OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWA
ALKOHOL POD LUPĄ NAUKI

Współwystępowania ADHD oraz zaburzenia używania alkoholu (AUD) – wyniki i rekomendacje projektu badawczego ADHD-DUAL

Dr Magdalena Rowicka (Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej)
Mgr Dorota Woronowicz (Centrum AKMED, Fundacja Doktora Woronowicza Zależni Niezależni)

19-20 LISTOPADA 2026
GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Deklaracja konfliktu interesów

Niniejsze badanie zostało sfinansowane przez: współfinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom na podstawie umowy nr 164/KT/HM/DBMWM/2024

	Przemysł alkoholowy	Przemysł farmaceutyczny
Prezentowane badanie otrzymało finansowanie lub inne wsparcie od wskazanych źródeł.	NIE	NIE
Którykolwiek z autorów otrzymał finansowanie (w tym doradztwo) od wskazanych źródeł w ciągu ostatnich 5 lat.	NIE	NIE

ADHD skrywane w obrazie uzależnienia

1. **Maskowanie objawów** impulsywność, deficyty koncentracji i chaos organizacyjny bywają odczytywane wyłącznie jako skutki uzależnienia (Ayoubi et al., 2020; Glind et al., 2013).
2. **Błędna lub nieustalona diagnoza** ADHD w populacji osób leczonych z powodu AUD jest rutynowo niedodiagnozowane (Luderer et al., 2019).
3. **Wpływ na przebieg terapii** nierozpoznane ADHD wiąże się z częstszymi nawrotami i trudnościami w utrzymaniu się w terapii (Kawata et al., 2022; Yoshimura et al., 2022).
4. **Konsekwencje kliniczne** wcześniejsza inicjacja, szybsza progresja uzależnienia, częstsze zaburzenia współistniejące (Kumar, Chate, Patil, Tekalaki & Patil, 2018; Lohit et al., 2019).

Populacja	Rozpowszechnienie ADHD
Populacja ogólna (dzieci i młodzież)	~5% (Polanczyk et al., 2007), 8% (Ayano et al., 2023a)
Populacja ogólna (dorośli)	2,5% (Simon et al., 2009), 3,4% (18–44) (Fayyad et al., 2007), 3,1% (Ayano et al., 2023b).
Osoby z AUD	6% (Reyes et al., 2019) – 20,5% (Luderer et al., 2020)
Osoby z SUD	5,5% – 32,6% (Rohner et al., 2023); 22% (Comiskey et al., 2026)

Cel badania, pytania badawcze i hipotezy

Cele badania

1. Oszacowanie rozpowszechnienia ADHD u osób leczonych z powodu AUD w Polsce
   - Ocena metodologii oszacowania (diagnozowania)
   - Ocena zgodności wyniku przesiewowego (ASRS) z pełną diagnozą kliniczną (DIVA-5).
   - Charakterystyka klinicznych korelatów współwystępowania ADHD i AUD (wiek inicjacji, przebieg terapii, zdrowie psychiczne).
2. Opracowanie rekomendacji dla diagnozy i procesu terapii

Hipotezy

H1: 20–30%

oczekiwane rozpowszechnienie ADHD w badanej próbie po pełnej procedurze diagnostycznej

H2: >75%

oczekiwana zgodność wyniku przesiewowego ASRS z pełną diagnozą DIVA-5

Projekt badania: dwie komplementarne części

Część ilościowa

— N = 519 pacjentów, 11 placówek leczenia uzależnień w Polsce (wiek 18-65)

— Diagnoza AUD (wywiad kliniczny) + min. 3 miesiące abstynencji

— Trójetapowa procedura diagnostyczna ADHD

Część jakościowa

— 6 wywiadów eksperckich (psychiatrzy, specjaliści terapii uzależnień)

— Wywiady częściowo ustrukturyzowane

— Analiza tematyczna — praktyka kliniczna i rekomendacje

Trójetapowa procedura diagnostyczna ADHD

1

Przesiew ASRS

skala samoopisowa (6-itemowa)

→

2

Wywiad DIVA-5

ustrukturyzowany wywiad kliniczny

→

3

Weryfikacja psychiatryczna

ostateczne potwierdzenie diagnozy

Próba badawcza

519

pacjentów włączonych do analizy końcowej (z 607 zakwalifikowanych wstępnie)

Wyłączenia z próby wstępnej wynikały głównie z niepełnych danych diagnostycznych lub braku potwierdzonej abstynencji.

Charakterystyka	Wartość
Płeć (mężczyźni / kobiety)	ok. 70% / 30%
Średni wiek	ok. 44 lata
Wykształcenie średnie lub wyższe	większość próby
Aktywność zawodowa — stała praca	64,7% (N = 336)
Aktywność zawodowa — bezrobotny/a	25,8% (N = 134)
Typ placówki	stacjonarna (2) oraz ambulatoryjna / dzienna (9)

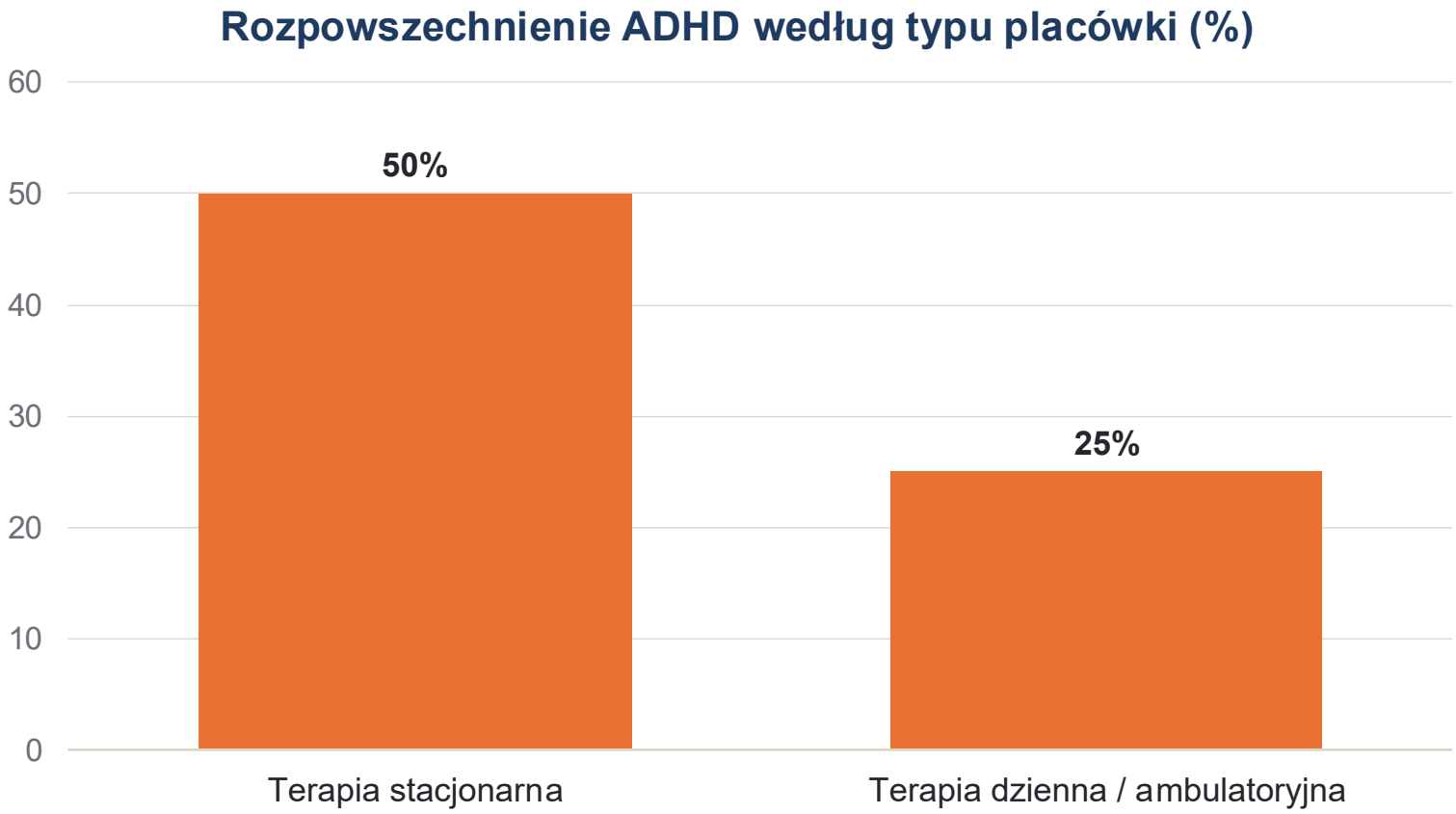
Rozpowszechnienie ADHD w badanej próbie

31,6%

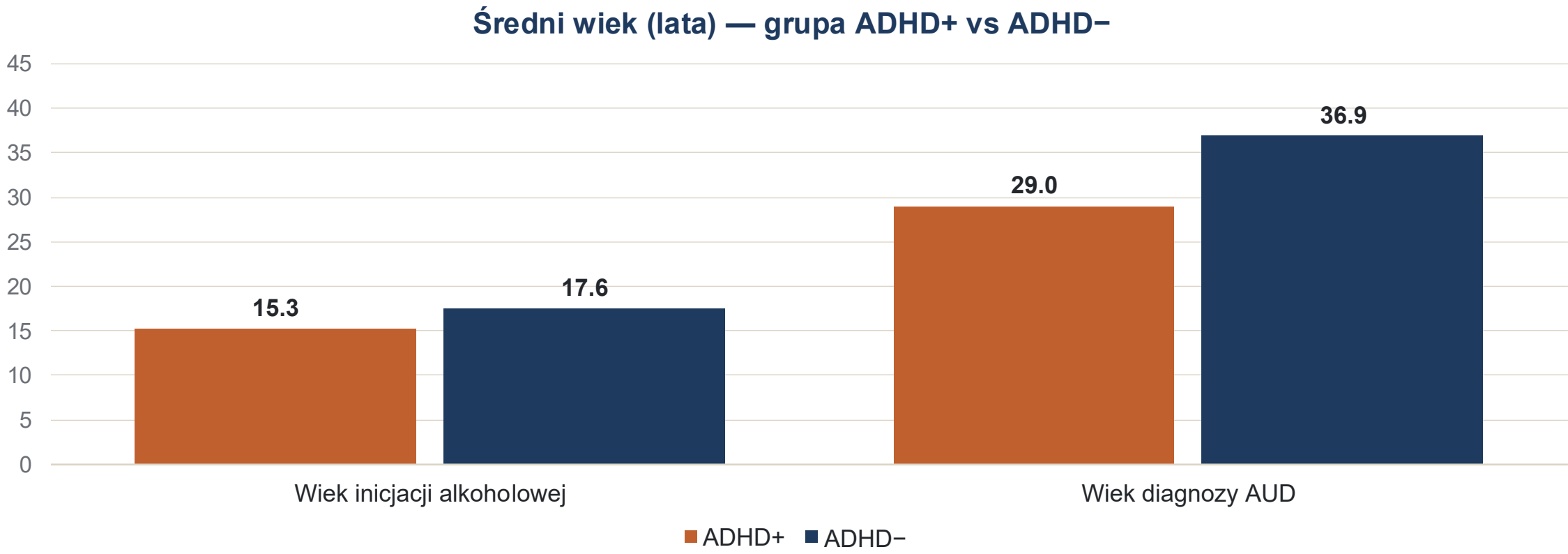
badanej próby (N = 519) z potwierdzoną diagnozą ADHD po procedurze ASRS, DIVA-5 i psychiatra

84,5%

zgodność wyniku przesiewowego (ASRS) z pełną diagnozą DIVA-5

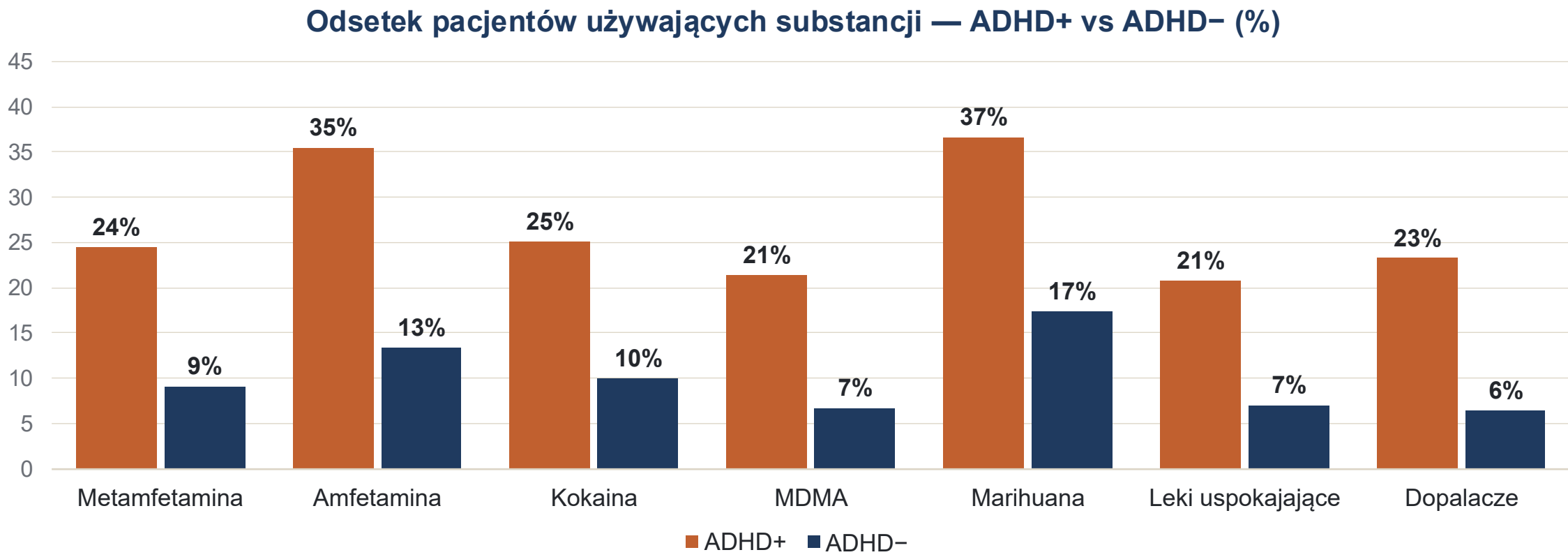


Wiek inicjacji alkoholowej i wiek diagnozy AUD



Wiek inicjacji: p < 0,001. Wiek diagnozy AUD p < 0,001; różnica istotna również po kontroli wieku: F(1,485) = 5,92, p = 0,015).

Wiek inicjacji alkoholowej i wiek diagnozy AUD



U osób z ADHD+ odsetek używania każdej z badanych substancji jest ok. 2× wyższy niż w grupie ADHD− — wzorzec wielosubstancyjnego używania. Różnice istotne statystycznie dla wszystkich substancji (test chi-kwadrat, $p < 0,05$).

Głos ekspertów - Implikacje dla praktyki klinicznej

01 Screening jako standard placówki

rutynowe ASRS przy przyjęciu do każdej placówki — nierozpoznane ADHD tłumaczy powtarzające się niepowodzenia terapii i nawroty.

02 Diagnoza interdyscyplinarna

wywiad psychiatryczny i neurorozwojowy (DIVA-5) zespołowo — psychiatra, psycholog/neuropsycholog, terapeuta uzależnień; ASRS to tylko przesiew.

03 Indywidualizacja momentu diagnozy

odejście od sztywnej reguły 3–6 miesięcy abstynencji — szczególnie przy wysokiej impulsywności i wielu niepowodzeniach terapii.

04 Finansowanie diagnostyki

publiczne finansowanie czasochłonnych konsultacji (DIVA-5, testy neuropsychologiczne), obecnie niefinansowanych systemowo.

05 Szkolenia dla terapeutów

wiedza neurorozwojowa (nie pełna diagnostyka) — by dostosować terapię i wiedzieć, kiedy skierować na głębszą diagnozę.

06 Terapia dostosowana do ADHD

jasny kontrakt, krótsze sesje, jeden cel na raz, psychoedukacja, higiena snu i strukturyzacja dnia — mniej wyzwalaczy nawrotu (np. nuda).

OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWA
ALKOHOL POD LUPĄ NAUKI

Dziękuję za uwagę

Dr Magdalena Rowicka (Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej)
Mgr Dorota Woronowicz (Centrum AKMED, Fundacja Doktora Woronowicza Zależni Niezależni)

Treść *(proszę duplikować slajdy)*

Treść *(proszę duplikować slajdy)*