

# The Effects of ADHD on Particular Psychological Functions and Life Skills among Clients Undergoing Addiction Treatment in Therapeutic Communities

## *Vliv ADHD na vybrané psychické funkce a na životní dovednosti u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách*



MIOVSKÝ, M., ČABLOVÁ, L., KALINA, K.

Department of Addictology, 1<sup>st</sup> Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic

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

**SUMMARY:** Therapeutic communities are specialised residential facilities with an informal and open atmosphere that focus on abstinence-oriented treatment and social rehabilitation. The symptoms or residues of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adulthood not only pose difficulties in the individual's personal, professional, and social life, but they are also a major complicating factor for addiction treatment in therapeutic communities. The range of symptoms directly associated with ADHD (i.e. attention deficit in the presence of impulsivity, chronic restlessness, understimulation, disorganised behaviour, disorders of affect control and emotional lability, moodiness, low hardiness, sensation seeking, inefficient coping with emotions and stress or problems in interpersonal relationships, communication, and social skills) are likely to affect clients throughout the treatment process. ADHD may have a strongly negative effect on compliance with the treatment and its outcomes. In addition, individuals with ADHD may show a different behavioural performance and generally impaired adaptation mechanisms and social skills. Such symptoms may result in their higher

**SOUHRN:** Terapeutická komunita je specializované rezidenční zařízení s neformální a otevřenou atmosférou zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. Výskyt symptomů případně reziduí poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder) v dospělosti představuje obtíže nejen v osobním, profesním a obecně sociálním životě jedinců, ale také zásadní komplikace právě pro léčbu závislosti v terapeutické komunitě. Lze předpokládat, že soubor symptomů přímo spojených s diagnózou ADHD (tj. především porucha pozornosti v kombinaci s impulzivitou, chronický neklid, nedostatečná stimulace, dezorganizované chování, poruchy kontroly afektu a emoční labilita, náladovost, nízká odolnost, vyhledávání vzrušení, horší zvládnutí emocí a stresu či problémy v oblasti mezilidských vztahů, komunikace a sociálních dovedností) se negativně projevuje u klientů nastupujících do léčby i v jejím průběhu. ADHD může mít významný negativní vliv na jejich zvládnutí léčby a profit z ní, někteří se mohou odlišovat též dalšími behaviorálními projevy a obecně zhoršenými adaptačními mechanismy a sociálními dovednostmi. Uvedené

**Submitted:** 6 / MAY / 2013

**Accepted:** 21 / JUNE / 2013

**Grant support:** Supported by the support programme for research institutions, PRVOUK No. P26/LF1/4.

**Address for correspondence:** Prof. Michal Miovský, PhD. / [mmiovsky@adiktologie.cz](mailto:mmiovsky@adiktologie.cz) / Department of Addictology, 1<sup>st</sup> Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

attrition rate (drop-out) and a higher frequency of their involvement in conflicts. There is evidence that timely diagnosis and appropriate treatment could have a positive impact on treatment outcomes, including a better quality of life for the patients and significant saving of funds invested in this segment of treatment services. Further research should primarily examine whether there is a relationship between ADHD among adult patients undergoing drug treatment in a therapeutic community and specific deficits in their cognitive and executive functioning that affect the course and outcome of their treatment, as well as impairing their adaptability.

**KEY WORDS:** ADHD (ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER) – THERAPEUTIC COMMUNITY – PSYCHOLOGICAL FUNCTIONING – LIFE SKILLS – DIAGNOSIS – TREATMENT PROCESS AND OUTCOME

## ● 1 INTRODUCTION: ADHD FROM THE EPIDEMIOLOGICAL PERSPECTIVE

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a lifelong developmental disorder that leads to cognitive, social, and emotional impairments (Kessler et al., 2009). The prevalence of ADHD in adulthood is estimated at about 4–5%. Currently, DSM-IV states three main subtypes of ADHD according to the predominant impairment of the relevant functions: the predominantly inattentive type, the predominantly hyperactive-impulsive type, and the combined type, which is the most common and involves the greatest functional impairment (Wilens & Dodson, 2004). Core symptoms include attention deficit in the presence of impulsivity, chronic restlessness, understimulation, disorganised behaviour, disorders of affect control, and emotional lability. The extent of the psychosocial impairment depends on the severity of the symptoms and psychiatric comorbidity (such as addiction or depression).

The World Mental Health Survey Initiative (2007) estimated the global prevalence as 3.5% on average (de Graaf, 2008). As in childhood, ADHD in adulthood is also an important clinical diagnosis and it has become an increasing focus, especially for child psychologists and psychiatrists (Phillipsen et al., 2008). In some cases, the symptoms do not diminish during childhood and persist into adulthood (Parrott et al., 2012). In adulthood the occurrence of ADHD has a negative impact on the patient's personal and social life: its symptoms include moodiness, low hardiness, sensation seeking, inefficient coping with emotions and stress, or problems in interpersonal relationships, communication, and social skills. All these factors can affect the quality of life of the patients. Moreover, these symptoms may dramat-

symptomy mohou mít za následek také vyšší procento předčasných vypadnutí z programu (drop-out), vyšší koncentraci konfliktů atd. Přítomná časná diagnostika a správně nasazená a aplikovaná léčba by v budoucnu mohly významně ovlivnit pozitivní výsledek léčby a vést tak k dosažení vyšší kvality života a úspore značných finančních prostředků investovaných do tohoto segmentu léčby. Cílem dalšího výzkumu by mělo být především ověření souvislosti mezi ADHD u dospělých pacientů léčících se ze závislosti na návykových látkách v TK, specifickými deficity kognitivních a exekutivních funkcí a jejich dopadu na průběh a výsledek léčby a zhoršenou schopnost adaptability.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** ADHD (ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER) – TERAPEUTICKÁ KOMUNITA – PSYCHICKÉ FUNKCE – ŽIVOTNÍ DOVEDNOSTI – DIAGNOSTIKA – PRŮBĚH A VÝSLEDEK LÉČBY

## ● 1 ÚVOD: ADHD Z EPIDEMIOLOGICKÉHO HLEDISKA

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je celoživotní vývojová porucha vedoucí ke kognitivním, sociálním a emočním deficitům (Kessler et al., 2009). Odhadovaná míra prevalence ADHD v dospělosti činí 4–5 %. Aktuální DSM-IV uvádí podle převahy postižení jednotlivých funkcí (nepozornost, hyperaktivita, impulzivita) základní subtypy ADHD. Typ s převažující nepozorností, typ s převažující hyperaktivitou a impulzivitou a typ smíšený, který je nejčastější a přináší nejvýraznější narušení funkčnosti (Wilens & Dodson, 2004). Mezi hlavní příznaky patří porucha pozornosti v kombinaci s impulzivitou, chronický neklid, nedostatečná stimulace, dezorganizované chování, poruchy kontroly afektu a emoční labilita. Rozsah psychosociálního postižení závisí na intenzitě symptomů a psychiatrické komorbiditě (např. závislosti, depresi apod.).

Na základě šetření provedeného v rámci projektu World Mental Health Survey Initiative (2007) se celosvětová prevalence ADHD odhaduje na průměrných 3,5 % (de Graaf, 2008). Stejně jako v dětství je ADHD i v dospělosti významnou klinickou diagnózou a stále více se dostává do popředí zájmu zejména dětských psychologů a psychiatrů (Phillipsen et al., 2008). V některých případech symptomy v dětství nevyzimí a přetrvávají do dospělosti (Parrott et al., 2012). Výskyt ADHD v dospělém věku má negativní dopad na osobní a sociální život – jeho projevy zahrnují náladovost, nízkou odolnost, vyhledávání vzrušení, horší zvládnání intenzivních emocí a stresu nebo problémy v oblasti mezilidských vztahů, komunikace a sociálních dovedností. Všechny tyto faktory mohou mít vliv na kvalitu života pacientů. Tyto symptomy přitom mohou zásadním způsobem

ically impair patients' capacities and abilities to comply with and benefit appropriately from the treatment model offered by therapeutic communities for addicts.

Although the disorder has a prevalence of 3–9% in the general childhood population and 1–5% in the general adult population, it affects between 11 and 35% of „substance-abusing“ adults, often complicating the treatment response (Kalbag & Levin, 2005). Drtílková et al. (2007) suggest that ADHD is present in about 30–50% of adults who had the disorder as children; the problem of psychopathology being transferred into less pronounced symptoms (the persistence of attention and impulsivity disorders with the remission of hyperactivity as the main symptom) often leads to a false diagnosis or to the symptoms being overlooked. Research consistently shows that adults with ADHD report higher levels of stress, anxiety, and mood problems than adults without ADHD (Hirvikoski et al., 2009; Lackschewitz et al., 2008). Taanila et al. (2009) reported an association between ADHD symptoms and psychosocial factors and well-being. The most recent studies found that young persons with ADHD symptoms were vulnerable to smoking and using alcohol and illicit drugs, possibly as a means of self-medication, and emphasise a need for early identification and treatment to reduce the risk of escalation (Gudjonsson et al., 2012).

The purpose of this review article is to provoke a discussion about ADHD in adult clients of therapeutic communities and present the phenomenon from the clinical perspective and in terms of its comorbidities and the state-of-the-art knowledge of the methods for its valid assessment and differential diagnosis. The final section of the article discusses the possible and desirable ways of exploring this issue further, including the intention of conducting a randomised control trial in order to test the hypothesis of this diagnosis influencing the course and outcome of the treatment of clients in therapeutic communities.

## ● 2 COMORBIDITY WITH ADDICTION

While comorbidity should be dealt with comprehensively in terms of addictology (i.e. inclusive of somatic comorbidities such as those associated with the route of drug administration or malnutrition), in this text we will focus our attention more specifically on the domain of psychiatric comorbidities, which is defined as the occurrence of two or more symptoms or psychological disorders in an individual (Williams & Cohen, 2000; WHO, 2004). In general, at least two groups of comorbid substance users are distinguished. One comprises the mentally ill and the other consists of patients characterised by drug use and drug dependence. However, research has not resolved the question (although it is much debated) of causality, i.e. whether mental illness may increase the probability of the development of dependence on addictive substances or, on the contrary, whether substance

ovlivnit schopnost a možnosti pacienta adekvátně se adaptovat a zvládnout a přiměřeně profitovat z léčebného modelu v terapeutické komunitě pro závislé.

Přestože prevalence této poruchy je 3–9 % v obecné dětské populaci a 1–5 % v obecné dospělé populaci, postihuje 11 až 35 % dospělých, kteří „zneužívají návykové látky“, a často také komplikuje léčebnou odezvu (Kalbag & Levin, 2005). Drtílková et al. (2007) uvádějí, že ADHD je přítomen pouze u 30–50 % dospělých, kteří měli tuto poruchu v dětství – problém transformace psychopatologie do méně nápadnějších symptomů (porucha pozornosti a impulzivita při ústupu primárního symptomu – hyperaktivity) často vede k chybné diagnostice či k přehlédnutí symptomů. Z výsledků výzkumu jednoznačně vyplývá, že dospělí s ADHD vykazují vyšší míru stresu, úzkosti a náladovosti než dospělí bez ADHD (Hirvikoski et al., 2009; Lackschewitz et al., 2008). Taanila et al. (2009) poukazují na souvislost mezi symptomy ADHD a psychosociálními faktory a duševní pohodou (well-being). Výsledky nejnovějších studií pak vypovídají o tom, že mladí lidé se symptomy ADHD jsou náchylnější ke kouření a užívání alkoholu a nelegálních drog jako možnému způsobu sebemedikace, což upozorňuje na potřebu časného odhalení a terapeutického řešení takového chování, aby se předešlo jeho eskalaci (Gudjonsson et al., 2012).

Cílem přehledového článku je otevřít diskusi o fenoménu ADHD u dospělých klientů TK a představit jej z klinické perspektivy, perspektivy komorbidit a našich dnešních poznatků o možnosti jeho validní diagnostiky a diferenciatní diagnostiky. V poslední části článku se pak autoři věnují návrhu dalšího možného a žádoucího směru zájmu o toto téma, včetně záměru realizace randomizované kontrolní studie za účelem otestování hypotézy vlivu této diagnózy na průběh a výsledek léčby klientů TK.

## ● 2 KOMORBIDITA SE ZÁVISLOSTÍ

Ačkoli je v kontextu oboru adiktologie třeba pojímat komorbiditu komplexně (tj. včetně somatických komorbidit spojených např. se způsobem aplikace drogy, malnutricí atd.), v kontextu textu se úžeji zaměřujeme pouze na oblast tzv. psychiatrické komorbidity, která je definována jako výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince (Williams, Cohen, 2000; WHO, 2004). Obecně rozlišujeme minimálně dvě skupiny komorbidních uživatelů návykových látek. První skupinu tvoří psychiatricky nemocní lidé a druhou skupinu pacienti, pro které je charakteristické užívání drog a drogová závislost. Prozatím však zůstává výzkumně neuzavřená (a intenzívně diskutovaná) kauzalita, tedy, zda psychická nemoc může zvýšit pravděpodobnost vzniku závislosti na návykových látkách, nebo naopak, zda závislost zvyšuje riziko vzniku psychických problémů, případně také, zda psychická nemoc a závislost na drogách jsou vyjádřením jedné základní příčiny (Commonwealth Department of Health and Aging, 2003) – ačkoli je to právě

dependence may increase the risk of psychological problems, or whether mental illness and drug dependence are the manifestations of a single underlying cause (Commonwealth Department of Health and Aging, 2003). This is a crucial issue with respect to ADHD, and the etiological correlations (see above) are the subject of further research. In practice, it is sometimes underestimated that complications, poor treatment compliance, and communication problems during treatment may often be due to the psychiatric comorbidities of addiction patients. It should be noted, though, that the relationship between a psychiatric condition and drug use has been investigated by a number of foreign long-term epidemiological studies (e.g. early work by Jenkins et al., 1997) that employed a variety of research methodologies ranging from conventional investigations to controlled laboratory studies. In Europe, 30–50% of psychiatric patients are estimated to suffer from mental illnesses while concurrently using addictive substances, mainly alcohol, sedatives, and cannabis (EMCDDA, 2004). In their relatively very conservative study dealing with comorbidities among drug users in treatment, Weaver et al. (2002) found that a total of 30.9% of the psychiatric patients in the study reported drug use in the past year. The most frequent drug was cannabis (25.2%), with 14.5% of the patients using marijuana only. Polydrug use was reported by 12.8% of the patients. 16.7% of the patients were diagnosed as dependent on one or multiple substances. A total of 25.2% of the patients reported harmful alcohol use. The authors summarised that a total of 44% of the patients had reported problem drug use and/or had been diagnosed with harmful alcohol use in the past year. Parrott et al. (2012) found that moderate polydrug users reported significantly higher adult ADHD symptoms, psychiatric symptoms, and lower sociability than non-user controls and light polydrug users. Novice/light polydrug users did not differ from the control groups on any measure. Another epidemiological survey (Grant et al., 2004) carried out among the US population found that 28.6% of current alcohol users had a personality disorder meeting the DSM-IV criteria. There appears to be a relationship between alcohol use disorders on the one hand and anxiety disorders, depression, and disorders caused by the use of other psychoactive substances on the other hand (see, for example, Raimo & Schuckit, 1998).

Adult attention deficit hyperactivity disorders and substance use disorders are frequent psychiatric disorders with a high individual and social relevance (Fallgatter & Jacob, 2009). Wilens et al. (1997) hypothesised that ADHD and psychiatric comorbidity could be risk factors for early onset psychoactive substance use disorders. The authors compared 120 referred adults with a clinical diagnosis of childhood-onset ADHD with 268 non-ADHD adults. The results showed that ADHD was associated with earlier-onset psychoactive substance use disorders, independently of

např. v kontextu ADHD zásadní otázka a v etiologické souvislosti (viz předchozí část textu) jsou kauzality výzkumně prověřovány. V praxi je současně někdy podceňován fakt, že za komplikacemi, slabou léčebnou kompliancí a komunikačními problémy v průběhu léčby stojí v mnoha případech právě psychiatrické komorbiditidy adiktologických pacientů. Přitom vztah mezi psychiatrickým onemocněním a užíváním drog zkoumala řada dlouhodobých epidemiologických zahraničních studií (např. starší práce Jenkins et al., 1997), které využívají nejrůznějších výzkumných metodologií, od klasického zkoumání po kontrolované laboratorní studie. V Evropě se odhaduje, že 30–50 % psychiatrických pacientů současně trpí duševním onemocněním a užívá návykové látky, zejména alkohol, sedativa a konopné látky (EMCDDA, 2004). V poměrně velmi konzervativně provedené studii zabývající se komorbiditou u léčených uživatelů drog, kterou provedli Weaver et al. (2002), se ukázalo, že celkem 30,9 % psychiatricky léčených pacientů uvedlo problémy s užíváním drog v posledním roce. Nejčastěji se jednalo o konopné drogy (25,2 %), 14,5 % pacientů užívalo pouze marihuanu. Polymorfní užívání uvedlo 12,8 % pacientů. U 16,7 % pacientů byla diagnostikována závislost na jedné nebo více látkách. Celkem 25,2 % pacientů uvedlo škodlivé užívání alkoholu. Autoři shrnují, že celkem 44 % pacientů uvedlo problémové užívání drog a/nebo u nich bylo diagnostikováno škodlivé užívání alkoholu v posledním roce. Parrott et al. (2012) zjistili, že středně intenzivní polymorfni uživatelé návykových látek uváděli významně vyšší hodnoty symptomů ADHD v dospělosti, psychiatrické symptomy a nižší sociabilitu než kontrolní skupina sestávající z osob, které drogy neužívaly, a než málo intenzivní polymorfni uživatelé drog. Začínající/málo intenzivní polymorfni uživatelé drog se od kontrolních skupin neodlišovali v žádném parametru. Další epidemiologická studie autorů Granta et al. (2004) provedená mezi obyvateli USA zjistila, že 28,6 % současných uživatelů alkoholu trpí poruchou osobnosti podle kritérií DSM-IV. Ukazuje se existence vztahu mezi poruchami způsobenými užíváním alkoholu a úzkostnými poruchami, depresí a dalšími poruchami způsobenými užíváním jiných psychoaktivních látek (např. Raimo, Schuckit, 1998).

Poruchy pozornosti s hyperaktivitou u dospělých v kombinaci s poruchami z užívání návykových látek jsou častými psychiatrickými poruchami s výraznými individuálními i sociálními dopady (Fallgatter & Jacob, 2009). Wilens et al. (1997) přišli s hypotézou, že ADHD a psychiatrická komorbidita působí jako rizikový faktor z hlediska rozvoje poruch z užívání psychoaktivních látek v mladém věku. Tito autoři porovnávali 120 dospělých pacientů s klinickou diagnózou ADHD s nástupem v dětství s 268 dospělými jedinci bez ADHD. Výsledky ukázaly, že ADHD bylo asociováno s ranějším nástupem poruch z užívání psychoaktivních látek nezávisle na psychiatrické komorbiditě. Kessler



psychiatric comorbidity. Kessler et al. (2006) found that adults with ADHD had a three times greater risk of a substance abuse disorder when compared to those without ADHD. Developmentally, faulty learning processes or attempts to self-medicate dysfunctional behaviour may contribute to the pathogenesis of substance use disorders. Because ADHD can be identified prior to the peak onset of substance use, effective treatment of this common disorder may reduce the development of substance use disorders. Adult ADHD may also contribute to the development and maintenance of substance use disorders (Wilson & Levin, 2001).

Significantly, the prevalence rate for comorbid substance use disorder in adult ADHD patients is as high as 50% (Davids & Gatspar, 2003; Sizoo et al., 2010). There is a strong relationship between ADHD symptoms and substance use (Gudjonsson et al., 2012; Young et al., 2011). ADHD in childhood is associated with nicotine use in adolescence and alcohol and drug disorders in adulthood (Charach, Yeung, Climans & Lillie, 2011). Specific learning disorders, e.g. dyslexia, are also considered, as they are frequently found among substance users, and in about 40% of cases they are connected to ADHD (Yates, 2005; Paclt & al., 2007). An issue of concern in terms of neuropsychological disorders is the risk of the development of a vulnerable personality prone to substance use as a result of neuropsychological retardation and a higher frequency of stressful life situations that influence the individual's vulnerability (Malá, 2006).

Sullivan & Rudnik-Levin (2001) considered patterns of association between attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. They found that nicotine dependence is also substantially more common among adults with ADHD (40%) than in the general population (26%). While several classes of common substances of abuse may alleviate various symptoms of ADHD, individuals with ADHD may also be vulnerable to substance use because of poor judgment or impulsive behaviour in social settings. The presence of ADHD may affect the course of adolescent substance abuse in several ways: predicting an earlier age of onset, a longer duration of substance use disorder, and progression from alcohol abuse to another drug use disorder. Individuals with ADHD have been noted as having a shorter interval between the onsets of drug abuse and drug dependence. Such individuals are also at greater risk of treatment failure, as their disruptive behaviours interfere with their access and response to treatment.

The occurrence of ADHD symptoms may predict the use of substances because they are frequently associated with comorbid disorders, such as anxiety, depression, emotional lability, conduct disorder, or oppositional defiant disorder (Skirrow et al., 2009). All the above symptoms can encourage young people with ADHD to self-medicate by the

et al. (2006) zjistili, že dospělí s ADHD vykazovali trojnásobně vyšší riziko poruchy z užívání návykových látek než dospělí bez ADHD. Z vývojového hlediska mohou k patogenезi poruch z užívání návykových látek přispívat nesprávné procesy učení nebo pokusy o sebemedikaci v podobě dysfunkčního chování. ADHD lze zjistit ještě před vyvrcholením nástupu užívání návykových látek, a proto je možné účinnou léčbou této běžné poruchy minimalizovat rozvoj poruch z užívání návykových látek. Také ADHD v dospělosti může přispívat k rozvoji a přetrvávání poruch z užívání návykových látek (Wilson & Levin, 2001).

Míra prevalence komorbidních poruch z užívání návykových látek přitom u dospělých pacientů s ADHD dosahuje až 50 % (Davids & Gatspar, 2003; Sizoo et al., 2010). Mezi symptomy ADHD a užíváním návykových látek existuje výrazná souvislost (Gudjonsson et al., 2012; Young et al., 2011). ADHD v dětství je asociováno s užíváním nikotinu v dospívání a poruchami z užívání alkoholu a drog v dospělosti (Charach, Yeung, Climans & Lillie, 2011). V této souvislosti se také hovoří o specifických poruchách učení, např. dyslexii, neboť ty se často vyskytují u uživatelů návykových látek, přičemž v přibližně 40 % se pojí s ADHD (Yates, 2005; Paclt & al., 2007). Závažnou problematiku v kontextu neuropsychologických poruch představuje riziko vytvoření zranitelné osobnosti s predispozicí ke zneužívání návykových látek z důvodu neuropsychického opoždění a zvýšené četnosti zátěžových životních situací, které ovlivňují vulnabilitu jedince (Malá, 2006).

Sullivan & Rudnik-Levin (2001) zkoumali různé vzorce souvislosti mezi poruchou pozornosti s hyperaktivitou a poruchami z užívání návykových látek. Zjistili, že i závislost na nikotinu je u dospělých s ADHD podstatně častější (40 %) než v obecné populaci (26 %). Přestože některé skupiny běžně zneužívaných návykových látek mohou mírnit různé symptomy ADHD, jedinci s ADHD mohou rovněž vykazovat náchylnost k užívání návykových látek z důvodu jejich horšího úsudku nebo impulzivního chování v sociálních prostředích. U dospívajících může přítomnost ADHD znamenat průběh užívání návykových látek několika způsoby: může predikovat nižší věk prvního kontaktu s drogou, delší trvání poruchy z užívání návykových látek a progresi užívání alkoholu k jiné poruše z užívání drog. U osob s ADHD byl zaznamenán kratší interval mezi zahájením drogové kariéry a rozvojem drogové závislosti. U těchto jedinců hrozí rovněž vyšší riziko neúspěšné léčby, neboť jejich disruptivní chování má negativní vliv na přístup k léčbě a její úspěšný výsledek.

Výskyt symptomů ADHD může predikovat užívání návykových látek, protože se často pojí s úzkostí, depresí, emoční labilitou, poruchou chování, poruchou opozičního vzoru apod. (Skirrow et al., 2009). Všechny výše uvedené symptomy mohou v mladých lidech s ADHD vyvolat potřebu sebemedikace v podobě užívání návykových látek jako

use of substances to help regulate their mood and feelings of restlessness (Wilens & Biederman, 2006), need for stimulation, social pressure, or distress associated with ADHD symptoms (Galéra et al., 2008; Gudjonsson et al., 2012). NIDA (2008) notes the lack of research evidence on ADHD and substance use and suggests that more attention should be focused on drug abuse programmes, including screening and, in the event of need, treatment.

### ● 3 ADHD IN THE CONTEXT OF THERAPEUTIC COMMUNITIES FOR ADDICTS

ADHD symptoms, or their residues, manifested in adulthood not only pose difficulties in the patient's personal, professional, and social life, but they are also major complicating factors for addiction treatment in therapeutic communities. Therapeutic communities are specialised residential facilities with an informal and open atmosphere that focus on abstinence-oriented treatment and social rehabilitation (Kalina, 2008). They provide medium- and long-term professional care lasting for 6–18 months. The current model of therapeutic communities is described by De Leon (2000) as a residential treatment programme that makes purposeful use of a peer group to facilitate social and psychosocial changes in the behaviour of individuals. This factor may play a particularly significant role in treatment compliance and outcomes among ADHD patients with impaired cognitive functions, different behavioural performance, and generally deteriorated adaptation mechanisms and social skills. The high number of failed treatment episodes among this group of patients may well be attributable to their early termination (dropping out) of the programme, a higher concentration of conflicts, and a range of other factors. It is these assumptions that need to be tested and corroborated by further research that takes the form of rigorous randomised trials. Should such assumptions be confirmed, timely diagnosis and appropriate treatment could have a positive impact on treatment outcomes in the future, including an improvement in the patients' quality of life and significant saving of funds invested in this segment of treatment services. For example, the annual costs of this type of treatment in the Czech Republic are estimated at CZK 54 million, i.e. approximately over EUR 2 million provided from the Czech national budget (Mravčík et al., 2012).

Gibbons et al. (2002) suggest that a therapeutic community can be viewed as a social and organisational model, as well as a treatment method. The main goal of the treatment is to promote the clients' personal growth and teach them how to lead a drug-free life (Radimecký, 2006). Treatment is also aimed at changing the clients' patterns of self-destructive thinking and behaviour, promoting the development of the clients' sense of personal responsibility, and helping the clients learn basic social, communication, and coping skills. Thus, in a therapeutic community set-

způsobu lepší regulace svých nálad a zvládnání pocíťovaného neklidu (Wilens & Biederman, 2006), naplňování potřeby stimulace a úlevy od sociálního tlaku či tísně související se symptomy ADHD (Galéra et al., 2008; Gudjonsson et al., 2012). Současně NIDA (2008) uvádí, že značná část výzkumů v oblasti ADHD a užívání drog je doposud nedostačující a navrhuje věnovat větší pozornost programům zaměřeným na problematiku užívání drog, včetně orientačních vyšetření a v případě potřeby také léčby.

### ● 3 ADHD V KONTEXTU TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ

Výskyt symptomů, případně reziduí ADHD v dospělosti může představovat obtíže nejen v osobním, profesním a obecně sociálním životě jedinců, ale také zásadní komplikace právě pro léčbu závislosti v terapeutické komunitě. Terapeutická komunita je specializované rezidenční zařízení s neformální a otevřenou atmosférou zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci (Kalina, 2008). Poskytuje se zde střednědobá a dlouhodobá odborná péče v rozsahu 6–18 měsíců. De Leon (2000) popisuje současný model terapeutických komunit jako program rezidenční léčby účelně využívající skupinu vrstevníků k facilitaci sociální a psychosociální změny v chování jedince. Zejména tento faktor může hrát významnou roli ve zvládnání a profitu z léčby u pacientů s ADHD, již mají narušené kognitivní funkce, odlišné behaviorální projevy a obecně snížené adaptační mechanismy a sociální dovednosti. Předčasné vypnutí z programu (drop-out), vyšší koncentrace konfliktů a další různé konsekvence pravděpodobně mohou stát za vysokým počtem neúspěšných léčeb této skupiny pacientů. Právě tyto předpoklady je třeba následujícím výzkumem ověřit a podložit, a to na úrovni kvalitních randomizovaných studií. Lze totiž předpokládat, že v případě potvrzení tohoto předpokladu by časná diagnostika a správně nasazená a aplikovaná léčba mohly v budoucnu významně ovlivnit pozitivní výsledek léčby a vést tak k dosažení vyšší kvality života a úspoře značných finančních prostředků investovaných do tohoto segmentu léčby. Jen například, přímo v ČR jsou roční náklady této léčby odhadovány na úrovni téměř 54 milionů Kč, tj. přibližně přes 2 miliony eur ze státního rozpočtu ČR (Mravčík et al., 2012).

Gibbons et al. (2002) uvádějí, že terapeutická komunita může být chápána jako sociální a organizační model a současně jako léčebná metoda. Hlavním cílem léčby je podpořit osobní růst klientů, aby se naučili žít bez užívání drog (Radimecký, 2006). Mezi dílčí cíle léčby patří: změna vzorců sebedestruktivního myšlení a chování, učení se osobní odpovědnosti, získání základních sociálních dovedností, komunikačních dovedností a dovednosti zvládat zvýšenou psychickou zátěž, emoce a stres. V prostředí terapeutické komunity lze tedy zřetelně vidět specifické symptomy ADHD v konkrétních sociálních situacích a interakcích (ve

ting, one can clearly identify specific ADHD symptoms in concrete social situations and interactions (in relation to the staff, the house rules, or other clients). Therefore, this setting is particularly suited to subsequent psychosocial rehabilitation, as the client stays there sufficiently long (standard treatment lasts from 6 to 18 months) and there are also enough opportunities and ways (on the part of both the staff and other clients) to test the progress of an individual personality. The growth of the clients' personality will make it possible for them to maintain desirable changes in their behaviour even after they have left the sheltered environment (Kalina et al., 2003). The therapeutic process is based on the approach of group-based social learning facilitated by a therapeutic team. Therefore, it has proved useful to study and compare both professional and client perspectives, as the difference may be relevant in terms of diagnosis. While still in the therapeutic community, the clients are preparing for their future life after they have successfully completed the programme. During the final stage of their treatment, ideally, they find employment and housing and make arrangements for aftercare services in an aftercare programme, which they then attend for another year (Adameček, Richterová-Těmínová, & Kalina, 2003).

An issue to be raised and to examine at the next stage of the growing interest in ADHD is the current practice in therapeutic communities. In this respect, discussions about the initial experience with certain medications (such as olanzapine) or attempts at psychotherapeutic interventions are of interest. This relates to the concept of a "two-speed treatment", which has begun to be debated within the Czech Republic. Some facilities have included in their preparation and testing stages more sophisticated elements involving specialised training programmes (such as those making use of Cogni plus). Unfortunately, this preliminary experience has not been published or subjected to any systematic analysis or evaluation.

#### ● 4 DIAGNOSIS OF ADULT ADHD AND ITS PITFALLS

The process of diagnosing adult ADHD comprises several steps and involves a number of standardised methods that are currently available for this purpose. The first step of the diagnostic procedure should involve the assessment of the client according to ICD-10. DSM-IV defines the following diagnostic criteria for ADHD: the presence of at least 12 (out of the following 20) chronic symptoms, including: (1) a sense of underperformance; (2) difficulty in organising the details of daily activities; (3) postponing resolutions; (4) dealing with multiple tasks at a time; (5) a tendency to say things without thinking twice; (6) sensation seeking; (7) easily becoming bored and changing interests frequently; (8) being easily disturbed, distracted, and inconsistent; (9) creativity; (10) difficulty in following learnt rou-

vztahu k personálu, systému dodržování pravidel či ostatním klientům), a právě toto prostředí je proto vhodné na následnou psychosociální rehabilitaci, neboť zde klient stráví dostatečně dlouhou dobu (standardní léčba trvá 6–18 měsíců) a současně je zde přiměřené množství podnětů a způsobů (ze strany personálu i ostatních klientů) jak ověřit osobnostní progres jedince. Osobnostní růst umožní klientovi, aby si žádoucí změny chování udržel i po odchodu z chráněného prostředí (Kalina a kol., 2003). V procesu terapie se využívá především vlivu sociálního učení ve skupině a za pomoci terapeutického týmu. Proto se ukazuje jako vhodné ve výzkumu porovnat pohled terapeutický a klientský, neboť zaznamenaný rozdíl může být diagnosticky validní. Klienti, kteří jsou v dokončení programu úspěšní, se během pobytu v terapeutické komunitě připravují na další život. V ideálním případě si v poslední fázi léčby najdou zaměstnání, bydlení a domluví si následnou péči v některém z doléčovacích programů, kam docházejí další rok (Adameček, Richterová-Těmínová & Kalina, 2003).

Tématem, které v další fázi zájmu o téma ADHD bude třeba otevřít a prověřit, je dosavadní praxe v TK. V tomto kontextu jsou zajímavé první diskutované zkušenosti s některými léky (např. olanzapinem) nebo pokusy o psychoterapeutické zvládnutí. V tomto smyslu začal být v České republice diskutován též koncept modelu tzv. „dvourychlostní léčby“. V některých zařízeních se ve fázi příprav a testů objevují i pokusy více sofistikované, pokud jde o specializované tréninkové programy (např. za využití Cogni plus atd.). Bohužel zatím tyto první zkušenosti nebyly publikovány a jakkoli systematicky tříděny a hodnoceny.

#### ● 4 DIAGNOSTIKA ADHD U DOSPĚLÝCH A JEJÍ ÚSKALÍ

Proces stanovení diagnózy ADHD v dospělosti zahrnuje několik kroků a nabízí, kde je k dispozici řada standardizovaných metod k tomu přímo určených. V prvním kroku diagnostické procedury je vhodné zhodnotit stav klienta dle MKN-10. DSM-IV vymezuje pro ADHD následující diagnostická kritéria: přítomnost alespoň 12 (z následujících 20) chronických příznaků, mezi něž patří: (1) pocit, že výkon neodpovídá schopnostem, (2) neschopnost organizovat každodenní drobnosti, (3) odkládání řešení, (4) konání mnoho věcí najednou, (5) sklon říci, co jedince právě napadne, (6) tendence vyhledávat nové podněty, (7) sklon nudit se, časté střídání zájmů, (8) rychlá rozrušitelnost, ztráta pozornosti a nedůslednost, (9) kreativita, (10) problémy se zažitými postupy, (11) netrpělivost, (12) verbální a konativní impulzivita, (13) sklon trápit se nepotřebností a budoucností, (14) pocity hrozící záhuby, nebezpečí se střídají se zážitkem vzrušení z rizika, (15) poruchy nálady a deprese, (16) psychomotorický neklid, (17) sklon ke vzniku závislosti, (18) problémy se sebeúctou, (19) problémy se sebehodnocením, (20) poruchy nálady, poruchy ovládnání, různé typy zá-

tines; (11) impatience; (12) verbal and behavioural impulsivity; (13) a tendency to feel worthless and worry about the future; (14) feelings of imminent peril and danger change into excitement caused by the risk; (15) mood disorders and depression; (16) psychomotor restlessness; (17) proneness to addiction; (18) self-respect problems; (19) self-esteem problems, and (20) mood disorders, self-control disorders, and various types of addiction in the family history. At the same time, the criteria of the history of childhood ADHD symptoms must be met and the condition needs to have no other cause, i.e. it cannot be explained by another disorder (Paclt, 2002).

Weiss and Murray (2003) recommend a comprehensive procedure for diagnosing adult ADHD using the following steps:

- a/ assess the current ADHD symptoms (within the last six months) using scales for adults
- b/ establish a childhood history of ADHD
- c/ assess functional impairment at home, at work, and in relationships
- d/ obtain the patient's developmental history
- e/ obtain the patient's psychiatric history, including ruling out other psychiatric disorders as causing the symptoms or the presence of other comorbidities
- f/ obtain the patient's family psychiatric history
- g/ perform a physical examination and rule out organic causes of the symptoms

The most common standardised methods currently in use include self-report scales and questionnaires. The most recent is the Barkley Adult ADHD Rating Scale IV (Barkley, 2011). Based on the DSM-IV diagnostic criteria, this measure encompasses a childhood ADHD symptoms scale, a scale to assess current symptoms, and other-report forms intended for the client's symptoms to be rated by another person. It has norms for the population aged 18-89 years, divided into three intervals, which significantly increases its total validity and reliability. In addition to BAARS-IV, other well-established diagnostic methods include WURS – the Wender Utah Rating Scale, (Czech version: Paclt et al., 2007), the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1) (WHO, 2003), and the adapted Conners Scale (Conners, 1985; Czech version: Paclt et al., 2007).

Because of the above risks of the co-occurrence of other psychiatric symptoms and comorbidities, a good differential diagnosis should be performed. In particular, this should involve assessment for depression using, for example, BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996), memory impairments using, for example, WMS III Abbreviated (Wechsler, 2002), and attention deficits using, for example, the d2 Test of Attention (Brickenkamp & Zillmer, 2000). The most frequent comorbidities reported by foreign authors include depressive symptoms, anxiety, and personality disorders

vislostí v rodinné anamnéze. Současně je potřeba naplnit kritéria výskytu ADHD v anamnéze v dětství a stav nemá jinou příčinu, tj. není vysvětlitelný jinou poruchou (Paclt, 2002).

Weiss a Murray (2003) doporučují následující kroky jako komplexní postup ke stanovení diagnózy ADHD v dospělosti:

- a/ posouzení aktuálních symptomů ADHD (za posledních 6 měsíců) pomocí škál pro dospělé,
- b/ zjištění anamnézy ADHD v dětství,
- c/ zhodnocení funkčního postižení doma, v zaměstnání a vztazích,
- d/ stanovení vývojové anamnézy,
- e/ zjištění psychiatrické anamnézy, včetně vyloučení jiných psychiatrických poruch jako příčin symptomů nebo přítomnost dalších komorbidit,
- f/ zjištění rodinné psychiatrické anamnézy,
- g/ provedení somatického vyšetření a vyloučení organických příčin symptomů.

Ze standardizovaných metod se v současné době nejvíce používají sebeposuzovací škály a dotazníky. Nejnovější metodou je Barkley Adult ADHD Rating Scale IV (Barkley, 2011). Tento nástroj vychází z diagnostických kritérií dle DSM-IV, zahrnuje škálu na posouzení ADHD v dětství, přítomnost aktuálních symptomů a škálu pro hodnocení symptomů u klienta jinou osobou. Má vytvořeny normy pro populaci ve věku 18–89 let ve třech intervalech, což významně zvyšuje celkovou validitu a reliabilitu. V diagnostice se současně používají také další již osvědčené metody, jako jsou např. WURS-Wender Utah Rating Scale (česká verze: Paclt et al., 2007), Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1) (WHO, 2003) nebo modifikovaná škála Connersové (Conners, 1985; česká verze: Paclt et al., 2007).

Vzhledem k výše uvedeným rizikům týkajícím se výskytu dalších psychiatrických symptomů a komorbidit je potřeba provést kvalitní diferenciální diagnostiku, tj. zejména zhodnotit přítomnost deprese, např. pomocí BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996), narušení paměti např. prostřednictvím WMS III Abbreviated (Wechsler, 2002) a pozornosti např. Testem pozornosti D2 (Brickenkamp & Zillmer, 2000). Zahraniční autoři nejčastějšími komorbiditami referují o výskytu depresivních symptomů, úzkosti a poruchách osobnosti (Biederman et al., 2008; Kooij, 2012; Kernberg & Yeomans, 2013). Proto by součástí komplexního vyšetření měla být taktéž diagnostika osobnosti, např. klinickým testem MMPI-2 (Butcher et al., 2001).

Diagnostika ADHD u dospělých klientů terapeutických komunit pro závislé naráží na několik technických a ekonomických úskalí. Zřejmě největší úskalí představuje ekonomický rámeček. ADHD je samozřejmě jedním z mnoha fenoménů potenciálně limitujících léčbu a její výsledky. Jeho diagnostika a terapeutické řešení nejsou jednoduché



(Biederman et al., 2008; Kooij, 2012; Kernberg & Yeomans, 2013). Therefore, a personality assessment, using the MMPI-2 clinical measure (Butcher et al., 2001), for example, should be a part of any comprehensive examination.

The assessment of ADHD in adult clients in therapeutic communities for addicts faces several technical and economic difficulties. Perhaps the greatest challenge is the economic framework. Naturally, ADHD is one of many phenomena that may undermine treatment and its outcome. The diagnosis and therapeutic management of ADHD are not simple and place significant demands on the therapeutic communities' resources and the training of their staff. Moreover, the measures used do not always show reasonable levels of reliability, and, in fact, without combining different measures, using additional clinical examinations, and considering the client's history, the chances of performing a good differential diagnosis are very limited. It is therefore essential to undertake thorough testing of diagnostic tools and procedures in order to design a simple but reliable model providing the procedure with an algorithm and thus help reduce the cost of equipment and time. Of course, it is also a limiting element that in a significant proportion of examinations we need to draw our conclusions from often inaccurate self-reports by clients. It appears, however, that more accuracy and veracity could be achieved by integrating more sophisticated options for testing cognitive and executive functioning.

#### ● 5 DISCUSSION: EXPECTED BENEFITS OF THE PRACTICAL APPLICATION OF THE MODEL OF ADHD AS INTERACTING WITH THE PSYCHOLOGICAL FUNCTIONING OF CLIENTS OF THERAPEUTIC COMMUNITIES

Presumably, the range of symptoms which are directly associated with the ADHD diagnosis (including attention deficit in the presence of impulsivity, chronic restlessness, understimulation, disorganised behaviour, disorders of affect control, emotional lability, moodiness, low hardiness, sensation seeking, inefficient coping with emotions and stress or problems in interpersonal relationships, communication, and social skills) would have negative effects on patients entering treatment from the very beginning. Therefore, the basic model is based on the assumption that the patients diagnosed with ADHD in adulthood would differ in the above parameters from the patients without the symptoms under consideration. Given these differences, while in treatment, the former would display and experience a higher rate of problems, complications, conflicts, and other consequences that may be immediately attributed to the ADHD diagnosis. It is therefore necessary to collect evidence about any higher rate of complications associated with the ADHD symptoms. It should also be possible to confirm such data by comparing self-report questionnaires and

a zásadně zvyšují nároky na vybavení komunit a odbornou přípravu pracovníků. Používané nástroje pak často vykazují ne zcela uspokojivou míru spolehlivosti a de facto bez jejich vzájemné kombinace a rozšířeného klinického doplnění a hodnocení anamnézy je provedení kvalitní diferenciativní diagnostiky značně omezené. Jako klíčový úkol je proto možné vidět nutnost hlubšího ověření diagnostických nástrojů a procedur tak, aby bylo možné sestavit co nejjednodušší, ale přitom spolehlivý model algoritmizující celou proceduru a snižující potřebné náklady na vybavení a čas. Samozřejmě, že limitujícím prvkem je též fakt, že se ve značné části vyšetření musíme opírat o často nepřesné subjektivní výpovědi klienta. Zdá se však, že cestou by zde z hlediska zpřesnění a verifikace mohla být kombinace s více sofistikovanými možnostmi vyšetření kognitivních a exekutivních funkcí.

#### ● 5 DISKUSE: PŘEDPOKLÁDANÝ PŘÍNOS APLIKACE MODELU VLIVŮ ADHD NA PSYCHICKÉ FUNKCE KLIENTŮ TK

Lze předpokládat, že soubor symptomů přímo spojených s diagnózou ADHD (porucha pozornosti v kombinaci s impulzivitou, chronický neklid, nedostatečná stimulace, dezorganizované chování, poruchy kontroly afektu a emoční labilita, náladovost, nízká odolnost, vyhledávání vzrušení, horší zvládání emocí a stresu či problémy v oblasti mezilidských vztahů, komunikace a sociálních dovedností) by se měl negativně projevit u pacientů nastupujících do léčby od samotného začátku. Základní model tedy vychází z předpokladu, že pacienti s diagnostickým ADHD v dospělosti by se měli ve výše uvedených parametrech odlišovat od pacientů bez těchto projevů. Díky této odlišnosti by se následně měli tyto pacienti lišit též v průběhu léčby, tj. lišit se ve výskytu problémů, komplikací, konfliktů a dalších důsledků, které je možné přímo spojovat s diagnózou ADHD. Je tak nutné výzkumně ověřit významně vyšší procento komplikací majících souvislost se symptomy ADHD a to, že bude možné vzájemně tyto údaje verifikovat, pokud jde o sebeposuzující dotazníky a škály (administrováno přímo pacientům v průběhu léčby) a posuzovací dotazníky a škály (administrováno personálu TK). Předpokládáme také u skupiny pacientů s ADHD vyšší procento vypadnutí z programu (drop-out) z důvodů majících vztah k symptomům ADHD.

V uvedeném modelu je třeba zvážit i předpokládanou skupinu pacientů/klientů TK, u nichž ADHD v dospělosti není zcela klinicky průkazné, ale bylo potvrzeno nebo se pravděpodobně vyskytovalo v dětství. Mohlo vést k vytvoření neuropsychologicky i psychosociálně zranitelné osobnosti disponující k užívání návykových látek (Paclt et al., 2007). V důsledku toho se tato skupina může v některých projevech v TK podobat pacientům/klientům se zjištěnou ADHD v dospělosti a především může vykazovat obdobné komplikace v procesu a výstupech léčby. (Tabulka 1.)

**Table 1 / Tabulka 1**

The effects of ADHD on psychological functioning – theoretical model under study

*Ověřovaný teoretický model vlivu ADHD na psychické funkce*

ADHD symptoms		Negative effects on psychological functioning → reflected in patients' ability to engage with and reasonably benefit from the therapeutic community treatment programme
Impulsivity	→	Self-management
Hyperactivity	→	Sensation seeking
Attention disorder	→	Communication problems
Memory disorders	→	Quality of life, dealing with tasks, planning
Moodiness and restlessness	→	Quality of life, consistency in attitudes and relationships
Disorganised behaviour	→	Social skills
Low frustration tolerance	→	Hardiness, stress management
Emotional lability, reduced self-control	→	Hardiness, dealing with emotions, relationship problems

measures administered to patients in treatment and assessment questionnaires and measures administered to the staff of the therapeutic communities. The group of ADHD patients is also anticipated to show a higher attrition (drop-out) rate as a result of factors related to the ADHD symptoms.

The model under consideration should also take account of a hypothetical group of patients/clients of therapeutic communities whose adult ADHD has not been supported by sufficient clinical evidence, but for whom ADHD has been confirmed or is likely to have occurred in childhood. This may have led to the development of a neuro-psychological and psychosocial vulnerability in such individuals that predisposed them to substance use (Paclt et al., 2007). As a result, in therapeutic communities, this group may display behaviour similar to that of patients/clients who tested positive for adult ADHD and, in particular, may show similar complications in relation to the process and outcome of the treatment. (Table 1).

*Emotional lability* is commonly seen in patients with ADHD (Banaschewski et al., 2012). ADHD is frequently accompanied by symptoms of emotional lability, such as irritability, hot temper, and sudden unpredictable shifts towards negative emotions (Biederman et al., 2011; Sobanski et al., 2010; Surman et al., 2011). The presence of emotional lability is clinically relevant because it is associated with the severity of the ADHD core symptoms and comorbidities such as anxiety, depression, and substance abuse (Barkley & Fischer, 2010; Spencer et al., 2011; Stringaris et al., 2009).

*Self-management* and *social skills* rank among life skills, which play an important role in an individual's coping with everyday problems, facilitate their adaptive behaviour, contribute to self-efficacy, and promote self-confidence, self-esteem, and well-being. The WHO (2003) defines life skills as an integrative category of psychosocial

*Emoční labilita* je u pacientů s ADHD běžným jevem (Banaschewski et al., 2012). ADHD je často doprovázeno příznaky emoční labilita, jakými jsou například iritabilita, vznětlivost a náhlé nepředvídatelné návaly negativních emocí (Biederman et al., 2011; Sobanski et al., 2010; Surman et al., 2011). Přítomnost emoční labilita je klinicky relevantní, protože je asociována s intenzitou základních symptomů ADHD a výskytem úzkosti, deprese, užívání návykových látek a dalších komorbidit (Barkley & Fischer, 2010; Spencer et al., 2011; Stringaris et al., 2009).

*Dovednosti sebeovlivnění (self-management) a sociální dovednosti* patří mezi tzv. životní dovednosti, které jsou důležité pro zvládnání každodenních problémů, usnadňují adaptivní chování jedince a přispívají k vnímání vlastní účinnosti, podpoře sebedůvěry a sebeúcty a podílejí se na vnímání duševní pohody (well-being). WHO (2003) definuje životní dovednosti jako nadřazenou kategorii pro psychosociální schopnosti a interpersonální dovednosti, které pomáhají lidem činit informovaná rozhodnutí a vypořádávat se s výzvami každodenního života. Tyto dovednosti umožňují jedinci přijmout svoji sociální odpovědnost a úspěšně zvládnout požadavky, očekávání a potencionální problémy, zejména v mezilidských vztazích (Taromian, 1999). Jednotlivé dovednosti se mohou překrývat – např. využívání komunikačních dovedností (sociální dovednost), které vyžaduje jisté sebeovládání a určitou schopnost zvládat negativní emoce (dovednost sebeovlivnění) (Nešpor & Scheansová, 2009).

Mezi dovednosti sebeovlivnění patří sebeuvědomění (self-awareness), zdravé sebehodnocení (self-esteem), sebeocnění (self-appraisal), vnímaná osobní účinnost (self-efficacy), strategie zvládnání emocí (coping with emotions), zvládnání stresu (coping with stress), schopnost sebmotivace (self-motivation) a dovednost stanovování cílů (goals skills) a organizace času (time management). Sociální dovednosti představují schopnosti adaptivního, naučeného a společen-

abilities and interpersonal skills that help people in making informed decisions and coping with the challenges of everyday life. Such skills enable the individual to assume their social responsibilities and deal effectively with their demands, expectations, and potential problems, especially those concerning interpersonal relationships (Taromian, 1999). The skills may overlap: for example, the use of communication skills (a social skill) requires some self-control and a certain ability to cope with negative emotions (a self-management skill) (Nešpor & Scheansová, 2009).

Self-management skills encompass self-awareness, self-esteem, self-appraisal, self-efficacy, coping with emotions, coping with stress, self-motivation and goals skills, and time management. Social skills refer to capabilities for adaptive, learnt, and socially acceptable behaviour that enable individuals to deal effectively with the social demands and challenges of daily life (Gresham et al., 2011; WHO, 1994). Social skills include the ability to resist social pressure, assertiveness, empathy, communication, problem-solving strategies and thinking through the consequences of one's actions, the building of a healthy social network, conflict management, and coping strategies. The results of the above studies suggest that interventions aimed at promoting self-management and social skills may increase the treatment retention rate and the overall benefit of treatment provided in a residential facility.

A major issue in terms of diagnosis, or differential diagnosis, and treatment is the co-occurrence of ADHD and the use of methamphetamine or other stimulants. The reason is the induction of symptoms which may clinically manifest themselves as those of ADHD, although their origin may be etiologically related to the neurotoxic effects of high doses of some stimulants, contaminants present in them, and their routes of administration. In addition to signs of hyperactivity, psychotic symptoms (such as anger, hostility, and reduced stress resistance [Hosák, Maixnerová, & Valešová, 2009]) and signs of post-traumatic stress disorder or personality disorder may also be displayed (Yates & Wilson, 2001; Kalina, 2008).

## ● 6 CONCLUSIONS: IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE AND RESEARCH

ADHD evidently poses a major problem for treatment in therapeutic communities. It may bring about a number of complications, conflicts, and dangerous situations which may lead to the early termination of treatment (drop-out) or markedly aggressive behaviour towards other clients and the staff. ADHD in substance users undergoing treatment in a therapeutic community may have a negative impact on multiple levels. Another significant issue in terms of the process and outcome of the treatment is the combination of ADHD with other psychiatric comorbidities (for general considerations of the impact of comorbidities on treatment

sky akceptovatelného chování, které umožňují efektivně se vypořádat se sociálními požadavky a výzvami života (Gresham et al., 2011; WHO, 1994). Mezi sociální dovednosti patří zejména schopnost čelit sociálnímu tlaku a další dovednosti jako asertivita (zdravé sebeprosazení), empatie, komunikace, strategie řešení problémů a předvídání následků svého jednání, vytváření zdravé sítě sociálních vztahů či zvládání konfliktních a zátěžových situací. Na základě výše uvedených studií lze potencionálně předpokládat, že aplikací intervence zaměřující se na podporu self-managementu a sociálních dovedností bude možné zvýšit šanci na udržení se v programu a celkový profit z léčby v rezidenčním typu zařízení.

Významným problémem pro diagnostiku, resp. diferenciální diagnostiku a terapii je výskyt ADHD a užívání metamfetaminu či jiných stimulantů. Důvodem je riziko indukce symptomů, jež mohou imponovat klinicky podobně jako ADHD, ale jejichž původ může mít etiologický vztah k neurotoxickému účinku některých stimulantů ve vysokých dávkách a nečistotám a způsobům administrace drogy. Kromě projevů hyperaktivity může jít např. o psychotické příznaky (agresivitu, hostilitu, sníženou odolnost ke stresu (Hosák, Maixnerová & Valešová, 2009), o projevy posttraumatické stresové poruchy nebo poruchy osobnosti (Yates & Wilson, 2001; Kalina, 2008) atd.

## ● 6 ZÁVĚR: IMPLIKACE PRO KLINICKOU PRAXI A VÝZKUM

Je zřejmé, že výskyt ADHD může pro léčbu v terapeutických komunitách znamenat závažný problém a může stát za množstvím komplikací, konfliktů či nebezpečných situací, které mohou vést až mj. v předčasném vypadnutí z léčby (drop-outu) nebo výrazným agresivním projevům vůči jiným klientům či personálu. Rovněž možných dopadů ADHD u uživatelů návykových látek léčících se v TK je velké množství. Kombinace ADHD s dalšími psychiatrickými komorbiditami z pohledu vlivu na proces a výsledek léčby je pak dalším velkým tématem (obecná rovina vlivu komorbidit na proces a výsledek léčby viz Kalina (2008; 2013). Mnohé kombinace např. se závažnějšími formami poruch osobnosti, afektivními nebo psychotickými poruchami, které mohou omezovat schopnost sebereflexe a schopnosti sociálního učení, představují významný klinický a výzkumný problém. Klienti tak mohou mít velice limitující problém vnímat kontextuální informace a vazby, činit přiměřený úsudek a vyvodit si ze získané informace adekvátní závěry. Mohou mít problém se zvládnutím agresivních impulsů, chovat se nezdrženlivě, dochází u nich často ke konfliktům s jinými pacienty. Obecně se s nimi většinou pracuje náročněji, objevují se komplikace již v průběhu diagnostického procesu, výrazně snížená je celková compliance, jsou problémy s nasazením některých psychofarmak, a proto by měl být personál zdravotnických zařízení na tuto skupinu léčených

process and outcome see Kalina [2008; 2013]). Numerous comorbidities, such as those with severe forms of personality, affective, or psychotic disorders, may impair self-reflection and social learning and represent a major clinical and research problem. Clients with such comorbidities may be strongly limited in their perception of contextual information and associations, making reasonable judgments, and drawing appropriate conclusions from the information they receive. They may have difficulty dealing with aggressive impulses, engage in unrestrained behaviour, and provoke conflicts with other patients. They are generally more difficult to work with. Complications arise as early as during the process of assessment. The overall compliance is dramatically reduced. Problems may arise in relation to the administration of certain psychiatric medication. The staff of healthcare facilities should be prepared to deal with this group of clients, which requires special knowledge and skills that go beyond their existing expertise. On the other hand, the generally assets of therapeutic communities, staffed with a well-trained and experienced therapeutic team, may contribute to the integrated strategy of the recovery of even very complicated clients with psychiatric comorbidities (for more details see Kalina, 2008; 2013), which may equally apply to ADHD clients.

In order to enhance the understanding of ADHD, further research must seek to collect evidence of the relationship between ADHD in adult patients undergoing drug treatment in therapeutic communities and the specific deficits in their cognitive and executive functioning that impair their adaptability and treatment outcomes. In addition, it is necessary to test diagnostic tools that it would be appropriate to use in further investigation of this disorder, as it has been shown that the existing screening tools may not necessarily suffice for assessing clients in terms of differential diagnosis. A problem of specific concern is stimulant use-related harm and disorders.

připraven, což od něj vyžaduje specifické znalosti a dovednosti nad rámec vlastní odbornosti. Na druhou stranu mohou obecné účinné faktory TK s erudovaným terapeutickým týmem přispět k integrované strategii úzdravy i u značně komplikované klientely s psychiatrickou komorbiditou (další podrobnosti viz Kalina, 2008; 2013), což nelze vyloučit ani v případě klientů s ADHD.

Z hlediska dalšího vývoje chápání a poznání problematiky ADHD musí být pro další výzkum cílem především přesvědčivě prokázat vazbu mezi ADHD u dospělých pacientů léčících se ze závislosti na návykových látkách v TK a specifickými deficity kognitivních a exekutivních funkcí, které zhoršují jejich schopnost adaptability a úspěšné zvládnutí léčby. Dále je nutné ověřit diagnostické nástroje vhodné pro další výzkum této poruchy, neboť se ukazuje, že současné screeningové nástroje nemusí být dostatečné pro diferenciálně-diagnostické posouzení klienta. Problémem jsou zejména poškození a poruchy spojené s užíváním stimulantů.

## REFERENCES / LITERATURA

- Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., & Kalina, K. (2003). Režidenční léčba v terapeutických komunitách [Residential Treatment in Therapeutic Communities]. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (201–207). Praha: Úřad vlády ČR.
- Banaschewski, T., Jennen-Steinmetz, C., Brandeis, D., Buitelaar, J. K., Kuntsi, J., Poustka, L., & Asherson, P. (2012). Neuropsychological correlates of emotional lability in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1139–1148.
- Barkley, R. A. & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 503–513.
- Barkley, R. (2011). *Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV. (BAARS-IV)*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J., McCreary, M., Cote, M., & Faraone, S. V. (2008). New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 4, 426–434.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Graham, J. R., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2001). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)*. Minnesota: University of Minnesota Press.
- Brickenkamp, R. & Zillmer, E. (2000). *Test pozornosti D2*. Praha: Testcentrum.
- Commonwealth Department of Health and Aging. Current practice in the management of clients with comorbid mental health and substance use disorders in tertiary care settings. National drug strategy and national mental



health strategy. National comorbidity project. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aging, 2003. Retrieved from: [www.health.gov.au/pubhlth](http://www.health.gov.au/pubhlth).

● Davids, E. & Gastpar, M. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Psychiatr Prax.* 30(4), 182–186.

● Drtílková, I., Šerý, O., Balaščíková, B., Theiner, P., Uhrová, A., & Žáčková, M. (2007). *Hyperkinetická porucha/ADHD [Hyperkinetic Disorder/ADHD]*. Praha: Galén.

● EMCDDA (2004). Co-morbidity. Selected issue in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. *Drugs in Focus*, 14. Lisbon: EMCDDA.

● Charach, A., Yeung, E., Climans, T., & Lillie, E. (2011). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: Comparative meta-analyses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 9–21.

● Corners, C. K. (1985). Teacher Questionnaire. *Psychopharm. Bull.*, 21(4), 823–831.

● de Graaf, R., Kessler, R. C., Fayyad, J., ten Have, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges, G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., et al. (2008). The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 835–842.

● De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community, Theory, Model and Method*. New York, Springer Publishing.

● Fallgatter, A. J. & Jacob, C. P. (2009). Comorbidity of substance use disorders and attention-deficit hyperactivity disorders: pathogenesis and therapy. *Nervenarzt*. 80(9), 1015–1021.

● Galéra, C., Bouvard, M. P., Messiah, A., & Fombonne, E. (2008). Hyperactivity-inattention symptoms in childhood and substance use in adolescence: The youth gaze cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 94, 30–37.

● Gibbons, W., Anderson D., & Garm, A. (2002). *The therapeutic community treatment model: Overview and analysis of the key issues*. City of Vancouver: John Volken Society.

● Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A. et al. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 61(4): 361–368.

● 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, 304–312.

● Jenkins, R., Lewis, G., Bebbington, P. et al. (1997). The National Psychiatric Morbidity Survey – strategy and methods. *Psychological Medicine* 27: 765–774.

● Kalbag, A. S. & Levin, F. R. (2005). Adult ADHD and substance abuse: diagnostic and treatment issues. *Substance Use & Misuse*, 40(13–14), 1955–1981.

● Kalina, K. (2000). *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí [Quality and Effectiveness of Drug Prevention and Treatment]*. Praha: Inverze/Sananim.

● Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí [The Therapeutic Community: a general model and its application to addiction treatment]*. Praha: Grada Publishing.

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

● Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup [Drugs and Drug Addiction 2: an interdisciplinary approach]*. Praha: Úřad vlády ČR.

● Kernberg, O. F. & Yeomans, F. E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and nar-

cissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77(1), 1–22.

● Kessler, R., Lane, M., Stang, P., et al. (2009). The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity in a large manufacturing firm. *Psychol Med.* 39, 137–147.

● Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716–723.

● Kooij, S. (2012). *Adult ADHD: diagnostic assessment and treatment*. Springer-Verlag GmbH.

● Libra, J. et al. (2012). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP [Standards of Professional Competency for Facilities and Programmes Providing Professional Addictological Services. Society for Addictive Diseases. JEP Czech Medical Association]*. Retrieved November 12, 2012 from: <http://snncls.cz/category/standardy/>

● Malá, E. (2006). Jsou hyperkinetické poruchy mýtem? [Are Hyperkinetic Disorders a Myth?] *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(3), 142–148.

● Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostecká, L., & Jurystová, L. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011 [The 2011 Drug Situation in the Czech Republic – Annual Report]*. Praha: Úřad vlády České republiky.

● NIDA (2010). *Comorbidity: addiction and other mental illnesses (NIDA Research Report Series)*. National Institutes of Health: National Institute on Drug Abuse. Retrieved on 1 May 2013 from: <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/comorbidity-addiction-other-mental-illnesses>

● Paclt, I. et al. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování [Hyperkinetic Disorder and Behaviour Disorder]*. Praha: Grada.

● Paclt, I. (2002). Diagnostika hyperkinetického syndromu v dospělosti [Diagnosis of Hyperkinetic Syndrome in Adulthood]. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 115–117.

● Parrott, A. C., Hatton, N. P., Rowe, K. L., Watts, L. A., Donev, R., Kissling, C., & Thome, J., (2012). Adult attention deficit hyperactivity disorder and other psychiatric symptoms in recreational polydrug users. *Human Psychopharmacology-Clinical and Experimental*, 27, 209–216.

● Radimecký, J. (2006). *Terapeutické komunity pro uživatele drog [Therapeutic Communities for Drug Users]*. Retrieved on 30 November 2011 from: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/173/>

● Raimo, E. & Schuckit, M. (1998). Alcohol dependence and mood disorders. *Addict Behav* 23(6), 933–946.

● Sizoo, B., van den Brink, W., Koeter, M., van Eenige, M., 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, 44–50.

● Skirrow, C., McLoughlin, G., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2009). Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9, 489–503.

● Spencer, T. J., Faraone, S. V., Surman, C. B., Petty, C., Clarke, A., Batchelder, H., & Biederman, J. (2011). Toward defining deficient emotional self-regulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder using the child behavior checklist: A controlled study. *Postgraduate Medicine*, 123, 50–59.

● Stringaris, A., Cohen, P., Pine, D. S., & Leibenluft, E. (2009). Adult outcomes of youth irritability: A 20-year prospective community-based study. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1048–1054.

● 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, 251–270.

- Taanila, A. M., Hurtig, T. M., Miettunen, J., Ebeling, H. E., & Moilonen, I. K. (2009). Association between ADHD symptoms and adolescents' psychosocial well-being: a study of the Northern Finland Birth Cohort 1986. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(2), 133–144.
- WHO (1994). *Life skills education in schools*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: World Health Organization.
- WHO & Workgroup on Adult ADHD (2003). The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) Symptom Checklist. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. Geneva: World Health Organization.
- Weaver, T., Charles, V., Madden, P., & Renton, A. (2002). Co-morbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative Study (COSMIC). A study of the Prevalence and Management of Co-Morbidity amongst Adult Substance Misuse & Mental Health Treatment Populations. London: Imperial College of Science.
- Wechsler, D. (2002). Wechsler Memory Scale – Third Edition Abbreviated. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Weiss, M. & Murray, C. (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *CMAJ*, 168, 715–722.
- 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. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 185(8), 475–482.
- Wilens, T. E. & Dodson, W. A. (2004). Clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1301–1313.
- Williams, R. & Cohen, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric wards. *Psychiatric Bulletin*, 24: 43–46.
- Wilson, J. J. & Levin, F. R. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 3(6), 497–506.
- Yates, R. & Wilson, J. (2001). The modern therapeutic community: dual diagnosis and the process of change. In: Rawlings, B., Yates, R. (Eds.). *Therapeutic Community for the Treatment of Drug Users*. Chapter 10. London: Jessica Kingsley Publ.
- Yates, R. (2005). *Bad mouthing, bad habits & bad, bad boys: an exploration of the relationship between dyslexia and drug dependence*. Stirling (Scotland, U.K.): University of Stirling.
- Young, S., Wells, J., & Gudjonsson, G. H. (2011). Predictors of offending among prisoners: The role of attention-deficit hyperactivity disorder and substance use. *Journal of Psychopharmacology*, 25, 1524–1532.

## Quality Patient Care Kvalitní péče o pacienta

Reckitt Benckiser Pharmaceuticals vyvinul iniciativu "Kvalitní péče o pacienta", cílem které je pomoci lékařům při jejich péči o pacienty závislé na opioidech.

### Nastavení a zvládnutí cílů léčby

Posílení potřeby dlouhodobé léčby vzhledem ke chronické povaze stavu pacienta

Obnovení kvality života  
Zlepšení kvality života pacienta



### Management rizika

Minimalizace rizik, která souvisejí s léčbou závislosti na opioidech

Správná terapeutická praxe

Podpora správné praxe za pomoci farmakologické léčby a psychosociálního poradenství

#### Další informace obdržíte na adrese:

Reckitt Benckiser (Czech) s.r.o.  
Reckitt Benckiser Pharmaceuticals  
Vinohradská 151 – Budova A  
130 00 Praha 3  
E-mail: info.rbp@rb.com  
a na telefonním čísle +800 270 81 901

 **Reckitt Benckiser**  
Pharmaceuticals