

The Effects of ADHD on the Process and Outcome of Drug Treatment in Therapeutic Communities in the Czech Republic – a Pilot Study

Vliv ADHD na proces a výstupy léčby u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé v České republice – pilotní studie



KALINA, K., RUBÁŠOVÁ, E., MIOVSKÝ, M., ČABLOVÁ, L. ŠŤASTNÁ, L.

Department of Addictology, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation: Kalina, K., Rubášová, E., Miovský, M., Čablová, L., Šťastná, L. (2014). The Effects of ADHD on the Process and Outcome of Drug Treatment in Therapeutic Communities in the Czech Republic – a Pilot Study [Vliv ADHD na proces a výstupy léčby u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé v České republice – pilotní studie]. *Adiktologie*, 14(3), 228–246.

BACKGROUND: Dual diagnoses in substance users pose complications for the treatment process and the effectiveness of the entire treatment continuum. Building on the diagnostic part of the study, which found a potential ADHD diagnosis in 56.6% of the clients of six therapeutic communities for drug addicts in the Czech Republic, our pilot study sought to explore this problem in clients with ADHD undergoing drug treatment in these facilities. **AIM:** The aim of the work was to find whether clients with ADHD are more likely to experience problems with treatment compliance than non-ADHD clients. **SAMPLE:** The study sample consisted of 76 clients of six therapeutic communities in the Czech Republic, aged 15-45. The sample was divided into two main groups – with ADHD and without ADHD. **METHODS:** A Therapist Questionnaire developed according to the CTQ was used to collect data about complica-

VÝCHODISKA: Duální diagnózy u uživatelů návykových látek představují komplikace z hlediska průběhu léčby a efektivity celého léčebného kontinua. V pilotní studii jsme usilovali zmapovat tento problém u klientů s ADHD léčených v terapeutických komunitách pro drogově závislé na základě diagnostické části studie, která shledala potenciální diagnózu ADHD u 56,6 % klientů z šesti terapeutických komunit v České republice. **CÍLE:** Cílem práce bylo zjistit, zda jsou klienti s ADHD asociováni s většími problémy ve schopnostech úspěšného absolvování léčebného režimu v porovnání s klienty bez diagnózy ADHD. **SOUBOR:** Výzkumný soubor tvořilo 76 klientů z šesti terapeutických komunit v ČR ve věku 15–45 let. Soubor byl rozdělen na dvě základní skupiny – skupinu s ADHD a bez ADHD. **METODY:** Pro získání údajů o komplikacích byl použit Dotazník pro terapeuty vytvořený dle škály CTQ. Analýza dat

Submitted: 1 / OCTOBER / 2014

Accepted: 25 / OCTOBER / 2014

Grant support: The authors of this paper would like to acknowledge the support received from Project CZ.2.17/3.1.00/36064 OPPA "Innovation of the Doctorate Study Program of Addictology at the General University Hospital in Prague and the 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague with Recent Perspectives in Biomedicine", Czech Science Foundation project GACR No. 14-07822S, and the Charles University Research Institutional Support Programme No. PVOUK-PO3/LF1/9.

Address for correspondence: Kamil Kalina, MD, PhD. / kalina@adiktologie.cz / Department of Addictology, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

tions. The data analysis was conducted using qualitative methods, combining a descriptive approach and individual data analysis procedures. **RESULTS:** Clients with a potential ADHD diagnosis were found to show a high rate of complications as regards the beginning of treatment and its course and early termination. In comparison to the control group, the ADHD clients were more likely to display problems in the behavioural, cognitive, social, and executive domains. **CONCLUSIONS:** The pilot study suggests that ADHD in clients of residential treatment correlates with a higher rate of treatment compliance complications and increases the risk of the early termination of treatment. While they need to be elaborated on by further thorough research, these findings imply that it is necessary to examine options for appropriate interventions to improve the treatment process and outcomes in this group of dual-diagnosis clients.

KEY WORDS: DUAL DIAGNOSES – ADHD – DRUG DEPENDENCE TREATMENT – THERAPEUTIC COMMUNITY – TREATMENT COMPLICATIONS

byla provedena kvalitativními metodami při kombinaci deskriptivního přístupu a dílčích postupů analýzy dat. **VÝSLEDKY:** U klientů s potencionální diagnózou ADHD byl zjištěn vysoký výskyt komplikací vzhledem k začátku, průběhu a předčasného ukončení léčby. Klienti s ADHD vykazovali ve vyšší míře problémy v behaviorální, kognitivní, sociální a exekutivní oblasti v porovnání s kontrolní skupinou. **ZÁVĚRY:** Zjištění pilotní studie, že výskyt ADHD u klientů rezidenční léčby koreluje s vyšší mírou komplikací v léčebném režimu a zvyšuje riziko předčasného ukončení léčby, je podnětem pro další intenzivní výzkum, ale zároveň již implikuje potřebu zkoumat možnosti adekvátních opatření, která by u této skupiny duálních klientů zlepšila průběh a výstupy léčby.

KLÍČOVÁ SLOVA: DUÁLNÍ DIAGNÓZY – ADHD – LÉČBA DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ – TERAPEUTICKÁ KOMUNITA – KOMPLIKACE V LÉČBĚ

● 1 INTRODUCTION

Dual diagnoses, or psychiatric comorbidities, are very common among substance users. Various reviews report their occurrence as ranging from 30 to 80% (EMCDDA, 2004, 2006, 2007; Buckley, 2007, NIDA 2010, Kalina and Vácha, 2013). An additional concurrent mental disorder may have a negative impact on the effectiveness of treatment interventions and the client's capability to profit from treatment. Miovská, Miovský, and Kalina (2008) argue that when misdiagnosed, psychopathological complications of addictive disorders may result in the improper configuration of the treatment plan, with adverse consequences for the client (e.g. loss of motivation). According to Kalina and Vácha (2013), psychiatric comorbidities may prevent clients from complying with the treatment plan (programme), reduce clients' abilities to profit from treatment, place an extra burden on the professional staff, complicate clients' efforts to stay drug-free in daily situations, and increase the risk of relapse or the early termination of treatment.

Justifiably, the range of dual diagnoses encompasses ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). A serious neuropsychological condition that affects the personality in cognitive, behavioural, and executive terms, ADHD is also

● 1 ÚVOD

Duální diagnózy či psychiatrické komorbidity se u uživatelů návykových látek vyskytují velmi často. Různé přehledové studie uvádějí četnost výskytu v rozmezí 30–80 % (EMCDDA, 2004, 2006, 2007; Buckley, 2007, NIDA 2010, Kalina a Vácha, 2013). Vliv přidružené další poruchy duševního zdraví má vliv na efektivitu léčebných intervencí a schopnost klienta z léčby profitovat. Miovská, Miovský a Kalina (2008) uvádějí, že diagnostické zanedbání psychopatologických komplikací závislostní poruchy může vést k neadekvátnímu nastavení léčebného plánu s negativním důsledkem pro klienta (poškození, ztráta motivace). Jak uvádějí Kalina a Vácha (2013), vede psychiatrická komorbidity k problémům se zapojením se do léčebného plánu (programu), snižuje možnost profitu z léčby, zvyšuje nároky na odborný personál, komplikuje životní situaci klienta při abstinování a zvyšuje riziko relapsu či předčasného ukončení léčby.

Do okruhu duálních diagnóz se oprávněně zahrnuje i ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). ADHD představuje závažnou neuropsychickou problematiku, která ovlivňuje osobnost v kognitivních, behaviorálních a exekutivních aspektech a pojí se s další psychiatrickou komor-

associated with other psychiatric comorbidities in 60–70% of cases (Nazar et al., 2008; Kooij et al., 2010; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014). Malá (2006) reports that ADHD poses a great risk of the development of a vulnerable personality predisposed to substance use. The persistence of ADHD symptoms into adulthood is also an issue: according to Drtílková (2007), ADHD is present in 30–50% of adults who experienced the disorder in childhood. ADHD-specific psychopathologies may be transformed into less pronounced symptoms (attention deficit and impulsivity with the remission of the primary symptom – hyperactivity), which often leads to the symptoms being misdiagnosed and overlooked. Major signs of adult ADHD include emotional immaturity, emotional lability, impulsiveness, and being caught up in the moment (Paclt, 2007).

The rate of ADHD among substance users and addicts ranges from 9% to 50% or more, depending on the study (Horner & Scheibe, 1997; Schubiner et al.; 2000, Wilens, 2004; Miovský, Čablová, & Kalina, 2013; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014). Similarly to other psychiatric comorbidities, ADHD poses major complications for addiction treatment. ADHD patients may show impaired cognitive functions, different behavioural performance, and generally deteriorated adaptation mechanisms and social skills (Miovský, Čablová, & Kalina, 2013). Patients' abilities to adapt to the given treatment modality and gain a reasonable benefit from it may be dramatically affected and impaired. These limitations are often observed in therapeutic community-type facilities where specific ADHD symptoms become exposed in concrete social situations and interaction (in relation to the staff, house rules, or other patients). As a result, clients with ADHD may show more frustration and anger and engage more often in interpersonal conflicts and delinquency (Gudjonsson et al., 2012). Accordingly, these patients may be prone to the early termination of treatment (drop-out) and a higher number of unsuccessful treatment episodes.

Until recently no evidence about ADHD among the drug-using population in the Czech Republic was available. As part of a pilot study conducted in 2013, drug users undergoing treatment in therapeutic communities were asked to complete self-report questionnaires with the objective of screening for their childhood (WURS – Ward et al., 1993, Paclt et al., 2007) and adulthood (AASRS – Kessler et al., 2005, Paclt et al., 2007, Hines et al., 2012) ADHD symptoms. Out of the total of 76 respondents recruited from six participating therapeutic communities in the Czech Republic, 43 (56%) met the diagnostic criteria for childhood or adult (current) ADHD. For details of this diagnostic part of the research see Rubášová (2014).

The characteristics of ADHD clients in treatment and specific complications attributable to the concurrent comorbidity were also looked for as part of the research pro-

bitou v rozmezí až 60–70 % (Nazar et al., 2008; Kooij et al., 2010; Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014). Malá (2006) uvádí, že ADHD představuje vysoké riziko vytvoření zranitelné osobnosti s predispozicí k užívání návykových látek. Významné je i přetrvávání symptomů ADHD do dospělého věku: jak uvádí Drtílková (2007), ADHD je přítomno u 30–50 % dospělých, kteří měli poruchu v dětství. Objevuje se problém transformace psychopatologie do méně nápadnějších symptomů (porucha pozornosti a impulzivita při ústupu primárního symptomu – hyperaktivity), která často vede k chybné diagnostice či k přehlédnutí symptomů. Projevy ADHD v dospělosti zahrnují zejména emoční nezralost, emoční labilitu, impulzivitu a zkratkovité chování (Paclt, 2007).

Výskyt ADHD u uživatelů návykových látek a závislých se pohybuje podle různých studií v rozmezí 9–50 % a více (Horner & Scheibe, 1997; Schubiner et al.; 2000, Wilens, 2004; Miovský, Čablová & Kalina, 2013; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014). Podobně jako jiné psychiatrické komorbidity přináší ADHD také zásadní komplikace pro léčbu závislostí. U pacientů s ADHD mohou být narušené kognitivní funkce, vyskytovat se odlišné behaviorální projevy, obecně snížené adaptační mechanismy a sociální dovednosti (Miovský, Čablová & Kalina, 2013). Mohou být zásadním způsobem ovlivněny a narušeny schopnosti daného pacienta adekvátně se adaptovat na danou léčebnou modalitu a přiměřeně z ní profitovat. Více jsou tyto limity pozorovány v zařízeních typu terapeutické komunity, kde se specifické symptomy ADHD obnažují v konkrétních sociálních situacích a interakcích (ve vztahu k personálu, k systému pravidel či k ostatním pacientům). U klientů s ADHD se tak může objevovat vyšší výskyt frustrace, agresivity a interpersonálních konfliktů či delikvence (Gudjonsson et al., 2012). Díky tomu se u daných pacientů může mnohem častěji objevovat předčasné vypadnutí z programu (drop-out) a vyšší počet neúspěšných léčeb.

V České republice poznatky o výskytu ADHD v populaci uživatelů drog dosud chyběly. V roce 2013 jsme provedli pilotní studii se zaměřením na diagnostiku ADHD u uživatelů drog léčených v terapeutických komunitách s použitím sebehodnoticích dotazníků na symptomatiku ADHD v dětství (WURS – Ward et al., 1993, Paclt et al., 2007) a v dospělosti (AASRS – Kessler et al., 2005, Paclt et al., 2007, Hines et al., 2012). Z šesti participujících terapeutických komunit v České republice byla z celkového počtu 76 respondentů naplněna kritéria ke stanovení diagnózy ADHD v dětství či dospělosti (současnost) u 43 klientů (56 %). Podrobnosti o této diagnostické části výzkumu viz Rubášová (2014).

Součástí výzkumu bylo rovněž sledování charakteristik klientely s ADHD v léčbě a detekce specifických komplikací v důsledku přidružené komorbidity. Zde jsme se zaměřili na to, zda se u klientů-nositelů příznaků ADHD (dětství nebo současnost, dětství i současnost) v porovnání s ostatní-

Table 1 / Tabulka 1

General characteristics of the sample

Základní charakteristika výběrového souboru

	TC_1	TC_2	TC_3	TC_4	TC_5	TC_6	Total
Number of clients	5	11	20	15	13	12	76
– men	5	8	13	9	9	5	49
– women	0	3	7	6	4	7	27
Age range	19–31	19–33	16–39	27–45	21–35	15–41	15–45
Age average	24.4	26.9	24.0	32.0	27.3	23.3	26.3
Number of drop-outs	0	1	2	3	4	6	16
– of which ADHD	0	1	2	3	2	4	12
% clients with ADHD (number)	60% (n=3)	63.6 % (n=7)	50% (n=10)	66.6% (n=10)	46.2% (n=6)	58.3% (n=7)	56.6% (n=43)

Table 2 / Tabulka 2

Sample – general sociodemographic data

Výběrový soubor – základní sociodemografické údaje

Sociodemographic data		Men	Women
Total number of clients		49	27
Average age		27.4	27.7
Marital status	Single	46	27
	Married/divorced	3	0
Occupation	Unemployed/registered with Labour Office	33	15
	employment contract/sick leave/parental leave	16	12
Education completed/ incomplete	basic/elementary	24	12
	vocational training	12/9	7/3
	secondary school	13/12	10/10
	university/college, upper vocational school	0	0/5
Legal employment	Yes/No	43/6	22/4
	Average number of months	46.6	43.4
Registered with Labour Office (experience)	Yes	44/5	21/5
	Average number of months	28.2	15.1
Housing	At home – family	17	16
	Hostel, “drug flats”	13	9
	On the street, squat	12	1
	Psychiatric hospital, prison, detention	7	0

ject. The purpose was to establish whether clients with the ADHD symptoms (as children or currently, as both children and adults) show more and/or different treatment complications in comparison to other (non-ADHD) clients. This part of the pilot research is the subject of the present article.

mi klienty (bez diagnózy ADHD) vyskytuje více komplikací, případně jiné komplikace v léčbě. O této části pilotního výzkumu referujeme v článku.

Table 3 / Tabulka 3

Sample distribution according to the groups defined

Přehled rozložení výzkumného souboru dle definovaných skupin

Subgroup	Group I – with ADHD			Group II – without ADHD
	Childhood ADHD only	Current ADHD only	Both childhood and current ADHD	
Men	12	4	12	21
Women	4*	2	9	12
Total	16*	6	21	33
Main group total	43			33

* ADHD women assessed on the basis of retrospective rating (WURS - 61/ WURS - 25)

* žena ADHD hodnocena pouze na základě AL (WURS - 61/ WURS - 25)

● 2 STUDY DESCRIPTION

● 2 / 1 Aim

The aim was to identify any relationship between ADHD and complications relating to the treatment provided in therapeutic communities, specifically, whether there is a relationship between ADHD in clients and major problems with their successful completion of treatment programme and regimen, in comparison with clients showing no ADHD symptoms. The following research questions were formulated: (a) Do clients with the ADHD diagnosis (childhood or present, childhood and present) show a higher rate of treatment complications in comparison to the control group (without ADHD)? If so, what are they and how are they manifested? (b) What are the effects of ADHD on the initiation and course of treatment in a therapeutic community in comparison to the control group (non-ADHD clients)? The definitions of the “ADHD clients” and “non-ADHD clients” groups were based on the diagnostic component of the research, i.e. the processing and multivariate evaluation of client self-report questionnaires.

● 2 / 2 Sample

The study sample consisted of clients of six therapeutic communities in the Czech Republic. In total there were 76 clients aged 15 to 45 who had abstained in a sheltered environment for a minimum of eight weeks. The general characteristics of the sample are summarised in *Table 1*. The study sample was divided into two main groups. Group I comprised clients with a potential ADHD diagnosis (represented by three subgroups: (a) childhood ADHD only, (b) current ADHD only, and (c) both childhood and adult ADHD). Group II consisted of clients who were not diagnosed with ADHD (the reference/control group). The general sociodemographic data is summarised in *Table 2*. The distribution of the study sample according to the groups as defined above is outlined in *Table 3*. The probands were selected using a non-probabilistic sampling method. Purpos-

● 2 POPIS STUDIE

● 2 / 1 Cíle

Cílem bylo zjistit případný vztah mezi ADHD a komplikacemi v průběhu léčby v terapeutických komunitách – konkrétně, zda jsou klienti s ADHD asociovaní s většími problémy ve schopnostech úspěšného absolvování léčebného programu a režimu ve srovnání s klienty bez příznaků ADHD. Položili jsme si následující výzkumné otázky: (a) Vyskytují se u klientů s diagnózou ADHD (dětství/současnost, dětství i současnost) ve vyšší míře komplikace v léčbě v porovnání s kontrolní skupinou (bez ADHD)? Pokud ano, jaké a jak se projevují? (b) Jaký je vliv ADHD na zahájení a průběh léčby v terapeutické komunitě v porovnání s kontrolní skupinou (klienti bez ADHD)? Při definování skupin „klienti s ADHD“ a „klienti bez ADHD“ jsme se opírali o diagnostickou část výzkumu, tj. o zpracování a vícerozměrné vyhodnocení sebehodnotících dotazníků pro klienty.

● 2 / 2 Soubor

Výzkumný soubor tvořili klienti šesti terapeutických komunit v České republice. Celkem se jednalo o 76 klientů ve věku 15 až 45 let, kteří abstinovali v chráněném prostředí minimálně 8 týdnů. Základní charakteristiku výběrového souboru uvádí *tabulka 1*. Výzkumný soubor byl rozdělen na dvě základní skupiny. I. základní skupinu představovali klienti s potencionální diagnózou ADHD (zastoupenou třemi podskupinami – (a) podskupina s diagnózou ADHD pouze v dětství, (b) skupina s diagnózou ADHD pouze v současnosti, (c) skupina s diagnózou ADHD v dětství i v současnosti). II. základní skupinu tvořili klienti bez diagnostikovaného ADHD (srovnávací/kontrolní skupina). Základní sociodemografické údaje uvádí *tabulka 2*, přehled rozložení výzkumného souboru dle definovaných skupin uvádí *tabulka 3*. Výběr probandů byl proveden pomocí nepravděpodobnostní metody výběru. Byla využita metoda záměrného účelového výběru přes instituce, která byla kombinována s metodou totálního výběru výzkumného souboru. Hlavním kritériem pro

ive selection through the institutions combined with the total sampling technique was used to compile the study sample. The key criterion for the inclusion of the clients of the therapeutic communities in the study sample was a minimum of two months' abstinence from their drugs of abuse and their written consent to their participation in the study (informed consent).

● 2 / 3 Methods

Data Collection Methods

The data was collected by key workers in the participating therapeutic communities from May to October 2013. In addition to the above-mentioned client self-report questionnaires (WURS and AASRS), the test battery included a CTQ-inspired Therapist Questionnaire designed to collect data about treatment complications. The assessment was made by a key worker or another team member familiar with the course of treatment of the clients under study. The results (evaluation) of the ADHD self-report diagnostic questionnaires were not known to the therapists when they completed the therapist questionnaires. The clients in all the participating therapeutic communities were assigned codes which were subsequently used in the processing and comparison of their data.

Therapist Questionnaire

The questionnaire was developed according to the CTQ (Conners Teacher Questionnaire), as described by Ptáček (2007). As a validated measure, the CTQ is often used to assess for ADHD. Containing 39 items divided into three sections pertaining to classroom behaviour, participation in group activities, and attitudes to authority, the test is designed to look for conduct disorders, inattention, tension and anxiety, and hyperactivity (Drtilková et al., 2007). Our Therapist Questionnaire adhered to the original structure, items, and scaling of the CTQ. The only adjustments involved the replacement of some school-specific expressions with words that are more appropriate to the therapeutic community setting (e.g. classroom, class, classmates, teacher/community, group, programme, client, and therapist). Respecting the original format, the questionnaire was divided into three domains: the therapists rated the clients in terms of their behaviour in the community, participation in communal activities, and attitudes to authority. The questionnaire was extended to include another 24 items enquiring about treatment regimen-related problems: the therapists rated the clients in terms of their adherence to the treatment regimen and observing its rules. Each item was scored from zero to three. The therapists were to choose from the "not at all", "just a little", "pretty much", and "very much" responses. A total of 63 items were rated. For the purposes of the study, the therapist inventory was extended

zařazení klientů terapeutických komunit do výzkumného souboru byla abstinence od zneužívané návykové látky po dobu minimálně dvou měsíců a písemný souhlas s účastí ve výzkumu (informovaný souhlas).

● 2 / 3 Metody

Metody získání dat

Sběr dat probíhal prostřednictvím klíčových pracovníků participujících terapeutických komunit v období květen–říjen 2013. Součástí testové baterie byl vedle výše uvedených sebehodnoticích dotazníků pro klienty (WURS a AASRS) rovněž Dotazník pro terapeutu modifikovaný podle dotazníku CTQ, který mapoval oblast komplikací v léčbě. Posouzení prováděl garant či jiný člen týmu obeznámený s průběhem léčby daného klienta. Výstupy (vyhodnocení) sebehodnoticích dotazníků k diagnostice ADHD nebyly terapeutům v době vyplňování Dotazníku pro terapeutu známy. Všem klientům byl na úrovni jednotlivé participující terapeutické komunity přidělený kód, takže zpracování a porovnávání probíhalo pouze podle přiřazených kódů.

Dotazník pro terapeutu

Dotazník byl vytvořen podle škály CTQ (Conners Teacher Questionnaire), kterou popisuje Ptáček (2007). CTQ se jako validizovaná škála používá často pro diagnostiku ADHD. Obsahuje 39 položek a je rozdělen na posouzení chování ve třídě, účasti na činnostech skupiny a postoje k autoritě a zjišťuje poruchy chování, nepozornost, tenzi, anxieta a hyperaktivitu (Drtilková et al., 2007). Námi použitý Dotazník pro terapeutu zachoval původní členění CTQ, položky i škálové hodnocení. Provedli jsme pouze v některých položkách nahrazení výrazů ze školního prostředí výrazy adekvátními pro prostředí terapeutické komunity (např. např. třída, školní kolektiv, vyučování, žák, učitel/komunita, skupina, komunitní kolektiv, program, klient, terapeut). Dotazník byl standardně dělen na tři oblasti, terapeuti hodnotili klienty z hlediska chování v rámci komunity, podílení se na činnostech společenství a postoji k autoritě. Navíc byl dotazník rozšířen o 24 položek ke zjištění problémů ve vztahu k léčebnému režimu – terapeuti hodnotili klienty z hlediska dodržování pravidel a komplikací v léčebném režimu. Bodo- vé hodnocení každé položky bylo od nuly do tří, terapeuti měli za úkol volit odpověď vůbec, trochu, značně, velmi značně. Celkový počet škálovaných položek byl 63. Pro účely studie byl terapeutický inventář dále doplněn o dodatečné údaje, které mapovaly změny v léčbě, farmakoterapii, psychiatrickou péči, drop-out a komplikace v léčbě. Hodnocené faktory dle CTQ představoval I. faktor poruchy chování, II. faktor nezúčastněnosti a pasivity, III. faktor napětí a úzkosti a IV. faktor hyperaktivity.

to collect additional information concerning any changes in treatment, pharmacotherapy, psychiatric care, drop-out, and treatment complications. The CTQ-derived factors to be assessed were Conduct Disorder (Factor I), Inattentive-Passive (Factor II), Tension-Anxiety (Factor III), and Hyperactivity (Factor IV).

Qualitative Data Analysis Methods

The data was analysed using a combination of a descriptive approach with individual procedures engaged in qualitative data analysis (including the pattern identification method, the contrast-and-comparison method, and cluster analysis). The use of description was combined with other analytical methods to prevent any risk of the interpretation of the data being compromised. Description was preceded by the sorting and classification of data using the partial procedures of qualitative data analysis (Miovský, 2006).

Cluster analysis was used to analyse the clinical inventories collected from the therapeutic staff. The identifiable category was "treatment process, clients' complications and behavioural manifestations during treatment in a therapeutic community". Initially, all the answers pertaining to the treatment process and the complications and characteristics of clients in therapeutic communities were selected for the above-mentioned category. The statements provided by the respondents were used to create primary categories for the main groups by means of a text colouring method. These categories included subcategories specifying different topics. The cluster analysis was then combined with the contrast-and-comparison method, which was used to distinguish between the client categories that had been identified and simplify the process of description when comparing the groups.

● 3 RESULTS

● 3 / 1 Treatment complications in ADHD clients and non-ADHD clients

Two main categories were identified on the basis of the qualitative analysis of the areas under scrutiny: I. Treatment complications and II. Clients' behavioural manifestations in treatment. The subcategories identified for the main category I included: (a) acceptance of the treatment programme, (b) behaviour towards the community members, (c) participation in communal activities, (d) attitude towards authority, (e) position within the group, (f) compliance with the rules/treatment complications, (g) the way of leaving the therapeutic community, (h) complications in comparison to other clients, and (i) major treatment complications. Category II, Clients' behavioural manifestations in treatment, incorporated the following subcategories: (j): behaviour in general, behaviour within interpersonal relationships in the community, activity in the community, re-

Metody analýzy kvalitativních dat

K analýze byla využita kombinace deskriptivního přístupu a dílčích postupů analýzy kvalitativních dat (metoda zachycení vzorců, metoda kontrastů a srovnávání, clusterová analýza). Použití deskripce bylo kombinováno s dalšími analytickými metodami z důvodu rizika ochuzení interpretace dat. Deskripce předcházelo utřídění a klasifikace dat pomocí dílčích postupů analýzy kvalitativních dat (Miovský, 2006).

Clusterová analýza byla použita k analýze klinického inventáře od terapeutických pracovníků. Identifikovatelnou kategorií byl „proces léčby, komplikace a behaviorální projevy klientů v léčbě v terapeutické komunitě“. V prvním kroku byly do výše uvedené kategorie vybírány veškeré odpovědi, které souvisely s procesem léčby, komplikacemi a charakteristikou klientů v terapeutické komunitě. Ze získaných výroků byly za pomoci techniky barvení textu u základních skupin vytvářeny primární kategorie, které zahrnovaly subkategorie specifikující odlišná témata. Clusterová analýza byla následně kombinována s metodou kontrastů a srovnávání, která sloužila k odlišení identifikovaných kategorií klientů a zjednodušení procesu deskripce při vzájemném srovnání skupin.

● 3 VÝSLEDKY

● 3 / 1 Výskyt komplikací v léčbě u klientů s ADHD a klientů bez ADHD

Na základě kvalitativní analýzy sledovaných oblastí byly identifikovány dvě hlavní kategorie – I. komplikace v léčbě a II. behaviorální projevy klientů v léčbě. V I. hlavní kategorii byly identifikovány podkategorie (a) akceptování léčebného programu, (b) chování v rámci komunitního kolektivu, (c) podílení se na činnostech komunitního společenství, (d) postoj k autoritě, (e) pozice ve skupině, (f) dodržování pravidel/komplikace v léčbě, (g) způsob odchodu z terapeutické komunity, (h) komplikace ve srovnání s jinými klienty, (i) zásadní komplikace v léčbě. Do II. kategorie behaviorálních projevů klientů v léčbě byly zahrnuty podkategorie (j): chování celkové, v rámci mezilidských vztahů v komunitě, aktivity v komunitě, respektování autorit, pozice v rámci komunitního kolektivu a dodržování pravidel. Přehled komplikací u ADHD klientů a kontrolní skupiny uvádí *tabulka 4*.

I. kategorie komplikací v léčbě

a/ V subkategorii akceptování léčebného programu byly u klientů s diagnostikovaným ADHD identifikovány závažné komplikace. Tito klienti vykazovali velmi nízké hodnocení ve zlepšení během léčby, zároveň bylo přítomno vysoké množství faktorů komplikujících léčbu posuzovaných terapeutů jako negativní s progresivní tendencí. Kontrolní skupina bez ADHD zde dosahovala signifikantně méně komplikací a získávala častěji dobré hodnocení v oblasti zlepšení

Table 4 / Tabulka 4

Treatment complications according to the categories under analysis

Komplikace v léčbě dle analyzovaných kategorií

Domain under analysis	Group I – ADHD	Group II – non-ADHD
1. Treatment complications:	Description of the key areas identified	
a) acceptance of treatment programme	Major deterioration in terms of aggression – inadequate responses and overacting, difficulty observing rules and order, unwillingness to help others, deterioration of relationships with therapeutic team members, manipulation, difficulty coping with bursts of anger and emotions, low self-management and poor self-discipline bordering on laziness, difficulty in concentrating during group sessions, avoiding solutions and responsibility, and failure to respect rules. Manipulative behaviour, emotional lability, moodiness, negative experiencing, and self-pity.	Problems with openness and communication, realistic perspective, adherence to rules, self-interest, and cooperation
b) behaviour towards the community members	Problems concerning interpersonal relationships with other clients (three quarters of the sample), irritability, dissatisfaction with other clients. Inclination to seeking solitude, reclusiveness, difficulty being accepted by others and engaging in the open sharing of experience and feelings at group sessions.	More complications in terms of restlessness and concentration, disturbing others and interrupting other people speaking, difficulty taking in verbally communicated messages.
c) participation in communal activities	Problems in terms of detachment from others, disrespect for collective work, isolation and reclusiveness after the formal group activities have finished	Low rate of relevant complications according to the therapists.
d) attitude towards authority	Problems with journaling and fulfilling personal tasks. Similar complications to the control group, but with low frequency and minor severity of the phenomenon under consideration.	Major problems in terms of placing extraordinary demands on therapists' attention while showing submissive behaviour towards them; defiance towards negative feedback, manipulation of therapists, and disregard for recommendations.
e) position within the group	Minor complications with popularity within the group, becoming actively involved, and accepting the role of an underdog. A large number of clients showing difficulty establishing interpersonal relationships and assuming the position of an "individual player".	The same, even with respect to the distribution of complications (one quarter of the sample associated with the underdog role, three quarters with interpersonal complications).
f) compliance with the rules/treatment complications	Significantly different complications in relation to physical activities (awkwardness, avoiding sports activities, frequent injuries, excessive absorption in games and loss of self-control); three quarters of the sample experiencing problems with self-respect, transitions between treatment phases, and in terms of worse family relationships.	Major complications in terms of the rate of clients experiencing difficulty remembering the programme structure, adhering to the timetable, and expressing themselves in front of the group.
g) way of leaving the therapeutic community	Disciplinary reasons (repeated violations of basic rules, breach of cardinal rules) and the voluntary termination of treatment within one month of entry to treatment predominated. Nine early drop-outs altogether.	Mostly disciplinary reasons. A total of four drop-outs.
h) complications in comparison to other clients	14 clients in psychiatric care, 11 clients medicated for depressive, anxious, and aggressive symptoms. One tenth of the clients had problematic relationships with their families (reciprocally reinforced). Major problems in terms of anger and impulse control, medication had to be re-administered because of the deterioration of psychological conditions, tendencies to drop out and failure to manage those tendencies, deterioration of relationships with the therapeutic team members, difficulty concentrating.	Nine clients in psychiatric care/six clients medicated for depressive symptoms. Other complications at a minimum level.
i) major treatment complications	Difficulty dealing with community life, preference for individual solutions over group ones, thoughts escaping outside the community situation and low interest in working on one's own progress. Frequent occurrence of dual diagnosis (such as eating disorders, obsessive-compulsive disorder, and depression), strong personality impairments, psychological instability, mood swings, manipulative behaviour, emotional inhibition, verbalised aggression and control problems, tendency to focus on performance and the best result.	Recurrent problem of setting, clarifying, and breaking boundaries, psychological complications (hallucinations, psychiatric diagnosis) and disrespect for oneself and other members. As in Group I, ambivalent motivation, low self-esteem and self-acceptance, disrespect for other members.
2. Behavioural manifestations in treatment	Description of the key areas identified	
j) behaviour in general, behaviour within interpersonal relationships in the community, activity in the community, respect for authority, position among the community members, and compliance with the rules.	One third of the sample assessed negatively with respect to the areas under scrutiny, a higher rate of the most negative ratings (much worse). Negative ratings in the domains of participation in communal activities, attitude towards authority, and compliance with the rules predominated among clients (one third) from Group I (with ADHD).	One tenth of the sample assessed negatively, with a "just a little worse" rating predominating. A small number of clients with deteriorated behaviour. Significant improvement of behaviour in comparison to the pre-treatment levels as assessed by the therapists.

spect for authority, position among the community members, and compliance with the rules. A summary of the complications recorded in ADHD clients vs. the control group is provided in *Table 4*.

I. Treatment Complications Category

a/ Severe complications were identified in clients diagnosed with ADHD in relation to the “acceptance of the treatment programme” subcategory. These clients showed very low ratings with respect to their improvement during treatment. There were also a large number of treatment-complicating factors assessed by the therapists as negative with progressive tendencies. The members of the non-ADHD control group recorded significantly fewer complications in this domain and were more likely to receive positive ratings as regards improvement during the treatment process. While the ADHD clients recorded practically no improvements in terms of aggression, impulsivity, manipulation, emotional lability, moodiness, and self-control, the control group members showed major improvements in their abilities to control impulses, respecting and accepting the programme, openness, working on their own progress, and interpersonal relationships.

b/ The ratings of the “behaviour towards the community members” subcategory indicated no major complications for either of the groups. Qualitative analysis revealed some differences in the relevant complications between the ADHD and non-ADHD clients, with the former showing higher levels of such complications (three quarters of the sample). In comparison to the problems experienced by the control group, the complications identified in the ADHD clients needed to be perceived as rather serious in terms of their social functioning within the community.

c/ As for the “participation in communal activities” subcategory, complications predominated in Group I; half of the sample showed very high rates of the complications under scrutiny. Nevertheless, both groups received positive ratings with regard to their active involvement in communal activities.

d/ A higher frequency of complications in the “attitude towards authority” subcategory was observed in the control group. It contained a large number of clients who received the same negative ratings for their attitudes towards authority. Partial problems with the completion of tasks were recorded in Group I. The members of the control group received much better ratings for their adherence to the treatment plan.

e/ Both the main groups, I and II, recorded considerable congruence in the assessment of the relevant domains for the frequency and severity of complicating factors with respect to the “position within the group” subcategory. The comparison of the groups suggested no major differences in the interpretation of the rated items.

během terapeutického procesu. U klientů s ADHD se prakticky nevyskytovalo zlepšení v oblasti agresivity, impulzivitu, manipulace, emoční lability, náladovosti a sebeovládání, zatímco kontrolní skupina vykazovala výrazné zlepšení ve schopnosti kontrolovat impulzy, v respektu a akceptaci programu, otevřenosti, práce na sobě a interpersonálních vztazích.

b/ V podkategorii chování v rámci komunitního kolektivu převládalo u obou skupin méně závažné hodnocení z hlediska komplikací. Při kvalitativním rozboru byly popisované komplikace pro klienty s ADHD a bez ADHD odlišné a ve vyšší míře se vyskytovaly u klientů s ADHD (tři čtvrtiny souboru). Identifikované komplikace u klientů s ADHD lze vnímat vzhledem k fungování v rámci kolektivu jako dosti zásadní v porovnání s problémy u kontrolní skupiny.

c/ V podkategorii podílení se na činnostech komunitního společenství převládaly komplikace u I. základní skupiny; u poloviny souboru byla četnost výskytu sledovaných komplikací velmi častá. Pozitivní hodnocení však získaly obě skupiny v aktivním zapojování se do aktivit komunity.

d/ V podkategorii postoj k autoritě byly pozorovány častější komplikace u kontrolní skupiny, jež dosahovala shodně velkého počtu klientů, kteří byli hodnoceni negativně vzhledem k autoritám. U I. základní skupiny byly zaznamenány dílčí problémy související s plněním úkolů. Pozitivní hodnocení vzhledem k plnění terapeutického plánu bylo výrazně lepší u kontrolní skupiny.

e/ V podkategorii pozice ve skupině byla u I. i II. základní skupiny vzhledem k hodnoceným oblastem značná shoda co do četnosti a závažnosti komplikujících faktorů. Srovnání skupin neznalo žádné významné rozdíly při interpretaci hodnocených položek.

f/ V podkategorii dodržování pravidel a komplikace v léčbě se uvedené skupiny shodovaly v nízké závažnosti komplikací v oblasti otevření se před kolektivem, respektování názoru ostatních a vyslechnutí, přijetí zodpovědnosti, udržování pořádku, zvládání úkolů v jednotlivých fázích léčby, akceptování zvyklostí komunity, oblast akceptování terapie a devalvace některé z činností komunity. Zároveň u klientů s ADHD byly identifikovány významné oblasti negativního hodnocení vzhledem ke komplikacím v léčbě, které se u kontrolní skupiny téměř nevyskytovaly.

g/ V podkategorii způsob odchodu z terapeutické komunity byly zjištěny čtenější problémy ve vztahu s udržením v léčbě a dokončení léčebného programu u I. základní skupiny s ADHD. U klientů s ADHD se vyskytovalo předčasné ukončení léčby častěji než u kontrolní skupiny. Po uzavěrci dotazníkového šetření nepokračovalo 12 klientů této skupiny v léčbě. Z nich 3 klienti odešli tzv. řízeným odchodem před plánovaným termínem konce léčby (což nelze považovat za neúspěšnou léčbu, protože jde o přechod do následné péče). Z léčby svévolně odešlo nebo bylo vyloučeno pro porušování pravidel 9 klientů, z nich 3 lze označit za časné vypadnutí

f/ In the “compliance with the rules/treatment complications” subcategory, the groups were consistent in showing low levels of severity of complications in the domains of self-exposure to other community members, respect for other people’ opinions and listening, responsibility, keeping things tidy and in order, fulfilling tasks at different stages of the treatment, accepting community routines, accepting therapy, and devaluing certain community activities. On the other hand, significant areas of negative rating in terms of treatment complications were found in the ADHD clients, while these were almost non-existent among the control group.

g/ In the “way of leaving the therapeutic community” subcategory, a higher rate of problems in relation to persisting with treatment and the completion of the treatment programme was found in Group I, with ADHD. The attrition rate was higher among the ADHD clients than among the control group. Twelve clients from the former group did not continue their treatment after the questionnaire survey had been completed. Out of those, three left on the basis of “controlled discharge” prior to the treatment completion date as planned (which can hardly be considered a failure of treatment, as it involves a referral to aftercare). Nine clients left treatment of their own will or were expelled for breaches of the rules. Three of those may be referred to as early drop-outs – terminating treatment at its initial stage). The highest rate of treatment retention-related problems was recorded in the “both childhood and adult ADHD” subgroup. In the control (non-ADHD group) only four clients terminated treatment early for disciplinary reasons (one of them after a month in treatment).

h/ The ADHD group, Group I, was rated as more complicated than the non-ADHD control group with respect to the “complications in comparison to other clients” subcategory. The rating indicated that complications are more prevalent in comparison to other clients or that the client makes the treatment more complicated than other clients do. The subcategory looked into the domains of psychiatric care, psychopharmaceutical therapy during treatment in the community, family relationships, and any primary family-related complications and serious negative developments.

i/ In both the main groups, major complications occurred at a similar rate (a rating of 0 for no complications to 3 for maximum complications); ratings of 2 and 3 were predominant. The analysis found congruence in complications pertaining to the domains of poor functioning within the group in terms of the negation of feedback, reclusiveness and rejection of criticism, and separation from the primary family. While in the ADHD clients major complications were more associated with psychopathological features, in the control group they were attributed to the maintaining of boundaries to a greater degree.

(early drop out – ukončení v prvním období léčby). Nejčastější výskyt problémů souvisejících s udržení v léčebném programu vykazovala podskupina ADHD v dětství i současnosti. V kontrolní skupině (bez ADHD) jen 4 klienti předčasně ukončili léčbu z disciplinárních důvodů (jeden z nich po měsíci léčby).

h/ V podkategorii komplikace ve srovnání s jinými klienty byla I. základní skupina s ADHD hodnocena jako komplikovanější vzhledem ke kontrolní skupině bez ADHD. Hodnocení znamenalo, že komplikace je mnohem častější než u ostatních klientů, anebo že klient komplikuje léčbu více než ostatní klienti. Podkategorie mapovala oblast psychiatrické péče, medikaci psychofarmaků během léčby v komunitě, oblast rodinných vztahů a komplikací ve vztahu k primární rodině a závažné negativní změny.

i/ Zásadní komplikace se objevovaly u obou základních skupin s obdobnou frekvencí (hodnocení 0 bez komplikací – 3 maximum), výlučně převládalo hodnocení 2 a 3. Analýza přinesla zjištění shody komplikací v oblasti špatného fungování ve skupině z hlediska negace zpětné vazby, uzavřenosti a odmítání kritiky a v oblasti separace od primární rodiny. U klientů s ADHD zásadní komplikace souvisely spíše s psychopatologickými rysy, u kontrolní skupiny s udržováním hranic.

II. kategorie behaviorálních projevů

Kategorie behaviorálních projevů a její hodnocení vycházelo z bodové škály „změny v chování od počátku léčby“. Byla sledována podkategorie (j) chování celkové, chování v rámci komunitního kolektivu a pozice ve skupině, podílení se na činnostech komunity, postoj k autoritě a dodržování pravidel. Skupina s ADHD byla celkově hodnocena v oblasti chování jako mnohem horší; vykazovala více klientů s negativním hodnocením ve sledovaných oblastech. V kontrolní skupině byla v případě negativního hodnocení úroveň závažnosti komplikací mírnější. Zároveň obě skupiny vykazovaly zlepšení v rámci sledovaných oblastí od začátku léčby; podíl klientů s pozitivně hodnocenou změnou byl vzhledem k zastoupení skupin vyrovnaný.

II. Behavioural Manifestations Category

The 'behavioural manifestations' category and its rating was based on the "Changes in Behaviour since the Beginning of Treatment" scale. The (j) "behaviour in general, behaviour within interpersonal relationships in the community, activity in the community, respect for authority, position among the community members, and compliance with the rules" category was looked into. In general, the behaviour of the ADHD group was rated as being much worse; there were more clients who received negative ratings in the domains under study. In the event of negative ratings, the severity of the complications in the control group was lower. Both groups showed improvements in the domains under scrutiny since the beginning of treatment; the rates of clients receiving positive change ratings reached the same levels in relation to group representation.

● 3 / 2 ADHD-relevant complications according to the final CTQ score and the factors under scrutiny

In its original form, the CTQ is also used as a tool to diagnose ADHD. This procedure was also applied as part of our study. The standard procedure reported by Paclt et al. (2007) was used to evaluate the modified version of the CTQ. Four basic factors were identified: (I) Conduct Disorders (containing 13 items to be rated), (II) Inattentive-Passive (6 items), (III) Tension-Anxiety (6 items), and (IV) Hyperactivity (6 items). The sum total of CTQ items is 31, with each item being scored with 0-3 points. Paclt et al. (2007) suggest that factors I and IV may be aggregated and evaluated as a single factor in assessing for an ADHD diagnosis. In our study, the clients' final scores were compared separately for each factor, based on the aggregate score for I (Conduct Disorders) and IV (Hyperactivity) and the total score from all the factors. The evaluation results are summarised in *Table 5*.

According to Paclt et al. (2007), the score indicating a potential ADHD diagnosis on the CTQ scale is 20 (with a deviation of +/- 5 points), arrived at by aggregating the points scored for factors I and IV (Conduct Disorders and Hyperactivity). Adding up factors I and IV for the main groups and subgroups, it was found that the highest average scores were reached by clients affiliated with the non-ADHD group, Group II. In terms of points scored, ADHD-relevant complications as per the CTQ scale showed a higher rate in the control group. As for Factor II (Inattentive-Passive) and Factor III (Tension-Anxiety), too, the clients in Group II (non-ADHD) recorded the highest average scores. However, the "both childhood and current ADHD" subgroup scored higher on factors I, II, and III in comparison to the non-ADHD group.

● 3 / 2 Komplikace relevantní pro ADHD podle výsledného skóre CTQ a sledovaných faktorů

CTQ v původní podobě se rovněž používá jako diagnostický nástroj ke stanovení ADHD. V rámci naší studie jsme dodatečně aplikovali i tento postup. Při vyhodnocení modifikované verze CTQ bylo využito standardního postupu, který uvádí Paclt et. al. (2007), kdy byly identifikovány čtyři základní faktory – I. poruchy chování (obsahující 13 hodnocených položek), II. nezáčastněnost a pasivita (6 položek), III. napětí a úzkost (6 položek) a IV. hyperaktivita (6 položek). Součet hodnocených položek z celé škály CTQ činí 31, přičemž hodnocení jedné položky znamená bodový rozptyl 0–3. Podle Paclta et. al. (2007) se faktory I a IV mohou sčítat a vyhodnocovat jako jediný faktor ke stanovení diagnózy ADHD. V naší studii byli klienti srovnáváni dle výsledných hodnot odděleně pro každý z faktorů, na základě součtu faktorů I (poruchy chování) a IV (hyperaktivita) a celkového skóre ze všech faktorů. Přehled výsledků vyhodnocení uvádí *tabulka 5*.

Skóre pro určení potencionální diagnózy ADHD na základě škály CTQ dle Paclta et. al. (2007) činí 20 bodů s odchylkou plus/mínus pět bodů na základě součtu faktorů I a IV (poruchy chování a hyperaktivita). Při součtu faktorů I a IV u základních skupin a podskupin bylo zjištěno, že průměrné nejvyšší hodnoty dosahují klienti II. základní skupiny bez ADHD. Zjištěné komplikace relevantní pro ADHD dle škály CTQ byly v případě bodového hodnocení vyšší u kontrolní skupiny. Rovněž u faktorů II (nezúčastně-

Table 5 / Tabulka 5

Final CTQ scores by factors under analysis (average scores)

Výsledné hodnoty CTQ dle analyzovaných faktorů (průměrná hodnota)

Factors under evaluation	Average scores by CTQ factors		
	Group I (ADHD)	- subgroup with the highest average score	Group II (non-ADHD)
I. Conduct Disorders	10.9	11.9/ADHD ch+c*	12.0
II. Inattentive-Passive	4.98	6.2/ADHD ch+c	5.5
III. Tension-Anxiety	4.5	5.5/ADHD ch+c	5.0
IV. Hyperactivity	4.2	4.8/ADHD ch**	5.6
Factors I + IV (sum total)	14.9	16.3/ADHD ch+c	17.6
Sum total of Factors I-IV	24.6	27.7/ADHD ch+c	28.1

*ADHD ch+c (ADHD both in childhood and currently), **ADHD ch (childhood ADHD only)

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

● 4 DISCUSSION

Given the evidence of a relatively high rate of potential ADHD clients (56.6%) in therapeutic communities for drug addicts, the present study examined the effect of ADHD on the course of treatment and complications that may arise. In the Czech context, it is the first research project to probe into this issue. Nevertheless, our conclusions generally confirm the findings of the foreign studies cited in Section 1 (cf., for example, a meta-analysis by van Emmerik-van Oortmerssen et al. (2012). It was shown that ADHD affects the personality of an individual in terms of their predisposition to substance use and experiencing numerous problems in their daily functioning. This may be reflected in residential treatment provided by therapeutic communities which are designed as a model of everyday life (see Kalina, 2008).

The above part of the study was designed to: (a) assess the ADHD clients for any treatment complications, (b) look for the effects of ADHD on the treatment process in therapeutic communities, and, additionally, (c) assess whether the measure used (modified CTQ) was suitable for diagnosing ADHD in the clients of therapeutic communities.

a/ The occurrence of complications was examined on the basis of the therapists' rating of the ADHD clients and non-ADHD clients in treatment. It was found that complications were experienced in both study groups. The complications showed greater severity in Group I, with ADHD. This group showed complications of higher severity in the domains of acceptance of the treatment programme (major deterioration was described by the therapists in a quarter of the ADHD clients), behaviour towards the community members ("major" complications of a different nature), participation in communal activities, attitude towards authority and the fulfilment of tasks (particularly with respect to journaling and the completion of personal tasks), treatment programme-related complications (considerable problems with physical exercise, awkwardness, and avoidance), the way of leaving the residential treatment (a quarter of the ADHD clients terminated the treatment early, mostly for disciplinary reasons), and complications in comparison to others (almost half of them received positive ratings in this respect). Psychiatric care and psychopharmacological medication during treatment (with no direct link to the ADHD symptoms, which implies the presence of additional psychopathological complications), problematic relationships with the primary family, treatment complications identified by the therapists as critical, and the negative rating of behavioural responses to treatment in comparison with the control group) were found to be frequent complications in Group I.

When the therapist questionnaires (modified CTQs) were being processed, a great number of blank questions/answers were encountered. Not all the questionnaires could thus be considered. When compared to the clients who were asked to complete the WURS and ASRS self-report

nost a pasivita a faktoru III (napětí a úzkost) dosahovali klienti II. základní skupiny bez ADHD nejvyšších průměrných hodnot. Podskupina s ADHD v dětství i současnosti však u faktorů I, II a III skórovala výše než skupina bez ADHD.

● 4 DISKUSE

Uvedená studie se na základě zjištění poměrně vysokého výskytu klientů s potencionální diagnózou ADHD (56,6 %) v terapeutických komunitách pro drogově závislé zabývala vlivem ADHD na průběh léčby a výskyt komplikací. V kontextu zkoumaného tématu je v České republice první sondou do této oblasti. Naše závěry však v zásadě odpovídají výstupům zahraničních studií, citovaných v oddílu 1, např. metaanalýze van Emmerik-van Oortmerssen et al. (2012), totiž že ADHD má vliv na osobnost jedince z hlediska predispozice k užívání návykových látek a vysokého výskytu problémů při fungování v běžném životě; což lze vztáhnout i na rezidenční léčbu v terapeutických komunitách, které jsou postaveny jako model běžného života (viz Kalina, 2008).

Výzkumný plán uvedené části studie zahrnoval (a) výskyt komplikací u ADHD klientů v léčbě, (b) zjištění dopadu ADHD na průběh léčby v komunitě, (c) dodatečně též posouzení vhodnosti použitého nástroje (modifikace CTQ) k diagnostice ADHD u klientů terapeutických komunit.

a/ Zkoumání výskytu komplikací na základě hodnocení terapeutů v léčbě u klientů s ADHD a klientů bez ADHD přineslo zjištění, že komplikace se vyskytují u obou sledovaných skupin. Z hlediska závažnosti převažovaly komplikace u I. skupiny s ADHD. Tato skupina vykazovala závažnější komplikace v oblasti akceptace léčebného programu (výrazné zhoršení popsali terapeuti u čtvrtiny klientů s ADHD), v chování v rámci komunitního kolektivu (obsahově odlišné „výrazné“ komplikace), v podílení se na činnostech terapeutické komunity, v postoji k autoritám a plnění úkolů (zejména práce s deníkem a plnění osobních úkolů), v oblasti komplikací terapeutického programu (značný problém ve fyzických aktivitách, neobratnost, vyhýbání se), dále ve způsobu ukončení rezidenční léčby (u čtvrtiny klientů s ADHD byl zaznamenán předčasný odchod, většinou z disciplinárních důvodů) a konečně v hodnocení komplikovanosti vzhledem k ostatním (necelá polovina hodnocena pozitivně). Zjištěnou a četnou komplikací u I. skupiny byla psychiatrická péče a medikace psychofarmaky během léčby (bez přímé souvislosti s ADHD příznaky, což implikuje přítomnost dalších psychopatologických komplikací), problémový vztah s primární rodinou, komplikace v léčbě označované terapeuti jako zásadní a negativní hodnocení behaviorálních projevů v léčbě ve srovnání s kontrolní skupinou.

Při zpracování Dotazníků pro terapeuti (modifikace CTQ) jsme se setkali s vysokým počtem vynechaných otázek/odpovědí, takže všechny dotazníky nebylo možné vyhodnotit. V porovnání s klienty, kteří vyplňovali sebeposu-

questionnaires, the therapists turned out to be less diligent. Some therapist questionnaires were also found not to correlate in terms of the verbal and point evaluations of the clients in the groups under study. While the ADHD group received negative verbal evaluations, it achieved better results than the non-ADHD one after the rating of scale items and the aggregate scores had been taken into account. This finding may be attributed to the fact that the rate of ADHD symptoms in adulthood is often masked and thus difficult to identify and that both groups show largely similar behavioural and cognitive signs.

b/ The investigation of the effects of ADHD on the process and outcome of treatment in a therapeutic community showed that the disorder under study has an impact on both the beginning and the further course of treatment. Problems in ADHD clients, including significant personal issues, psychological manifestations, family issues, and poor functioning within the regimen and rules applied in the therapeutic community, were recorded throughout treatment. The problems that were identified at the onset of treatment recurred in its later stages; psychological problems (manifested as aggression, impulsivity, self-pity, negative experiencing, depressive tendencies, emotional lability, mood swings, etc.) tended to intensify. In behavioural terms, the ADHD clients were more likely to be rated negatively for their behaviour during treatment (deteriorated very much – behaviour in general, behaviour towards the community members, attitude towards authorities, etc.). Positive ratings were very low (improved just a little). Domains with no changes implied predominantly negative evaluations for the clients with ADHD, given the changes in the acceptance of the treatment programme and individual characteristics. In terms of the successful completion of treatment and persistence with the programme, the ADHD clients recorded the largest number of early terminations. Fluctuating motivation and abandoning complex objectives and tasks quickly was a recurrent pattern. In the research question under consideration, the complications identified in the previous research question played a role of major influence.

The identified categories of clients' problems and characteristics that interfered with the treatment regimen were similar in both groups, i.e. in qualitative terms, the ADHD clients did not show problems different from those recorded in the non-ADHD clients. According to the therapists, however, the ADHD clients showed more psychological and individual manifestations in treatment, which had a bearing on the domain of acceptance of the treatment programme and functioning within it. A number of clients were described as problematic in their adaptation to the programme; there were recurrent problems with their understanding of the structure of the regimen and its rules, coping with it, and with insufficient independence (a need for more intensive care and guidance). It was also found

zovací dotazníky WURS a ASRS, se terapeuti ukázali jako méně pečliví. Objevilo se rovněž, že Dotazníky pro terapeutky nekorelovaly ve slovním a bodovém hodnocení klientů sledovaných skupin. Ačkoliv byla skupina s ADHD hodnocena negativně ve slovním hodnocení, vycházela v bodovém hodnocení škálových položek a v součtu hodnot lépe než skupina bez ADHD. Zjištění lze přičíst zastřené míře výskytu symptomů ADHD v dospělém věku a problematice rozpoznání uvedené poruchy a zároveň vysoké srovnatelnosti behaviorálních i kognitivních projevů obou skupin.

b/ Zjišťování vlivu ADHD na průběh a výsledek léčby v terapeutické komunitě ukázalo, že uvedená porucha ovlivňuje začátek i průběh léčby. U ADHD klientů byly zjištěny problémy při zahájení i v průběhu léčby: výrazná individuální problematika, psychické projevy, rodinná problematika a fungování v rámci režimu a pravidel v terapeutické komunitě. Problémy, které byly identifikovány v začátku, se opakovaly i v průběhu léčby – psychické problémy často s intenzivnějšími projevy (agrese, impulzivita, sebelítost, negativní prožívání, depresivní ladění, emoční labilita, výkyvy nálad). V behaviorální rovině se u klientů s ADHD vyskytovalo v průběhu léčby více negativních hodnocení (zhoršení velmi – chování celkové, v rámci komunitního kolektivu, postoj k autoritám...), pozitivní hodnocení (mírné zlepšení) bylo velmi nízké. Oblast bez zjištěných změn znamenala pro klienty s ADHD převážně hodnocení negativní vzhledem ke změnám v akceptaci léčebného programu a individuálních charakteristikách. ADHD klienti z hlediska úspěšného dokončení léčby a setrvání v programu vykazovali nejvíce předčasných odchodů. Opakujícím se vzorcem bylo kolísání motivace a rychlé opouštění složitějších cílů a úkolů. U uvedené výzkumné otázky se do popředí vlivu dostávaly komplikace identifikované v předchozí výzkumné otázce.

Identifikované kategorie problémů a charakteristik klientů zasahujících do léčebného režimu byly u obou skupin podobné, tj. klienti s ADHD nevykazovali kvalitativně jiný typ problémů než klienti bez ADHD. Dle hodnocení terapeutů však klienti s ADHD přinášeli do léčby více psychických a individuálních projevů, které zasahovaly do oblasti akceptace léčebného programu a fungování v něm. Nmalá část klientů byla popisována jako problematická ve vztahu k adaptaci na program – vyskytl se opakovaný problém s porozuměním struktuře a pravidlům, orientaci v režimu a nízké samostatnosti (potřeba vyšší péče a doprovázení). Zároveň bylo zjištěno, že uvedení klienti dosahují v průběhu léčby velmi dobrých výsledků v pracovní terapii, jsou oceňováni za snahu (i přes výskyt opakovaných chyb, či porušení pravidel).

c/ Dotazník pro terapeutky (modifikovaná škála CTQ) se ukázal jako značně citlivý vůči komplikacím v léčbě u všech klientů a ve všech sledovaných oblastech. Klienti bez ADHD však ve škálových položkách CTQ dosahovali v prů-

that during treatment these clients achieved very good results in work therapy and were praised for their effort (despite their repeated mistakes and violations of the rules).

c) The Therapist Questionnaire (a modified CTQ measure) proved to be very sensitive to treatment complications in all the clients and all the domains under study. It should be noted, however, that on average the non-ADHD clients recorded higher scores and more severe treatment complications than the ADHD clients for the CTQ scale items, with the exception of the "ADHD in both childhood and adulthood" subgroup, where the average scores reached their highest levels. The CTQ factors were evaluated for diagnostic purposes. The pathological reference level for ADHD was met by 19 clients from the control group and by 20 clients with ADHD (i.e. not even half of the 43 clients in whom an ADHD diagnosis was suggested by the results of the self-report questionnaires). In other words, the CTQ measure identified the pathological reference level for ADHD in a different set of clients than the self-report questionnaires.

This contradiction needs to be explored further. The authors of this article find that the self-report questionnaires have greater validity. Their conclusion is based on the fact that while the CTQ scale was originally developed for teachers to assess students (i.e. to screen for childhood ADHD), its pathological reference level may not be fully relevant to the target group under study, given the adult ADHD diagnosis-related issues and the fact that the symptoms are often masked. Whether the therapists had enough time to observe the clients and assess them on the ADHD rating scale and, last but not least, whether they did so with due diligence, should also be taken into account. No less than one third of the therapist questionnaires were excluded from evaluation for being incomplete. Even the questionnaires that were included in the evaluation showed that verbal assessment was given greater attention than scaling. The therapists were not given any instructions, given the pilot nature of the research study.

Our preliminary conclusion is that in view of the above findings the CTQ may be considered a suitable measure for providing data additional to that generated by self-report questionnaires, but is not sufficient for diagnosing adult ADHD in the clients under consideration. However, the therapist questionnaire and the modified CTQ measure provide sensitive resources for identifying any complications and monitoring the treatment process in individual clients.

The assessment of adult ADHD in clients with addictive disorders is an issue in itself, as its symptoms may be concealed for scores of reasons. While the disorder is known to persist from childhood into adulthood among 40 to 50% of individuals, its impulsivity and hyperactivity elements go into remission and only poorly manifested attention disor-

měru vyšších hodnot a závažnějších problémů v léčbě než klienti s ADHD, s výjimkou podskupiny s ADHD v dětství i dospělosti, kde průměrné hodnoty byly nejvyšší. Při vyhodnocení faktorů škály CTQ a stanovení potencionální diagnózy splňovalo patologickou referenční hodnotu pro ADHD 19 klientů kontrolní skupiny a 20 klientů s ADHD (tj. pouze necelá polovina ze 43 klientů, u nichž na diagnózu ADHD poukázaly výstupy ze sebehodnotících dotazníků). Jinak řečeno, škála CTQ nalezla patologickou referenční hodnotu pro ADHD u jiné množiny klientů než sebehodnotících dotazníky.

O tomto rozporu je třeba diskutovat. Důvody, proč se autoři článku přiklánějí k vyšší validitě sebehodnotících dotazníků se opírají zejména o skutečnost, že škála CTQ byla původně určena pro učitele k posouzení žáků (tj. k diagnostice ADHD v dětství), avšak vzhledem k problematice diagnostiky ADHD v dospělém věku a zastřenosti symptomů nemusí být její patologická referenční hodnota zcela směrodatná pro cílovou skupinu našeho výzkumu. Je nutné rovněž vzít v úvahu, zda terapeuti měli dostatečně dlouhou dobu potřebnou k pozorování klientů, a tedy k následnému posouzení dle bodovací stupnice pro ADHD, a neposlední řadě, zda se tomu věnovali s dostatečnou pozorností. Celá 1/3 dotazníků pro terapeutů byla z hodnocení vyřazena pro neúplnost a i v části dotazníků, které jsme do hodnocení zařadili, vykazovala větší pozornost při slovním hodnocení než při škálování. Instrukcí terapeutů vzhledem k pilotnímu charakteru výzkumné studie nebyla prováděna.

Naším pracovním závěrem je, že škálu CTQ lze považovat vzhledem k uvedeným zjištěním za nástroj vhodný k doplnění údajů informací k sebeuposuzovacím dotazníkům, ale její užití pro diagnostiku ADHD v dospělosti je pro danou klientelu nedostačující. Dotazník pro terapeutů a přetvořená škála CTQ jsou však citlivým nástrojem k zjištění výskytu komplikací a průběhu léčby u jednotlivých klientů.

Diagnostika ADHD v dospělosti u klientely se závislostními poruchami je sama o sobě tématem k diskusi, protože příznaky mohou být z různých důvodů zastřené. Porucha z dětství do dospělosti sice přetrvává u 40 až 50 % osob, dochází však k ústupu impulzivity a hyperaktivity při přetrvávání nevýrazných poruch pozornosti (Paclt, 2007). Především se však u ADHD v dospělosti často vyskytují další psychiatrické komorbidity, v podstatě shodné s těmi, které doprovázejí také závislostní poruchy: zejména jde o depresivní a úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy a poruchy osobnosti (viz např. Jeřábek, 2008; Oortmerssen et al., 2012; Kalina a Vácha, 2013). Tyto poruchy mohou zastírat původní ADHD symptomatologii a vést ke zkreslení stanovené diagnózy. Rovněž jsme v naší studii identifikovali klienty s touto další psychopatologií, a to více ve skupině klientů s ADHD než v kontrolní skupině. Kromě toho mohou některé nespecifické symptomy, imponující jako ADHD,

ders linger on (Paclt, 2007). It needs to be underlined, however, that adult ADHD is often associated with other psychiatric comorbidities, such as depressive and anxiety disorders, eating disorders, and personality disorders, which are basically identical to those that occur in parallel to addictive disorders (see, for example, Jeřábek, 2008; Oortmerssen et al., 2012; Kalina and Vácha, 2013). Such disorders may mask the original ADHD symptoms and result in the condition being misdiagnosed. In our study, too, we identified clients with this additional psychopathology; there were more of them among the ADHD client group than in the control group. Moreover, some non-specific symptoms which manifest themselves as ADHD may ensue from the addictive disorder (especially in those dependent on methamphetamine), and eight weeks of abstinence before the administration of the questionnaire may not be enough for them to be distinguished. Therefore, it cannot be clearly stated whether the treatment complications that were identified can be attributed to the signs of ADHD or combined comorbidity.

The findings of the pilot study on ADHD in clients of therapeutic communities in the Czech Republic provide the first evidence of possible predictor prevalence and its potential implications. A benefit may be seen in that the potential rate of clients with this diagnosis among users in treatment is high in the Czech Republic and the effect of the disorder on the functioning of the individual in a treatment programme is significant in terms of the characteristics under consideration. The “childhood-ADHD-only” subgroup was found to show treatment complications that were identical to those recorded in other ADHD subcategories and greater than in the control group. The largest number of complications was found in clients with ADHD in both childhood and adulthood, where the high rate of problems and great severity of symptoms were also confirmed by the scales used. As for the complications that were recorded, the results showed that the ADHD clients experienced problems in coping with the treatment programme and indicated a number of great difficulties among this client group. These findings make it possible to assess these clients’ specific needs that pertain to their individual abilities, psychological complications, and problems encountered in coping with certain components of the treatment programme. Early diagnosis and reflection of these clients’ needs may dramatically reduce the number of early drop-outs, improve clients’ engagement with the programme, and increase the benefit they gain from treatment interventions. The confirmation of an elevated rate of complications among clients with dual diagnoses may also be found useful (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014). An important outcome of the present study is the evaluation of the modified CTQ for its effectiveness in screening for ADHD. It was concluded that under the given

vyplývat ze samotné závislostní poruchy (zejména u závislých na metamfetaminu) a 8 týdnů abstinence před aplikací dotazníků nemusí postačovat k jejich odstínění. Nelze tudíž tvrdit s jistotou, zda zjištěné komplikace v léčbě lze přičíst na vrub projevům ADHD, nebo kombinované komorbiditě.

Uvedené poznatky z pilotní studie o ADHD u klientů v terapeutických komunitách v České republice přináší první zjištění o možné predikční prevalenci a jejích případných důsledcích. Přínosem může být, že se v České republice klienti s potencionální diagnózou mezi léčenými uživateli vyskytují ve vysokém počtu a vliv uvedené poruchy na fungování jedince v léčebném programu je vzhledem ke sledovaným charakteristikám významný. Při sledování podskupiny s diagnózou ADHD pouze v dětství byly zjištěny komplikace v léčbě shodné s ostatními podkategoriemi ADHD a vyšší než v případě kontrolní skupiny. Nejvíce komplikací vykazují klienti s ADHD v dětství i v dospělosti, kde i podle použitých škál je četnost výskytu problémů a závažnost symptomatologie vysoká. Výsledky z hlediska komplikací přináší informace o problémech klientů s ADHD ve zvládnutí léčebného programu a ukazují na závažné problémy uvedené skupiny. Vzhledem k těmto zjištěním je možné posoudit specifické potřeby uvedené klientely, které zasahují do oblasti individuálních schopností, psychických komplikací a problémů při zvládnutí některých částí léčebného programu. Včasná diagnostika a reflexe potřeb této klientely může výrazně snížit počet předčasného ukončení léčby, zvýšit zapojení klientů do programu a jejich benefit z léčebných intervencí. Za přínosné lze považovat i potvrzení zvýšeného výskytu komplikací u klientů s duálními diagnózami (van Emmerik-van Oortmerssen et al. (2014). Důležitým výsledkem uváděné studie je zhodnocení modifikovaného CTQ a zjištění efektivity vzhledem k záchytu ADHD: zde jsme dospěli k závěru, že uvedený nástroj v daných podmínkách sice neidentifikuje přesně klienty s pravděpodobnou diagnózou ADHD, lze jej ale doporučit k mapování komplikací v léčbě.

Limity našeho výzkumu jsou dány povahou pilotní studie a explorační dosud nezkoumaného jevu v konkrétních podmínkách terapeutických komunit. Jejich klienti jistě nejsou typickým vzorkem subpopulace problémových uživatelů a závislých; obecně se uvádí, že klientela terapeutických komunit je z mnoha hledisek značně komplikovaná (viz Kalina, 2008, kapitola 19) a je možné diskutovat určitou preselekcí danou nejen ADHD symptomatologií, ale i dalšími psychopatologickými komorbiditami a jejich interpersonálním a sociálním dopadem. Tím by bylo možné rovněž vysvětlit značný rozdíl mezi 56 % klienty ADHD+ zjištěnými v naší studii a údajem poslední práce van Emmerik-van Oortmerssen et al. (2014), která uvádí 13,9 ADHD+ klientů v rozsáhlém vzorku bez zřetele na typ léčby. Z hlediska diagnostiky může být problémem i skutečnost, že diagnostické nástroje pro ADHD nejsou standardi-

conditions the measure is not accurate in identifying clients with a possible ADHD diagnosis, but it can be recommended as a tool for mapping treatment complications.

The limitations of our research ensue from it being conceived as a pilot study and exploring a phenomenon which has not been investigated specifically in the conditions of therapeutic communities. Indeed, their clients do not constitute a representative segment of the subpopulation of problem users and addicts. Clients of therapeutic communities are generally reported as being complicated in a number of aspects (see Kalina, 2008, Chapter 19): a certain pre-selection ensuing not only from ADHD symptoms, but also other psychopathological comorbidities and their interpersonal and social implications, may be brought up in this respect. This might also explain the dramatic difference between the 56% of ADHD+ clients identified in our study and the recent findings of van Emmerik-van Oortmerssen et al. (2014), who found 13.9% of ADHD+ clients in a large sample, irrespective of the treatment type. In terms of assessment, the fact that ADHD diagnostic tools are not standardised for substance-using clients may also be a problem (see Matthys et al., 2014).

Another limitation lies in the choice of the assessment instrument used by the therapists, which was adapted to address the nature of the research problem and applied to specific cases in order to test its ADHD screening capacities. When treatment complications were being looked for, the effects of ADHD could not be fully distinguished from the potential influence of other concurrent psychiatric complications. The relatively short data collection time period may also be considered a limitation, as it may have affected the therapists' abilities to assess the clients' condition correctly. The role of the human factor in the completion of the questionnaires must also be taken into account. As previously stated, the number of items that were left blank by the clients when completing the self-report questionnaires was significantly smaller in comparison to the therapist questionnaires. Although all the collaborating communities agreed to participate in the study, the number of staff members who completed the Therapist Questionnaire in its entirety was rather low. Thus, another limitation of the study can be seen in the therapists' being insufficiently motivated to participate in the research and their low awareness of the issue, which, as the study has shown, deserves attention.

● 5 CONCLUSIONS

In the diagnostic part of our pilot study, we first evaluated the self-report clinical inventories designed to identify ADHD (developed on the basis of WURS and AASRS) and divided the study sample into Group I, with ADHD, and (Control) Group II, without ADHD (the area of research and the relevant information are not the subject of this article). The ADHD group (I) included three subgroups: (a) with

zovány na klientelu uživatelů návykových látek (viz Matthys et al., 2014).

Jedno z dalších omezení představuje volba nástroje pro terapeutu, který byl upraven z hlediska povahy výzkumného problému a aplikován na konkrétní případy pro zjištění schopnosti zachycení ADHD. Při sledování komplikací v léčbě se nepodařilo zcela očistit vliv ADHD od možného vlivu dalších přidružených psychiatrických komplikací. Za omezení lze považovat i poměrně krátkou dobu realizace sběru dat, která mohla ovlivnit schopnost terapeutů posoudit stav klientů. Není možné rovněž opomenout lidský faktor při vyplňování dotazníků. Jak jsme uvedli výše, klienti při vyplňování sebehodnoticích dotazníků dosahovali signifikantně vyššího počtu vyplněných položek v porovnání s terapeutickými pracovníky. Ačkoliv souhlas s participací na výzkumu byl udělen všemi spolupracujícími komunitami, byl počet pracovníků, kteří vyplnili celý Dotazník pro terapeuta, dosti nízký. Limit studie lze tudíž spatřovat i v nedostatečné motivaci terapeutů k účasti ve výzkumu a v nízké informovanosti o dané problematice, která dle výsledků studie není zanedbatelná.

● 5 ZÁVĚRY

V diagnostické části naší pilotní studie jsme nejprve provedli vyhodnocení sebehodnoticích klinických inventářů pro diagnostiku ADHD (vytvořeno dle WURS a AASRS) a rozdělili výzkumný soubor na I. základní skupinu s ADHD a II. základní (kontrolní) skupinu bez ADHD (uvedená oblast výzkumu a relevantní informace nejsou součástí článku). I. základní skupina s ADHD zahrnovala tři podskupiny: (a) podskupinu s diagnózou ADHD v dětství, (b) podskupinu s diagnózou ADHD pouze v dospělosti, tj. v současnosti, (c) podskupinu s diagnózou ADHD v dětství i v současnosti. Na základě tohoto rozdělení skupin jsme pak porovnávali výstupy dotazníku pro terapeuta (úprava CTQ).

1/ Bylo zjištěno, že u klientů s diagnózou se vyskytují závažnější komplikace v léčbě než u kontrolní skupiny. U klientů s ADHD se vyskytovaly při analýze slovních odpovědí a škálových položek od terapeutů závažnější komplikace v oblasti akceptace léčebného programu, v chování v rámci komunitního kolektivu, v podílení se na činnostech terapeutické komunity, včetně v oblasti plnění úkolů, v oblasti komplikací terapeutického programu a problému ve fyzických aktivitách, ve způsobu odchodu z rezidenční léčby a v hodnocení komplikovanosti vzhledem k ostatním klientům.

2/ Bylo zjištěno, že ADHD u klientů v léčbě v terapeutických komunitách ovlivňuje začátek i průběh léčby. U klientů s ADHD se vyskytují komplikace, které propojují individuální rovinu, psychickou problematiku a schopnost fungování v rámci pravidel a řádu. Klienti s ADHD byli hodnoceni vzhledem ke kontrolní skupině negativněji, během léčby docházelo k minimálním žá-

a childhood ADHD diagnosis, (b) with an adult (current) ADHD diagnosis only, and (c) with both childhood and current ADHD. The results obtained from the therapist questionnaires (adapted from the CTQ) were then compared against this division.

1/ It was found that the clients with an ADHD diagnosis display more severe treatment complications than the control group. The analysis of the therapists' verbal responses and rating of scale items revealed that the ADHD clients showed more severe complications in terms of their acceptance of the treatment programme, behaviour towards the community members, participation in communal activities, including the fulfilment of tasks, complications with respect to the therapeutic programme and physical exercise, their way of leaving the residential treatment, and complications in relation to other clients.

2/ It was found that ADHD affects both the beginning and the further course of treatment in clients of therapeutic communities. The ADHD clients show complications that are projected across the individual level, psychological issues, and functioning within a certain order and rules. In comparison with the control group, the ADHD clients received more negative ratings: only a few desirable changes from their condition at the beginning of the treatment were achieved and there were also numerous clients who were rated as having recorded deterioration or significant deterioration against their baseline condition. The clients' behavioural and psychological manifestations had a bearing not only on the individual level (markedly low self-esteem in the majority of the sample), but also on their ability to engage with the treatment programme and benefit from it.

3/ It was found that the CTQ (Conners Teacher Questionnaire) as adapted for the study – the Therapist Questionnaire – is effective in identifying treatment complications. However, the CTQ scaling cannot be considered a reliable measure for diagnosing ADHD in the clients under consideration. The evaluation of the CTQ scale in the Therapist Questionnaire identified a set of potential ADHD clients which was different from that identified by the self-report questionnaires, which we found more authoritative for the reasons specified in Section 4. The adapted CTQ may be recommended as a relatively sensitive tool to look for treatment complications rather than the only measure to identify ADHD.

The findings of our study do not necessarily imply that clients with ADHD are the only ones to pose "complications" in treatment and predict treatment failures. Equally, it would be improper to claim that treatment complications in ADHD clients are due to ADHD only rather than to the complex interaction of the psychiatric comorbidities that are commonly associated with both ADHD and addiction. The main objective of our work was to expand the knowl-

doucí změnám od zahájení léčby; objevila se i velká část klientů s hodnocením zhoršení či výrazného zhoršení od počátku léčby. Behaviorální a psychické projevy klientů zasahovaly nejen do individuální oblasti (výrazně nízké sebehodnocení u většiny souboru), ale i do schopnosti zapojení se do léčebného programu a profitování z něj.

3/ Bylo zjištěno, že použitá úprava CTQ (Conners Teacher Questionnaire) – Dotazník pro terapeut – dobře zachycuje komplikace v léčbě, škálování dle CTQ však nelze považovat za spolehlivý nástroj pro určení diagnózy ADHD u dané klientely. Vyhodnocení škály CTQ v Dotazníku pro terapeut identifikovalo jako potenciální nositele diagnózy ADHD jinou množinu klientů než sebehodnotící dotazníky, které z důvodů uvedených v oddílu 4 pokládáme za více směrodatné. Úpravu CTQ můžeme doporučit jako poměrně citlivý nástroj pro průzkum komplikací v léčbě, nikoliv však jako jediný instrument k záchytu ADHD.

Závěry naší pilotní studie nelze vyložit tak, že pouze klienti s ADHD jsou v léčbě „komplikovaní“ a predikční pro neúspěšné absolvování léčebného programu. Stejně tak nelze tvrdit, že komplikace v léčbě u klientů s ADHD jsou způsobeny výlučně ADHD a nikoliv komplexem psychiatrických komorbidit, které jsou u ADHD i u závislosti časté. Hlavním záměrem naší práce bylo rozšířit poznatky o problematice ADHD v kontextu adiktologické klientely, aplikovat a zjistit účinnost klinických nástrojů, přinést vzhled do uvedené výzkumné oblasti a podnítit další výzkumné i klinické činnosti v oblasti sledované problematiky. Za důležité pokládáme zejména vzdělávání pracovníků terapeutických komunit v problematice ADHD, praktická doporučení k diagnostikování ADHD během základního psychiatrického vyšetření při vstupu do terapeutické komunity a prohloubení integrované léčby duálních diagnóz ve smyslu více specifického zaměření na kognitivní, behaviorální, sociální a adaptační problémy klientů s diagnózou ADHD.

Role autorů: Kamil Kalina spolupracoval na designu a provedení studie a zpracoval finální verzi článku. Eva Rubášová vytvořila design studie, organizovala sběr dat, vyhodnotila dotazníky a zpracovala pracovní verzi článku. Michal Miovský spolupracoval na designu a podobně jako Lenka Čablová a Lenka Šťastná se podílel na finální verzi článku. Všichni autoři přispěli ke vzniku článku a schválili konečnou podobu rukopisu.

Konflikt zájmů: Autoři si nejsou vědomi žádného konfliktu zájmů.

edge about the ADHD-related issues in the context of addiction clients, apply and test the efficiency of clinical instruments, provide insights into the research area under consideration, and encourage further research and clinical efforts in this sphere. Finally, we believe that it is important to provide the staff of therapeutic communities with training in ADHD-related issues and guidelines for ADHD screening during the basic psychiatric assessment upon admission to a therapeutic community and improve the integrated treatment of dual diagnoses in terms of focusing more specifically on the ADHD clients' cognitive, behavioural, social, and adaptation needs.

The role of the authors: Kamil Kalina participated in the design and implementation of the study and drafted the final version of the article. Eva Rubášová designed the study, organised the data collection process, evaluated the questionnaires, and drafted the working version of the article. Michal Miovský participated in designing the study and, like Lenka Čablová and Lenka Štastná, was involved in the drafting of the final version of the article. All the authors contributed to the article and approved the final version of the manuscript.

Declaration of interest: The authors are not aware of any conflict of interest.

REFERENCES / LITERATURA

- Buckley, P. F. (2007). Dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness: The scope of the problem. *Journal of Dual Diagnosis*, 3(2), 59–62.
- Drtílková, I. (2007). Hyperkinetická porucha (ADHD) v adolescenci a dospělosti. In Drtílková, I., & Šerý, O. et al. *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2004). Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy. *Drugs in Focus*, 14.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2006). *A gender perspective on drug use and responding to drug problems. Annual report on the state of the drugs problem in Europe 2006*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2007). *Annual report 2007 the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. Lisbon: EMCDDA.
- 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.
- Horner, B. R. & Scheibe, K. E. (1997). Prevalence and implications of attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 30–36.
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislostí. In Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie* (s. 53–74). Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2006). Duální diagnózy – komplikace v léčbě a po léčbě. Referát, X. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci. Měřín, 21.–25. 5. 2006. Abstrakt: *Adiktologie*, 6(Suppl.)
- Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. 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., & Minařík, J. (in print). Psychiatrická komorbidita, duální diagnózy. In Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Delmer, O., Faraone, S., & 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), 245–256.
- Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugue, 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, 67.
- Malá, E. (2006). Jsou hyperkinetické poruchy mýtem? *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 102(3), 142–148.
- Matthys, F., Soyer, V., van den Brink, W., Joostens, P., Tremmery, S., & Sabbe, B. (2014). Barriers to implementation of treatment guidelines for ADHD in adults with substance Abuse disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 10(3), 130–138.

- McCann, B. S., Scheele, L., Ward, N. & Roy-Byrne, P. (2000). Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adults. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12(2), 240–245.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Miovská, L., Miovský, M., & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In Kalina, K., et al. *Základy klinické adiktologie* (s. 75–87). Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M., Čablová, L., & Kalina, K. (2013). The effects of ADHD on particular psychological functions and life skills among clients undergoing addiction treatment in therapeutic communities. [Vliv ADHD na vybrané psychické funkce a na životní dovednosti u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách]. *Adiktologie*, 13(2), 130–144.
- 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.
- Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup* (233–237). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Paclt, I. (2007). Hyperkinetický syndrom v dospělosti. In Paclt, I. et al., *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (123–136). Praha: Grada Publishing, a. s.
- Ptáček, R. (2007). Psychodiagnostika hyperkinetického syndromu (ADHD) u dětí. In Paclt, I. et al. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (59–68). Praha: Grada Publishing, a. s.

- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. & Rhode, L. S. (2007). The Worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.
- 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.
- 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), 11–19.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., Koeter, M. W. J., Allsop, S., Auriacombe, M., & Csaba, B. (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.
- Ward, M. F., Wender, P. H. & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 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(2), 283–301.

PROSTOR PRO ODPOVĚDNÝ ŽIVOT



Suboxone[®]
buprenorphine/naloxone

Suboxone 2 mg/0,5 mg a 8 mg/2 mg sublingvální tablety, norphinum/naloxonium
Suboxone 2 mg/0,5 mg: buprenorphinum 2 mg (jako buprenorphini hydrochloridum) a naloxonium 0,5 mg (jako naloxoni hydrochloridum dihydricum). Suboxone 8 mg/2mg: buprenorphinum 8 mg (jako buprenorphini hydrochloridum) a naloxonium 2 mg (jako naloxoni hydrochloridum dihydricum).
Pomocné látky: monohydrát laktózy, mannitol, kukuričný škrob, povidon K30, kyselina citronová, dihydrát citronanu sodného, magnesium-stearát, draselná sůl acesulfamu, přírodní citronové a limetové aroma
Indikace: Substituční léčba závislosti na opioidech v rámci lékařské, sociální a psychologické péče. Účelem složky naloxon je zabránit nesprávnému intravenóznímu použití. Léčba je určena pro užítí u dospělých a dospívajících nad 15 let, kteří souhlasili s léčbou závislosti. **Dávka:** Léčba musí být prováděna pod dohledem lékaře, který má zkušenosti v léčbě závislosti na opioidech/návyku na opioidy. Podrobnější informace jsou uvedeny v souhrnu údajů o přípravku. Doporučená zahajovací dávka je jedna až dvě tablety přípravku Suboxone 2 mg/0,5 mg. Další dávka jedna až dvě tablety přípravku Suboxone 2 mg/0,5 mg může být podána první den v závislosti na individuálních požadavcích pacienta. Dávka se titruje v krocích po 2–8 mg podle opakovaného hodnocení klinického a psychologického stavu pacienta a neměla by překročit maximální jednotlivou denní dávku 24 mg. Po dosažení uspokojivé stabilizace může být frekvence podávání snížena na dvojnásobnou individuálně titrovanou denní dávku podávanou obden. Po dosažení uspokojivé stabilizace, a pokud pacient souhlasí, může být dávka postupně redukována na nižší udržovací dávku; **Kontraindikace:** vzhledem k riziku vzniku závažných nežádoucích účinků v některých případech může být léčba přerušena. **Interakce:** Suboxone je kontraindikován s buprenorfinem, naloxonem nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku; závažná respirační nebo jaterní insuficience; akutní alkoholismus nebo delirium tremens. **Těhotenství a kojení:** Suboxone je kontraindikován u těhotných žen. Není známo, zda naloxon přechází do mateřského mléka. Buprenorfin a jeho metabolity jsou vylučovány do mateřského mléka u člověka. Kojení by mělo být v průběhu léčby přípravkem Suboxone přerušeno. **Nežádoucí účinky:** neželoucí účinky patřily zácpa a účinky související s abstinenčními příznaky (např. nespavost, bolest hlavy, nevolnost, pocení). Některá hlášená záchvatů, zvracení, průjem a zvýšených jaterních testů byla považována za závažná. Suboxone nesmí být podáván s alkoholem nebo léky obsahující alkohol, protože alkohol zvyšuje sedativní účinek buprenorfinu benzodiazepiny kvůli riziku respirační deprese centrálního původu naltrexon může urychlit náhlý nástup dlouhých a intenzivních opioidních abstinenčních příznaků induktry CYP3A4 - může vést ke zhoršení léčby závislosti na opioidech buprenorfinem **Datum poslední revize textu:** Září 2013 Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury <http://www.ema.europa.eu/> **Číslo rozhodnutí o registraci:** EU/1/06/359/001-4 **Držitel licence a výrobce:** **Reckitt Benckiser Pharmaceuticals** (UK) Limited, 103–105 Bath Road, Slough, Berkshire, SL1 3UH, Velká Británie **Zvláštní opatření pro uchovávání** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Před předepisováním si přečtěte souhrn údajů o přípravku.