkumné otázky.

Výsledky z diagnostických nástrojů pro záchyt symptomatologie ADHD ukázaly, že se v terapeutických komunitách pro uživatele ilegálních návykových látek vyskytují klienti s ADHD; počet osob, které splňovaly kritéria k diagnóze ADHD byl vyšší než v kontrolní skupině. Ve výzkumném souboru o počtu 76 klientů bylo identifikováno 43 osob s ADHD; z toho 16 klientů splnilo kritéria pouze na podskupinu ADHD v dětství; 6 klientů naplnilo kritéria pouze na ADHD v současnosti/dospělosti a 21 klientů bylo zařazeno do podskupiny ADHD v dětství i v současnosti/dospělost.

Analýza anamnestických dat z AL a SD ukázala na základní charakteristiky osob s ADHD v terapeutických komunitách. Bylo zjištěno, že klienti s ADHD vykazují

vysokou míru podobnosti (napříč podskupinami) v potížích školních, behaviorálních a psychických. Byl zjištěn vysoký počet klientů s ADHD, kteří nedokončili vzdělání; častá péče odborníků na duševní zdraví a přidružené komplikace/komorbidity. Adiktologická data ukázala, že osoby s ADHD v léčbě vykazují velmi časný začátek první zkušenosti s návykovou látkou, převažuje zejména pervitin jako hlavní užívaná látka a i.v. způsob aplikace. Odlišnosti se mezi klienty s ADHD vyskytovaly zejména v míře závažnosti symptomů; nejvyšších hodnot dosahovali klienti z podskupiny ADHD dětství i současnost/dospělost.

Zjištěné výsledky ukazují na rozšíření profilu osob léčených v terapeutických komunitách pro uživatele ilegálních návykových látek; ADHD jako specifická komorbidita se vzhledem k charakteristikám jednotlivých základních skupin jeví jako vysoce riziková vzhledem k osobnosti, schopnostem a vlivu na léčebný program na základě vysoké míry potíží (viz předvýzkum kapitola 2). ADHD jako neuropsychická problematika představuje vysoce rizikový faktor nejen u podskupiny ADHD dětství (nejzávažnější komplikace) vzhledem k adiktologickým aspektům (první užití, forma aplikace, délka abúzu), ale i predispozici k jiným sociálně patologickým jevům a deficitům v oblasti kognitivních, exekutivních a behaviorálních funkcí. Výsledné rozdíly mezi charakteristikami osob s ADHD a bez sledované diagnózy implicitně ukazují na deficity v individuálních charakteristikách a schopnostech, které vzhledem k zájmu o efektivitu léčby a nepoškozování klientů nelze opomíjet.

Výsledná zjištění o prevalenci osob s ADHD v terapeutických komunitách nejsou signifikantní vzhledem k jisté konfirmaci diagnózy; naznačují však možný velmi vysoký podíl osob s ADHD mezi uživatelskou subkulturou a vliv ADHD na výsledné léčebné kontinuum. Výsledky předvýzkumných kroků a uvedené studie souvisejí s následující kapitolou (kapitola 3, Study II. a III.), kde je hlavní zřetel a cíl výzkumu směřován k podrobnějšímu zjištění specifických potíží v průběhu léčebného programu terapeutické komunity.

3 Vliv ADHD na proces a výstupy léčby v TK u osob léčených se závislostí na návykových látkách a genderová problematika

3.1 Úvod, zdůvodnění významu tématu a přehled problematiky

Kapitola se věnuje problematice komplikací osob s ADHD v léčbě v terapeutických komunitách v České republice z hlediska procesu a výstupů léčby. ADHD, jako specifická komorbidita, je v uvedené kapitole zkoumána z hlediska vlivu na schopnost jedince zvládat léčebný program a na komplikace v léčbě. Součástí kapitoly je i diferenciací genderových specifí klientů s ADHD a kontrolní skupiny z hlediska komplikací. Předkládaná studie (Study II. a III.) byla realizována v rámci předvýzkumné činnosti a navazuje na primární kroky Kapitoly 2 (Study I.). Na základě předvýzkumné činnosti (Study I. - III.) byl realizován hlavní výzkum, který popisuje kapitola 4 (Study IV.). Na základě Study I. bylo v rámci předvýzkumu identifikováno celkem 43 osob s potenciální diagnózou ADHD (n=56,6 %) a zjištěny závažnější anamnestická data a charakteristiky osob v porovnání s kontrolní skupinou bez ADHD.

Na základě teoretického úvodu o ADHD jako neuropsychické poruše, která ovlivňuje kognitivní, exekutivní i behaviorální schopnosti jedince a připojuje se k poli komorbidit u uživatelů návykových látek, existoval předpoklad o snížené schopnosti jedinců zvládat běžně nastavený léčebný program v terapeutické komunitě. Duální diagnózy a komorbidity u uživatelů drog v léčbě představují významný komplikující faktor ve vztahu k efektivitě léčby a výsledku celého léčebného kontinua. Komplikace na straně osob s ADHD představuje primárně správná diferenciální diagnostika poruchy a to při transformaci symptomatologie v dospělém věku, schopnost profitovat z léčebného programu na základě osobnostních deficitů a udržení motivace k léčbě z důvodu neurobiologického deficitu. ADHD u osob užívajících návykové látky v léčbě ovlivňuje celé komunitní společenství (vyšší výskyt komplikujících a rizikových situací), zvyšuje nároky na odbornost personálu a zvyšuje riziko předčasného ukončení léčby. Rubášová et. al (2015) popsala vzhledem ke komplikujícím charakteristikám osob s ADHD v léčbě závažnou adiktologickou anamnézu, vysokou míru potíží v oblasti školní a psychické mapovanou od dětství, současné psychické a psychiatrické komorbidity osob s nutností medikace a závažnější osobnostní charakteristiky. Miovský, Čablová a Kalina (2013) popisují u osob s ADHD snížené adaptační mechanismy, potíže v sociálních dovednostech a odlišné způsoby behaviorálních vzorců na základě symptomatologie a vyrovnávání deficitů osobnosti. ADHD tedy jako jiné komorbidity, které se u uživatelů v léčbě vyskytují v rozmezí 30 - 80 % dle studií (EMCDDA, 2007; Buckley 2006; Kalina a Vácha, 2013; NIDA, 2010), představuje

riziko vzhledem k adaptaci a profitu z léčebné modality jakou je svými specifiky terapeutická komunita. Prostředí terapeutické komunity pro léčbu poruch vyvolaných užíváním návykových látek je pro osoby s ADHD místem, kde jsou ve značné míře koncentrované a strukturované rozličné aktivity, zátěžové situace a sociální interakce s cílem připravit osobu v léčbě na zvládání nejrůznějších situací a zvyšovat její kompetence ke zdravějšímu životnímu stylu. Výsledkem pro osoby s ADHD v léčbě pak dle Gudjonsson et al., (2012) může být zesílení primárních symptomů a naučených obranných mechanismů, zvýšení hostility a frustrace, interpersonálních konfliktů a krizových situací, které mohou ve výsledku zapříčinit early drop out či drop out z komunity. Na základě zjištění o ADHD v dospělosti a uvedeným charakteristikám osob v léčbě popsaných v kapitole 2 byly následující studie (Study II. a III.) zaměřeny na zjištění konkrétních potíží osob s ADHD v léčbě a to i z hlediska gender charakteristik a rozdílů.

Terapeutická komunita - model léčby

Základní model léčby – metody, účinné faktory léčby

Terapeutické komunity představují léčebnou modalitu, která spadá do širokého spektra složek systému péče o adiktologické klienty. Výsledný efekt léčby adiktologické problematiky počítá působení celého léčebného kontinua a za nejúčinnější je považována z hlediska procent úspěšnosti a přežití bez relapsu roční intervence; pokud jsou složky péče dobře koordinované, může jít o kombinace několika z nich. Za žádoucí efekt léčby je dle Kaliny (2008a; 2008b) považováno snížení užívání drog (od úplné abstinence po snížení frekvence či vyšší míru kontroly), změna životního stylu, zlepšení v oblasti sociálních vztahů a intimních vztahů, zlepšení vztahů s rodinou a snížení kriminality či sociálně patologických jevů jako důsledek změny životního stylu. Vzhledem k efektivitě léčby byly v podkapitole 2.2 rozebrány limity na straně klientely v léčbě, které se vzhledem k výsledku jeví jako rizikové. V případě limitů na straně programu, tedy terapeutické komunity Kalina (2008a) popisuje riziko v nastavení léčby pro klienty s komplikovanějšími problémy; léčba bývá často označována jako vysokoprahová vzhledem k limitům pro přijetí některých osob; limitem na straně komunity může být i nálepkování komplikovanějších klientů a přednostní označení jako outsiderů, stigmatizace komplikovanějších osob a retraumatizace na základě nezdaru při plnění úkolů v léčbě; autor popisuje riziko nízkého náhledu personálu na vysoký potenciál relapsu u duálních klientů a tím nízkou možnost ovlivnění drop out. Terapeutická komunita může vzhledem k výsledku léčby být limitována i v důsledku špatné indikace a přijetí klienta, vnitřní neintegritou, zvoleným terapeutickým stylem či délkou programu.

Základní metody léčby pro adiktologickou klientelu vycházejí z principů komunitního společenství, demokracie a hierarchie v komunitě. Strukturovaná léčba

je jasně vymezena v pravidlech a řádu komunity (podkapitola 2.2, více Kalina 2008a, 2008b). Léčebné intervence představuje psychoterapeutický proces a principy, které terapeutická komunita vyznává. Účinné faktory léčby terapeutické komunity jsou ukotveny v organizačním rámci společenství a ovlivňují tak procesy změny u léčených osob v oblasti integrace, schopnosti vyjadřovat emoce, v nácviu behaviorálních vzorců, v oblasti životních hodnot a postojů. S jakým výsledkem a úspěšností ovlivňují účinné faktory osobnost jedince je pak dáno zejména samotným stupněm integrace a strukturace osobnosti daného jedince. I zde existují limity v možnostech a mezích působení, které se vztahují k cílové skupině. Kalina (2008b) uvádí dělení účinných faktorů na faktory skupinové psychoterapie, faktory sekundárního emočního vývoje, faktory propojující více psychoterapeutických směrů a faktory terapeutické komunity. Účinné faktory se podílejí na změně jak v rámci individuální tak skupinové úrovně. Kratochvíl (2005) popisuje skupinu jako základního nositele změny při uplatnění principu sounáležitosti a členství, poskytování a přijímání emoční podpory, sebeexplorace, korektivní emoční zkušenosti či v potenciálu bezpečné konfrontace a zpětné vazby. Kalina (2008b) vedle skupinových faktorů vyzdvihuje ty individuální, které propojují různé psychoterapeutické přístupy a vedou ke změnám díky pozitivnímu očekávání změny, Hawthornskému efektu, podmiňování podnětu, manipulaci s následky, katarzi či práci na problémech (podrobně Prochaska a Norcross, 1999). Účinné faktory terapeutické komunity pak dle Kooymana (2005) představuje celkem 15 dimenzí, kdy každá z nich je vysoce opodstatněnou součástí léčebného procesu (přehled uvádí tabulka 12). U osob léčených v terapeutické komunitě závisí nejen na psychopatologických vlastnostech, ale i na schopnosti přijímat a internalizovat uzdravné působení.

Tabulka 12 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 poslušnosti v plnění úkolů, léčebných fází a práce s vlastním strachem – zlepšení sebepečení, 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 sebestrukci – 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: „dělej 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 sebepečení, 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: Rubášová (2014); (upraveno dle: Kooyman, 2005; Kalina, 2008b; Kalina, 2013)

Přístup léčby orientovaný na potíže klientů v léčbě

V rámci komunitního společenství, kde se uplatňuje celá řada léčebných intervencí, se objevují problémy, které souvisejí s adiktologickou klientelou. Tyto komplikace a potíže osob v léčbě představují běžné komplikace, se kterými je nutné jako se zlatým standardem počítat, a které se zohledňují v tématech či zaměření intervenčního působení komunity. Kalina (2008a,b) mezi standardní potíže v průběhu léčby řadí pět větších skupin problémů; primárně behaviorální problémy v léčbě, které představují velmi rizikový činitel. Nejčastěji se jedná o rigiditu v postojích a nízkou akceptaci terapie, nízkou schopnost vlastní změny v chování a postojích, objevují se potíže s akceptováním terapeutů a přijímání kritiky. Druhou skupinu představují problémy spojené s adiktologickou problematikou; nejčastěji je zmiňován craving, pesimistické očekávání od léčby a negativní vnímání možnosti žít bez návykové látky. Třetí skupinu tvoří problémy v pojetí sebe sama (nízká sebeúcta, sebevědomí, nízká schopnost vnímání emocí a vyjadřování emocí, nízké identita s vlastním tělem); velkou skupinu potíží představují vztahové problémy, jako sklony k introverzi a osamělosti, nízká schopnost asertivního jednání, sklony k manipulativnímu a účelovému jednání, snadná zranitelnost a překotná jednání. Poslední skupinou, kterou autor popisuje, jsou problémy v sociálních schopnostech; klienti vykazují potíže v komunikačních schopnostech, ve schopnostech reálné posouzení situace, problémy v organizování a plánování času a velmi nedostačující návyky pracovní a kulturní.

Program a léčba v terapeutické komunitě je specificky cílena na jednotlivé oblasti potíží klientů a to v rámci celého strukturovaného programu komunity. Základní teoretický rámec léčby v terapeutické komunitě zahrnuje vymezení klinicky doporučených postupů v praxi, zvyšování kvality a efektivity léčby, plány léčebných programů a intervencí, popis a definici základních standardů pro odbornou praxi, vzdělávání a výzkum v procesu léčby. Základní standardy léčby v terapeutické komunitě upravuje Evropská federace terapeutických komunit (Shah a Paget, 2006); ucelený přehled o teoretickém rámci léčby podává De Leon et al., (2000). Samotný proces léčby v terapeutické komunitě je vzhledem ke zvyšování kvality možné hodnotit pomocí základních nástrojů, které ověřují stav klienta před léčbou či změny v léčbě. Základní škála CMRS (Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability Scales for Substance Abuse Treatment) hodnotí stav klienta vzhledem ke jmenovaným dimenzím před léčbou a umožňuje efektivnější indikaci k léčbě k samotnému matchingu a zásadám indikačního spektra (De Leon, 1993). Pro hodnocení změn v léčbě lze u klientů použít škálu DCI (Dimension of Change in TC Instrument; Orlando et al., 2006) či CAI (Client Assessment Inventory; Kressel, De Leon, Palij & Rubin, 2000). Do okruhu teoretického rámce a praxe spadá základní filozofie a prvky léčby v terapeutické komunitě, které se uplatňují v celém procesu léčby a ovlivňují výsledný efekt pro daného jedince. Základní pravidla představují ucelená a vydefinovaná pravidla nazývaná metapravidla,

pravidla o bezpečí a řádu, o sexu a erotických vztazích, o dodržování času, o zapojení. Terapeutická komunita definuje i základní požadavky na dodržování norem a zvyku komunity, provozu a o způsobu zacházení s pravidly. Základní filozofií komunity je definování a praxe v oblasti komunikace a rolí v léčbě; v komunitě je jasně vymezena role personálu a klientů, je popsáno, co léčba vyžaduje od klientů vzhledem k práci na sobě samém. Klienti jsou seznámeni s pravidly o postupu v rámci rolí v komunitě, opřejímání vzorů a dávání vzorů, o pravidlech moci a odpovědnosti v komunitě a o způsobu komunikace a udržování vztahů mimo komunitní společenství. Do základní dimenze modelu léčby vstupuje struktura programu komunity, která tvoří pevný základ léčebného působení. Strukturovaný program je naplněn řádem, režimem a programem komunity, komunitními a skupinovými setkáními, pracovními a volnočasovými aktivitami. Časová dotace jednotlivých složek strukturovaného programu se snaží o maximalizaci připodobnění reálných podmínek mimo život komunity a připravovat jedince na život mimo chráněné komunitní společenství. Model léčby uplatňuje udržování rituálů v rámci procesu léčby, které mají charakter přijímacích, etapových a ukončujících rituálů a podílejí se na upevňování procesu změny.

Změna u osob léčených v terapeutických komunitách je dle Kaliny (2008a,b) spojena se specifickými rysy léčebného procesu. Ty představuje bezpečné prostředí, aktualizace přístupu zde a nyní a tlak na zralé behaviorální vzorce, vyžadování osobního nasazení v procesu změny, využívání komplexního rozvoje osobnosti k přijetí dospělých vzorců chování a jednání či přijetí dospělosti i s možnými osobnostními či psychickými limity (schopnost umět zacházet a znát deficity). Do modelu léčby a údravy v komunitě jsou přijímány zásadní katalyzátory procesu změny, které vyžadují od klientů plnou akceptaci a přijetí. Abstinence představuje podmínku pro možnost práce na problémech a sebepoznávání; přístup k procesu změny formou učení identifikací a nápodobou i přes nejistotu a nepochopení; konfrontace představuje stěžejní faktor údravy stejně jako s ní související frustrace a práce s ní v bezpečném prostředí. Vedle konfrontace se dostává velmi účinný léčebný prvek sounáležitosti, porozumění a podpory, který je v rámci procesu vyžadován od klientů a v rámci léčby je všudypřítomný. Uvedená struktura a jasně vymezený program je opodstatněná primárně v předávání pocitu bezpečí a ukotvení pro nové klienty, následně vede k zisku zkušeností a učení. Vedle silné struktury léčby se projevuje dynamická složka léčebného procesu v rámci skupinových sezení, kde padá pravidlo hierarchie a dochází k odkrývání a práci na velmi citlivých až traumatizujících tématech. Vyváženost mezi strukturou a dynamikou v léčbě zajišťuje bezpečný odstup, ukotvení a učení. Neméně důležitou složkou procesu léčby jsou fáze léčby, které provádějí klienta připojením k léčbě, procesem učení a získávání zkušeností a fází, kdy nové vzorce ověřuje a upevňuje.

Terapeutická komunita představuje léčebnou modalitu, která umožňuje léčbu i pro specifické cílové skupiny. Klienti s duální diagnózou či komorbiditou jsou

do terapeutické komunity přijímání a léčení podle modelu “double focus therapy”, kdy je integrovaná léčba obou problémů v rámci jednoho zařízení. U osob s ADHD v terapeutické komunitě lze pozitiva terapeutické komunity využít v délce programu, potřebě širší psychosociální rehabilitace a stabilizace a jak uvádí Miovský, Čablová a Kalina (2013) i v zátěžových aktivitách a v samotných principech léčby.

ADHD u UNL v kontextu léčby a vlivu na osobnost jedince

ADHD a vliv na osobnost – dětství až dospělost

Vliv ADHD na osobnost jedince je nutné vnímat nejen skrze jádrové příznaky poruchy, ale i jako výsledek deficitů způsobených neuropsychickou poruchou. Základním deficitem je propojení jádrových symptomů do deficitu v oblasti exekutivy, dále sebeřízení jedince s ADHD vyznačující se deficitem v oblasti verbální pracovní a neverbální paměti, seberegulaci a rekonstrukci afektů, motivace a arousalu (Barkley, 2006). ADHD ve výsledku ovlivňuje komplex osobnosti jedince v jeho kognici i behaviorální rovině a tím široké spektrum životního stylu a problémů v interpersonálním vztahování. Cyklický charakter potíží osob s ADHD vzniká na základě kritiky a nepochopení behaviorálních či kognitivních vzorců; cyklus nabaluje negativní formování vlastního já a snahu eliminovat interpersonální zranění či odmítnutí. Osobnost jedince s ADHD je dle Balaščíkové (2007) sycená kontinuitou vztahových obtíží od útlého věku, kdy v raném vývojovém období vzniká traumatizace a potíže v interakci mezi daným jedincem a pečující osobou (často důsledek drobných odchylek od vývoje). V batolecím období se osobnost ADHD utváří na základě vztahu s pečujícím okolím a charakter vazeb pokračuje v negativním nastavení, pokud byla v předešlém období interakce problematická. Výsledkem je přenášení frustrace ze strany pečujících osob na osobnost dítěte a do atmosféry vztahu. V předškolním období osobnost jedince s ADHD zakouší vyrovnávání se s požadavky okolí a s přijímáním hodnocení od okolí; zde je základní nová zkušenost pro utváření pojetí sebe sama a pro vzorce sociálních vazeb. Ve školním věku osobnost jedince s ADHD zakouší vysoce zátěžové období s často negativní zkušeností na základě deficitů, které jsou ve střetu s požadavky autorit a okolí. Osoba s ADHD se setkává s formou dvojího trestu a devalvací interpersonální roviny v rámci školy i rodinného systému. Eskalace potíží přichází pro osoby s ADHD v adolescenci, kde i přes proměnu symptomatologie dochází k potížím v rámci interakce se sociálním okolím, hledání identity komplikují nezralé a nepodporující vztahy. Období adolescence představuje vysoké riziko pro osoby s ADHD kvůli tendencím o únik z nepříjemných interpersonálních rovin a často nasedají na automedikaci nezdravou formou sociálně patologického chování. U osobnosti s ADHD dochází k zesílení deficitu i na základě přidružených komorbidit (Pokorná, 2010) a vzájemnému podmiňování v rámci sociální interakce, kde se recipročně posiluje negativní zkušenost s interpersonální vazbou. Autorka

u osobností s ADHD používá pojem nápadné chování, které je spojené s psychickými potížemi a internalizací úzkosti na základě neakceptovatelných behaviorálních projevů, které zesilují snahou o kompenzaci deficitu. Osoba s ADHD tak využívá kompenzaci výkonnostního deficitu maladaptací v chování či generalizací vzdorů; výsledná interpersonální frustrace zesiluje agresivitu a zvyšuje riziko šikany (v dospělosti bossingu, mobbingu). Pro osobnost s ADHD je typické zvládat situace se zvýšeným stresem či zátěží za využívání primitivních mechanismů obrany ega.

Základní kognitivní zatížení osobnosti s ADHD je opět propojeno s jádrovými příznaky; i přes široké inteligenční rozpětí u osob s ADHD je uvedeno zatížení rozptylu inteligence až 10 % (Barkley, 2006). Objevují se poruchy v učení, potíže při vyjadřování či v řeči a v úkolech s časovým limitem, neadekvátní aspirační úroveň vzhledem ke schopnostem jedince a selhávání v oblasti motivace a volných vlastnostech (Barkley, 2006; Vágnerová, 2001; Uhrová, 2007b). Vágnerová (2001) popisuje u osob s ADHD potíže i v oblasti emocí, objevuje se negativně cílená afektivita s vyšší frekvencí, neschopnost předvídat a plánovat vlastní reakce, dráždivost a explozivita v chování či emoční labilita. Osobnost člověka s ADHD je připodobňována osobnostem lidí s diagnózou Oppositional Defiant Disorder (ODD) s typickými projevy poruch adaptace, nesnášenlivosti a hádavosti a vzdorů proti autoritám (Zelinková, 2000).

ADHD a osobnost - adiktologický kontext

Společný rozměr ADHD a komorbidního užívání návykových látek z hlediska vlivu na osobnost ukazuje na zvýšení potíží v životních dovednostech a biopsychosociální rovině; sekundárně vznikají potíže vlivem abúzu návykových látek a jádrem závislostního vzorce. Vztah mezi ADHD a zvýšenému riziku osobnosti k užívání návykových látek je popisován v mnoha studiích; negativní predikce se objevuje v častějším výskytu experimentátorských vzorců i závislostního užívání (Barkley, 2014). Vedle neuropsychických potíží osob s ADHD se v léčbě objevují potíže spojené se vlivem návykových látek na osobnost jedince. Psychotropní a závislostní potenciál návykových látek vede ke změnám v kognitivních i behaviorálních kvalitách osobnosti (Minařík, 2008); do behaviorální roviny se odráží oblast biologických deficitů jako je péče o sebe sama a základní lidské potřeby; do psychologických deficitů se promítají změny ve stavech vnímání, prožívání a nálad. V psychologické rovině dochází i na základě neurobiologických změn ke změnám, které nejsou slučitelné s volní kontrolou a přednost dostávají strategie velmi snadného a rychlého uspokojování osobních potřeb a tedy i odpovídající vzorce chování. V sociální oblasti se behaviorální potíže odrážejí v udržování sociogenních vzorců za účelem inkluze do subkultury uživatelů a za účelem přežití; chování je cílené na získání návykové látky a získání inferiorního sociálního statusu. Ve spirituální rovině je odklon

v oblasti chování a prožívání zvýrazněn odklonem od smyslu vlastního života a omezením duchovního a duševního prožívání na situace s návykovou látkou.

Podle bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu dochází v behaviorální rovině s rozvojem závažnějších vzorců užívání i k výraznému odklonu od své přirozenosti, Self a sebestrukci (Kudrle, 2008). V kognitivní oblasti se vzhledem k osobnosti a abúzu návykových látek projevují změny v nižších i vyšších kognitivních procesech; změny v kognitivních funkcích jsou závislé na délce užívání, vzorci užívání a na substanci či jejich kombinacích. Neopomenutelné je vzhledem k užívání zmínit oblast motivace, která je ovlivněná na základě neurobiologického podmínění účinku a koreluje se změnami v systému odměny. U osob s ADHD, kde je deficit v oblasti motivace popisován jako stěžejní potíže tak dochází k výraznému volnímu deficitu. Tato informace je stěžejní pro přijetí motivace a práce s ní v průběhu celého léčebného procesu, nejen před vstupem klienta do léčby (podrobně kapitola 4).

Shrnující charakteristikou osobnosti závislého jedince je tzv. jádro závislostní poruchy (Jeřábek, 2006; Kalina, 2008a) vznikající z dynamického psychopatologického vzorce. Autoři popisují opakující se charakteristiky osobnosti závislých v psychologických aspektech nereálného sebehodnocení, asociálních behaviorálních projevů, neschopnosti inhibovat impulzy, v testování reality, v potížích s korekcí emocionality, manipulativním jednáním či v nízké úrovni frustrační tolerance. Jádro závislostní poruchy představuje autosanační strategii (může být i úniková, autodestruktivní) jako primárně obrannou strategii na základě disociace a popírání nepříjemných emocí (Jeřábek, 2006). U osob s ADHD v léčbě lze vzhledem k oblastem jádra závislostní poruchy jmenovat společné rozměry vlivu ADHD a užívání látek na osobnost jedince. Přehled vazeb ADHD a užívání návykových látek podle jádra závislostní poruchy uvádí tabulka 13. Společný rozměr ADHD a užívání návykových látek vede primárně k potížím vyvolaným neuropsychickou problematikou a sekundárně k zesílení potíží na základě užívání drog. I přes hypotézu sebemedikace dochází u osobnosti jedince s ADHD k negativním důsledkům z hlediska komplexního rozměru osobnosti a z hlediska přidružených potíží. U osob s ADHD na základě rozvoje syndromu závislosti dochází k sekundární traumatizaci, která se objevuje právě jako důsledek užívání návykových látek. Následně se opakují již známé druhy zranění v oblasti interpersonálních vztahů a silnému vnitřnímu zklamávání a zranění, které je zacykleně vytlačováno mimo vědomí prostřednictvím intoxikace návykovou látkou.

Tabulka 13 Jádrové charakteristiky závislostní poruchy – vazba ADHD a užívání NL

Návykové látky – jádro závislosti	Důsledek užívání pro osobu	Posilující vlivy k abúzu u 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 neuzivatelských 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 sebepečetí v důsledku akutní intoxikace a účinků NL, silný prožitek sociální inkluze a subjektce 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 sebededikace)
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 libosti 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 nejnútnejších 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 zvládání intoxikací (síla stresu často koreluje se silou 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); zabývání se sama sebou před schopností sdílení s okolím	Izolace v rámci přirozeného sociálního prostředí (status – problémové dítě/osoba) velmi častá a zažívaná od dětství – uživatelská subkultura posiluje pocit sociální inkluze, reparativní zkušenost pro slabé Self.
Nízké sebehodnocení, depresivní sklony	Retraumatizace zesilována abúzem, sebepečetí závislé na kontextu a interpsychickém naladění, depresivní ladění zesilované účinkem látky a ústupem intoxikace (otevírání vědomí a potlačených myšlenek)	U osob s ADHD celkově problém v sebepečetí, depresivní ladění často nerozpoznané na základě jádrových příznaků – užívání vede zejména v počátku k sycení lepšího sebepečetí (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: Rubášová (2014), volně dle Gerra (2009), Jeřábek (2006) a Kalina (2008a)

Terapeutická komunita - efektivita a indikátory léčby

Indikátory efektivní léčby

Výsledky léčby v terapeutické komunitě je nutné posuzovat podle širšího konceptu léčby jako sociální rehabilitace (EMCDDA, 2007; Kalina, 2008b), která znamená posouzení výsledku nejen na základě změn v oblasti užívání drog. Zásadním kritériem je hodnocení komplexního bio-psycho-sociálního rozměru změn u klienta po léčbě; abstinence či snížení míry užívání drog je možné na základě komplexnějších změn životního stylu dané osoby. Efektivita léčby v terapeutické komunitě znamená sledování indikátorů výstupu, tedy stav klienta po léčbě; zároveň jsou sledovány indikátory procesu, tedy stav a změny klienta v léčbě. EMCDDA (2007) uvádí mezi klíčové indikátory výsledků léčby retenci (doba udržení klienta v léčbě), ukončení léčby (drop out či hodnocení plánovaného nebo neplánovaného odchodu), indikátor závislosti (míra užívání návykových látek), indikátor rizikových vzorců (injekční aplikace, sdílení jehel, nechráněný pohlavní styk), indikátor zdraví (hodnocení fyzického i psychického zdraví), indikátor sociální integrace (hodnocení bydlení, zaměstnání, sociálních vazeb, kriminality a životního stylu) a indikátor kvality života, kde jde o subjektivní posouzení aktuálního stavu dle klienta. Výsledky léčby by měly být hodnoceny ve vztahu k základním oblastem, které souvisejí s indikátory výsledku dle EMCDDA (2006) a zahrnují snížení užívání návykových látek, snížení míry rizik z hlediska veřejného zdraví, zvýšení sociálního fungování a osobního fungování (McLellan et al., 1997).

Průběh léčby a hodnocení procesu léčby znamená vyhodnocování základních indikátorů procesu léčby. Lewis & Ross (1994) uvádějí, že pro zlepšování výsledků léčby je nutné sledovat profil klienta, důvody jeho odchodu a čas jeho odchodu; tedy otázky kdo, kdy a proč opouští léčbu. Za základní indikátory procesu autoři považují retenci, ukončení léčby a předčasné ukončení léčby. Indikátor retence měří délku setrvání klienta v léčbě, vyjadřuje poměr mezi dny setrvání v léčbě ke dnům zdárného dokončení celé léčby. Za negativní vzhledem k hodnocení efektivity programu je považována vysoká míra nízké retence. Současně je nízká retence hodnocena negativně ve vztahu k efektivnímu výsledku léčby pro daného klienta. Indikátor ukončení léčby informuje o tom, zda klient ukončil léčbu úspěšně podle stanovené délky programu či v souladu s cíli v individuálním plánu daného programu. Výstupem zdárného ukončení je dokončení léčby ve stanoveném termínu programu a absolvování závěrečného rituálu terapeutické komunity. Indikátor předčasného ukončení léčby informuje o odchodu klienta před termínem úspěšného dokončení léčby. Důvody odchodu mohou být jak na straně programu, tak na straně klienta; výstupy z nedokončení léčby souvisejí s nepříznivými výsledky pro klienta. Negativní výsledky léčby se zvyšují s kratším časem pobytu v léčbě (Kalina, 2008b).

Výzkum v oblasti efektivity léčby je vzhledem k prostředí terapeutických komunit a specifickým problémům výzkumu značně nedostačující. Šefrānek (2014)

shrnuje oblasti problematické aplikace výzkumu v terapeutických komunitách pod oblast volby vhodného designu studie, pod problém volby kritéria úspěšnosti, samovýběru klientely a možnosti zkrácení výsledků. Efektivitu léčby v terapeutických komunitách v Evropě a USA shrnuje autor na základě porovnání výsledků různých studií do zásadních zjištění, které popisuje v rámci profilu klientů, průběhu a výsledků léčby a ve způsobech zvyšování efektivity léčby. Profil klientů v terapeutických komunitách je dle souhrnných zjištění Šefránka (2014) charakterizován vysoce závažným psychopatologickým profilem, závažnou adiktologickou diagnózou, vysokou mírou psychických a sociálních potíží; u klientů terapeutických komunit se vzhledem k indikaci předpokládá nutnost dlouhodobé léčby, jako jediného modelu léčby k dosažení změn v životním stylu. Míra komplikací a závažnost problémů je u klientů v komunitách výrazně vyšší než v jiných zařízeních; zároveň i klienti s velmi těžkým profilem komplikací dosahují v terapeutické komunitě velmi dobrých výsledků. Z hlediska průběhu léčby a efektivity komunit Šefránek uvádí (2014) vliv délky setrvání v programu na míru zlepšení po léčbě a na predikci výsledků klienta, vliv dokončení celé délky programu na lepší výsledky klientů než v případě předčasného ukončení a vliv i nedokončení léčby na zlepšení v životním stylu klientů. Velmi zajímavým zjištěním je doporučení absolvovat minimálně tři měsíce v programu (kratší léčba nebyla prokázána za efektivní) či využívat složek léčebného kontinua ke zvýšení počtu měsíců zapojení. Za zásadní se považuje vzhledem k výsledkům léčby i aktivní participace klienta na léčbě, navázání kvalitního terapeutického vztahu a adekvátní reakce léčebné modalit na specifika klienta.

Tzv. early drop outy jsou nejrizikovější v prvních třech měsících v léčbě, se zvyšujícím se počtem měsíců klesá pravděpodobnost vypadnutí klienta z léčby. Negativně ovlivňuje riziko vypadnutí těžší psychopatologická komplikace a kriminalita. Retenci zvyšuje motivace a připravenost k léčbě a změně. Výsledky léčby v terapeutické komunitě popisuje autor se zlepšením ve všech klíčových indikátorech změny dle EMCDDA (2014); výsledky jsou po léčbě udržitelné a stabilní i v dlouhodobém časovém horizontu a zlepšení vykazuje nad 60 % klientů; v případě absolventů celého programu a hodnocených oblastí úspěšnosti je uváděno zlepšení u 90 % z nich. Výsledky léčby ukazují, že zásadní je délka setrvání klienta v programu a dobrá indikace k programu (těžší psychopatologické aj. komplikace). Vzhledem ke zvyšování efektivity léčby v terapeutické komunitě je doporučeno usilovat o aktivní zapojení klienta a jeho rodiny, kombinovat léčbu s doléčováním a ambulantní péčí.

Šefránek (2014) upozorňuje na zajímavý vývoj retence v léčbě v terapeutických komunitách od přelomu sedmdesátých a osmdesátých let v porovnání se současností; na začátku se retence pohybovala u dvanácti měsíční léčby pod 20 %, v současnosti se retence dle různých studií pohybuje kolem 50 % (SANANIM, 2012; Šefránek, 2014). Úspěšnost léčby v terapeutické komunitě je dle Šefránka (2014) odlišná vzhledem k různým definicím efektivity použitých u rozdílných studií; de facto se pohybuje

v rozpětí od 30 do 90 % (Vidjak, 2002; De Leon, 2004, 2010). V České republice je úspěšnost uvedena nad 60 % a v porovnání se zahraničím ukazuje na velmi dobré výsledky. Základní ukazatele úspěšnosti léčby v českých terapeutických komunitách lze získat z výročních zpráv zařízení; problémem srovnání se zahraničím je absence sledování retence pobytu v léčbě po dobu třech měsíců. Podle dat z NMS (Mravčík et al., 2006) a sekundární analýzy dat bylo zjištěno, že 53 % klientů setrvává v léčbě po plánovaných 2/3 pobytu; podobné a velmi pozitivní údaje uvádí Adameček (2004), kdy tzv. TIP (time in program) činil 60 % průměru délky z léčebného pobytu a 55 % z délky léčby jednoho roku. Dle dat NMS pak vyplývá, že nejvyšší procento vypadnutí z léčby se vztahuje na very early a early drop out z léčby; tedy období do dvou týdnů po nástupu až období tři měsíce. Jak poznamenává Kalina (2008b) při pokusu o mezinárodní srovnání o úspěšnosti českých terapeutických komunit, je efektivita na velmi dobré úrovni. Autor zároveň naznačuje, že srovnání je vzhledem k nejednotnosti metodik studií a absencí komplexní studie velmi problematické.

3.2 Genderová specifika u osob léčených v terapeutických komunitách a osob s ADHD

Gender charakteristika populace uživatelů a komplikace léčby

Zastoupení žen v uživatelské populaci na drogové scéně odpovídá dle Vobořila (2003) poměru 1 : 2 vůči mužům; autor zmiňuje, že podíl žen v léčbě podle řady studií ukazuje na zastoupení 1 : 3. Na základě zmiňovaných parametrů lze usuzovat, že ženy nastupují léčbu v daleko menší míře než muži. Celkově dle UNODC (2004) představují ženy 40 % uživatelů návykových látek v Evropě a USA. Důvody, které vedou k nižšímu podílu žen v léčbě, mohou souviset s faktory tradičního postavení a rolí žen ve společnosti. Vliv na vstup do léčby může mít vyšší míra stigmatizace žen uživatelek v porovnání s muži, častější snaha o skrývání problému s užíváním (péče o děti, postavení ve společnosti); kulturní a sociální, systémové i odborné bariéry způsobují nižší míru uvědomění si problému u žen uživatelek a nižší potřebu vyhledání odborné pomoci. Jak uvádí Kalina (2008b) rozdíl mezi ženskou a mužskou částí léčených osob jsou na základě praxe znatelné a vyžadují specifický přístup; stejně jako jsou odlišné otázky žen a mužů v léčbě, jejich potřeby a komplikace.

Základní sociologické odlišnosti vycházejí z role žen a mužů ve společnosti. Ženy na základě potíží a deficitů vyvolaných abúzem návykových látek v porovnání s muži vykazují fenomén tzv. dvojí deviance "double deviant". Ta je popisována Kalinou (2008b) jako selhávání v roli ženy a zároveň v odklonu od sociálně uznávaných norem a projevem poruch z oblasti duševních vlivem abúzu drog. Sociální tlak a stigmatizace je o to větší, čím více společnost vyžaduje přijatelné normy v chování (těhotenství, péče o dítě, mladé ženy...). Chápání projevů závislého chování žen také naráží na rozdíly

v porovnání s muži; dle UNODC (2004) a Ettorre (2015) je závislost charakteristická rychlejším rozvojem od počátku první zkušenosti a k rozvoji závislosti či různých vzorců užívání dochází na základě iniciace zkušenosti partnerem uživatelem; partneři žen se často podílejí na udržování vzorců užívání. Ženy dle autorů vykazují vyšší míru traumatizace a psychických komplikací, daleko častěji se u nich objevuje závislost na lécích, ale i kratší doba než vyhledají odbornou pomoc.

Zásadní komplikace, které se u žen v léčbě objevují lze popsat podle oblastí, které UNODC (2004) popisuje jako důležité vzhledem ke genderové vstřícnosti. Ženy v léčbě vykazují výraznou potřebu bezpečného a podpůrného prostředí; zásadní se jeví přijetí a navázání terapeutického vztahu. Ženy v léčbě často potřebují silnější ukotvení v programu a řádu, propracování osobnostní problematiky a zkušeností do teoretického rámce a porozumění; ženy v léčbě často řeší traumata spojená se sexuálním zneužíváním, znásilněním či fyzickým a psychickým násilím; objevují se u nich v komorbiditě jiné specifické diagnózy (poruchy příjmu potravy ap.); ženy vykazují potřebu získávat dovednosti a schopnosti pro život, které neměly v průběhu svého zrání šanci získat; ženy mají potřebu senzitivnějšího přístupu a pochopení, zažívání přirozených ženských vzorů ve vedení komunity. Pro matky s dětmi v léčbě je primární potřeba zisku dovedností a informací z oblasti výchovy dětí a adekvátní péče pro potomka na místě léčebného programu. Muži léčení v terapeutických komunitách vykazují specifické potřeby, které často souvisejí s deficitem během vývoje a zrání osobnosti. U mužů je často udáván nedostatek zkušeností s pozitivním mužským vzorem, absence zdravé autority v roli muže, problematika týrání a zneužívání v rodinném systému. Kooyman (2005) popisuje muže léčené v terapeutických komunitách jako osoby se zamrzlými emocemi, jež své osobnostní potíže ventilují nevhodnou formou, zejména agresí a soupeřením. Velmi často se u mužů objevuje neochota sdílet a odhalit sexuální traumata či o nich otevřeně mluvit. Muži v léčbě mají potíže s emočním sdílením, s otevřeností a s udržováním rigidních behaviorálních vzorců z drogové scény (Kalina, 2008b). TCC (2006) popisuje psychologický profil mužů léčených v terapeutických komunitách s deficitem v oblasti pozitivních mužských vzorů, které by formovaly osobnost muže k vytváření zdravých vztahů a rodičovských vzorů; agresivitu, snahu o dominanci a rivalitu. V porovnání s ženskou populací v léčbě je mužské otázce a specifikům věnována daleko menší pozornost (Kalina et al., 2017). Za základní přístup v léčbě v rámci terapeutických komunit je považována změna v rámci plnohodnotného životního stylu, která je společná pro muže i ženy (De Leon a Wexler, 2009). Samotná genderová problematika, jak ukazují různé studie, pak není výrazným prediktorem výsledků léčby (Adamson et al., 2009), ač je prokázán vliv estrogenu na neurohormonální úrovni v dopaminergním systému z hlediska vulnerability, zvládnání abstinence a rizika relapsů (Fattore, 2014). Některé výzkumy v oblasti genderové problematiky ukazují, že ženy dokončují léčbu méně častěji a vykazují vyšší míru problémů s udržením v léčbě (De Leon a Wexler, 2009). Pokud

ženy léčbu dokončí, vykazují v porovnání s muži daleko lepší výsledky z pohledu závislostního chování (Walitzer a Dearing, 2006); riziko relapsu je u žen však velmi vysoké (Bobzean et al., 2014; Zhou et al., 2015) a to na základě typicky ženských potíží souvisejících se zvýšenou senzitivitou ve vztazích a interpersonálních situacích (Fattore et al., 2008).

Terapeutická komunita – gender přístup a současná praxe

Za základní genderový problém v terapeutických komunitách je v důsledku udržování modelu léčby považováno převažující maskulinní uspořádání a vstřícnost. Jak uvádí v souhrnu Kalina (2008b) program byl vytvořen muži pro muže, model léčby vyžaduje časté konfrontace, zvládnání velmi náročných zátěžových aktivit a těžké fyzické práce. Muži tvoří většinu podílu klientely a ženy se v důsledku modelu léčby, převahou mužské klientely i polovojenskou strukturou, mohou cítit ohrožené či být nucené k zachování vzorců z drogové scény, které jim umožňovaly přežití (na úkor ženské citlivosti, jemnosti a potřeby péče). UNODC (2004) konstatuje, že programy v nízké míře zohledňují onu genderovou specifickou a vyzývá k zavádění genderové vstřícnosti, kterou popisuje jako nutnost přijetí genderové odlišnosti, práci na bezpečném a respektujícím prostředí léčby, přijetí způsobů a modelů k tvorbě zdravých vztahů, přijetí služeb a programů reflektujících genderově rozdílné potřeby a umožnit zlepšovat klientům svoji ekonomickou situaci s provázáním na jiná komunitní centra. UNODC (2004) popisuje specifický přístup k ženské otázce zejména v otázkách bezpečí, kdy vzhledem k traumatizujícím zkušenostem žen v léčbě by měla být garantována personálně vyvážená struktura personálu komunity na každé směně. Z pohledu zpracování psychosexuálních traumat a individuální terapie je pak výhradně doporučena ženská péče; personál v komunitách by měl být vzděláván v oblasti genderové citlivosti tak, aby předával dobré vzorce chování bez využívání prospěchářských vzorců. V koedukovaných komunitách existuje uvědomění nutnosti zohledňovat specifika nejen žen ale i mužů. Pokud mají ženy svá specifická témata, problémy a otázky, pak muži představují jejich protějšky se specificky maskulinními potřebami. Samotné upřednostňování a vysoké zohledňování genderové problematiky však také není považováno za vhodné vzhledem k možnému potvrzování a udržování stereotypních vzorců a stigmatizace (např. v důsledku psychosexuálních traum). Vyváženost programu se zohledněním genderových specifíků a prolínáním mužských i ženských světů a společné sdílení je velmi podstatná.

Meze změn, které se odehrály v terapeutických komunitách, od počátku jejich vzniku souvisejí se snahou o zvyšování kvality péče při současném zvyšování standardu péče. Na základě evidence based důkazů dochází nejen k řešení genderové otázky, ale i k vyššímu zkoumání duálních klientů a modelu léčby. Koncept léčby v terapeutických komunitách tak od jejich počátku, kdy představovaly prakticky jediný model

adiktologické léčby závislostí (Kalina, 2008a,b) prošel znatelnou změnou; nový koncept pohlíží na závislého jako na člověka, který může závislý vzorec vývojevě přerůst/překonat (starý model vycházel z medicínského neurobiologického modelu a člověk závislý neměl možnost údravy), upřednostňuje se co nejvčasnější intervence (v porovnání s domněnkou, že závislý musí dopadnout až na úplné dno, aby se mohl odrazit), nové pojetí se odklání od centralizace léčby na pravidla a vychází z potřeb daného jedince a jeho možností. Rezidenční péče se na základě nového přístupu stává součástí léčebného kontinua, je zde snaha o individualizaci programu a problematika motivace, zapojení i vytrvání klienta v léčbě je problematikou terapeutů nikoliv klienta. V novém konceptu léčby je cílem kvalita života klienta nikoliv jen abstinence a adaptace (Kalina, 2008a,b).

Proces změny v terapeutických komunitách a modelu léčby s sebou přináší i vyšší snahu o individualizaci programu a to zejména pro klienty, kteří vyžadují specifický přístup či mají odlišné potřeby vzhledem k osobnostnímu profilu. Základní změnou je přiblížení se profilu klientely komunit a zjišťování zastoupení jednotlivých nosografických skupin v komunitě. U klientů s duálními diagnózami či přidruženou komorbiditou je, kromě diagnostiky, léčby, individualizace plánu a vzdělávání personálu, zkoumána charakteristika vzhledem ke genderovým odlišnostem. Díky výzkumům s orientací na bližší charakteristiky jednotlivých skupin klientů lze následně zvyšovat kvalitu procesu a výstupů léčby.

Gender specifika osob s ADHD

U osob s ADHD v léčbě a genderové problematiky nacházíme stejně jako ve všeobecné populaci osob s ADHD podstatné rozdíly. Barkley (2006) uvádí, že prevalence ADHD se vzhledem k proporcím gender výrazně liší a to u dětí, pokud studují. Napříč studiemi kolísá proporce ADHD mezi muži a ženami od 2:1 do 10:1 (Ross a Ross, 1982) s průměrem 6:1. Barkley (2006) zároveň upozorňuje, že epidemiologické studie ukazují na průměr 3,4:1 s proporcí od 2,5:1 až 5,1:1. Rozdíly lze dle Barkleyho (2014) vysvětlit tím, že muži jsou v dětství daleko častěji doporučení do odborné péče kvůli agresivitě a antisociálnímu chování; u žen jsou projevy na mírnější úrovni a tedy se tak často do péče odborníků a k záchytu epidemiologických dat nedostávají. Genderové rozdíly z hlediska podstaty ADHD pak ukazují, že chlapci mají třikrát častěji ADHD a pět až devět krát častěji jsou doporučováni do klinické péče. Na zajímavé rozdíly ukazuje studie z roku 1989 (Brown, Abramowitz, Madan-Swain, Eckstrand & Dulcan, 1989) na vzorku dětí s ADHD, které byly v klinické péči. Studie zjistila, že dívky byly více sociálně stažené, vykazovaly více internalizujících symptomů jako úzkosti a deprese. Jiná studie na vzorku dětí identifikovaných ve školním prostředí zjistila, že dívky vykazovaly méně potíží v chování a řízení, méně agresivity; laboratorní měření neukázala výrazné rozdíly v symptomatologii z hlediska

gender (DeHaas, 1986). Ačkoliv se závěry jednotlivých studií liší podle zdroje výzkumného vzorku, zdroje informací či podle odlišných charakteristik výběru vzorku, lze sledovat skrze metaanalýzy výsledky o genderových zvláštích. Jedna z metaanalýz uvádí, že nebyly zjištěny výrazné zvláštnosti z hlediska genderu ADHD v případě školního výkonu, impulzivity, jemné motoriky, rodinných faktorů či sociálního fungování (Gaub a Carlson, 1997); metaanalýza zároveň ukázala, že dívky byly více poškozené v oblasti inteligence, byly méně hyperaktivní a měly méně externalizujících projevů (agrese, vzdorovitost, potíže v chování). Výsledky metaanalýzy pak potvrdil Gershon a Gershon (2002) ve vlastní metaanalýze s dodatkem o nižší míře impulzivity a nepozornosti u žen. Autoři uvedli, že dívky mají daleko více internalizujících symptomů jako je úzkost a deprese. Tyto závěry o vyšším riziku dívek s ADHD k depresivním projevům vyvrátil Biederman et al. (2002), zároveň autoři popsali u dívek častější výskyt ADHD PI (primarily inattentive), častěji méně potíží s učením a studijními schopnostmi, méně potíží s využitím volného času a méně potíží ve škole; autoři uvedli, že dívky mají nižší riziko vzniku poruchy opozičního vzrodu (ODD) či poruch chování (CD) než chlapci. U chlapců bylo popsáno daleko vyšší riziko poruch způsobených užíváním návykových látek (SUD-Substance Use Disorder). Studie, které zkoumaly sociální vztahy a vrstevnické fungování dívek s ADHD, zjistily signifikantní potíže v sociálních vztazích, zejména vyšší míru otevřené agresivity (Blachman a Hinshaw, 2002; Zalecki a Hinshaw, 2004). Studie uvedly, že dívky s ADHD mají méně přátel a byly více bez přátel; vykazovaly více konfliktů a agrese ve vztazích v porovnání s dívkami bez ADHD.

3.3 Výzkumný plán, cíle práce

Study II. a III., které navazovaly na Study I. v rámci předvýzkumného šetření využívaly kvalitativní výzkumný plán (popis uveden v kapitole 2.3). Předkládaná práce použila ke zjištění výzkumných otázek analýzu výsledků z diagnostických nástrojů, které byly použity ve Study I. (kapitola 2) a specifický dotazník určený pro terapeutické pracovníky. Ve Study III. byla provedena sekundární analýza kvalitativních dat k zjišťování genderové problematiky.

Na základě poznatků ze Study I. o výskytu ADHD mezi léčenými uživateli návykových látek v terapeutických komunitách v České republice bylo cílem navazujících předvýzkumných kroků zjistit vztah mezi ADHD a výskytem komplikací v léčbě u klientů terapeutických komunit. Cíl práce Study II. znamenal konkrétně zjistit, zda jsou klienti s ADHD v léčbě spojeni s výskytem vyšší míry komplikací než klienti bez ADHD. Základní výzkumné otázky spojené se Study II. znamenaly zjištění a) zda se u klientů s ADHD v terapeutických komunitách vyskytují komplikace ve vyšší míře v porovnání s kontrolní skupinou; pokud ano jaké a jaký je projev těchto komplikací;

b) jaký je vliv ADHD z hlediska komplikací na zahájení a průběh léčby v terapeutické komunitě v porovnání s klienty bez ADHD. Cíl práce Study III. znamenal konkrétní zjištění, zda existují specifické charakteristiky a rozdíly v komplikacích v léčbě z hlediska gender problematiky a ADHD. Konkrétně výzkumné otázky zněly: c) Jaké jsou charakteristiky klientů s ADHD a bez ADHD z hlediska gender, existují zde odlišnosti či podobnosti?; d) Jaké jsou komplikace v léčbě u klientů s ADHD a bez ADHD z hlediska gender v léčbě; jak se projevují?; e) Jaký je vliv ADHD na zahájení a průběh léčby z hlediska gender problematiky? Definování skupin ADHD a bez ADHD (kontrolní skupina) a jednotlivých podskupin ADHD vycházelo z výsledků Study I. (Kapitola 2) a vyhodnocení klinických nástrojů k diagnostice ADHD. Na předvýzkumné kroky Study I. - III. navazuje hlavní výzkumný projekt (Study IV., Kapitola 4).

Konkrétně bylo cílem na základě identifikování klientů s diagnózou ADHD a bez ADHD popsat, jaké komplikace se u těchto definovaných skupin objevují, a jaké jsou vzhledem k počátku léčby a průběhu léčby. Study III. se zaměřila na sekundární analýzu dat a zjišťovala charakteristiky klientů a specifické komplikace v začátku a průběhu léčby z hlediska genderové problematiky při zachování identifikovaných skupin osob s ADHD a bez ADHD. Výsledky o komplikacích v léčbě byly získány na základě kvalitativní analýzy sebehodnotících klinických inventářů určených pro klienty (AL, SD) a na základě vyhodnocení klinického nástroje pro terapeutu (podkapitola 3.4). Předvýzkumná část práce (Study II. a III.) zjišťovala podrobnější informace o klientech s ADHD v léčbě z hlediska komplikací, specifických potřeb a gender pohledu.

3.4 Metodologický popis řešení problému

Předkládaná práce navazuje na diagnostickou část předvýzkumu (kapitola 2) a na zjištění o prevalenci ADHD u klientů v terapeutických komunitách v České republice. Ve Study II. a III. jako v předchozí části předvýzkumu bylo využito výzkumných otázek, které jsou vzhledem k povaze výzkumného plánu relevantní (kapitola 2.4).

Výzkumný soubor byl tvořen celkem 76 klienty z šesti terapeutických komunit; věkové rozmezí 15 - 45 let; rozložení 49 mužů a 27 žen; výzkumný soubor charakterizuje abstinence v chráněném prostředí po dobu minimálně osmi týdnů. Základní informace o charakteristikách výzkumného souboru a základní sociodemografické údaje uvádí v předchozí kapitole tabulka 5 a 6. Informace o výběru výzkumného souboru a etice výzkumu jsou uvedeny v podkapitole 2.4. Na základě vyhodnocení sebehodnotících dotazníků k diagnostice symptomatologie ADHD v dětství (AL) a ADHD v současnosti/dospělosti (SD) byl výzkumný soubor rozdělen

na dvě základní skupiny klientů. I. skupina s ADHD byla tvořena třemi podskupinami (ADHD pouze v dětství, ADHD pouze v současnosti/dospělosti, ADHD v dětství i dospělosti); II. skupina bez ADHD byla využita jako srovnávací/kontrolní skupina. Přehled rozdělení výzkumného souboru uvádí tabulka 14.

Tabulka 14 Přehled rozdělení 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 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: Rubášová et al., (2015)

Data management

Data pro Study II. byla získávána přes klíčové pracovníky participujících terapeutických komunit (AL a SD pro klienty výzkumného souboru), podrobný popis uvádí kapitola 2.4. Kromě dat od výzkumného souboru (klientů) byla pro Study II. využita data z klinického inventáře určeného přímo pro terapeutické pracovníky k hodnocení klienta. Dotazník pro terapeuty byl přetvořen na podmínky prostředí terapeutické komunity podle dotazníku CTQ (Conners Teacher Questionnaire, viz níže testová baterie). Data pro Study III. byla získána na základě sekundární analýzy existujících dat ze Study II.

Získaná data od klientů a terapeutů byla fixována stejným způsobem uvedeným v kapitole 2.4; dotazník pro terapeuty byl párován s AL a SD na základě anonymního číselně abecedního kódu klienta a komunity. Textová podoba byla transkribována do elektronické podoby a k systematizaci byly využity techniky a postupy totožné se Study I. (podkapitola 2.4). Analýza kvalitativních dat využívala kombinaci deskripce a dílčích postupů analýzy kvalitativních dat. Kombinace více přístupů analýzy byla využita z důvodu potřeby saturace dat a rizika snížení interpretační hodnoty dat. Pro Study II. A pro odpovědi na výzkumné otázky o výskytu komplikací byla využita clusterová analýza, která sloužila k analyzování Dotazníku pro terapeuty.

Dle Miovského (2006) je vhodné metodu aplikovat, pokud potřebujeme konceptualizovat výroky do skupin podle překryvu mezi kategoriemi, které jsme identifikovali. Základními identifikovanými kategoriemi byly “komplikace v procesu léčby a behaviorální projevy v léčbě”. V prvním kroku byla do výše identifikovaných kategorií řazena každá relevantní odpověď; na základě techniky barvení textu při rozlišení I. a II. skupiny (ADHD a bez ADHD) byly označeny primární kategorie a následně subkategorie reprezentované odlišnými tématy. Následně byla využita technika kontrastů a srovnávání pro analýzu rozdílů mezi jednotlivými skupinami klientů. V rámci Study III. a sekundární analýzy dat byla využita deskripce v kombinaci s technikami kvalitativní analýzy dat. Pro odpověď na výzkumnou otázku týkající se odlišností či podobností klientů s ADHD a bez ADHD z genderového hlediska sloužila metoda zachycení gestaltů; primárně byly vybrány veškeré opakující se odpovědi, které vytvořily hlavní vzorce. Do hlavních vzorců byly doplňovány nově identifikované odpovědi vázané na profil stanovených skupin (ženy/muži, ADHD+/ADHD-) a byly vytvořeny podvzorce, které konceptualizovaly výroky do jasných skupin. Technika zachycení vzorců byla následně kombinována s technikou kontrastů a srovnávání pro analytickou práci na hledání odlišností a podobností. Pro odpověď na výzkumnou otázku ohledně komplikací v léčbě z pohledu gender a vlivu ADHD na zahájení a průběh léčby byla využita clusterová analýza v kombinaci s metodou kontrastů a srovnávání. Miovský (2006) kontrastování doporučuje využít tam, kde skupiny mají mnoho společného, a my chceme identifikovat hledaná specifika. Postup byl obdobný jako při analytické práci ve Study II. pouze s rozdílem hledání genderových specifík a jinými základními skupinami (ženy/muži, ADHD+/ADHD-).

Testová baterie, vyhodnocení

Testová baterie pro Study II. a III. byla tvořena totožnými výzkumnými nástroji. Testová baterie obsahovala pro účely předkládané práce tři klinické inventáře. Dva klinické nástroje výzkumu byly určeny pro klienty, jeden byl vytvořen pro terapeutické pracovníky. Klinické nástroje určené pro klienty obsahovaly AL (Anamnestický list) vytvořený dle škály WURS 61/25 k diagnostice projevů ADHD v dětství s retrospektivním záchytem z dospělosti a SD (Sebehodnotícím dotazníkem) vytvořeným dle škály ASRS v 1.1 k diagnostickému screeningu symptomatologie ADHD v dospělosti. Podrobný popis testové baterie uvádí předchozí kapitola 2, podkapitola 2.4.1. Škálové položky a jejich vyhodnocení umožnily rozdělení výzkumného souboru a jeho bližší specifikaci, tedy i hledání odpovědi na výzkumné otázky v rámci Study II. a Study III. Doplňující položky v testové baterii pro klienty sloužily k mapování anamnestických dat, popisu souboru a zjištění komplikací.

Třetím nástrojem byl Dotazník pro terapeuty (DT) vytvořený dle CTQ (Conners Teacher's Questionnaire). CTQ je popisována jako validizovaná a standardizovaná

škála v zahraničí a používána k diagnostice ADHD a přidružených komplikací, kde se v 39 položkách hodnotí chování v rámci třídy, účast na třídním/skupinovém dění a postoj k autoritě; primárně je škála určená pro učitele (škálu popisuje Ptáček, 2007). Dle Drtílkové et al. (2007) je benefitem dotazníku schopnost identifikovat anxiety, poruchy chování, tenzi, nepozornost a hyperaktivitu. DT vytvořený dle CTQ zanechal původní členění dotazníku, položky i škálové hodnocení; byly provedeny změny v oblasti obsahové stránky otázek, které byly přetvořeny na prostředí terapeutické komunity. DT byl rozdělen na hodnocení chování klienta v rámci komunitního společenství, na hodnocení klienta ve vztahu k zapojování/podílení se na skupinovém dění a na hodnocení postoje k autoritám. Do DT bylo přidáno 24 položek k identifikaci potíží v léčebném procesu (hodnocení od nuly do tří; vůbec až velmi značně). Doplňující otázky v DT (bez škálování) sloužily k identifikování tzv. dodatečných údajů; ty se vztahovaly na slovní zhodnocení klienta v oblasti potíží, aktivity, změn a to při srovnání s ostatními klienty; dodatečně byla sledována farmakoterapie, psychiatrická péče, drop outy a komplikace. Postup při vyhodnocení škály CTQ a DT vycházel z informací, které ve své knize uvádí Paclt et al. (2007) a byly zohledněny informace ze zahraniční literatury. Hodnocené faktory (tabulka 15) v rámci DT tvořil: I. faktor poruch chování, který zahrnoval potíže při přijetí kolektivem, potíže se zapamatování jmen ostatních klientů, dráždění ostatních či odtazítost, aktivitu nad míru povinností, potíže s přijímáním klientů, nespolečnosti s osobním terapeutem či klíčovým klientem, schopnost práce s deníkem a pozici ve skupině; II. faktor neúčastnosti a faktor pasivity, kde byla sledována nespokojenost, výbušnost, vyrušování, skákání do řeči, nadměrné stěžování si, izolace od kolektivu a samotářství či extrémní nároky na pozornost k vlastní osobě; faktor III. napětí a anxiety sledoval vzdor, nerespekt k rodičům a autoritám, nepozornost, vysokou emoční labilitu, drzost, potíže s navazováním vztahů; IV. faktor hyperaktivity cílil na potíže s udržení klidu v sedě, potíže se soustředěním a pozorností v rámci skupin, neklid a nudu, na vzdor.

Tabulka 15 Hodnocené faktory dle CTQ v Dotazníku pro terapeuty

Číslo a název faktoru	Položky	Počet položek
I.Poruchy chování	12, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 30, 31, 32, 36, 38	13
II.Nezúčastněnost, pasivita	4, 7, 8, 11, 24, 26	6
III.Napětí, úzkost	9, 10, 30, 33, 34, 39	6
IV.Hyperaktivita	1, 2, 5, 6, 14, 29	6
	Celkem	31

Zdroj: Paclt et al., (2007)

3.5 Přehled výsledků

3.5.1 *Interpretace analýzy a výsledky o komplikacích v léčbě u osob s ADHD a kontrolní skupiny*

Na základě kvalitativní analýzy DT byly identifikovány dvě hlavní kategorie potíží v procesu léčby 1) komplikace klientů v léčebném programu a B) behaviorální potíže v léčbě. Obě hlavní kategorie byly členěny na několik podkategorií, které sledovaly společné charakteristiky potíží. Kategorie komplikace v léčbě zahrnovala celkem devět podkategorií; přehled výsledků a popis uvádí tabulka 16.

Komplikace klientů v léčebném programu

Podkategorie a) akceptování léčebného programu zjišťovala míru adaptace na program a schopnost klientů přijímat pravidla a řád komunity. Byly sledovány potíže ve vztahu k míře závažnosti od zásadního zlepšení po zásadní zhoršení klientů v léčbě. V uvedené subkategorii byly zjištěny závažné komplikace u klientů s ADHD u ¼ souboru a to ve smyslu zásadního zhoršení v léčbě. Negativně byla skupina hodnocena v projevech agrese, hostilního chování a nevhodného způsobu ventilace, v potíži s akceptováním pravidel komunity a léčebného řádu; často se objevovalo zhoršení interpersonálních vztahů zejména k terapeutům a potíže v oblasti komunikace. U skupiny klientů s ADHD se potíže vyskytovaly u všech podskupin a v porovnání s kontrolní skupinou jsou potíže terapeutů hodnoceny jako velmi závažné. V individuálním posouzení převažovalo hodnocení manipulativních projevů, potíží s emoční labilitou a zvládnutím impulzivních a emočních projevů, nízká míra práce na sebezměně, potíže se soustředěním na skupinách. Kontrolní skupina vykazovala zejména problémy nerealistického náhledu, potíže s otevřeností a komunikací, zájmu osobě a respektování pravidel. Při posouzení zlepšení bylo zjištěno, že I. skupina s ADHD byla pozitivně hodnocena v pracovní terapii; kontrolní skupina dosahovala pozitivního hodnocení i v dalších oblastech jako přijímání kritiky a akceptování pravidel. Sledování míry zlepšení v rámci zlepšení výkonu a akceptování programu ukázalo nízký počet osob z I. skupiny s ADHD s hodnocením výrazného zlepšení; mírného zlepšení dosáhla jen malá část osob s ADHD. U kontrolní skupiny byl počet osob s pozitivním hodnocením ve vztahu ke zlepšení na vyšší úrovni.

Podkategorie b) chování v rámci komunitního společenství sledovala výsledné skóre ze škály v identifikované kategorii. Skupina osob s ADHD i kontrolní skupina dosahovaly shodně závažných komplikací; odlišnost byla sledována v jejich charakteru. Klienti s diagnózou ADHD měli potíže zejména v rámci interpersonálních vztahů a v komunikaci, v izolování se. Potíže vykazovala celá ¾ souboru v porovnání s kontrolní skupinou, kde počet osob s potížemi byl na nižší úrovni. Identifikované

potíže u osob s ADHD jsou vzhledem k fungování v rámci komunity vnímány jako zásadní v porovnání s kontrolní skupinou.

Identifikovaná podkategorie c) zapojování se/podílení se na činnostech komunity odhalila převažující komplikace u skupiny osob s ADHD; v průměru dosahovala polovina osob ze souboru s ADHD hodnocení negativní. Za stěžejní komplikaci byl popsán problém s izolováním se, odtažitost a nuda a nerespektování společného komunitně skupinového zapojování. Pozitivní hodnocení získaly shodně obě skupiny vzhledem k zapojování se do aktuálního dění; kontrolní skupina byla hodnocena pozitivně daleko častěji s vyšším počtem osob vzhledem k pohledu terapeutů.

Postoj k autoritě jako podkategorie d) ukázala na vyšší míru výskytu komplikací u kontrolní skupiny, která byla negativně hodnocená ve vztahu ke kladení mimořádných nároků na terapeutů (pozornost), vzdor k negativní vazbě, manipulaci a nerespekt k doporučení od autorit. Skupina s ADHD měla zastoupení komplikací podobné s kontrolní skupinou; častěji se objevovala drzost a vzdor. Pozitivní hodnocení a zlepšení vykazovala daleko častěji kontrolní skupina; klienti s ADHD byli pozitivně hodnoceni zřídka, problematicky terapeuti vnímali práci s deníkem a osobními úkoly.

Subkategorie e) pozice v rámci skupiny byla při srovnání skupin zastoupená shodnými komplikacemi z hlediska zapojování se a sdělování interních informací. Jako outsiders označili terapeuti $\frac{1}{3}$ klientů z obou skupin, $\frac{3}{4}$ osob z obou skupin bylo hodnoceno negativně ve vztahu ke schopnosti navazovat kontakty a nízkou spolupráci. Analýza neukázala na významné odlišnosti v závažnosti komplikací ani v nepříznivém hodnocení od terapeutů.

Identifikovaná podkategorie f) dodržování pravidel a obecné komplikace léčby ukázala na shodu v míře komplikací a počtu osob u otevřenosti ke kolektivu, v potížích přijetí zodpovědnosti, v akceptaci pravidel komunity a udržování pořádku, v oblasti zvládání jednotlivých fází léčby a respektování názoru okolí. Téměř polovina z každého hlavního souboru byla v uvedených komplikacích hodnocena jako mírně komplikující; skupina s ADHD dosahovala vyššího počtu osob s negativním hodnocením v oblasti fyzických aktivit a $\frac{3}{4}$ osob s ADHD byly velmi negativně hodnoceny v oblasti přestupových rituálů, v oblasti respektu k sobě a z hlediska špatných či nefunkčních rodinných vztahů. Kontrolní skupina byla často negativně hodnocená v dodržování časového harmonogramu.

Způsob odchodu z TK jako podkategorie g) ukázala na závažné komplikace u klientů s ADHD. Celkem 12 osob s ADHD ukončilo léčbu před plánovaným termínem odchodu; tři osoby ukončily léčbu se zajištěním následné péče, tři osoby byly označeny za early drop out a šest osob za drop out. Důvody drop outů byly disciplinární; porušení kardinálních a základních pravidel či dobrovolné ukončení léčby. Z kontrolní skupiny byly popsány čtyři drop outy.

Komplikace v porovnání s ostatními klienty v léčbě h) byla hodnocena u skupiny s ADHD v necelé polovině souboru jako výrazně komplikující. Nejvíce komplikací vzhledem k hodnocení terapeutů ukazovali klienti s ADHD v dětství i současnosti. Podkategorie zahrnovala sledování psychiatrické péče/medikace (14/11 z ADHD+; 9/6 z ADHD-); sledování vztahu s primární rodinou, kde klienti s ADHD vykazovali nepříznivé vztahy či absenci komunikace s rodinou (v porovnání s kontrolní skupinou, kde docházelo převážně ke zlepšování vztahů). Negativní změny hodnocené terapeutů jako závažné z hlediska komplikací byly u skupiny s ADHD potíže zvládat a pracovat s impulzivitou a agresivitou, medikování kvůli zhoršování psychických stavů, nezvládnutí odchodových tendencí, nesoustředěnost a zhoršování interpersonálních vztahů. U kontrolní skupiny byly negativní změny zastoupeny ve velmi nízkém počtu.

Podkategorie i) zásadní komplikace byla hodnocena terapeutů na škále s body dva a tři obdobně u obou skupin (body 0 - 3); u skupiny osob s ADHD byl zásadně komplikujícím faktorem léčby život v komunitním společenství a jeho zvládnutí, nízká práce na sobě, úniky myšlenkami mimo realitu, odtažitost a individuální řešení před skupinovým. Shodně se potíže objevily ve fungování na skupině, odmítání kritické zpětné vazby a uzavřenosti; v potížích sebedůvěry a sebedůvěry. U skupiny osob s ADHD se jako komplikující faktor ukázaly přidružené komorbidity (poruchy příjmu potravy, OKP, depresivní potíže a úzkosti), psychická nestabilita a labilní emoční nastavení, manipulace. Kontrolní skupina vykazovala jako zásadní komplikující faktor problém s hranicemi a jejich dodržováním, nerespekt k okolí; psychiatrické komplikace byly v porovnání s klienty s ADHD na nízké úrovni (dvě osoby z kontrolní skupiny).

Behaviorální potíže v léčbě

Druhá identifikovaná kategorie behaviorálních potíží v léčbě vycházela z analýzy bodové škály, kdy terapeuti hodnotili změny klientů od počátku nástupu do léčby až po současnost. Byla identifikována podkategorie j) celkové chování, chování v kolektivu, pozice v rámci skupiny, podílení se na činnostech, postoj k autoritě a dodržování pravidel. Více osob s negativním hodnocením ve všech oblastech získala skupina s ADHD; v kontrolní skupině byly komplikace mírnější a s nižší frekvencí co do počtu osob. Pozitivní změny se objevily od počátku léčbu u obou skupin klientů s podobným zastoupením osob.

Tabulka 16 Komplikace v léčbě dle analyzovaných kategorií

Analýzovaná oblast	I. skupina s ADHD	II. skupina bez ADHD
1. Komplikace v léčbě:	Deskripce stěžejních identifikovaných oblastí	
a) akceptování léčebného programu	Závažné zhoršení v oblasti agrese - ventilace neúměrnou či nevhodnou formou, problém akceptování pravidel a řádu, neochota v pomoci druhým, zhoršení vztahů k členům terapeutického týmu, manipulace, problematika zvládnutí záchvatů vzteku a emocí, nízká práce se sebou a zhoršená sebekázeň až lenost, nesoustředěnost na skupinách, vyhýbání se řešení a přijetí zodpovědnosti a nerespektování pravidel. Manipulativní chování, emoční labilita, náladovost, negativní prožívání a sebelítost	Problémy s otevřeností a komunikací, nerealistického náhledu, dodržování pravidel, zájmu o sebe a spolupráce
b) chování v rámci komunitního kolektivu	Problémy v oblasti interpersonálních vztahů s ostatními klienty (tři čtvrtiny souboru), se vznětливostí, s nespokojeností s ostatními klienty. Časté vyhledávání samoty, izolování se, problém přijetí kolektivem a problém otevřeného sdílení na skupinách.	Více komplikací v neklidnosti a problémech se soustředěním, ve vyrušování ostatních a skákání do řeči, v problému uvědomění si sdělovaného slovního obsahu.
c) podílení se na činnostech komunity	Problém odtažitosti od kolektivu, nerespektování společné kolektivní práce a nuda, izolace po skončení programu a vyhledávání samoty	Nízký výskyt relevantních komplikací vzhledem k hodnocení terapeutů.
d) postoj k autoritě	Problémy při práci s deníkem a při plnění osobních úkolů. + Dtto obdobné komplikace jako kontrolní skupina, ale s nízkou frekvencí výskytu a nízkou závažností daného jevu.	Výrazné problémy v oblasti kladení mimořádných nároků na pozornost terapeutů, zároveň submisivní chování k nim; vzdor vůči negativní zpětné vazbě, manipulace s terapeutem a nerespektování doporučení.
e) pozice ve skupině	Mírné komplikace v oblíbenosti ve skupině, zapojování se a přijetí role outsidera. Vysoký počet klientů s problematickým navazováním interpersonálních vztahů a v pozici „individuálního hráče“.	Dtto i vzhledem k rozložení komplikací (1/4 ze souboru role outsidera, 3/4 ze souboru interpersonální komplikace)
f) dodržování pravidel/komplikace v léčbě	Signifikantně rozdílné komplikace v oblasti fyzických aktivit (neobratnost, vyhýbání se sportovním aktivitám, častá zranění, silná zaujatost hrou a ztráta sebekontroly); 3/4 souboru problém s respektováním sebe sama, v přestupu mezi jednotlivými fázemi léčby a z hlediska horších vztahů s rodinou.	Významné komplikace vzhledem k četnosti výskytu klientů s problémem zapamatování si struktury programu, dodržování časového harmonogramu a vystupování před skupinou
g) způsob odchodu z terapeutické komunity	Převažující disciplinární důvody (opakované porušování základních pravidel, porušení kardinálních pravidel) a ukončení léčby z vlastní vůle v období jednoho měsíce od nástupu. Celkem 9 předčasných odchodů.	Převažující disciplinární důvody. Celkem 4 předčasné odchody.

h) komplikace ve srovnání s jinými klienty	V psychiatrické péči 14 klientů, medikováno 11 klientů pro depresivní, anxiózní a agresivní symptomatologii. Desetina klientů s problematickým vztahem k rodině (reciproční posilování). Závažné problémy v oblasti nízké schopnosti práce s agresí a impulzy, nutnosti opakovaní medikace pro zhoršení psychických stavů, odchodové tendence a jejich nevládnutí, zhoršování vztahů k terapeutickému týmu, nesoustředěnost.	V péči psychiatra 9 klientů/ medikace 6 klientů pro depresivní symptomatologii. Ostatní komplikace minimální.
i) zásadní komplikace v léčbě	Problém zvládnání života v kolektivu, upřednostňování individuálního řešení před skupinovým, úniky myšlenkami mimo situaci v komunitě a nízký zájem o práci na sobě. Současně častý výskyt duální diagnózy (PPP, OKP, deprese), silné osobnostní narušení, psychická nestabilita, nestabilita nálad, manipulativní chování, potlačování emocí, verbalizace agrese a problém ovládnání, převaha zaměření na výkon a na nejlepší výsledek.	Opakovaný problém překračování, nastavování a ujasnění si hranic, ve dvou případech psychické komplikace (halucinace, psychiatrická diagnóza) a nerespektování sebe a ostatních členů. Dtto jako u I. skupiny výskyt nejasné motivace, nízké sebedůvěry a sebestříjetí, nerespektování ostatních členů
2. Behaviorální projevy v léčbě	Deskripce stěžejních identifikovaných oblastí	
j) chování celkové, v rámci mezilidských vztahů v komunitě, aktivita v komunitě, respektování autorit, pozice v rámci komunitního kolektivu, dodržování pravidel	1/3 souboru hodnocena vzhledem ke sledovaným oblastem negativně, vyšší zastoupení nejzávažnějšího hodnocení (mnohem horší). V oblasti podílení se na činnostech terapeutické komunity, postojů k autoritě a dodržování pravidel z hlediska negativního hodnocení převažovali klienti (třetina) z I. základní skupiny s ADHD	1/10 souboru hodnocena negativně s převahou hodnocení trochu horší. Nízký počet klientů se zhoršeným chováním. Výrazného zlepšení v chování od počátku léčby v hodnocení od terapeutů.

Zdroj: vlastní podle Kalina et al. (2014)

Na základě vyhodnocení škály v DT dle CTQ byly popsány čtyři základní faktory, které škála sleduje. Vyhodnocení škály uvádí ve své knize Paclt et al. (2007), kdy celkový součet činí 31 bodů. Podle Paclta et al. (2007) lze počítat faktor poruch chování a hyperaktivity a vyhodnocovat jako jediný faktor. Z důvodu absence vysokého počtu odpovědí v DT byl při vyhodnocení využit postup průměrných hodnot pro podskupiny a základní skupiny klientů. Přehled výsledků shrnuje tabulka 17. Výsledky ukázaly, že vyšší komplikace a průměrné hodnoty se objevují u kontrolní skupiny, ač kvalitativní analýza ukázala na zásadní komplikace u osob s ADHD ve skórech jsou hodnoceni výše klienti bez ADHD.

Tabulka 17 Výsledné hodnoty CTQ dle analyzovaných faktorů (průměrná hodnota)

Hodnocené faktory	Průměrné hodnoty podle sledovaných faktorů CTQ		
	I. základní skupina s ADHD	- z toho podskupina s nejvyšší průměrnou hodnotou	II. základní skupina bez ADHD
I. poruchy chování	10,9	11,9 / ADHD d+s*	12,0
II. nezúčastněnost a pasivita	4,98	6,2 / ADHD d+s	5,5
III. napětí a úzkost	4,5	5,5 / ADHD d+s	5,0
IV. hyperaktivita	4,2	4,8 / ADHD d**	5,6
I. + IV. faktor (součet)	14,9	16,3 / ADHD d+s	17,6
Součet faktorů I. – IV.	24,6	27,7 / ADHD d+s	28,1

*ADHD d+s (ADHD v dětství i současnosti), **ADHD d (ADHD pouze v dětství)

Zdroj: Kalina et al., (2014)

3.5.2 Interpretace analýzy a výsledky o vlivu ADHD na zahájení a výstupy léčby

Odpověď na výzkumnou otázku ohledně komplikací u osob s ADHD v začátku a procesu léčby zahrnovala analytický rozbor všeobecných komplikací uvedených v bodu 3.5.1 a následnou analýzu specifík vstupu a procesu léčby. Rozbor komplikací ukázal, že ADHD v porovnání s kontrolní skupinou vykazuje v počátku léčby s vyšší frekvencí potíže v psychické, individuální i komunitní rovině. V počátku léčby jsou popsány u klientů s ADHD potíže v akceptaci a přijetí pravidel a režimu komunity, v zapojování se do chodu komunity a k postoji k terapeutům. Klienti s ADHD jsou podle deskriptivní analýzy popisováni negativněji než kontrolní skupina. Zajímavé zjištění ukazuje analýza behaviorální roviny základních skupin klientů. Osoby s ADHD v porovnání s kontrolní skupinou vykazují v začátku a průběhu léčby v rámci behaviorální roviny pouze mírné zlepšení. Osoby s ADHD zároveň v rámci komplikací v porovnání s kontrolní skupinou mají zásadní potíže v procesu v rodinné oblasti, míra obtíží je v porovnání s kontrolní skupinou vysoká v oblasti zásadních komplikací, jsou popsány psychiatrické komplikace, psychofarmakoterapie a duální diagnózy ve značné míře ve srovnání s kontrolní skupinou.

Analýza DT ukázala na rozdíl mezi dvěma identifikovanými kategoriemi a) zahájení a b) proces léčby. Při a) zahájení léčby byly popsány podskupiny komplikací z oblasti individuálních a psychických potíží a podskupina problémů v rámci fungování v pravidlech a řádu. V individuálních charakteristikách osob s ADHD v začátku léčby popisovali terapeuti komplikace v oblasti manipulativního chování, nízkého sebevědomí

a sebezpřijetí, internalizace, snahy o prosazení se za každou cenu, velmi nízké důvěře k okolí. Hlavním opakujícím se vzorcem u osob s ADHD v počátku léčby byla motivace, nevyhraněný důvod k léčbě, odchodové tendence a kolísání v motivační stálosti. Psychické potíže ukázaly na nesoustředěnost, tendence kognitivních úniků mimo dění v komunitě i na skupině, hyperaktivní chování a depresivní ladění, zádumčivost, tendence k negaci a devalvací, emoční labilitu, sebelítost, silnou vnitřní tenzi, agresivitu a hostilitu. Osoby s ADHD, v rámci fungování v TK a pravidlech dle terapeutů, měly potíže s přijetím pravidel, rezignací v případě počátečních nároků na adaptaci, potíže s akceptací hierarchie a poslušnosti; zásadním opakujícím se vzorcem byla problematická adaptace na program s problémy v porozumění pravidlům a chodu TK. Velmi často byli klienti s ADHD v počátku léčby sankcionováni za problémy spojenými s pravidly a řádem (nepochopení, nezapamatování, porucha adaptace na nové prostředí).

V kategorii b) proces léčby byly identifikovány oblasti individuálních a psychických komplikací, rodinné problematiky a potíže v rámci pravidel a řádu TK. V individuálních komplikacích léčby byly jmenovány problémy s nízkou mírou sebezpřijetí, sebezpečí, sebevědomí a nerealistického náhledu; kognitivní úniky mimo dění v komunitě, tendence k manipulaci a manipulace, neschopnost odložit uspokojení a netrpělivost, velmi snadné vzdávání cílů a úkolů s vyšším kognitivním či energickým nasazením, introverze či neschopnost přijetí dospělých behaviorálních vzorců. Zásadně jsou nově v procesu popisovány potíže s udržením hranic a nízká sebezpečí s tendencí směřovat pozornost do okolí. V rámci podkategorie psychických komplikací byl v průběhu léčby u osob s ADHD popsán problém impulzivity, agresivního jednání, potíže s ovládním impulzů a emocí. Terapeuti zmiňovali nevhodné způsoby zvládnání negativních psychických stavů, silné tenze a následně silnou ventilaci emocí. Často se objevovaly sklony k regresi, primitivní obranné mechanismy, infantilní způsoby reakcí. V porovnání se začátkem léčby byla často popisována snižující se frustrační tolerance a míra schopnosti zvládat stresové a krizové situace; de facto i běžné situace v komunitě byly často komplikující z hlediska copingových strategií klientů. Uvedené potíže v procesu dle terapeutů vznikají jako důsledek zvyšování nároků na zodpovědnost, na množství úkolů a kvůli vyšším nárokům na samostatnost. V podkategorii rodinné oblasti se objevily komplikace, které v začátku léčby nebyly identifikovány. Terapeuti u osob s ADHD často zmiňovali absenci kontaktu, jeho odmítání či problém v separaci. V podkategorii komplikací fungování v rámci pravidel a řádu v procesu léčby byly identifikovány obtíže v neakceptování, nízké aktivity v rámci skupin i individuálních sezení, tendence k sabotování nutnosti změn životního stylu a potíže s kritickou zpětnou vazbou. Nově se v procesu vyskytuje problém v rámci mezilidských vztahů a s akceptací autorit. Odchodové tendence, nejasná motivace a nezvládnutí stresových či krizových situací jsou popisovány shodně s počátkem vstupu do léčby.

3.5.3 Interpretace analýzy genderových specifíků klientů s ADHD a kontrolní skupiny, komplikace v léčbě z gender pohledu

Sekundární analýza dat a odpověď na výzkumnou otázku o charakteristikách klientů s ADHD a bez ADHD a zjišťování odlišností a podobností ukázala, že existují zásadní odlišnosti v komparaci s kontrolní skupinou bez ADHD. Odlišnosti byly zjištěny i v anamnestických datech (přehled uvádí tabulka 18). Zajímavé jsou rozdíly v oblasti školních potíží, kde převažují klienti s ADHD v počtu nedokončených vzdělání (ženy) a v opakování ročníků (muži); u adiktologické anamnézy nacházíme převažující formu i.v. aplikace u ADHD klientů, ženy z obou skupin vykazují nižší průměrný věk zkušenosti s návykovou látkou a zároveň méně rizikovější způsoby aplikace než muži (i.n., p.o.). Opakované léčebné intervence v TK vykazují ve vyšším počtu ženy s ADHD, muži s ADHD převládají v počtu celkových nedokončených léčebných intervencí. Anamnéza z dětství ukazuje na převládající potíže u mužů obou skupin; s tím, že u skupiny s ADHD je výskyt potíží četnější.

Tabulka 18 Charakteristika klientů z genderového pohledu dle anamnestických dat

		I - skupina s ADHD		II - skupina bez ADHD		
		ženy (n=15)	muži (n=28)	ženy (n=12)	muži (n=21)	
Školní potíže	opakování ročníků	1 žena opakování 1x	9 mužů opakování 2 -3x	3 ženy opakování 1x	4 muži opakování 1x	
	nedokončené vzdělání	10 žen zejm. SŠ	9 mužů zejm. SOU	9 žen zejm. VOŠ, VŠ	12 mužů zejm. SOU	
	ostatní	10 žen problémy s kolektivem a autoritami, záškoláctví, prospěch, chování (vyrušování, nepozornost, drzost), abúzus NL	27 mužů dtto ženy + šikanován/ šikanoval, hyperaktivita, trestná činnost, zapominání, rvačky, agrese, náladovost + dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie	6 žen odklad docházky, záškoláctví, hádky s učiteli, prospěch	16 mužů chování, prospěch, záškoláctví, neochota učit se, abúzus NL,	
Adiktologická anamnéza	primární NL	8 žen pervitin 5 žen pervitin/ polymorfní * 1 žena kokain/* 1 žena heroin	9 mužů pervitin 12 mužů pervitin* 3 muži heroin + pervitin alkohol, braun*, farmaka*, polymorf. á 1 muž	6 žen pervitin 4 ženy pervitin* 2 ženy heroin/*	10 mužů pervitin 1 muž pervitin* 8 mužů heroin/Subutex/B ZD* 2 muži konopné drogy	
	věk 1. užití	průměr	15,1	15,8	15,5	17,7
		rozptyl	11 -21	11 - 27	13 - 18	14 – 27
	počet osob s I. věkem užití pod 15 let	9	13	6	7	

	počet měsíců abúzu průměr/rozptyl	5 – 240 111,8	24 – 240 129,4	12 – 216 99	36 – 228 107
	způsob aplikace	9 žen i.v. 5 žen sniff** 1x neuvedeno	24 mužů i.v. 3 sniff 1 p.os.	4 ženy i.v. 6 žen sniff 2 ženy kouření	16 mužů i.v. 4 muži sniff 1 muž kouření
Potíže související s užíváním NL	Právní problémy	3 ženy na základě dluhů, exekuce /dražby, alimentární povinnosti, primární drogová t.č.(dtč)	7 mužů na základě dluhů, VPP, podmíněné tresty OS, VTOS	3 ženy na základě dluhů, primární dtč, aktuálně trest. stíhání	6 mužů primární a sekundární dtč, dluhy a soudní řízení, aktuálně trestní stíhání
	Finanční problémy	11 žen dluhy u rodiny, nebankovních společností, na ZP, na sociálním pojištění, MHD, MP,	21 mužů dtto + úvěrové podvody a dluhy, vysoký počet věřitelů na osobu	9 žen dtto ženy s ADHD	15 mužů dtto muži + vysoké dlužné částky (800. tisíc a více u 3 klientů)
	Zdravotní problémy	7 žen 1 x HCV, 1x amputace končetiny, afunkční ledvina + silné bolesti zad, artralgie, astma, ...	16 mužů 5 x HCV, 1 x HBV, epilepsie, DM I. typu, 5 x astma; dále alergie a kožní problémy	5 žen štítná žláza, alergie a astma, dentální potíže	12 mužů 1 x HCV, 1 x Syfilis, dentální potíže, alergie, astma
Důsledky/příčiny abúzu NL	Psychické problémy	11 žen 2x BAP a PPP, ½ deprese a úzkosti, psychická labilita a nestabilita nálad	20 mužů více jak ½ deprese, agresivita a psych. Labilita; často suicidiální sklony, roztěkanost a poruchy nálad, anxieta a sebepoškození	6 žen 1 x BAP a PPP, agrese, závislost a toxická psychóza	11 mužů 6x toxická psychóza, 1 x BAP, 1x deprese, sebelitost a agresivita + abúzus a závislost
	Léčba pro abúzus NL	5 žen opakovaně v TK, 10 žen obdobná léčba – 22 léčebných intervencí/ dokončeno 11	2 muži opakovaně TK, 19 mužů obdobná léčba – 70 léčebných intervencí/ dokončeno 21	3 ženy opakovaně TK, 8 žen obdobná léčba – 11 léčebných intervencí/ dokončeno 5	4 muži opakovaně TK, 14 mužů obdobná léčba – 34 léčebných intervencí/ dokončeno 14
	Psychiatrická péče/ medikace	3 / 3 ženy nespecifik.	11 / 5 muži antidepresiva, anxiolytika, antipsychotika + medikace agresivity, BAP,	1/0 žena	2/ 1 muž antidepresiva
Dětství – potíže	Pobyt v PL / lůžkové psychiatrické oddělení	2 ženy	6 mužů	0 žen	1 muž
	Pobyt v DÚ či VÚ	2 ženy	5 mužů	0 žen	0 mužů
	Vyšetření pro poruchy učení/ chování/ nálady	4 žen	16 mužů	0 žen	10 mužů
	Péče logopeda	4 ženy	8 mužů	5 žen	5 mužů

Zdroj: Kalina et al., (2017)

Informace o charakteristikách klientů v léčbě v TK z hlediska gender doplnila sekundární analýza hodnot AL a SD (přehled uvádí tabulka 19). Nejvyšších hodnot v AL k diagnostice ADHD v dětství získaly ženy s ADHD (až 96 ze 100 možných bodů); muži i přes deskripci potíží v dětství subjektivně hodnotili potíže jako méně závažné. Kontrolní skupina v komparaci s tím vykazovala opačné tendence; muži se častěji přibližovali k patologické referenční hranici pro ADHD, ženy měly nízký medián (22). U analýzy SD k diagnostice ADHD v dospělosti byly vyšší hodnoty naměřeny u žen než u mužů s ADHD (prediktivní položky části A v ASRS v 1.1.; celkové skóre části A i B) i přes nesměrodatné výsledné skóre k diagnostice ADHD. V kontrolní skupině se objevují stejné výsledky, ženy dosahují vyšších hodnot ve všech částech škály ASRS v 1.1.

Tabulka 19 Charakteristika klientů podle výsledku klinických nástrojů

		I - skupina s ADHD		II - skupina bez ADHD	
		ženy	muži	ženy	muži
AL – WURS 25 total skóre (max = 100)	Rozptyl	26 - 96	26 - 92	16 – 45	8 – 45
	Průměr	58,3	57,0	28,9	33,3
AL – WURS 61 total skóre (max = 244)	Rozptyl	68 - 156	82 - 195	43 – 92	27 – 103
	Průměr	111,9	113,7	68	75
SD – ASRS v1.1.- část A total skóre (max = 30)*	Rozptyl	6 - 19	6 - 20	6 – 13	5 - 12
	Průměr	13,6	12,8	9,8	8,7
SD – ASRS v 1.1.- A+ B total skóre (max = 90)*	Rozptyl	18 - 56	10 - 60	20 - 47	16 – 40
	Průměr	38,1	36,9	30	26,2

* není směrodatné pro diagnostiku ADHD

Zdroj:vlastní podle Rubášová (2014)

Na výzkumnou otázku ohledně komplikací v léčbě u klientů s ADHD a kontrolní skupiny z hlediska gender jejich projevů a specifík byla analyzována oblast kategorií komplikace v léčbě a behaviorálních potíží v léčbě. Komplikace v léčbě zahrnovaly subkategorie uvedené v předchozí podkapitole 3.5.2. Přehled komplikací shrnuje tabulka 20a a 20b.

V akceptaci léčby a programu TK vykazovali závažnější potíže muži obou skupin; často byli hodnoceni jako vysoce komplikovaní v interpersonální oblasti a akceptaci pravidel. Podkategorie chování v rámci pravidel TK a řádu ukázala závažnější potíže z hlediska deskripce u mužů; muži s ADHD v chování korelovali se symptomatologií ADHD a negativními projevy v behaviorální rovině. Přehled komplikací v počátku léčby uvádí tabulka 21. Subkategorie zapojování se do činností komunity popsala nízké potíže u žen kontrolní skupiny, ženy i muži s ADHD měli vyšší

míru potíží v odtažitosti, izolováním se, nespolupráci s terapeuty a v manipulaci. Muži obou skupin byli negativně hodnoceni v akceptování autorit a hierarchie. V rámci pozice ve skupině byli nejčastěji označováni jako tahouni i outsideri muži s ADHD; muži z kontrolní skupiny měli potíže ve fungování v rámci skupiny a ženy z kontrolní skupiny nejnižší míru potíží. Při hodnocení podkategorie schopností dodržovat pravidla a řád byly popsány nejzásadnější obtíže u žen s ADHD a to u 3/4 souboru. Podkategorie způsob odchodu z TK ukázala na vyšší počet drop outů u žen z ADHD a to až u 1/2 souboru; u mužů se jednalo o 1/4 souboru. Deskripce ukázala i na odlišnosti předčasného ukončení léčby. Ženy s ADHD odcházely často v tzv. časně fázi léčby (early drop out) a muži s ADHD pro porušení kardinálních pravidel či útekem z TK. Podkategorie komplikací ve srovnání s ostatními spoluklienty ukázala kompatibilní hodnocení neutrálních změn u kontrolní skupiny. Ženy s ADHD byly označeny jako komplikovanější pro potřebu psychiatrické dispenzarizace u 1/5 souboru, muži u 1/3 souboru. Psychofarmakoterapie byla uvedena u všech žen s ADHD v psychiatrické péči. V rodinné oblasti převládaly potíže u skupiny s ADHD. Podkategorie zásadních komplikací v léčbě sledovala fungování v rámci skupiny, vztah k primární rodině a individuální potíže v TK. U 3/4 souboru s ADHD se objevily zásadní komplikace, u kontrolní skupiny pak u 1/5 souboru. Ženy s ADHD byly hodnoceny z hlediska komplikací zejména v individuální rovině, kde byl často popsán problém psychiatrické komorbidity, poruch osobnosti, instabilita psychiky a perfekcionismus. U mužů byl z hlediska individuálních komplikací často zmíněn problém silného osobnostního narušení a psychopatologie, manipulativní chování, pasivní i zřejmá aktivní agresivní jednání, deprese a tendence k rychlé rezignaci.

Tabulka 20 Komplikace v léčbě – genderové porovnání

20a): Komplikace v léčbě – genderové porovnání; položky a-h

Skupina	I - skupina s ADHD		II - skupina bez ADHD	
	Ženy	muži	ženy	muži
a) akceptování léčebného programu (změny ve smyslu zhoršení/zlepšení.)	1/4 : uznávání autorit, ovládnání emocí, nízká míra otevřenosti a zodpovědnosti, odchodové tendence a jejich nezvládnutí <u>1/4 vztahy s kolektivem a s rodinou , sebe-přijetí, důvěra</u>	1/2 silné a nevhodné projevy agrese, akceptace řádu a pravidel, nízká otevřenost na skupinách, individualistická řešení, nezáměr o kolektiv, opakování medikace pro zhoršení psychických stavů manipulace a devalvace, práce na sobě, plánování a dodržování plánu, 1/4 zklidnění, negativní prožívání, sebevědomí a samostatnost, frustrační tolerance, otevřenost ke komunitě	1 žena ze souboru – mírné zhoršení v oblasti přijímání pravidel <u>3/4 asertivita, komunikační schopnosti a otevřenost, akceptace léčby, sebevědomí, náhled na problémy, silná motivace, vymezení hranic vůči okolí, přijetí minulosti, důvěra ve změnu a v současnou léčbu, přijetí duchovních hodnot</u>	1/4 akceptace pravidel, sexuální nezdrženlivost, nerespektování péče o vlastní zdravotní problémy a lenost/nízká motivace v léčbě <u>3/4 psychická labilita a ovládnání emocí, otevřenost na skupinách, komunikační schopnosti, pravidla a řád – akceptace, empatické chování a altruismus, autentičnost, péče o sebe, náhled na chování a regulace</u>

b) chování v rámci komunitního kolektivu (problémy značné až velmi značné)	¼ vznětlivost, vztahy s klienty, náladovost, vyrušování a skákání do řeči, dráždivé chování k ostatním, uzavřenost v osobních tématech, izolování se od kolektivu	½ vznětlivost, vztahy s klienty, neklid-nepozornost-potíže se soustředěním, nuda na skupinách, stěžování na ostatní a nespokojenost, izolování a samotářství, nízké přijímání kolektivem, uzavřenost v osobních tématech	1/5 vznětlivost, problém akceptovat hranice, dráždění ostatních členů komunity	½ vztahy s ostatními, vznětlivost, neklidnost a nerozvážnost, nespokojenost s ostatními, nízká míra přijímání kolektivem, problém akceptovat hranice
c) podílení se na činnostech komunitního společenství	odtažitost od kolektivu, nízká participace na společné práci a nuda, aktivní pouze v rámci povinností, společné práci, omezování kontaktů ihned po ukončení programu	nízká míra zapojení do kolektivu, nízká participace na společné práci a nuda, aktivní pouze v rámci povinností, společné práci, omezování kontaktů ihned po ukončení programu, <u>výrazně aktivní při zapojování se do programu</u>	nerespekt ke společné práci,	nízká míra zapojení do kolektivu, nízká participace na společné práci, aktivní pouze v rámci povinností, výrazně aktivní při zapojování se do programu
d) postoj k autoritě	½ nespoupráce a manipulace s terapeutem, submisivita, vzdor vůči rodině – negativní zpětné vazbě - povinností,	¾ mimořádné nároky na pozornost terapeutů, odmítání některých terapeutů, nerrespekt doporučení terapeutů, úzkostlivost ve vazbě na požádání u autorit + dtto ženy	¼ submisivita, manipulace a odmítání terapeuta, vzdor vůči rodině, nezodpovědnost při práci s deníkem	½ submisivita, nespoupráce a manipulace – nerrespekt – odmítání u terap. pracovníků, problémy při plnění zadaných osobních úkolů
e) pozice ve skupině	¼ problémy s navazováním interpersonálních vztahů a v komunikaci mimo program, individualistický přístup	½ dtto ženy + problém s konkretizováním tématu	1/5 individualistický přístup	½ dtto muži s ADHD
f) dodržování pravidel /komplikace léčby	¾ potíže v dodržování časového harmonogramu programů, nerrespektování názorů ostatních a sama sebe, nezodpovědnost, problém s přestupy a úkoly ve fázích léčby a adaptací na nové podmínky, nerealistický náhled, bojkotování pravidel, problém s akceptací tradic komunity, vztahy s rodinou, potíže při fyz. aktivitách	½ otevřenost před kolektivem, nerrespekt k názorům ostatních a sama sebe, nezodpovědnost, nepořádnost, problém s disciplínou a ukázněností, problém s přestupy mezi fázemi léčby a s adaptací, nerealistický náhled, problém vystupovat před skupinou a s akceptací terapie, devalvace činnosti komunity, vztahy s rodinou, potíže při fyz. aktivitách	1/5 otevřenost před kolektivem, nezodpovědnost, dodržování časového harmonogramu, nerrespekt sama sebe, problém vystupovat před skupinou	½ otevřenost před kolektivem, nerrespekt k názorům ostatních a k sobě sama, nezodpovědnost, nerealistický náhled, bojkotování drobných pravidel, problém vystupovat před skupinou
g) způsob odchodu z terapeutické komunity	7 žen předčasně 3x I.fáze 1x discipl.důvody (nekompliance s pravidly) 3x řízený odchod	7 mužů předčasně 2x útek 2x narušení kardin.pravidel 1x I. fáze 2x řízený odchod	1 žena předčasně discipl.důvody	3 muži předčasně discipl.důvody

Zdroj: upraveno podle Kalina et al., (2017).

Odpověď na výzkumnou otázku o vlivu ADHD na zahájení a průběh léčby ukázala, že existují rozdíly v komplikacích u mužů a žen s ADHD v zahájení i v průběhu léčby. Byly sledovány dvě základní oblasti - komplikace v počátku léčby a komplikace v procesu léčby. Hlavní oblast komplikací v počátku léčby sledovala individuální potíže, psychické komplikace a schopnosti fungování v rámci pravidel a řádu TK; kategorie komplikací v procesu léčby zahrnovala sledování stejných oblastí a oblast rodinné problematiky. U skupiny s ADHD je obecně patrné, že existuje vyšší počet komplikací v celém procesu léčby; zároveň je skupina charakteristická zvyšujícím se počtem komplikací od zahájení léčby. U kontrolní skupiny byla zaznamenána opačná tendence; tedy docházelo v průběhu léčby ke snižování počtu a závažnosti komplikací. Analýza ukázala, že ženy z obou skupin v porovnání s muži vykazují nižší počet komplikací při zahájení i v průběhu léčby; ženy zároveň v porovnání s muži mají specifitější individuální a psychické potíže v léčbě. Muži s ADHD podle analýzy dat vykazují extrémní míru komplikací a to zejména v procesu léčby. Přehled analýzy vlivu ADHD na léčbu v porovnání s kontrolní skupinou shrnuje tabulka 21 a 22.

Tabulka 21 Komplikace při zahájení léčby – genderové srovnání

Hlavní kategorie/ podkategorie	I - skupina s ADHD		II - skupina bez ADHD	
	ženy	muži	ženy	muži
Opakující se vzorce komplikací daného souboru	65 %	70 %	50 %	70 %
a) individuální charakteristiky	nízké sebehodnocení, sebedůvěra a sebedůvěra, vyšší míra introverze a snaha izolace od kolektivu, nedůvěřivost a odstup od kolektivu, snaha být s každým za dobře a perfekcionismus, odchodové tendence z léčby	skrytá i vědomá manipulace za účelem dosažení vlastních potřeb, problém realistického náhledu, nesamostatnost v základních věcech v úvodu léčby a potřeba doprovázení, kolísání motivace - její nejasnost a nevyjasnění osobního postoje k léčbě a odchodové tendence z léčby	nízké sebehodnocení, sebedůvěra a sebedůvěra, nevyraznost a problém s prosazením se	skrytá i vědomá manipulace za účelem dosažení vlastních potřeb, skrytá i vědomá manipulace za účelem dosažení vlastních potřeb,
b) psychická problematika	emoční labilita, náladovost, sebelitostivost, kognitivní úniky mimo prostředí léčebny, hyperaktivita, deprese,	nesoustředěnost, kognitivní úniky mimo prostředí léčebny, hyperaktivita, deprese, agresivní a impulzivní chování, verbalizace násilných tendencí,	depresivní sklony, úniky mimo prostředí léčebny, náladovost	depresivní sklony, problémy s ventilováním negativních vnitřních stavů a následná zvýšená tenze

c) fungování v rámci pravidel a řádu	přílišné lpění na pravidlech a režimu, pomalá adaptace, problém porozumění pravidlům a struktuře programu, silné odchodové tendence	rezignace na režim a pravidla, nerespektování hierarchie v komunitě a zpochybňování kompetentnosti členů terapeutického týmu, problém s internalizací pravidel, velmi rychlá adaptace na program se snahou předbíhat jednotlivé léčebné fáze (část mužů), opakované sankční postihy a chyby v počátku léčby, vědomé plánování relapsu a porušování pravidel	pomalá adaptace, problém porozumění pravidlům a struktuře programu	problém s internalizací pravidel, problém s internalizací pravidel, zpochybňování kompetentnosti členů terapeutického týmu, opakované sankční postihy a chyby v počátku léčby
---	---	---	--	---

Zdroj: upraveno podle Kalina et al., (2017)

Tabulka 22 Komplikace v průběhu léčby – genderové srovnání

Hlavní kategorie/ podkategorie	I - skupina s ADHD		II - skupina bez ADHD	
	ženy	muži	ženy	muži
Opakující se vzorce komplikací daného souboru	72 %	94 %	40 %	56 %
a) individuální charakteristika	nízké sebehodnocení, sebedpřijetí, sebedpěče; kognitivní úniky mimo situaci tady a teď, kolísající motivace, přetrvávání perfekcionismu a dokonalého výkonu beze změn,	nízká práce na sobě, manipulativní chování, snaha o neustálou pozornost, netrpělivost, problém se systematickostí, kognitivní úniky mimo situaci tady a teď, lehké vzdávání cílů a složitějších úkolů, kolísající motivace, introverze a nízká otevřenost na skupinách	introverze a nízká otevřenost na skupinách, nízké sebedpřijetí,	manipulativní chování a využívání okolí, vyhýbání se zodpovědnosti a přijetí dospělé role, nízká práce na sobě
b) psychické komplikace	psychická labilita a náladovost, depresivní ladění, nízká míra frustrační tolerance	impulzivní a agresivní jednání - nevhodná forma ventilace, neschopnost ovládat nutkavé chování, verbalizace a regulace agrese nevhodnými způsoby, izolace negativních pocitů a následná silná tenze, depresivní ladění, psychická nestabilita	záduščnost, silná míra introverze, neschopnost autentičnosti	nerealistické vnímání vlastních projevů v souvislosti s velikáštvím, narcistické sklony,
c) rodinná problematika (nízký počet osob s komplikacemi)	zcela zavržené rodinné vztahy, nízký náhled na komplexnost problematiky	odmítání rodiny, odmítání nastolení nových kontaktů, problematická separace	problematická separace, kodependence	kodependence a závislost na rodinném systému
d) fungování v rámci pravidel a kolektivu	odchodové tendence, pokračování v plánování relapsu (vědomé chci si dát), neakceptace programu, pravidel a režimu	neschopnost akceptovat abstinenci a změnu životního stylu, lhaní a výmluvy při porušení pravidel, neschopnost přijímat negativní zpětnou vazbu a kritiku, odchodové tendence	chování předcházející konfliktu a střetu s komunitou, nízká míra autentické sebereprezentace	lhaní a výmluvy při porušení pravidel, neschopnost přijímat negativní zpětnou vazbu a kritiku, neakceptace programu, pravidel a režimu;

Zdroj: upraveno podle Kalina et al., (2017).

3.6 Diskuze

Předkládaná kapitola navazuje na předchozí předvýzkumné zjištění o prevalenci ADHD u uživatelů v TK (Study I, Kapitola 2) a propojuje předvýzkumná zjištění s vlivem ADHD na osobnost jedince z hlediska průběhu léčby a výskytu komplikací. Tématem kapitoly bylo zároveň zjištění specifických komplikací u klientů s ADHD v TK z pohledu gender. Vliv ADHD na jedince, jeho kognitivní, exekutivní a behaviorální funkce, stejně jako vysoký výskyt přidružených komplikací byl prokázán v mnoha zahraničních studiích i metaanalýzách (Emmerik-van Oortmerssen et. al., 2012). V České republice absentovaly informace o výskytu ADHD v populaci léčených osob v terapeutických komunitách a informace o vlivu ADHD na schopnost daného jedince zvládat běžný léčebný program. Uváděná práce (Study II. a Study III.) je první sondou do uvedené problematiky v Čechách a vychází z aktuální potřeby a významnosti tématu ADHD u uživatelů návykových látek a zahraničních výzkumů. V rámci kapitoly 3 a Study II. a III. byly použity české a zejména zahraniční výzkumné zdroje; testová baterie pro klienty k diagnostice ADHD v uvedené kapitole je shodná s kapitolou 2 (Study I.). Testovou baterii doplnil klinický inventář určený pro terapeutické pracovníky k hodnocení závažnosti komplikací osob v léčbě vytvořený na základě škály CTQ.

Výzkumný plán (Study II.) zahrnoval zjištění a) o výskytu komplikací u osob s ADHD a bez ADHD v TK, b) analýzu vlivu dopadu ADHD na začátek a proces léčby z hlediska komplikací. Na základě zjištěných parametrů výzkumného souboru byla provedena sekundární analýza dat s ohledem na gender specifika souboru (Study III.), kde výzkumný plán zahrnoval c) charakteristiky klientů s ADHD a kontrolní skupiny z gender hlediska, jejich odlišnosti či podobnosti, d) informace o specifických komplikacích u osob s ADHD a kontrolní skupiny a jejich deskripci, e) zjištění vlivu ADHD na zahájení a proces léčby z gender perspektivy.

Diskuze k uvedeným zjištěním a komplikacím v léčbě nasedá na předvýzkumná zjištění o prevalenci ADHD a rozdělení výzkumného souboru podle kapitoly 2 (Study I.). **Zkoumání výzkumné otázky a) zjišťování výskytu komplikujících faktorů v léčbě v TK na základě hodnocení terapeutů dle DT identifikovalo výskyt komplikací u obou základních skupin. Bylo zjištěno, že u klientů s potencionální diagnózou ADHD je výskyt komplikací v léčbě závažnější než u kontrolní skupiny.** Zásadní potíže osoby s ADHD vykazovaly v oblasti akceptace léčebného programu (výrazné zhoršení u ¼ klientů s ADHD), v chování v rámci komunitního kolektivu (odlišné „výrazné“ komplikace), v podílení se na činnostech terapeutické komunity, v oblasti plnění úkolů (práce s deníkem a schopnost splnění osobních úkolů), v oblasti komplikací terapeutického programu, v potížích ve fyzických aktivitách (neobratnost, vyhýbání se aktivitám), ve způsobu odchodu z rezidenční léčby (¼ předčasný odchod, převažoval early drop out a drop out z disciplinárních důvodů) a v hodnocení

komplikovanosti vzhledem k ostatním klientům. Vyhodnocení škál ukázalo na vyšší bodové skóre u kontrolní skupiny, nekorrespondující se slovním hodnocením. Za zásadní komplikaci v rámci léčby byla u skupiny s ADHD popsána nutnost psychofarmakoterapie a psychiatrické péče; potíže se objevily v rámci rodinných vztahů - vše bylo na základě hodnocení terapeutů popsáno jako zásadní a vzhledem k procesu léčby negativní pro behaviorální projevy v porovnání s kontrolní skupinou.

Zásadním tématem v uvedené oblasti bylo zjištění vysokého počtu vynechaných otázek, které měli terapeuti vyplňovat při hodnocení klientů (škálové položky); v důsledku velmi vysokého počtu vynechaných položek u mnoha klientů nebylo vhodné vyhodnocení škály dle postupu doporučeného u CTQ (Paclt et al., 2007). Údaje od terapeutů jsou vzhledem k triangulaci dat a adekvátnímu posouzení komplikací v léčbě velmi důležité a lze diskutovat, zda by omezení počtu položek nevedlo k ochuzení povahy kvalitativních dat. K diskuzi se otevírá i téma nesouladu slovního a bodového hodnocení v DT. Jak skupina s ADHD, tak kontrolní skupina, byla hodnocena rozdílně ve slovním a bodovém hodnocení; tedy pokud byla skupina s ADHD popisována jako komplikující v obsahu odpovědí terapeutů, nedosahovala ve škálovém hodnocení vysokých skóre. U kontrolní skupiny byl pozorován opačný trend. Výsledná zjištění mohou souviset s velmi podobnou charakteristikou behaviorálních a kognitivních projevů obou skupin, zcela specifickým projevům ADHD v dospělém věku a odlišné symptomatologii.

Limitem se vzhledem k diagnostice v prostředí TK jeví doba abstinence klientů. Vzhledem k reziduíům metamfetaminu a pozdní abstinenci psychopatologii je nutné zohlednit diagnostický proces v době delší než dva měsíce po vysazení a i diagnostiku provádět s odstupem opakovaně ke konfirmaci (Kessler et al., 1996; Miovský et al., 2018). Jak uvádí Kessler et al., (1996) musíme zohledňovat nejen krátkodobý vliv vysazené návykové látky, ale i vliv dlouhodobější.

Výzkumná oblast b) a zjišťování důsledků ADHD na začátek a proces léčby ukázala, že se u osob s uvedenou diagnózou vyskytují potíže v celém procesu léčby. Byla zjištěna významná individuální charakteristika potíží, psychická problematika, potíže v rodinné a vztahové oblasti a při schopnosti fungování v rámci pravidel a režimu TK. Problémy, které terapeuti identifikovali v počátku léčby, měly tendenci k negativní progresi v průběhu léčby (u kontrolní skupiny byla zaznamenána opačná tendence); zásadní byly psychické potíže s vyšší mírou projevů a nestabilitou jako hostilita, impulzivita, agrese, negativní ladění a prožívání, deprese či emoční labilita. V behaviorální oblasti byly osoby s ADHD hodnoceny více negativně, velmi málo dosahovali pozitivního hodnocení terapeutů. Při sledování dokončení léčby TK bylo zjištěno, že osoby s ADHD velmi často vypadávají z léčby a jsou klasifikovány jako early drop out či drop out. Společnou komplikující charakteristikou bylo vysoké kolísání motivace, tendence k úniku od komplikovanějších úkolů a složitějších cílů.

Při porovnání s kontrolní skupinou byly potíže v léčbě obsahově velmi podobné, zásadní byly rozdíly v míře komplikací a v jejich negativním vývoji u skupiny s ADHD. Podle hodnocení terapeutů se osoby s ADHD velmi těžce adaptovaly na program a měly potíže do zapojení se. Vzhledem k použité struktuře DT bylo zjištěno, že položky (otevřené otázky) umístěné až za přetvořenou škálu CTQ nejsou vzhledem k nejvyššímu počtu úplných absencí odpovědí umístěny vhodně. Doporučením k případnému použití DT je umístění škály dle CTQ jako závěrečnou část dotazníku.

Diskuze k sekundární analýze dat a genderovým rozdílům vychází z výše uvedených zjištění výzkumného souboru a navazuje na informace a metodologii Study I. a Study II. V rámci Study III. **bylo zjištěno, že výzkumné otázky c), d), e) vedou obecně k závěru, že ženy i muži s ADHD v TK vykazují více komplikací v léčebném procesu a to od jeho počátku (srov. kontrolní skupina).** Zaznamenané komplikace se vzhledem k obsahové specifikaci do značné míry odlišují a mohou poukazovat na stereotypní genderové pohledy, zajaté vnímání jednotlivých rolí a společenského postavení žen a mužů specificky v uživatelské populaci. Na základě sekundární analýzy dat nelze generalizovat tvrzení, že ženy nebo muži s ADHD se významně liší vzhledem k míře popisovaných potíží; specifické komplikace, rozebrané terapie a popsání výše, inklinují k označení specificky odlišných komplikací u mužů a žen s ADHD v léčbě a to zejména v oblasti vyžadovaného sociálního chování v TK, v oblasti interpersonální, v postoji k autoritám a přístupu k pravidlům a režimu TK a ve schopnosti dokončení léčby. Specificky u osob s ADHD bylo zjištěno, že pro většinu z komplikujících potíží v léčbě z hlediska jejich zlepšování má negativní vliv přítomnost symptomatologie ADHD a její vliv na schopnosti jedince a copingové strategie.

Zajímavé genderové odlišnosti nacházíme při srovnání žen obou skupin. Ženská část souboru z kontrolní skupiny vykazuje nejnižší míru komplikací v rámci léčby. Ženy s diagnózou ADHD jsou vzhledem k ostatním klientům v léčbě hodnoceny negativněji v oblasti denního řádu a zvládání úkolů v jednotlivých fázích léčby; jako jediná podkategorie vykazují velmi časný ukončení léčby. Důvody early drop out nejsou popsány a lze diskutovat, zda byla příčina v těžší adaptační fázi a symptomatologii ADHD, vyšším sociokulturním tlaku a očekávání od role ženy (spojitě s nízkou frustrační tolerancí u ADHD), či zda byl velmi časný odchod zapříčiněn rodinnými problémy. Zároveň se u žen s ADHD ukazuje trend zlepšování v procesu léčby (srov. muži s ADHD) a tendence vyšší compliance k léčbě, což odpovídá zjištěním studie De Leona & Wexler (2009).

Na základě genderového srovnání mužské části populace v TK lze spatřit plno základních atributů, které jako problematické popisuje výše uvedený Kooyman (2005) či TCC (2006). Muži se často identifikují s typickou rolí uživatele drog a přebírají vzorce chování typu macho, zároveň vykazují proměnu mužské populace všeobecně

v současné době. Tyto charakteristiky mužů i v TK souvisejí s osobní zranitelností, nepřekonáním vývojových úkolů dospívání a časně dospělosti, jež popisuje Erikson (1967). Typickým problémem jsou poruchy identity, nízká schopnost identifikace s vlastním tělem a sexualitou, vysoká míra závislosti na zdrojích primární rodiny, izolace, nedostačující interpersonální adaptace a úniky mimo reálné životní dění. Uvedená proměna mužské části populace nazývaná mnoha autory jako krize maskulinity se promítá do postojů spoluklientek a terapeutek TK, které mají tendenci ke změně identitě mužů přistupovat s despektem či ochranným až mateřským postojem jako výsledek sociologických postmoderních změn (Giddens, 2001). Krize u mužů je pak nejen v prostředí a z pohledu gender problematiky ústředním problémem současného mužsko ženského světa. Uvedená zjištění v rámci Study III. ukazují na fakt, že tradiční pojetí genderových specifík v rámci uživatelské subkultury v TK nejsou zcela platná; je nutné počítat nejen s proměnou genderových charakteristik, ale i se specifickým vzděláváním adiktologických odborníků, kteří tvoří zásadní pilíř mezi v rámci léčby.

Diskuze k potencionální diagnostice ADHD u sledovaného souboru je velmi zásadním tématem, které ovlivňuje související výzkumné kroky. Jak bylo uvedeno ADHD je v dospělosti přítomné až u 50 % osob z dětství a specifické překryvem symptomatologie do rozličných příznaků, které mohou být velmi vzdálené klinickému obrazu poruchy s převahou impulzivity a hyperaktivity (Barkley, 2014; Paclt et al., 2007). Kromě velmi důkladného diferenciatně diagnostického procesu je nutné v populaci léčených uživatelů zohledňovat specifika diagnostiky v léčbě (podrobněji kapitola 2 a 4). Výskyt přidružené komorbidity u ADHD a osob léčených s poruchami vyvolanými užíváním návykových látek je velmi častý a zvyšuje riziko chybné diagnostiky i komplikací v rámci léčby (viz např. Van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014; Kalina a Minařík, 2015). V rámci předvýzkumného šetření a Study II. a III. byli identifikováni klienti s ADHD s komorbidním výskytem poruch příjmu potravy, obsedantně kompulzivními poruchami, depresivní a úzkostnou poruchou, poruchami nálady a poruchami osobnosti. Osoby s ADHD vykazovaly čtenější výskyt přidružených potíží vč. anamnestický zjištěných v dětství v porovnání s kontrolní skupinou; ženy s ADHD měly vyšší výskyt psychiatrických komplikací a byly častěji medikovány psychofarmaky; psychiatrická péče byla vysoká u osob s ADHD v léčbě v TK celkově. Uvedená zjištění odpovídají výzkumům, které poukazují na specifčnost ADHD právě kvůli extrémnímu výskytu komorbidit a doprovodných potíží, jež zvyšují potíže jedinců v běžných schopnostech pro život (life skills).

Zásadní genderová zjištění z uvedeného výzkumu odpovídají výzkumným zjištěním, která poukazují na specificky vyšší výskyt komorbidit u žen závislých na návykových látkách v porovnání s muži (UNODC, 2004; Fattore et al., 2014; Zhou et al., 2015 aj.). Ženy s ADHD v porovnání se skupinou žen bez ADHD jsou vzhledem

k predispozici komorbidit u ADHD poškozené nejvíce; vysoký je výskyt symptomatologie postraumatické stresové poruchy, anxiózních poruch, depresí aj.

Omezení pro Study II. a Study III. vycházejí z limitů Study I. a explorační nezkoumaného jevu v předvýzkumném šetření v rámci TK v ČR. Za zmínku stojí limity samotné populace uživatelů léčených v TK, kteří jsou specifičtí zejména z hlediska indikačních okruhů jako vysoce komplikující klienti; výběr výzkumného prostředí tak může tvořit preselekcii z hlediska vyššího výskytu psychopatologických komplikací u uživatelské populace. Z hlediska tak vysoké variability lze vysvětlovat rozdíly ve zjištěné prevalenci ADHD v naší studii a v metaanalýze, která uvádí údaj o 42 % nižší napříč léčebným spektrem (Van Emmerik-van Ootmerssen et al., 2014). Omezení souvisejí i s aplikací klinických nástrojů nestandardizovaných nejen na populaci ČR, ale na uživatelskou subkulturu vůbec (Rubášová et al., 2015). Při aplikaci DT byl zaznamenán problém aplikace školního nástroje na prostředí dospělé populace a TK; nemožné bylo odlišení jiných psychiatrických komorbidit od ADHD při posuzování ve škále a potíže se na základě délky a obsáhlosti sbíraných dat v DT objevily u lidského faktoru. Počet kompletně vyplněných DT byl na nízké úrovni.

Omezením při sledování genderových specifíků u zkoumané populace je opět metodologické; povaha dat a velikost vzorku neumožňují aplikovat zobecnění na zjištěné výsledky. Přesto je kvalitativní analytická práce z důvodu předvýzkumné činnosti nepostradatelná. Z hlediska analýzy dat pro Study III. a genderová specifika je zásadní absence položek genderově relevantních; důvodem je sekundární analýza dat, kdy v primárním výzkumném plánu chyběl genderový záměr.

3.7 Závěry

Uvedená kapitola se zabývala analýzou komplikací osob s ADHD v léčbě - v začátku léčby i v procesu, a to i z hlediska gender specifíků, která byla zkoumána na základě sekundární analýzy použitých dat. Analytická práce byla provedena dílčími postupy analýzy kvalitativních dat v kombinaci s deskriptivním přístupem. Analytická práce navazuje na předvýzkumná zjištění v rámci Study I (kapitola 2) a na rozdělení výzkumného souboru pomocí diagnostických škál identifikujících ADHD v současnosti a retrospektivně v dětství. Rozdělení výzkumného souboru na skupinu ADHD a relevantní podskupiny dle diagnostických kritérií a skupinu bez ADHD umožnilo navázat na předvýzkumné kroky ve Study I. a analyzovat další výzkumné otázky. **V rámci Study II. bylo zjištěno A), že u osob s ADHD v léčbě v TK jsou detekovány závažnější potíže v celém procesu léčby a to ve srovnání s kontrolní skupinou.** Skupina s ADHD měla závažnější potíže v oblasti akceptace léčby a programu, v behaviorálních oblastech, ve schopnosti zapojování se do činností a plnění úkolů; zásadní komplikace představoval způsob ukončení léčby a odchodu z TK a negativní

hodnocení vzhledem k ostatním klientům v léčbě. U osob s ADHD byl terapeut pojmenován jako komplikující přídatný faktor nutná léčba psychofarmaky, péče psychiatra, problematické vztahy v rodinném prostředí až jejich absence a výrazná individuální psychická specifika osob. Kontrolní skupina obsahově dosahovala na obdobné komplikace v procesu léčby, výskyt byl zaznamenán v nižší míře. Dále bylo zjištěno **B), že osoby s potencionální diagnózou ADHD v léčbě v TK vykazují vzhledem k přidružené komorbiditě negativní vliv na začátek i proces léčby. Byl identifikován výskyt komplikací spojujících se v rovině individuální, psychické a v rovině behaviorální, ovlivňující schopnost fungování v rámci řádu a pravidel léčby TK.** U osob s ADHD bylo zjištěno negativnější hodnocení terapeutů; vysoký počet osob s hodnocením výrazného zhoršení či zhoršení v procesu léčby a celkově byla skupina hodnocena vzhledem k žádoucím a pozitivním změnám od zahájení léčby minimálně. Schopnost profitovat z léčebného programu a zapojit se (adaptovat) na pravidla byla u osob s ADHD ovlivněna negativně na základě psychických a behaviorálních specifíků.

V rámci předvýzkumu a Study III. byla zkoumána genderová specifika u osob v TK se zřetelem na základní sledovaný jev, tedy přítomnost ADHD a jeho vliv na proces léčby v TK (viz Study II.). Study III. propojuje a uzavírá celý předvýzkumný proces od diagnostiky ADHD, přes popis specifíků osob s ADHD, charakteristických komplikací a vlivu ADHD na proces léčby (Rubášová et al., 2015, Kalina et al., 2014, Kalina et al., 2017). Navazujícím výzkumným krokem je sledování ADHD u reprezentativního vzorku v TK a deskripce přidružených psychopatologických potíží a motivace při vstupu do léčby (Study IV., Kapitola 4). Při interpretaci genderových specifíků a otázek v rámci Study III. byla základní metodou sekundární analýza dat; bylo využito analýzy dat od klientů dle AL a SD a analýzy dat od terapeutických pracovníků dle DT s aplikací dílčích metod analýzy kvalitativních dat využitých v rámci Study II. Na základě kvalitativního rozboru bylo v rámci **Study III. zjištěno C), že existují genderově specifické charakteristiky pro mužskou a ženskou část výzkumného souboru.** Vzhledem k povaze dat nelze činit zevšeobecnující závěry. Ženy s ADHD tvořily 55 % ze všech žen, muži 57 % ze všech mužů. Uvedená interpretace nekoreluje se zjištěními, která uvádějí četnější výskyt ADHD v mužské populaci (Mioviský et al., 2014), ale jsou zdůvodnitelná výběrem specifických TK v ČR a specifickou cílovou skupinou. Nejen z tohoto důvodu nelze výsledky vztahovat na epidemiologická data. Dle AL k diagnostice ADHD v dětství vykazují ženy s ADHD vyšší průměrné hodnoty než muži s ADHD; v kontrolní skupině byl zjištěn opačný výsledek. Dle SD k diagnostice ADHD v dospělosti byly zjištěny vyšší průměrné hodnoty u žen obou skupin. Souhrnně, ženy s ADHD dle klinických sebehodnotících nástrojů, vykazují závažnější symptomatologii v dětství i v současnosti než muži. U žen z kontrolní skupiny byly vyšší komplikace v porovnání s muži zjištěny v dospělosti.

Dle anamnézy byly identifikovány potíže v dětství převážně u mužů obou skupin a u žen s ADHD. Zejména specializovaná léčba a vyšetření, poruchy učení a chování, psychiatrická a odborná péče či medikace. Adiktologické údaje ukazují na nižší průměrný věk užití návykové látky u žen z obou skupin; bylo identifikováno více žen s užitím pod 15 let v porovnání s muži z výzkumného vzorku. U skupiny s ADHD převládá i.v. aplikace návykové látky a abúzus stimulantů; ženy s ADHD užívají v porovnání s muži s ADHD ve vyšším počtu i.n. či p.os. Muži obou skupin mají závažnější potíže v oblasti finančních a zdravotních důsledků abúzu návykových látek; muži s ADHD měli nejvyšší průměrný počet nedokončených léčebných intervencí a léčebných pobytů (u jednoho klienta až 16 léčebných pobytů s drop out); u žen s ADHD byl popsán častěji opakovaný pobyt v TK v porovnání s muži. Uvedená zjištění korespondují s uvedenými teoretickými poznatky o genderových specifikách žen a mužů uživatelů; stejně jako o specifických odlišnostech u osob s ADHD uvedených v podkapitole 3.2.

Bylo zjištěno D), že existují genderové odlišnosti u komplikací v procesu léčby; obecně mužská část souboru měla vyšší míru komplikací a negativnější hodnocení v porovnání s ženami; ženy s ADHD byly v některých specifických oblastech hodnoceny jako komplikovanější než muži. Muži získávali negativní hodnocení od terapeutů v oblastech behaviorálních, akceptování autorit a léčebného režimu a ve schopnosti dodržování pravidel TK. U žen s ADHD byl vyšší výskyt potíží v oblasti plnění úkolů v TK, ve vztahu k léčebnému kolektivu a k léčbě; ženy s ADHD měly více psychopatologických potíží a častěji než muži opouštěly léčbu ve velmi časném stádiu po nástupu. Velmi častý byl u nich problém sebepřijetí, sebeúcty a sebepéče a komplikace v rámci rodinných vztahů. Podskupina žen z kontrolního souboru měla nejméně potíží popsanych terapeutů.

Při sledování E) vlivu ADHD na vstup a proces léčby bylo zjištěno, že osoby s ADHD vykazují od vstupu k postupujícím fázím léčby zvyšující se počet osob s komplikacemi a zvyšování jejich intenzity; u kontrolní skupiny byl popsán opačný výsledek. Extrémní míra komplikací byla identifikována u mužů s ADHD; muži se v léčbě v porovnání s ženami jeví jako komplikovanější (vztaženo k počtu hodnocených oblastí). Ženy obou skupin mají tendenci se s postupujícím časem stráveným v TK více zlepšovat než muži, pokud v léčbě setrvávají. S opatrností lze konstatovat, že ve skupině s ADHD jsou muži komplikovanější a to zejména v kvalitativním popisu hodnocení terapeutů. Celkově je zaznamenán specifický výskyt potíží v léčbě pro muže i ženy. Zajímavé je, že u žen obou skupin jsou rozdíly v komplikacích daleko více viditelné než při srovnání mužské části souboru.

Výsledná zjištění předkládané kapitoly jsou výstupem prvního výzkumného kroku orientovaného na výskyt ADHD v populaci léčených osob v TK v ČR. Vedlejším zjištěním předvýzkumných kroků jsou informace o širokém spektru komorbidních

poruch u uživatelů návykových látek a otevření výzkumného tématu spojeného s problematikou ADHD u populace dospělých uživatelů návykových látek. Zároveň zjišťujeme, že ženy léčené v participujících TK nejsou diskriminovány a stigmatizovány a mohou vstupovat do léčby stejně jako muži. Vzhledem k existenci TK specificky pro matky s dětmi dochází k zohlednění specificky ženských otázek a potíží; adaptace programu TK v současnosti a existence specifických složek léčby s orientací na konkrétní mužská a ženská témata představují velmi dobrý výsledek genderově vstřícných zařízení. Vzhledem k popsaným limitům předkládaných studií je zásadním doporučením jejich zohlednění v praxi; obohacení repertoáru duálních diagnóz a komorbidit o diagnózu ADHD a její zařazení do standardního diagnostického procesu. Velmi důležité je prohlubovat znalosti nejen o symptomatologii ADHD pro odborníky v TK, ale pro celou adiktologickou oblast a léčebné kontinuum. Genderová specifika a jejich zohledňování lze vzhledem k popsaným rozdílům a potřebám nejen osob s ADHD považovat za zásadní při trendu individualizace léčby a genderově vstřícné orientace; stejně jako v oblasti vzdělávání adiktologických odborníků.

Předkládaná kapitola podává souhrnné informace o specifikách osob s ADHD v léčbě z hlediska jejich potíží, komplikací v léčbě a popisu základních charakteristik; souběžně jsou uvedeny genderová specifika a stejné informace o osobách bez ADHD v léčbě. Předvýzkumné šetření prezentované v rámci uvedené kapitoly (v návaznosti na kapitolu 2) představuje ojedinělý a první výzkumný krok v uvedené oblasti v ČR. Na základě velmi překvapujících zjištění o možné prevalenci a výrazných potížích osob s komorbiditou v léčbě je otevřen prostor pro další výzkumné kroky. Navazující hlavní výzkum by měl ověřit na základě reprezentativnosti vzorku a standardizovaných nástrojích k diagnostice ADHD míru prevalence a podrobněji popsat specifika ADHD uživatelů v léčbě. Výsledky hlavního výzkumu by měly být orientovány na léčebnou a rehabilitační perspektivu pro sledovanou komorbiditu.

4 MOTIVACE, PROFIL A SPECIFICKÉ POTŘEBY OSOB S ADHD V LÉČBĚ V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ

4.1 Úvod, přehled dosavadních zjištění

Kapitola se zaměřuje na motivaci u PWUD (People Who Use Drug) vstupujících do léčby v terapeutické komunitě v České republice z hlediska počáteční míry motivace k léčbě a vývoje motivace během prvních třech měsíců. Motivace je sledována u osob s ADHD v porovnání s klienty bez ADHD; současně s motivací je sledován adiktologický profil osob s ADHD a psychopatologická symptomatologie. Studie vyplňuje mezeru o chybějících informacích; tedy motivaci osob, které užívají návykové látky a jsou léčeny v terapeutických komunitách a vykazují symptomatologii ADHD. Předkládaná studie (Study IV.) byla realizována v návaznosti na předvýzkumné činnosti a navazuje na zjištění o potencionálně vysoké prevalenci ADHD osob v TK a vysoké míře potíží těchto osob v léčbě (Study I. - III.). Kapitola 4 (Study IV.) je součástí hlavního výzkumného projektu se zapojením reprezentativního vzorku klientů z TK v České republice. V rámci hlavního výzkumu (Miovský et al., 2020) byla primárně sledována prevalence ADHD u PWUD v TK a byla stanovena na 51 %; ve výzkumu bylo zapojeno celkem 66,4 % (response rate) všech klientů léčených v rezidenční léčbě, kteří splnili kitéria studie (n=180). Hlavní výzkum tak potvrdil primární zjištění předvýzkumné činnosti (Study I.) o vysoké prevalenci ADHD zjištěné v rámci předvýzkumného projektu v TK v České republice. Miovský et al., (2020) zároveň popsali vysokou míru psychiatrické komorbidity u PWUD s ADHD (více informací uvádí podkapitola 4.3 v popisu hlavního výzkumu a souboru).

Na základě teoretických poznatků o vysokém výskytu přidružených komorbidit k ADHD a PWUD a vysoké míře komplikací v individuální rovině bylo ADHD popsáno jako rizikový faktor vzhledem k léčebné odezvě (Kalbag & Levin, 2005). Osoby s ADHD v rámci předvýzkumu vykazovaly potíže v behaviorální, kognitivní a exekutivní oblasti; v porovnání s klienty bez ADHD měly závažné anamnestické potíže a častěji nedokončily adiktologickou léčbu (Rubášová et al., 2015; Kalina et al., 2014). Teoretické poznatky o efektivitě léčby adiktologické klientely uvádějí nutnost práce s motivací jako faktorem, který se mění v čase (De Leon et al., 1997). Podle autorů je motivace velmi dynamická proměnná, která se vyvíjí, a se kterou je nutné pracovat v procesu. Motivace ke změně představuje zásadní faktor, který ovlivňuje motivy adiktologických klientů nejen v době užívání (negativní posilování), ale zejména v době plné abstinence. Motivace jako faktor ovlivňující léčbu a efekt léčby (snížení užívání návykových látek, abstinenci či zlepšení sociální a rodinné oblasti, snížení kriminality) dokumentuje řada studií (Meyers et al., 1998; De Leon, 2000; Adamson

et al., 2009). Podle škály CMRS (Circumstances, Motivation, Readiness, Suitability) byla prokázána významná vazba mezi počáteční motivací a retencí léčby i výsledky léčby (Soyez, De Leon, Rosseel & Broekaert, 2006; De Leon et al., 2000). Spojitost mezi motivací a závislostí vychází z neurobiologie behaviorálních závislostních vzorců a je spojena se systémem odměny a s nucleus accumbens septi. V případě osob s ADHD je doloženo, že motivační deficity se objevují již jako jeden ze symptomů neuropsychické poruchy a deficit motivace je zde primárně multisystémový (Cubillo et al., 2012); celoživotní deficit v motivaci u osob s ADHD je výsledkem abnormalit ve frontostriatálním a frontokortikálním mozku. Porucha v motivaci u ADHD osob vychází z narušení cesty dopaminu, což podporuje používání záměrných intervencí, které cílí u osob s ADHD na motivaci a záměrně ji zvyšují (Volkov et al., 2011; Modesto-Lowe et al., 2013). Osoby s ADHD vykazují potíže ve vytrvalosti, v sebmotivaci a v udržení záměru pokud jde o složitější činnosti (Barkley, 2014).

Osobám s ADHD mezi PWUD je závažnější komorbidní profil přičítán jako komplikující faktor ovlivňující motivaci; zároveň osoby s ADHD vykazují anamnesticky závažnější potíže z oblasti adiktologické, psychiatrické a psychologické objevující se od dětství. Velmi častou komorbiditou k ADHD kromě SUD jsou koexistence dalších popsaných nozografických diagnostických skupin pro poruchu typických. Jedná se zejména o poruchy motorických funkcí, specifické vývojové poruchy učení a poruchy chování, poruchy osobnosti (antisociální, posttraumatická, hraniční, bipolární), úzkostné poruchy, poruchy nálady (deprese) v prevalenci až 40 %; tikové poruchy a Tourettův syndrom s prevalencí až 20 % (Barkley, 2006; Malá, 2000; Pokorná, 2010; Arias et al., 2008; Paclt et al., 2007). U osob s ADHD je popsán problém v oblastech zvládnání stresových a zátěžových situací (Young, 2005), což se vzhledem ke struktuře TK a principům léčby zobrazuje ve schopnosti absolvovat léčebný program; zároveň ovlivňuje motivaci a volní vlastnosti. Charney, Palacios-Boix, Negrete, Dobkin & Gill, (2005) a Dodge, Sindelar & Sinha, (2005) obecně uvádějí zásadní vliv komorbidit k SUD jako komplikujícímu faktoru léčby, jež ovlivňuje negativně retenci a výsledky léčby. Současné studie potvrzují v návaznosti na motivaci u jiných skupin psychiatrických klientů její negativní progresi v čase a důležitost aplikace cílených přístupů (Vall & Wade, 2016; Thaler, 2016; Fervaha et al., 2017).

Vzhledem k efektivitě léčby jsou kromě motivace popsány další profily a prediktory úspěšné léčby nejen na straně programu, ale i na straně klienta. Existuje povědomí o rizikovějších klientech, které často spojuje závažnost adiktologických dat. Výzkumy se shodují na společných adiktologických charakteristikách klientů, které ovlivňují výsledky léčby. Prediktory ve vztahu k osobám ADHD a jejich anamnestickým specifickým hovoří v negativnější dopad vzhledem k výstupům léčebného kontinua. Kromě motivace, která je u osob s ADHD se SUD primárně a následně i sekundárně deficitní, jde o věk začátku závislosti, délku užívání

návykových látek, psychopatologické a somatické komplikace a kriminální anamnézu či potíže (EMCDDA, 1999, 2006; Tims et al., 1997; De Leon, 2010; De Leon a Wexler, 2009). Osoby s ADHD, které se vyznačují četnými komplikacemi v oblasti abúzu návykových látek v anamnéze, typickým časným začátkem abúzu, kriminální kariérou od dětství či vysokým výskytem přidružených psychopatologických komorbidit, tvoří vysoce rizikovou skupinu ve vztahu k výsledkům léčby. Z těchto důvodů je opět v popředí diagnostický proces při vstupu do léčby a individualizace intervencí v rámci rezidenční léčby. Profil komplikovanějších klientů v TK je v praxi měřen podle uživatelského profilu dle ASI (Addiction Severity Index); ASI mapuje a k závažnému profilu počítá silnou toleranci, míru a četnost abúzu před léčebným pobytem, syndrom závislosti v těžším stupni, psychiatrické komorbidity a symptomatologii, asociální poruchu osobnosti či slabou podporu rodinného a sociálního okolí (Longabaugh et al., 1994; Alterman et al., 1993; Timko & Moos, 2002; Havassy et al., 1995; McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien & Druley, 1983). Uvedené charakteristiky profilu klientů korelují s negativním výsledkem léčebných intervencí; čím vyšší kombinace, tím se riziko efektivity snižuje. Efektivita léčby drogových závislostí a adiktologických klientů byla prokázána; její efekt nelze dle metaanalýzy Prendergast et al., (2002) zpochybňovat, ale otázkou zůstává způsob, jak zvýšit dosavadní výsledky léčby, a jak léčbu individualizovat vzhledem k rozdílným potřebám klientely adiktologických služeb.

V počátku léčby v TK se jeví jako zásadní sledovat komplexní profil osob. Kromě důkladné diferenciální diagnostiky je standardem zjišťování míry potíží v oblasti psychopatologické. V návaznosti na komplikovanost osob s ADHD při současném SUD bylo zjištěno, že v oblasti všech položek dle SCL-90-R vykazují ve všech položkách vyšší obtíže v oblasti psychické, kognitivní (verbální i neverbální pracovní paměť, testy výkonnosti a zaměřené pozornosti), v oblasti přizpůsobení a antisociální (Barkley, Murphy & Kwasnik, 1996). Osoby s ADHD skórují obecně výše v psychiatrické symptomatologii a vykazují závažnější, validně ověřené výsledky (Eich et al., 2012). Podle hodnocení SCL-90, který je využíván jako výzkumný nástroj, nástroj k hodnocení míry psychologických příznaků a psychopatologie či hodnocení pokroků v rámci léčby, bylo u osob s ADHD zjištěno vysoce rizikové chování. Celkově je rizikové chování pro osoby s ADHD jedním z typických projevů poruchy (Barkley, 2006 a 2014) a má spojitost nejen s vyšším výskytem rizikových situací a nehod či kriminálním chováním (Barkley et al., 1996). Rizikovost chování u osob s ADHD je natolik typická, že se projevuje i v případech adiktologické oblasti. Studie zaměřená na popis specifík osob s ADHD v léčbě v TK v ČR (Kalina et al., 2014) prokázala, že osoby s ADHD vykazují ve větší míře polymorfni abúzus návykových látek; opakované léčby pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek a jejich předčasné ukončení, vyšší výskyt rizikových forem aplikace či zdravotních potíží spojených s užíváním drog. Rubášová et. al (2015) popsala, vzhledem ke komplikujícím charakteristikám osob s ADHD

v léčbě, závažnou adiktologickou anamnézu, vysokou míru potíží v oblasti školní a psychické od dětství, současné psychické a psychiatrické komorbidity osob s nutností medikace a závažnější osobnostní charakteristiky. Miovský, Čablová a Kalina (2013) popisují u osob s ADHD snížené adaptační mechanismy, potíže v sociálních dovednostech a odlišné způsoby behaviorálních vzorců na základě symptomatologie a snah vyrovnávání deficitů osobnosti. Autoři zároveň zdokumentovali vysoký výskyt velmi časných ukončení léčby u osob s ADHD, velmi časný začátek zkušeností s nelegálními návykovými látkami. Uvedená zjištění o osobách s ADHD a adiktologické problematice potvrzují i výše uvedené studie. Hlavní výzkum provedený v TK v ČR (Miovský et al., 2020) navazující na předvýzkumná zjištění ukázal, že prevalence ADHD u osob v TK je v porovnání se všeobecnou populací na vysoké úrovni; osoby s ADHD měly v léčbě i signifikantně vyšší výskyt ostatních problémů. Psychiatrické symptomy a závažnější psychiatrický profil byl mezi osobami s ADHD v léčbě na daleko vyšší úrovni v porovnání s klienty bez ADHD. Byl prokázán daleko nižší smysl pro koherenci ve všech sledovaných oblastech u osob s ADHD. Autoři poukázali na fakt, že osoby s ADHD vykazují na základě symptomatologie signifikantní predikci k mentálním potížím i nízkému smyslu pro koherenci.

Na základě popsanych zjištění o ADHD z hlediska motivace, výskytu závažného patopsychologického i adiktologického profilu a prediktorech výsledku léčby byla předkládaná studie zaměřená k ověření hypotéz vycházejících z teoretických poznatků současných výzkumů. Study IV. navazující na předvýzkumná zjištění a součást hlavního výzkumného projektu sledovala stav motivace osob s ADHD při vstupu a v průběhu léčby v TK a míru výskytu potíží z hlediska adiktologického a patopsychologického profilu. Jak bylo uvedeno výše, existuje předpoklad o vysoké motivaci osob se závažnějším profilem na začátku léčby zároveň předpoklad negativní progrese motivace v procesu léčby a vliv profilu na efektivitu léčby.

4.1.1 Motivace k léčbě - specifika adiktologické klientely a osob s ADHD

Motivace a proces změny

Motivace je popisována jako stav, který je dynamický a nelze jej vnímat jako pevné stanovisko dané osoby. Motivace se v rámci adiktologie propojuje s motivačními rozhovory, jejichž cílem je podpora interní motivace osob ke změně v rámci behaviorální roviny. Motivace, která je popisována jako stav kolísající, tedy stav zvyšování či snižování aktivity jedince, je v průběhu motivačních rozhovorů dávána do pohybu žádoucím směrem změny. Na základě popsanych procesů změny jsou voleny kompetentní strategie, které intervenují ke zvýšení a zlepšení stavu motivace či jejího udržení (Kalina et al., 2015). Motivační rozhovory jsou základní intervencí napříč adiktologickým kontinuem péče a představují stěžejní prvek pro profit klienta nejen

z léčby, ale i z intervencí k jeho osobě (Harm Reduction strategie). Postupným vývojem v oblasti adiktologie došlo od odklonu stereotypního nazírání na motivaci jako stav klienta, který je výhradně v jeho kompetenci. Současný model motivaci chápe jako cyklický proces, který lze ovlivnit v jakékoliv jeho části. Do popředí pozornosti se tak dostávají odborníci oboru a jejich intervence, které mají klientovi pomoci, aby byl motivován ke změně před úplnou ztrátou své důstojnosti či, aby byl pohled na změnu adiktologických osob optimističtější ve smyslu, že změna je možná vždy (Prochaska a Norcross, 1999; Miller a Rollnick, 2003). Cyklický model změny či kolo změny dle autorů uvažuje o existenci šesti stádií motivace a přináší možnosti nové péče o osoby se závislostí či s problémy v oblasti sebemotivace a udržení motivace v žádoucím poli. Uvedená literatura popisuje stádium prekontemplace (často u osob v Harm Reduction službách), kontemplace, rozhodování, akce (spojené s nástupem např. do léčby, svévolným vysazením či vyřízením občanského průkazu) a stádium udržování. Ke stádiu udržování patří dle modelu výstup do stádia trvalé změny a možnost zvrácení motivace z oblasti udržování změny (bez časového ohraničení) do stádia relapsu, které pak nasedá na stádium kontemplace a celý model se cyklicky opakuje s novými zkušenostmi. Práce s motivací u adiktologické klientely je řízena základními požadavky jako jsou přiměřenost intervencí, aktivní působení a absence demoralizace klienta (Kalina et al., 2015). Motivace k léčbě je dle modelu ETRP (Essential Treatment-Related Perceptions) vztažena ke čtyřem oblastem škály CMRS (De Leon, 2000), která se ukazuje jako významný prediktor úspěšnosti retence v léčbě (Soyez et al., 2006; De Leon, 2010). U osob v léčbě sleduje vnější okolnosti léčby, stav vnitřní motivace, připravenost klienta k dané léčbě a vhodnost daného typu služby pro konkrétního jedince.

Základní okolnosti léčby dle De Leona, (2000) v položce Circumstances, tvoří oblasti a důvody, které vedly k vyhledání léčby. U osob s ADHD a SUD mohou být okolnosti vyvolané nejen vnějším tlakem, ale i dlouhodobostí obtíží spojených s komorbiditou ADHD a SUD či komplexem potíží v biopsychosociální rovině. Základním propojením je osobní přesvědčení o nutnosti léčby k možnosti návratu do běžného života s řešením abúzu návykových látek. Základní psychopatologická porucha ADHD (stejně jako jiné primární psychiatrické diagnózy) není stěžejní k vyhledání odborné pomoci i přes jasné propojení mezi symptomatologií a negativními důsledky v životě klienta. Motivace v oblasti Motivation dle CMRS představuje komplex motivace vnitřní a vnější motivace, kterou de facto popisuje položka okolnosti. Vnitřní motivace osob k léčbě je pak buď pozitivně laděná ve smyslu zisku benefitů z abstinence a životní změny či negativně ve smyslu ztráty (těžké odvykací stavy a jejich ztráta, zbavení se negativních pocitů). U adiktologické klientely se často roviny pozitivní a negativní motivace propojují. Oblast připravenost k léčbě pod kolonkou Readiness tvoří stěžejní oblast společně s motivací; připravenost klienta k léčbě znamená zvnitřnění léčby jako jediné jeho možnosti k zisku stanovených změn a cílů.

Klient si zvolil, že neexistuje jiná varianta pro něj možná. Vhodnost léčby jako Suitability se vztahuje k indikačnímu spektru dle APA a dobře provedenému matchingu. Vhodnost léčby znamená zvažování limitů na straně klienta i na straně programu; vhodnost časovou, místní i preferenční. Motivační intervence a techniky dle metaanalýzy Hettema & Hendricks (2010) dokládají klinickou účinnost jejich aplikace v praxi. Dle Gossopa (2009) využívání motivačních technik v kombinaci s jinými intervencemi zvyšuje efektivitu léčby a je indikováno zejména v případech klientů s výskytem psychiatrických symptomů, kde bylo zlepšení v léčbě prokázáno.

Specifické oblasti motivace – adiktologický kontext

Specifika motivace adiktologické klientely a obecně PWUD vycházejí z neurobiologie závislosti a podstaty motivů užití návykové látky. Pokud Frouzová (2003) popisuje tři základní motivační pohnutky vedoucí k abúzu návykových látek, lze z nich vycházet jako z primárních příčin, které u daného jedince rozvíjejí neurobiologický mechanismus závislých vzorců. Autorka popisuje motivaci užití na úrovni psychické struktury, kde je primárním hybatelem snaha ulevit si a vyhnout se nepříjemným či negativním vnitřním stavům. U osob s ADHD by hybatelem v oblasti psychické struktury mohla být snaha úniku od negativních vnitřních stavů (deprese, úzkosti, roztržitost, nuda...). Druhým motivem k užití je jmenována úroveň socializace, kde si u osob s ADHD lze představit snahu o začlenění se do skupiny a touhu po sounáležitosti; být uznán a získat významnější status. Třetím motivem je úroveň hledání rozměrů existence lidského bytí a spirituálního rozměru.

Výsledkem prvního setkání s návykovou látkou nejen u osob s ADHD může být vyladění se na akutní účinky látky a zážitek zisku z primárního motivu užití (únik, zlepšení, začlenění...). Na základě neurobiologie látkových závislostí dochází ke změnám v oblasti ventrálního striata (nucleus accumbens) a ve výdeji dopaminu; základní osa systému odměny přes ventrální tegmentální oblast až po propojení s prefrontálním kortexem je charakterizována anatomicky a funkčně zvyšováním libého pocitu z přirozených zdrojů odměny na základě výdeje dopaminu v nc. accumbens. Návykové látky jako umělý zdroj extrémního zdroje libosti a vysokého výdeje dopaminu způsobují aktivaci příbuzných systémů okruhu odměny (systémy paměti, extrahypotalamický CRF a hypotalamo-pituito adrenální systém jako stresové systémy, prefrontální kortex a kortiko-talamo-striální smyčka). Pokud je akutní efekt drog charakterizován vysokým výdejem dopaminu, pak se v dalších stádiích projevují změny charakteristické dlouhodobé expozici mozkových struktur návykové látky (Dvořáček, 2008). Stádium závislosti je charakterizováno neurobiologickými změnami na celulární úrovni glutamatergní transmisy z prefrontální části kortexu do ventrálního striata. Jak uvádí Kalivas a Volkow (2005) jde o typické hyperaktivní změny nalezené u klientů s obsedantně kompulzivní poruchou. Systémy odměny jsou silně propojeny

s behaviorální rovinou jedince a to na základě motivace chování, kdy rozšiřují motivační úroveň o dřívější zkušenosti a výsledky; motivace spojená s předchozí zkušeností a ziskem odměny se tak stává vysoce naléhavou a intenzivní (Pokorný, 2012). Uvedená zjištění korespondují s deficitem v motivační oblasti u SUD a tendencemi k zisku rychlé odměny, která je často nepřirozená a extrémní vzhledem k neurobiologické podstatě.

Specifika motivace u osob s ADHD a adiktologický kontext

U osob s ADHD je motivační deficit primárně způsoben poruchou v oblasti mozkových struktur; psychostimulačním efektem je dosaženo zvýšení dopaminergní transmise a výdeje dopaminu v oblasti synapsí (Sadock & Sadock, 2011). Hypoaktivita v oblasti kortikálního systému (dopamin) byla u osob s ADHD prokázána v částech prefrontálního a frontálního laloku, které odpovídají za individuální schopnost plánování behaviorálních vzorců, za kognici; byl prokázán deficit v oblasti fronto-cerebrálního systému a struktur mozku spojených se systémem odměn, motivačními specifiky a i provázanost s deficitem exekutivy (Fiala & Drtílková, 2015; Shaw et al., 2007). Motivační deficit na základě neurobiologické podstaty ADHD pak popisuje řada studií (Volkow et al., 2011; Cubillo et al., 2012, Barkley, 1997). Bylo zjištěno, že motivační deficity u osob s ADHD přetrvávají jako neurofunkční porucha i v dospělosti společně s deficitem pozornosti (Cubillo et al., 2012); deficit je popsán jako multisystémový a dle autorů přetrvává po celý život na základě abnormalit ve fronto-kortikálním a subkortikálním systému, které jsou zodpovědné za kontrolu a motivaci. Pro osoby s ADHD je typická reakce na vnější podněty, které jsou spojeny se ziskem okamžité odměny a tedy i s okamžitou motivační odpovědí na vykonanou aktivitu; uvedené zjištění implikuje k aktivnímu přístupu k osobám s ADHD (Gordon, Lewandowski & Lovett, 2015). Motivace je podle neurologických výzkumů zřejmým deficitem u osob s ADHD a propojuje seberegulaci arousalu a sebemotivaci; emoce-motivace-arousal jsou popsány, dle Barkleyho (2015), jako jeden komplex, který u osob s ADHD značí souvislost mezi mírou impulzivity emoční složky ve vztahu k okolí s mírou motivace a arousalu ve vztahu k vnějším podnětům. Další oblastí, která motivaci u osob s ADHD ovlivňuje (vyjma SUD), je problematika komorbidního zatížení. U mnoha psychiatrických diagnóz je popsán deficit v motivaci a exekutivních funkcích; ADHD, které je typické výskytem vysoké prevalence přídatných psychiatrických symptomů, je tedy vzhledem k motivační složce vysoce zatížené. Studie popisují například deficity u depresivní a úzkostné poruchy (Knouse, 2015; Humphreys, & Revelle, 1984), schizofrenie či poruch příjmu potravy (Barrowclough et al., 2001; Fervaha et al., 2017; Vall & Wade, 2016; Thaler, 2016).

Motivací k léčbě konkrétně u osob s ADHD v TK v ČR se zabývala Zvingerová (2016), která testovala hypotézy ve vztahu k ADHD. Autorka došla k závěru, že při

vstupu do léčby měly osoby s ADHD v porovnání s kontrolní skupinou míru motivace na nižší úrovni, ale nebyla potvrzena statisticky významná nemotivovanost k léčbě. Uvedené zjištění koreluje se zjištěními o motivaci adiktologické klientely s komorbidním zatížením při začátku léčby. Ukazuje se, že pokud osoby do léčby nastoupí, je motivace k léčbě (čas před nástupem do léčby) v podstatě velmi dobrá; jak je uvedeno výše, kolísání motivace se objevuje v procesu a váže se na profil daného klienta. Autorka nepotvrdila kolísání motivace v čase kvůli absenci dat a nízké retenci klientů v léčbě, což může svědčit pro zjištění o změnách v motivaci. Zvingerová (2016) zároveň popsala statisticky významný vliv některých potíží klientů na motivaci - jednalo se zejména o celkové skóre dotazníku SCL-90 a CHQ (Change Questionnaire); výsledky ukázaly na vazbu mezi hostilitou, vztekem a paranoiou k míře motivace. Osoby s ADHD dosahovaly vysokých skóre v míře psychopatologie v porovnání s jedinci bez ADHD; byl popsán negativní vliv výsledného skóre SCL-90 na stav motivace. Dále byl popsán vliv právních problémů na motivaci (čím více, tím nižší), vliv pracovních potíží (pozitivní korelace) a bydlení (spolužití s jiným uživatelem či uživateli negativně ovlivňuje motivaci ke změně).

Vzhledem k efektivitě léčby a retencí osob v léčbě je motivace vnímána jako podstatný faktor. Jak bylo uvedeno a popsáno v rámci kapitoly 2 a 3; osoby s ADHD vykazovaly v rámci předvýzkumu vysoký počet early a drop out z léčby v porovnání s kontrolní skupinou. Podobná zjištění uvádí i Zvingerová (2016), kdy na základě vysokého počtu předčasných ukončení léčby osob s ADHD nebylo možné ověřovat hypotézy o motivaci v procesu léčby.

4.1.2 Modely úzdravy a specifické potřeby u osob léčených v terapeutických komunitách – ADHD specifika

Úzdava a změna z pohledu paradigmat

Úzdava v kontextu adiktologické klientely léčené pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek představuje velmi široký pojem. Úzdava klienta léčeného v terapeutické komunitě se shoduje s významem termínu přijatelná změna. Ačkoliv je v povědomí společnosti a v jejím očekávání plná abstinence a fungování v rámci pravidel a řádu společenských norem, ne vždy je uvedená cesta tou správnou a hlavní. Abstinence je v současnosti adiktologické léčby vnímána jako cesta, nikoliv jako jediný cíl. Proces úzdravy a termín úspěšné léčby a změny tak mají velmi široké dimenze. Úzdava a změna mohou znamenat v individuální rovině nejen očekávanou abstinenci, ale i výsledky, které jsou vzhledem k intervencím léčebného působení považovány za uzdravné, efektivní a měnící dosavadní životní styl. Ve výčtu se objevuje snížení míry užívání návykových látek, kontrolované užívání, zlepšení vztahů s rodinou či přáteli, zapojení se do fungování v rámci společenského života, získání stabilnějšího

sociálního postavení, snížení kriminality či změny týkající se zlepšení zdravotního stavu. Často u osob absolvujících léčbu pozorujeme prolínání životních změn z více oblastí i přes to, že nesplňují podmínky plné abstinence. Změna, které však po léčbě dosahují a kterou jsou schopni udržet, je oproti stavu před nástupem do léčby natolik významná, že nelze hovořit jinak, než o významném efektu léčby klienta.

Základní modely údravy adiktologické klientely vycházejí z paradigmat vysvětlujících vznik a rozvoj závislého chování. Současně uznávaným přístupem a paradigmatem v oblasti adiktologie je biopsychosociální model (komplexně se složkou spirituální), který navázal na zastaralé přístupy v oblasti závislostních poruch. Jedním z nich je výklad závislosti dle morálního paradigmatu (úpadek osobnosti a morální pokles); platné zůstávají veřejnozdravotní paradigmat (ochrana společnosti před škodlivými účinky abúzu návykových látek) či psychologická opírající se o rozličné koncepce vzniku závislosti podle jednotlivých směrů. Sociální paradigma dává do kontextu vliv okolního prostředí na abúzus drog; často je spojováno s psychologickým aspektem jako sociálně-psychologické paradigma. Neurobiologické paradigma uznávané zejména v oblasti medicíny vysvětluje závislost jako onemocnění, které je chronické s tendencí k opakované recidivě (člověk není schopen plné údravy); závislost postihuje nejen systémy odměn, ale i motivaci jedince a kognitivní složku. Jak uvádí Kalina (2015) je neurobiologické paradigma díky vědecky podloženým důkazům o změnách v neurobiologii mozku zásadním paradigmatem, které umožnilo odklon od morálního vzorce nahlížení na závislé chování a rozvoj v oblasti adiktologické péče.

Biopsychosociálně-spirituální model (BPSS) a jeho vliv na potřeby jedince v léčbě

Biopsychosociální (BPS) paradigma je vyústěním dlouhodobého vývoje hledání teoretických konceptů a přístupů k lidem s duševním onemocněním, nejen z oblasti adiktologie. WHO (World Health Organization) přišla s novým pohledem v sedmdesátých letech a umožnila tak odklon od stigmatizace osob s duševním onemocněním a současně na základě diagnostických kritérií syndromu závislosti k uznání závislosti jako nemoci. Základní teze BPS modelu popisuje vznik a rozvoj poruch způsobených užíváním návykových látek jako interakci jednotlivých složek celistvé lidské bytosti. Kalina et al. (2015) odkazuje k vysvětlení pomocí integrativních teorií, kde je zásadní nejen interakce vnitřním prostředím, ale i mezi ním a vnějším. Interaktivní teorie obecně vysvětlují závislost pomocí tzv. COM-B modelu (Capability, Motivation, Opportunity- Behaviour), kdy klíčovou složkou je M (West & Brown, 2013) ovlivňující etiologii a patogenezi vzniku a rozvoje určitého chování. Motivace se tak ukazuje jako klíčová složka ovlivňující celý proces od vzniku, po udržování a ukončení závislosti až k trvalé změně. Pokud se budeme soustředit na motivy, které vedou ke vzniku a rozvoji adiktologických problémů, lze definovat tři základní motivy

ve vztahu k chemickým a procedurálním vlastnostem návykových látek. Jak popisuje Kudrle (2008), jde o motiv vyhnout se bolestem na úrovni těla i psychiky či motiv zklidnění; motivační pohnutky s cílem zisku energie a výkonnosti či potlačení studu a euforizace a motiv cílený na zkušenosti transcendence, sebezpřesahu či poznání duchovních hodnot. Uvedené motivy k užívání návykových látek nejsou komplexní; základ pro složitost důvodů, které vedou k abúzu, může představovat základní schéma Maslowa a jeho hierarchie potřeb (McLeod, 2007). Od bazálních fyziologických potřeb může prvotní setkání se s návykovou látkou souviset s podáním drogy na základě žízně či potřeby zahnat hlad; zde již dochází, kromě prvního setkání se, k propojení individuálních vlastností jedince a odpovědi organismu na tuto zkušenost; přes potřeby bezpečí, sounáležitosti, uznání až po kognitivní, estetické a seberealizační může docházet k individuálním motivům vedoucím k užití návykové látky. Pokud sledujeme hierarchii potřeb od spodu k vrcholu, zjišťujeme, že motivy k užití návykových látek často přicházejí s neschopností sytit potřeby na vyšší úrovni. Maslowova hierarchie potřeb propojuje klíčové oblasti BPSS (bio-psycho-socio-spirituálního) modelu v léčbě a vysvětlení modelů závislého chování; stejně tak ukazuje základní a specifické potřeby, které je nutné zohledňovat napříč složkami péče. BPSS model je popisován nejen jako paradigma vysvětlující vznik a rozvoj závislého chování, ale i jako koncept určující základní složky potřeb člověka jako celistvé bytosti. Specifické zaměření se na potřeby adiktologické klientely uvedené paradigma velmi dobře zvýrazňuje. Jelikož se používá v oblasti duševního zdraví jako základní model, lze jej velmi dobře aplikovat i na osoby s duálními diagnózami či psychiatrickou komorbiditou. BPSS model je aplikovatelný na celou oblast adiktologické péče od primární po terciární prevenci (podrobně Kudrle, 2008); v poslední době se setkáváme i s pojmem prevence kvartérní.

Biologická oblast je popisována jako základní složka člověka, kdy je v popředí jeho potřeba péče o sebe sama a uspokojování základních potřeb (jídlo, pití, spánek, potřeba hygieny); péče o celkové fyzické zdraví a pohodu, předcházení nemocem či včasné léčení nemocí a handicapů jedince. Specifické potřeby u adiktologické klientely představují v léčbě znovuoobnovení základních návyků spojených se zajištěním těchto potřeb, uvědomění si významu a hodnoty svého zdraví a fyzické pohody a přiměřená starost o zdravý životní styl; často se v léčbě setkáváme s nutností řešit důsledky poškození zdraví zapříčiněné abúzem návykových látek. U osob s ADHD do biologické oblasti kromě specifických potřeb adiktologických spadají i potřeby specifické pro symptomatologii ADHD; jedná se zejména o problém spánkové hygieny a kvalitního odpočinku, schopnost kompenzace výkonového tempa pasivními činnostmi a vysoký zisk náhledu na specifické projevy poruchy a jejich zohlednění v denním životě (péče o stravu, kvalita stravy, vhodnější potraviny vzhledem k potížím v oblasti spánku a soustředění, pozornosti).

Psychologická složka modelu odkazuje na příčiny vzniku související s psychologickými aspekty daného jedince. Jako základní jsou popisovány nejen

vývojové faktory a proces zrání, ale i stabilní prožívání nudy, neschopnost tvorby vlastního programu, potíže s akceptací a udržováním hranic, nízké sebe složky (-pojetí, péče, hodnocení, uvědomění...) a potíže s otevřeností v komunikaci. Doprovodným konceptem jsou pak problémy v oblasti duševního zdraví a různorodé potíže v oblasti psychiky, které mohou vést k sebemedikaci a úniku před negativními vnitřními stavy a ke snaze o jejich zvládnutí. U adiktologických klientů jsou v rámci léčby zohledňovány nejen specifické potřeby související s rozvojem jejich osobnosti a složkami já, ale i specifické potřeby a dovednosti k vytváření interakce mezi já a okolním světem. Často se v praxi objevují psychické potíže vzniklé jako důsledek traumat v době užívání, či se otevírají stará traumata, která byla zapomenuta (znásilnění, zneužívání...). Psychické potřeby opět narážejí na tu nejvyšší z Maslowovi hierarchie potřeb a cílí k plné seberealizaci klienta a využití jeho vlastního zdravého potenciálu pro svůj život. U osob s ADHD jsou specifické potřeby propojené s psychickými deficity spojenými se symptomatologií poruchy. Základem pro osoby s ADHD je znalost vlastních limitů a omezení v oblasti duševního zdraví a jejich kompenzace účinnými copingovými strategiemi. Pro osoby s ADHD jsou specifické potřeby soustředěny do řešení komorbidních potíží, výskytu deficitů v exekutivních funkcích a v behaviorálních vzorcích. Léčba v rámci integrovaného modelu v terapeutické komunitě nabízí řešení závažnějších potíží psychofarmaky a specializovanou psychiatrickou péčí. Osoby s ADHD často vykazují potřeby spojené s individuálním přístupem, který v oblasti psychiky souvisí i s přizpůsobením náročnějších úkolů na kognici jejich schopnostem a možnostem. Rizika předčasného opuštění léčby by měla být vzhledem k vyšší míře potíží zvládat zátěžové situace zohledněna. U adiktologických ADHD klientů je stěžejní zohlednit specifika zvládnutí stresu, zvyšování frustrační tolerance, motivačních deficitů, potíží v komunikaci a izolování se od kolektivu či problematického vnímání sebe sama v rámci společnosti.

Sociální oblast BPSS modelu je z hlediska rizik pro rozvoj abúzu vysvětlována zejména polem rodinného systému, nižším sociálním statusem, vyčleněním z kolektivu či problémy v rámci začleňování se do skupin, specifickou odlišností (vyznání, národnost, rasová odlišnost) či nedostatečnou vazbou k širší společnosti a jejím normám. U adiktologických klientů v léčbě představuje sociální složka velmi klíčovou komponentu; základní potřebou je obnova kontaktů a vztahů s původní rodinou a zlepšení blízkých vztahů. Klienti uvádějí potřebu navazovat nové kontakty s bezpečným sociálním okolím a budují si zpětně sociální postavení a pozici. Základní potřeby v léčbě souvisejí s prací na sociálních schopnostech a dovednostech, na schopnostech fungování v rámci pravidel a řádu, na zlepšování komunikačních a interpersonálních dovedností. Klienti v léčbě jsou vedeni k vyšší četnosti střetu v rámci mezilidského kontaktu, k zisku specifických návyků potřebných ke zvládnutí pracovního procesu a zisku potřeb spojených s plánováním a využíváním sociálních zdrojů. U adiktologické klientely s ADHD stojí sociální potřeby na specifických

deficitech dané osoby; jedná se zejména o zvládání sociálních kontaktů a řešení krizových i běžných vztahových situací účinnějšími strategiemi (absence agrese, hostility či limitování impulzivního chování).

Spirituální rozměr modelu odkazuje na základní lidskou potřebu vlastního smyslu životního konání a dění, na duchovní a duševní rozměr lidské existence a podstaty lidského bytí. Jako rizikové vzhledem k rozvoji závislosti jsou popsány stavy se zaměřením se na hmotné statky, absence uspokojení z nemateriálních zisků, honba za požitky; u osob se závislostí bývá popisována absence potřeby seberozvoje vnitřního já a naslouchání vlastnímu já. Existuje zde odklon od autorit, kde je přirozeným a zcela zřejmým dojmem vnitřní krása a hodnoty. V současné době narážíme v souvislosti s rozvojem závislého chování na problémy moderní doby, kdy chybí přirozené rituály přechodu z vývojových období a nahrazují je nejasné či nezřejmé přechody. Současný styl života podporuje materiální zisky, jejich hromadění a odklání od duchovních hodnot jedince, které nahrazuje povrchními a často velmi pomíjivými věcmi. Specifické potřeby u adiktologických klientů v léčbě souvisejí s hledáním a nalézáním vlastního já, stejně jako přesahu duchovních hodnot mimo identitu já. Objevují se potřeby vyplnění prázdného místa vznikajícího s honbou za povrchními hodnotami, potřeby spojené se silnými prožitky, které přináší zkoumání a zabývání se vlastním já i v kontextu propojení se světem a kolektivním vědomím. U osob v léčbě je specifickou potřebou často snaha o rozdělení vlastního rozhodnutí o změně životního stylu na vyšší duchovní úrovni a to tak, aby byly schopné unést tíhu stávající situace a zároveň cítily silnou podporu přesahující jejich schopnosti a možnosti. Osoby s ADHD v léčbě na základě symptomatologie a časté absence zabývání se vlastním já a sebeexplorací vlastních pocitů nejsou v uvedené oblasti výjimkou. Naopak vzhledem k potížím, které jim přináší nasedající komorbidity a primární onemocnění, vykazují silnou potřebu více rozumět vlastní identitě a svému místu v okolním světě. Nalezení smyslu života pro osoby s ADHD v komorbiditě se SUD a jinou osobnostní psychopatií je stěžejní pro schopnost dosažení trvalejších změn v jejich životě (volně dle Kudrle, 2008).

Specifické potřeby adiktologické klientely v léčbě – satiterapeutický koncept

Potřeby adiktologické klientely v léčbě souvisejí nejen s komplexním přístupem v oblasti návykových poruch a BPSS modelem, ale jsou velmi dobře aplikovatelné i na základní teorie satiterapie související s životními oblastmi zásadními pro zdravé fungování. Satiterapie v rámci konceptu čtvera zakotvení poukazuje na nutnost vědomého vnímání vlastního psychotopu a vlastních potřeb v rámci fungování ve světě (Frýba, 1991; 1996). Jak poukazuje i Hillman a Ventura (2016), není možné dospět k plné úzdavě člověka, pokud se budeme zabývat pouze jeho vnitřním světem a nepropojíme psychotop s existencí reálného vnějšího světa. Satiterapie nabízí možnost, jak pochopit a uchopit potřeby každého jedince pro zvládání a fungování

v rámci denního pořádku a celého života; nejen v krizových situacích. Pokud propojíme adiktologickou klientelu v léčbě v rámci TK s principy metody čtyř kotev, v Satiterapii získáme základní rámec potřeb, které by v rámci intervencí a procesu uzdravy měly být zohledněny. Teorie čtyř kotev rozděluje vnitřní život jedince (psychokosmos) na uvědomění čtyř základních oblastí, které odrážejí normální a základní lidské potřeby v životě. První kotvou je zakotvení tělesné, následuje zakotvení v rámci motivace, v interpersonálních vztazích a zakotvení institucionální (Frýba, 1996; Hájek, 2002). Tělesné zakotvení ukazuje na základní potřebu a schopnost vnímat aktuální potřeby fyzické, aktuální stav těla a jeho bytí v přítomnosti. U klientů v léčbě jde o potřeby odrážející bazální vrstvu Maslowovy hierarchie potřeb a zároveň citlivější naslouchání vlastnímu tělu a jeho potřebám. U osob s ADHD jde pak o pochopení potřeb těla v rámci rozličné symptomatologie a schopnost uspokojovat potřeby v souladu se zdravým životním stylem i v souladu se specifickými nároky vyvolanými poruchami spánku, nepozorností, potížemi v oblasti udržení běžných zvyklostí.

Zakotvení motivační odráží základní lidskou potřebu v životě; tedy být motivován či směřovat k vytyčeným životním cílům. Satiterapie zde využívá mnoho technik k plnému uvědomění si osobních potřeb ve svém životě a člení cíle do jasných a časově ohraničených období. Motivace v Satiterapii jako v jiných terapiích představuje základní motor pro aktuální stav a konání. U osob v léčbě v TK se často setkáváme s nejasnou či nezřejmou motivací k léčbě či neschopností plánovat vlastní život do budoucna; tělesně zakotvené prožívání a uvědomění si sebe v rámci širokého prostoru a svých potřeb, je vzhledem ke zmatku, který je prožíván, velmi důležité. Adiktologická klientela vykazuje potřebu ujasnění si vlastních životních cílů a priorit, znovupostavení si žebříčku životních hodnot a potřebu zisku jasnější vize o budoucím směřování na základě aktuální skutečnosti. U klientů s ADHD v léčbě v rámci TK je motivace a její zohlednění podstatným faktorem ovlivňujícím celý léčebný proces a výsledky daného klienta. Pokud osoba s ADHD do TK nastupuje s cílem řešení potíží ve spojitosti s užíváním návykových látek je motivace ve smyslu primární problematiky a přídatné symptomatologie velmi podstatná. Kromě motivačního zohlednění SUD a ADHD by měla být základní zohledněnou potřebou individualita klienta a jeho konkrétní motivační zaměření do budoucna. Satiterapie umožňuje velmi jasné nastavení individuálních preferencí a tím i motivaci vzhledem k určitým časovým úsekům. Strukturované stanovení cílů a motivačního úsilí může u osob s ADHD v léčbě pomoci k lepším výsledkům v rámci intervenčního působení a ladění individuálního plánu napříč léčebnými fázemi komunity.

Zakotvení ve vztazích je popisováno jako klíčová oblast propojující potřeby tělesné, psychické a sociální. Zakotvení ve vztazích v rámci Satiterapeutického výkladu pracuje nejen se vztahy blízkými a bazálními (rodina, přátelé, kolegové, blízké sociální okolí), ale i se vztahy v rámci celé společnosti a světa (kontext přesahuje sebe sama a kolektivního vědomí rozšířený na všechny bytosti i s mystickým odkazem).

U adiktologických klientů v léčbě v TK se objevuje problém dlouhodobého zakotvení v rámci uživatelské subkultury a rozpad bazálních vztahů; v rámci společnosti jsou vztahy vnímané negativně. Klienti v léčbě přicházejí se stigmatizující nálepkou, jsou odstrčeni od participace na společenském životě a nemají dobrou představu o svém možném znovuzачlenění. Základní potřebou klientů v léčbě je reparace a obnova kontaktů s rodinou (primární či sekundární); obnova fungování ve vztazích, které mají rostoucí a posilující potenciál ke zdraví. Osoby v TK procházejí sociálním vakuem při přechodu z drogové scény k vytvoření vlastní mezilidské vztahové sítě a ukotvení v rámci vztahů. Terapeutická komunita nabízí primární bezpečnou kotvu ve vztazích, které mají terapeutický potenciál, které jsou bezpečné a čitelné. Klienti v léčbě zjišťují, že kotva v mezilidských vztazích přináší důležité a zapomenuté hodnoty (pravdomluvnost, čestnost, spolehlivost, pomoc, podpora aj.), které v rámci kontaktů na drogové scéně zcela změnily svůj charakter a staly se pokřivenými. Specifickou potřebou kotvení v mezilidském kontaktu je nalezení stabilních a fungujících vztahů a schopností jak tyto vztahy udržovat a rozvíjet. Terapeutická komunita klientům přináší rozvoj sociálních a komunikačních dovedností; pravidla, režim a řád vedou k zisku dovedností aplikovatelných na život mimo chráněné léčebné prostředí. Osoby s ADHD, které vykazují vyšší míru komplikací v oblasti mezilidských vztahů (izolace, nízká oblíbenost kolektivem, potíže v navazování vztahů a kontaktů, nestabilitu ve vztazích), mají díky primárnímu deficitu potřebu saturace mezilidského kotvení velmi nenasyčenou. Léčebné působení v rámci komunity může osobám s ADHD přinést terapeutický vztah, zkušenosti z fungování v rámci skupiny a zisk základních účinných faktorů úzdravy skupinové terapie i komunity (koheze, přijetí do komunity, Hawthornský efekt aj.).

Zakotvení v rámci institucí představuje dle Satiterapie základní lidskou potřebu někam patřit, být součástí něčeho a mít možnost být zachycen v případě krize. Satiterapie odkazuje na význam institucí v lidském životě i z důvodu provázanosti se světem a pro rozvoj individuálních osobních cílů v životě. Instituce mohou představovat organizace pracovní, kulturní, společenské; patří sem instituce zájmové, dobrovolnické či státní a úřední. Dle teorie Satiterapie je zásadní, že pokud selžou ostatní kotvy (vyjma tělesného), může institucionální zakotvení člověka podržet a pomoci zvládnout krizi či nelehkou životní situaci. U adiktologické klientely v TK se často setkáváme s absencí institucionální podpory; klienti během aktivního abúzu nerozvíjejí vlastní zájmy, neúčastní se společenského života a často nepracují ani nejsou evidováni v rámci úředních institucí. Minimální kotvou před léčbou (ne u všech osob) je kontakt s nízkoprahovými institucemi, který je ze své podstaty často velmi omezený a nepředstavuje stabilní možnost pomoci v případě nečekaných životních událostí. Pro adiktologické klienty v terapeutické komunitě může rezidenční léčba představovat první stabilnější institucionální zakotvení, kterým začíná rozšíření na potřebné a blízké instituce (lékařské instituce, úřad práce, ambulance specialistů, dobrovolnické spolky

aj.). Základní potřebou, která se u klientů v léčbě objevuje, je potřeba znovunabytí schopnosti důvěry v instituce a jejich potřebu pro život; společně s tím jde potřeba náhledu na vlastní zodpovědnost a zabezpečení zákonem uložených povinností. Adiktologičtí klienti často vykazují potřeby související s hledáním nových zájmů a životních hodnot k vyplnění vlastního času; hledají či obnovují zájmy. Pracovní návyky a potřeba finančního výdělků jde ruku v ruce s institucionálním zapojením, které je podporováno již během léčby. Klienti z terapeutické komunity odcházejí s dobrým základem pro navazování a napojování na další instituce v jejich životě. Specifické potřeby osob s ADHD v léčbě kopírují potřeby adiktologické klientely se specifickým zřetelem na primární deficity vyvolané symptomy poruchy. U osob s ADHD jde zejména o potřebu učit se zvládat a organizovat vlastní čas a úkoly, potřebu napojení na specifické instituce zajišťující podporu či léčbu těžší psychopatologie a podporu v rámci následné péče.

Možné pohledy na specifika ADHD osob a úzdavu

Specifické potřeby adiktologické klientely v léčbě souvisejí nejen s konkrétními teoretickými modely vzniku a rozvoje závislostních poruch či životního fungování, ale i s individuálním profilem daného jedince a specifickými z oblasti anamnestických dat. Osoby s ADHD se SUD jsou vzhledem k potřebám v léčbě zvláštní skupinou, kde je nutné zohledňovat komplexnost a složitost dalších komorbidit a individuálních deficitů. Možnost přístupu ke klientům se SUD v rámci léčby v TK nabízí různé pohledy vzhledem k integrovaným léčebným modelům úzdavy. Tedy modelům, kde se současně věnuje pozornost adiktologické problematice i psychiatrickým diagnózám. V případě osob s ADHD a komorbiditou SUD se jako velmi účinné ukazují přístupy KBT, kdy jsou zohledňovány specifické deficity a potřeby osob s ADHD. Kalina (2018 in Miovský et al., 2018) upozorňuje na fakt, že i když jsou techniky KBT v daném případě prokázány jako účinné, je nutné zohledňovat jejich implikace k individuálnímu přístupu a ne ke skupinové terapii, která je pro TK s těžšími problémy. Uvedené konstatování souvisí s poznatkem integrované léčby o možnostech individualizace procesu pro klienta, avšak pouze do určité meze; vysoká míra individualizace léčby může v konečném důsledku klienta zejména poškodit nejen na základě reakce skupiny (Kalina a Vácha, 2013). Jeden z modelů, který umožňuje v rámci terapeutických intervencí zohledňovat potřeby osob s ADHD je model z KBT, který je uveden v principech léčby ADHD pod termíny multimodální způsob léčby. Tento model popisuje Kalina (2018 in Miovský et al., 2018) podle Lazarusova schématu s akronymem BASICID. Zaměření se na specifické potřeby osob s ADHD v rámci terapie je dle odborné literatury typické zejména pro oblast BCD, minimálně se využívá oblast motivačních intervencí, práce s imaginací či vztahové rozvíjení a sociální dovednosti (Manos, 2013). Dle uvedeného akronymu Je oblast B (behavior) reprezentována zaměřením se na specifické potřeby související s chováním a deficity v této oblasti u osob s ADHD. Jak popisuje Aviram

et al., (2001) jedná se o potřeby naučení se schopnosti dodržovat strukturu a řád (potíže klientů s participací na programu), potřeby spojené s naučením se nových dovedností zvládání stresových a rizikových situací, potřeby naučení se a zvládání potíží s kognitivními procesy a zapamatováním cílů, potřeby lepší kontroly impulzivního chování a lepšího zvládání vlastních pocitů nudy a neklidu, potřeby spojené se zlepšením dovedností kontroly sebe sama a s rozčleněním významu vnějších podnětů dle důležitosti. Stejně tak jsou dle autorů pro ADHD se SUD zásadní potřeby spojené se zlepšením koncentrace při nácviku prevence relapsu a potřeby zvýšení náhledu na primární diagnózu v kontextu rizika abúzu návykových látek. V oblast A (affects) je ukryta potřeba zaměření se na emoční procesy a prožívání osob s ADHD, labilní emoční nastavení a potíže v oblasti porozumění vlastnímu emocionálnímu světu. Oblast S (sensation) tedy vnímání je zaměřena na potřeby spojené s tříbením podnětů přicházejících z okolí a selekcí jejich významnosti. Jak uvádí Rubášová (2018 in Miovský et al., 2018) na základě klinické praxe se u osob s ADHD ukazuje jako primární potřeba nejen vnímání okolních podnětů a jejich selekce, ale zejména vnímání základního tělesného kotvení a potřeb na úrovni biologické. Oblast I (imagery) tedy představivost je reprezentována potřebami rozvoje vnitřního světa individua a zároveň jde o oblast nejvíce zanedbávanou z hlediska potřeb a i současné praxe. Imaginární techniky jsou při terapii s klienty s ADHD užívány na velmi nízké úrovni (Manos, 2013). Izolace a tendence vyčlenění či nepřijetí kolektivem jsou pro osoby s ADHD velmi typické, jejich vnitřní svět je vzhledem k tomu velmi pestrý. Imaginace může sloužit jako základní stavební prvek k rozvíjení vnitřního psychokosmu k propojení s vnějším světem na bezpečné úrovni. Oblast C (cognition) je reprezentována poznávacími procesy na úrovni, které potřebují osoby s ADHD zlepšovat. Kognitivní složka je velmi úzce propojena s vnímáním a s ostatními psychickými funkcemi, které mají tyto osoby vzhledem k primárnímu onemocnění deficitní. Potřeby v oblasti kognice by se měly zaměřovat na potřeby související se získáním vyšší míry schopnosti udržení pozornosti, schopnosti třídění informací a plánování úkolů a organizaci času, na schopnost adekvátně reagovat na složitější úkoly a na využití paměťové kapacity dle reálných možností. Oblast modelu pod písmenem I (interpersonal) reflektuje vztahování se v rámci společenských vztahů a schopnost jedince s ADHD nejen vztahy navazovat, ale i udržovat. Celkově je zásadní potřeba dosycení interpersonální složky u jedinců s ADHD zásadní. Kromě symptomatologie ADHD a komorbidity SUD jde v případě dalších komplikací osoby o mnohočetnou stigmatizaci, která je opakovaně v rámci společenských vztahů potvrzovaná. Základní potřebou je získání zkušenosti o možnosti bezpečného interpersonálního kontaktu bez stigmatizace, s důvěrou a s potenciálem růstu v rámci vztahového kontaktu. Oblasti modelu BASICID pod písmenem D (drug/farmakoterapy/biological) jsou reprezentovány oblastmi související s návykovými látkami, léčbou a biologickou podstatou. Jde o velmi širokou oblast, která u osob s ADHD zahrnuje nejen potřeby spojené s řešením potíží poruchy

a případné psychofarmakologie. Jde i o oblasti kombinované s komorbiditou SUD a zvládání potíží spojených s návykovými potížemi a abstinencí. Potřeby učení se zvládat uspokojení potřeb a okamžité odměny, potřeby zvládat nudu a pocity nenaplněnosti času a jeho organizaci, potřeby spojené se zvládáním primárních symptomů a prevence jejich zhoršování či jejich negativního progresu v rámci prevence relapsu i v kombinaci s adiktologickou problematikou.

Jak uvádí Kalina (2018 in Miovský et al., 2018) pilotní projekt orientovaný na komplikace osob s ADHD v léčbě v TK (Rubášová, 2014) neprokázal, že by standardně nastavený program byl pro tyto osoby dostačující i přes faktory a léčebné intervence, které u běžných klientů tvoří velmi úspěšný model úzdravy. Osoby s ADHD podle těchto zjištění vykazovaly specifické potřeby a komplikace zejména v oblasti přijímání a schopnosti akceptování programu léčby, v behaviorální rovině vůči komunitnímu kolektivu, ve schopnostech zvládání a plnění úkolů napříč fázemi léčby, ve schopnosti participace na společných činnostech společenství, v oblasti fyzického výkonu a v oblastech řádného dokončení léčebného programu (Rubášová, 2014). Osoby s ADHD vykazovaly komplikace nejen v začátku léčby, ale i v jejím procesu v porovnání s klienty bez ADHD; pozitivní změny byly v procesu léčby na nízké úrovni a hodnocení terapeutů bylo pro osoby s ADHD často negativní vzhledem ke sledovaným oblastem komplikujícím léčbu. Výstupem zjištění pilotní studie a tedy i zjištění o možných specifických potřebách klientů poukázalo na vyšší míru komplikací u osob s ADHD se SUD v TK a na velmi četný výskyt předčasných odchodů z léčebného programu na základě neschopnosti plnění podmínek léčebného programu.

Modely úzdravy adiktologické klientely a osob s ADHD jsou velmi komplexní. Uvedená kapitola si neklade za cíl předložit veškeré dosud známé a aplikované techniky léčby a úzdravy osob s ADHD. Zaměřuje se na možné modely, které vedou k porozumění širě problematiky a specifických potřeb osob s ADHD, které z potíží vycházejí. V případě komorbidit ADHD se SUD lze zmínit velmi složitou koexistenci dvou poruch z oblasti duševního zdraví, jež složitost intervencí a potřeb v rámci procesu úzdravy zvyšují. Důležité z hlediska motivace a potřeb klientů s ADHD se SUD v TK je zejména vyvážení přístupu mezi maximalizací péče na základě integrace úzdravy a minimalizace péče v rámci skupinového modelu léčby TK.

4.2 Cíle práce

Uvedená práce se zabývá motivací u osob s ADHD při vstupu do léčby v terapeutické komunitě a profilu těchto osob vzhledem k adiktologické a patopsychologické anamnéze a diagnostice a to na základě Study IV. Zároveň je v rámci předkládané kapitoly směřován cíl k vymezení specifických potřeb adiktologické klientely s ADHD v TK vzhledem k zjištěným informacím a jejich

propojení s možností léčebně rehabilitačních perspektiv. Vzhledem ke zjištěním, které uvádí výzkumné studie o vlivu ADHD na vysoký výskyt nedokončených léčebných pokusů, o vlivu ADHD na účinnost léčby jako zásadního prediktoru její úspěšnosti (Levin et al., 2004; Malivert, Fatséas, Denis, Langlois & Auriacombe, 2012; Ball, Carroll, Canning-Ball, & Rounsaville, 2006), je předkládaná studie orientována na zlepšení povědomí o možnostech zlepšení efektivity procesu léčby v TK.

Obecně se uvádí potíže v motivaci v případech procesu léčby, nikoliv v jejím počátku, kdy jsou osoby s komplikovanou psychiatrickou komorbiditou se SUD a ADHD velmi dobře motivované; vliv na motivaci dle výše uvedených zjištění v počátku léčby nemá závažnost profilu klienta, který do léčby vstupuje vzhledem k adiktologické anamnéze ani jiným faktorům na straně individuálního zatížení. Naopak bylo potvrzeno, že vysoké potíže s abúzem alkoholu či komorbidním zatížením SUD, či těžká míra závislosti s přídatnými komplikacemi je spojena s velmi vysokou motivací k léčbě (Ryan, Plant, & O'Malley, 1995; Cornelius et al., 2017). Začátek léčby a vstup do terapeutické komunity představuje zásadní okamžik, který ovlivňuje výsledný efekt léčebných intervencí. Ve vstupu do léčby se střetávají faktory ovlivňující léčebný výsledek na straně klienta, na straně programu i faktory předchozího léčebného kontinua a adekvátního matchingu a indikace. Pokud klienti vstupují do léčby s vysokou mírou motivace ke změně životního stylu na individuální rovině a s cílem zdárného dokončení léčby, je nutné zohlednit zásadní faktor, kterým je prvotní diagnostický proces a anamnestické zhodnocení a seznámení se s klientem. Absence či nedostatečný zisk informací o profilu klienta, který do léčby vstupuje, zvyšuje riziko jeho nezdaru v léčbě a poškození jeho osobnosti i motivace k jiným možným léčebným změnám. Znalost profilu klienta je pro léčebné působení stěžejní. Neznalost a neschopnost orientace odborného personálu na poli potíží a anamnestika zásadních událostí může vést pouze k tomu, že si klient potvrzuje své potíže a nemožnost přijetí. Uvedené téma je vzhledem k adiktologické klientele s ADHD velmi málo prozkoumáno; chybí informace o ADHD se SUD z hlediska motivace a adiktologického profilu při vstupu do léčby v porovnání s adiktologickou klientelou bez ADHD. Zjišťování stavu motivace u osob s ADHD se SUD v počátku a zároveň i v průběhu léčby v TK má zásadní implikace pro klinickou praxi a zároveň otevírá možná témata pro pokračující výzkum.

Cílem předkládané kapitoly (hlavní cíl Study IV.) bylo popsat stav a vývoj motivace klientů léčených v českých terapeutických komunitách. Byl sledován stav motivace u osob s ADHD a SUD na začátku a v průběhu léčby v TK. Cílem bylo posoudit, jak se vyvíjí motivace sebezposuzovaná klienty s ADHD v TK během prvních třech měsíců v léčbě. Hlavní otázkou bylo, zda motivace osob s ADHD v průběhu času klesala a zda osoby s komorbidním ADHD vstupovaly do léčby méně motivované a zda jejich motivace klesala strměji v porovnání s klienty bez ADHD. Dále bylo zkoumáno, zda počáteční motivace ovlivňuje předčasný odchod z léčby za předpokladu, že vysoká úroveň vstupní motivace zabrání předčasnému odchodu z léčby. Předpokladem

a výchozí podloženou argumentací na základě teoretických výzkumů je, že osoby s ADHD mají vysokou míru motivace k léčbě při vstupu do TK, ale závažnější míru psychotických komplikací a závažnější adiktologický profil v porovnání s klienty bez ADHD. Zároveň mimo Study IV. kapitola reflektuje specifické potřeby osob s ADHD v rámci léčby v TK na základě výzkumných zjištění.

Prvním a hlavním cílem výzkumu (Study IV.) bylo a) analyzovat motivaci ke změně a její vývoj v prvních třech měsících v léčbě s ohledem na ADHD. Z důvodu velmi nízké retence v léčbě mezi první a druhou vlnou sběru dat (obrázek 1) bylo analyzováno, zda se počet klientů z druhé vlny odlišuje od drop outů z hlediska sociodemografických údajů, adiktologického profilu, psychiatrického profilu a ADHD. Za druhé b) bylo cílem analyzovat, zda v průběhu prvních třech měsíců v léčbě dochází ke změnám stavu motivace u osob léčených v TK. Za třetí c) bylo cílem zjistit, zda osoby s ADHD jsou více či méně motivovány v porovnání s osobami bez ADHD v počátku léčby a po třech měsících. Z čtvrté d) bylo cílem zjistit, zda existují odlišnosti vývoje motivace v čase u osob s ADHD a osob bez ADHD. Z páté e) bylo analyzováno, zda ADHD a symptomy hyperaktivity a poruch pozornosti ovlivňují motivaci. Za šesté f) bylo sledováno, jaký vliv na motivaci mají psychiatrické příznaky a závažnější vzorce užívání návykové látky. Závěrem a cílem g) předkládané kapitoly je popsat specifické potřeby osob s ADHD v TK a to na základě výstupů Study IV. a zjištění a-f.

Na základě teoretického rozboru a stanovených výzkumných cílů byly stanoveny následující okruhy výzkumných hypotéz:

- H0: Nebude existovat rozdíl mezi ADHD pozitivními a ADHD negativními osobami v motivaci na začátku léčby (první vlna testování).

Okruh hypotéz 1: Vývoj motivace

- H1: Motivace k léčbě bude v rámci celého souboru ve vlně 2 významně nižší než ve vlně 1 (tj. zaznamenáme pokles).

Okruh hypotéz 2: ADHD versus non-ADHD

- H2A: Osoby s ADHD budou mít nižší výchozí (vlna 1) motivaci k léčbě než osoby bez ADHD.
- H2B: Osoby s ADHD budou mít nižší motivaci ve vlně 2 (po 3 měsících v TK) než osoby bez ADHD.
- H2BC: Motivace u osob s ADHD bude klesat rychleji než u osob bez ADHD.

Okruh hypotéz 3: Vztahy motivace a symptomů ADHD

- H3A: Motivace (vlna 1) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy pozornosti.
- H3B: Motivace (vlna 1) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy hyperaktivity.

- H3C: Motivace (vlna 2) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy pozornosti.
- H3D: Motivace (vlna 2) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy hyperaktivity.
- H3E: Vývoj motivace (rozdíl v motivaci mezi vlnami 1 a 2) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy pozornosti.
- H3F: Vývoj motivace (rozdíl v motivaci mezi vlnami 1 a 2) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy hyperaktivity.

Okruh hypotéz 4: Vliv dalších proměnných (combined/polydrug use) na motivaci k léčbě

- H4A: Klienti se zkušeností kombinovaného užívání (combined/polydrug use) budou mít nižší motivaci (vlna 1) k léčbě.
- H4B: Klienti se zkušeností kombinovaného užívání (combined/polydrug use) budou mít nižší motivaci (vlna 2) k léčbě.

Okruh hypotéz 5: Vliv dalších proměnných (SCL, kumulativní užívání) na motivaci k léčbě.

- H5A: Klienti se závažnějším psychiatrickým profilem dle SCL a s kumulativním užíváním více látek budou mít nižší motivaci (vlna 1) k léčbě.
- H5B: Klienti se závažnějším psychiatrickým profilem dle SCL a s kumulativním užíváním více látek budou mít nižší motivaci (vlna 2) k léčbě.

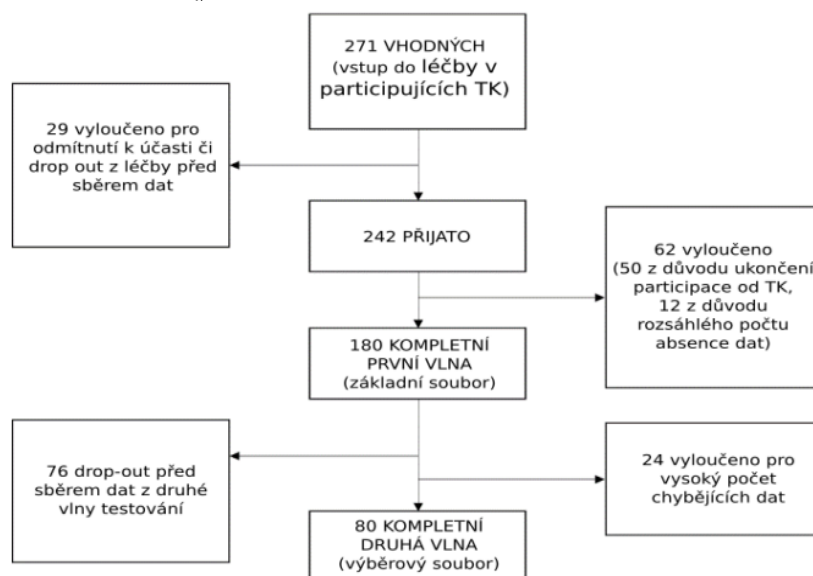
4.3 Metodologický popis řešení problému

Předkládaná práce navazuje na předvýzkumný projekt (kapitola 2 a 3) a na zjištění o prevalenci ADHD u klientů v terapeutických komunitách v České republice, výskyt komplikací u osob s ADHD v léčbě a specifické problémy osob s ADHD v TK. Ve Study IV. bylo využito základního rámce výzkumu, který se opíral o potřeby zmapování širšího spektra osob s diagnostikovaným ADHD v léčbě. Byly stanoveny cíle výzkumu a výzkumné hypotézy s ohledem na relevanci výzkumného plánu Study IV. Hlavní výzkum realizovaný na základě předvýzkumného zmapování výzkumného prostředí se zaměřil na část výzkumného šetření (Study IV.) se zaměřením na profil klientely s ADHD vstupující do léčby a její motivaci; výstupem deskripce a statistické analýzy bylo zlepšení informovanosti o osobách s ADHD a popis specifických potřeb těchto osob s návazností na sledování motivace v procesu léčby.

Hlavní výzkum byl aplikován v prostředí TK v ČR, kde je výchozím bodem pole výzkumu s vysokou prevalencí uživatelů metamfetaminu. Dle Mravčíka et al. (2016) tvořili uživatelé metamfetaminu celkem 34 300 osob z problémových uživatelů (celkem bylo identifikováno 46 800 uživatelů). V TK bylo v roce 2016 pro problémy spojené s užíváním návykových látek léčeno z celkového počtu osob 78 % uživatelů

metamfetaminu jako primární návykové látky (Mravčík et al., 2016). Celkově byla poskytována léčba v 15 TK v roce 2016 s tím, že deset z těchto komunit prošlo certifikací odborných služeb v rámci Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky; TK v ČR jsou specifické vysokou mírou adiktologické klientely s primární návykovou látkou metamfetamin. Zároveň TK v ČR poskytují služby a intervence srovnatelné s mezinárodními modely léčby v terapeutických komunitách, jež popisuje De Leon, (2000). Sběr dat pro hlavní výzkum a Study IV. probíhal celkem 18 měsíců a to od června 2014 do prosince 2015, kdy bylo v uvedené době v léčbě celkem 594 osob (certifikované TK) a v rámci hlavního výzkumu bylo testováno celkově 180 klientů (Mravčík et al., 2015). Study IV. Vychází s designu hlavního výzkumného projektu, kde je uveden podobný popis celé metodiky projektu (Miovský et al., 2014). Celkem sedm certifikovaných terapeutických komunit souhlasilo s účastí ve výzkumu, pouze pět TK splnilo kritéria k zařazení do výzkumu v procesu sběru dat (dvě terapeutické komunity byly vyřazeny z výzkumu pro chybný proces sběru dat a nesplnění postupu testového schématu). Celkem z 271 (N = 271) klientů, kteří vstoupili do léčby do sedmi participujících TK zůstalo 180 účastníků výzkumu z pěti TK a to v první vlně testování (vstup a začátek léčby). Popis účastníků výzkumu na začátku léčby v TK (N = 180) uvádí vzhledem k sociodemografickým charakteristikám tabulka 23. Do druhé vlny sběru dat, která probíhala po třech měsících, zůstalo v TK celkem 104 účastníků výzkumu. V tabulce 24 je uveden přehled problémů s duševním zdravím u základního výzkumného souboru při vstupu do léčby. Ze 104 osob poskytlo platné údaje pro výzkum pouze 80 osob. Ze základního výzkumného souboru byl pro Study IV. zvolen výběrový soubor (N=80), který splnil kritéria saturace dat pro analytickou část práce. Systém výběru účastníků popisuje obrázek 1.

Obrázek 1 Schéma výběru účastníků



Zdroj: vlastní dle Rubášová et al., (2021)

Při vstupu do léčby v TK byl soubor (N=180) zastoupen 138 muži a 42 ženami. Průměrný věk klientů výzkumného souboru byl 27,8 let v celkovém rozptylu hodnot od 16 - 49 let; ženy v TK vykazovaly nižší průměrný věk o 3 roky (25,9 let ženy). Hlavní užívanou návykovou látkou uváděnou jako primární byl metamfetamin a to celkem u 79,2 % osob v léčbě; opioidy tvořily 5 % jako primární užívanou drogu u osob v léčbě, konopné návykové látky 7,9 %, alkohol 4,9 % a kombinace více látek uvedlo celkem 98 osob. Tabulka 25 uvádí přehled užívaných návykových látek u základního výzkumného souboru (n=180).

Tabulka 23 Sociodemografické údaje základního souboru (N=180)

Kategorie		N	Procenta
pohlaví	muži	138	76.70%
	ženy	42	23.30%
věk*	15-24 let	56	31.11%
	25-34 let	97	53.88%
	35 let a více	26	14.44%
	chybějící data	1	0.56%
vzdělání	základní škola	72	40.00%
	praktická škola	61	33.90%
	praktická škola s maturitou	4	2.20%
	vysoká škola s ukončením	31	17.20%
	nedokončené další vzdělání	12	6.70%
stav	sám/bez vztahu	162	90.00%
	ženatý/vdaná	3	1.66%
	v partnerství	3	1.66%
	rozvedený/á	11	6.11%
	chybějící data	1	0.56%
bydliště	velké město (> 100 000 obyvatel)	51	28.33%
	středně velké město (10 000–100 000 obyvatel)	70	38.89%
	malé město / venkov (<10 000 obyvatel)	40	22.22%
	chybějící data	19	10.56%
předchozí léčba	méně než 6 měsíců	97	53.89%
	6-12 měsíců	36	20.00%
	12-18 měsíců	12	6.67%
	více než 18 měsíců	8	4.44%
	chybějící data	27	15%

Poznámka: * věk v rozmezí od 17 do 50 let (průměr = 28,1; SD = 6,11; medián = 28,0)

Zdroj: vlastní (upraveno podle Miovský et al., 2020)

Tabulka 24 Problémy duševního zdraví. Průměry pro celý vzorek a skupiny ADHD

(N)	Celý vzorek	ADHD skupina				F	
		Kombinovaný	Pozornost	Hyperaktivita	BEZ		
		N=180	N=39 (21.7%)	N=38 (21.1%)	N=14 (7.8%)		
ASI-PSY (176)	0.28 (0.22)	0.34 (0.21)	0.39 (0.22)	0.30 (0.23)	0.20 (0.19)	9.08	***
SCL-PST (180)	53.1 (19.6)	56.4 (16.2)	57.7 (18.6)	60.2 (16.8)	48.6 (20.9)	3.36	*
SCL-GSI (180)	1.18 (0.68)	1.33 (0.62)	1.35 (0.73)	1.28 (0.64)	1.02 (0.67)	3.27	*
Somatizace (180)	0.86 (0.67)	0.93 (0.71)	1.03 (0.69)	0.76 (0.64)	0.76 (0.63)	1.61	
Obsese- kompulze (180)	1.50 (0.73)	1.77 (0.64)	1.66 (0.71)	1.63 (0.84)	1.29 (0.70)	5.46	**
Interpersonální senzitivita (180)	1.44 (0.91)	1.65 (0.87)	1.71 (0.98)	1.53 (0.84)	1.23 (0.87)	3.48	*
Deprese (180)	1.36 (0.85)	1.46 (0.84)	1.60 (0.84)	1.31 (0.64)	1.22 (0.87)	2.01	
Úzkost (180)	1.25 (0.79)	1.49 (0.70)	1.43 (0.86)	1.37 (0.61)	1.05 (0.78)	4.16	*
Hostilita (180)	1.12 (0.86)	1.36 (0.84)	1.28 (0.85)	1.55 (1.00)	0.88 (0.79)	4.94	**
SCL-fobická anxieta (180)	0.73 (0.70)	0.72 (0.64)	0.90 (0.86)	0.94 (0.67)	0.62 (0.64)	1.69	
SCL-paranoidní myšlenky (180)	1.33 (0.86)	1.50 (0.84)	1.44 (0.92)	1.58 (0.84)	1.16 (0.82)	2.34	
SCL-psychoticismus (180)	0.93 (0.74)	1.08 (0.67)	1.01 (0.87)	1.10 (0.78)	0.80 (0.689)	2.04	

Poznámka: * p < .05, *** p < .001. Standardní odchylky jsou uvedeny v závorkách.

Zdroj: vlastní dle Miovský et al., (2020)

Tabulka 25 Charakteristika základního souboru (N=180) z hlediska užívání návykových látek

Návyková látka	Uživatelé*		Užívání v letech	
	N	Průměr	Medián	SD
užívání alkoholu	158	11.6	12.0	6.61
těžké užívání alkoholu	91	6.27	4.00	6.10
heroin	38	4.85	3.00	4.82
opioidy	33	4.70	2.00	4.89
návykové léky (benzod., barbit...)	45	4.83	3.00	4.67
metamfetamin	166	9.04	9.00	5.05
kokain	33	2.10	2.00	1.63
amfetamin	75	4.96	4.00	3.94
konopí	162	9.46	8.50	5.56
halucinogeny	78	5.32	5.00	4.53
těkvé látky	21	2.95	1.00	3.96
kombinace	98	8.42	8.00	5.46
předávkování	89	-	-	-
počet látek	-	3.65	3.00	1.91
látky celkem	-	25.1	21.00	17.80

Poznámka: * Jako uživatele jsme kategorizovali osobu užívající látku pravidelně po dobu nejméně šesti měsíců.

Zdroj: vlastní (upraveno podle Miovský et al., 2020)

Do výzkumného souboru byli zapojeni klienti z terapeutických komunit, které byly certifikované v rámci procesu odborné způsobilosti dle RVKPP a zapojily se do projektu sledující vliv ADHD na psychiku, dovednosti a kvalitu života. Název projektu “Vliv ADHD na vybrané psychické funkce, životní dovednosti a kvalitu života u klientů léčících se se závislostí v terapeutických komunitách” popisuje v rámci designu hlavní výzkumné studie Miovský et al., (2014). Na základě designu byl výzkumný soubor tvořen klienty, kteří byli zvoleni podle posloupné metody složené z dvoukrokového procesu výběru.

Rozdělení výzkumného souboru a diagnostické zhodnocení bylo provedeno na základě vyhodnocení dotazníku DIVA (Diagnostic Interview for ADHD in Adults; podrobněji viz testová baterie). Výzkumný soubor byl pro účely studie a v návaznosti na předvýzkumný projekt rozdělen na skupinu s ADHD (I. základní skupina) a skupinu bez ADHD (II. základní skupina). Použitý nástroj ke klasifikaci vycházel z platného standardu a diagnostického manuálu DSM V., na kterém byla v době provádění výzkumu DIVA založena. Zároveň před aplikací výzkumného nástroje DIVA na českou populaci proběhla jeho standardizace. Výstupem hlavního výzkumu je zároveň zisk vysoce kvalitního a celosvětově využívaného inventáře k aplikaci na diagnostické i výzkumné účely u dospělé populace. Podrobný popis rozdělení výzkumného souboru a informace o prevalenci ADHD ve zkoumané populaci uvádí první část hlavního výzkumu, která není součástí předkládané práce (Miovský et al., 2020); v přehledu tabulky 26. Celkem bylo identifikováno 51 % osob (50,6 % vzorku), které vykazovaly symptomatologii ADHD dle diagnostických kritérií DSM -V. Nejčastější byl kombinovaný typ poruchy ADHD (21,7 %) a typ ADHD s převahou poruch pozornosti (21,7 %); minimální byl typ ADHD s převahou hyperaktivity (7,8 %). Vzhledem k riziku chybné diagnostiky byla první vlna testování zahájena až po abstinčním období u klientů v TK (detoxifikace, krátkodobá léčba). Klienti, kteří byli potvrzeni jako ADHD pozitiv, splnili diagnostická kritéria dle DIVA v přítomnosti (stanovení ADHD v dospělém věku) a zároveň v dětství (nutné pro stanovení ADHD); pro stanovení diagnózy ADHD klienti skórovali v symptomatologii nejméně v šesti symptomech sledovaných v rámci interview.

Tabulka 26 Rozdělení výzkumného souboru (N=180)

Celý vzorek	Skupina s ADHD			Skupina bez ADHD
	Kombinovaný typ	Porucha pozornosti	Hyperaktivita	
N=180	N=39	N=38	N=14	N=89
	(21,7 %)	(21,1 %)	(7,8 %)	(49,4 %)

Zdroj: vlastní (upraveno dle Miovský et al., 2020)

4.3.1 Testová baterie, metodologický postup

Testová baterie pro Study IV. byla zvolena na základě výchozích cílů a plánu Study IV. a uvedené kapitoly. Pro účely výzkumu bylo využito testové baterie hlavního výzkumu, který je podrobně popsán v designu celkové hlavní studie (Miovský et al., 2014). Testová baterie pro zjištění specifík motivace a profilu klientů s ADHD při vstupu do léčby (adiktologický, psychiatrický profil) obsahovala tři testové baterie. Data byla získána na základě participace terapeutů vybraných TK, kteří zajišťovali sběr dat (rozhovory a aplikace testové baterie). Profesionálové z TK byli vyškoleni a po celou dobu sběru dat supervidováni výzkumným týmem. V době aplikace první vlny sběru dat (vstup do léčby) byli respondenti po detoxifikaci či krátkodobé a střednědobé léčbě (nikdo netrpěl akutním abstinenčním syndromem ani stavy, které by vylučovaly dotazování). Na aktuální stav byli respondenti dotazováni.

Testová baterie byla aplikována v několika vlnách. První vlna testů byla provedena po vstupu do TK; druhá vlna testování byla provedena po třech až čtyřech měsících v léčbě. Respondenti vyplňovali testovou baterii na základě aplikace metody tužka a papír; vyplnění DIVA a EURO-ASI bylo provedeno terapeutickým klíčovým pracovníkem výzkumu na základě rozhovoru s respondentem. Data byla získána na základě pravidelného kontaktu s terapeutickými pracovníky zajišťujícími sběr dat přes participující výzkumné pracovníky. Členové výzkumného týmu pravidelně vyzvedávali data k uložení a ke kontrole procesu sběru dat i kontrole kvality dat. Koordinace sběru dat, technické procesy přepisu a fixace dat byla zajištěna výzkumným týmem projektu a zabezpečena na základě výchozího plánu studie. Celkový popis testové baterie a testových vln použitých v rámci Study IV. uvádí tabulka 27.

Tabulka 27 Testové schéma v rámci Study IV.

Testová baterie číslo/název	Administrace	Způsob	Testující
1. DIVA 2,0 (60 minut)*	I. vlna testování	Strukturovaný rozhovor	Pracovník TK
2. EURO-ASI (45 minut), McLellan et al. (1980)	I. vlna testování	Interview	Pracovník TK
2.SCL-90 (30 minut)	I. vlna testování	Papír/PC	Klient vyplňuje sám
2. Change Questionnaire (20 minut), Miller a Johnson (2008)	I. vlna testování + II. vlna testování	Papír/PC	Klient vyplňuje sám

I. vlna testování = odklad dvou víkendů po nástupu do TK

Zdroj: vlastní podle Miovský et al. (2014)

První testová baterie obsahovala diagnostický nástroj DIVA k rozdělení výzkumného souboru dle potřeb na ADHD a bez ADHD. Proces popisu podrobností k rozdělení a vyhodnocení není předmětem Study IV., ale v rámci uvedené kapitoly a referovaného výzkumu je navázáno na uvedená zjištění o rozdělení souboru dle Miovský et al., (2020). Informace o sociodemografických charakteristikách a užívaných návykových látkách vychází od Miovský et al., (2020), kde je velmi dobře popsána specifická klientů vstupujících do léčby (tabulka 23, 25, 26). Rozdělení výzkumného výběrového souboru ve Study IV. (N=80) je zjednodušené na ADHD pozitivní ADHD negativní. Není zachováno dělení jako v předvýzkumu kvůli přehlednosti a novým kritériím DSM-V. Vzhledem ke změnám diagnostických kritérií od doby aplikace předvýzkumu a hlavního výzkumu se oddělení výzkumného souboru jeví jako opodstatněné. DIVA 2,0 (Diagnostic Interview for Adult ADHD) byla vytvořena pro výzkumné i klinické účely k diagnostice ADHD u dospělých osob; diagnostický nástroj využívá metody strukturovaného rozhovoru s testováním projevů symptomatologie ADHD v 18 oblastech dětství i v dospělosti; následně je mapována oblast poškození ve fungování v rámci studia/zaměstnání, sociálního okolí, volného času a zálib, sebedůvěry a vztahové oblasti. Struktura DIVA vycházela z platných diagnostických kritérií DSM - V. a podrobně je popsána samotná administrace nástroje; DIVA 2,0 je aplikována v mnoha současných zahraničních výzkumech (Kooij a Francken, 2012; 2010). Respondenti jsou v rámci rozhovoru dotazováni na otázky, u kterých jsou uvedeny reálné možnosti symptomatologie; předpokládá se primárně aktivní odpověď respondenta a jeho aktivní uvádění konkrétních potíží bez přednesení navrhovaných symptomatologických příkladů. Při diagnostice je nutné zohledňovat nejen míru obtíží, ale i jejich četnost, dlouhodobost a narušování sledovaných oblastí života. Osoby hodnotí své potíže na základě klasifikovaných potíží osob s ADHD, a to nejen retrospektivně v dětství, ale zároveň i v současnosti (Šťastná, 2015). Přehled hodnocených oblastí dle DIVA uvádí tabulka 28.

Tabulka 28 Přehled oblastí hodnocení dle DIVA 2,0

Kritérium A1
Část 1: Symptomy ADHD A* (hodnoceno pro dětství a dospělost zvlášť)
A 1: pozornost k detailům nebo chyby z nepozornosti v práci či při jiných aktivitách jsou četné
A 2: potíže udržení pozornosti při rozličných aktivitách
A 3: potíže v oblasti reakce na přímé oslovení
A 4: problém držet se pokynů v zaměstnání či při práci; či se nedaří dokončit pracovní a jiné úkoly nebo plnit své povinnosti
A 5: potíže v oblasti organizace si vlastních aktivit a úkolů
A 6: potíže držet se úkolů a pokynů v práci, nedokončení pracovních úkonů či svých povinností

A 7: častá ztráta osobních věcí k vlastním aktivitám, k práci či k úkolům
A 8: časté rozptylování okolními podněty
A 9: časté zapominání při běžných denních aktivitách
Kritérium A2
Část 2: Symptomy H/I**
H/I 1: časté pohupování rukama či nohama, časté vrcení se na židli či v klidu
H/I 2: časté vstávání v situacích, kde je vyžadován klid a sezení/setrvání na místě
H/I 3: pocit častého neklidu a nervozity
H/I 4: potíže zabavení se v klidu odpočinkovými a pasivními aktivitami
H/I 5: časté výskyt pociť, že není možnost stíhat povinnosti; nevěděni co dříve vykonat a dokončit; neustálá výkonnost a práce
H/I 6: časté nadměrné mluvení a hovornost
H/I 7: časté prozrazení odpovědi ještě před dokončením otázek
H/I 8: časté potíže s vyčkáním na vlastní pořadí ve frontě či v řadě
H/I 9: časté rušení okolí při jejich práci či časté vnučování se okolí a požadavek pozornosti
Kritérium B
Část 3: Dysfunkce jako důsledek symptomů ADHD (Kritérium B, C, D)
Kritérium B
- Byl výskyt symptomů vždy ano/ne
- Pokud ne začaly v ? (roky)
Kritérium C
Ve kterých oblastech byly potíže vzhledem k dětství/dospělosti přítomny:
Vzdělání/práce
Rodina/vztahy
Sociální kontakty
Volný čas/koníčky
Sebedůvěra/obraz sebe sama
Kritérium D:
Výskyt kritéria C ve dvou či více oblastech v dětství/dospělosti?

*A (Attention) **H/I (Hyperactivity/Impulsivity) Pro potvrzení potíží je nutné splnění kritérií dle DSM IV (minimálně šest měsíců, chronicita průběhu ne epizodický výskyt).

Zdroj: Vlastní dle Kooij & Francken, (2012)

Druhá testová baterie obsahovala tři nástroje, které byly zvoleny vzhledem k relevanci pro výzkumný plán Study IV. a zaměření předkládané kapitoly. Druhá testová baterie byla aplikována dle výše uvedeného schématu. Uvedeným nástrojem aplikovaným v první vlně testování pro účel Study IV. byl EuropASI (European Addiction Severity Index; Kokkevi a Hrtgers, 1995) vycházející z ASI (Addiction Severity Index, McLellan, Luborsky, Woody & O'Brien, 1980). Dotazník

je strukturován jako klinický inventář k aplikaci strukturovaného rozhovoru dle jednotlivých sledovaných oblastí. Využívá se nejen v rámci klinické praxe, ale i v rámci výzkumných činností ke sledování jednotlivých adiktologicky relevantních oblastí. V rámci rozhovoru je respondent dotazován na oblast zdraví, zaměstnání a zdroje obživy, návykové látky, právní a rodinná anamnéza, psychický stav a interpersonální vztahy. Dotazník obsahuje otevřené formy otázek, uzavřené formy otázek a škálové položky hodnocení závažnosti (stupnice 0 - 4). Každá ze sledovaných oblastí dotazníku je opatřena otázkou pro administrátora dotazníku, který má na základě své odpovědi realizovat objektivitu výpovědi respondenta.

Ve druhé testové baterii pro účel Study IV. Byly další dva výzkumné nástroje. První CHQ byl aplikován pro účel Study IV. v první vlně testování (vstup do TK) a druhé vlně testování (3 – 4 měsíce po vstupu). Dotazník Change Questionnaire(CHQ). CHQ byl vytvořen jako screeningový nástroj k mapování motivace respondentů v celkem 12 položkách a to s využitím běžného jazyka pro dotazované (Miller, Moyers a Amrhein, 2005). Miller a Johnson (2008) popisují Change Questionnaire jako velmi komplexní inventář k mapování několika subdimenzí vzhledem k motivaci dané osoby a abstinenci; subškály sledují u abstinence oblast touhy, schopnosti, potřeby, důvody abstinence, závazek k abstinenci či vlastní reálné kroky k udržení a splnění abstinence. Respondent má za úkol vyplňovat míru souhlasu s výrokem na Likertově škále od výroku určitě ano po výrok určitě ne (celkově jde o deset hodnot k výběru odpovědi). Maximální počet získaných bodů je 120, minimum 12. Administrace dotazníku je velmi rychlá vzhledem k počtu položek a srozumitelnosti otázek.

Třetím nástrojem druhé baterie využitým pro data Study IV. byl dotazník SCL-90 (Self Report Symptom Inventory) vytvořený v roce 1977 (Derogatis, Lipman a Covi). Pro účel Study IV. byla využita data SCL-90 z první vlny testování (vstup do léčby). SCL obsahuje celkem 90 položek a jde o psychologický klinický inventář, který je určen k vyplnění respondentem samotným. Respondent má za úkol zvolit na Likertově stupnici v 90 položkách odpověď vůbec až velmi s bodovou hodnotou max. 4 body za jednu otázku (celkem pět možností odpovědi). Administrace SCL-90 je i přes vyšší počet položek jednoduchá a celkově snadná. Dotazník sleduje současnou patopsychologii a psychopatologii respondenta, zároveň lze díky šíři a komplexnosti záběru sledovaných oblastí sledovat a odvozovat komplikace v behaviorální rovině a v prožívání. V dotazníku jsou sledovány jednotlivé subškály pro hostilitu, anxiozitu, paranoiditu, paranoiu, psychoticismus, deprese a subdeprese, somatizace, interpersonální senzitivita a obsese s kompulzí. Administrace dotazníku se využívá i opakovaně a to ke sledování změn v rámci terapeutických intervencí či léčby; zároveň je možné vycházet z celkového skóre dotazníku, které ukazuje na celkovou míru potíží respondenta.

Výzkumný plán Study IV. a předkládané práce vycházel z hlavního výzkumného plánu dle Miovský et al. (2014). Pro účely Study IV. byl výzkumný plán stanoven na základě cílů studie a potřeby ověření hypotéz. Respondenti prošli v uvedené studii první a druhou vlnou testování. Sběr dat byl realizován přes výzkumné pracovníky projektu, kteří získávali vyplněné testové dotazníky od participujících TK a klíčových pracovníků TK (administrace testových baterií a odpovědnost za provedení aplikace vln testování). Koordinace sběru dat a technické náležitosti hlavního výzkumu byly zabezpečovány hlavním výzkumným týmem v rámci projektu ADHD a kliniky Adiktologie. Výzkumný tým se po dobu sběru dat scházel v pravidelných intervalech v rámci porad výzkumného týmu a zajišťoval nejen koordinaci, ale i fixaci dat. Zároveň tým řešil aktuální vzniklé potíže v případě jednotlivých TK a potíže z hlediska správnosti aplikace testových baterií. Uvedená práce je součástí celkového zapojení autorky na hlavním výzkumu kvantitativní povahy výzkumného plánu, který souvisel se sběrem dat pro standardizaci studie DIVA (kolem 200 respondentů), s výzkumnou participací v rámci kolektivu, se zabezpečením jedné participující TK v úvodu sběru dat, s konceptualizací, operacionalizováním a s aplikací jednotlivých výzkumných plánů v rámci hlavního výzkumu. Současně věnuje pozornost na ostatní dílčí výzkumné aktivity v rámci hlavního výzkumu; autorka je zapojena v rámci prvotního výstupu hlavního výzkumu (viz Miovský et al., 2020) a bude následovat dílčí práce na dalším zpracování dat a nových výzkumných plánech z dosavadního výzkumu.

Sběr dat byl zajištěn dle výše uvedených postupů, jejich převzetí zajišťoval hlavní výzkumný tým a fixace byla primárně v textové (papírové) podobě vyplněných dokumentů (první řád fixace dat). Fixovaná data podléhala po převzetí od participujících TK transkripci do MS Excel (druhý řád) a zachování v elektronické podobě k celkové systematizaci sběru dat. Fixovaná data podléhala základním a jasným etickým principům výzkumu, kdy byly veškeré dotazníky přepsány pod anonymními kódy (anonymita pro respondenty i TK). Širší pojetí data managementu dle Miovského (2006) zahrnovalo sběr dat z participujících komunit (celkem výsledně pět TK) přes členy výzkumného týmu od pracovníků TK (pravidelné intervaly); přepis a koordinace získaných dat závisela na výzkumném týmu stejně jako dílčí analytické práce potřebné k naplnění cílů hlavního výzkumu. Metody analýzy dat proběhly statistickými metodami na základě spolupráce s externí konzultantkou na oblast statistického vyhodnocení dat.

Etika hlavního výzkumného projektu a dílčí části Study IV. splňovala veškeré podmínky etického výzkumu (zdravotnictví a sociální vědy). Etika výzkumu vycházela ze schválení projektu etickou komisí. Respondenti pro zařazení do výzkumu podepisovali informovaný souhlas, udělovali souhlas na základě možnosti dobrovolného rozhodnutí po předání základních informací o výzkumu a jeho účelu. Byla sdělena možnost ukončení účasti v rámci výzkumu a to kdykoliv. Byl zpracován krizový plán pro rizikové a pro respondenty ohrožující situace; každá z TK byla

s postupem seznámena a proškolená v jednotlivých oblastech možných krizových situací. Osobní údaje respondentů nebyly předmětem sběru dat; klienti byli kódováni anonymními kódy. Procesu kódování podléhaly i jednotlivé TK. Studie byla schválena Etickým výborem pro institucionální hodnocení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (Grant č. J. 9/13 Grantové agentury České republiky; 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy; datum 10. dubna 2013). Studie byla schválena Institucionální kontrolní komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (Grant GAČR 1. LF UK, 9/2013).

4.3.2 Měření dle testové baterie

Měření symptomatologie ADHD

Měření ADHD a symptomatologie vycházelo z DIVA 2,0 (Kooij & Francken, 2010). Dle diagnostických kritérií DSM-V byla analyzována symptomatologie ADHD odděleně pro dětství a pro dospělý věk a rozdílné skóre pro poruchu pozornosti a hyperaktivity. Na základě DIVA 2.0 byly stanoveny dvě skupiny účastníků: ADHD pozitivní (ADHD +/- kteří vykazovali poruchu pozornosti nebo hyperaktivitu nebo obojí) a ADHD negativní (ADHD -/ kteří nesplňovali kritéria pro poruchu pozornosti nebo hyperaktivitu). Při vyhodnocování symptomatologie byl dodržen diagnostický standard: nejméně šest pozitivních symptomů celkem z devíti hodnocených oblastí jak pro poruchu pozornosti, tak pro poruchu hyperaktivity. Data byla získána na základě diagnostického strukturovaného rozhovoru s dospělou osobou (DIVA 2,0 je určena pro dospělou populaci). Podle Ramos-Quiroga et al. (2019), DIVA 2.0 neustále vykazuje vysokou diagnostickou přesnost a lepší výsledky než jiné běžně používané metody, např. rozhovor ADHD pro dospělé Conners (CAADID). Pro účel uvedené studie a přehlednost dat je zachováno pouze základní dělení na ADHD + a ADHD -. Podrobnější informace o zastoupení jednotlivých subtypů ADHD jsou uvedeny v tabulce 26 podle Miovskeho et al. (2020). Během diagnostického rozhovoru byli respondenti seznámeni se čtyřmi až deseti typickými symptomy každého z devíti příznaků poruchy pozornosti nebo hyperaktivity podle DSM-5 (pokud neměli vlastní sdělení). Aby projeвили poruchu pozornosti nebo hyperaktivity, musela být uznána přítomnost symptomů u šesti z devíti v dospělosti i v dětství. Symptomatologie ADHD byla stanovena na základě vlastního sebehodnocení od respondenta výzkumu. Nebyla použita žádná jiná heteroanamnéza. Identifikace účastníků ADHD + proto vyplynula ze splnění diagnostických kritérií pro symptomatologii pro ADHD podle DSM-5 a DIVA 2.0; úplné potvrzení diagnózy klinickým lékařem nebylo provedeno. DIVA 2.0 vykazovala velmi dobrou vnitřní konzistenci, s Cronbachovým $\alpha=0,920$ pro stupnici pozornosti a Cronbachovým $\alpha=0,917$ pro stupnici hyperaktivity.

Reziduální účinky dlouhodobého užívání mohou ovlivnit vnímání a sebehodnocení symptomů ADHD; z toho důvodu jsme zkontrolovali rozdíly v ADHD

mezi respondenty z první vlny (N = 180), kteří uváděli, že se za posledních 30 dní zdrželi užívání drog (N = 92; 51,1%) a respondenty, kteří uváděli užití během posledních 30 dnů (N = 88; 48,9%). Nezjistili jsme žádné významné rozdíly mezi skupinami, pokud jde o prevalenci ADHD ($\chi^2(1) = 2,70$, $p = 0,10$) a příznaků poruchy pozornosti nebo hyperaktivity ($p > 0,18$, Cohen's $d < 0,20$). První skupina uváděla významně nižší počet symptomů hyperaktivity v dospělosti (M = 3,97, SD = 2,96) ve srovnání s účastníky, kteří užívali drogy během posledních 30 dnů (M = 4,90, SD = 2,75): $t(178) = 2,187$, $p = 0,030$, Cohenův $d = 0,33$. DIVA 2.0 vykazovala velmi dobrou vnitřní konzistenci s Cronbachovým $\alpha = 0,920$ pro stupnici pozornosti a Cronbachovým $\alpha = 0,917$ pro stupnici hyperaktivity.

Měření motivace

Měření motivace k léčbě v uvedené studii vycházelo z aplikace Change Questionnaire (Miller & Johnson, 2008), který byl použit jako screeningový dotazník pro zjištění aktuálního stavu motivace osob vstupujících do léčby. CHQ je krátké screeningové zhodnocení vlastního stavu motivace založené na přirozeném jazyce, který závislí klienti používají, když mluví o své motivaci přestat užívat drogy. Dotazník byl účastníkům aplikován formou tužka papír; jeho administraci prováděli vyškolení pracovníci v TC, kteří byli pod supervizí výzkumného týmu. Bylo shledáno, že interní konzistence CHQ je přijatelná (Cronbachovo $\alpha = 0,748$). Záměrem aplikace dotazníku je přímé zjištění stavu motivace vzhledem ke změně životního stylu související s abúzem návykových látek. Klienti v CHQ hodnotili celkem 12 otázek, které bodovali na škále o celkovém počtu 11 bodů (0-10). Průměrné skóre pro každého účastníka bylo vypočítáno jak v první vlně (vstup do léčby), tak v druhé vlně aplikace testové baterie (přibližně tři měsíce po první vlně). Odečtením skóre první vlny od skóre druhé vlny byl u každého účastníka získán stav vývoje motivace.

Měření psychiatrických symptomů

Měření psychiatrické symptomatologie vycházelo z aplikace validizovaného a standardizovaného Symptom checklist 90 (SCL-90; Derogatis, 1977; v české verzi Boleloucký, Plevová, & Smulevič, 1993) a použití 90 položkové škály k měření devíti dimenzí subškálově vyhodnocených. Devět dimenzí představuje symptomy somatizace, posedlosti, nutkání, interpersonální citlivosti, deprese, úzkosti, nepřátelství, fobické úzkosti, paranoidních myšlenek a psychotocismu. Respondenti hodnotili každou položku dle výše popsaného standardu SCL na celkové pětibodové škále (0-4). Aplikace nástroje byla využita ke zjištění potíží u celého výzkumného souboru. Pro účely výzkumu bylo vypočteno dvojí celkové skóre SCL-90 pro zobrazení psychiatrických symptomů. Jednalo se o stanovení PST (Positive Symptoms Total - celkové pozitivní příznaky) jako celkového součtu položek s nenulovou hodnotou v dotazníku; dále byl stanoven

GSI (Global Severity Index - index celkové závažnosti symptomatologie) tedy průměrná hodnota pozitivních příznaků indikujících závažnost symptomatologie. SCL-90 vykazoval vynikající vnitřní konzistenci s Cronbachovým $\alpha=0.977$.

Měření užívání návykových látek

Měření užívání návykových látek bylo zjištěno pomocí EURO-ASI. Závažnost vzorců užívání návykových látek byla zjištěna na základě využití oddílu „drogová anamnéza“ v Evropském indexu závažnosti závislostí - European Addiction Severity Index (EuopASI; Kokkevi & Hartgers, 1995), kdy aplikace vycházela z cílů studie a zohledňovala specifika adiktologické klientely s komorbiditou ADHD. Měřili jsme dvě proměnné: (a) přítomnost užívání více drog (současné užívání alespoň dvou různých látek) – položka v EuopAsi „Užívali jste alespoň dvě různé látky během jednoho dne?“ b) kumulativní užívání návykových látek v letech - součet odpovědí na položky „Kolik let užíváte heroin?“, „Kolik let užíváte konopí?“, „Kolik let užíváte metamfetamin?“ atd. Úplný seznam sledovaných látek tvořil alkohol (těžké užívání), heroin, náhražky heroinu (metadon / LAAM), další opioidy, návykové léky (benzodiazepiny, barbituráty), kokain, metamfetamin (pervitin), konopí, halucinogeny (LSD), těkavé látky (toluen) a další (např. MDMA).

Analytická strategie a statistický postup

Hlavním cílem bylo analyzovat motivaci ke změně a její rozvoj v rané fázi léčby (od vstupu do léčby po třetí až čtvrtý měsíc v léčbě) a to s ohledem na ADHD.

Nízká míra retence mezi aplikací první a druhé vlny testů (obrázek 1) ovlivnila nutnost analyzovat v prvním kroku, zda se vzorek osob z druhé vlny testování (po třech měsících; N=80) odlišuje od vzorku klientů z první vlny (N=180). Bylo analyzováno, zda se soubor z druhé vlny (N=80) odlišuje od souboru z první vlny (N=180) v předčasných ukončeních léčby z hlediska sociodemografických charakteristik (věk, pohlaví, rodinný stav, bydliště), z hlediska drogové anamnézy (kombinované užívání, kumulativní užívání) a z hlediska psychiatrické symptomatologie a ADHD.

Za druhé, skóre výsledku první vlny a skóre výsledků z druhé vlny, byly porovnány pomocí párového t-testu. Důvodem aplikace párového t-testu byla potřeba zjištění, zda po třech měsících léčby došlo k významným změnám ve stavu motivace u sledovaných skupin klientů.

Za třetí, skóre motivace (motivace u první vlny, druhé vlny a vývoj stavu motivace mezi vlnami) bylo porovnáváno mezi účastníky ADHD+ a ADHD-. Bylo využito Welchových t-testů, aby se zjistilo, zda byli účastníci ADHD+ více nebo méně motivovaní než účastníci s ADHD-, když vstoupili do léčby, nebo po třech měsících. K testování nulové hypotézy H_0 bylo využito Bayesovské statistiky (H_0 testovala

neexistenci rozdílu mezi ADHD+ a ADHD- klienty v motivaci na začátku léčby, tj. motivaci první vlny).

Za čtvrté jsme analyzovali vliv interakce mezi časem (první versus druhá vlna testování/ vstup a tři měsíce v léčbě) a ADHD (ADHD+ versus ADHD-) na motivaci, abychom zjistili, zda byl vývoj motivace odlišný u ADHD+ a ADHD-. Analýza a měření byly provedeny opakovaným měřením ANOVA s post-hoc testy.

Za páté byly vypočítány Pearsonovy korelace mezi sledovanými motivačními proměnnými (motivace u první vlny, motivace u druhé vlny testování a vývoj motivace mezi vlnami) a příznaky poruchy pozornosti a příznaky hyperaktivity. Tento krok byl aplikován pro nutnost dalšího analytického postupu a to zjišťování účinků ADHD na stav a vývoj motivace.

Za šesté byl zkoumán vliv proměnných a to sledováním vztahů mezi všemi uvedenými motivačními proměnnými a psychiatrickými příznaky (viz SCL-GSI a SCL-PST) a stanovenými proměnnými závažnosti užívání návykových látek (kombinované užívání, kumulativní užívání). Pro vysvětlení je pojem kombinované užívání (také „polydrug use“ podle lexikonu WHO); jde o užívání více než jedné drogy jednotlivcem, konzumované současně nebo přerušovaně (EMCDDA, 2002); hodnocení kombinovaného užívání bylo provedeno na základě EuopAsi (mapování stavu klienta před měsícem). Analýzy byly prováděny externím statistickým pracovníkem výzkumného týmu pomocí R (R Core Team, 2018), jamovi (The jamovi project, 2019) a různých R-balíčků: Singmann (2018); Lenth (2018); Morey & Rouder (2018); Rouder, Speckman, Sun, Morey a Iverson (2009).

A závěrem, výstupem uvedených zjištění, je popis specifik klientely léčené v TK z hlediska diagnostické, léčebné a rehabilitační perspektivy. Uvedená část práce vycházela z výsledků zkoumání a na základě deskripce popisuje stěžejní oblasti získaných dat.

U dat z první a druhé vlny testování byla kontrolována chybějící data. V dotazníku DIVA 2,0 nebyly žádné chybějící hodnoty (vyplňovali pracovníci TK), zatímco v SCL-90 (vyplňoval respondent sám) jsme detekovali pět účastníků s jednou chybějící hodnotou a jedním účastníkem se 16 chybějícími hodnotami. Chybějící hodnoty byly započteny pomocí metody vícenásobného započtení (software Amelia II od Honaker, King, & Blackwell, 2011), s využitím celé datové sady první vlny testovaných (N = 180). V dotazníku CHQ chyběly hodnoty v proměnných a to u první i druhé vlny testování (vyplňovali respondenti sami); v rámci první vlny testování měl jeden účastník jednu chybějící hodnotu a šest účastníků čtyři chybějící hodnoty. V rámci druhé vlny měli tři účastníci jednu chybějící hodnotu, šest účastníků mělo čtyři chybějící hodnoty a jeden účastník měl pět chybějících hodnot. Tyto hodnoty nebyly imputovány, protože se to nedoporučuje v případě výstupních proměnných. Místo toho

bylo použito průměrné skóre každého účastníka s ohledem na počet položek, které nahlásil.

4.4 Přehled výsledků

Charakteristika respondentů

Na základě statistické analýzy dat byly zjišťovány odpovědi na stanovené otázky a testované hypotézy. V prvním koku bylo analyzováno (z důvodu vysokého rozdílu počtu respondentů v první a druhé vlně testování), zda se soubor z druhé vlny testování (N=80) odlišuje od souboru z první vlny testování (N=180) v předčasných ukončeních léčby z hlediska sociodemografických charakteristik (věk, pohlaví, rodinný stav, bydliště), z hlediska drogové anamnézy (kombinované užívání, kumulativní užívání) a z hlediska psychiatrické symptomatologie a ADHD. Na základě analýzy jsme neidentifikovali žádné významné rozdíly mezi vzorkem druhé vlny testovaných a předčasným odchodem z léčby v terapeutických komunitách. Nebyly zjištěny ani rozdíly při analýze proměnných sociodemografického charakteru. Ani analýza vlivu ADHD a psychiatrické symptomatologie, nebo proměnné drogové kariéry (tabulka 29), neukázaly žádné významné rozdíly. Klienti, kteří se zúčastnili předkládané studie, byli většinou dlouhodobí uživatelé metamfetaminu. Většina z těchto osob vykazovala velmi rizikové formy užívání a více než polovina z nich měla zkušenosti s kombinovaným užíváním (více drog). V převaze bylo zastoupení mužů v mladém dospělém věku, který kopíruje průměrný věk adiktologické klientely ve službách.

Tabulka 29 Sociodemografické charakteristiky, užívání látek, psychiatrické symptomy a ADHD ve vzorku z druhé vlny testování (n = 80) a early drop out (n = 100)

		Druhá vlna testování	drop-outy	t/χ^2
Pohlaví				$\chi^2 (1) = 2.74$
	Muži	82.5% (n = 66)	72.0% (n = 72)	
	Ženy	17.5% (n = 14)	28.0% (n = 28)	
Vzdělání				$\chi^2 (4) = 0.906$
	Základní	38.8% (n = 31)	41.0% (n = 41)	
	Odborné	36.3% (n = 29)	32.0% (n = 32)	
	Odborné s maturitou	2.5% (n = 2)	2.0% (n = 2)	
	Vysoká škola se státní zkouškou	15.0% (n = 12)	19.0% (n = 19)	
	Nedokončené vzdělání	7.5% (n = 6)	6.0% (n = 6)	
Stav				$\chi^2 (2) = 0.185$
	Svobodný	90.0% (n = 72)	90.0% (n = 90)	
	V partnerství nebo manželství	2.5% (n = 2)	3.0% (n = 3)	
	Rozvedený	7.5% (n = 6)	6.0% (n = 6)	
	Chybějící data		1.0% (n = 1)	
Bydliště				$\chi^2 (2) = 2.78$
	velké město (> 100 000 obyvatel)	31.9% (n = 23)	28.0% (n = 28)	
	středně velké město (10 000–100 000 obyvatel)	37.5% (n = 27)	43.0% (n = 43)	
	malé město / venkov (<10 000 obyvatel)	30.6% (n = 22)	18.0% (n = 18)	
	chybějící data		11.0% (n = 11)	
Věk (rozsah = 17 - 50)		27.98 (5.94)	28.27 (6.27)	t (173) = 0.325

SCL.PST (rozsah = 4 - 90)		51.68 (20.32)		54.24 (18.96)		t (164) = 0.867
SCL.GSI (rozsah = 0.08 - 3.36)		1.13 (0.67)		1.12 (0.70)		t (172) = 0.807
ADHD						$\chi^2 (1) = 0.188$
	Pozitivní	48.8% (n = 39)		52.0% (n = 52)		
	Negativní	51.2% (n = 41)		48.0% (n = 48)		
Methamfetamin (MA) uživatelé		95.0% (n = 76)		90.0% (n = 90)		$\chi^2 (1) = 1.55$
Délka užívání MA v letech (range = 1 - 34)		9.79 (5.90)		8.40 (4.13)		t (131) = 1.73
Kombinované (polydrug) užívání		55.0 % (n = 44)		54.0% (n = 54)		$\chi^2 (1) = 0.018$
Kumulativní užívání (rozsah = 1 - 113)		30.17 (22.25)		27.17 (17.37)		t (147) = -0.987

Poznámka: Rozdíly mezi vzorkem druhé vlny a předčasnými výpadky byly analyzovány Welchovým t-testem a χ^2 testem asociace. Standardní odchylky jsou uvedeny v závorkách vedle průměrů. Všechny $p > 0,05$, všechny Cohenovo $d < 0,30$.

Zdroj: vlastní dle Rubášová et al., (2021)

Motivace ke změně a její vývoj mezi vlnami

Ve druhém kroku bylo porovnáváno skóre výsledku první vlny a skóre výsledků z druhé vlny testování a to pomocí párového t-testu. Byl zjišťován stav motivace a její vývoj mezi jednotlivými vlnami testování; tedy, zda po třech měsících léčby došlo k významným změnám ve stavu motivace u sledovaných skupin klientů. Dle předpokladu na základě teoretického rozboru bylo zjištěno, že počáteční motivace ke změně časem klesala. Motivace první vlny byla významně vyšší než motivace druhé vlny (viz tabulka 30): $t (79) = 2,09$, $p = 0,040$, Cohenův $d = 0,23$. Průměrný rozdíl mezi jednotlivými vlnami testování (vstup do léčby v TK a po třech měsících léčby) byl poměrně malý (0,24) a průměrná motivace ve druhé vlně testovaných respondentů byla stále velmi vysoká (8,81 na stupnici od 0 do 10 v CHQ).

Tabulka 30 Průměry, standardní odchylky a meziskupinové rozdíly v motivačních proměnných u vzorku z druhé vlny testování (N = 80)

Proměnné	Celý soubor	ADHD skupina		MD	t (df)	Cohen's d
		Negativní	Pozitivní			
Motivace – vlna 1	9.05	9.07	9.03	0.035	0.170	0.038
	(0.917)	(0.873)	(0.973)		(76.1)	
Motivace – vlna 2	8.81	9.01	8.61	0.404	1.95	0.438
	(0.938)	(0.851)	(0.991)		(75.0)	
Motivace – vývoj	-0.239	-0.059	-0.428	0.369	1.63	0.364
	(1.02)	(1.05)	(0.973)		(77.9)	

Poznámka: Standardní odchylky se zobrazují v závorkách pod průměry.

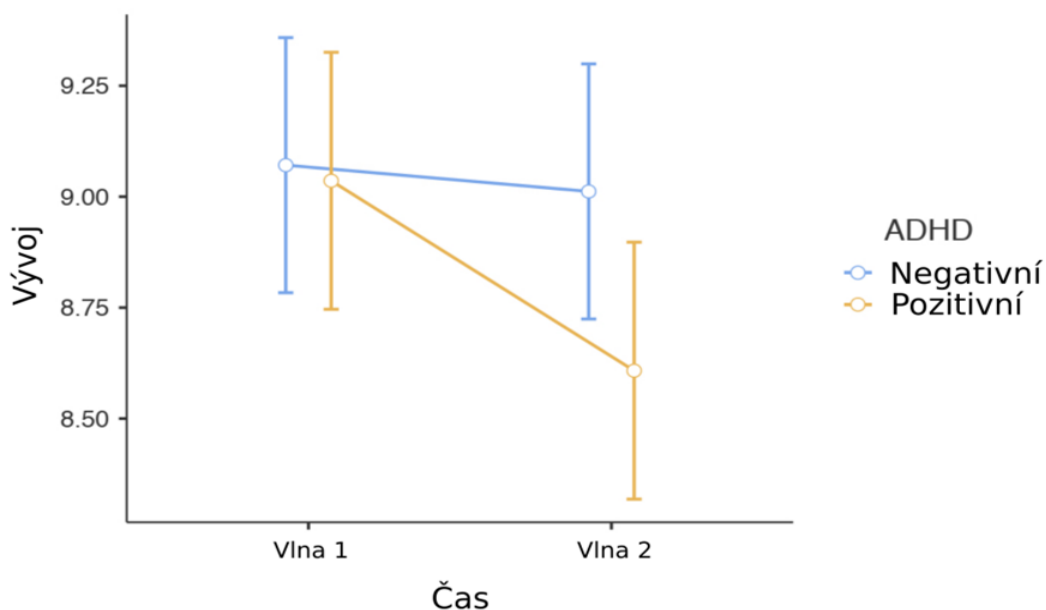
Zdroj: vlastní dle Rubášová et al., (2021)

Rozdíly v motivaci u ADHD klientů

Ve třetím a čtvrtém kroku bylo porovnáváno skóre motivace (motivace u první vlny testovaných klientů, druhé vlny testovaných a vývoj stavu motivace mezi vlnami testů) mezi účastníky ADHD+ a ADHD-. Byl sledován rozdíl ve stavu motivace na základě sledované diagnózy ADHD. Analýza směřovala k zjištění, zda byli účastníci s ADHD+ více nebo méně motivovaní než účastníci s ADHD- (vstup do léčby nebo po třech měsících v léčbě v TK). Byla testována nulová hypotéza H_0 za pomoci Bayesovské statistiky (H_0 testovala neexistenci rozdílu mezi ADHD+ a ADHD- klienty v motivaci na začátku léčby, tj. motivaci první vlny). Mezi účastníky ADHD+ a ADHD- nebyly zjištěny žádné významné rozdíly v úrovni počáteční motivace (vstup do léčby). Pomocí Bayesovské statistiky byly získány neoficiální důkazy o nulové hypotéze H_0 . Konkrétně byla zjištěna neexistence rozdílu pro účastníky ADHD+ a ADHD- z hlediska jejich počátečního stavu motivace ke změně) pro vzorek druhé vlny ($N = 80$): $BF_{10} = 0,235$ (viz tabulka 30) a vzorek první vlny ($N = 180$): $BF_{10} = 0,221$, $t(173) = 0,821$, $p = 0,413$, $MD = 0,12$. V případě sledování motivace u druhé vlny a rozvoje motivace dle CHQ nebyly zaznamenány rozdíly založené na ADHD+ jako významné, i když v případě motivace druhé vlny navrhl Cohenovo d mírný vliv (tabulka 30). K analýze vývoje motivace s ohledem na počáteční úroveň motivace byla k odhadu vlivu času a interakce ADHD+ na motivaci použita opakovaná měření ANOVA. Ani zde nebyl účinek interakce statisticky významný: $F(1; 78) = 2,65$, $p = 0,108$, i když se zdálo, že pokles je větší u účastníků ADHD+ ve srovnání s účastníky ADHD-. Přehled zjištění uvádí obázek 2. Zároveň na základě Tukeyho post-hoc testování byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi motivací první a druhé vlny u účastníků pozitivních na ADHD: $t(78) = 2,638$, $p = 0,048$ ($MD = 0,42$, $SE = 0,162$). Ve srovnání s ADHD+ byl rozdíl u účastníků ADHD- velmi malý a nevýznamný ($MD = 0,06$, $SE = 0,158$). Tato zjištění rozhodně není možné považovat za nezvratné důkazy vzhledem k vlivu ADHD na vývoj motivace.

V rámci Study IV bylo zjištěno, že motivace ke změně na počátku léčby v TK byla velmi vysoká u celého výzkumného souboru; klienti s ADHD + i ADHD - měli srovnatelně stejně vysokou motivaci ke změně při vstupu do léčby v rezidenčním zařízení. V rámci aplikací statistických metod nebyly nalezeny signifikantní rozdíly mezi jednotlivými skupinami vzhledem k počáteční motivaci v léčbě (obrázek 2). Jeví se, že motivace při vstupu do léčby není ovlivněna vysokou mírou komorbidit u SUD a ADHD; stav motivace není rozdílný ani v případě závažnějších potíží jednotlivých osob. Stav motivace ke změně životního stylu nebyl při vstupu ovlivněn ani věkem ani pohlavím. Léčebné adiktologické kontinuum a předléčebná fáze (poradenství, služby Harm Reduction, nástup do léčby) se ukazují jako velmi zásadní vzhledem k připravenosti klientů k léčbě.

Obrázek 2 Vývoj motivace ve skupinách ADHD+ a ADHD-. Průměry a 95% intervaly spolehlivosti: motivace - první a druhá vlna a motivace



Zdroj: vlastní dle Rubášová et al., (2021)

V pátém kroku byly vypočítány Pearsonovy korelace mezi sledovanými motivačními proměnnými (motivace u první vlny, motivace u druhé vlny testování a vývoj motivace mezi vlnami) a příznaky poruchy pozornosti a příznaky hyperaktivity. Tento krok byl aplikován pro nutnost dalšího analytického postupu a to zjišťování účinků ADHD na stav a vývoj motivace. Aplikováním počtu pozitivních příznaků poruchy pozornosti a hyperaktivity místo diagnózy ADHD+ a ADHD- bylo zjištěno, že příznaky poruchy pozornosti vykazovaly významnou korelaci s rozvojem motivace. Obecně byl zaznamenán výrazný vliv interakce mezi časem a ADHD na stav motivace. Obecně byly vztahy mezi motivací a symptomy ADHD malé. Přehled výsledků dle analýzy uvádí tabulka 31.

Tabulka 31 Pearsonovy korelace mezi proměnnými motivace a ADHD symptomy (N = 80)

	1	2	3	4
1. Motivace – vlna 1	—			
2. Motivace – vlna 2	0.391	—		
3. Motivace – vývoj	-0.537	0.566	—	
4. Symptomy poruch pozornosti	0.047	-0.213	-0.238	—
5. Symptomy hyperaktivity	-0.095	-0.219	-0.115	0.709

Poznámka: * $p < .05$, *** $p < .001$

Zdroj: Rubášová et al., (2021)

Vliv psychopatologie a závažnosti užívání návykových látek na motivaci

Šestý krok obnášel analýzu vlivu proměnných a to sledováním vztahů mezi všemi uvedenými motivačními proměnnými a psychiatrickými příznaky (viz SCL-GSI a SCL-PST) a stanovenými proměnnými závažnosti užívání návykových látek (kombinované užívání, kumulativní užívání); hodnocení kombinovaného užívání bylo provedeno na základě EuopAsi (mapování stavu klienta před měsícem). Byl sledován vliv psychopatologie a závažnosti užívání návykových látek na motivaci. Jelikož současné literární zdroje o osobách se SUD předpokládají, že závažnější profil (závažnější poruchy vyvolané užíváním návykových látek a psychiatrická komorbidita) vedou k vyšší počáteční motivaci, ale zároveň mohou způsobit snížení motivace během procesu léčby (vliv času). Byl analyzován vztah mezi všemi třemi motivačními proměnnými a proměnnými indikujícími psychiatrickou komorbiditu (indexy SCL) a závažnost SUD; konkrétně byla analyzována celková délka pravidelného užívání návykových látek v letech (s výjimkou tabáku a nenadměrného užívání alkoholu) a výskyt kombinovaného užívání dvou nebo více látek (ano / ne). Byl zjištěn jediný statisticky významný vztah mezi anamnézou kombinovaného užívání (užívání dvou nebo více látek současně) a motivací druhé vlny testovaných účastníků. Účastníci, kteří uváděli kombinované užívání, vykazovali nižší motivaci ve druhé vlně testování ($N = 44$, $M = 8,625$, $SD = 1,034$) než respondenti bez této zkušenosti ($N = 36$, $M = 9,041$, $SD = 0,758$): $t(77,2) = 2,077$, $p = 0,041$, Cohenovo $d = 0,453$. Popis souboru z hlediska problémů s duševním zdravím, který byl sledován Miovským et al., (2020) uvádí tabulka 24.

Specifické potřeby osob s ADHD v léčbě

Závěrečným cílem předkládané kapitoly bylo vyvození specifických potřeb osob s ADHD v léčbě a to na základě zjištění vzhledem k otázkám a testovaným hypotézám Study IV. Analytická část uvedeného cíle byla provedena na základě deskripce zjištěných vycházejících z hypotéz a statistické analýzy Study IV. Základním rámcem pro stanovení specifických potřeb a jejich deskripce byl model motivace-psychopatologie-adiktologický profil vycházející ze stanoveného plánu výzkumu a teoretického rozboru.

Specifické potřeby osob s ADHD v léčbě (vstup a proces) v TK zahrnují vzhledem k motivaci veškeré oblasti související s modelem jednotlivých subškálových položek dotazníku Change Questionnaire. Ač nebyly identifikovány rozdíly v míře motivace k léčbě při vstupu ani v procesu léčby v TK mezi ADHD + a ADHD -, jde vzhledem k popsaným teoretickým východiskům o zásadní intervenční oblast. Jak popisuje teorie u komorbidních uživatelů SUD s ADHD (a jiných komorbidit); motivace představuje velmi křehký a kolísající faktor, který je vzhledem k procesu

léčby nutné neustále zohledňovat. Intervence směřem ke specifickým oblastem motivace by měly být aplikovány u každé ze sledovaných základních skupin. Stěžejní je specifické potřeby udržování či zvyšování motivace a její zohlednění implikovat v rámci celé léčby a to se zřetelem na vyšší obecnou komplikovanost u osob s ADHD. Základní specifické potřeby vzhledem k motivační oblasti lze u osob s ADHD popsat jako:

- potřebu aplikace motivačních rozhovorů při nástupu do léčby v TK a to se zvláštním zřetelem na zjištění komplexního stavu motivace (např. dle CMRS) a na schopnost klienta dosahovat stanovených cílů v případě jeho vlastních zkušeností,
- potřebu zjištění dílčích oblastí motivace k léčbě u osob s ADHD a jejich zkušeností z oblasti adiktologické problematiky a schopnosti změny v životním stylu vzhledem k abúzu návykových látek,
- potřebu stanovení incentivních intervencí, které bude osoba s ADHD + a SUD vnímat jako velmi pozitivně odměňující vzhledem k dosažení stanovených cílů - vzhledem k incentivitě by měla vyšší míra odměny za úspěch být na klientovi samotném (uspokojení, seberealizace apod) než na aplikaci hmotných zisků a rychlých odměn
- potřebu propracování individuálního plánu vzhledem k rizikovým oblastem léčby a motivaci klienta v léčbě,
- stejně jako potřebu stanovení zásadních a silných motivačních bodů klienta v rámci léčby, ke kterým se bude možné vracet kdykoliv v průběhu terapie;
- potřeba identifikovat možné rizikové situace související s abstinencí a symptomy ADHD (např. zvládání nespavosti, pocitů nudy, pocitů izolace aj) a jejich propojení s motivační složkou a krizovým plánem;
- potřeba specificky stanovit oblasti jednotlivých složek základních lidských potřeb, které jsou u daného jedince deficitní a spolupracovat na jejich dosycení (Maslow, BPSS model - viz teorie),
- potřeba edukace o symptomatologii ADHD a zvyšování schopností klienta s ADHD + ke zvládnutí specifických deficitů vlastními dovednostmi,
- potřeba zlepšovat schopnost udržení motivace a volných vlastností osoby s ADHD pomocí aplikace systému odměny vycházejícího z bazálních potřeb a zejména zažití jejich přirozeného uspokojení + vnímání přirozenosti uspokojení bez silného efektu euforie či slasti.

Uvedená specifika k motivační složce jsou vzhledem k osobám s ADHD v komorbiditě se SUD v TK podstatnou složkou terapie a prováděných intervencí. Jak bylo popsáno v teoretické části, motivační oblast je u osob s diagnózou ADHD primárně deficitní díky neurobiologické poruše v mechanismech systému odměny. Primární deficit je dále u osob s ADHD často v konfrontaci s nedostatečnou

seberegulací, volnými vlastnostmi, deficity v kognici i behaviorální oblasti. I přes vysokou individuální snahu osoby s diagnózou ADHD je motivační složka často (primární deficit) ovlivněna interakcí s okolím, kde dochází k opakovanému snížení osobního úsilí k úspěchu či dosažení výsledku (školní prostředí, rodina, sociální interakce) a to na základě neznalosti interpersonálních složek o deficitu dané osoby. Sekundárním deficitem popsaným v teoretické části je samotné užívání návykových látek a vznik SUD s typickými projevy deficitů v systému odměny a motivace. Z těchto důvodů jsou intervence v oblasti motivace u osob s ADHD v léčbě v TK vysoce specifické, nutné a natolik zásadní, že mohou ovlivnit nejen výsledky léčebného kontinua, ale zejména vnitřní postoj daného klienta k celkové motivační složce individuálního charakteru.

Základní specifické potřeby vzhledem k psychopatologické oblasti lze u osob s ADHD popsat jako:

- potřebu kvalitní diferenciální diagnostiky klientely vstupující do léčby v TK obecně; na základě diagnostického procesu určení a zohlednění specifických potřeb dle individuálních potíží klienta (standardní praxe vstupu do TK nevyužívá testy na přítomnost ADHD ani dotazníky k rozkrývání psychopatologického profilu osobnosti), využívání confirmace diagnózy v procesu léčby,
- potřebu stanovení prioritních obtíží klienta vycházející z diferenciální diagnostiky a zároveň z rozhovoru, anamnézy, kontraktu a stanovení individuálního plánu spolupráce,
- potřebu aplikace konkrétních intervencí v deficitních oblastech psychopatologického profilu zakomponovanou do individuální, ale i skupinové terapie jako součást růstu osobnosti klienta a zabránění nevyčleňování a izolace z kolektivu na základě vyšší míry komorbidního zatížení,
- potřeba snahy dát do souladu individuální a skupinové terapie/přístup tak aby nebyla osoba stigmatizována a opět stavěna do pozice sociálně vyloučené
- potřeba upřednostnit zvyšování schopností a dovedností deficitních oblastí dané osoby a to vlastními silami a nově naučenými či s podporou již fungujících vzorců zvládání,
- potřeba specifického zohlednění a možnosti aplikace psychofarmakoterapie v případech lege artis indikovaných a v případech, kde opakované nefarmaceutické intervence vedou k selháním výsledků léčby,
- zároveň uzpůsobení, změna, snížení či vysazení psychofarmakologické léčby u klientů, kde výsledky jejího působení nevedou k výsledkům a očekáváním, jež si stanovuje klient osobně a kde není nutné vzhledem ke stavu klienta léčbu udržovat,
- potřebu přípravy odborného personálu na složitost práce s klientem ve vztahu k jeho přirozenosti a symptomatologii jednotlivých nosografických a komorbidních poruch (nejen ADHD),

- potřebu zvládat a znát (odborný personál) možnosti aplikace práce na přirozenosti klienta a jeho psychopatologie, na zvyšování náhledu a na schopnosti klienta zvládat jednotlivé symptomy a syndromy poruch vlastními zdravými a úzdravnými strategiemi,
- potřebu zohlednit individuální psychopatologický profil vzhledem k rizikům předčasných odchodů z léčby a schopnosti dané osoby zvládat standardní léčebný program v TK,
- specifické potřeby klientů s ADHD a těžší formou psychopatologie zahrnují i možnost navázání bezpečného terapeutického vztahu s možností korekce interpersonálních i intrapsychických deficitů;
- specifické potřeby u klienta s ADHD v rámci léčby v TK by se měly zaměřit vzhledem k psychopatologické závažnosti zejména na ty oblasti, které daný jedinec formuluje vzhledem k sobě jako závažné a problematické.

Rozdílnost a složitost psychopatologického profilu u osob s ADHD v TK s komorbidním SUD a jinými potížemi implikuje k individuálním opatřením; jak bylo popsáno v teoretické části, upřednostnění individuálního přístupu může klienta velmi znevýhodňovat a udržovat vzorce izolace či stigmatizace vzhledem k potížím. Zásadním doporučením při zohledňování specifických potřeb psychopatologie je jejich začlenění do rámce skupinového přístupu a využívání specifických účinných faktorů skupinové terapie stejně jako integrace modelu léčby dvojím ohniskem a propojení intervencí v běžných zvyklostech komunity. Vzhledem k rozdílnosti profilu klientely s ADHD v TK je individualizace přístupu v určité míře zásadní (nejen kvůli vysokému počtu předčasných odchodů z léčby). Snaha nepoškodit klienta a zvyšovat jeho profit z léčby by měla být pro adiktologický personál po rutinním vstupním vyšetření a odkrytí problematiky zásadní vzhledem k intervencím.

Základní specifické potřeby vzhledem k adiktologické oblasti lze u osob s ADHD popsat jako:

- potřebu důkladného zmapování adiktologické anamnézy v kontextu užívání legálních i ilegálních návykových látek; zejména se zohledněním věku, vzorců, rizikovosti, polymorfismu a výskytu nežádoucích poškození či rizikových způsobů aplikace, předávkování;
- potřebu aplikace a rozšíření znalosti adiktologické anamnézy do okolí klienta a to rodinného i aktuálního;
- specifickou potřebu zohlednění ADHD jako faktoru ovlivňující abúzus návykových látek a zvýšení náhledu klienta na primární poruchu a kontext užívání drog;
- specifickou potřebu intervenovat u osob s ADHD z hlediska výskytu vysokého množství velmi rizikových situací a vzorců abúzu návykových látek (polymorfismus, experimentální kombinace, vysoké dávky na jedno užití, nerespekt k běžnému režimu dne a potíže s udržení stavu klidu...)

- potřebu aplikovat Harm Reduction strategie i v rámci léčby TK jako možnost a způsob předcházení i zvyšování sebeuvědomění vzhledem k návykovým látkám a vzorcům jejich užívání;
- potřebu zapojení aktivity klienta v rámci terapie a jeho aktivní přístup k problematice a řešení adiktologické problematiky;
- potřebu využívání principů prevence relapsu a souvisejících oblastí (frustrační tolerance, stress management, incentiva, copingové strategie, management zvládání času a úkolů, nácvik komunikačních a sociálních dovedností...) nejen ve vztahu k adiktologickému profilu, ale jako způsob intervenování v případě relapsu primárních potíží v kontextu s adiktologickou problematikou;
- specifickou potřebu edukace osob s ADHD o významu užívané návykové látky v kontextu neuropsychických deficitů a aplikace intervencí o možnostech zvládání osobnostních nedostatečností pouze na základě vlastních schopností a dovedností (učení se novým dovednostem, schopnost přijímat změny do života a aplikovat nová řešení a přístupy);
- potřebu využít znalostí klienta o vlastních potížích vzhledem k návykovému problému a intervenování v oblasti zvyšování vlastních schopností jak potíže zvládat;
- potřebu aplikace jednotlivých složek BPSS modelu, Maslowovi hierarchie potřeb a KBT modelu či satiterapeutického kotvení (popsaného v teorii) jako základního východiska ke zvyšování vzhledu klienta do potíží a zlepšování jeho schopností je zvládat;
- potřebu stanovení konkrétních a zejména reálných cílů terapie a léčby v TK, které budou vycházet ne z organizačních norem léčby, ale z cílů a přání klienta samotného.

Adiktologický profil u osob s ADHD se SUD v TK odpovídá studiím o potížích s návykovými látkami u uvedené diagnózy. Kromě časného věku začátku a rozvoje poruch vyvolaných užíváním návykových látek se objevují rizikové experimentální vzorce již v raném věku, tendence ke kombinování více skupin návykových látek. Jsou popsány vysoké potřeby dávek na jedno užití či v rámci tahu k docílení potřebného účinku, schopnost jednorázových tahů a abúzu v extrémně dlouhém období a výskyt polymorfismu užívání. Osoby s ADHD vykazují stejně jako v jiných oblastech života rizikovější způsoby užívání a to včetně vysokého výskytu předávkování. Zásadním doporučením při zohlednění specifických potřeb vzhledem k adiktologickému profilu u osob s ADHD v TK je propojení rizikových forem užívání se symptomatologií poruchy samotně a zvyšování náhledu i edukace směrem k bezpečnějším behaviorálním vzorcům (i s ohledem na komplexní tendence rizikovějších vzorců).

Přehled testovaných hypotéz

- H0: Nebude existovat rozdíl mezi ADHD pozitivními a ADHD negativními osobami v motivaci na začátku léčby (první vlna testování).
Hypotéza byla potvrzena Bayes factorem, kdy osoby s ADHD a bez ADHD se ve vstupní motivaci nelišily.

Okruh hypotéz 1: Vývoj motivace

- H1: Motivace k léčbě bude v rámci celého souboru ve vlně 2 významně nižší než ve vlně 1 (tj. zaznamenáme pokles).
Hypotéza byla potvrzena.

Okruh hypotéz 2: ADHD versus non-ADHD

- H2A: Osoby s ADHD budou mít nižší výchozí (vlna 1) motivaci k léčbě než osoby bez ADHD.
Hypotéza nebyla potvrzena. (resp. byla potvrzena H0 Bayes factorem, kdy osoby s ADHD a bez ADHD se ve vstupní motivaci nelišily).
- H2B: Osoby s ADHD budou mít nižší motivaci ve vlně 2 (po 3 měsících v TK) než osoby bez ADHD.
Hypotéza nebyla potvrzena.
- H2BC: Motivace u osob s ADHD bude klesat rychleji než u osob bez ADHD.
Hypotéza nebyla potvrzena. Efekt interakce v rámci analýzy rozptylu nebyl významný. Přesto post-hoc testy ukázaly, že pokles mezi vlnou 1 a vlnou 2 byl u ADHD významný a u osob bez ADHD významný nebyl.

Okruh hypotéz 3: Vztahy motivace a symptomů ADHD

- H3A: Motivace (vlna 1) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy pozornosti.
Hypotéza pro vlnu 1 nebyla potvrzena.
- H3B: Motivace (vlna 1) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy hyperaktivity.
Hypotéza pro vlnu 1 nebyla potvrzena.
- H3C: Motivace (vlna 2) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy pozornosti.
Hypotéza pro vlnu 2 byla potvrzena.
- H3D: Motivace (vlna 2) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy hyperaktivity.
Hypotéza pro vlnu 2 nebyla potvrzena.

- H3E: Vývoj motivace (rozdíl v motivaci mezi vlnami 1 a 2) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy pozornosti.
Hypotéza byla potvrzena.
- H3F: Vývoj motivace (rozdíl v motivaci mezi vlnami 1 a 2) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy hyperaktivity.
Hypotéza nebyla potvrzena.

Okruh hypotéz 4: Vliv dalších proměnných (combined/polydrug use) na motivaci k léčbě

- H4A: Klienti se zkušeností kombinovaného užívání (combined/polydrug use) budou mít nižší motivaci (vlna 1) k léčbě.
Hypotéza nebyla potvrzena.
- H4B: Klienti se zkušeností kombinovaného užívání (combined/polydrug use) budou mít nižší motivaci (vlna 2) k léčbě.
Hypotéza byla potvrzena.

Okruh hypotéz 5: Vliv dalších poměnných (SCL, kumulativní užívání) na motivaci k léčbě.

- H5A: Klienti se závažnějším psychiatrickým profilem dle SCL a s kumulativním užíváním více látek budou mít nižší motivaci (vlna 1) k léčbě.
Hypotéza nebyla potvrzena.
- H5B: Klienti se závažnějším psychiatrickým profilem dle SCL a s kumulativním užíváním více látek budou mít nižší motivaci (vlna 2) k léčbě.
Hypotéza nebyla potvrzena.

4.5 Diskuze

Předkládaná kapitola navazuje na předvýzkumná zjištění o specifických potížích a profilu osob s ADHD v komorbiditě se SUD v léčbě v TK (Study I. - III.); kapitola navazuje na zjištění o vysoké prevalenci ADHD a na popsané komplikace u osob s ADHD, které byly v porovnání se skupinou osob bez ADHD na vyšší úrovni, četnější a závažnější vzhledem k procesu i vstupu do léčby. Specifika osob s ADHD se v předvýzkumu potvrdila v kognitivní, behaviorální i exekutivní oblasti; osoby s ADHD častěji opouštěly léčbu v TK klasifikovány jako early drop out či drop out a byla zjištěna i specifika z hlediska gender problematiky a komplikací v léčbě. Tématem uvedené kapitoly bylo popsání vstupního a průběžného stavu motivace u osob s ADHD v TK; kromě vývoje motivace a vlivu ADHD na stav motivace byl sledován psychopatologický a adiktologický profil a jeho vliv na motivaci. Podle dosavadních zjištění výzkumů lze předpokládat velmi vysokou vstupní motivaci u osob se SUD a její

zvyšování na základě přítomnosti dalších komorbidit; výzkumy uvádějí poznatky o počátečním vysokém angažování, ale zároveň dokládají výrazný pokles motivace u klientů, kde se k SUD přidává další psychopatologie. U osob s ADHD lze zároveň počítat s potížemi v oblasti motivace na základě primárního deficitu poruchy. Efektivní léčba v TK propojuje pojem úspěšné léčby s prediktory na straně klienta, které vzhledem k očekávání komplikací a horších léčebných výsledků zahrnují i komplikovanější adiktologický profil dané osoby. V České republice chyběly informace o klientele osob s ADHD v TK a zkoumání profilu těchto osob při vstupu do léčby stejně jako v jejím procesu je vzhledem ke zlepšování léčebných výsledků zásadní. Uvedená kapitola je součástí hlavního výzkumu, který nasedá na předvýzkumná zjištění. Hlavní výzkumný design popisuje podrobně Miovský et al. (2014) a v rámci hlavního výzkumu potvrzuje vysokou prevalenci ADHD u osob v TK, závažné problémy v oblasti psychopatologie a přináší prvotní informace o specifikách osob s ADHD na reprezentativním vzorku osob v TK (Miovský et al., 2020).

Uvedená kapitola (Study IV.) je sondou k tématu motivace osob s ADHD a jejich psychopatologické a adiktologické charakteristice při vstupu do léčby v TK a vychází z aktuální potřeby deskripce a analýzy dat o klientech s ADHD a zjišťování základních informací o uvedené populaci osob se SUD. V rámci kapitoly 4 a Study IV. byly aplikovány zdroje zahraniční a domácí (hlavní výzkum a předvýzkum); testová baterie aplikovaná v rámci Study IV. obsahovala část z použitých nástrojů testové baterie hlavního výzkumu. Testová baterie pro výzkumné kroky korelovala se stanoveným výzkumným plánem Study IV. a stanovenými cíli a hypotézami. Testová baterie byla aplikována v rámci první vlny testování s využitím čtyř klinických inventářů se zaměřením na diagnostiku ADHD, rozkrytí psychopatologie, popis anamnestických adiktologických dat a aktuálního stavu motivace. Testová baterie byla odlišná od aplikace klinických inventářů v rámci předvýzkumu. Nástroj k diagnostice ADHD DIVA 2,0 byl aplikován na základě aktuálnosti aplikace v zahraniční praxi a výzkumných studiích; zároveň byla provedena v rámci hlavního výzkumu její standardizace na českou populaci dospělých.

Výzkumný plán (Study IV.) zahrnoval primárně hlavní cíl; tedy analyzovat motivaci ke změně a její rozvoj v rané fázi léčby (od vstupu do léčby po třetí až čtvrtý měsíc v léčbě) a to s ohledem na ADHD. Bylo zjišťováno a), zda se soubor z druhé vlny (N=80) odlišuje od souboru z první vlny (N=180) v předčasných ukončeních léčby z hlediska sociodemografických charakteristik (věk, pohlaví, rodinný stav, bydliště), z hlediska drogové anamnézy (kombinované užívání, kumulativní užívání) a z hlediska psychiatrické symptomatologie a ADHD; dále b) bylo zjišťováno, zda po třech měsících léčby došlo k významným změnám ve stavu motivace u sledovaných skupin klientů; a za c) byla testována H₀, tedy předpoklad neexistence rozdílu mezi ADHD+ a ADHD- klienty v motivaci na začátku léčby, tj. motivaci první vlny. Dále bylo zkoumáno d) zda existuje vliv interakce mezi časem (první versus druhá vlna testování/

vstup a tři měsíce v léčbě) a ADHD (ADHD+ versus ADHD-) na motivaci, abychom zjistili, zda byl vývoj motivace odlišný u ADHD+ a ADHD-; následně bylo sledováno e) zda, ADHD a dílčí subtypy poruch pozornosti a hyperaktivit ovlivňují motivaci v léčbě a závěrem bylo zkoumáno f) zda existuje vliv proměnných a to sledováním vztahů mezi všemi uvedenými motivačními proměnnými a psychiatrickými příznaky (viz SCL-GSI a SCL-PST) a stanovenými proměnnými závažnosti užívání návykových látek. Výstupem je analytický popis doporučení na základě zjištění ve Study IV.; tedy popis specifik klientely léčené v TK z hlediska diagnostické, léčebné a rehabilitační perspektivy

V rámci předkládané kapitoly a Study IV. bylo zjištěno, že motivace na začátku léčby v terapeutické komunitě byla velmi vysoká a nelišila se mezi osobami s ADHD pozitivní a ADHD negativní symptomatologií. Zároveň se při zkoumání motivace ukázalo, že vstupní míra motivace je u všech klientů při vstupu do léčby v TK na velmi vysoké úrovni. Vysoká úroveň motivace byla napříč celým souborem a neovlivňoval ji ani závažný osobnostní profil daného jedince. Bylo zjištěno, že vývoj motivace byl negativní vzhledem k času (vstup a tři měsíce léčby v TK) a vykazoval významný, ale malý pokles s časem (v průměru byl pokles 0,24 bodu na stupnici 0-10). Pokles byl výraznější ve skupině s ADHD pozitivních klientů v léčbě (v průměru 0,42) než u klientů s ADHD negativní symptomatologií (0,05). Tento zjištěný rozdíl mezi ADHD + a ADHD - nebyl statisticky významný. Zjistili jsme významnou negativní korelaci mezi příznaky poruch pozornosti a vývojem motivace; konkrétně přítomnost závažnějších symptomů poruch pozornosti znamenalo prudký pokles motivace. Ze sledovaných ukazatelů závažnosti užívání návykových látek bylo zjištěno, že anamnéza kombinovaného užívání ovlivňuje motivaci druhé vlny testovaných (tři měsíce v léčbě); kombinovaní uživatelé vykazovali nižší motivaci ve druhé vlně testování (v průměru 0,42) než klienti užívající jednu návykovou látku. Rozdíl byl statisticky významný s průměrnou velikostí účinku. Nebylo zjištěno, že psychiatrické příznaky ovlivňují motivaci ke změně; konkrétně ani v počátku ani v procesu léčby.

Míra předčasného drop out během prvních tří měsíců léčby, kterou ukazuje zjištění Study IV. by mohla být považována za vysokou (42,2%). Tato míra drop out je však shodná s jinými studii zaměřenými na podobné léčebné modalitky a klientelu. Deane, Wootton, Hsu a Kelly (2012) uvedli, že v prvních třech měsících byla míra předčasného ukončení léčby v rezidenční léčbě 57,3%, a prokázali, že nealkoholická drogová kariéra je hlavním faktorem, který zvyšuje riziko odchodu z léčby. Systematický přehled a metaanalýza, kterou provedli Lappan, Brown a Hendricks (2020), potvrdila, že míra předčasného odchodu z léčby byla nejvyšší u uživatelů stimulantů (metamfetaminu a kokainu). Systematický přehled věnovaný účinnosti TC s ohledem na předčasné ukončení léčby ukázal, že se míra drop out z léčby pohybovala od 44 do 94% (Malivert et al., 2012). Výsledky Study IV. zároveň ukázaly, že klienti s poruchami užívání návykových látek, kteří se rozhodli vstoupit do rezidenční péče

v terapeutické komunitě, byli velmi dobře motivováni ke změně, což je v souladu se znalostmi o motivaci klientů vstupujících do léčby (Simpson & Joe, 1993; DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004; Volkow, Koob, & McLellan, 2016). Vysoká úroveň počáteční motivace u klientů TC může také souviset se skutečností, že obvykle vykazují závažnější profil SUD a celkově závažnější profil osobnostní (ve srovnání s jinými možnostmi léčby - APA, 2006 – indikační schéma léčby). Je známo, že závažnost profilu klienta má pozitivní vliv na počáteční motivaci - čím závažnější je SUD, tím vyšší je motivace (Havassy, Hall, & Wasserman, 1991; DiClemente, Bellino, & Neavins, 1999). Naopak jsme nenašli žádný z indikátorů závažného užívání, který by souvisel s počáteční motivací (negativní ovlivnění), i když jsme zjistili významný vliv kombinovaného užívání (ve srovnání s použitím jediné látky) na motivaci u druhé vlny. Jak však bylo uvedeno výše, je možné, že většina klientů TC představuje spíše závažné případy SUD, což koreluje s APA schématem indikace k léčbě. Výzkum provedený v rámci Study IV. neposkytuje mnoho informací o počáteční motivaci napříč různými způsoby léčby SUD, ale pouze informace z prostředí TK. Stupeň motivace k léčbě může souviset nejen s profilem osobnosti, ale i s požadavky na vstup do léčby. Pokud jde o závažnost profilu, podle APA (2006) TC jako rezidenční zařízení nabízejí léčbu pro klienty s nejobtížnějším osobním profilem (závislost, psychiatrie, sociální a zdravotní péče, kriminální anamnéza ...). Z tohoto důvodu lze předpokládat, že se TC soustředí na závažné případy, o kterých je známo, že vykazují vysokou počáteční motivaci k léčbě. Vysokou míru motivace ověřují velmi dobře v praxi vstupní požadavky terapeutických komunit a proces předléčebního poradenství a příprav na léčbu. TC mají velmi přísné požadavky na přijetí (např. detoxikace, krátkodobá léčba, administrativní požadavky, čekací doba). Lze tedy předpokládat, že přijímací řízení ve skutečnosti dokončili pouze klienti s velmi vysokou počáteční motivací k léčbě.

Motivace ke změně je tradičně považována za jeden klíčový faktor pro úspěšnou léčbu osob se SUD (Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1995; Hiller, Knight, Leukefeld, & Simpson, 2002). Vnitřní motivace k léčbě byla popsána jako základní prediktor úspěchu ve srovnání s vnějšími tlaky (Cornelius et al., 2017; Ryan et al., 1995). Některé studie provedené mezi lidmi, kteří užívali drogy v síti adiktologických služeb, ukazují dopad vysoké počáteční motivace na dodržování léčby a pravidel, úspěšné výsledky léčby a retenci v léčbě (De Leon, 2000; Melnick, De Leon, Hawke, Jainchill, & Kressel, 1997; Cady, Winters, Jordan, Solberg, & Stinchfield, 1996). Melnick et al. (1997) potvrdili, dle CMRS schématu motivace (Okolnosti, Motivace, Připravenost, Vhodnost), že absence motivace a připravenosti na léčbu souvisejí s negativní predikcí léčebného výsledku u osob v TK (prediktor drop out).

Zdá se důležité rozlišovat mezi počáteční motivací a motivací v pozdějších fázích léčby. Studie prokázaly, že pokles motivace je ovlivněn závažností profilu dané osoby (Bukstein & Roberto, 2018; Breda & Heflinger, 2007; Romano & Peters, 2015).

Uvedená zjištění potvrzují jiné zahraniční studie, které dokládají kolísání motivace v čase u osob se SUD a jiným komorbidním zatížením; výsledky o změnách motivace v čase popisují i studie věnující se psychiatrickým klientům se SUD či psychiatrické klientele v léčbě (Cornelius et al., 2017; Ryan et al., 1995). Bylo zjištěno, že délka a proces abstinence ovlivňují motivaci; motivace má tendenci v čase vykazovat negativní vývoj u lidí, kteří užívali drogy s komorbidním profilem vyšší závažnosti (Barrowclough et al., 2001; Alterman et al., 1993; Timko & Moos, 2002). Jako zásadní vzhledem k motivaci u osob s ADHD je nejen její aktivní udržování, ale i aplikace intervencí, které zvyšují a zlepšují schopnost těchto osob práce se sebemotivací (incentivní terapie, postupná práce na potížích a úkolech, struktura, postupné prodlužování času k dosažení cíle...). Vliv motivace nejen na výsledky dané léčby, ale i celého léčebného kontinua popisují zahraniční studie (De Leon, 2000); stejně tak jako vliv motivace na změny životního stylu klienta (Meyers et al., 1998; Adamson et al., 2009). Cílem Study IV. bylo kvantitativně prozkoumat roli motivace v počátečních fázích procesu léčby SUD, zejména s ohledem na komorbidní ADHD. Byl použit reprezentativní vzorek klientů terapeutických komunit, což je v současné době velmi specifické výzkumné prostředí a vysoce neprozkoumaná populace (Vanderplasschen, Yates, & Miovský, 2017). Výsledky Study IV. obecně potvrzují pokles motivace u klientů TC. Ačkoli účinek interakce mezi časem (rozdíly mezi první a druhou vlnou) a ADHD nebyl významný, pokles motivace byl výraznější u účastníků pozitivních na ADHD ve srovnání s účastníky negativními na ADHD. Bylo zjištěno, že jedinci s ADHD vykazují celoživotní a multisystémové deficity, pokud jde o jejich systém odměn a motivaci, s hlavními problémy týkajícími se sebemotivace a udržení motivace (Cubillo et al., 2012). Miovský et al. (2018) popsali motivační deficity u klientů pozitivních na ADHD léčených v českých TC jako nedílnou součást nízkého smyslu pro koherenci (SOC - Antonovsky, 1993), vztahující se také ke kognici a exekutivní oblasti. Bylo zjištěno, že jedinci s ADHD mají nestandardní skóre motivace. Zatímco cílené zvyšování motivace u lidí, kteří užívali drogy při zotavení, je zvláště důležité v období úplné abstinence (Bastle et al., 2017), u osob pozitivních na ADHD se SUD představuje klíčový zásah, který může mít vliv na primární neurobiologické deficity ADHD, stejně jako na regulace změn způsobených komorbidním SUD. Problém regulace dopaminu a motivačního deficitu je zde zdvojen na základě komorbidního SUD a ADHD (primární a sekundární neurobiologické hladiny; ADHD / SUD). Zabývání se motivací a aplikace intervencí v procesu léčby by mělo reflektovat potřebu osoby s ADHD udržovat začleněné v rámci komunitního společenství a co nejvyšší možnou měrou aplikovat intervence v rámci běžných činností komunity (nezvyšovat stigmatizaci klienta). Výhoda léčby v TK je aplikace motivačních rozhovorů v průběhu skupinové i individuální terapie, postupná práce na problémech a postupné přibírání složitějších úkolů v procesu léčby. TK se může velmi dobře působit vzhledem k motivaci ADHD

osob jako reparační forma s využitím uzdravných faktorů TK, skupinové terapie a individuální terapie.

Závažnější psychopatologický profil u osob se SUD s ADHD + ADHD - představuje vzhledem k přítomnosti dalších specifických komorbidit a deficitů výrazný faktor ovlivňující výsledek léčby a intervencí v terapii SUD; tyto poznatky dokládá např. i Barkley, Murphy & Fischer, (2010); Arias et al., (2008). Osoby bez diagnózy ADHD a vysokého psychopatologického zatížení mají v porovnání s osobami s ADHD a SUD lepší predikci léčebného výsledku; očekává se nižší míra komplikací v léčbě, lepší profit z léčby a zapojení se. Jak uvádí Wilens et al., (2011) zároveň je u osob s ADHD a SUD velmi vysoké riziko na základě přidružených psychiatrických komplikací časných vypadnutí z léčby a nedokončení léčby celkově. Zkoumání klienta při vstupu do léčby vzhledem k psychopatologickému profilu se ukazuje jako významné, pokud chceme zlepšovat výsledky léčby osob se SUD a to nejen v kombinaci se sledováním motivace, individualizací plánu (v rozumné míře), rozkrýví adiktologického profilu aj (Bukstein & Roberto, 2018; Breda, & Heflinger, 2007; Romano & Peters, 2015). Zajímavá zjištění ukazují výsledky psychiatrické symptomatologie osob s ADHD dle SCL-90 (Miovský et al., 2020). Uvedené oblasti lze vzhledem k potížím osob s ADHD v rámci vlastních a interpersonálních schopností a dovedností považovat za zásadní vzhledem k léčebnému intervenování. Na základě zjištění o vyšší míře zátěže osob s ADHD (vzhledem k deficitům ADHD a dalším komorbiditám) lze předpokládat vliv uvedené zátěže na sledovaný faktor motivace v čase v průběhu léčby. Jak uvádí výsledky Study IV., zejména v procesu léčby se ukazuje vliv subtypu poruch pozornosti na negativní progresi motivace.

Specifické potřeby osob s ADHD v léčbě byly popsány na základě výsledků statistické analýzy Study IV. a na základě teoretických východisek modelů léčby (s ohledem na diagnostickou, léčebnou a rehabilitační perspektivu). K deskripci specifických potřeb byl použit model motivace-psychopatologie-adiktologický profil. Uvedené oblasti potřeb osob s ADHD korelují se specifickými deficity a problémy osob s ADHD v léčbě v TK a propojují je s nutností efektivního intervenování. Kromě začlenění motivačních intervencí, práce na zlepšování sebemotivační složky se jedná o implikace vztahující se k širšímu pojetí prevence relapsu v oblasti psychopatologie a adiktologické oblasti. Jak bylo popsáno v teorii, cílem předkládané práce není vyčlenit specifický program pro osoby s ADHD v léčbě, ale popis jejich potíží, specifik a odlišných potřeb v porovnání s klienty bez ADHD. Práce se věnuje složce individualizace programu léčby v TK s velkou obezřetností a to na základě teoretických poznatků o možnostech poškození klienta v případech vyššího vyčlenění z kolektivních a komunitních činností. Návrh na diagnostické, léčebné a rehabilitační postupy u osob s ADHD vzhledem k jejich specifickému profilu může dobře sloužit k intervenování v rámci kolektivních a skupinových aktivit. Rozkrývání profilu klientů s ADHD v léčbě je zásadní vzhledem k tomu, že do nedávné doby nebyla samotná

diagnóza u klientů v TK brána na zřetel; neexistovaly informace o výskytu osob s ADHD v léčbě v TK v ČR ani o vlivu poruchy na proces a výsledky léčby. Popis profilu klientů s ADHD vzhledem k motivaci, psychopatologii, adiktologickému profilu a potřebám je logickým krokem nasedajícím na zjištění o prevalenci, negativním vlivu ADHD na proces a výstupy a vysokou míru komplikací v léčbě.

V rámci kapitoly je prezentována Study IV., která je jedním z prvních pokusů diagnostikovat a rozkrývat profily klientely terapeutických komunit na reprezentativním vzorku. K posouzení symptomatologie ADHD byl aplikován nejnovější výzkumný nástroj, který vychází z aktuálních diagnostických kritérií. Limitem i přes provedenou standardizaci DIVA 2,0 na populaci českých dospělých může být problém z hlediska diagnostických kritérií. Podle van de Glind (2014) změna diagnostických kritérií může ovlivnit prevalenci ADHD u dospělých se SUD přechodem k DSM V. Příčinou jsou změny, které zmiňuje i Frances & Widiger (2012) a jež souvisejí se zvýšením věku potřebného k diagnostice ADHD v dětství (šest let posun směrem k vyššímu věku) a redukce celkového množství příznaků nutných k diagnostice. Limitem prezentované studie je, že období hodnocené ve studii (tři měsíce) bylo pravděpodobně příliš krátké na to, aby zachytilo výraznější změny motivace. Zároveň je omezením relativně malý vzorek (vyplývající z malé velikosti cílové populace), který zabraňuje provádět přesvědčivější a vícerozměrné statistické analýzy. Zásadním limitem je vysoký počet osob, které opustily léčbu před druhou vlnou testování; předčasné drop outy jsou velmi obvyklé u klientů se SUD v léčbě a zejména u uživatelů stimulantů (Lappan et al., 2020) a i v případě klientů u TC (Malivert et al., 2012). Bylo zjištěno, že vzorek klientů z druhé vlny byl velmi podobný zbytku účastníků, kteří buď léčbu opustili, nebo neposkytli údaje týkající se sociodemografických proměnných, drogové kariéry, psychiatrických symptomů a ADHD. Dalším limitem studie je možnost, že posouzení ADHD může být zkreslené z důvodu nedostatečné confirmace symptomatologie osobou blízkou klientovi či další osobou (odborné vyšetření; triangulace dat a doporučené postupy diagnostiky ADHD uvedené v teoretické části). Zásadním limitem celé disertační práce a tedy i Study IV. je hodnocení symptomatologie ADHD u osob se SUD; zde je vždy nutné předpokládat riziko zkreslení a menší přesnosti v důsledku intoxikace, abstinčního syndromu a / nebo reziduálních účinků dlouhodobého užívání. Všechny komunity, které se účastnily naší studie, však vyžadovaly, aby klienti mohli vstoupit do léčby až po detoxikaci a přibližně jednoměsíční abstinenci v chráněném prostředí; někdy byl nástup do TK realizován s delší čekací dobou i absolvováním krátkodobé až střednědobé léčby. Respondenti proto v době šetření nebyli intoxikováni anebo se u nich nevyskytoval akutní abstinční syndrom. Reziduální účinky dlouhodobého užívání na symptomatologii ADHD přesahují rámec této studie, i když jsou relevantní, zejména u uživatelů metamfetaminu. Z tohoto důvodu je v rámci diagnostické a léčebné rehabilitační perspektivy doporučen postup opakované confirmace diagnózy v procesu léčby.

Za základní výsledky předkládané práce a přínos pro praxi lze považovat nejen získání velmi kvalitního nástroje k diagnostice ADHD v klinické praxi, ale i pro výzkumné účely se standardizací na českou populaci; dále pak získání informací o nutnosti zohledňovat diagnostiku ADHD nejen při vstupu do léčby, ale zejména pak v procesu diagnostiku potvrzovat. Pro praxi v TK a práci s klienty s ADHD se objevuje nutnost aplikace nových a stěžejních intervencí a komponent programu bez vyčlenění těchto osob; se zohledněním základní teze nepoškozovat klienta. Vzhledem k velmi vysoké prevalenci jde o velké téma související s reformou pro TK.

4.6 Závěry

Uvedená kapitola se zabývala motivací osob s ADHD při vstupu do TK, jejich psychopatologickým a adiktologickým profilem a specifickými potřebami, které z uvedených charakteristik osob vycházejí. Uvedená práce navazuje na předvýzkumné kroky a na kroky hlavního výzkumu, kdy bylo provedeno rozdělení výzkumného souboru, zjištěny informace o prevalenci ADHD na reprezentativním vzorku osob v TK (Miovský et al., 2020). Rozdělení výzkumného souboru pro Study IV. nezachovalo dělení aplikované v rámci předvýzkumných kroků (bylo využito dělení ADHD subtypů dle nových kritérií DSM V.). Výzkumný soubor byl rozdělen na ADHD + a ADHD -. Rozdělení výzkumného souboru na základě DIVA 2,0 umožnilo aplikovat výzkumný plán Study IV. a testovat stanovené hypotézy. V rámci Study IV. bylo zjištěno, že na začátku léčby v terapeutické komunitě je úroveň motivace u lidí s diagnózou ADHD a SUD vysoká a neliší se od úrovně u klientů bez komorbidit ADHD. V rámci studie byl potvrzen malý pokles motivace v čase, který je velmi obvyklý u osob, které užívali návykové látky. Podle zjištěných výsledků se jeví, že ADHD má určitý účinek na snížení motivace v kritickém období v rané fázi léčby (první tři měsíce v léčbě). Tímto se otevírá hypotéza, že existují rozdíly ve vnímání potřeb mezi léčenými klienty a zaměstnanci TC, které jsou základem některých specifických problémů s léčbou komorbidních lidí.

Na základě teoretického rozboru o motivaci se ukazuje, že klienti vstupující do léčby v komunitě jsou velmi dobře motivováni ke změně a to ve všech sledovaných subškálách dle CHQ. Zároveň se potvrzují i jiná výzkumná zjištění, která uvádějí, že změna motivace se objevuje v procesu a čase; motivace má tendenci k negativní progresi a to zejména u osob, kde je vyšší míra přidružených komplikací v osobnostním profilu; zejména osob s ADHD subtypem poruch pozornosti. Vysokou motivaci při vstupu do léčby lze považovat za velmi dobrý výsledek předléčebných intervencí v rámci léčebného kontinua.

Popsané psychiatrické symptomy již k preexistující ADHD a SUD představují vysoce rizikový osobnostní faktor na straně klienta a to vzhledem k procesu léčby, výsledkům léčby, zapojení do programu a schopnosti klienta absolvovat léčebný

program a profitovat z něj. Uvedená zjištění o psychiatrickém profilu korelují s výzkumy, které poukazují na složitost diagnózy ADHD a SUD vzhledem k přítomnosti dalších psychopatologií. Charakteristika adiktologického profilu osob s ADHD koreluje s teoretickými poznatky o vysokém výskytu abúzu návykových látek u těchto osob; zároveň ukazují na vysokou míru ohrožení populace již školních dětí vznikem a rozvojem poruch z užívání návykových látek. Sledování vzorců rizikového užívání návykových látek u osob s ADHD koreluje s teoretickými poznatky o rizikových behaviorálních vzorcích těchto osob, které se promítají nejen do adiktologické oblasti (předávkování, kombinování návykových látek, brzký věk experimentování), ale i do celkových životních způsobů chování.

Na základě analýzy výsledků Study IV. byly popsány specifické potřeby osob s ADHD v léčbě podle modelu motivace-psychopatologie-adiktologický profil. Specifické potřeby osob s ADHD v léčbě vycházejí z primárního motivačního deficitu způsobeného neuropsychickou poruchou a následně sekundárně negativně ovlivněného neurobiologickými mechanismy poruch způsobených užíváním návykových látek. Model popisuje potřeby osob i v oblasti psychopatologie a adiktologické problematiky, které jsou vzhledem k intervenování v rámci integrovaného modelu léčby v TK stěžejní.

Výsledná zjištění předkládané kapitoly jsou výstupem hlavního výzkumu orientovaného na reprezentativní vzorek populace osob v TK a zjišťování prevalence ADHD, výskytu komplikací a deficitů v procesu léčby. Study IV. se zaměřila na výsek z hlavního výzkumu, tedy na zjišťování stavu motivace, psychopatologického profilu a adiktologických charakteristik u osob s ADHD. Předpokladem uvedené studie bylo, že při vstupu do léčby budou všichni klienti se SUD bez ohledu na diagnózu ADHD vykazovat vysokou míru motivace, ale budou se lišit ve vývoji motivace v čase. Na základě testování hypotéz byla uvedená teze potvrzena a stanovena nutnost v dalším výzkumném kroku sledovat delší časové období vzhledem k motivaci. Uvedené výzkumné kroky nejsou již součástí disertační práce a budou souviset s činností ve výzkumných aktivitách autorky.

5 SHRUTÍ VÝSTUPŮ A DOPORUČENÍ – DIAGNOSTICKÁ A LÉČEBNĚ RE/HABILITAČNÍ PERSPEKTIVA

Závěrečná kapitola disertační práce se zaměřuje na shrnutí hlavních výstupů kapitol 2 - 4 a na uvedení základních doporučení pro praxi vycházejících z uvedených zjištění. Poslední kapitola disertační práce je souhrnem výstupů v rámci Study I. - IV. A propojuje zjištění předvýzkumu s hlavním výzkumným projektem. Základní výstupy se týkají tématu disertační práce a jednotlivých studií a zahrnují prevalenci ADHD u osob se SUD v TK, diagnostiku ADHD v dospělé populaci u osob se SUD v TK, analýzu a popis komplikací v začátku a procesu léčby u osob s ADHD se SUD v TK, gender specifika osob s ADHD se SUD v léčbě a popis vstupního a průběžného profilu klientů s ADHD se SUD v TK (motivační oblast, psychopatologie osob, adiktologický profil). Shrnutí hlavních výstupů a doporučení propojuje předvýzkumné kroky a hlavní výzkum v tématu komplexní práce s názvem: “ADHD u uživatelů návykových látek léčených v terapeutických komunitách z hlediska průběhu léčby, výskytu komplikací a specifických potřeb v rámci léčby, včetně diagnostické a léčebně rehabilitační perspektivy.“

5.1 ADHD u klientů v terapeutických komunitách – prevalence, diagnostika, zjištěné komplikace v procesu diferenciální diagnostiky

Hlavním zjištěním druhé kapitoly, která vychází z předvýzkumného šetření a Study I. byla prvotní data o prevalenci potencionální diagnózy ADHD u SUD v TK. Study I. byla realizována jako ojedinělý výzkumný plán s cílem zjistit, zda se u osob v léčbě v TK vyskytuje diagnóza ADHD a pokud ano v jakém procentu. K diagnostice byly využity klinické inventáře AL (Anamnestický list) a SD (sebehodnotící dotazník). AL byl vytvořen dle škály WURS 61/25 k diagnostice ADHD v dětství retrospektivně z dospělosti s využitím WURS 25 jako základního pro stanovení diagnózy. SD byl vytvořen dle škály ASRS v1.1 k diagnostice ADHD v dospělosti. Testová baterie pro klienty byla doplněna o směrodatné anamnestické položky k identifikování základního profilu výzkumného souboru.

V rámci prvního kroku bylo zjištěno, že se v TK s potencionální diagnózou ADHD v komorbiditě se SUD vyskytuje 57 % osob (n=43) z celkového počtu 76 zkoumaných klientů v léčbě. Na základě analýzy testové baterie byla skupina osob s ADHD členěna na ADHD CH+A (plně pozitivní; diagnostická kritéria naplnilo celkem n=21), ADHD CH (pozitivní na ADHD pouze v dětství, n=16) a na ADHD A (pozitivní na symptomatologii ADHD pouze v dospělosti n=6). Na základě teoretického rozboru a porovnání výsledků pilotní fáze projektu bylo konstatováno, že podíl osob

s ADHD v TK v ČR je na vysoké úrovni. Uvedená zjištění jsou v souladu s některými zahraničními výzkumy, kde prevalence ADHD u SUD přesahuje 50 % a s jinými nekorelují. Teoretický rozpor v prevalenci a diagnostické obtíže jsou dále rozebrány v doporučení pro praxi a výše v teoretických úvodech jednotlivých kapitol.

Základní výstupy a doporučení z kapitoly 2 a Study I. pro praxi vzhledem k diagnostickému procesu jsou rozděleny na oblast a) diagnostika ADHD a b) doporučení u klientů s ADHD a SUD. Oblast diagnostická byla vzhledem k předvýzkumu charakterizována absencí standardizovaných nástrojů na populaci uživatelů návykových látek či všeobecnou populaci. Předvýzkumné kroky využívaly diagnostické nástroje k zachycení ADHD v dětství, které měly velmi dobrou validitu i reliabilitu v zahraničních výzkumech a zároveň byly aplikovány i v prostředí české praxe.

Doporučení a výstupy pro diagnostiku ADHD

Zásadní pro oblast A) diagnostika ADHD v prostředí TK se jeví následující zjištění:

- aplikace diagnostických nástrojů, které jsou aktuální vzhledem ke klinické praxi a k výzkumné orientaci,
- využívání takových diagnostických nástrojů, které vycházejí z aktuálních diagnostických kritérií platných pro ADHD,
- volba diagnostického nástroje s preferencí na jeho standardizaci na zkoumanou populaci či jeho klinické využívání,
- přizpůsobení diagnostického procesu cílové populaci a specifickým potřebám a rizikům diagnostiky,
- zohlednění diagnostického procesu ADHD při vstupu do TK a zároveň v procesu léčby opakovaně nejen ke confirmaci diagnostiky, ale i k možnému diagnostikování ADHD u osob se SUD,
- využívání léčebného kontinua a procesu předléčebného poradenství, detoxifikace, stabilizační ústavní léčby k rozkrývání symptomatologie klientů se SUD a jejich sumarizace v rámci doporučení k dlouhodobé léčbě,
- kromě zohlednění vícenásobného diagnostického procesu aplikace diagnostického nástroje s ohledem na dostačující dobu abstinence (prvotní rozhovor či sebehodnocení až po abstinenci v chráněném prostředí; zhodnotit absenci odvykacího stavu a celkového stavu; doba minimálně šesti týdnů byla využita v předvýzkumu),
- k diagnostice ADHD zohlednit komplexní anamnestický sběr dat o klientovi se zvláštním zřetelem na dětství, dospívání a adiktologickou souvislost se symptomatologií ADHD,

- sledovat přítomnost a dotazovat se na jiné psychiatrické a psychické potíže (diferenciální diagnostika),
- zařazení základní otázky na přítomnost diagnózy ADHD/LMD či poruch chování, nálady a učení do vstupního vyšetření klienta,
- nutnost sledovat vývoj klienta v léčbě a opakovat diagnostický proces u suspektních osob a tam, kde “běžné diagnózy” komorbidit k SUD “nesedí”.

Doporučení a výstupy pro diagnostický proces u ADHD

Zásadní pro oblast B) doporučení u klientů s ADHD v kombinaci se SUD vzhledem k diagnostickému procesu ukazují následující závěry:

- provedení velmi důkladné diferenciální diagnostiky v případě potvrzení diagnózy ADHD opakovaně v procesu léčby v TK; a to zejména v případech nasazení psychofarmakoterapie a prvotní aplikace léků na ADHD u dospělého klienta,
- využití času v procesu léčby k opakovanému diagnostickému zhodnocení klienta a potvrzení diagnózy vzhledem k rizikům překrývání symptomatologie pozdní abstinenci psychopatologií, reziduálními zbytky abúzu návykových látek, a to zejména stimulancií,
- využívání jednotlivých složek adiktologického kontinua nejen ke sběru anamnestických dat o klientovi k lepšímu procesu diagnostiky, ale i k následnému předávání do péče a k možnosti ověřovat aktuálnost potíží ADHD, jejich zvládnutí či nutnost psychofarmakoterapie po ukončení léčby v TK,
- přijetí základních znalostí o vysokém výskytu jiných doprovodných komorbidit k ADHD se SUD a schopnost jejich odlišení od primárního problému (ADHD); ne vždy je ADHD komorbidní s jinými psychiatrickými poruchami, symptomy se často překrývají a je riziko opět chybné diferenciální diagnostiky,
- využívání širšího prostředí klienta ke potvrzení diagnózy ADHD jako zdroje k triangulaci získaných dat,
- provádět diagnostiku za přísných podmínek v chráněném prostředí s ověřením abstinence klienta v procesu,
- využívat u osob s ADHD se SUD v diagnostickém procesu více způsobů potvrzení diagnostiky a kombinovat více nástrojů i opakovaně v jejím procesu,
- zohlednit míru informování klienta o ADHD se SUD,
- využívat diagnostického rozhovoru s klientem jako způsobu poznání a nastavování lepších možností jak zvládat jeho pojmenované životní obtíže.

5.2 ADHD z hlediska komplikací v léčbě - proces a výstupy léčby, specifické potřeby, genderová problematika osob s ADHD

Prioritním výstupem třetí kapitoly a Study II. a III. byly informace o výskytu komplikací osob s ADHD v začátku a v procesu léčby; vliv ADHD na výstupy léčby, popis specifických komplikací a potřeb osob s ADHD a zároveň genderové hledisko ve výše uvedených oblastech. Study II. a III. byly realizovány v rámci předvýzkumného šetření s aplikací výzkumného plánu s cílem (Study II.) zjistit a) výskyt komplikací u osob s ADHD a bez ADHD v TK, b) analyzovat vliv ADHD na začátek a proces léčby z hlediska komplikací; dále skrz sekundární analýzu dat s ohledem na gender specifika souboru (Study III.), zjistit c) charakteristiky klientů s ADHD a bez ADHD, jejich odlišnosti či podobnosti, d) informace o specifických komplikacích u osob s ADHD a bez ADHD, e) vlivu ADHD na zahájení a proces léčby z gender perspektivy. K analýze byla využita testová baterie, která obsahovala dva sebehodnotící nástroje pro klienty k diagnostice ADHD doplněné o anamnestické položky (AL, SD) a klinický inventář k diagnostice ADHD a hodnocení klientů v léčbě určený pro terapeutu (vytvořen dle CTQ; aplikován jako DT - dotazník pro terapeutu).

V rámci předvýzkumu a Study II. bylo zjištěno, že a) se komplikace v léčbě v TK vyskytují u celého výzkumného souboru. U osob s ADHD bylo identifikováno, že výskyt komplikací v léčbě je častější a závažnější, než u ADHD- a to v oblasti akceptace programu, plnění úkolů, behaviorálních projevů v léčbě, podílení se na činnostech, v potížích dokončení plánované délky léčby apod. Dále bylo zjištěno b), že u osob s ADHD se vyskytují potíže v celém procesu léčby s výraznou individuální charakteristikou potíží, psychickou problematikou, potížemi v rodinné a vztahové oblasti a při schopnosti fungování v rámci pravidel a režimu TK. Potíže u osob s ADHD, které popsali terapeuti, měly tendenci k negativní progresi v průběhu léčebného pobytu. Dále bylo zjištěno v rámci Study III. a výzkumných otázek c), d), e) vzhledem ke gender hledisku a komplikacím osob s ADHD v léčbě, že závěry vedou obecně k poznání, že ženy i muži s ADHD v TK vykazují více komplikací v léčbě, a to od zahájení i v procesu (srov. ADHD -). Ani sekundární analýza dat gender specifik negeneralizuje tvrzení, že ženy nebo muži s ADHD se významně liší vzhledem k míře popisovaných potíží. Ukázalo se, že ženy s ADHD jsou hodnoceny v porovnání se zbytkem souboru negativněji v oblasti denního řádu či zvládnání úkolů; jako jediná kategorie vykazují tzv. early drop out. Zároveň se u žen s ADHD ukazuje trend zlepšování v procesu léčby a tendence vyšší compliance v procesu. Mužská část populace je charakterizována plno problematickými atributy; častá identifikace s rolí uživatele drog a vzorec chování typu macho, zakrývání emocí a celková změna v chování související s proměnou mužské populace všeobecně v současné době. Základní výstupy a doporučení shrnuté pro kapitolu 3 a Study II. a III. pro praxi vzhledem ke komplikacím v léčbě u osob s ADHD a genderovému hledisku u osob s ADHD jsou

rozděleny na oblast a) proces léčby v terapeutické komunitě vzhledem ke komplikacím a specifickým potřebám b) genderové hledisko a proces léčby vzhledem ke komplikacím a specifickým potřebám.

Doporučení a výstupy vzhledem k potřebám a komplikacím ADHD klientů v léčbě

Zásadní pro oblast A) proces léčby v TK z hlediska komplikací a specifických potřeb u osob s ADHD se ukazují následující zjištění:

- provedení vysoce kvalitní diferenciální diagnostiky samotného ADHD a jiných komorbidních poruch k ADHD samotnému či k SUD; jejich zohlednění v terapeutickém procesu a možné medikaci pro vysoce nežádoucí účinky v době vysazení návykové látky,
- zvědomění faktu, že komplikace u osob s ADHD v TK se objevují již při vstupu do léčby a to ve velké míře a mají tendenci k negativní progresi v procesu léčby,
- přijetí intervencí a opatření, která budou zohledňovat specifické odlišnosti osob s ADHD v oblasti individuální roviny, psychologických komplikací, vztahové a interpersonálně sociální složky i v oblasti častého předčasného vypadnutí z léčby,
- zavedení standardního vyšetření na rozkrývání profilu klienta u vstupu do léčby s ohledem na diagnostiku ADHD, širší anamnestický profil, adiktologická data a aktuální obtíže. Se standardním opakováním procesu v průběhu léčby a confirmace či zpřesňování diagnostického rozboru a intervencí,
- využití poznatků o potížích osob s ADHD v individuální, psychologické, interpersonální rovině ke změnám v přístupu a programu léčby v TK. Uvedené doporučení by mělo zohlednit procento osob s výskytem ADHD u SUD v TK a zároveň hledisko nevyčleňovat dané osoby z kolektivu, nezvyšovat míru jejich stigmatizace a ani nesměřovat k omlouvání jejich potíží nabídkou vyšší míry individualizace léčby,
- přijmout komplikace osob s ADHD jako možnost skupinového řešení celkových potíží, které se dají zvládat na komunitní úrovni a mají vysoký potenciál pro růst všech členů komunity,
- přijetí možnosti práce na specifických problémech a potřebách osob s ADHD v širším kontextu modelu úzdravy (nelpění na úplné abstinenci jako jediného poselství léčby a cíle klienta),
- využívat posilování schopností a dovedností klientů s ADHD a jejich kompenzačních mechanismů v deficitních oblastech,
- intervenování v oblasti deficitů osob s ADHD i v pozitivním smyslu a hledání silných stránek klienta díky odlišným behaviorálním, exekutivním a kognitivním schopnostem.

Doporučení a výstupy vzhledem k potřebám a komplikacím ADHD klientů v léčbě – gender hledisko

Zásadní pro oblast B) genderové hledisko a proces léčby vzhledem ke komplikacím a specifickým potřebám osob s ADHD zohledňují následující doporučení a výstupy:

- ukazuje se, že osoby s ADHD se SUD v TK jsou obecně spojeny s výskytem vyšší míry komplikací v začátku i procesu léčby; zároveň závažné komplikace vykazují obecně výše muži s ADHD i bez ADHD (obecně v porovnání s ženskou populací v TK),
- komplikace v léčbě u žen s ADHD jsou vzhledem ke sledovaným skupinám na druhé nejvyšší úrovni; mají specifický charakter odlišný od mužské části vzorku s ADHD a zároveň mají tendenci k mírnému ústupu potíží v procesu léčby (vytrvání v léčbě jako podstatný faktor pro zlepšení žen s ADHD),
- ženy s ADHD vykazují vyšší výskyt psychiatrické komorbidity a často je v léčbě zahájena psychofarmakoterapie; obecně skupina osob s ADHD vyazuje vysokou míru potřeby psychiatrické péče a medikace pro přídatné komorbidity,
- ženy s ADHD jsou vzhledem ke zjištěným závěrům nejvíce rizikovou skupinou pro tzv. early drop out; celkově skupina osob s ADHD je rizikovější pro nedokončení léčby a častého výskytu vypadnutí z léčby (disciplinární důvody, kardinální pravidla, samovolný odchod...),
- zásadní se vzhledem k proměně mužské části populace v TK související se současnou dobou ukazuje přijímání intervencí k posílení zdravých vzorců mužské role, mužských behaviorálních vzorců a získávání dostatečně dobrých vzorů mužské autority v procesu léčby od odborného personálu,
- intervence ke gender specifickým osob s ADHD v léčbě by měli zohlednit nejen specifika v individuální, psychologické, rodinné oblasti, ale zejména udržet terapii dvojího ohniska v prostředí TK,
- ukazuje se, že genderově vstřícné programy TK, které jsou již jejími standardy budou vzhledem k množství osob se symptomatologií ADHD nedostačující; vhodnou a možnou změnou mohou být skupiny pro ADHD klienty s gender rozložením a zohledněním specifických témat a potřeb těchto osob či začlenění tematiky do již existujících gender orientovaných skupin,
- zohledňování gender specifík osob v léčbě s ADHD se ukazuje zásadní vzhledem k odlišným potížím a deficitům inter i intrapersonálním v porovnání s ostatními klienty se SUD.

5.3 ADHD u klientů v terapeutických komunitách - motivace, osobnostní profil a specifické potřeby

Poslední, tedy čtvrtá kapitola a Study IV. se zabývala stavem a vývojem motivace u osob s ADHD se SUD v TK a psychiatrickým a adiktologickým profilem klientely. Study IV. byla realizována v rámci hlavního výzkumu a nasedala na předvýzkumná zjištění a potřeby podrobnějšího zkoumání populace ADHD se SUD v TK. Hlavní výzkum byl aplikován v rámci designu studie ADHD, kterou popisuje Miovský et al. (2014). Výzkumný soubor byl tvořen 51 % osob s ADHD; základní soubor tvořilo 180 klientů, výběrový soubor tvořilo 80 osob. Věkové rozložení výzkumného souboru se pohybovalo od 16 do 49 let. Necelých 80 % osob uvedlo jako hlavní užívanou návykovou látku stimulační drogy (metamfetamin zejména). Ke statistické analýze byla aplikována testová baterie, která obsahovala diagnostický nástroj pro ADHD v dospělosti DIVA 2,0, SCL-90 k rozkrytí psychopatologického profilu, Change Questionnaire ke zjištění míry motivace a EuropAsi ke zjištění specifik adiktologického profilu klienta. Data byla analyzována skrze statistické postupy.

Hlavním výstupem Study IV. a čtvrté kapitoly bylo zjištění, že osoby s ADHD + i s ADHD -se SUD vstupující do léčby v TK vykazují vysokou míru motivace v léčbě; bylo zjištěno, že v procesu léčby (po třech měsících) došlo k poklesu motivace u osob s ADHD + (subtyp poruchy pozornosti. V rámci Study IV. byly testovány hypotézy, které ukázaly, že osoby s ADHD mají vysokou míru motivace a neliší se při vstupu do léčby od ostatních klientů se SUD. Zdá se, že ADHD má určitý účinek na snížení motivace v kritickém období v rané fázi léčby. Předkládaná zjištění korelují s předpokladem dle teoretického rozboru, že stav motivace je u osob s ADHD i jinou psychiatrickou komorbiditou na dobré úrovni, ale zásadní odlišnosti se nacházejí v oblasti interindividuálních charakteristik. Zjištěná vyšší míra komplikací v individuálním profilu osob s ADHD je pokládána za vysoce negativní prediktor výsledku léčby a dle dostupných studií i faktor, který ovlivňuje progresi motivace negativním směrem v čase. Uvedená zjištění jsou výstupem hlavního výzkumu, který nasedá na předvýzkumné kroky a kapitoly 2. a 3. (tedy Study I., II., III.) a propojuje zkoumání výskytu ADHD diagnózy s popisem profilu osob, jejich charakteristik, specifik a vyvozuje doporučení pro praktické léčebné a intervenční hledisko. Na základě analýz hypotéz a získaných zjištění byly popsány specifické potřeby osob s ADHD v léčbě odrážející deficit v analyzovaných oblastech. Specifické potřeby osob s ADHD a jejich možné včlenění do intervencí léčby TK byly popsány podle modelu motivace-psychopatologie-adiktologický profil. Bylo zjištěno, že ve všech uvedených oblastech existují významná specifika na základě preexistující neuropsychické poruchy k SUD, která vyžadují minimálně zvýšené intervenování v rámci individualizace plánu či individuální terapie s klientem. Zásadní se jeví začlenění intervencí do prostředí TK a složek léčby tak, aby nebyl porušen princip nepoškozování klienta, nezvyšování míry

jeho stigmatizace a zároveň, aby byla zvyšována efektivita léčby a přínos intervencí pro klienta v léčbě.

Základní výstupy a shrnutí pro využití v rámci klinické praxe z kapitoly 4 a Study IV. jsou vzhledem k zaměření na motivaci a profil klientů s ADHD a specifické potřeby osob s ADHD zahrnuty pod A) motivace a profil klientů s ADHD vstupujících do léčby v TK a specifické potřeby osob s ADHD v léčbě.

Doporučení a výstupy vzhledem k motivaci osob s ADHD v léčbě

Stěžejní pro oblast A) motivace a profil klientů s ADHD při vstupu do léčby v TK a s ohledem na specifické potřeby se jeví následující zjištění:

- motivace jako specifický faktor ovlivňující výsledek léčby má tendenci k proměně v čase a to zejména u osob s těžší psychiatrickou, patopsychologickou a anamnestickou dispozicí vzhledem k adiktologickým datům; u osob s ADHD byl sledován i těžký profil v psychiatrické symptomatologii a adiktologické anamnéze, které mohou v procesu léčby významně ovlivnit motivaci ke změně životního stylu,
- motivace představuje při vstupu do léčby prediktor související s jejím výsledkem a schopnosti jejího dokončení; vzhledem k vysokému stupni motivace u celého výzkumného souboru lze předpokládat pozitivní potenciál ke změně. Toto zjištění obrací velkou část potřebných změn a intervencí na stranu programu a odborného personálu, který bude schopen reflektovat specifika klientely s ADHD v procesu léčby v TK a pracovat na udržení motivace v rámci procesu léčby u všech klientů,
- riziko vlivu ADHD na pokles motivace v nejrizikovějším období léčby vzhledem k předčasnému drop out byl potvrzen v rámci Study IV; zohlednění nejen diagnostiky ADHD, ale zejména faktu vyššího rizika drop out pro pokles motivace a specifické deficity osobnosti se jeví jako velmi důležitá komponenta léčby.
- zvyšování compliance s léčbou by mělo souviset s udržováním osobní motivace k životním cílům a se zohledněním deficitních oblastí osoby s ADHD; deficity by měly být přijímány jako součást osobnosti a zároveň by daná osoba měla získat schopnosti a dovednosti k jejich kompenzaci,
- sledování stavu motivace by mělo být standardní ve všech případech klientů se SUD v léčbě v TK stejně jako udržování motivace v potřebném stavu a práce na motivaci v jiných oblastech dle potřeb uváděných klientem,
- profil klientů s ADHD při vstupu do léčby ukazuje nejen vysokou míru obtíží v psychiatrické, psychologické, osobnostní a adiktologické rovině; charakter profilu klienta a jeho znalost na počátku léčby je stěžejní k nastavení individuálního plánu léčby s jeho specifiky (medikace, zapojení do specifické tématické skupiny komunity, cílené intervence v rámci individuální terapie...),

- začlenění standardního vstupního vyšetření při vstupu do TK o rozkrývání profilu klientů, stavu motivace a screeningu ADHD a to vzhledem k výraznému počtu osob s potvrzenou diagnózou ADHD v léčbě v TK,
- aplikace edukačních a vzdělávacích aktivit o profilech klientů léčených v TK pro adiktologické pracovníky, specifické vzdělávání v oblastech práce a terapie osob s ADHD a zvládnání jejich deficitů v procesu léčby; neméně důležité se ukazuje, že nejsou aplikována postupy evidence-based v terapii osob s ADHD v dospělé populaci se SUD v TK a to nejen z oblasti psychofarmakologické léčby, ale zejména z oblasti psychoterapie a poradenství ke zvyšování schopností klienta pracovat se svoji přirozeností i bez aplikace psychofarmak,
- zohlednění specifických potřeb podle modelu motivace-psychopatologie-adiktologický profil v procesu léčby a při využití účinných faktorů léčby terapeutické komunity, skupinové terapie i individuálního přístupu.

5.4 Diagnostická a léčebně-rehabilitační perspektiva u osob s ADHD v terapeutických komunitách pro uživatele ilegálních návykových látek

Uvedená podkapitola shrnuje výstupy a doporučení na základě zjištění dle Study I. - IV. a to v kontextu diagnostiky, léčby a rehabilitace osob s ADHD v prostředí TK. Výstupy a doporučení vycházejí z praktických zkušeností v rámci předvýzkumu a hlavního výzkumu a z výsledků jednotlivých studií. Uvedená podkapitola propojuje předvýzkum s hlavním výstupem a to v oblasti stěžejní, tedy v teoretických a praktických implikacích pro klinickou praxi a prostředí TK. Na základě dělení jednotlivých částí disertační práce a kapitoly směřující ke specifickým tématům spojených s problematikou ADHD v TK jsou následující doporučení a výstupy členěny do společných oblastí a) diagnostika ADHD, b) léčebně terapeutická poznání a doporučení, rehabilitační perspektiva v rámci TK a v rámci adiktologického kontinua.

Doporučení a výstupy pro diagnostiku ADHD v TK

Stěžejní pro oblast A) diagnostika ADHD u osob se SUD v prostředí TK se jeví následující výstupy a doporučení:

- diagnostický proces by měl respektovat souhrnné informace a doporučení uvedené v bodě 5.1
- diagnostika ADHD u dospělé populace se SUD v TK představuje velmi náročný proces vzhledem k rizikům zkreslení symptomatologie, chybné diferenciální diagnostiky či úplné absence rozkrytí potíží klienta. Zásadní pro diagnostiku je aplikace klinických postupů pro TK, které umožní screeningové zjišťování psychopatologie a symptomatologie klientů při vstupu do léčby. Zároveň se předpokládá nutnost opakovat diagnostický proces ke confirmaci diagnózy

ADHD v procesu léčby a to i opakovaně vzhledem ke specifickým osob se SUD (rezidua návykových látek, pozdní abstinenční psychopatologie, pozdní potíže vyvolané toxicitou látek...),

- zohlednění nutnosti aplikovat první screeningové testy na symptomatologii ADHD až po úplné abstinenci (doložené) v chráněném prostředí a to po dobu minimálně šesti týdnů. Uvedená doba je nejkratší možnou vzhledem k teoreticky popsaným potížím zejm. u uživatelů stimulancí a není pevně stanovená vzhledem k protahovaným účinkům toxicity látek,
- aplikace diagnostických nástrojů pro ADHD se zohledněním aktuálních diagnosticky platných kritérií dle DSM či ICD; nástrojů s velmi dobrou validitou, reliabilitou a zejména těch, které mají standardizaci na zkoumanou populaci,
- zahrnutí do diagnostického procesu vyšší počet dat k možnosti triangulace a zvýšení pravděpodobnosti správnosti diagnostiky; anamnestická data, data od rodinných příslušníků, základní otázky o výskytu LMD či ADHD, specifických poruch učení či chování apod.,
- začlenění otázky o výskytu LMD či ADHD v dětství (apod.) do základního vstupního dotazníku v TK,
- zajištění standardních podmínek pro vyšetření v případě potvrzení diagnózy; zohlednění doporučení jako absence stimulačních látek před vyšetřením; provedení za podmínek standardně opakovaných,
- vzdělávání adiktologického personálu o diagnóze ADHD u dospělé populace nejen vzhledem k diagnostice, ale i k projevům, specifickým obtížím a šíři jejího výskytu u osob se SUD...
- nepřijmout diagnózu ADHD jako omluvu pro potíže klienta se SUD a pro potíže ve fungování v rámci běžného dne, ale jako možnost a výzvu jak využít příznaky k osobnímu růstu a vlastnímu spokojenému životu,
- zohlednit v procesu diagnostiky i ochotu klienta podstoupit v případě potvrzení diagnózy medikaci s možností volby zvládat potíže i jinými způsoby.

Doporučení a výstupy pro léčebné, re/habilitační přístupy u osob s ADHD

Stěžejní pro oblast B) terapeuticky re/habilitační poznání a doporučení vzhledem k osobám s ADHD se SUD v TK se jeví následující doporučení a výstupy:

- léčba a terapie osob s ADHD v TK by měla respektovat principy integrované léčby dvojím ohniskem, tedy začlenění léčby primární neuropsychické problematiky do léčby poruch vyvolaných užíváním návykových látek,
- léčba by měla propojovat ADHD s potížemi v oblasti užívání návykových látek, zvyšovat náhled klienta na souvislosti a potíže v rizikových způsobech užívání návykových látek, na problémy v kognici, exekutivní a behaviorální oblasti;

- léčba a terapie osob s ADHD se SUD by neměla vést ke zvyšování stigmatizace klienta izolací či vyčleňováním z kolektivu, či přílišnou individualizací léčby, která by klienta v důsledku mohla vysoce poškodit;
- integrace léčby a terapie ADHD v TK předpokládá změny v programu a přístupech TK pro uživatele návykových látek a to na základě vysokého výskytu osob se sledovanou diagnózou v rámci rezidenčních programů,
- léčba a terapie osob s ADHD souvisí i se zvyšováním edukace a kvalifikace personálu adiktologických pracovníků v oblasti intervencí a specifických přístupů v rámci léčby a potíží osob s ADHD se SUD (tvorba specializovaných vzdělávacích programů...),
- do procesu léčby by měly být zohledněny aktuální potíže osoby s ADHD a aktuální popisované problémy, jež budou součástí individuálního plánu klienta a jeho potřeb,
- proces terapie a léčby ADHD a jiných komorbidit by neměl být ukončen v TK; klient by měl získat návaznost k možnosti řešení obtíží a zároveň i informace o svépomoci a zvládnání symptomatologie vlastními mechanismy;
- v rámci léčby a terapie ADHD je dle výzkumů zcela přijatelná psychofarmakoterapie dostupnými léky i za předpokladu, že se daná osoba v TK léčí pro poruchy vyvolané užíváním stimulačních návykových látek (tedy s podobným mechanismem účinku, ale s odlišnou farmakokinetikou a odlišnými akutními účinky na organismus, s minimálním potenciálem k závislosti apod.),
- volba léčby psychofarmaky pro ADHD osoby by měla primárně vycházet z aktuálního posouzení stavu a míry potíží klienta a z rozhodnutí klienta, zda léčbu podstoupí;
- nasazení léčiv by nemělo být aplikováno jako jediná možná volba, medikace by měla být velmi dobře revidována vzhledem k působení na klienta a jeho potíže;
- psychofarmakoterapie by neměla být jediným způsobem zvládnání symptomatologie ADHD v prostředí TK,
- léčba ADHD v prostředí TK by měla zahrnovat zejména zlepšování schopností a dovedností klienta v jeho potížích a komplikujících faktorech léčby (individuální rovina, psychologická problematika, vztahová rovina),
- léčba by se měla zaměřit na udržování přijatelného stavu motivace klienta a k udržení změn; na řešení psychopatologického profilu a z něj vycházejících individuálních komplikací a specifika adiktologická související s behaviorálními vzorci osob s ADHD;
- v rámci TK by měly být aplikovány terapeutické postupy k léčbě ADHD popsané v teoretické části a to jako součást skupinových i individuálních terapií s klienty;
- v principech modelů léčby v rámci TK se u osob s ADHD jeví jako stěžejní rehabilitace v oblastech BPSS a v oblastech, které jsou deficitní a kde rehabilitace nemá význam pro jejich absenci,

- habilitace osob s ADHD je stěžejním tématem a principem pro získání nového, zvládnutí nezvládnutého a učení se, že potíže vyvolané ADHD symptomatologií je možné mírnit a zvládnout vlastními silami,
- rehabilitace osob s ADHD v prostředí TK by měla zohledňovat možnost obnovy vlastních schopností, dovedností a postojů ke zvládnutí nového životního stylu; stejně tak by měla být (ne-li zásadněji) zohledněna habilitace osob s ADHD v TK a jejich učení se zcela novým dovednostem, postojům a strategiím zvládnutí obtíží vlastního života a deficitních oblastí,
- rehabilitace osob s ADHD v rámci integrované léčby by měla zahrnovat kontinuálně i přes adiktologické kontinuum složku motivační, složku osobnostní problematiky (psychopatologie) a adiktologických specifíků,
- získání nového či obnovy starého a funkčního by mělo být prvotně zahájeno v prostředí TK a následně upevňováno s pomocí složek adiktologického kontinua v rámci běžného nechráněného sociálního prostředí,
- klient s ADHD se SUD by měl od léčby získat potenciál poznání vlastních sil, možností a limitů a schopností i dovedností jak své zvláštnosti zvládnout a řešit obtížnější situace i běžný denní režim.
- Uvedená kapitola je prvním shrnutím na základě předvýzkumu a hlavního výzkumu orientovaného na osoby s ADHD se SUD v TK a přináší v rámci disertační práce implikace pro klinickou praxi.

CELKOVÁ DISKUZE

Hlavním cílem této práce bylo podat přehled zásadních zjištění z hlediska prevalence ADHD, diagnostiky ADHD v prostředí terapeutických komunit, výskytu komplikací v léčbě a genderových specifíků v léčbě a přehled hlavních zjištění o vývoji motivace a specifických potřebách klientů s ADHD. Výstupem disertační práce je shrnutí výstupů a doporučení z jednotlivých studií v oblasti léčebné, diagnostické a re/habilitační perspektivy. K dosažení tohoto cíle byly provedeny přehledy čtyřech výzkumných studií z teoretického i praktického hlediska (Study I – IV.). V rámci Study I. byl v předvýzkumu zkoumán výskyt klientů s diagnózou ADHD v prostředí terapeutických komunit. Studie II. a III. se věnovala zjištění komplikací a specifíků klientů s diagnózou ADHD v léčbě; toto bylo zkoumáno i z genderového hlediska (Study III.) Ve Study IV. Byla ověřována prevalence ADHD na reprezentativním vzorku osob a sledován stav a vývoj motivace v léčbě u osob s ADHD; dále byly sledovány psychiatrické a adiktologické profily osob v léčbě.

Výsledky ukazují na vysoký výskyt ADHD u klientů léčených v terapeutických komunitách; byly popsány specifické komplikace u osob s ADHD v léčbě ve vztahu k riziku předčasného ukončení léčby a genderové odlišnosti odrážející specifickou symptomatologii ADHD. Výsledky Stud IV. neukázaly žádné významné rozdíly u vstupní motivace k léčbě mezi skupinou ADHD a bez ADHD; v procesu léčby byl však zaznamenán pokles motivace u osob s ADHD. Výsledky mohou naznačovat vliv ADHD na vývoj motivace v čase a s tím související rizika po drop out. Zároveň byl v rámci hlavního výzkumu (Study IV.) zjištěn závažnější psychopatologický a adiktologický profil u osob s ADHD, který může být opět komplikujícím faktorem k úspěšnému absolvování programu. V rámci Study IV. bylo zjištěno, že motivace obecně poklesla mezi první a druhou vlnou testování: $t(79) = 2,09$, $p = 0,040$, Cohenův $d = 0,23$. Osoby s ADHD se od ostatních nelišily, pokud jde o motivaci první vlny (vstup do léčby; Bayesův faktor $10 = 0,235$). Interakce mezi ADHD a mezi vlnovými rozdíly v motivaci (první a druhá vlna testu) nebyla potvrzena ($F(1; 78) = 2,65$, $p = 0,108$); Tukeyův post-hoc test však ukázal významný pokles motivace mezi vlnami ve skupině ADHD, zatímco u klientů bez ADHD mezi vlnami testování nebyly zjištěny rozdíly v motivaci. Byl zjištěn malý pokles motivace ke změně po třech měsících; data mohou naznačovat, že ADHD může ovlivnit vývoj motivace (Rubášová et al., 2021).

V České republice absentovala data o výskytu ADHD v populaci klientů léčených v terapeutických komunitách; v roce 2013 byl proveden předvýzkum, jehož cílem bylo zmapovat profil osob v TK z hlediska výskytu ADHD. Současně byl sledován profil těchto osob a specifické charakteristiky ve vztahu k léčebnému procesu a komplikacím. Povaha výzkumného plánu vzhledem k pilotnímu šetření měla kvalitativní charakter (Study I.). Pro diagnostiku ADHD byly zvoleny sebezposuzovací

škály k diagnostice ADHD v dětství a v dospělosti (WURS-25; ASRS v 1.1). První informace ukázaly, že z celkového počtu 76 klientů bylo 56,6 % (N=43) ADHD potencionálně pozitivních (Rubášová et al., 2015). I další autoři v zahraničí se zabývali zkoumáním výskytu ADHD v populaci uživatelů návykových látek na základě předpokladů teoretických a dostupnosti k abúzu na základě rozsáhlých potíží u ADHD osob. Souvislost mezi ADHD a rizikem rozvoje abúzu návykových látek prokázala i metaanalýza (Van Emmerik Van Oortmerssen et al., 2012); zároveň byla prokázána i vysoká prevalence u uživatelů návykových látek v porovnání se všeobecnou populací (Wilens, 2004, 2007 a 2011; Horner a Scheibe, 1997) a závažnost vlivu ADHD na vulnerabilitu jedince z hlediska užívání návykových látek (Foltová, 2010).

Zjištění Study I. a předvýzkumných činností o prevalenci ADHD v terapeutických komunitách v České republice korelují s některými zahraničními studii, které uvádějí výskyt nad 50 % (Horner a Scheibe, 1997), s mnoha studii se rozcházejí. Byl popsán výskyt ADHD u 39 % participantů z populace uživatelů návykových látek (Schubiner et al., 2000), ale následná confirmace diagnózy po specifickém a důkladném vyšetření vedla k potvrzení u necelé poloviny z původního screeningu. Wilens (2004) pak uvádí výskyt ADHD v širokém rozpětí 9 - 45 % u uživatelů návykových látek. Výsledná zjištění Study I. přinesli první informace o výskytu ADHD u uživatelů návykových látek, kde byla splněna diagnostická kritéria k ADHD. V rámci hlavního výzkumu a Study IV. bylo cílem ověřit, zda je výskyt ADHD u zkoumané populace na vysoké úrovni; ověření pobíhalo na reprezentativním vzorku klientů. K diagnostice ADHD v prostředí TK byl použit aktuální výzkumný a klinický nástroj DIVA 2,0 (Kooij a Francken, 2012); uvedený nástroj byl standardizován na českou populaci před aplikací k výzkumným činnostem. DIVA 2,0 byla aplikována kvůli změně diagnostických kritérií od aplikace předvýzkumných kroků (DSM-V) a pro velmi dobrou validitu. V hlavním výzkumu (Miovský et al., 2020; Rubášová et al., 2021) byla potvrzen prevalence ADHD na vysoké úrovni; celkem ze 180 osob 51 % (N=91) splňovalo kritéria pro diagnózu ADHD v dospělosti.

Za zásadní vzhledem k vysokému výskytu osob s ADHD v TK je nutné uvést, že více jak 79 % z testovaných klientů byli uživatelé metamfetaminu. V tomto ohledu je populace osob léčených v českých terapeutických komunitách výjimečná. Metaanalýza van Emmerik-van Oortmerssen et al. (2012) ukázala prevalenci ADHD u osob se SUD 23,1%; jednalo se zejména o uživatele stimulačních drog s převahou uživatelů kokainu. Nová velká multicentrická studie o prevalenci dospělých s ADHD dle DSM-IV ukázala pouze 13,9% ze 1205 osob se SUD (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014). Uvedená zjištění Study IV. o prevalenci ADHD u populace SUD v léčbě tyto hodnoty několikrát převyšují (Rubášová et al., 2021; Miovský et al., 2020). Hodnoty, které přinesl hlavní výzkum, korelují s některými zahraničními výzkumy, které zkoumají velmi podobnou cílovou populaci. Vysoká prevalence ADHD byla potvrzena u uživatelů metamfetaminu v Japonsku, kde hodnoty činily 55, 6 % (Matsumoto et al.,

2005). Vysoké hodnoty ADHD u sledované populace je možné vysvětlit na základě všeobecně vyšší náchylnosti osob s ADHD k užívání stimulantů (Lee et al., 2011). Jedním z vysvětlení je sebemedikační teorie, kdy osoby s ADHD na základě účinku stimulantů mohou zažívat pozitivní vliv na symptomatologii ADHD (Minařík, Gabrhelík, Malcolm, Pavlovská, & Miller, 2016; Wilens et al., 2007).

U osob s ADHD byla zároveň popsána silná oscilace mezi subtypem poruch pozornosti a jeho závažnějším vlivem na stav motivace v procesu léčby (Rubášová et al., 2021) a s problémy v oblasti duševního zdraví v porovnání se subtypem hyperaktivity (Miovský et al., 2020). Osoby s ADHD měly závažnější problémy s duševním zdravím a vykazovaly závažnější psychiatrické příznaky v porovnání s klienty bez ADHD. Je nutné zmínit, že míra psychiatrických potíží byla obecně vysoká u všech klientů TK, nejen u skupiny s ADHD. Jak popisuje Miovský et al., zkoumaný vzorek klientů byl vysoce zatížený pozitivními příznaky dle SCL-90; každý klient vykazoval pozitivní příznaky nejméně ve třech sledovaných oblastech a celkově více než 70 % klientů mělo pozitivní příznaky ve všech devíti hodnocených oblastech. Uvedená zjištění korelují s vysokou mírou výskytu duálních klientů se SUD v léčbě, kdy Barkley a Murphy (2006) uvedli, že až 75% osob s ADHD má predispozici k alespoň jedné komorbidní poruše. Wilens (2006) popsal, že dospělí uživatelé drog s ADHD mají častěji jiné psychiatrické poruchy. Uvedená zjištění znamenají potřebu konkrétních terapeutických přístupů, individuálních plánů léčby a monitorování léčebné odpovědi u klientů s ADHD (Bukstein & Roberto, 2018).

V rámci Study II. a III. bylo cílem zjistit podrobnější informace o klientech léčených v TK s diagnózou ADHD. Konkrétně byly sledovány specifické adiktologické a anamnestické charakteristiky a komplikace v začátku a v procesu léčby. Ve Study III. byla sledována stejná problematika s ohledem na gender rozdíly u sledované populace. Obě studie vycházely z předvýzkumných kroků, kde byl využit kvalitativní design studie. Obecně bylo zjištěno, že klienti s ADHD vykazují závažnější adiktologický, anamnestický i psychopatologický profil ve srovnání se skupinou bez ADHD. Zásadní zjištění ukázala na vyšší počet klientů ze skupiny ADHD, kteří předčasně ukončili léčbu v rané fázi; na dřívější věk začátku užívání návykových látek; u žen s ADHD byl zde sledován vyšší výskyt přidružených psychiatrických aj. duševních potíží (PPP, OKP, depresivní stavy a úzkosti; psychiatrická medikace...); u skupiny osob s ADHD se objevovaly potíže již v dětství (potíže ve škole, opakování ročníků, záškoláctví, psychiatrické potíže...). Zásadní genderová zjištění z uvedeného výzkumu odpovídají výzkumným zjištěním, která poukazují na specificky vyšší výskyt komorbidit u žen závislých na návykových látkách v porovnání s muži (UNODC, 2004; Fattore et al., 2014; Zhou et al., 2015 aj.). Osoby s ADHD vykazovaly v porovnání se skupinou bez ADHD komplikace již na začátku léčby a jejich potíže se v průběhu léčby často zhoršovaly či stagnovaly (mírné zlepšení bylo minimální); skupina bez ADHD v procesu léčby vykazovala opačný trend, tzn. zlepšování komplikací v procesu.

Bylo zjištěno, že osoby s potencionální diagnózou ADHD v léčbě vykazují negativní vliv na začátek i proces léčby z hlediska komplikací. Byl identifikován výskyt komplikací spojujících se v rovině individuální, psychické a v rovině behaviorální ovlivňující schopnost fungování v rámci řádu a pravidel léčby TK.

Uvedená zjištění o komplikacích klientů s ADHD v léčbě popsané i v rámci Study IV. souvisejí s obecnými informacemi o deficitních oblastech těchto osob. ADHD jako neuropsychická porucha představuje zásadní vliv na jedince často již od dětství (Barkley, 2014); potíže osob s ADHD se projevují nejen do individuální úrovně, ale i do interpersonálních vztahů, které často recipročně vedou ke zhoršování situace dané osoby (Barkley, 2014). Za rizikové vzhledem k léčbě v TK lze považovat množství přidatných komplikujících faktorů k ADHD diagnóze. Uvedené komplikace na straně klienta mohou představovat faktory ovlivňující efektivitu léčby; nejen z hlediska retence a výsledné efektivity, ale i z hlediska schopnosti klienta z léčby profitovat a udržet stav motivace k možnosti osobní změny (podrobněji níže Study IV.)

V rámci Study III. byla popsána genderová specifika osob s ADHD, která vedou obecně k závěru, že ženy i muži s ADHD v TK vykazují více komplikací v léčebném procesu a to od jeho počátku (srov. Skupina bez ADHD). Zjištěné komplikace se vzhledem k obsahové specifikaci do značné míry odlišují a mohou poukazovat na stereotypní genderové pohledy, zaseté vnímání jednotlivých rolí i společenského postavení žen a mužů specificky v uživatelské populaci. Data byla získána na základě sekundární analýzy dat ze Study II. a nelze generalizovat tvrzení, že ženy nebo muži s ADHD se významně liší vzhledem k míře popisovaných potíží. Lze popsat specificky odlišné komplikace u mužů a žen s ADHD v léčbě, a to zejména v oblasti vyžadovaného sociálního chování v TK, v oblasti interpersonální, v postoji k autoritám a přístupu k pravidlům a režimu TK a ve schopnosti dokončení léčby.

Zajímavé genderové odlišnosti nacházíme při srovnání žen obou skupin. Ženská část bez ADHD vykazuje nejnižší míru komplikací v rámci léčby. Ženy s ADHD jsou vzhledem k ostatním klientům v léčbě hodnoceny negativněji v oblasti denního řádu, zvládání úkolů v jednotlivých fázích léčby a jako jediná podkategorie vykazují velmi časný ukončení léčby. Důvody early drop out lze diskutovat; nevíme, zda byla příčina ve vyšším sociokulturním tlaku a očekávání od role ženy (spojitě s nízkou frustrační tolerancí u ADHD), či s těžší adaptační fází a symptomatologií ADHD, či zda byl velmi časný odchod zapříčiněn rodinnými problémy. Zároveň se ženy s ADHD v procesu léčby zlepšují (srov. muži s ADHD) a mají tendenci vyšší compliance k léčbě, což odpovídá zjištěním studie De Leona & Wexler (2009). Genderového srovnání mužské populace v TK ukazuje plno základních atributů, které jako problematické popisuje Kooyman (2005) či TCC (2006); muži se často identifikují s typickou rolí uživatele drog a přebírají vzorce chování typu macho, zároveň vykazují proměnu mužské části všeobecné populace a potíže s překonáním vývojových úkolů jak je popisuje Erikson

(1967). Krize maskulinity se promítá do postojů ženské části TK, kde se objevuje tendence despektního přístupu či ochranného až mateřského postoje, který je důsledkem sociologických postmoderních změn (Giddens, 2001).

Study IV. uvádí zjištění o stavu motivace osob s ADHD v léčbě. Bylo zjištěno, že počáteční stav motivace je vysoký u všech klientů vstupujících do léčby. Uvedená zjištění korelují s předléčebnými intervencemi a vyšším prahem vstupu do léčby v terapeutické komunitě. Lze předpokládat, že na základě vyšších nároků na vstup do léčby v TK (předvstupní sběr dat, čekací doba, celková délka léčby, někdy i požadavek krátkodobé léčby...) je vytvořeno síto pro klienty se silnou motivací. Počáteční vysoká vstupní motivace může odrážet i předléčebný proces (poradenství a motivační rozhovory) a vztah okolí k léčbě klienta (zesílení podpory, motivace i tlaku).

Zároveň na základě teoretických rešerší existoval předpoklad o riziku výrazného poklesu motivace v čase a to zejména u osob s ADHD. Jak bylo uvedeno výše, osoby s ADHD vykazují deficity v kognitivních, exekutivních a behaviorálních oblastech. U osob s ADHD je popsán primární deficit v motivační oblasti. Bylo zjištěno, že zásadní prediktor úspěšné léčby je motivace klienta v léčbě. V rámci Study IV. byl prokázán pokles motivace v čase u skupiny osob s ADHD, kdy zřetelný pokles vykazoval subtyp ADHD s poruchou pozornosti. Tento pokles nebyl zaznamenán u skupiny bez ADHD; pokles u osob s ADHD nebyl razantní, ale mírný (první tři měsíce v léčbě). Podle zjištění van Emmerik-van Oortmerssen et al. (2020), malé neurokognitivní deficity u osob s ADHD zvyšují riziko předčasného opuštění léčby, což potvrzují data ze Study I. – III., kdy léčbu opouštěli zejména klienti s ADHD. Ukazuje se, že ADHD může ovlivňovat motivaci v průběhu léčby a to nejen na základě primárních neurokognitivních deficitů. Vliv na kolísání motivace v léčbě u osob s ADHD může mít celkově závažnější osobnostní profil. ADHD je často spojeno s dalšími komorbiditami a se závažnější adiktologickou anamnézou (komplexní závislostní anamnéza klienta) i závažnějším psychopatologickým profilem (Liao et al., 2017; Reale et al., 2017), u nichž se také zjistilo, že mají negativní vliv na léčebné intervence u osob se SUD (McLellan et al., 1983; Alterman et al., 1993; Timko & Moos, 2002). I v rámci Study II. –IV. bylo potvrzeno, že osoby s ADHD vykazují více potíží v oblasti duševního zdraví, adiktologické anamnézy a psychiatrických symptomů. Uvedená zjištění potvrdil i Miovský et al., (2020). To vše dělá z osob s ADHD skupinu se závažným rizikem předčasného opuštění léčby a s vysokým rizikem negativních výsledků léčby.

Pátá kapitola disertační práce shrnuje výstupy a doporučení na základě zjištění Study I. - IV. Uvedená doporučení vycházejí z limitů jednotlivých výzkumných studií, z jejich výsledků a z procesu realizace výzkumu. Doporučení a výstupy jsou popsány pro kapitolu dvě až čtyři (tedy Study I. – IV.) a souhrnně jsou popsány doporučení

a výstupy ze všech studií z hlediska léčebné, re/habilitační a diagnostické perspektivy. Z uvedených doporučení a výstupů je nutné zmínit zejména oblast diagnostickou. Jako stěžejní se ukazuje zohledňovat specifičnost zkoumané populace na symptomatologii ADHD a možný vliv pozdní abstinenční psychopatologie na diagnostický proces. Jak bylo popsáno, existuje riziko zkrácení diagnostiky na základě vlivu reziduí zejména metamfetaminu. Z těchto důvodů je primárním doporučením začátek diagnostického procesu až po měsíci plné abstinence. Tento požadavek bývá často splněn po 14 dnech pobytu v TK, někdy i při nástupu (krátkodobá léčba, delší čekací doba na nástup). Zhodnocení stavu klienta před vyšetřením by mělo být součástí procesu. Pro diagnostiku ADHD v prostředí TK je nutné doporučit confirmaci diagnózy nejen opakovanou aplikací diagnostického nástroje (DIVA 2,0), ale i s využitím klinického vyšetření odborníkem. Z hlediska léčebné a re/habilitační perspektivy se jako stěžejní jeví předešlý diagnostický krok. Tedy na základě informací o vysokém výskytu ADHD osob v TK začlenit proces diagnostického zhodnocení do standardního vyšetření. Základní léčebná doporučení s ohledem na vysokou prevalenci osob s ADHD v TK přinášejí pro praxi otázky revizí a modifikací programů terapeutických komunit (klinické hodnocení klientů, sledování kompilace, specifické vzdělávání adiktologických pracovníků); zároveň by léčebné hledisko mělo směřovat k rozvoji specifických programů s podpůrnými komponenty, ale bez vyčleňování a zvyšování stigmatizace osob s ADHD (umíněná individualizace léčby, programy v rámci celoskupinových akcí se zaměřením na deficitní oblasti – motivace, frustrační tolerance, volní vlastnosti...). Re/habilitační hledisko by mělo směřovat nejen k návratu ztracených schopností a dovedností, režimu a struktury životního stylu, ale zejména k získání nových dovedností a schopností, které vnímají osoby s ADHD jako vysoce problémové.

Zásadním limitem v rámci Study I.-III. Byla, vzhledem k diagnostice ADHD, sada použitých klinických nástrojů k diagnostice, které nebyly standardizovány na českou populaci. Jak uvádí Rubášová et al. (2015), omezení souvisejí i s aplikací klinických nástrojů nestandardizovaných nejen na populaci ČR, ale na uživatelskou subkulturu vůbec. Výstupem pro hlavní výzkum bylo doporučení v případě dalších výzkumných aktivit aplikovat nástroj k diagnostice ADHD standardizovaný na českou populaci. Tento limit byl v rámci Study IV. a hlavního výzkumu splněn. DIVA 2,0 byla standardizována na českou populaci a dnes je dostupná nejen pro výzkum, ale zejména pro klinickou odbornou praxi. Omezení pro Study II. a III. zároveň vycházejí s povahy předvýzkumu a z explorační nezkoumaného jevu v rámci TK v ČR. Limitem zde není jen prostředí TK (ojedinělé výzkumy v rámci prostředí TK), ale samotná populace uživatelů léčených v TK, kteří jsou specifičtější zejména z hlediska indikačních okruhů jako vysoce komplikující klienti. Výběr výzkumného prostředí tak může tvořit preselekcii z hlediska vyššího výskytu psychopatologických komplikací u uživatelské populace. Tento limit byl diskutován i v rámci Study IV., kde došlo ve druhé vlně

testování (po třech měsících v léčbě) ke snížení počtu respondentů od testování v první vlně. Při aplikaci DT byl zaznamenán problém aplikace školního nástroje na prostředí dospělé populace osob v TK; nemožné bylo odlišení jiných psychiatrických komorbidit od ADHD při posuzování ve škále a potíže se na základě délky a obsáhlosti sbíraných dat v DT objevily u lidského faktoru. Počet kompletně vyplněných DT byl na nízké úrovni. Omezením při sledování genderových specifík u zkoumané populace je opět metodologické; povaha dat a velikost vzorku neumožňují aplikovat zobecnění na zjištěné výsledky. Přesto je kvalitativní analytická práce z důvodu předvýzkumné činnosti nepostradatelná. Z hlediska analýzy dat pro Study III. a genderová specifika je zásadní absence položek genderově relevantních; důvodem je sekundární analýza dat, kdy v primárním výzkumném plánu chyběl genderový záměr.

Zjištěná vysoká prevalence ADHD v rámci Study IV. může být odrazem změny diagnostických kritérií (přechod na DSM-V.). Tedy omezením, i přes provedenou standardizaci DIVA 2,0 na populaci českých dospělých, může být problém z hlediska DSM-V. Podle van de Glind (2014) změna diagnostických kritérií může ovlivnit prevalenci ADHD u dospělých se SUD přechodem k DSM V. Příčinou jsou změny, které zmiňuje i Frances & Widiger (2012), a jež souvisejí se zvýšením věku potřebného k diagnostice ADHD v dětství (šest let posun směrem k vyššímu věku) a redukce celkového množství příznaků nutných k diagnostice. Za omezení prezentované studie lze označit i hodnocené období (tři měsíce), které bylo pravděpodobně příliš krátké na to, aby zachytilo výraznější změny motivace. Jak bylo zmíněno výše, omezením je i relativně malý vzorek (vyplývající z malé velikosti cílové populace), který zabraňuje provádět přesvědčivější a vícerozměrné statistické analýzy. Zásadním limitem je vysoký počet osob, které opustily léčbu před druhou vlnou testování; předčasné drop outy jsou velmi obvyklé u klientů se SUD v léčbě a zejména u uživatelů stimulantů (Lappan et al., 2020) a i v případě klientů u TC (Malivert et al., 2012). Bylo zjištěno, že vzorek klientů z druhé vlny byl velmi podobný zbytku účastníků, kteří buď léčbu opustili, nebo neposkytli údaje týkající se sociodemografických proměnných, drogové kariéry, psychiatrických symptomů a ADHD. Dalším limitem studie je možnost, že posouzení ADHD může být zkreslené z důvodu nedostatečné confirmace symptomatologie osobou blízkou klientovi či další osobou (odborné vyšetření; triangulace dat a doporučené postupy diagnostiky ADHD uvedené v teoretické části). Zásadním limitem celé disertační práce a tedy i Study IV. je hodnocení symptomatologie ADHD u osob se SUD; zde je vždy nutné předpokládat riziko zkreslení a menší přesnosti v důsledku intoxikace, abstinčního syndromu a / nebo reziduálních účinků dlouhodobého užívání.

ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ

Účelem disertační práce bylo podat přehled zásadních zjištění z hlediska prevalence ADHD, diagnostiky ADHD v prostředí terapeutických komunit, výskytu komplikací v léčbě a genderových specifíků v léčbě a přehled hlavních zjištění o vývoji motivace a specifických potřebách klientů s ADHD. Výstupem disertační práce je shrnutí výstupů a doporučení z jednotlivých studií v oblasti léčebné, diagnostické a re/habilitační perspektivy. ADHD je na základě primárních neuropsychických deficitů považováno za rizikový faktor vzniku a rozvoje potíží vyvolaných užíváním návykových látek; zároveň v dospělosti představuje poruchu, která může negativně ovlivňovat schopnosti a dovednosti jedince. Komplex deficitů u osob s ADHD a SUD v léčbě pak může zvyšovat zátěž jedince (psychopatologický profil, adiktologický profil...) a tedy i riziko úspěšného absolvování specifického léčebného programu v terapeutické komunitě.

Výsledky odborných studií naznačily vysoký výskyt ADHD u osob se SUD napříč léčebným spektrem; zároveň byly popsány komplikace a deficity u osob s ADHD, které zasahují do schopností, dovedností a volných vlastností. Motivace u osob s ADHD je primárně deficitní na základě neuropsychické poruchy, sekundární deficity se pak objevují na základě poruch způsobených změnami v systému odměny a závislostních vzorců užívání. Existoval předpoklad vlivu ADHD a těžšího osobnostního profilu na negativní vývoj motivace v léčbě.

Na základě výsledků bylo zjištěno, že populace osob se SUD v TK vykazuje vysokou prevalenci ADHD; tento fakt je dáván do souvislosti s převahou uživatelů metamfetaminu v léčbě a sebemedikační teorií. Bylo popsáno, že osoby s ADHD v léčbě vykazují specifické komplikace při vstupu do léčby; v procesu mají tyto komplikace tendenci ke zhoršování v porovnání s kontrolní skupinou. Z genderového hlediska je popsán častý early drop out u žen s ADHD; jako nejvíce komplikovanější v léčbě jsou označováni muži s ADHD.

Na základě výsledků (viz kapitola 4) Bylo možné přijmout hypotézy H0, H1, H3c a H3E a H4B.

H0: Nebude existovat rozdíl mezi ADHD pozitivními a ADHD negativními osobami v motivaci na začátku léčby (první vlna testování).

H1: Motivace k léčbě bude v rámci celého souboru ve vlně 2 významně nižší než ve vlně 1 (tj. zaznamenáme pokles).

H3C: Motivace (vlna 2) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy pozornosti.

H3E: Vývoj motivace (rozdíl v motivaci mezi vlnami 1 a 2) bude souviset se symptomy subtypu ADHD poruchy pozornosti.

H4B: Klienti se zkušeností kombinovaného užívání (combined/polydrug use) budou mít nižší motivaci (vlna 2) k léčbě.

U nepotvrzené hypotézy H2BC (Motivace u osob s ADHD bude klesat rychleji než u osob bez ADHD) je nutný zmínit efekt interakce v rámci analýzy rozptylu, který nebyl významný, ale post-hoc testy ukázaly, že pokles mezi vlnou 1 a vlnou 2 byl u osob s ADHD významný a u osob bez ADHD tento pokles významný nebyl. Motivace u osob s ADHD bude klesat rychleji než u osob bez ADHD. Výsledky vztahující se ke stavu motivace při vstupu do léčby naznačují vysokou míru napříč celým souborem (ADHD a bez ADHD). Nebylo potvrzeno, že by skupina osob s ADHD vykazovala výrazný pokles motivace v procesu léčby (vlna 2, tři měsíce v léčbě), ale v porovnání se skupinou bez ADHD byl pokles motivace zaznamenán a to zejména u subtypu poruch pozornosti. Nepotvrdil se vliv závažnějšího psychiatrického skóre na negativní progresi motivace. Kumulativní užívání více látek před léčbou u celého souboru lze dát do souvislosti s negativním vlivem na motivaci v léčbě. Výsledky naznačují, že ADHD může mít vliv na pokles motivace v čase; pro vyvození závěrů je nutné motivaci sledovat delší dobu, než tři měsíce.

Diagnostická, léčebná a re/habilitační perspektiva pro osoby s ADHD v terapeutických komunitách shrnuje výstupy a doporučení na základě předkládaných studií a na základě zkušeností z výzkumu a z limitů. Pro oblast diagnostiky se jeví zásadní hledisko změn pro proces vyšetřování na přítomnost ADHD napříč adiktologickým kontinuem služeb (zjištěná vysoká prevalence), aplikace standardizovaného nástroje (DIVA 2,0) a diagnostika až po minimálním měsíci plné abstinence (s doporučením vždy zohledňovat aktuální stav vyšetřovaného). K diagnostice ADHD je doporučením confirmace diagnózy opakovaným vyšetřením v procesu léčby a psychiatrickým vyšetřením. Léčebné hledisko souhrnně navrhuje změny v rámci léčebných programů se zaměřením na komplexní přístup vzhledem ke specifickým těmto osob (psychoterapeutické modely léčby integrované do skupinových sezení, individualizace plánu léčby s principem nevyčleňovat osoby z kolektivu, vzdělávání adiktologických pracovníků v tématu ADHD). Re/habilitační hledisko popisuje doporučení a výstupy se zaměřením se nejen na rozvoj současných dovedností a schopností osob s ADHD, ale i na získání nových schopností a dovedností (zvládnutí symptomů ADHD, zlepšení spánku, management času, způsoby na zklidnění myšlenek, práce s negativními myšlenkami...).

Pokud jde o uvedená zjištění, další výzkum by mohl sledovat nejen vývoj motivace v delším časovém úseku, ale i confirmaci diagnózy osob s ADHD s odstupem a na základě odborného vyšetření. Za zajímavé doporučení k výzkumu a se jeví právě léčebné a re/habilitační hledisko a sledování compliance k léčbě u osob s ADHD; nemáme doposud informace, jak a zda osoby s ADHD absolvují léčebný program a jsou-li z něj schopny profitovat pro osobní růst.

SOUHRN

Disertační práce se věnuje tématu výskytu ADHD u osob léčených v TK pro drogově závislé z hlediska diagnostiky, výskytu komplikací, popsání charakteristik a potíží osob s ADHD při vstupu do léčby i v jejím procesu, gender specifickým osob s ADHD. Disertační práce zjišťovala stav a vývoj motivace a profil osob s ADHD léčených v TK. Závěr disertační práce je věnován propojení jednotlivých monotematických kapitol a diagnostické a léčebné perspektivě v rámci adiktologických služeb pro osoby s ADHD.

Disertační práce v rámci monotematické struktury byla členěna na jednotlivé kapitoly, které shrnovaly zásadní zjištění v rámci předvýzkumných a hlavních výzkumných aktivit. Každá podkapitola je členěna na část teoretickou, která se věnuje deskripci základních zjištění v uvedené oblasti, a na část praktickou, kde je popsán metodologický popis řešení problému, výsledky, diskuze a závěry pro každou z kapitol. Celkem disertační práce předkládá tři kapitoly vycházející z výzkumných zjištění a jednu kapitolu shrnující výstupy a doporučení na základě teoretických východisek popsaných v daných kapitolách.

Druhá kapitola popisuje výsledky Study I. a předvýzkumného šetření, kde byl výzkumný plán orientován na zjištění výskytu osob s ADHD mezi léčenými uživateli se SUD v rámci TK. V teoretické části je odůvodněna nutnost předvýzkumného kroku na základě absence informací o zkoumaném jevu v prostředí TK v ČR. Jsou vymezena současná kritéria diagnostiky ADHD, terminologie, popsána symptomatologie poruchy, její léčba a specifika u adiktologické klientely. Teorie se věnuje i popisu modelů vzniku ADHD, epidemiologii a kontextu ADHD a SUD; zároveň je popsáno výzkumné pole TK z hlediska klientely, indikačního spektra k léčbě v TK a intervencím adiktologické péče. V rámci praktické části je vymezen metodologický rámec a popsány výsledky, které byly získány na základě analýzy dat z nástrojů k diagnostice ADHD v dětství a v dospělosti. Výzkumný soubor byl tvořen celkem 76 klienty z šesti TK v ČR, které splnily podmínky certifikačního procesu RVKPP. Bylo zjištěno, že celkem 57 % osob naplňuje potencionální diagnózu ADHD.

Třetí kapitola se věnovala tématu souvisejícímu se Study II. a III., kdy byl zkoumán vliv ADHD na vstup a proces léčby, výskyt komplikací v léčbě a bylo sledováno gender specifikum u osob s ADHD v léčbě. Teoretická část vymezovala v úvodu opodstatnění výzkumného plánu v rámci předvýzkumu jako potřebu zjištění užšího profilu osob s ADHD v TK, ověření vlivu ADHD na četnost komplikací i proces léčby a schopnosti klientů absolvovat běžný léčebný program; dále popis jejich charakteristiky vzhledem ke komplikacím v léčbě a gender specifické oblasti. Teoretická část se věnovala deskripci modelu léčby v rámci TK, popisu ADHD u SUD v léčbě a jeho vlivu na osobnost jedince a na popis efektivní léčby a indikátorů efektivní

lěčby. Zároveň byl věnován prostor k popisu gender specifík osob se SUD a osob s ADHD. Praktická část navazovala na kapitulu 2 a Study I. s využitím výzkumného souboru o stejném rozložení a s analýzou dat testové baterie doplněné o klinický nástroj pro terapeutů k hodnocení komplikací v léčbě. Na základě kvalitativní analýzy dat bylo zjištěno, že osoby s ADHD vykazují v léčbě vyšší míru potíží než bez ADHD. Daleko častěji se u nich vyskytují problémy v závažné míře již při vstupu do léčby, které mají tendenci k negativní progresi. Osoby s ADHD jsou zároveň hodnoceny negativně terapeutů častěji než osoby bez ADHD v behaviorální, kognitivní i exekutivní oblasti. Bylo zjištěno, že osoby s ADHD velmi často vypadávají z léčby předčasně, vykazují zásadní potíže ve schopnostech plnit léčebný program a mají vysokou míru komplikací v individuální, psychologické a rodinné oblasti. Z hlediska gender specifík bylo jasně popsáno, že osoby s ADHD se odlišují od osob bez ADHD v množství komplikací v léčbě. Nejvyšší míru komplikací a jejich závažnost vykazovali muži s ADHD; ženy s ADHD byly hodnoceny negativně ve specifických oblastech programu (jako druhé v pořadí měly nejvyšší míru obtíží) a jako první byly hodnoceny nejvíce negativně vzhledem k drop out a early drop out z léčby.

Čtvrtá kapitola se věnovala hlavnímu výzkumnému plánu, který navazoval na předchozí uvedené kapitoly 2 a 3 a předvýzkumná zjištění v rámci Study I., II. a III. V rámci čtvrté kapitoly byla prezentována zjištění Study IV. se zaměřením na zkoumání stavu motivace u osob s ADHD vstupujících do léčby v TK a na stav vývoje motivace v čase; zároveň byl sledován profil osob v TK z hlediska psychopatologie a adiktologických dat. Součástí kapitoly 4 byla zároveň deskripce specifických potřeb osob s ADHD v léčbě na základě zjištění Study IV. a to podle modelu motivace-psychopatologie-adiktologický profil. Výzkumný plán Study IV. navazoval na kroky hlavního výzkumu a designu projektu ADHD (podrobně Miovský et al., 2014). V teoretické části kapitoly byl popsán důvod aplikace výzkumných kroků na základě předpokladu vysoké vstupní míry motivace u osob s ADHD, která by měla korelovat s vysokou mírou motivace ostatních UNL při vstupu do TK. Zároveň existoval předpoklad vysoké míry odlišnosti ADHD klientů se SUD při vstupu do TK od osob bez ADHD v psychiatrických symptomech, celkové psychopatologii a adiktologickém profilu, a tedy i vyšší riziko vzniku komplikací v procesu léčby. V rámci Study IV. byly testovány hypotézy na základě teoretického předpokladu. Teorie se věnovala popisu motivace u adiktologických klientů a osob s ADHD vzhledem ke specifickým v motivační oblasti, popisu modelů úzdravy a změn životního stylu vzhledem ke specifickým osob s ADHD. Praktická část práce byla zaměřena na analýzu stanovených cílů práce a testování hypotéz v rámci vzorku klientů z terapeutických komunit, kteří představovali reprezentativní vzorek. Byla aplikována testová baterie se selekcí pro Study IV. na základě designu hlavního výzkumného projektu a popsány metodologické rámce pro Study IV. Bylo zjištěno, že na začátku terapeutické komunitní léčby je úroveň motivace u lidí s diagnózou ADHD a SUD vysoká a neliší se od úrovně

motivace u klientů bez komorbidit ADHD. Byl potvrzen mírný pokles motivace, který je obvyklý u osob se SUD obecně; zásadnější pokles motivace byl potvrzen u skupiny ADHD (subtyp poruchy pozornosti). Zdá se, že ADHD má určitý účinek na pokles motivace v kritickém období v rané fázi léčby. Bylo popsáno, že osoby s ADHD vykazují závažnou míru psychiatrických symptomů při vstupu do TK a těžší adiktologický profil.

Pátá kapitola se věnovala shrnutím a výstupům diagnostiky a léčebně rehabilitační perspektivy a doporučením vzhledem ke specifickým potřebám u osob s ADHD se SUD v TK. V rámci páté kapitoly byla shrnuta zjištění Study I. - IV. A rozepsána jako jednotlivé body k doporučení týkající se praktického využití v klinické praxi i ve výzkumu. Pátá kapitola byla členěna na zjištění a informace týkající se procesu diagnostiky u osob v léčbě v TK, komplikacím diferenciální diagnostiky a potížím souvisejícím s volbou diagnostického nástroje. Zároveň byla popsána specifika klientely s ADHD v TK z hlediska procesu diagnostiky poruchy. Druhá podkapitola se zabývala popisem výstupů a doporučení týkajících se vstupu a procesu léčby osob s ADHD v TK, jejich profilu a specifickým odlišnostem a potřebám v porovnání s ostatní klientelou TK; zároveň byl popsán gender pohled z hlediska specifických potřeb a komplikací v léčbě. Třetí podkapitola shrnovala doporučení a výstupy pro oblast práce s motivací, profilem osob s ADHD již při vstupu do léčby a navrhovala možné postupy a intervence v uvedené oblasti. Zároveň byla popsána doporučení vzhledem ke specifickým potřebám osob s ADHD se SUD v TK z hlediska motivace-psychoopatologie a adiktologického profilu.

Hlavním výstupem pro disertační práci je zjištění o vysokém výskytu osob se symptomatologií ADHD v prostředí TK, vysoká míra jejich obtíží v procesu léčby, značná odlišnost od klientů bez ADHD ve schopnosti zvládat běžný program a zjištění, že prostředí a model léčby v TK může mít pro dané klienty vysoký potenciál při zohlednění specifických potřeb těchto osob.

POUŽITÉ PUBLIKAČNÍ ZDROJE

- 1 Adameček, D. (2004.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj / Magdaléna, o.p.s.
- 2 Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 36(1), 75-86.
- 3 Alterman, A. I., McLellan, A. T., & Shifman, R. B. (1993). Do substance abuse patients with more psychopathology receive more treatment?. *The Journal of nervous and mental disease*, 181(9), 576-582.
- 4 Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733.
- 5 APA – American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 4 th Edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association.
- 6 APA - American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th. Ed., Text Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 7 APA – American Psychiatric Association (2006). *Practice guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- 8 APA - American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th. Edition (DSM-5). Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- 9 Arias, A.J., Gelernter, J., Grace, H., Roger, D.W., Brady, K.T., Farrer, L., & Kvanzler, H.R. (2008). Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: Prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Chest*, 123, 1730–1739.
- 10 Aviram, R. B., Rhum, M., & Levin, F. R. (2001). Psychotherapy of adults with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorder. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 10(3), 179.
- 11 Balaščíková, B. (2007). Vztahové problémy dětí s hyperkinetickým syndromem a jejich terapie. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén
- 12 Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, 31(2), 320-330.

- 13 Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1), 65.
- 14 Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- 15 Barkley, R. A. (2011). *Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV)*. Guilford Press.
- 16 Barkley, R. A. (2015). Emotional Dysregulation Is a Core Component of ADHD (81- 115). In Barkley, R. A. (ed.) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (Fourth Edition). New York, NY: The Guilford Press.
- 17 Barkley, R. A. (Ed.). (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.
- 18 Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*, 3rd ed. New York, NY, US: Guilford Press.
- 19 Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2010). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford Press.
- 20 Barkley, R. A., Murphy, K., & Kwasnik, D. (1996). Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1(1), 41-54.
- 21 Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., ... & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1706-1713.
- 22 Bastle, R. M., Oliver, R. J., Gardiner, A. S., Pentkowski, N. S., Bolognani, F., Allan, A. M.,... & Neisewander, J. L. (2017). In silico identification and in vivo validation of miR-495 as a novel regulator of motivation for cocaine that targets multiple addiction-related networks in the nucleus accumbens. *Molecular Psychiatry*. Retrieved from: <http://www.nature.com/mp/journal/vaop/ncurrent/full/mp2016238a.html>
- 23 Bidwell, L.(2014). Childhood and current ADHD symptom dimensions are associated with more severe cannabis outcomes in college students, science direct, from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037687161300481X>
- 24 Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry*, 57(11), 1215-1220.

- 25 Biederman, J., & Faraone, S. V. (2004). The Massachusetts General Hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives. *The Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 225-232.
- 26 Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., ... & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of psychiatry*, 159(1), 36-42.
- 27 Biederman, J., Petty, C. R., Clarke, A., Lomedico, A., & Faraone, S. V. (2011). Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *Journal of psychiatric research*, 45(2), 150-155.
- 28 Biederman, J., Petty, C. R., Evans, M., Small, J., Faraone, S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research*, 177(3), 299–304.
- 29 Blachman, D. R., & Hinshaw, S. P. (2002). Patterns of friendship among girls with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 625-640.
- 30 Bobzean, S. A., DeNobrega, A. K., & Perrotti, L. I. (2014). Sex differences in the neurobiology of drug addiction. *Experimental neurology*, 259, 64-74.
- 31 Bogenschutz, M. P., Rice, S. L., Tonigan, J. S., Vogel, S. W., Nowinski, J., ...Amella, P. B. (2014). 12-step facilitation for the dually diagnosed: A randomized clinical trial. *Journal of substance abuse treatment*.46 (4), 403 - 411
- 32 Boleloucký, Z., Plevová, J., & Smulevič, A. B. (1993). *Hraniční stavy v psychiatrii* [Borderline states in psychiatry]. Prague: Grada Avicenum.
- 33 Breda, C. S., & Heflinger, C. A. (2007). The impact of motivation to change on substance use among adolescents in treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 16(3), 109-124.
- 34 Brown, R. T., Abramowitz, A. J., Madan-Swain, A., Eckstrand, D., & Dulcan, M. (1989, October). ADHD gender differences in a clinic-referred sample. *In annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, New York.
- 35 Buckley, P. F (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *Journal Clinical Psychiatry*;67, Suppl. 75-79.
- 36 Bukstein, O. G., & Roberto, A. (2018). Moodiness in Patients with ADHD and Substance Use Disorders. In *Moodiness in ADHD* (pp. 145-159). Cham: Springer.

- 37 Cady, M. E., Winters, K. C., Jordan, D. A., Solberg, K. B., & Stinchfield, R. D. (1996). Motivation to change as a predictor of treatment outcome for adolescent substance abusers. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 5(1), 73-91.
- 38 Compton W.M., Thomas Y.F., Stinson F.S., Grant B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 2007, 64:566-76.
- 39 Conway, F. (2012). Psychodynamic psychotherapy of ADHD: A review of the literature. *Psychotherapy*, 49(3), 404.
- 40 Cornelius, T., Earnshaw, V. A., Menino, D., Bogart, L. M., & Levy, S. (2017). Treatment motivation among caregivers and adolescents with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 10-16.
- 41 Corners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. (1999). *Corners' Adult ADHD Rating Scales*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- 42 Cornoldi, C., Marzocchi, G. M., Belotti, M., Caroli, M. G., Meo, T., & Braga, C. (2001). Working memory interference control deficit in children referred by teachers for ADHD symptoms. *Child Neuropsychology*, 7(4), 230-240.
- 43 Cotto, J.H., Davis E., Dowling G.J., Elcano J.C., Staton A.B., Weiss S.R.B. (2010). Gender effects on drug use, abuse, and dependence: A special analysis of results from the national survey on drug use and health. *Gender Medicine*, 7 (5): 402-413.
- 44 Cubillo, A., Halari, R., Smith, A., Taylor, E., & Rubia, K. (2012). A review of fronto-striatal and fronto-cortical brain abnormalities in children and adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and new evidence for dysfunction in adults with ADHD during motivation and attention. *Cortex*, 48(2), 194-215.
- 45 Cumyn, L., French, L., & Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 673-683.
- 46 Currie, C., Zanotti, C., Morgan, M., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. R. F., & Barnekow, V. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. *WHO Regional Office for Europe*, Copenhagen, Denmark.
- 47 Daigre, C., Roncero, C., Grau López, L., Martínez Luna, N., Prat, G., Valero, S., ... & Casas, M. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder in cosine dependent adults: A psychiatric comorbidity analysis. *The American journal on addictions*, 22(5), 466-473.

- 48 Davids, E., & Gastpar, M. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Psychiatrische Praxis*, 30(4), 182-186.
- 49 De Leon, G. (1993). Circumstances, motivation, readiness and suitability scales for substance abuse treatment (CMRS), unpublished manuscript.
- 50 De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. Springer Publishing Co.
- 51 De Leon, G. (2004). Terapeutické komunity pro duševně nemocné. In: Adameček, D. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna o.p.s.
- 52 De Leon, G. (2010). Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says. *Therapeutic communities*, 31(2), 104.
- 53 De Leon, G. (2010). Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says. *Therapeutic communities*, 31(2), 104.
- 54 De Leon, G., & Jainchill, N. (1986). Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(3), 203-208.
- 55 De Leon, G., Melnick, G., & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 23(2), 169-189.
- 56 De Leon, G., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D., & Wexler, H. K. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 26(1), 33-46.
- 57 De Leon, G., Wexler, H. (2009). The Therapeutic Community for Addictions: An Evolving Knowledge Base. *Journal of Drug Issues*, 39 (1): 167-177.
- 58 Deane, F. P., Wootton, D. J., Hsu, C. I., & Kelly, P. J. (2012). Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(2), 216-225.
- 59 DeHaas, P. A. (1986). Attention styles and peer relationships of hyperactive and normal boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 457-467.
- 60 Derogatis, L. R. (1977). The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90. Baltimore, MD: *Clinical Psychometric Research*.
- 61 DiClemente, C. C., Bellino, L. E., & Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 87-92.
- 62 DiClemente, C. C., Nidecker, M., & Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 34(1), 25-35.

- 63 DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13(2), 103-119.
- 64 Dodge, R., Sindelar, J., & Sinha, R. (2005). The role of depression symptoms in predicting drug abstinence in outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), 189-196.
- 65 Dowling, N. A., Cowlshaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L., & Christensen, D. R. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(6), 519-539.
- 66 Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 360.
- 67 Drtílková, I. (2007a). Pohled na hyperkinetickou poruchu v historii. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.
- 68 Drtílková, I. (2007b). Klasifikace hyperkinetických poruch a terminologie. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.
- 69 Drtílková, I. (2007c). Klinický obraz. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.
- 70 Drtílková, I. (2007d). Hyperkinetická porucha (ADHD) v adolescenci a dospělosti. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.
- 71 Drtílková, I. (2007e). Současné názory na biologické příčiny hyperkinetické poruchy. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.
- 72 Drtílková, I. (2007f). Farmakologická léčba hyperkinetické poruchy. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.
- 73 Drtílková, I. (2007g). EEG u hyperkinetické poruchy. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al. (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.
- 74 Drtílková, I. (2007h). Diferenciální diagnostika. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al. (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.
- 75 Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén
- 76 Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

- 77 Dye, M. H., Roman, P. M., Knudsen, H. K., & Johnson, J. A. (2012). The availability of integrated care in a national sample of therapeutic communities. *The journal of behavioral health services & research*, 39(1), 17-27.
- 78 Eich, D., Angst, J., Frei, A., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., & Gamma, A. (2012). A new rating scale for adult ADHD based on the Symptom Checklist 90 (SCL-90-R). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(6), 519-528.
- 79 EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007). *Annual report 2007 the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.
- 80 EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. Lisbon: EMCDDA.
- 81 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 Official Publications of the European Communities.
- 82 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*. Lisbon: EMCDDA.
- 83 EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (2004): *Co-morbidity. Selected issue in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: EMCDDA.
- 84 EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs & Drug Addiction. (2002). *2002 annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: Office for Official Publications of the European Communities.
- 85 Epstein, J. N., & Kollins, S. H. (2006). Psychometric properties of an adult ADHD diagnostic interview. *Journal of Attention Disorders*, 9(3), 504-514.
- 86 Epstein, J. N., Kelleher, K. J., Baum, R., Brinkman, W. B., Peugh, J., Gardner, W., ... & Langberg, J. (2014). Variability in ADHD care in community-based pediatrics. *Pediatrics*, 134(6), 1136-1143.
- 87 Erikson, E. (1967). Eight ages of man. *Klassiekers van de kinder-en jeugdpsychiatrie II*, 258.
- 88 Ettorre, E. (2015). Embodied deviance, gender, and epistemologies of ignorance: Re-visioning drugs use in a neurochemical, unjust world. *Substance Use & Misuse*, 50(6), 794-805.

- 89 Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, 36(2), 159.
- 90 Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., ...Sklar, P. (2005). Molecular genetics of Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, (11)1, 1313-1323.
- 91 Fattore L., Altea S., Fratta W. (2008). Sex differences in drug addiction: a review of animal and human studies. *Women's Health*, 4(1), 51–65.
- 92 Fattore, L., Melis, M., Fadda, P., Fratta, W. (2014). Sex differences in addictive disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology* 35 (2014): 272–284.
- 93 Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K. et al. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 190, 402–409.
- 94 Ferrer, M., Andi3n, 3., Matal3, J., Valero, S., Navarro, J. A., Ramos-Quiroga, J. A., ... & Casas, M. (2010). Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline patients defines an impulsive subtype of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 812-822.
- 95 Fervaha, G., Takeuchi, H., Foussias, G., Hahn, M. K., Agid, O., & Remington, G. (2017). Achievement motivation in early schizophrenia: Relationship with symptoms, cognition and functional outcome. *Early Intervention in Psychiatry*.
- 96 Fiala, A., & Drt3lkov3, I. (2015). Perspektivn3 mo2nosti vyu2it3 RTMS v l33b3 ADHD. *Cesk3 a Slovensk3 Psychiatrie*, 111(4).
- 97 Foltov3, L. (2010). Posouzen3 2ivotn3 situace adolescent3 s psychick3mi poruchami. *Diplomov3 pr3ce*. Brno: FSS MU. Katedra soci3ln3 politiky a soci3ln3 pr3ce.
- 98 Frances, A. J., & Widiger, T. (2012). Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual review of clinical psychology*, 8, 109-130.
- 99 Frouzov3, M. (2003). Psychologick3 a psychosoci3ln3 faktory vzniku a rozvoje z3vislosti. KALINA, K. et al. *Drogy a drogov3 z3vislosti*, 1, 124-129.
- 100 Fr3ba, M. (1996). *Psychologie zvl3d3n3 2ivota: Aplikace metody abhidhamma*. Masarykova univerzita.
- 101 Fr3ba, M., & Hoskovec, J. (1991). *Abhidhamma: z3klady meditativn3 psychoterapie a psychohygieny*. Stratos.
- 102 Galanter, C. A. (2013). Limited support for the efficacy of nonpharmacological treatments for the core symptoms of ADHD; 241-244.

- 103 Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045.
- 104 Gerra, G. (2009). Drug Demand Reduction: new challenges and perspectives. Working Paper. Vienna: UNODC, *Health and Human Development Section*.
- 105 Gershon, J., & Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5, 143–154.
- 106 Giddens, A., & Sutton, P. W. (2001). *Sociology* (4th edn). Cambridge: Polity.
- 107 Goldstein, S., & Ellison, A. T. (Eds.). (2002). *Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention*. Elsevier.
- 108 Gordon, M., Lewandowski, L. J., & Lovett, B. J. (2015). Assessment and management of ADHD in educational and workplace settings in the context of ADA accommodations.
- 109 Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády ČR, .
- 110 Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Sigfusdottir, I. D., & Young, S. (2012). An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 304-312.
- 111 Gudjonsson, G. H., Young, S., & Bramham, J. (2007). Interrogative suggestibility in adults diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). A potential vulnerability during police questioning. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 737-745.
- 112 Hájek, K. (2002). *Tělesně zakotvené prožívání*. Praha: Karolinum.
- 113 Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16(5), 235-246.
- 114 Havassy, B. E., Wasserman, D. A., & Hall, S. M. (1995). Social relationships and abstinence from cocaine in an American treatment sample. *Addiction*, 90(5), 699-710.
- 115 Hettema, J. E., & Hendricks, P. S. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(6), 868.
- 116 Hiller, M. L., Knight, K., Leukefeld, C., & Simpson, D. D. (2002). Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29(1), 56-75.
- 117 Hillman, J. & Ventura, M. (2016). *Máme za sebou sto let psychoterapie, a svět je čím dál horší*. Praha: Malvern.

- 118 Hines, J. L., King, T. S., & Curry, W. J. (2012). The adult ADHD self-report scale for screening for adult attention deficit–hyperactivity disorder (ADHD). *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(6), 847-853.
- 119 Honaker, J., King, G., & Blackwell, M. (2011). Amelia II: A Program for Missing Data. *Journal of Statistical Software*, 45(1), 1-47.
- 120 Horner, B. R., & Scheibe, K. E. (1997). Prevalence and implications of attentiondeficit/hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 36(1), 30 – 36
- 121 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.
- 122 Huberman, A. M. & Miles, M. B. (1998). Data Managemet and Analysis Methods. In: Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GradaPublishing.
- 123 Humphreys, M. S., & Revelle, W. (1984). Personality, motivation, and performance: a theory of the relationship between individual differences and information processing. *Psychological review*, 91(2), 153.
- 124 Chacko, A., Kofler, M., & Jarrett, M. (2014). Improving outcomes for youth with ADHD: A conceptual framework for combined neurocognitive and skill-based treatment approaches. *Clinical child and family psychology review*, 17(4), 368-384.
- 125 Charney, D. A., Palacios-Boix, J., Negrete, J. C., Dobkin, P. L., & Gill, K. J. (2005). Association between concurrent depression and anxiety and six-month outcome of addiction treatment. *Psychiatric Services*, 56(8), 927-933.
- 126 Charvát, M. (2004). Problematika výběru účastníků výzkumu z řad uživatelů nelegálních drog. In Miovský, M., Čermák, I. & Řehan, V. (Eds.) (2004). In: Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GradaPublishing.
- 127 Jeřábek, P. (2006). Osobnostní dispozice k drogové závislosti: Klinický pohled. *Adiktologie*;6(4), 493-505.
- 128 Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- 129 Kalbag, A. S., & Levin, F. R. (2005). Adult ADHD and substance abuse: diagnostic and treatment issues. *Substance use & misuse*, 40(13-14), 1955-1981.
- 130 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.
- 131 Kalina, K. (2003). Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti I, mezioborový přístup*. Kapitola 4/9. Praha NMS: Úřad vlády České republiky.
 - 132 Kalina, K. (2008a). Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
 - 133 Kalina, K. (2008b). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing, a. s.
 - 134 Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing, a. s.
 - 135 Kalina, K. (2015). Bio-psycho-socio-spirituální model a jeho implikace pro odbornou péči. In: Kalina, K., a kol., *Klinická adiktologie*. Kapitola 4. Praha: Grada Publishing.
 - 136 Kalina, K. (2018). Psychoterapeutická léčba ADHD v kontextu adiktologických programů. In: Miovský, M., Kulhánková, A., Šťastná, L., Čablová, L., Rubášová, E. ...& Křížová, I. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD. Dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada Publishing a.s.
 - 137 Kalina, K., & Minařík, J. (2015). Psychiatrická komorbidita, duální diagnózy. In Kalina, K. (Ed.), Adameček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnáctá, Š., Dvořáček, J. & Zima, T. *Klinická adiktologie*. Chapter 9 (pp. 211–227). Praha, Czech Republic: Grada Publishing.
 - 138 Kalina, K., et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
 - 139 Kalina, K., Rubášová, E., Čablová, L., Šťastná, L., & Miovský, M. (2017). Gender Differences in the Prevalence of ADHD Among Clients of Therapeutic Communities for Drug Addicts in the Czech Republic: Secondary Analysis of the Pilot Study. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(2-3), 135-157.
 - 140 Kalina, K., Rubášová, E., Miovský, M., Čablová, L., & Šťastná, L. (2014). Vliv ADHD na proces a výstupy léčby u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé v České republice—pilotní studie. *Adiktologie*, 14(3), 228-246.
 - 141 Kalivas, P. W., & Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1403-1413.
 - 142 Kelly, A. C., Di Martino, A., Uddin, L. Q., Shehzad, Z., Gee, D. G., Reiss, P. T., ... & Milham, M. P. (2009). Development of anterior cingulate functional connectivity from late childhood to early adulthood. *Cerebral cortex*, 19(3), 640-657.

- 143 Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. V. A., ... & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, 35(2), 245.
- 144 Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163(4), 716–723.
- 145 Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM–III–R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *The British journal of psychiatry*, 168(S30), 17-30.
- 146 Knouse, L. E. (2015). Cognitive-Behavioral Therapies for ADHD (757-773). In Barkley, R. A. (ed.) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (Fourth Edition). New York, NY: The Guilford Press.
- 147 Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1(4), 208-210.
- 148 Kollins, S. H. (2008). ADHD, substance use disorders, and psychostimulant treatment: current literature and treatment guidelines. *Journal of Attention Disorders*, 12(2), 115-125.
- 149 Kollins, S. H., McClernon, F. J., & Fuemmeler, B. F. (2005). Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a population-based sample of young adults. *Archives of general psychiatry*, 62(10), 1142-1147.
- 150 Kooij, J. J. S., & Francken, M. H. (2010). Diagnostic interview for ADHD in adults 2.0 (DIVA 2.0). Adult ADHD. *Diagnostic Assessment and Treatment*. Pearson Assessment and Information BV, Amsterdam.
- 151 Kooij, J. J. S., Francken, M. H. (2012). *Diagnostic interview for adhd adults (divascale)*[online]. Diva foundation website 2012 [cit. 2018-07-19]. Dostupné z WWW: www.ukaan.org/clinicians_resource.htm.
- 152 Kooij, J. S. (2012). *Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment*. Springer Science & Business Media.
- 153 Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., ... & Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC psychiatry*, 10(1), 67.

- 154 Kooyman, M. (2005). Terapeutická komunita pro závislé. In: Nevšimal, 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 therapeutic community for addicts. Intimacy, parents involvement and treatment succes*. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- 155 Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Třetí, doplněné vydání. Praha: Galén.
- 156 Kraus, L., & Nociar, A. (2016). *ESPAD Report 2015: results from the European school survey project on alcohol and other drugs*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- 157 Kressel, D., De Leon, G., Palij, M., & Rubin, G. (2000). Measuring client clinical progress in therapeutic community treatment: the therapeutic community client assessment inventory, client assessment summary, and staff assessment summary. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(3), 267-272.
- 158 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.
- 159 Kuhn C. (2015). Emergence of sex differences in the development of substance use and abuse during adolescence. *Pharmacology & Therapeutics* 153 (2015): 55–78.
- 160 Lappan, S. N., Brown, A. W., & Hendricks, P. S. (2020). Dropout rates of in person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta analysis. *Addiction*, 115(2), 201-217.
- 161 Lara, C., Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M. et al. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry*, 65(1), 46–54.
- 162 Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 328–341.
- 163 Lenth, R. (2018). emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=emmeans>.
- 164 Levin, F. R., Evans, S. M., Vosburg, S. K., Horton, T., Brooks, D., & Ng, J. (2004). Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. *Addictive behaviors*, 29(9), 1875-1882.

- 165 Lewis, B. F., & Ross, R. (1994). *Retention in therapeutic communities: challenges for the nineties*. NIDA research monograph, 144, 99-99.
- 166 Liao, Y. T., Chen, C. Y., Ng, M. H., Huang, K. Y., Shao, W. C., Lin, T. Y., ... & Gossop, M. (2017). Depression and severity of substance dependence among heroin dependent patients with ADHD symptoms. *The American Journal on Addictions*, 26(1), 26-33.
- 167 Longabaugh, R., Rubin, A., Malloy, P., Beattie, M., Clifford, P. R., & Noel, N. (1994). Drinking outcomes of alcohol abusers diagnosed as antisocial personality disorder. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 18(4), 778-785.
- 168 Lougy, R. A., DeRuvo, S. L., & Rosenthal, D. (Eds.). (2007). *Teaching young children with ADHD: Successful strategies and practical interventions for preK-3*. Corwin Press.
- 169 Malá, E. (2000). Hyperkinetické poruchy (F90), Poruchy chování (F91). In: Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. et al. (Ed): *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- 170 Malá, E. (2006). Jsou hyperkinetické poruchy mýtem? *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 102(3), 142 - 148.
- 171 Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E., & Auriacombe, M. (2012). Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *European addiction research*, 18(1), 1-11.
- 172 Manos, M. J. (2013). Psychosocial therapy in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgraduate Medicine*, 125(2), 51-64.
- 173 Martens, J. (2004). Gender approach in the work with female residents in our standard therapeutic communities for drug addicts. In L. E. Salas, L.E. (Ed.) *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 128–133). Madrid, Spain: Proyecto Hombre.
- 174 Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T., Kamijo, A., Iseki, E.,... Wada, K. (2005). 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*; 59(3), 311 – 318.
- 175 McLellan, A. T., Alterman, A. I., Metzger, D. S., Grissom, G. R., Woody, G. E., Luborsky, L., & O'Brien, C. P. (1997). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services.
- 176 McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journal of nervous and mental disease*.

- 177 McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Druley, K. A. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: Role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*, 40(6), 620-625.
- 178 McLeod, S. (2007). Maslow's hierarchy of needs. *Simply Psychology*, 1.
- 179 Melnick, G., De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N., & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescents and adult substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(4), 485-506.
- 180 Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E., & Tonigan, J. S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291-308.
- 181 Mikota, V. (1995). Ovlivňování duševních chorob. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- 182 Miller, W. R., & Johnson, W. R. (2008). A natural language screening measure for motivation to change. *Addictive Behaviors*, 33(9), 1177-1182.
- 183 Miller, W. R., & Rollnick, S (2003). *Motivační rozhovory*, SCAN, Tišnov, 332 s.
- 184 Miller, W. R., Moyers, T. B., & Amrhein, P. (2005). *Change Questionnaire Version 1.2*. Unpublished measure, University of New Mexico, Albuquerque.
- 185 Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- 186 Minařík, J., Gabrhelík, R., Malcolm, R., Pavlovská, A., & Miller, P. (2016). Methylphenidate substitution for methamphetamine addiction and implications for future randomized clinical trials: A unique case series. *Journal of Substance Use*, 21(4), 435-438.
- 187 Miovska, L., Miovský, M. & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- 188 Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- 189 Miovský, M., Čablová, L., & Kalina, K. (2013). 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*, 13(2), 130-144.
- 190 Miovský, M., Čablová, L., Kalina, K., & Šťastná, L. (2014). The effects of ADHD on the course and outcome of addiction treatment in clients of therapeutic communities: Research design. *Adiktologie*, 2014, 14, 392-400.

- 191 Miovský, M., Kulhánková, A., Šťastná, L., Čablová, L., Rubášová, E. ...& Křížová, I. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD. Dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada Publishing a.s.
- 192 Miovský, M., Lukavská, K., Rubášová, E., Šťastná, L., Šefránek, M., & Gabrhelík, R. (2020). Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Clients Diagnosed with a Substance Use Disorder in the Therapeutic Communities: Prevalence and Psychiatric Comorbidity. *European Addiction Research*, 1-10.
- 193 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.
- 194 MKN – 10 (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- 195 Modesto-Lowe, V., Chaplin, M., Soovajian, V., & Meyer, A. (2013). Are motivation deficits underestimated in patients with ADHD? A review of the literature. *Postgraduate medicine*, 125(4), 47-52.
- 196 Moffitt, T. E., Houts, R., Asherson, P., Belsky, D. W., Corcoran, D. L., Hammerle, M. et al. (2015). Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry*, 172(10), 967–977.
- 197 Mohr, P., Anders, M., Příkryl, R., Masopust, J., Praško, J., & Höschl, C. (2013). Konsensus ČNPS o diagnostice a léčbě ADHD v dospělosti. *Psychiatrie*, 17, 189-202.
- 198 Mohr, P., Kopeček, M., Brunovský, M., & Páleníček, T. (2017). *Klinická psychofarmakologie*. Maxdorf.
- 199 Monica, C., Nikkel, R. E. & Drake, R. E. (2010). Alcohol & Drug Abuse: Dual Diagnosis Anonymous of Oregon. *Psychiatric Services*, 61(8):738-40.
- 200 Morey, R. D., & Rouder, J. N. (2018). *BayesFactor: Computation of Bayes Factors for Common Designs*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=BayesFactor>.
- 201 Moriyama, T. S., Polanczyk, G. V., Terzi, F. S., Faria, K. M., & Rohde, L. A. (2013). Psychopharmacology and psychotherapy for the treatment of adults with ADHD—a systematic review of available meta-analyses. *CNS spectrums*, 18(6), 296-306.
- 202 Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., & Vopravil, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech*

- drog v České republice v roce 2015 [Annual Report on Drug Situation 2015 - Czech Republic]*. MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- 203 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.
- 204 Mravčík, V., Lejčková, P., Orliková, B., Petrošová, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., ... & Vopravil, J. (2006). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005 (Informe anual acerca del estado de drogas en la República Checa, 2005)*. Praga: Departamento de Estado, R. Ch.
- 205 Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., ... Malinová, H. (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 - Czech Republic]* MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- 206 Mravčík, V., Záborský, T., Korčíšová, 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
- 207 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 Psiquiatria*; 30(4), 384–389.
- 208 Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti I, mezioborový přístup*. Kapitola 4/5. Praha NMS: Úřad vlády České republiky.
- 209 NIDA (2010). *Comorbidity: Addiction and other mental illnesses. NIDA Research Report Series [online]*. National Institutes of Health: National Institute on Drug Abuse [cit. 2018-08-01]. Dostupné online: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/comorbidity-substance-use-disorders-other-mental-illnesses>
- 210 NIDA. (2008). *Comorbidity: addiction and Other Mental Illnesses (NIDA Research Report Series)*. National Institute Of Healt: National Institute on Drug Abuse.
- 211 Orlando, M., Wenzel, S. L., Ebener, P., Edwards, M. C., Mandell, W., & Becker, K. (2006). The dimensions of change in therapeutic community treatment instrument. *Psychological assessment*, 18(1), 118.
- 212 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.

- 213 Paclt, I. (2007b). Hyperkinetický syndrom v dospělosti. In: Paclt, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- 214 Paclt, I. (2007e). Etiologie a biologické aspekty ADHD. In: Paclt, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- 215 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.
- 216 Paclt, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- 217 Parker, H. C. (2005). *The ADHD handbook for schools: Effective strategies for identifying and teaching students with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Specialty Press/ADD Warehouse.
- 218 Parrott, A. C., Hatton, N. P., Rowe, K. L., Watts, L. A., Donev, R., Kissling, C., & Thome, J. (2012). Adult attention deficit hyperactivity disorder and other psychiatric symptoms in recreational polydrug users. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 27(2), 209-216.
- 219 Pelletier, E. (2014). *Porucha pozornosti bez hyperaktivity: pomoc rodičům a učitelům*. Portál.
- 220 Pérez de los Cobos, J., Siñol, N., Pérez, V., & Trujols, J. (2014). Pharmacological and clinical dilemmas of prescribing in co morbid adult attention deficit/hyperactivity disorder and addiction. *British journal of clinical pharmacology*, 77(2), 337-356.
- 221 Philipsen, A. (2012). Psychotherapy in adult attention deficit hyperactivity disorder: implications for treatment and research. *Expert review of neurotherapeutics*, 12(10), 1217-1225.
- 222 Pokorná, V. (2010). *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál.
- 223 Pokorný, L. (2012). Fyziologické mechanismy motivace a odměny. *Čes a Slov Psychiatr*, 108 (3), 144–147.
- 224 Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43(2), 434-442.
- 225 Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.

- 226 Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug and alcohol dependence*, 67(1), 53-72.
- 227 Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- 228 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.
- 229 Ramos-Quiroga, J. A., Nasillo, V., Richarte, V., Corrales, M., Palma, F., Ibáñez, P., ... & Kooij, J. S. (2019). Criteria and concurrent validity of DIVA 2.0: a semi-structured diagnostic interview for adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(10), 1126-1135.
- 230 Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., ... & Lombardy ADHD Group. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1443-1457.
- 231 R Core Team (2018). *R: A Language and environment for statistical computing*. [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/>.
- 232 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
- 233 Richterová, L. & Šťastná, L. (2018). ADHD a gambling. In: Miovský, M., Kulhánková, A., Šťastná, L., Čablová, L., Rubášová, E. ...& Křížová, I. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD. Dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada Publishing a.s.
- 234 Romano, M., & Peters, L. (2015). Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 1-12.
- 235 Ross, D. M., & Ross, S. A. (1982). *Hyperactivity*. New York: John Wiley & Sons.
- 236 Rouder, J. N., Speckman, P. L., Sun, D., Morey, R. D., & Iverson, G. (2009). Bayesian t tests for accepting and rejecting the null hypothesis. *Psychonomic Bulletin & Review*, 16, 225-237.
- 237 Rubášová, E. (2014). ADHD u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé-prevalence, vliv na osobnost a na průběh a výsledek léčby. Praha 1.LF UK. *Diplomová práce*.
- 238 Rubášová, E. (2018). Kazuistická ilustrace osoby uživatele se symptomatologií ADHD a komorbidními potížemi z nízkoprahového centra. In: Miovský, M.,

- Kulhánková, A., Šťastná, L., Čablová, L., Rubášová, E. ... & Křížová, I. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD. Dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada Publishing a.s.
- 239 Rubášová, E., Kalina, K., Miovský, M., Čablová, L., & Šťastná, L. (2015). Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice-pilotní studie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 111(5).
- 240 Rubášová, E., Lukavská, K., & Miovský, M. (2021). The role of ADHD in the development of motivation for change in persons with SUD treated in Czech therapeutic communities. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-10.
- 241 Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 357–373.
- 242 Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279-297.
- 243 Sacco, K. A., Bannon, K. L., & George, T. P. (2004). Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders. *Journal of Psychopharmacology*, 18(4), 457-474.
- 244 Sacks, J. Y., McKendrick, K., & Banks, S. (2008). The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women. *Journal of substance abuse treatment*, 34(1), 90-100.
- 245 Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: *Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- 246 SANANIM. (2012). *Výroční zpráva*. Praha: Sananim.
- 247 Selikowitz, M. (2004). *ADHD: The facts*. Oxford University Press, USA.
- 248 Sergeant, J. A. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biological psychiatry*, 57(11), 1248-1255.
- 249 Shah, D., & Paget, S. (2006). *Service standards for addiction therapeutic communities*. London: Royal College of Psychiatrists.
- 250 Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D. E. E. A., ... & Rapoport, J. L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(49), 19649-19654.
- 251 Shytle, R. D., Silver, A. A., Wilkinson, B. J., & Sanberg, P. R. (2002). A pilot controlled trial of transdermal nicotine in the treatment of attention deficit

- hyperactivity disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 3(3), 150-155.
- 252 Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Schoener, E. P. (2000). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder Among Substance Abusers. *Journal of Clinical Psychiatry*; 61(4), 244 – 251.
- 253 Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 357.
- 254 Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G., & Greener, J. (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 7(1), 117-134.
- 255 Singmann, H. (2018). *afex: Analysis of Factorial Experiments*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=afex>.
- 256 Sizoo, B., van den Brink, W., Koeter, M., van Eenige, M. G., van Wijngaarden-Cremers, P., & van der Gaag, R. J. (2010). Treatment seeking adults with autism or ADHD and co-morbid substance use disorder: prevalence, risk factors and functional disability. *Drug & Alcohol Dependence*, 107(1), 44-50.
- 257 Skirrow, C., & Asherson, P. (2013). Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 80-86.
- 258 Skirrow, C., McLoughlin, G., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2009). Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability. *Expert review of neurotherapeutics*, 9(4), 489-503.
- 259 Soyez, V., De Leon, G., Rosseel, Y., & Broekaert, E. (2006). Motivation and readiness for therapeutic community treatment: Psychometric evaluation of the Dutch translation of the Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability scales. *Journal of substance abuse treatment*, 30(4), 297-308.
- 260 Spencer, T. J., & Adler, L. (2004). Diagnostic approaches to adult ADHD. *Primary Psychiatry*, 11, 49-56.
- 261 Stein, M. A., Sandoval, R., Szumowski, E., Roizen, N., Reinecke, M. A., ... Klein, Z. (1995). Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale (WURS): reliability and factor structure for men and women. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 425-433.
- 262 Sullivan, M. A., & Rudnik Levin, F. (2001). Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse: diagnostic and therapeutic considerations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931(1), 251-270.

- 263 Šefránek, M. (2014). Evaluace výsledků léčby v terapeutické komunitě pro drogově závislé. *Disertační práce*. Praha: Filosofická fakulta.
- 264 Šefránek, M. (2018). Výzkum terapeutických komunit pro léčbu závislostí. In: Miovský, M., Kulhánková, A., Šťastná, L., Čablová, L., Rubášová, E. ...& Křížová, I. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD. Dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada Publishing a.s.
- 265 Šefránek, M., & Miovský, M. (2017). Treatment outcome evaluation in therapeutic communities in the czech republic: Changes in methamphetamine use and related problems one year after discharge. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(2-3), 68-85.
- 266 Šťastná, L. (2015). Diagnostické interview o ADHD u dospělých (DIVA). Retrieved 18.7.2016 from: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/5197/Diagnostickeinterview-o-ADHD-u-dospelych-DIVA>
- 267 Taanila, A. M., Hurtig, T. M., Miettunen, J., Ebeling, H. E., & Moilanen, I. K. (2009). Association between ADHD symptoms and adolescents' psychosocial well-being: a study of the Northern Finland Birth Cohort 1986. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(2), 133-144.
- 268 Teeter, P. A., & Semrud-Clikeman, M. (1995). Integrating neurobiological, psychosocial, and behavioral paradigms: A transactional model for the study of ADHD. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 10(5), 433-461.
- 269 Thaler, L., Israel, M., Antunes, J. M., Sarin, S., Zuroff, D. C., & Steiger, H. (2016). An examination of the role of autonomous versus controlled motivation in predicting inpatient treatment outcome for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*.
- 270 The jamovi project (2019). *jamovi. (Version 1.0)* [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- 271 Theiner, P. (2007). Vyšetření hyperkinetického dítěte. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.
- 272 Therapeutic community curriculum (TCC): Trainers manual (2006). Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Administration. *SAMHSANews* 13(3). 525 Washington, DC: Author.
- 273 Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4). e994–e1001.
- 274 Timko, C., & Moos, R. H. (2002). Symptom severity, amount of treatment, and 1-year outcomes among dual diagnosis patients. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 30(1), 35-54.

- 275 Tims, F. M., Inciardi, J.A., Fletcher, B. W. & McNeill Horton, A. (1997). *The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse*. Westport, Conn., USA – London: Greenwood Press.
- 276 Torok, M., Darke, S., & Kaye, S. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder and severity of substance use: The role of comorbid psychopathology. *Psychology of addictive behaviors*, 26(4), 974.
- 277 Uhrová, A. (2007a). Psychologická diagnostika. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha*. ADHD. Praha: Galén.
- 278 Uhrová, A. (2007b). Psychologická diagnostika. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha*. ADHD. Praha: Galén.
- 279 Uhrová, A., & Žáčková, M. (2007). Komplexní přístup k osobnosti jedince s ADHD z pohledu psychologických a biologických teorií. Sborník příspěvků. *Sociální procesy a osobnost*, 408-412.
- 280 UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lesson learned*. United Nation Office on Drugs and Crime – Drug Abuse Toolkit Serie. New York/Vienna: United Nations. Internetové stránky: www.unodc.org .
- 281 UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime (2013). *World Drug Report, 2012*. New York/Vienna: United Nations. Internetové stránky: www.unodc.org .
- 282 Vágnerová, M. (2001). Specifické poruchy chování. In: Svoboda, M. (Ed.). (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- 283 Valero, S., Ramos-Quiroga, A., Gomà-i-Freixanet, M., Bosch, R., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., ... & Casas, M. (2012). Personality profile of adult ADHD: The alternative five factor model. *Psychiatry research*, 198(1), 130-134.
- 284 Vall, E., & Wade, T. D. (2016). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 432-433.
- 285 van de Glind, G., Konstenius, M., Koeter, M. W., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Carpentier, P. J., Kaye, S., ... & IASP Research Group. (2014). Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug and alcohol dependence*, 134, 158-166.
- 286 Van Emmerik-van Oortmerssen, K., Blankers, M., Vedel, E., Kramer, F., Goudriaan, A. E., van den Brink, W., & Schoevers, R. A. (2020). Prediction of drop-out and outcome in integrated cognitive behavioral therapy for ADHD and SUD: Results from a randomized clinical trial. *Addictive Behaviors*, 103, 106228.

- 287 Van Emmerik-van Oortmerssen, K., Glind, G., Koeter, M. W., Allsop, S., Auriacombe, M., Barta, C., ... & Casas, M. (2014). Psychiatric comorbidity in treatment seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: Results of the IASP study. *Addiction*, 109(2), 262–272.
- 288 Van Emmerik-van Oortmerssen, K., Van de Glind, G., Van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M., Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1–2), 11–19.
- 289 Vanderplasschen, W., Yates, R., & Miovský, M. (2017). Bridging the Gap Between Research and Practice in Therapeutic Communities (TCs) for Addictions. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(2-3), 63-67.
- 290 Vidjak, N. (2002). Treating heroin addiction: Comparison of methadone therapy, hospital therapy without methadone, and therapeutic community. *Croatian Medical Journal*, 44(1), 59-64.
- 291 Vobořil, J. (2003). Gender–ženy jako specifická skupina. In: Kalina K. *Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 238.
- 292 Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.
- 293 Volkow, N. D., Wang, G. J., Newcorn, J. H., Kollins, S. H., Wigal, T. L., Telang, F., ... & Wong, C. (2011). Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway. *Molecular psychiatry*, 16(11), 1147.
- 294 Volkow, N. D., Wang, G. J., Newcorn, J. H., Kollins, S. H., Wigal, T. L., Telang, F., ... & Wong, C. (2011). Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway. *Molecular psychiatry*, 16(11), 1147.
- 295 Walitzer, K. S., & Dearing, R. L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 128-148.
- 296 Ward, M. F., Wender, P. H., & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: a aid in theretrospectivediagnosisofchildhoodattention deficit hyperaktivty disorder. *AmericanJournalofPsychiatry*, 150, 885-890.
- 297 Weiss, M., Murray, C., Wasdell, M., Greenfield, B., Giles, L., & Hechtman, L. (2012). A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *BMC psychiatry*, 12(1), 30.
- 298 West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of addiction*. John Wiley & Sons.

- 299 WHO - World Health Organization (2004). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. Geneva: World Health Organization.
- 300 Wilens, T. E. (2004). 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*, 27, 283–301.
- 301 Wilens, T. E. (2006). Mechanism of action of agents used in attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 Suppl 8, 32–38.
- 302 Wilens, T. E. (2007). ADHD: prevalence, diagnosis, and issues of comorbidity. *CNS spectrums*, 12(S6), 1-5.
- 303 Wilens, T. E., Adamson, J., Sgambati, S., Whitley, J., Santry, A., Monuteaux, M. C., & Biederman, J. (2007). Do Individuals with ADHD Self-Medicate with Cigarettes and Substances of Abuse? Results from a Controlled Family Study of ADHD. *The American Journal on Addictions*, 16(s1), 14–23.
- 304 Wilens, T. E., & Biederman, J. (2006). Alcohol, drugs, and attention-deficit/hyperactivity disorder: a model for the study of addictions in youth. *Journal of Psychopharmacology*, 20(4), 580-588.
- 305 Wilens, T. E., & Spencer, T. J. (2010). Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgraduate medicine*, 122(5), 97-109.
- 306 Wilens, T. E., Biederman, J., Faraone, S. V., Martelon, M., Westerberg, D., & Spencer, T. J. (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(11), 1557.
- 307 Wilens, T. E., Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., & Spencer, T. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(8), 475-482.
- 308 Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111(1), 179-185.
- 309 Wilens, T. E., Martelon, M., Joshi, G., Bateman, C., Fried, R., Petty, C., & Biederman, J. (2011). Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(6), 543-553.
- 310 Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499.

- 311 Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., ... & Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of abnormal psychology*, 121(4), 991.
- 312 Williams, R., & Cohen, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric wards: a model task for clinical governance?. *Psychiatric Bulletin*, 24(2), 43-46.
- 313 Yates, P. R. (2014). *Bad mouthing, Bad Habits, and Bad, Bad Boys*. University of Stirling, accessed March, 24.
- 314 Yates, R., & Wilson, J. (2001). The modern therapeutic community: dual diagnosis and the process of change. *Therapeutic communities for the treatment of drug users*, 4, 178-91.
- 315 Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 809-816.
- 316 Zalecki, C. A., & Hinshaw, S. P. (2004). Overt and relational aggression in girls with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 33(1), 125-137.
- 317 Zalsman, G., & Shilton, T. (2016). Adult ADHD: A new disease?. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 20(2), 70-76.
- 318 Zelinková, O. (2000). ADHD - terminologie, projevy, intervence. In: Kucharská, A. (Ed.). (2000). *Specifické poruchy učení a chování: Sborník 2000*. Praha: Portál.
- 319 Zhou Y., Zhao M., Zhou Ch., Li R. (2015). Sex differences in drug addiction and response to exercise intervention: From human to animal studies. *Frontiers in Neuroendocrinology* 2015. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091302215300017> [2016-02-14].
- 320 Zulauf, C. A., Sprich, S. E., Safren, S. A., & Wilens, T. E. (2014). The complicated relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Current psychiatry reports*, 16(3), 436.
- 321 Zvingerová, N. (2016). Vývoj a změny motivace k léčbě u klientů s diagnózou ADHD v terapeutických komunitách pro drogově závislé. *Diplomová práce*. Praha: Univerzita Karlova.

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1	Oblasti komplexní diagnostiky a klinické inventáře u ADHD	29
Tabulka 2	Terapeutické intervence u osob s ADHD v rezidenční léčbě	34
Tabulka 3	Model predisponované osobnosti: adiktologický koncept a ADHD	38
Tabulka 4	Indikační okruhy - rezidenční léčba v TK a specifika profilu klienta	42
Tabulka 5	Základní charakteristika výběrového souboru	46
Tabulka 6	Výběrový soubor – základní sociodemografické údaje	48
Tabulka 7	WURS-25 hodnocené symptomy ADHD dětství	50
Tabulka 8	Rozdělení výzkumného souboru a deskripce dle AL a SD	51
Tabulka 9	Přehled výsledků AL u I. základní skupiny	53
Tabulka 10	Přehled výsledků SD u I. základní skupiny	53
Tabulka 11	Přehled výsledků II. základní skupiny (bez ADHD) dle AL a SD	54
Tabulka 12	Přehled účinných faktorů TK dle Kooymana, vliv na zrání a vývoj jedince	64
Tabulka 13	Jádrové charakteristiky závislostní poruchy – vazba ADHD a užívání NL	71
Tabulka 14	Přehled rozdělení výzkumného souboru	80
Tabulka 15	Hodnocené faktory dle CTQ v Dotazníku pro terapeuty	82
Tabulka 16	Komplikace v léčbě dle analyzovaných kategorií	86
Tabulka 17	Výsledné hodnoty CTQ dle analyzovaných faktorů (průměrná hodnota)	88
Tabulka 18	Charakteristika klientů z genderového pohledu dle anamnestických dat	90
Tabulka 19	Charakteristika klientů podle výsledku klinických nástrojů	92
Tabulka 20	Komplikace v léčbě – genderové porovnání	93
Tabulka 21	Komplikace při zahájení léčby – genderové srovnání	96
Tabulka 22	Komplikace v průběhu léčby – genderové srovnání	97
Tabulka 23	Sociodemografické údaje základního souboru (N=180)	127
Tabulka 24	Problémy duševního zdraví. Průměry pro celý vzorek a skupiny ADHD	128
Tabulka 25	Charakteristika základního souboru (N=180) z hlediska užívání návykových látek	128
Tabulka 26	Rozdělení výzkumného souboru (N=180)	129
Tabulka 27	Testové schéma v rámci Study IV.	130
Tabulka 28	Přehled oblastí hodnocení dle DIVA 2,0	131
Tabulka 29	Sociodemografické charakteristiky, užívání látek, psychiatrické symptomy a ADHD ve vzorku z druhé vlny testování (n = 80) a early drop out (n = 100)	139
Tabulka 30	Průměry, standardní odchylky a meziskupinové rozdíly v motivačních	

	proměnných u vzorku z druhé vlny testování (N = 80)	140
Tabulka 31	Pearsonovy korelace mezi proměnnými motivace a ADHD symptomů (N = 80)	142

Seznam obrázků

Obrázek 1	Schéma výběru účastníků	126
Obrázek 2	Vývoj motivace ve skupinách ADHD+ a ADHD-. Průměry a 95% intervaly spolehlivosti: motivace - první a druhá vlna a motivace	142

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Study I.

Příloha č. 2 Study II.

Příloha č. 3 Study III.

Příloha č. 4. Study IV. a, b,

