

**Univerzita Karlova**  
**1. lékařská fakulta**

Autoreferát disertační práce



**UNIVERZITA KARLOVA**  
**1. lékařská fakulta**

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

Mgr. Eva Rubášová

2021

## **Doktorské studijní programy specializace ve zdravotnictví**

*Univerzita Karlova a Akademie věd České republiky*

Obor: Adiktologie

Předseda oborové rady: prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Školící pracoviště: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Školitel: prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

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

Disertační práce bude nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněna k nahlížení veřejnosti v tištěné podobě na Oddělení pro vědeckou činnost a zahraniční styky Děkanátu 1. lékařské fakulty.

# OBSAH

Úvod.....	7
<b>1 Cíle disertační práce.....</b>	<b>11</b>
<b>2 Materiál a metodika .....</b>	<b>12</b>
2.1 Měření .....	12
2.2 Sběr dat a analýza dat.....	16
2.3 Výzkumný soubor .....	18
<b>3 Výsledky .....</b>	<b>19</b>
3.1 Study I. výskyt ADHD u klientů v TK, specifika klientely .....	19
3.2 Study II. – III. ADHD a vliv na proces léčby, komplikace léčby, genderová specifika.....	21
3.3 Study IV. a,b motivace, profil, specifické potřeby osob s ADHD v TK.....	24
3.4 Diagnostická, léčebná a re/habilitační perspektiva – výstupy a doporučení Study I. – IV. a,b .....	28
<b>4 Diskuze.....</b>	<b>31</b>
<b>5 Závěry .....</b>	<b>38</b>
<b>Použité publikační zdroje .....</b>	<b>40</b>

## ABSTRAKT

Zásadním faktorem, který propojuje komorbiditu ADHD a riziko rozvoje závislosti na návykových látkách je zvýšená vulnerabilita na základě neuropsychologických deficitů. Výskyt duálních diagnóz u uživatelů návykových látek léčených v terapeutických komunitách má stěžejní vliv na interpersonální schopnosti, kognitivní a exekutivní funkce a na schopnost zvládat léčebný program primárně určený pro klienty bez silného 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 shrnutí výstupů a doporučení z jednotlivých studií v oblasti léčebné, diagnostické a re/habilitační perspektivy (prevalence, diagnostika, komplikace v léčbě, specifické potřeby v léčbě a léčebná perspektiva). 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. Výsledky výzkumu obecně naznačují, že vysoká míra prevalence ADHD u osob léčených v terapeutických komunitách je stěžejním tématem, které rozšiřuje současné spektrum duálních diagnóz. 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; jejich stav motivace je při vstupu na vysoké úrovni stejně jako u osob bez ADHD. V procesu léčby byl však prokázán pokles motivace u skupiny osob s ADHD. Souhrnně ADHD, u osob léčených v terapeutických komunitách, 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.

## **ABSTRACT**

An essential factor linking the comorbidity of ADHD and the risk of developing substance abuse is increased vulnerability due to neuropsychological deficits. The occurrence of dual diagnoses in substance users treated in therapeutic communities has a major impact on interpersonal skills, 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 treatment, diagnostic and rehabilitation perspectives (prevalence, diagnosis, complications in treatment, specific needs in treatment and treatment perspective). 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 the justification of the topic, description of methodology, description of results, discussion and conclusions for each of the published studies. Research results generally suggest that the high prevalence of ADHD in people treated in therapeutic communities is a key topic that broadens the current spectrum of dual diagnoses. At the same time, there is a need to set up ADHD diagnostics using a unified diagnostic tool and to adhere to the basic rules of diagnostics with regard to neurobiological knowledge. 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 have a complicated psychiatric and addictological profile; their state of motivation is as high when entering as in people without ADHD. However, a decrease in motivation was demonstrated in the treatment process in the group of people with ADHD. In summary, ADHD in people treated in therapeutic communities 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.

## **Disertační práce vychází z těchto studií:**

### **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.

# ÚVOD

Předkládaná disertační práce se zabývá hodnocením a přehledem výsledků osob s ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) v terapeutických komunitách (TK) pro léčbu závislostí z hlediska diagnostiky, prevalence, výskytu komplikací v léčbě a genderových specifik; stěžejním tématem je stav a vývoj motivace osob s ADHD v léčbě, jejich psychiatrický a adiktologický profil. Výstupem disertační práce je shrnutí výstupů a doporučení v oblasti diagnostiky, léčby a re/habilitační perspektivy pro osoby s ADHD v TK. Práce se skládá ze čtyř hlavních částí. První dvě části práce podávají přehled o předvýzkumném šetření a ADHD v TK z pohledu prevalence, diagnostiky, komplikací v léčbě a genderového srovnání osob s ADHD v léčbě. Třetí část práce navazuje informacemi z hlavního výzkumu a informuje o prevalenci ADHD na reprezentativním vzorku osob, procesu diagnostiky, psychiatrickém a adiktologickém profilu osob a o stavu a vývoji motivace osob s ADHD v TK. Ve třetí části práce jsou rovněž popsána specifika osob s ADHD z hlediska motivace, adiktologického a psychopatologického profilu. Autorka práce rovněž u každé z výzkumných částí monotematické práce shrnuje teoretické poznatky ke zkoumanému tématu. Poslední kapitola shrnuje výstupy a doporučení na základě výzkumných zkušeností a výsledků pro oblast diagnostiky, léčby a re/habilitace osob s ADHD v adiktologických službách nejen residenční péče. Uvedená zjištění popisují zejména specifika zkoumané populace uživatelů návykových látek s ADHD a reflektují limity, které vyplynuly v rámci výzkumu.

## **Stav zkoumané problematiky**

Výsledky o prevalenci ADHD u osob se SUD (substance use disorder) říkají, že v porovnání se všeobecnou populací je výskyt na vysoké úrovni. Souhrnná prevalence u všeobecné dospělé populace ukazuje 3,4 % (Fayyad et al., 2007); v populaci osob se SUD ukázala metaanalýza dle van Emmerik-van Oortmerssen et al., (2012) 23,1 %. Odhady prevalence se obecně liší podle zkoumané populace a výzkumného prostředí. Sizzo et al., (2010) popisuje míru prevalence u dospělých s ADHD a komorbidního užívání návykových látek až k 50 %. Velmi zajímavé jsou informace o prevalenci populace osob se SUD užívajících metamfetamin, kde byl zjištěn výskyt až 55,6 % (Matsumoto et al., 2005). 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 sebemedikace (Gudjonsson, Sigurdsson, Sigfusdottir & Young, 2012). 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 psychiatričtí pacienti či osoby s problémy v oblasti duševního zdraví více predisponováni k abúzu návykových látek; podíl duálních diagnóz či komorbidit u této populace činí v Evropě 30 - 50 % (EMCDDA, 2004). 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).

U osob s ADHD a SUD byl zaznamenán i vyšší výskyt abúzu legálních návykových látek v porovnání s obecnou populací; u nikotinu rozdíl 14 %; nikotin je dáván do souvislosti s teorií sebemedikace symptomatologie ADHD stejně jako jiné stimulační nelegální návykové látky (Sullivan a Rudnik-Levin, 2001; Sacco, Bannon & George, 2004). Akutní drogový efekt nikotinu zlepšuje symptomatologii ADHD díky stimulaci CNS v podobě zvýšení vigily, 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). Deficity osob s ADHD jsou pozitivně ovlivňovány právě působením stimulačních látek (*non lege artis*). 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 (Drtilková, 2007). Rozdílná farmakokinetika nelegálních drog je výsledkem vysokého rizika závislostního potenciálu. (Dvořáček, 2008).

Léčba osob se SUD v TK se vyznačuje dle indikačního schématu APA (2006) závažnějším adiktologickým, sociálním, psychopatologickým a zdravotním profilem (De Leon, 2010). Většina osob se SUD v TK naplňuje kritéria duálních diagnóz (De Leon & Wexler, 2009) a zároveň jejich psychiatrický, adiktologický a sociální profil je v porovnání s klienty ambulantních či substitučních programů signifikantně závažnější (Yates, 2010). Nejsilnějším prediktorem efektivity léčby je doba setrvání klienta v programu (De Leon & Wexler, 2009); míra zlepšení klienta souvisí s délkou setrvání v programu. Osoby, které léčbu dokončí, dosahují nejlepších výsledků (De Leon, 2010). 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 statusem.

U osob s ADHD a SUD existuje předpoklad vysokého rizika vypadnutí z léčby či schopnosti profitovat z léčby u standardně nastaveného terapeutického programu. Kalbag & Levin (2005) popsali ADHD jako faktor, který komplikuje terapeutický proces. Kromě ADHD a SUD může být proces léčby komplikován dalšími problémy s duševním zdravím; typicky se u ADHD ve vysokém procentu vyskytují poruchy osobnosti, úzkostné a depresivní poruchy, specifické poruchy učení a chování, poruchy spánku, noční můry a děsy... (Daigre et al., 2013; Barkley, 2014; Ferrer et al., 2010; Torok, Darke, & Kaye, 2012; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014) nebo specifické poruchy učení (Paclt et al., 2007). Vliv ADHD na osobnost jedince (tedy i na potencionální komplikace v léčbě) je nutné vnímat nejen skrze jádrové příznaky poruchy, ale i jako výsledek deficitů způsobených neuropsychickou



poruchou (Barkley, 2014). Základním deficitem je propojení jádrových symptomů do deficitu v oblasti exekutivy, dále a sebeřízení jedince s ADHD vyznačující se deficitem v oblasti verbální pracovní a neverbální paměti, seberegulaci a rekonstituci 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.

Specifické potíže osob s ADHD jsou patrné i z genderového hlediska, kde se odráží odlišná symptomatologie typická pro muže a ženy. Gaub a Carlson, (1997) v metaanalýze popsali, že dívky vykazovaly více poškození v oblasti inteligence, byly méně hyperaktivní a měly méně externalizujících projevů (agrese, vzdorovitost, potíže v chování); zároveň v další metaanalýze se ukázalo, že měly více internalizujících symptomů, jako je úzkost a deprese (Gershon a Gershon, 2002). Barkley (2014) uvádí, že chlapci mají třikrát častěji ADHD a pět až devět krát častěji jsou doporučováni do klinické péče. U žen nebývá ADHD častěji rozpoznáno. 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, Melis, Fadda & Fratta, 2014).

Teoretické poznatky o efektivitě léčby adiktologické klientely uvádějí nutnost práce s motivací jako faktorem, který se mění v čase (De Leon, Melnick, & Kressel, 1997). 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, Miller, Hill & Tonigan, 1998; De Leon, Melnick, Thomas, Kressel & Wexler, 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, Halari, Smith, Taylor, & Rubia, 2012); celoživotní deficit v motivaci u osob s ADHD je výsledkem abnormalit ve frontostriálním 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, Chaplin, Soovajian & Meyer, 2013). Osoby s ADHD vykazují potíže ve vytrvalosti, v sebemotivaci a v udržení záměru pokud jde o složitější činnosti (Barkley, 2014).; 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. Obecně bylo ADHD popsáno jako rizikový faktor vzhledem k léčebné odezvě (Kalbag & Levin, 2005).

Terapeutická komunita představuje léčebnou modalitu, která umožňuje léčbu i pro specifické cílové skupiny. U osob s ADHD lze pozitiva terapeutické komunity a léčení podle modelu “double focus therapy” využít v délce programu, potřebě širší psychosociální rehabilitace, habilitace a stabilizace, jak uvádí Miovský, Čablová a Kalina (2013). Terapeutická komunita může být pro osoby s ADHD zdrojem léčebných a posilujících účinných faktorů, zdrojem přenositelných principů a řádu, i zdroj zátěžových a stresových aktivit v bezpečném prostředí.

# 1 CÍLE DISERTAČNÍ PRÁCE

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 specifik 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 specifik 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.

Předkládaná disertační práce přináší souhrnné informace v monotématické struktuře o problematice ADHD u osob se SUD v TK; Study I. – III. jsou první sondou do této problematiky, která v České republice nebyla zkoumána; Study IV. je hlavní výzkum, který navazuje na předvýzkumné šetření.

Hypotézy zkoumané v rámci study IV. a konkrétní cíle, výzkumné otázky jsou rozepsány v disertační práci pro každou podkapitolu zvlášť. Vzhledem k rozsahu testovaných hypotéz Study IV. jsou uvedeny pouze potvrzené hypotézy v oddílu závěry.

## 2 MATERIÁL A METODIKA

### Design výzkumu Study I. – III.

Předvýzkumný design byl zvolen na základě výzkumného cíle a pro absenci informací o dané problematice ve zkoumané populaci v České republice. Bylo využito kvalitativní výzkumné strategie i z důvodu potřeby zmapování výzkumného prostředí; z důvodu praktické aplikace nových diagnostických nástrojů pro prostředí TK. Jak uvádí Miovský (2006), použití kvalitativních metod je, v případě orientačních a předvýzkumných šetření, relevantní. Ve Study I. – III. byly použity dotazníky a škály, které v době aplikace předvýzkumu nebyly standardizované na českou populaci. Jejich volba vycházela z rozsáhlé aplikace v zahraničních studiích a klinických praxích. Tyto nástroje byly upraveny pro potřeby výzkumných účelů; škálové hodnocení a počet položek zůstal nezměněn kvůli diagnostice ADHD.

### Design výzkumu Study IV. a,b

Hlavní výzkum je kohortovou studií, která nasedá na předvýzkumné šetření a hodnotí výskyt ADHD u osob se SUD v TK na reprezentativním vzorku. Design studie umožňuje detailní srovnání osob s ADHD a bez ADHD z hlediska adiktologického, psychiatrického a sociodemografického charakteru; je umožněno sledovat stav motivace klientů při vstupu do léčby v TK a vývoj motivace v procesu léčby s ohledem na diagnózu ADHD a specifické sledované proměnné (profil klientů). Výsledné informace o stavu motivace jsou hodnoceny nejen v počátku léčby (jako diagnostika ADHD, adiktologická anamnéza, psychiatrická symptomatologie), ale i po třech měsících v léčbě. Study IV., která odkazuje na dvě publikované práce autorky, je naturalistickou studií realizovanou přímo v prostředí TK.

## 2.1 Měření

### Měření pro Study I.

#### *Měření symptomatologie ADHD*

Testová baterie byla tvořena pro 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, Wender & Reimherr, 1993); v době aplikace předvýzkumu nebyla standardizována na populaci v České republice. 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). Pro stanovení diagnózy ADHD v dětství byla využita výsledná hodnota z WURS 25; patologická referenční mez 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).

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 nejsilněji 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). 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 počítání bodů za jednotlivé položky není zcela směrodatné celkové skóre; podrobně Kessler et al., 2005).

### **Měření pro Study II. – III.**

*Měření charakteristik, komplikací osob s ADHD v začátku a procesu léčby, měření genderových specifik*

Testová baterie obsahovala tři výzkumné nástroje. Prvním nástrojem byl AL dle WURS 25, který byl doplněn o položky sociodemografického charakteru. Druhým nástrojem byl SD dle ASRS v 1.1 doplněný pro účely výzkumu o položky k získání základních informací o respondentovi (adiktologická data, anamnestická data, psychiatrické potíže a současné potíže). Doplnující informace sloužily k analýze dat pro výzkumnou otázku vztahující se k charakteristikám klientů a jednotlivých skupin s ADHD. V dotazníku chyběla genderově zaměřená část otázek z důvodu aplikace sekundární analýzy dat (Study III.). Tyto dva klinické nástroje výzkumu byly určeny pro klienty (sebehodnocení).

Třetím nástrojem byl Dotazník pro terapeuty (DT) vytvořený dle CTQ (Conners Teacher's Questionnaire; Conners, Sitarenios, Parker & Epstein, 1998). 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). 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 (chování v rámci třídy – změna na chování v rámci komunity apod.). 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). Doplnující otázky v DT (bez škálování) sloužily k identifikování tzv. dodatečných údajů od terapeutů; 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), byly zohledněny informace ze zahraniční literatury. Hodnocené faktory v rámci DT tvořil: I. faktor poruch chování, II. faktor nezáúčastnosti a faktor pasivity, faktor III. napětí a anxiety, IV. faktor hyperaktivity.

#### *Měření genderových specifík*

Pro měření genderových specifík bylo využito celé testové baterie; tedy AL, SD a DT. Jelikož byla provedena sekundární analýza po ukončení výzkumu, nebyly v klinických výzkumných nástrojích relevantní genderové položky. Bylo možno rozlišit respondenta na základě anonymního kódování a pohlaví a sledovat díky analytické práci genderová specifika.

#### **Měření pro Study IV.**

##### *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 rozdílná 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. 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.

### *Měření motivace, psychiatrického a adiktologického profilu*

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 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 psychoticismu. 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 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 (EuropASI; 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).

## 2.2 Sběr dat a analýza dat

### *Sběr dat a analýza dat pro Study I. – III.*

Data byla získávána přes klíčové pracovníky šesti participujících terapeutických komunit v ČR (certifikované dle standardů RVKPP), 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). Klienti TK vyplňovali testovou baterii (AL a SD) v přítomnosti klíčových pracovníků. SD vyplňovali terapeuti sami a hodnotili symptomatologii ADHD (Study II. a Study III.). Individuální administrace dotazníků trvala kolem 20 minut. 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 číslo a byl vytvořen anonymní kód (A\_1 - F\_12); informace o pohlaví a věku byly součástí anamnestických dat v testové baterii. Uvedený postup je, dle Miovskeho (2006), zcela relevantní z hlediska pojetí transkripce a výzkumného tématu; Pro systematizaci dat bylo využito techniky barvení textu v kombinaci s technikou kódování dat pro analýzu kvalitativních položek dotazníků.) a mezi podskupinami klientů s ADHD. Analýza kvalitativních dat byla provedena kombinací deskriptivního přístupu a dílčích postupů analýzy kvalitativních dat (Study II. a III). Metoda zachycení gestaltů byla využita k identifikaci odlišností a podobností mezi sledovanými skupinami. 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).

### *Sběr dat a analýza dat pro Study IV.a,b*

Hlavní výzkum byl aplikován v prostředí TK v ČR, kde je výchozím bodem pole výzkumu s vysokou prevalencí uživatelů metamfetaminu (rok 2016 v TK 78 % uživatelů metamfetaminu; Mravčík et al., 2016). 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 podrobný popis celé



metodiky projektu (Miovský, Čablová, Kalina & Šťastná, 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). Respondenti prošli v uvedené studii první a druhou vlnou testování (vstup do léčby, tři měsíce v léčbě). 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 i 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. 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 závisely 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. 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).

#### *Etické hledisko Study I. – IV.*

Etika předvýzkumu a hlavního výzkumného projektu splňovala veškeré podmínky etického výzkumu (zdravotnictví a sociální vědy). Hlavní výzkumná 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).

## 2.3 Výzkumný soubor

### *Study I. – III.*

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 (abstinence). Celkem bylo zastoupeno 49 mužů, 27 žen; ve věkovém rozmezí od 15 - 45 let; průměrný věk byl 27,5 let (ženy o dva roky nižší průměrný věk). 56 osob užívalo primárně metamfetamin; 53 osob uvedlo i.v. aplikaci n.l. 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 byl proveden nepravděpodobnostními 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. 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 (ADHD pouze v dětství, ADHD v dospělosti, ADHD v dětství i v dospělosti) a srovnávána s druhou základní skupinou bez ADHD (kontrolní skupina).

### *Study IV. a,b*

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 (začátek léčby). Do druhé vlny sběru dat, která probíhala po třech měsících, zůstalo v TK celkem 104 účastníků výzkumu. 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; zkoumání vývoje motivace. Při vstupu do léčby v TK byl soubor (N=180; využit k diagnostice ADHD) 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.

## 3 VÝSLEDKY

### 3.1 Study I. výskyt ADHD u klientů v TK, specifika klientely

#### *VO a) předvýzkum prevalence ADHD*

Pro výzkumnou otázku (VO), zda se v TK v ČR vyskytují klienti s diagnózou ADHD, bylo zjištěno, že z celkového počtu 76 klientů byla splněna kritéria k diagnostice ADHD u 43 osob (n=56,6 %; 28 mužů, 15 žen); 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 z odpovědí. Analýza škálových položek AL a SD umožnila rozdělení výzkumného souboru na I. základní skupinu s ADHD (podskupina ADHD dětství N=16, ADHD dospělost N=6, ADHD dětství a dospělost N=21) a II. základní skupina bez ADHD (srovnávací/kontrolní skupina). 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.

#### *VO b) Interpretace analýzy specifík klientů s ADHD a bez ADHD*

VO týkající se zjišťování charakteristik klientů s diagnózou ADHD v kontrastu se srovnávací skupinou (bez ADHD) vycházela z analýzy doplňujících položek z AL a SD týkajících se informací z oblasti anamnestických dat (osobní, adiktologická, sociální, zdravotní) a sociodemografických údajů.

Při vyhodnocení AL bylo zjištěno, že nejvyšších hodnot ve skóre i nejvyšší počet vynechaných položek dosahovaly osoby z podskupiny ADHD dětství i dospělost. V AL uvedená podskupina hodnotila velmi závažně deprese, sklíčenost, nespoutanost, nespokojenost se životem, výkyvy nálad. Celkové hodnoty pro skupinu s ADHD na základě potvrzení 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. 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.

Průměrný věk klientů s ADHD byl 26,4 let (rozptyl 15-41), nejčastěji bylo uvedeno základní vzdělání, pak SOU a SŠ. 19 uvedlo nedokončené vzdělání. 40 osob popisovalo školní potíže (patolog. chování, problémy ve škole, šikana, dys-poruchy, opakování ročníků, užívání n.l.,

drzost, snížené známky z chování). 26 osob uvedlo nejisté bydlení před léčbou, 27 osob bylo v evidenci ÚP.

Z adiktologických dat byly identifikovány následující vzorce: hlavní užívaná návyková látka: 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. Nejnižší věk první zkušenosti s n.l. se souhrnně objevoval zejména v podskupině ADHD dětství i dospělost. Celkově v rozsahu od 11 do 27 let; do 15. roku užilo prvně n.l. 22 klientů s ADHD, do 20 let 12 klientů. Nejvyšší počet let (celkový abúzus) 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.

Ostatní anamnestická data ukázala ve zdravotní oblasti častější zdravotní komplikace u osob s ADHD; celkem 23 osob. Byla popsána HCV u šesti osob, HBV, epilepsie, DM I. typu, amputace horní končetiny, nefunkční ledvina, úrazy. 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...). V oblasti psychických problémů hodnotilo 31 osob s ADHD 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.

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). ADHD pouze v dětství mělo nejvyšší počet dokončených léčeb na osobu. 14 osob s ADHD bylo v dětství 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.

### **3.2 Study II. – III. ADHD a vliv na proces léčby, komplikace léčby, genderová specifika**

#### ***VO a) výsledky o komplikacích v léčbě u osob s ADHD a kontrolní skupiny***

Pro VO 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. Bylo zjištěno, že existují dvě hlavní kategorie komplikací: 1) komplikace klientů v léčebném programu a 2) behaviorální potíže v léčbě. V kategorii 1) měla skupina s ADHD negativní hodnocení v akceptování léčebného programu (agrese, hostilita, poruchy adaptace, pravidla a řádu). Ve srovnání s kontrolní skupinou byly potíže terapeutů často hodnoceny jako závažné. V oblasti pracovní terapie byla skupina s ADHD hodnocena pozitivně. Chování v rámci komunitního kolektivu bylo komplikující u obou skupin s rozdílnými potížemi; skupina s ADHD  $\frac{3}{4}$  celku byla hodnocena negativně (kontrolní v nižší míře); zásadní u ADHD byly potíže zejména v rámci interpersonálních vztahů a v komunikaci, v izolování se. Stejně vycházelo i hodnocení zapojování se do činností komunity; pozitivní hodnocení pro ADHD osoby bylo v aktivních činnostech. Hodnocení postoje k autoritě ukázalo na vyšší potíže u kontrolní skupiny než u ADHD, kde se ale častěji objevovala drzost a vzdor. Pozice v rámci skupiny neukázala žádné zásadnější rozdíly; objevovaly se potíže ve schopnosti navazovat kontakty, nízká spolupráce. Hodnocení dodržování pravidel a obecné komplikace léčby ukázaly na zásadní potíže osob s ADHD;  $\frac{3}{4}$  osob s ADHD byly velmi negativně hodnoceny v oblasti přestupových rituálů, v oblasti respektu k sobě a z hlediska špatných či nefunkčních rodinných vztahů. Hodnocení způsobu odchodu z TK ukázalo 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.

Hodnocení komplikací v porovnání s ostatními klienty v léčbě ukázalo, že 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, medikace kvůli zhoršování psychických stavů, nezvládnutí odchodových tendencí, nesoustředěnost a zhoršování interpersonálních vztahů. U kontrolní skupiny byly negativní změny zastoupeny ve velmi nízkém počtu.

Pro kategorii 2) behaviorálních potíží v léčbě bylo popsáno 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.

### ***VO b) vliv ADHD na začátek a proces léčby***

Pro VO b) jaký je vliv ADHD z hlediska komplikací na zahájení a průběh léčby v terapeutické komunitě v porovnání s klienty bez ADHD, bylo zjištěno, že osoby s ADHD v porovnání s kontrolní skupinou mají v počátku léčby s vyšší frekvencí potíže v psychické, individuální i komunitní rovině. Terapeuti u skupiny ADHD identifikovali potíže v akceptaci a přijetí pravidel a režimu komunity, v zapojování se do chodu komunity a k postoji k terapeutům. Hodnocení je obecně negativnější než u kontrolní skupiny. 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; psychiatrické komplikace, psychofarmakoterapie a duální diagnózy ve značné míře (srovnání - kontrolní skupina).

V individuálních charakteristikách osob s ADHD v začátku léčby popisovali terapeuti komplikace v oblasti manipulativního chování, nízkého sebevědomí a sebedůvěry, 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 devalvacii, emoční labilitu, sebelítost, silnou vnitřní tenzi, agresivitu a hostilitu. Velmi často byli klienti s ADHD v počátku léčby sankcionováni za problémy spojené s pravidly a řádem (nepochopení, nezapamatování, porucha adaptace na nové prostředí). V procesu léčby byly u osob s ADHD popsány individuální komplikace léčby související s nízkou mírou sebedůvěry, sebedůvěry, sebevědomí a nerealistického náhledu; kognitivními 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. 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.

### ***VO c), d), e) genderová specifika klientů s ADHD, komplikace v léčbě z gender pohledu***

Pro VO c) jaké jsou charakteristiky klientů s ADHD a bez ADHD z hlediska gender, existují zde odlišnosti či podobnosti, bylo zjištěno, že existují rozdíly v anamnestických datech. V oblasti školních potíží 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. Analýza hodnot AL a SD ukázala, že nejvyšších hodnot v AL k diagnostice ADHD v dětství dosahovaly 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.

Pro VO d) jaké jsou komplikace v léčbě u klientů s ADHD a bez ADHD z hlediska gender v léčbě; jak se projevují, bylo zjištěno, že existují potíže v akceptaci léčby a programu TK. Zde vykazovali závažnější potíže muži obou skupin; byli často hodnoceni jako vysoce komplikovaní v interpersonální oblasti a akceptaci pravidel. Podkategorie chování v rámci pravidel TK a řádu ukázala závažnější potíže u mužů s ADHD. Subkategorie zapojování se do činností komunity popsala nízké potíže u žen kontrolní skupiny, ženy i muži s ADHD měli vyšší míru potíží v odtazivosti, izolování se, nespolupráci s terapeutem 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 outsideři muži s ADHD; muži z kontrolní skupiny měli potíže ve fungování v rámci skupiny a ženy z kontrolní skupiny měly nejnižší míru potíží. Při hodnocení podkategorie schopností dodržovat pravidla a řád byly popsány nejzásadnější obtíže u žen s ADHD a to u  $\frac{3}{4}$  souboru. Podkategorie způsob odchodu z TK ukázala na vyšší počet drop outů u žen z ADHD a to až u  $\frac{1}{2}$  souboru; u mužů se jednalo o  $\frac{1}{4}$  souboru. Deskripce ukázala i na odlišnosti předčasného ukončení léčby. Ženy s ADHD odcházely často v tzv. časné fázi léčby (early drop out) a muži s ADHD pro porušení kardinálních pravidel či útekem z TK. Ženy s ADHD byly označeny jako komplikovanější pro potřebu psychiatrické dispenzarizace u  $\frac{1}{5}$  souboru, muži u  $\frac{1}{3}$  souboru. Psychofarmakoterapie byla uvedena u všech žen s ADHD v psychiatrické péči. V rodinné oblasti převládaly potíže u skupiny s ADHD. U  $\frac{3}{4}$  souboru s ADHD se objevily zásadní komplikace v léčbě, u kontrolní skupiny pak u  $\frac{1}{5}$  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 zřejmě aktivní agresivní jednání, deprese a tendence k rychlé rezignaci.

Celkově zhoršené chování v procesu léčby bylo popsáno u 1/3 souboru s ADHD; ženy s ADHD získávaly převažující neutrální hodnocení (žádná změna v chování) a pozitivní (s převahou mírné zlepšení); negativní hodnocení v oblasti chování v rámci komunitního kolektivu, mezilidských vztahů v komunitě a dodržování pravidel. U mužů s ADHD bylo negativní hodnocení „mnohem horší“ v oblasti chování celkového, postoji k autoritám a dodržování pravidel (3/4 souboru). Kontrolní skupina byla hodnocena negativně u 1/10 souboru; převládalo pozitivní hodnocení (mírné až velmi výrazné) a neutrální hodnocení. Ženy s ADHD se jako „trochu horší“ jevíly v oblasti chování v rámci komunitního kolektivu; muži bez ADHD byli hodnoceni jako „trochu horší“ v oblasti podílení se na činnostech skupiny a v pozici ve skupině. Ženy z obou skupin častěji získaly hodnocení výrazného zlepšení chování v rámci léčby; minimálně pozitivního hodnocení dosahovali muži s ADHD.

Pro VO e) jaký je vliv ADHD na zahájení a průběh léčby z hlediska gender problematiky bylo zjištěno, že existují potíže v oblasti individuální, psychické a schopnosti fungování v rámci pravidel a řádu TK. 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.

### **3.3 Study IV. a,b motivace, profil, specifické potřeby osob s ADHD v TK**

#### *Charakteristika respondentů*

Celkem bylo identifikováno 51 % osob (50,6 % vzorku, N=91), které vykazovaly symptomatologii ADHD dle diagnostických kritérií DSM -V. Nejčastější byl kombinovaný typ poruchy ADHD (21,7 %, N=39) a typ ADHD s převahou poruch pozornosti (21,7 %, N=38); minimální byl typ ADHD s převahou hyperaktivity (7,8 %, N=14). Skupina bez ADHD 49,4 % (N=89). Vzhledem k riziku chybné diagnostiky byla první vlna testování zahájena až po abstinčním období u klientů v TK (detoxifikace, krátkodobá léčba).

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 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.

### ***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:  $t(79) = 2,09$ ,  $p = 0,040$ , 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).

### ***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 léčb 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 ( $N = 80$ ):  $BF_{10} = 0,235$  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. 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 obrázek č. 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. 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.

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.

### ***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  $d = 0,453$ .

### ***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. 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. Dále potřebu zjištění dílčích oblastí motivace k léčbě, stanovení incentivních intervencí, propracování individuálního plánu vzhledem k rizikovým oblastem léčby a motivaci klienta v léčbě.

Základní specifické potřeby vzhledem k psychopatologické oblasti lze u osob s ADHD popsat jako potřebu kvalitní diferenciatní 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 potvrzení diagnózy v procesu léčby. Dále potřebu stanovení prioritních obtíží klienta vycházející z diferenciatní diagnostiky, potřebu aplikace konkrétních intervencí v deficitních oblastech psychopatologického profilu zakomponovanou do individuální, ale i skupinové terapie jako součást růstu osobnosti klienta. Zároveň snaha o soulad individuální a skupinové terapie/přístup tak, aby nebyla osoba stigmatizována; potřeba upřednostnit zvyšování schopností a dovedností deficitních oblastí dané osoby, a to vlastními silami a nově naučenými, či s podporou již fungujících vzorců zvládnutí, zohlednění a možnosti aplikace psychofarmakoterapie; v případech lege artis indikovaných a v případech, kde opakované nefarmaceutické intervence vedou k selháním výsledků léčby, potřebu přípravy odborného personálu na složitost práce s klientem ve vztahu k jeho přirozenosti a symptomatologii jednotlivých nozografických a komorbidních poruch (nejen ADHD) aj. 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.

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, rizikovitosti, polymorfismu a výskytu nežádoucích poškození či rizikových způsobů aplikace, předávkování. Dále zohlednění ADHD jako faktoru ovlivňující abúzus návykových látek a zvýšení náhledu klienta na primární poruchu a kontext užívání drog; potřebu intervenovat u osob s ADHD z hlediska výskytu vysokého množství velmi rizikových situací a rizikových 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; edukace osob s ADHD o významu užívané návykové látky v kontextu neuropsychických deficitů a aplikace intervencí o možnostech zvládnání osobnostních nedostatečností pouze na základě vlastních schopností a dovedností (učení se novým dovednostem, schopnost přijímat změny do života a aplikovat nová řešení a přístupy) aj.

### **3.4 Diagnostická, léčebná a re/habilitační perspektiva – výstupy a doporučení Study I. – IV.a,b**

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.

Doporučení a výstupy pro diagnostiku ADHD a diagnostický proces v TK shrnují následující zjištění. Aplikace diagnostických nástrojů, které jsou aktuální vzhledem ke klinické praxi a diagnostickým kritériím; preference nástroje standardizovaného a klinicky využívaného. Přizpůsobení diagnostického procesu cílové populaci a specifickým potřebám a rizikům diagnostiky; zejména zohlednění diagnostického procesu ADHD při vstupu do TK a zároveň v procesu léčby opakovaně, nejen ke konfirmaci diagnostiky. Aplikace diagnostického nástroje s ohledem na dostačující dobu abstinence (první rozhovor či sebehodnocení až po abstinenci v chráněném prostředí; zhodnotit absenci odvykacího stavu a celkového stavu; doba minimálně šesti týdnů až dva měsíce); zohlednit diferenciální diagnostiku ke konfirmaci ADHD. Zařazení otázky na přítomnost diagnózy ADHD/LMD či poruch chování, nálady a učení do vstupního vyšetření klienta. Sledovat vývoj klienta v léčbě a opakovat diagnostický proces u suspektních osob a tam, kde “běžné diagnózy” komorbidit k SUD “nesedí”. Využití času v procesu léčby k opakovanému diagnostickému zhodnocení klienta a potvrzení diagnózy vzhledem k rizikům překrývání symptomatologie pozdní abstinence psychopatologií, reziduálními zbytky abúzu návykových látek a to zejména stimulancii. Znalosti odborného personálu o vysokém výskytu jiných doprovodných komorbidit k ADHD se SUD a schopnost jejich odlišení od primárního problému (ADHD). Využívání širšího prostředí klienta ke konfirmaci diagnózy ADHD jako zdroje k triangulaci získaných dat apod.

Doporučení a výstupy vzhledem k potřebám a komplikacím ADHD klientů v léčbě shrnují následující zjištění. Pro proces léčby v TK z hlediska komplikací a specifických potřeb u osob s ADHD je zásadní provedení vysoce kvalitní diferenciální diagnostiky samotného ADHD a jiných komorbidních poruch k ADHD samotnému či k SUD. 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. Nevyčleňovat osoby s ADHD z kolektivu (vysoká míra individualizace léčby), nezvyšovat míru jejich stigmatizace a ani nesměřovat k omlouvání jejich potíží nabídkou vyšší míry individuálního přístupu. Přijmout komplikace osob s ADHD jako možnost skupinového řešení, které se dají zvládat na komunitní úrovni a mají vysoký potenciál pro růst všech členů komunity. 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.

Zásadní pro oblast genderového pohledu a proces léčby vzhledem ke komplikacím a specifickým potřebám osob s ADHD zohledňují následující doporučení a výstupy. 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 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. 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. 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.

Doporučení a výstupy vzhledem k motivaci osob s ADHD v léčbě shrnují následující informace. 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, Tato 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. 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. Profil klientů s ADHD při vstupu do léčby ukazuje vysokou míru obtíží; 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...). Průběžné sledování stavu motivace a práce s motivací by mělo být standardní ve všech

případech klientů se SUD 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 zvládání jejich deficitů v procesu léčby. Neméně důležité se ukazuje, že nejsou aplikovány 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.

Doporučení a výstupy pro léčebné a re/habilitační přístupy u osob s ADHD ukazují, že léčba a terapie osob s ADHD v TK by měla respektovat principy integrované léčby dvojitým ohniskem. 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. 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...). 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 zvládání symptomatologie vlastními mechanismy; 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; zároveň by neměla být jediným způsobem zvládání 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. Rehabilitace osob s ADHD v prostředí TK by měla zohledňovat možnost obnovení vlastních schopností, dovedností a postojů ke zvládání nového životního stylu; stejně tak by měla být (ne-li zásadněji) zohledněna rehabilitace osob s ADHD v TK a jejich učení se zcela novým dovednostem, postojům a strategiím zvládání obtíží vlastního života a deficitních oblastí. Rehabilitace by se měla týkat získání nových dovedností a schopností ke zvládání symptomatologie potíží klienta s ADHD. Získání nového či obnovení starého a funkčního by mělo být prvotně zahájeno v prostředí TK a následně upevňováno s dopomocí složek adiktologického kontinua v rámci běžného nechráněného sociálního prostředí.

## 4 DISKUZE

Hlavním cílem 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. K dosažení tohoto cíle byly provedeny přehledy čtyř 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 věnovaly 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 pro 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 sebeposuzovací 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; Wilens et al., 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 potvrzení 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. přinesla 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% z 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, Humphreys, Flory, Liu & Glass, 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 (2020), zkoumaný vzorek klientů byl vysoce zatížen 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.

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, zvládnání úkolů v jednotlivých fázích léčby a jako jediná podkategorie vykazují velmi časnou 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 důsledek sociologických postmoderních změn (Giddens & Sutton, 2001).

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 zhoršení situace dané osoby (Barkley, 2014). Za rizikové, vzhledem k léčbě v TK, lze považovat množství přídatných 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.

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, Luborsky, Woody, O'Brien & Druley, 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.); souhrnně jsou popsána 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 specifickou zkoumané populace na symptomatologii ADHD a možný vliv pozdní abstinenci psychopatologie na diagnostický proces. Jak bylo popsáno, existuje riziko zkreslení diagnostiky na základě vlivu reziduí zejména metamfetaminu. Z těchto důvodů je primárním doporučením začátek diagnostického procesu až minimálně 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 konfirmaci 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 podpurnými 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 klinickou odbornou praxí. Omezení pro Study II. a III. zároveň vycházejí z 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 škole 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, Brown & Hendricks, 2020) a i v případě klientů u TC (Malivert, Fatséas, Denis, Langlois & Auriacombe, 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 konfirmace 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.

## 5 ZÁVĚRY

Účelem disertační práce bylo podat 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 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 č. 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 potvrzení 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 těchto 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 uklidnění myšlenek, práce s negativními myšlenkami...).

Pokud jde o uvedená zjištění, další výzkum by mohl sledovat nejen vývoj motivace v delším časovém úseku, ale i potvrzení 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.

## POUŽITÉ PUBLIKAČNÍ ZDROJE

- 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.
- 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.
- APA – American Psychiatric Association (2006). *Practice guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (Ed.). (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*, 3rd ed. New York, NY, US: Guilford Press.
- Boleloucký, Z., Plevová, J., & Smulevič, A. B. (1993). *Hraniční stavy v psychiatrii* [Borderline states in psychiatry]. Prague: Grada Avicenum.
- Bukstein, O. G., & Roberto, A. (2018). Moodiness in Patients with ADHD and Substance Use Disorders. In *Moodiness in ADHD* (pp. 145-159). Cham: Springer.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D., & Epstein, J. N. (1998). Revision and restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of abnormal child psychology*, 26(4), 279-291.
- 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.
- Daigre, C., Roncero, C., Grau- López, L., Martínez- Luna, N., Prat, G., Valero, S., ... & Casas, M. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder in cocaine- dependent adults: A psychiatric comorbidity analysis. *The American journal on addictions*, 22(5), 466-473.
- De Leon, G. (2010). Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says. *Therapeutic communities*, 31(2), 104.
- 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.



- 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.
- De Leon, G., Wexler, H. (2009). The Therapeutic Community for Addictions: An Evolving Knowledge Base. *Journal of Drug Issues*, 39 (1): 167-177.
- Derogatis, L. R. (1977). The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90. Baltimore, MD: *Clinical Psychometric Research*.
- Drtílková, I. (2007). Farmakologická léčba hyperkinetické poruchy. In: Drtílková, I., Šerý, O. et al., (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.
- Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (2004): *Co-morbidity. Selected issue in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: EMCDDA.
- 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.
- Erikson, E. (1967). Eight ages of man. *Klassiekers van de kinder-en jeugdpsychiatrie II*, 258.
- Fattore, L., Melis, M., Fadda, P., Fratta, W. (2014). Sex differences in addictive disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology* 35 (2014): 272–284.
- 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.
- Ferrer, M., Andión, Ó., Matalí, 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.
- Foltová, L. (2010). Posouzení životní situace adolescentů s psychickými poruchami. *Diplomová práce*. Brno: FSS MU. Katedra sociální politiky a sociální práce.
- 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.
- 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.

- Gershon, J., & Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5, 143–154.
- Giddens, A., & Sutton, P. W. (2001). *Sociology* (4th edn). Cambridge: Polity.
- 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.
- 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.
- 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
- 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.
- 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.
- Kalbag, A. S., & Levin, F. R. (2005). Adult ADHD and substance abuse: diagnostic and treatment issues. *Substance use & misuse*, 40(13-14), 1955-1981.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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](http://www.ukaan.org/clinicians_resource.htm).
- 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.
- 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 sukses*. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- 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.
- 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.
- Lenth, R. (2018). emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=emmeans>.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Miller, W. R., & Johnson, W. R. (2008). A natural language screening measure for motivation to change. *Addictive Behaviors*, 33(9), 1177-1182.

- 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.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- 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.
- Miovský, M., Lukavská, K., Rubášová, E., Šťastná, L., Šefrānek, 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.
- 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.
- 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>.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Paclt, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a.s.

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

R Core Team (2018). *R: A Language and environment for statistical computing*. [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/>.

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.

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.

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.

Rubášová, E., Kalina, K., Mioviský, 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).

Rubášová, E., Lukavská, K., & Mioviský, 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.

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.

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.

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.

Singmann, H. (2018). *afex: Analysis of Factorial Experiments*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=afex>.

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.

- 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.
- 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.
- TCC: Therapeutic community curriculum Trainers manual (2006). Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Administration. *SAMHSANews* 13(3). 525 Washington, DC: Author.
- The jamovi project (2019). *jamovi. (Version 1.0)* [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- 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.
- 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.
- 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](http://www.unodc.org) .
- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- Ward, M. F., Wender, P. H., & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: a aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 885-890.
- 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.
- 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.
- Wilens, T. E. (2007). ADHD: prevalence, diagnosis, and issues of comorbidity. *CNS spectrums*, 12(S6), 1-5.
- 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.
- 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.
- 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.
- Yates, R. (2010). Recovery we can afford: An analysis of a sample of comparative, cost-based studies. *Therapeutic Communities*, 31(2), 145-156.
- Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 809-816.
- 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].

### **Seznam publikací doktoranda v tomto uspořádání:**

#### 1. publikace *in extenso*, které jsou podkladem disertace

##### a) s impact factorem (uvést hodnotu IF)

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. (IF: 2,060)

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. (IF:2,200)

##### b) bez IF

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.

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. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 111(5).

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.

#### 2. publikace *in extenso* bez vztahu k tématu disertace

##### a) bez IF

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.