

ADHD a přidruženými poruchami emocí a chování - vymezení

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), tedy porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou, patří do oblasti specifických poruch chování. Někteří odborníci chápou pojem ADHD jako shodný s LMD, lehkou mozkovou dysfunkcí (srov. Žáčková, Jucovičová, 2005, s. 5; Munden, Arcelus, 2002, s. 11; Kavale-Pazlarová, in Kucharská, 1998, s. 43).

Další autoři pojem LMD a ADHD diferencují z důvodu odlišných východisek či nestejně symptomatologie. Pojem lehkých mozkových dysfunkcí byl rozvíjen hlavně ve Velké Británii a vychází z konceptu mozkového postižení. ADHD, který je typický pro USA, vychází z konceptu deficitu určité funkce (Zelinková 2003, s. 203-204). Vzhledem k tomu, že většina dospělých s ADHD nevyužívá systém sociálních služeb ani zdravotnictví, nejsou o jejich počtech dostupné informace. Prevalence v dospělé populaci se odhaduje mezi 3-5 %.

Užívání návykových látek u osob s ADHD

Mnoho autorů (např. Biederman a kol., 1997, Horner a Scheibe, 1997) uvádí, že děti s ADHD mají v období dospívání a dospělosti častěji problémy s návykovými látkami, než je tomu v běžné populaci. Není však zcela jasné, zda je samotné ADHD rizikovým faktorem pro pozdější zneužívání návykových látek, nebo se jedná o jiné poruchy chování, které jsou rizikovým faktorem pro užívání návykových látek a s ADHD se často vyskytují společně.

ADHD se velmi často vyskytuje společně s dalšími poruchami, jako např. se specifickými poruchami učení, emočními a anxiozními poruchami, opozičním chováním a poruchou řízeného chování.

Zejména společný výskyt ADHD s poruchami řízeného chování je dosti vysoký, uvádí se mezi 30 – 50% jak v epidemiologických, tak klinických souborech (Barkley, Fisher, Edelbrock a Smallish, 1990). Např. při studii žáků s ADHD (Barkley a kol., 1990) bylo zjištěno, že přibližně 43% jich splňovalo i kritéria pro poruchu řízeného chování.

Zkoumat vztah mezi poruchami typu ADHD a zneužívání návykových látek v dospělosti lze zejména dvěma způsoby. První možností je zkoumat skupinu dospělých s problémy či závislostí na návykových látkách a zpětně zjišťovat, zda u nich bylo v období školní docházky diagnostikováno ADHD nebo zda tyto osoby vykazovaly chování, které by se dalo považovat za příznaky nediodagnostikovaného ADHD. Tímto způsobem postupovala např. Benešová (2009) ve své výzkumné sondě mezi jedinci závislími na pervitinu. Ve studii bylo dotazováno 37 osob se závislostí. Dotazy směřovaly na příznaky nediodagnostikované poruchy ADHD v dětství. Většina respondentů (27 z 37) vykazovala silné, nebo střední příznaky poruchy v dětství a během školní docházky.

Tyto studie však mají své limity, neboť diagnostika v minulosti často nebyla vůbec provedena, a tak musejí výzkumníci spoléhat na vzpomínky a školní i mimoškolní zážitky samotné zkoumané osoby. Dalším problémem při výzkumu je fakt, že u dospělých, kteří dlouhodobě užívají návykové látky, se mohou vyvinout poruchy pozornosti, hyperaktivita nebo impulzivita sekundárně jako důsledek návykového chování. Druhou možností je

zkoumat skupiny žáků s ADHD a sledovat jejich vývoj až do období adolescence a dospělosti, kdy je u nich proveden screening na užívání návykových látek.

Hledání vztahu mezi ADHD, poruchami řízeného chování a užíváním návykových látek bylo cílem populační studie dospívajících dvojčat, již provedli Disney, Elkins, McGue a Iacona (1999). Výsledky ukázaly, že vztah mezi ADHD a užíváním návykových látek byl způsoben pouze komorbiditou ADHD s poruchami řízeného chování. Byla však nalezena i jedna významná výjimka, a to závislost na nikotinu, která se velmi často objevovala u jedinců s ADHD, kteří netrpěli žádnou další poruchou.

V neposlední řadě je nutné uvést i zjištění studie (Molina a kol., 1999), která naznačuje možnou interakci ADHD s poruchou řízeného chování. Taková kombinace vede k závažnějším problémům s návykovými látkami, než je tomu v případě přítomnosti pouze jedné z těchto poruch.

Většina klinických studií byla provedena na dospívajících jedincích, již byli hospitalizováni nebo docházeli do ambulantních zařízení pro léčbu závislostí nebo byli umístěni do zařízení pro jedince s poruchami chování. Z mnoha výzkumů uveďme například šetření Busch a kol. (2002), které se zabývalo psychiatrickými zvláštnostmi dětí a mládeže s ADHD ve věku 6 až 18 let umístěných v psychiatrických či pediatrických léčebnách. Skupina jedinců s ADHD měla častěji problémy s návykovými látkami než skupina kontrolní. Mnohem častěji byly u této populace kromě ADHD zjištěny ještě další poruchy chování, avšak šetření, do jaké míry se jednotlivé poruchy překrývaly nebylo provedeno.

V dalším výzkumu, jenž se zaměřil na vztah mezi ADHD, poruchami řízeného chování a užíváním návykových látek u dospívajících (Whitmore a kol., 1997), byla zjištěna korelace mezi ADHD a závislostí na návykových látkách. Nakonec je třeba zmínit také klinický výzkum, jenž naznačuje možnost, že ADHD, které se vyskytuje společně s další poruchou chování, ještě dále zvyšuje riziko užívání návykových látek. Molina, Bukstein a Lynch (2002) zkoumali vztah mezi ADHD vyskytující se společně s poruchou řízeného chování a užíváním návykových látek. K výzkumu byl vybrán rozsáhlý vzorek dospívajících. Při rozdělení do podskupin bylo zjištěno, že jedinci, již splňovali diagnostická kritéria pro ADHD i poruchy řízeného chování, užívali drogy častěji a ve větším množství, než tomu bylo u jedinců pouze s jednou z výše uvedených poruch.

Doporučení pro praxi

Diagnostikovat ADHD u dospívajícího či dospělého jedince užívajícího návykové látky není možné bez posouzení jeho minulosti. Základní screening může terapeut zajistit pomocí otázek typu:

- Když jste chodil na základní školu, než jste začal užívat drogy, měl jste nějaké problémy s učením nebo chováním?
- Bylo vám někdy diagnostikováno ADHD nebo nějaká porucha učení nebo chování?
- Užíval jste někdy léky kvůli poruchám chování nebo učení?
- Pomohly vám tyto léky?

Je lépe se zaměřit na primární symptomy, tedy nepozornost, impulzivitu a hyperaktivitu, jelikož sekundární symptomy jako odkládání úkolů, dezorganizace, zapomětlivost, časté pozdní příchody a školní neúspěch nemusí nutně znamenat, že klient trpí syndromem ADHD (Sacks a Ries, 2005).

Důkazy o problémovém chování klienta nám můžou poskytnout jeho rodiče nebo signifikantní blízcí, kteří klienta znali již v dětství. Další možností je využití standardizovaných testů, které však nejsou validizovány pro použití u jedinců užívajících návykové látky. Aniž by existoval nějaký přesný nástroj pro měření ADHD u klientů užívajících drogy, na problémy s pozorností lze usuzovat již při pozorování klienta v testových situacích. Velmi časté jsou zejména chybné starty, chování nesouvisející se zadaným úkolem a problémy s koncentrací (Waid a kol., 1998).

Je však třeba si uvědomit, že u klientů užívajících návykové látky bývají problémy s pozorností nejčastěji způsobeny právě působením psychotropních látek. Tento druh problémů by se však měl v období, kdy klient začne abstinovat, postupně vytrácet. Z tohoto důvodu je vhodné opakované hodnocení klienta v průběhu léčby, kdy by mělo postupně docházet ke zlepšení v oblasti kognitivních funkcí. Pokud se pozornost a impulzivita nezlepšují ani v případě déletrvající abstinence, je třeba uvažovat o odborném vyšetření a terapii ADHD.

Úkol:

Jakými způsoby lze zjišťovat, zda člověk, který zneužívá návykové látky, trpěl v dětství poruchami chování nebo poruchami chování?