

VÝZNAM DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKY PORUCH OSOBNOSTI U PACIENTŮ S ADHD V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

souborný článek

Lenka Čablová
Michal Miovský
Kamil Kalina
Lenka Šťastná

Klinika adiktologie,
1. lékařská fakulta UK a VFN v Praze

Kontaktní adresa:

PhDr. Lenka Čablová
Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN
v Praze
Apolinářská 4
128 00 Praha 2
e-mail: cablova@adiktologie.cz

Tento článek byl vytvořen v rámci projektu GAČR č. 14-07822S a programu institucionální podpory vědy PRVOUK č. P26/LF1/4.

SOUHRN

Čablová L, Miovský M, Kalina K, Šťastná L. Význam diferenciální diagnostiky poruch osobnosti u pacientů s ADHD v léčbě závislosti

Poruchy osobnosti a ADHD představují u uživatelů návykových látek jednu z nejčastějších komorbidit. Přitom poslední studie ukazují obecně poměrně vysokou prevalenci ADHD u adiktologických pacientů, což v kombinaci s více „tradiční“ komorbiditou v podobě poruch osobnosti reprezentuje vysoce rizikový a komplikující faktor z hlediska správné diagnostiky, indikace léčebných metod, postupů a celkového výsledku léčby. Výskyt symptomů, případně reziduí ADHD v dospělosti znamená pro daného jedince často výrazné potíže v osobním, sociálním i pracovním životě. Pacienti mohou prožívat vyšší míru frustrace, agresivity a interpersonálních konfliktů. To vše je mj. činí více vulnerabilnější vůči užívání návykových látek. Diagnostická kritéria ADHD v dospělosti se v některých oblastech překrývají s diagnostickými vodítky pro poruchy osobnosti, a tak může být obtížné je v klinické praxi spolehlivě odlišit a stanovit, o jakou komorbiditu se jedná, případně v jakém jsou etiologickém vztahu. Přehledový článek se zabývá významem diferenciální diagnostiky u těchto tří duševních poruch. Autoři reflektují prevalenci komorbidit, popisují diagnostické aspekty dle manuálů DSM-V a MKN-10 a vývojově psychologické aspekty ADHD. Na základě přehledu psychodiagnostických metod relevant-

SUMMARY

Čablová L, Miovský M, Kalina K, Šťastná L. The value of differential diagnostics of personality disorders in patients with ADHD in addiction treatment

Personality disorders and ADHD represent one of the most common comorbidities among substance users. At the same time, recent studies generally show relatively high prevalence of ADHD in addicted patients. In combination with more “traditional” comorbidity as personality disorders, represents a high risk complicating factor for proper diagnosis, indications for treatment, procedures and overall treatment outcome. The incidence of symptoms or residues of ADHD in adulthood represents for the individual often significant difficulties in personal, social and working lives. The patients may experience a higher level of frustration, aggression and interpersonal conflicts. All this makes them, inter alia, more vulnerable for substance abuse. The diagnostic criteria for ADHD in adulthood in some areas overlap with diagnostic guides for personality disorders, and thus may be difficult in clinical practice to reliably distinguish and determine what kind of comorbidity that is, or in what etiological relationship they are. The review focuses on the differential diagnosis of these three mental disorders. The authors reflect the prevalence of comorbidities, describe the diagnostic aspects according to DSM-V and ICD-10 and present developmental aspects of ADHD. Based on the review

ních pro české prostředí a zkušeností z psychiatrické a psychologické praxe jsou naznačena doporučení pro klinickou práci s touto skupinou pacientů.

Klíčová slova: ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder), poruchy osobnosti, diferenciální diagnostika, léčba závislosti.

of assessment methods for the Czech environment and experience from psychiatric and psychological practice are outlined recommendations for clinical work with this group of patients.

Key words: ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder), personality disorders, differential diagnostics, addiction treatment.

ÚVOD

Psychiatrické komorbidity jsou u uživatelů návykových látek z hlediska prevence a léčby významným komplikujícím faktorem, zásadně ovlivňujícím mj. celkovou pacientovu compliance. Mezi nejčastějšími a z hlediska vlivu nejvýraznějšími komorbiditami můžeme nalézt zejména širokou skupinu poruch osobnosti, majících nejružnější etiologii. Kessler et al.¹ ve své poměrně velmi konzervativně pojaté studii udávají celoživotní prevalenci psychiatrické komorbidity mezi uživateli nelegálních drog 51 %. V Evropě se můžeme setkat s ještě konzervativnějšími odhady pohybujícími se okolo 30–50 % psychiatrických pacientů, kteří současně trpí duševním onemocněním a jsou současně uživateli návykové látky, zejména alkoholu, sedativ a konopné drogy.²

Samotná skupina poruch osobnosti tvoří zřetelně jednu z největších podmnožin tohoto souboru. Např. ve studii Weavera et al.³ se zjištěná míra prevalence komorbidity u léčených uživatelů nelegálních drog pohybuje u poruch osobnosti okolo 37 % (proti např. necelým osmi procentům psychotických poruch). Epidemiologicky zaměřená studie autorů Granta et al.⁴ provedená mezi obyvateli USA se této hodnotě blíží také u souboru aktuálních uživatelů alkoholu, kde autoři zjistili výskyt poruch osobnosti podle kritérií DSM-IV ve 29 % případů.

Di Pierro et al.⁵ zkoumali souvislost mezi výskytem duálních diagnóz u uživatelů návykových látek, konkrétně dimenze struktury osobnosti. Nejvyšší prevalenci zjistili u anti-sociální poruchy osobnosti (40,5 %). Kienast et al.⁶ se zaměřují ve své přehledové studii na společný výskyt hraniční poruchy osobnosti u pacientů užívajících návykové látky. Autoři odhadují prevalenci této komorbidity u 78 % osob. Gonzalez⁷ se zabýval screeningem u pacientů s poruchami osobnosti a užíváním návykových látek. Ve své studii zjistil přítomnost některé z poruch osobnosti (dle kritérií DSM-IV/V) u 20 % pacientů. Nejčastěji se vyskytovala hraniční a vyhýbavá porucha osobnosti (21 % u každé diagnózy). Ani Česká republika nezůstává zcela bez pokrytí tohoto tématu. Jedna z prvních pilotních

studií k tomuto tématu⁸ přinesla odhad komorbidního výskytu poruch osobnosti u uživatelů nelegálních drog ve 39 % hodnocených případů; novější studie (např.^{9, 10}) tento odhad spíše potvrzují.

Samozřejmě že samotné vymezení pojmu psychiatrické komorbidity není napříč odbornou literaturou jednotné, přestože nebo možná právě proto, že se jedná o tak zásadní a jedno z nejsložitějších klinických témat (podrobněji v českém písemnictví viz např.¹¹). Jak ve vztahu k etiologii, tak ve vztahu k diagnostice, diferenciální diagnostice, tak následně logicky k prevenci, léčbě a rehabilitaci. Často jsou např. vzájemně zaměňovány pojmy komorbidity a duální diagnóza. Pojem komorbidity je (v kontextu závislosti) někdy také vykládán jako společný výskyt dvou diagnostikovatelných psychických poruch spojených s užíváním drog (polymorfni užívání), tedy výskyt více diagnóz se skupiny F.10 až F.18 (dle MKN-10). Samotný termín duální diagnóza je v literatuře obvykle užíván k identifikaci užšího vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje tak určitou etiologickou souvislost daných nemocnění či poruch.¹² Prozatím zůstává pro mnoho oblastí faktor kauzality nejasný (a hojně zkoumaný a diskutovaný). Psychické poruchy a onemocnění často zvyšují pravděpodobnost vzniku závislosti na návykových látkách (např. afektivní poruchy a alkohol se zneužíváním léků atd.) a naopak závislost zvyšuje riziko vzniku, rozvoje, případně komplikování průběhu psychických problémů. Případně také varianta, kdy psychická porucha nebo nemoc a závislost na drogách je důsledkem jiné příčiny.¹³

UŽIVATELÉ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A JEJICH PSYCHIATRICKÉ KOMORBIDITY V KONTEXTU S ADHD

Současná literatura referuje o významné komorbiditě pacientů se závislostí na návykových látkách a prevalencí

ADHD v dospělosti. Neopomenutelným fenoménem je taktéž vzájemný vztah mezi ADHD v dětství a rozvojem závislosti v dospívání – vzhledem k fokusu tohoto článku jej však pouze uvádíme – více viz např.^{14,15,16} a podrobněji se věnujeme komorbiditě ADHD v dospělosti (AADHD). Diagnostika AADHD se orientuje dle aktuální DSM-V, která již na rozdíl od DSM-IV nevymezuje 3 subtypy ADHD, ale pouze popisuje klinické manifestace podle převahy postižení jednotlivých funkcí (nepozornost, hyperaktivita, impulzivita). Jako hlavní symptomy AADHD můžeme uvést: poruchy pozornosti, přítomnost impulzivních nutkaní a jednání, chronický neklid, dizorganizované chování, neschopnost kontroly afektů a emoční labilitu. Jako další symptomy se uvádějí zvýšená míra úzkosti, stresu a náladovosti.¹⁷ Všechny tyto symptomy se následně promítají do prožívání duševní a sociální pohody (well-being) a výrazně ovlivňují kvalitu života pacientů – negativně působí na zvládnání intrapersonálních i interpersonálních konfliktů. Často se proto u daných jedinců, kteří mají vyšší vulnerabilitu ke zvládnání náročných situací, objeví tendence k automedikaci pomocí návykových látek.¹⁸ Můžeme tak uvažovat o tzv. začarovaném kruhu, kdy jedinec – pokud není v dětství včas diagnostikován

a adekvátně psychofarmakologicky léčen – může mít v dospívání tendenci se sebemedikovat (nejčastěji metamfetaminem). Následně se u dané osoby mohou objevit problémy se zvládnáním určitých vývojových úkolů či osvojením si potřebných životních dovedností (tzv. life skills). Díky tomuto narušenému vývoji a sekvenci může mít také větší obtíže s adaptací v daném terapeutickém programu a profitu v léčbě závislosti. V případě narušení vývoje osobnosti a rozvoje poruchy osobnosti v dospělosti se vulnerabilita ke vzniku užívání návykových látek zvyšuje. Brassett-Grundty a Butler¹⁹ ve své longitudinální studii popisují signifikantně vyšší výskyt užívání návykových látek a psychiatrických poruch (včetně poruch osobnosti) u pacientů s ADHD v dětství.

Tab. 1 ukazuje přehled symptomů pro diagnostiku ADHD dle DSM-V a poruchy osobnosti dle MKN-10 (vzhledem ke klinické praxi v ČR byla zvolena tato klasifikace).

Následující studie referují podrobněji o vzájemných souvislostech komorbidity ADHD a prevalenci poruch osobnosti.

Cumyn, French a Hechtman²³ zjistili, že u dospělých s ADHD byla vyšší pravděpodobnost výskytu jak užívá-

Tab. 1. Přehled symptomů dle DSM-V pro ADHD a MKN-10 pro poruchy osobnosti

ADHD – Nepozornost	ADHD – Hyperaktivita/ Impulzivita	Impulzivní typ F60.30	Hraniční typ F60.31	Disociální porucha osobnosti F60.2
Často nedokáže dát pozor na detaily, nebo dělá chyby z nepozornosti	Často se neklidně vrtí nebo poklepává rukama a nohama, nebo se kroutí na sedadle.	Zkratkové chování bez uvážení jeho následků	Emoční nestabilita	Nedostatek empatie a chladný nezájem o citění druhých
Často má potíže s udržením pozornosti v úkolech nebo při hře	Často opustí své místo v situacích, kdy se očekává, že zůstane sedět	Obtížné setrvávání u činnosti, které nenabízí okamžitý zisk	Intenzivní a nestabilní interpersonální vztahy	Neschopnost udržovat trvalé vztahy
Často vypadá, že neposlouchá, když někdo k němu mluví přímo	Často pobíhá kolem nebo je neklidný v situacích, kdy je to nevhodné	Sklon k neuváženým emočním výbuchům a neschopnost ovládat výbuchy	Narušená představa o sobě, cílech a osobních preferencích	Uspokojování vlastních potřeb bez ohledu na druhé
Často se neřídí podle pokynů a nedokončí práci nebo povinnosti	Často není schopen se zapojit tiše do volnočasových aktivit	Výbuchy hněvu, zuřivost, zvláště při kritice	Snaha vyhnout se odmítnutí	Bezohlednost v soc. závazcích
Často má potíže s organizováním úkolů a činností	Často je „na cestě“, chová se, jako by „byl poháněn motorem“	Nestálá a nevypočitatelná nálada	Chronické pocity prázdnoty	Nerovnováha mezi chováním a soc. normami
Často se vyhýbá, nemá rád nebo se zdráhá úkolů, které vyžadují trvalé duševní úsilí	Často mluví příliš	Nesnášenlivé chování a konflikty s ostatními, zvláště je-li impulzivní chování někým přerušeno nebo kritizováno	Tendence ke sebezníčovému chování, včetně sebevražedných náznaků a pokusů	Chování nelze snadno změnit zkušeností, ani trestem
Často ztrácí věci nezbytné pro plnění úkolů nebo činností	Často vyhrkne odpověď dříve, než byla otázka vyslovena do konce			Nízká frustrační tolerance a nízký práh pro uvolnění agrese včetně násilných činů
Často se snadno rozptýlí vnějšími podněty	Často má potíže s čekáním (např.: ve frontě)			Neschopnost pocítovat vinu a poučit se ze zkušenosti, zvláště z trestu
Často je zapomnětlivý v denních aktivitách	Často přerušuje v rozhovoru ostatní, nebo jim zasahuje do činností			Tendenci svádět vinu na druhé, nebo k uvádění racionálního vysvětlení pro chování, které jedince přivádí do konfliktu se společností

Zdroj: DSM-V,²⁰ MKN-10,²¹ Praško et al.²²

Tab. 2. **Vzájemný vliv a výskyt komorbidity PO u pacientů s diagnózou ADHD v léčbě závislosti**

Autoři studie	Porucha osobnosti	Komorbidita PO & ADHD (v %)	Komorbidita ADHD & SUD (v %)
Daigre et al. ²⁶	Anti-sociální porucha osobnosti	16 %	
	Hraniční porucha osobnosti	11 %	
	Paranoidní porucha osobnosti	6 %	
			63,3* %
Ferrer et al. ²⁷	Hraniční porucha osobnosti	38,01 %	59,4 ¹ %
van Emmerik-van Oortmerssen et al. ²⁸	Anti-sociální porucha osobnosti	51,8 %	
	Hraniční porucha osobnosti		34,5 ² %
	Hraniční porucha osobnosti		29,0 ³ %
Torok et al. ²⁹	Hraniční PO + Poruchy chování	24 %	46 ³ %
Cumyn et al. ²³	Vyhýbavá porucha osobnosti	12,54 %	
	Pasivně-agresivní porucha osobnosti	13,33 %	
			10,15 %

Pozn.: *celoživotní prevalence dvou a více závislostí

¹prevalence komorbidity hraniční poruchy osobnosti + ADHD + užívání alkoholu a jiných návykových látek

²prevalence komorbidity hraniční poruchy osobnosti + ADHD + užívání alkoholu jako primární drogy

³prevalence komorbidity poruch/y osobnosti + ADHD + užívání jiné návykové látky (kromě alkoholu) jako primární drogy

ní návykových látek, tak prevalence antisociální poruchy osobnosti, hraniční poruchy osobnosti, narcistické poruchy osobnosti, obsedantně-kompulzivní poruchy osobnosti a pasivně-agresivní poruchy osobnosti (dle klasifikace DSM-V). Miller et al.²⁴ zkoumali vztah mezi diagnózou ADHD v dětství a výskytem poruch osobnosti v dospělosti. Zjištěné výsledky ukazují statistickou významnost u daných jedinců v porovnání s kontrolní skupinou u těchto poruch: vyhýbavá porucha osobnosti (Wald = 4,62, $p = 0,032$), hraniční porucha osobnosti (Wald = 6,03, $p = 0,014$), narcistická porucha osobnosti (Wald = 4,21, $p = 0,042$), anti-sociální porucha osobnosti (Wald = 6,30, $p = 0,012$) a paranoidní porucha osobnosti (Wald = 3,16, $p = 0,076$). Philipsen²⁵ uvádí přehled společných symptomů, jež se vyskytují u pacientů s ADHD a hraniční poruchou osobnosti. Jedná se o deficity pozornosti, snížení regulace afektů, deficity v kontrole a zvládnání impulzů, užívání návykových látek, narušené interpersonální vztahy, nízké sebevědomí, stavy averzivní vnitřní tenze.

Tab. 2 ukazuje přehled studií, které popsaly vzájemný vliv a výskyt komorbidity poruch osobnosti u pacientů s diagnózou ADHD v léčbě závislosti.

DIAGNOSTICKÉ ASPEKTY ADHD

ADHD dospělých v kontextu diagnostických manuálů DSM-V a MKN-10

Pro stanovení diagnózy ADHD musí být dle DSM-V přítomno u jedince 6 a více příznaků z osy A – nepozornost a 6 a více symptomů z osy B – hyperaktivita/impulzivita. Tyto symptomy se musejí u pacienta vyskytovat alespoň 6 měsíců a v míře, která neodpovídá jeho stupni vývoje a současně má přímý, negativní vliv na jeho sociální, akademické nebo profesní aktivity. Pro stanovení diagnózy u dospělých jedinců a starších adolescentů (od 17 let) je zapotřebí naplnění 5 a více kritérií z osy A a 5 a více kritérií z osy B. Dále je zde požadavek na přítomnost několika symptomů před 12 rokem jedince a výskyt příznaků ve dvou nebo více oblastech života (doma, ve škole, v zaměstnání, s přáteli nebo příbuznými, či jiných aktivitách). Současně je potřeba vyloučit, že symptomy se nevyskytují výhradně v průběhu schizofrenie, nebo jiného psychotického onemocnění a není možné je lépe vysvětlit jinou duševní poruchou.²⁰

Ve vztahu k diferenciální diagnostice poruchy ADHD versus poruchy osobnosti je důležité uvést symptomy, které se mohou objevit jak u ADHD, tak u některé z poruch osobnosti. Wender³⁰ klasifikoval pro určení diagnózy ADHD následující symptomy: nepozornost, hyperaktivita, náladovost, iritabilita, snížená tolerance stresu, agresivní a desorganizované chování, impulzivita. Tyto symptomy jsou současně pozorovány u pacientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti – hraničním typem.²⁷

Daigre et al.²⁶ popisují vyšší výskyt poruch osobnosti u ADHD pacientů závislých na kokainu v porovnání s pacienty bez diagnózy ADHD. Hlavními symptomy u pacientů s ADHD byly: impulzivita, potřeba okamžitého uspokojení potřeb a obtíže s přizpůsobením se normám – tyto symptomy současně odpovídají klasifikaci pro emočně nestabilní poruchu osobnosti – impulzivní typ.

Kritérium impulzivity současně neodpovídá pouze pro diagnózu emočně nestabilní poruchy osobnosti, ale dle Weaferové, Miliche a Fillmore³¹ představuje rys chování, který je spojován se závislostním chováním a užíváním drog. Moeller et al.³² poukazují na souvislost mezi impulzivitou, závislostí na kokainu a výskytem antisociální poruchy osobnosti.

DSM-V uvádí, že v rámci diferenciální diagnostiky může být obtížné odlišit ADHD od hraniční, narcistické či jiné poruchy osobnosti. Všechny tyto poruchy vykazují znaky desorganizace, narušení sociálních dovedností, obtíže se zvládnáním emocí, či kognitivní dysregulaci. Nicméně, pro diagnózu ADHD není charakteristický strach z opuštěnosti, sebepoškozování, extrémní pocity ambivalence či jiné znaky dominantní pro poruchu osobnosti. Současně je nutné uvést, že aktuální MKN-10 nemá uvedena a nezohledňuje diagnostická vodítka pro stanovení ADHD v dospělosti.

Vývojové psychologické aspekty relevantní pro diagnostický proces

Ve vztahu k vývoji osobnosti a psychologickým aspektům vzniku a rozvoje komorbiditativy ADHD a užívání návykových látek se ukazuje jako nejvíce relevantní teorie o vulnerabilitě osobnosti. Jedinci s ADHD mohou vykazovat vulnerabilitu k užívání návykových látek na základě svého horšího úsudku nebo impulzivního chování. U dospívajících může přítomnost symptomů ADHD ovlivnit průběh užívání návykových látek několika způsoby: může predikovat nižší věk prvního kontaktu s drogou, delší trvání poruchy z drog nebo progres užívání alkoholu k jiné poruše z užívání návykových látek. U osob s ADHD byl dále zaznamenán kratší interval mezi zahájením drogové kariéry a rozvojem drogové závislosti.³³

Z vývojového hlediska tak výskyt symptomů ADHD v dětství může predikovat prevalenci užívání návykových látek v adolescenci či dospělosti, neboť se často pojí s úzkostí, depresí, emoční labilitou, poruchou chování, poruchou opozičního vzdroru apod.³⁴ Všechny výše uvedené symptomy mohou v mladých lidech s ADHD vyvolat potřebu sebededikace v podobě užívání návykových látek z důvodů lepší regulace svých nálad a zvládnání pocitovaného neklidu,³⁵ naplňování potřeby stimulace a úlevy od sociálního tlaku či tísně související se symptomy ADHD.¹⁸ K výše uvedeným deficitům přispívají také zhoršené kognitivní schopnosti jedince. Tyto aspekty působí na celkový psycho-sociální vývoj jedince a často fungují na principu „začarovaného kruhu“ ve vztahu k rozvoji závislosti.

Dítě či dospívající s ADHD je často za své projevy a nedostatky kritizován, objevují se konflikty v komunikaci a interpersonálních vztazích. To má negativní dopad na formující se osobnost jedince a projevuje se utvářením negativního sebepojetí, nízké sebehodnoty, sebevědomí či problémům s přijetím sebe sama. Ke kompenzaci a zvládnání náročných situací jedinec uplatňuje jednoduché obranné mechanismy (generalizace vzdroru, snaha o kompenzaci deficitu výkonu behaviorálními projevy). Rodinné prostředí je často zatěžováno oboustranným pocitem neuspokojení, recipročně je posilováno negativní utváření vzájemných vztahů a osoba s ADHD si zažité vzorce chování opakovaně potvrzuje. Obdobné situace se jedinci objevují i ve školním a pracovním kolektivu. Snížená frustrační tolerance vede v mnoha případech k agresii. Současně tyto behaviorální projevy a rysy osobnosti podněcují k vyššímu riziku šikany a později k mobbingu či bossingu na pracovišti.³⁶

V dospělosti je pak potřeba zohlednit rysy osobnosti, které mohou zvyšovat vulnerabilitu jedince ve vztahu k riziku vzniku závislosti. Z perspektivy Eysenckových osobnostních dotazníků³⁷ můžeme uvažovat (ve verzi EPQ-R) o Neuroticismu a Návykové škále. Dle verze IVE můžeme zjišťovat vliv osobnostních rysů, jako je Impulsivita či Dobrodružnost. Další charakteristiky můžeme určit pomocí Cloningerova dotazníku temperamentu a charakteru (TCI – česká verze³⁸). Ve vztahu k problematice užívání návykových látek se ukazují jako nejvíce relevantní temperamentové dimenze: Závislost na odměně a Vyhledávání nového.

Přehled dostupných metod pro diagnostiku ADHD v dospělosti

V současné době se v zahraničí používají pro diagnostiku ADHD tyto nástroje:

Nástroje vytvořené specificky pro diagnostiku AADHD:

DIVA 2.0³⁹

Diagnostické interview o ADHD u dospělých (DIVA) je založeno na kritériích klasifikace DSM-IV a bylo vyvinuto jako první strukturované interview o ADHD u dospělých. Otázky v interview se vztahují k symptomům ADHD v dětství a dospělosti a heteroanamnéze. Rozhovor probíhá na základě otázek formulovaných dle konkrétních příkladů z dětství a dospělosti, jež jsou rozděleny do pěti okruhů života – práce a vzdělání / vztahy a rodinný život, sociální kontakty, volný čas / koníčky a sebedůvěra / obraz sebe sama. V závěru lze klasifikovat jednotlivé subtypy AADHD, a to: Typ převážně nepozorný, Typ převážně hyperaktivní-impulzivní či Kombinovaný typ.

Barkley Adult ADHD Rating Scale IV.⁴⁰

Tento nástroj vychází z diagnostických kritérií dle DSM-V, zahrnuje škálu na posouzení ADHD v dětství, přítomnost aktuálních symptomů a škálu pro hodnocení symptomů u klienta jinou osobou. Má vytvořeny normy pro populaci ve věku 18–89 let ve třech intervalech, což významně zvyšuje celkovou validitu a reliabilitu.

K diagnostice AADHD se používají také další osvědčené metody, jako jsou např. **WURS-Wender Utah Rating Scale**, (česká verze¹⁵), **Adult ADHD Self-Report Scale (AASRS v1.1)**,⁴¹ nebo modifikovaná **Connersova škála** (česká verze⁴²).

Psychologické pomocné nástroje, které lze využít pro klinickou diagnostiku AADHD na základě přítomnosti specifických symptomů.^{43–46}

Testy inteligence

Wechslerova inteligenční škála pro dospělé (WAIS-III.) – ve vztahu k dg. AADHD mohou být užitečné tyto indexy a subtesty: Index Pracovní paměti (subtesty Počty, Opakování čísel, Řazení písmen a čísel). Dále subtesty Doplňování obrázků – zjišťuje vizuální koncentraci, Porozumění – pro sociální postoje jedince, Uspořádání obrázků – zkoumá aplikaci inteligence na sociální situace.

Ravenovy progresivní matice – test schopnosti chápat povahu a vzájemné vztahy mezi tvary, v řešení úkolů jedinec uplatňuje percepce, pozornost a myšlení.

Test struktury inteligence I-S-T 2000 R – test obecné inteligence, včetně struktury v celku osobnostní struktury jedince. Hodnotí úroveň a celost rozumových schopností, které se uplatňují ve výkonu dané osoby a umožňují její sociální adaptaci.

Měření inteligence má u pacientů s AADHD význam zejména z důvodů, že osoby s vyšší inteligencí mohou mít v případě AADHD tendenci a schopnost určitě deficitu spojené s AADHD kompenzovat a původní symptomy

se při diagnostice zaměřené pouze na AADHD nemusí projevit.

Testy pozornosti

Burdonův test – měří schopnost koncentrace a zatížitelnosti monotónní činností.

Číselný čtverec – zjišťuje úroveň příjmu a zpracování informací, umožňuje objektivizovat problémy s koncentrací, okrajově diagnostikuje lehké mozkové dysfunkce.

Test pozornosti D2 – hodnotí tempo a pečlivost pracovního výkonu koncentrace a pozornosti.

Test koncentrace pozornosti – měří výkon pozornosti a percepčně-motorické tempo

Testy paměti

Reyova-Osterriethova komplexní figura – používá se k měření zrakové percepce, vizuomotorických schopností a oddálené vizuální paměti a vybavení.

WMS-IIIa – Wechslerova zkrácená paměťová škála – měří úroveň sluchové a zrakové paměti, bezprostřední a oddálené vybavení, umožňuje určit celkové skóre paměti.

Paměťový test verbálního učení – zjišťuje kapacitu bezprostřední paměti, oddálené vybavení a oddálené vybavení po delším časovém úseku (30 minut).

Testy exekutivních funkcí

BRIEF – Škála hodnocení exekutivních funkcí u dětí (škály Pracovní paměť a Inhibice jsou klinicky užitečné pro rozlišení symptomů ADHD),

Reyova-Osterriethova komplexní figura – měří konstrukční schopnosti, vizuální percepce, vizuomotorické schopnosti, oddálenou vizuální paměť a vybavení po 30 minutách.

Test cesty – má screeningový charakter, výsledek je ukazatelem obecné výkonnosti mozku, lze považovat za citlivý ukazatel poškození mozku a některých kognitivních funkcí, např. psychomotorického tempa.

Stroopův test – umožňuje zhodnotit efektivitu zaměřené pozornosti, funkce selektivní pozornosti a rychlost zpracování informace.

Škály úzkosti

Hamiltonova škála úzkosti – nástroj objektivního hodnocení anxiety u pacienta, administrován formou rozhovoru s pacientem.

Beckův inventář úzkosti – nástroj subjektivního hodnocení úrovně anxiózních příznaků

Zungův dotazník úzkosti – nástroj subjektivního hodnocení úzkosti pacientem.

Škály deprese

Beckův inventář deprese (BDI-II) – screeningový subjektivní nástroj k hodnocení míry příznaků deprese.

Zungova stupnice deprese – nástroj subjektivního hodnocení deprese.

Stupnice Montgomeryho a Asbergrové pro posuzování deprese – nástroj objektivního hodnocení míry deprese, administrován formou rozhovoru s pacientem.

Testy specifických dovedností

Strategie zvládnání stresu – zjišťuje variabilitu způsobů, které jedinec používá při zpracování a zvládnání zátěžových situací.

Ve vztahu ke komplexnímu psychologickému vyšetření – ke stanovení diferenciální diagnostiky poruch osobnosti lze v našem prostředí použít zejména klinický test MMPI-2⁴⁷ v kombinaci s Inventářem stylů osobnosti a poruch osobnosti⁴⁸ Strukturovaným rozhovorem pro poruchy osobnosti – IPDE (česká verze⁴⁹) či Cloningerovým dotazníkem temperamentu a charakteru – TCI (česká verze³⁸). Výsledky získané pomocí výše uvedených psychologických nástrojů představují součást komplexního psychiatricko-psychologického vyšetření pacienta. Základem je psychiatrické vyšetření, v rámci nějž získáváme prostřednictvím rozhovoru informace o celkovém klinickém obrazu pacienta. Diagnostikou a specifickými ADHD v dospělém věku se ve svém článku zabývají podrobněji Štěpánková, Papežová, Uhlíková a Ptáček.⁵⁰

Psychiatrická diagnostika ADHD – současná praxe

Psychiatrická diagnostika ADHD v dospělosti je dosti komplikovaná, což u pacientů s problémy s užíváním návykových látek platí dvojnásob. Údaje ze školy či od rodičů obvykle nejsou dostupné a leckdy nelze získat ani předchozí zdravotnickou dokumentaci. Základním zdrojem diagnosticky relevantních poznatků je tudíž důkladná anamnéza, jelikož podle citované literatury dochází k přetrvávání poruchy z dětství do dospělosti u 40 až 50 % osob. Důležitým anamnestickým zjištěním je i to, že pacient v dětství trpěl specifickou poruchou učení (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie), která se s ADHD sdružuje v 50–60 %.^{15,51} Pacient může současně trpět specifickou poruchou učení i v dospělosti. Oporu pro cílený anamnestický rozhovor může poskytnout sebehodnotící dotazník WURS (česká verze¹⁵; viz dále v tomto oddílu). Psychiatr by však měl věnovat pozornost nejen projevům ADHD v dětství, ale komplexní historii pacienta, protože porucha obvykle na sebe nabaluje další interpersonální a intrapsychické problémy (šikana, traumatizace, nízké sebehodnocení apod.). Často se diagnóza ADHD vynořuje jako formativní faktor z celého životního příběhu a můžeme odhalit i patogenetické souvislosti mezi obtížemi z ADHD a užíváním návykových látek.

Aktuální symptomatologii ADHD u dospělých adiktologických pacientů můžeme spolehlivě zjišťovat až po určité době prokázané abstinence a pokud možno opakovaným vyšetřením, stejně jako u jiných psychiatrických komorbidit.¹¹ Opět jsou zde k dispozici některé sebehodnotící dotazníky, např. AASRS (Adult ADHD Self-Report Scale,⁴¹ česká verze¹⁵). U ADHD v dospělosti i u závislostních poruch se však často vyskytují další komorbidní poruchy, zejména deprese, úzkostná porucha a obsedantně-kompulzivní porucha, které mohou ADHD symptomatologii zastírat a vést k výraznému zkreslení stanovené diagnózy. Dalším problémem, který může diagnózu ADHD zkreslit, jsou některé poruchy osobnosti (tab. 1). Paclt¹⁵ například uvádí, že projevy ADHD v dospělosti zahrnují zejména emoční nezralost, emoční labilitu, impulzivitu a zkratkovité chování. Uváděné psychické problémy mohou být však přičteny např. emočně labilní (hraniční) či nezralé osobnosti, která se u drogově závislé klientely často vyskytuje (tab. 2, dále viz např.¹⁰). Je samozřejmě vý-

hodné, když se psychiatrická diagnostika může opřít o zevrubné a kompetentní psychologické vyšetření, které může pomoci odstínit další komorbidity.

VLIV ADHD NA PRŮBĚH A VÝSLEDEK LÉČBY ZÁVISLOSTÍ

Výskyt poruchy ADHD v dospělosti představuje pro daného jedince problémy nejen v osobním, profesním a sociálním životě, ale také zásadní komplikace právě pro léčbu závislosti. U pacientů s ADHD mohou být narušené kognitivní funkce, vyskytovat se odlišné behaviorální projevy a obecně snížené adaptační mechanismy a sociální dovednosti.⁵¹ Jedná se zejména o problémy se zvládnáním afektů a emocí, nižší míru frustrační tolerance, tendenci reagovat impulzivně či agresivně, problémy se zvládnáním stresu, tlaku a zátěže. Tyto psychické deficity mohou následně negativně působit na jeho interpersonální vztahy, komunikační schopnosti a strategie řešení konfliktů. Vzhledem k výše popsaným symptomům mohou být zásadním způsobem ovlivněny a narušeny schopnosti daného pacienta se adekvátně adaptovat a zvládnout a přiměřeně profitovat z léčebného modelu v prakticky každém typu rezidenčního zařízení pro léčbu závislosti. Více jsou tyto limity pozorovány v zařízeních, kde je zvýšený fokus na psychosociální komponentu léčby a sociální rehabilitaci. V tomto prostředí můžeme zřetelně vidět specifické symptomy ADHD v konkrétních sociálních situacích a interakcích (ve vztahu k personálu, systému dodržování pravidel, či ostatním pacientům). U daných jedinců se tak může objevovat vyšší výskyt frustrace, agresivity a interpersonálních konfliktů. Díky tomu se u pacientů může mnohem častěji objevovat předčasné vypadnutí z programu (drop-out) a vyšší počet neúspěšných léčeb, což u nás potvrdila pilotní studie Rubášové.⁵² Přitom včasná diagnostika a správně indikovaná a aplikovaná léčba by v budoucnu mohly významně ovlivnit pozitivní výsledek léčby a vést k dosažení vyšší efektivity léčby této skupiny pacientů a současně značné úspore finančních prostředků investovaných do tohoto segmentu léčby.

DISKUSE: DŮSLEDKY PRO PRAXI

Na základě výše uvedených klinických aspektů komorbidity ADHD u dospělých a užívání návykových látek lze pro účely diferenciální diagnostiky poruch osobnosti doporučit, kromě použití standardizovaných nástrojů, zaměřit se v rozhovoru a klinickém pozorování na psychosociální aspekty života pacienta. Osoby s ADHD vykazují narušení zejména v oblasti tzv. life skills a sociálních dovedností (interpersonální vztahy a časté konflikty), které

lze v rámci rozhovoru (anamnestických dat) identifikovat. Důležitá jsou zejména diagnostická vodítka dle DSM-V, jako je přítomnost strachu z opuštěnosti, sebepoškození či výrazné pocity ambivalence, které se u ADHD nevyskytují a spíše odpovídají některé z poruch osobnosti – nejčastěji hraniční poruše osobnosti.

Mezi další diferenciální znaky, které jsou typické pro vyhýbavou poruchu osobnosti, můžeme zařadit kritérium vyhýbání se běžným aktivitám, které zahrnují značný interpersonální kontakt z důvodu strachu z kritiky, nepochopení či odmítnutí – jedinec s ADHD často úkoly neplní, může se jim dokonce vyhýbat, ale zpravidla nikoli kvůli obavám z mezilidského kontaktu. Problematické může být kritérium pro tuto poruchu osobnosti, kdy se jedinec vidí jako společensky nešikovný, neatraktivní či podřízený druhým (v tomto případě je vhodné porovnání s objektivní realitou vs. subjektivní hodnocení jedince).

Ve vztahu k antisociální poruše osobnosti můžeme uvést jako diferenciální kritéria: lhostejnost vůči bezpečí sebe a druhých a nedostatek lítosti, která naznačuje lhostejnost nebo racionalizaci faktu, že byl někdo zraněn či týrán druhou osobou.

Současně se ukazuje jako vhodné provést diagnostiku míry deprese (a interpretovat v kontextu osobnostních rysů – depresivita např. dle MMPI-2). Able et al.⁵³ zjistili, že pacienti s ADHD mohou být náchylnější k depresivnímu prožívání na základě značných obtíží se zvládnáním svého pracovního, rodinného a sociálního života či díky pocitům nízkého sebevědomí. Zjištěné výsledky mohou být pro pacienta přínosné, zejména co se týče následné farmakoterapie a efektu/profitu z léčby.

ZÁVĚR

Psychiatrická komorbidita ADHD a užívání návykových látek se společně vyskytují poměrně často a vzájemně se negativně ovlivňují. Častá je taktéž komorbidita poruch osobnosti u uživatelů návykových látek. Ve vztahu k léčbě jejich zvládnutí vyžaduje dlouhodobou perspektivu. Prvním krokem je kvalitní psychiatrická a psychologická diagnostika, zejména diferenciální diagnostika. Druhým krokem je vhodné zvolená farmakoterapie. V kombinaci s tím je dalším krokem individuální a systematický přístup v psychoterapii. S pacientem je důležité nejprve navázat kontakt, na jehož základě se může formovat funkční terapeutický vztah. Vztah mezi terapeutem a pacientem založený na důvěře, otevřenosti, přijetí a respektu je kvalitním základem pro efektivní terapii. Vhodnou součástí individuální či skupinové psychoterapie může být trénink kognitivních schopností a specifických dovedností (například formou PC intervence), kde se jedinec naučí lépe zvládat a kompenzovat svoje limity v těchto oblastech.

LITERATURA

1. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle, KA et al. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry* 1996; 168 (suppl. 30): 17–30.
2. EMCDDA. Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy. *Drugs in Focus*, 14. Lisabon: EMCDDA; 2004: 4.
3. Weaver T, Charles V, Madden P et al. Co-morbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative Study (COSMIC): A study of the prevalence and management of co-morbidity among adult substance misuse and mental health treatment populations. *Drugs-Education Prevention and Policy* 2005; 12: 124–133.
4. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA et al. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61 (4): 361–368.
5. Di Pierro R, Preti E, Vurro N, Madeddu F. Dimensions of personality structure among patients with substance use disorders and co-occurring personality disorders: A comparison with psychiatric outpatients and healthy controls. *Compr Psychiatry*. In press 2014. [E-pub ahead of print].
6. Kienast T, Stoffers J, Birmphohl F, Lieb K. Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111 (16): 280–286.
7. Gonzalez C. Screening for personality disorder in drug and alcohol dependence. *Psychiatry Research* 2014; 217 (1–2): 121–123.
8. Kalina K. Duální diagnózy – komplikace v léčbě a po léčbě. Referát: X. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci. 2006 květen 21 – 25; Měříň. Abstrakt: *Adiktologie* 2006; 6Suppl: 262.
9. Jeřábek P. Psychopatologie závislosti. In: Kalina K a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing; 2008: 53–70.
10. Kalina K, Vácha P. 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* 2013; 13 (2): 144–164.
11. Miovská L, Miovský M, Kalina K. Psychiatrická komorbidita. In: Kalina K et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing; 2008: 75–83.
12. Williams R, Cohen J. Substance use and misuse in psychiatric wards. *Psychiatric Bulletin* 2000; 24: 43–46.
13. Commonwealth Department of Health and Aging. Current practice in the management of clients with comorbid mental health and substance use disorders in tertiary care settings. National drug strategy and national mental health strategy. National comorbidity project. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aging; 2003. [cited 2014, April 10]. Available from: www.health.gov.au/pubhlth.
14. Young S, Wells J, Gudjonsson GH. Predictors of offending among prisoners: the role of attention-deficit hyperactivity disorder and substance use. *Journal of Psychopharmacology* 2011; 25 (11): 1524–1532.
15. Paclt I, Koudelová J, Křepelová A et al. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a.s.; 2007: 240.
16. Malá E. Jsou hyperkinetické poruchy mýtem? *Česká a Slovenská Psychiatrie* 2006; 102 (3): 142–148.
17. Lackschewitz H, Hüther G, Kröner-Herwig B. Physiological and psychological stress responses in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychoneuroendocrinology* 2008; 33: 612–624.
18. Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Sigfusdottir ID, Young S. 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* 2012; 53: 304–312.
19. Brassett-Grundy A, Butler N. Prevalence and adult outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder: Evidence from a 30-year prospective longitudinal study. Bedford group for lifecourse and statistical studies occasional paper: No. 2. London: Institute of Education, University of London; 2004: 24.
20. American Psychologist Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013: 947.
21. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency; 2009: 743.
22. Praško J a kol. *Poruchy osobnosti*. Praha Portál; 2003: 360.
23. Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 2009; 54 (10): 673–683.
24. Miller CJ, Flory JD, Miller SR et al. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence: a prospective follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69 (9): 1477–1484.
25. Philipsen A. Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256 Suppl 1: i42–6.
26. Daigre C, Roncero C, Grau-López L et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in cocaine-dependent adults: a psychiatric comorbidity analysis. *The American Journal on Addictions* 2013; 22: 466–473.
27. Ferrer M, Andion O, Matali J et al. Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline patients defines an impulsive subtype of borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2010; 24 (6): 812–822.
28. van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, Koeter MWJ. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. *Addiction* 2013; 109: 262–272.
29. Torok M, Darke S, Kaye S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and severity of substance use: The role of comorbid psychopathology. *Psychology of Addictive Behaviors* 2012; 26 (4): 974–979.
30. Wender PH. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. New York, NY: Oxford University Press; 1998: 308.
31. Weafer J, Milich R, Fillmore MT. Behavioral components of impulsivity predict alcohol consumption in adults with ADHD and healthy controls. *Drug and Alcohol Dependence* 2010; 113 (2011): 139–146.
32. Moeller FG, Dougherty DM, Barratt ES et al. Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 68: 105–111.
33. Sullivan MA, Rudnik-Levin F. Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2001; 931: 251–270.
34. Skirrow C, McLoughlin G, Kuntsi J, Asherson P. Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2009; 9: 489–503.
35. Wilens T, Biederman J. Alcohol, drugs, and attention-deficit/hyperactivity disorder: A model for the study of addic-

- tions in youth. *Journal of Psychopharmacology* 2006; 20 (4): 580–588.
36. Pokorná V. Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování. Praha: Portál; 2010: 336. In Rubášová E. ADHD u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé – prevalence, vliv na osobnost a na průběh a výsledek léčby. Diplomová práce, vedoucí Kalina, K. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie; 2014: 152.
 37. Senka J a kol. Eysenckovy osobnostní dotazníky pro dospělé. Bratislava: Psychodiagnostika; 1993.
 38. Preiss M, Klose J. Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloninger. *Psychiatrie* 2001; 5: 226–231.
 39. Kooij JJS, Francken MH. Diagnostisch Interview voor ADHD (DIVA) bij volwassenen 2.0. Den Haag: DIVA Foundation, PsyQ; 2010: 19.
 40. Barkley RA. Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV. (BAARS-IV). New York: Guilford Press; 2011: 150.
 41. World Health Organization & Workgroup on Adult ADHD. The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) Symptom Checklist. Geneva: World Health Organization; 2003: 3.
 42. Paclt I, Šebek M. Škála Connersové: Dotazník pro učitele. In: Paclt I a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing; 2007: 196–199.
 43. Svoboda M, Humpolíček P, Šnorek V. *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál; 2013: 488.
 44. Preiss M, Bartoš A, Čermáková R. Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha. Praha: Psychiatrické centrum; 2013: 158.
 45. Příručky vydané k jednotlivým nástrojům společností Hogrefe – Testcentrum. Praha; 2014. Dostupné 24. 10. 2014 na: www.testcentrum.com.
 46. Příručky vydané k jednotlivým nástrojům společností Psychognostika, s.r.o. Brno; 2014. Dostupné 24. 10. 2014 na: www.psychodiagnostika-sro.cz
 47. Butcher JN, Graham JR, Ben-Porath YS et al. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Minnesota: University of Minnesota Press; 2001.
 48. Kuhl J, Kazén M. Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI). Manual (2., überarbeitete und neu normierte Auflage). Göttingen: Hogrefe; 2009.
 49. Preiss M, Nováková S, Bareš M, Klose J, Krámská L. Diagnostika poruch osobnosti – využití strukturovaného rozhovoru IPDE. *Čes.a slov. Psychiat* 2004; 100: 158–162.
 50. Štěpánková T, Papežová H, Uhlíková P, Ptáček R. Hyperkinetická porucha a porucha pozornosti u komorbidních poruch příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie* 2013; 109 (3): 128–135.
 51. Miovský M, Čablová L, Kalina K. 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* 2013; 13 (2): 130–144.
 52. Rubášová E. ADHD u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé – prevalence, vliv na osobnost a na průběh a výsledek léčby. Diplomová práce, vedoucí Kalina, K. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie; 2014: 152.
 53. Able SL, Johnston JA, Adler LA et al. Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychol Med.* 2007; 37: 97–107.

Pavel Říčan

CESTA ŽIVOTEM

Vývojová psychologie



Průběh lidského života jako celek, od mateřského lůna až po smrt.

Publikace obsahuje dlouhý a složitý příběh lidského života a autor jej vypráví s co největším využitím poznatků psychologie, sociologie a dalších vědních oborů. Opírá se přitom zejména o koncepci tzv. biodromální psychologie, o poznatky psychoanaly-

tiků a sociálních psychologů (koncepte E. Eriksona o vývojových stádiích a úkolech), ale pochopitelně nepřehlídí ani poznatky biologicky nebo kognitivně orientovaných badatelů. Výsledkem je kniha, která je víc než jen fundovaným a čtivým uvedením do jednoho vědního oboru – je průvodcem čtenáře po jeho vlastním životě a pomocníkem v jeho utváření.

519 Kč, Portál, 390 stran, černobíle, 160 x 230 mm, vázané

Objednávky: Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178, e-mail: objednavky@galen.cz

Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lípová 6, 120 00 Praha 2, tel.: 224 923 115