ji udává většina pacientů s první psychotickou epizodou. U těchto jedinců je ADHD často diagnostikováno retrospektivně již v dětství. Je však třeba zdůraznit, že rozvoj psychotických poruch u osob s premorbidním ADHD není způsoben pouze abúzem kanabinoidů. Významnou roli zde hraje i společný neurovývojový základ obou onemocnění, který může predisponovat k jejich souběžnému výskytu. Zásadní je také role polygenního rizika – jedinci s vysokým polygenním skóre pro ADHD mají zvýšenou pravděpodobnost rozvoje psychózy i bez abúsu psychoaktivních látek. Tato zjištění podtrhují nutnost časné identifikace rizikových pacientů s ADHD a dlouhodobého monitorování psychotických symptomů, zejména při přítomnosti komorbidní úzkosti nebo afektivní lability (56).

ADHD a psychotická onemocnění sdílejí některé poruchy kognitivních a emočních funkcí, zejména poruchu pozornosti, deficity exekutivních funkcí, impulzivitu, sníženou frustrační toleranci a obtíže v sociálním fungování. Poruchy pozornosti mohou být časným projevem psychotického onemocnění. Celoživotní prevalence psychotických onemocnění u jedinců s ADHD přesahuje 10 % a riziko rozvoje schizofrenie je 4,3× vyšší než u běžné populace (55, 57).

Stimulancia se běžně nepředepisují pacientům se schizofrenií a komorbidní ADHD kvůli obavám, že by mohla negativně ovlivnit účinek antipsychotik a zhoršit průběh psychotického onemocnění. Obavy jsou založeny na předpokladu, že nadměrná aktivita dopaminové transmise vede ke zhoršení psychotického onemocnění.

Extracelulární koncentrace dopaminu je regulována dvěma základními režimy uvolňování – tonickou a fázickou transmisí – jejichž rovnováha je klíčová pro regulaci pozornosti, motivačních procesů, systému odměny a celkového psychického stavu. Fázická transmise vzniká při akčních potenciálech dopaminergních neuronů a vede k rychlému a přechodnému uvolnění dopaminu do synaptické štěrbiny, kde se váže na postsynaptické receptory. Signál je ukončen zpětným vychytáváním dopaminu dopaminovým transportérem. Tonická transmise zahrnuje uvolňování dopaminu bez akčních potenciálů a závisí na jeho bazální koncentraci; aktivace presynaptických receptorů pak inhibuje syntézu dopaminu a snižuje jeho fázické uvolňování (58).

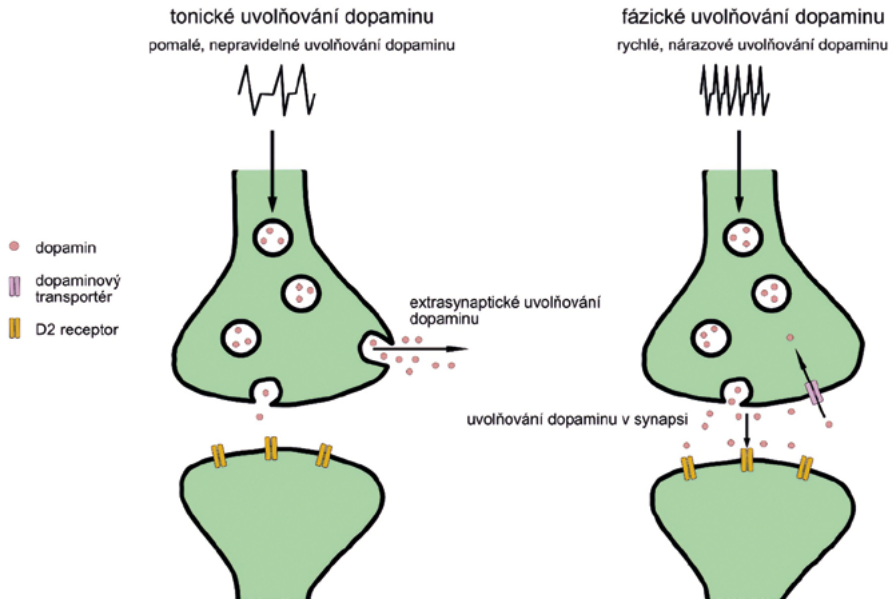
U schizofrenie je hypofunkce dopaminu v mezokortikální dráze kompenzována zvýšenou fázickou aktivitou v mezolimbické oblasti, což přispívá k pozitivním symptomům (např. bludy či halucinace) (55). U ADHD se podobně uplatňuje nízká tonická dopaminová aktivita v mezokortikální oblasti, vedoucí k poruchám pozornosti a deficitu exekutivních funkcí, zatímco zvýšená fázická aktivita v mezolimbické dráze podporuje impulzivitu a hyperaktivitu.

Terapeutické dávky stimulancií zvyšují tonickou a snižují fázickou dopaminovou transmisi, čímž snižují hyperaktivitu, impulzivitu a poruchy pozornosti, aniž by aktivovaly mesolimbický dopaminový systém. Předpokládá se, že tento mechanismus přispívá ke zmírnění psychotických symptomů a synergickému účinku při kombinaci s antipsychotiky u schizofrenie (55). Vysoké dávky stimulancií zvyšují tonickou i fázickou transmisi, což může vést k dekompenzaci schizofrenie (59). Stimulancia rovněž zmírňují negativní symptomy schizofrenie (zlepšení je v rozmezí 37–66 %) (55).

Hraniční porucha osobnosti

Hraniční porucha osobnosti (HPO) je závažná duševní porucha s typickým nástupem příznaků v období dospívání přetrvávající až do dospělosti. Způsob výchovy je jedním z možných faktorů, které přispívají k rozvoji poruch osobnosti a které se vzájemně ovlivňují s ADHD jako rizikovým faktorem. Protektivní péče a autoritativní kontrola dětí jsou rizikovým faktorem pro rozvoj poruch osobnosti klastru B (disociální, histrionská, narcistická, emočně nestabilní) (60).

Obr. 1. *Uvolňování dopaminu*



Zůstává nejasné, zda je rodičovský styl výchovy odpovědí na problematické chování dítěte s ADHD, nebo zda dysfunkční výchovné strategie pramení z přítomnosti ADHD u rodičů, případně z jejich komorbidní poruchy osobnosti.

Některé studie naznačují, že významný podíl dospělých s HPO splňuje v dětství kritéria pro ADHD. Tyto nálezy však mohou být ovlivněny diagnostickým zkreslením (61). Z klinického pohledu lze předpokládat, že výrazný symptomatický překryv, například v oblastech impulzivity a ED, může vést k odlišnému výkladu týchž behaviorálních projevů v závislosti na vývojové fázi jedince. Diagnóza ADHD v dětství zvyšuje riziko pozdějšího rozvoje HPO. U dospělých s ADHD se komorbidita s HPO pohybuje kolem 30 %, což poukazuje na významnou, avšak komplexní souvislost mezi těmito poruchami (62).

Emoční nestabilita a impulzivní chování jsou přítomny u obou poruch. Pacienti s HPO mívají problémy s kontrolou emocí souvisejících s jejich vnitřním prožíváním, zatímco afektivní a motorická hyperreaktivita jedinců s ADHD je často reakcí na vnější události (62). Při porovnání hraničních symptomů u pacientů s ADHD a s HPO pomocí BSL (the borderline symptom list) vykazují pacienti s ADHD mnohem vyšší skóre ve srovnání se zdravými kontrolami, ale nižší skóre než u pacientů s HPO. Na popisné úrovni jsou tedy příznaky HPO společné pacientům s ADHD, ale u pacientů s ADHD jsou méně závažné.

Současný výskyt ADHD a HPO je částečně způsoben společnými genetickými faktory. HPO i ADHD jsou polygenní poruchy, u nichž se pře-