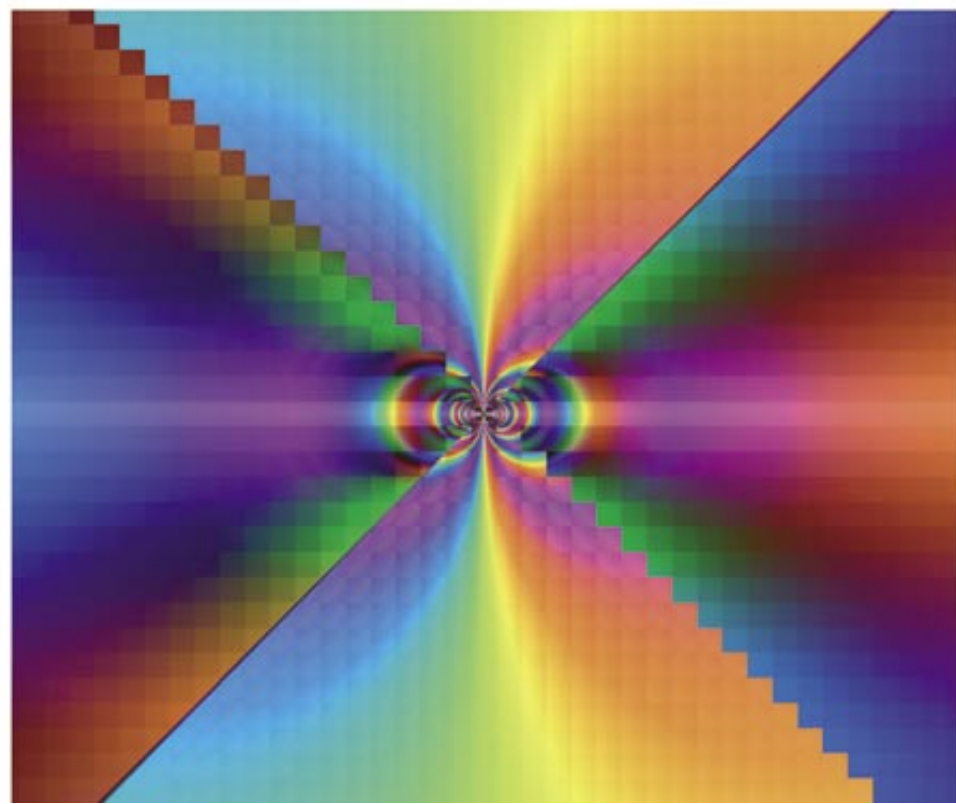


Ivo Paclt a kolektiv

Hyperkinetická porucha a poruchy chování



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umisťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc. a kolektiv

HYPERKINETICKÁ PORUCHA A PORUCHY CHOVÁNÍ

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400
www.grada.cz
jako svou 3012. publikaci

Sazba a zlom Milan Vokál
Počet stran 240
Vydání 1., 2007
Vytiskla tiskárna PB tisk
Prokopská 8, Příbram 6

Recenzenti:

prof. MUDr. Petr Zvolský, DrSc.
doc. MUDr. Igor Škodáček, CSc.

© Grada Publishing, a.s., 2007
Cover Photo © profimedia.cz/CORBIS

ISBN 978-80-247-1426-4 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6961-5 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

PŘEDMLUVA	11
1. HYPERKINETICKÝ SYNDROM: KLINICKÝ OBRAZ	
A DIAGNOSTIKA	13
<i>Ivo Paclt</i>	
1.1 Úvod, výskyt ADHD v populaci	13
1.2 Primární charakteristika	13
1.2.1 Deficit pozornosti	13
1.2.2 Hyperaktivita	14
1.2.3 Impulzivita	14
1.3 Diagnostická kritéria pro ADHD (ICD-10, DSM-IV)	15
1.4 Přidružené příznaky	19
1.4.1 Velká výkonnostní variabilita při plnění úkolů	19
1.4.2 Zdravotní problémy hyperkinetických dětí	19
1.4.3 Poruchy spánku	20
1.4.4 Komorbidní poruchy (emoční poruchy a poruchy chování)	20
1.4.5 Zneužívání drog, alkoholu a ADHD	21
Literatura	22
2. ETIOLOGIE A BIOLOGICKÉ ASPEKTY ADHD	25
<i>Ivo Paclt</i>	
2.1 Úvod	25
2.2 Kognitivní aspekty ADHD	25
2.3 Neurobiologické a funkční systémy CNS u hyperkinetického syndromu	26
2.3.1 Nejdůležitější anatomické struktury u ADHD	26
2.3.2 Zobrazovací metody, EEG a evokované potenciály	29
2.3.3 PET, SPECT, emisní xenonová tomografie EEG a evokované potenciály	29
2.4 Nejdůležitější genetické aspekty hyperkinetického syndromu	30
2.5 Neurochemie ADHD – biologické a fyziologické aspekty	32
2.6 Pokus o etiopatogenetickou diferenciaci jednotlivých subtypů u ADHD	33
2.6.1 Shrnutí	36
Literatura	37
3. BIOCHEMICKÉ MARKERY A GENETICKÝ VÝZKUM ADHD	43
<i>I. Paclt, J. Koudelová, A. Křepelová, M. Kopečková, P. Bauer a P. Uhlíková</i>	
3.1 Úvod	43
3.2 Genetické a biochemické markery transmitterových systémů	43

3.2.1	Dopaminergní systém (DRD2, DRD4, DRD3, DRD5, MAO, DAT1)	43
3.2.2	Noradrenergní systém (ADRA2, DBH)	46
3.2.3	Serotoninový systém (5-HTR, 5-HTT)	48
3.2.4	GABA systém GABA (A3, B3)	49
3.2.5	SNAP25	49
3.3	Diskuse	49
3.4	Shrnutí	51
	Literatura	51
4.	PSYCHODIAGNOSTIKA HYPERKINETICKÉHO SYNDROMU (ADHD) U DĚTÍ	59
	<i>Radek Ptáček</i>	
4.1	Úvod	59
4.2	Postup vyšetření	60
4.2.1	Klinická část	60
4.2.2	Testová část	61
4.3	Obraz hyperkinetického syndromu ve WISC-III	62
4.4	Počítačové testy pozornosti	65
4.5	Shrnutí	66
	Literatura	66
5.	VÝVOJOVÉ ASPEKTY JEDNOTLIVÝCH NOSOGRAFICKÝCH SKUPIN A HYPERKINETICKÝ SYNDROM	69
	<i>Ivo Paclt</i>	
5.1	Úvod	69
5.2	Tiky, Tourettův syndrom a obsedantně-kompulzivní porucha	70
5.3	Bipolární porucha a schizofrenie	71
5.4	Hyperkinetická porucha	72
5.5	Shrnutí	72
	Literatura	73
6.	ZVLÁŠTNOSTI PSYCHOFARMAKOLOGIE DĚTSKÉHO A DOROSTOVÉHO VĚKU	77
	<i>Ivo Paclt</i>	
6.1	Věkem dané rozdíly klinických účinků psychotropních látek	77
6.2	Farmakokinetika psychotropních látek	78
6.3	Farmakodynamika psychotropních látek	80
6.4	Závěry pro praktickou aplikaci psychofarmak v dětském a dorostovém věku	81
6.5	Praktická aplikace psychofarmak v dětském a dorostovém věku	83
	Literatura	84
7.	SOUČASNOST A PERSPEKTIVY PSYCHOFARMAKOTERAPIE ADHD / HYPERKINETICKÉ PORUCHY	87
	<i>Ivo Paclt</i>	
7.1	Úvod	87
7.2	Mechanismus účinku psychofarmak u ADHD	87

7.3	Stimulancia	88
7.3.1	Stimulancia s prodlouženým vylučováním	91
7.4	Psychofarmakoterapie bez použití stimulancií	91
7.4.1	Atomoxetin	92
7.4.2	Tricyklická antidepresiva	93
7.4.3	Bupropion	93
7.4.4	Alfa2 agonisté	94
7.4.5	Klonidin	94
7.5	Psychofarmaka užívaná zejména u farmakorezistentních pacientů a u komorbidit ADHD a poruch chování	95
7.5.1	Risperidon	95
7.5.2	Karbamazepin	96
7.5.3	Lithium	97
7.6	Další psychofarmaka zkoumaná pro eventuální užití v léčbě ADHD	99
7.7	Shrnutí – perspektivy léčby hyperaktivní poruchy	100
	Literatura	100
8.	STIMULANCIA V SOUČASNOSTI A MINULOSTI V ČESKÉ REPUBLICE	103
	<i>Ivo Paclt</i>	
8.1	Indikace stimulancií, praxe v České republice	103
8.2	Mechanismus účinku	104
8.3	Absorpce a metabolismus stimulancií	105
8.4	Kognitivní účinky stimulancií	105
8.5	Dávkování stimulancií v dětské psychiatrii	105
8.6	Dávkování stimulancií v psychiatrii dospělých	106
8.7	Dlouhodobé terapeutické účinky methylfenidátu	106
8.8	Nežádoucí účinky stimulancií	107
8.9	Dlouhodobé nežádoucí účinky stimulancií	107
8.10	Riziko závislosti	107
8.11	Lékové interakce	108
8.12	Kontraindikace	108
8.13	Závěrečné poznámky, stimulancia v ambulantní praxi	109
	Literatura	109
9.	PSYCHOTERAPEUTICKÁ A PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE U ADHD/HYPERKINETICKÉ PORUCHY	111
	<i>Ivo Paclt</i>	
9.1	Úvod	111
9.2	Pravidla psychosociální intervence a psychotherapeutických přístupů	111
9.3	Psychotherapeutická a psychosociální intervence s prokázanou účinností u ADHD/hyperkinetické poruchy	112
9.3.1	Kognitivní behaviorální intervence dítěte se zaměřením na dětského pacienta s ADHD/hyperkinetickou poruchou	112
9.3.2	Klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele	113
9.3.3	Nejdůležitější zásady práce s rodiči v rámci behaviorální terapie	113

9.3.4	Přímý management jednotlivých případů ADHD/hyperkinetické poruchy s ohledem na individuální potřeby dětí v „reálných situacích“ (ve škole, v rodině)	115
9.3.5	Komplexní intenzivní behaviorální léčba	115
9.3.6	Kombinovaná behaviorální a farmakologická léčba	116
	Literatura	116
10.	PROBLEMATIKA ADHD VE ŠKOLE	119
	<i>Radek Ptáček</i>	
10.1	Úvod	119
10.2	Základní pedagogické postupy	119
10.3	Problémové chování ve třídě a jeho zvládání	120
	Literatura	121
11.	HYPERKINETICKÝ SYNDROM V DOSPĚLOSTI	123
	<i>Ivo Paclt</i>	
11.1	Úvod	123
11.2	Vývojové aspekty	123
11.3	Diagnóza ADHD v dospělosti dle DSM-IV	124
11.3.1	ADHD s hyperaktivitou v dospělosti (dle DSM-IV)	125
11.3.2	ADHD s převažující poruchou pozornosti v dospělosti (dle DSM-IV)	125
11.4	Účinek farmakoterapie u ADHD v dospělosti	126
11.4.1	Stimulancia	126
11.4.2	Atomoxetin a antidepresiva	127
11.4.3	Atomoxetin	129
11.4.4	Tricyklická antidepresiva	129
11.4.5	Desipramin, imipramin	130
11.4.6	Nortriptylin	130
11.4.7	Bupropion	130
11.4.8	Venlafaxin	131
11.4.9	Buspiron	131
11.4.10	Trazodon	132
11.4.11	Inhibitory reuptaku serotoninu	132
11.4.12	Inhibitory monoaminoxidázy	132
11.4.13	Stabilizátory nálady	132
11.4.14	Alfa-ardrenergní agonisté	132
11.4.15	Antipsychotika	133
11.4.16	Kombinovaná psychofarmakologie	133
11.4.17	Nonfarmakologické terapeutické intervence	133
11.5	Shrnutí	133
	Literatura	134
12.	PORUCHY CHOVÁNÍ	137
	<i>Ivo Paclt</i>	
12.1	Diagnostika poruch chování	137
12.2	Longitudinální studie	139

12.3	Biologické faktory, hyperkinetický syndrom, kombinace psychosociální a biologické etiologie poruchy chování	139
12.4	Genetické aspekty poruch chování, abúzu alkoholu a antisociálních projevů u problémových dětí a jejich rodičů	142
12.5	Genetické aspekty asociálního chování u adolescentů a dospělých	142
12.6	Předpovědi poruch chování podle raného temperamentu	143
12.7	Kontinuita a přetrvávání antisociálních vzorců chování	143
12.8	ADHD, porucha chování a riziko závislosti	144
12.9	Sociální faktory	145
12.10	Kognitivně-behaviorální techniky v léčbě poruch chování	145
12.10.1	Psychoterapie a socioterapeutické přístupy k dětem a adolescentům s poruchami chování	145
12.11	Farmakoterapie poruch chování u dětí a adolescentů	147
12.11.1	Risperidon a ostatní atypická antipsychotika (neuroleptika)	147
12.11.2	Nežádoucí účinky atypických antipsychotik	148
12.11.3	Klinické užití risperidonu a quetiapinu u poruch chování	149
12.12	Lithium a poruchy chování v dětském a adolescentním věku	150
12.12.1	Lithium u poruch chování v dětském a adolescentním věku	150
12.12.2	Nežádoucí účinky, rizika intoxikace, kontraindikace	151
12.12.3	Pravidla pro klinické použití lithia	152
12.13	Karbamazepin	153
12.13.1	Užití v dětské a dorostové psychiatrii	154
12.14	Kyselina valproová	156
12.14.1	Kyselina valproová v léčbě poruch chování	156
12.14.2	Nežádoucí účinky	156
12.15	Stimulancia u poruch chování	157
12.16	Klonidin	157
12.16.1	Kontraindikace	157
12.16.2	Klonidin v léčbě poruch chování	157
12.16.3	Bupropion	158
12.16.4	Propranolon	158
12.16.5	Trazodon	159
12.17	Antidepresiva	159
12.18	Atomoxetin	159
12.19	Kombinovaná farmakoterapie	160
12.20	Shrnutí, doporučení pro praxi	160
	Literatura	160

13. BIPOLÁRNÍ PORUCHA V DĚTSKÉM A DOROSTOVÉM VĚKU 167

Ivo Paclt

13.1	Úvod – epidemiologie bipolární poruchy u dětí a adolescentů	167
13.2	Diagnóza bipolární poruchy v dětském a adolescentním věku	168
13.3	Diferenciální diagnostika bipolární poruchy, bipolární porucha ADHD a porucha chování	168
13.4	Terapie bipolární poruchy	170
13.5	Vedení pacienta s bipolární poruchou	171

13.6	Závěr	171
	Literatura	171
PŘÍLOHY		173
	Dlouhodobé sledování účinků stimulancií, strukturovaná vyšetření. Škálovací postupy (manuál posuzovacích stupnic užívaných u pacientů s ADHD a u pacientů s komorbidní depresivní poruchou)	173
Příloha 1		
	Dlouhodobé sledování účinků aponeuronu v léčbě dětí s hyperkinetickým syndromem	174
	<i>Ivo Paclt, Ivana Růžičková, Jitka Brunclíková, Jakub Florián</i>	
Příloha 2		
	Škála Connersové pro rodiče: Dotazník pro rodiče	191
Příloha 3		
	Škála Connersové: Dotazník pro učitele	196
Příloha 4		
	Škála Wenderova, strukturované vyšetření ADHD pro dospělé (WURS)	200
Příloha 5		
	Dotazník dětských depresí	204
Příloha 6		
	Manuál pro neurologické vyšetření subtilních příznaků	209
SEZNAM ZKRATEK		227
VĚCNÝ REJSTŘÍK		229

PŘEDMLUVA

V současnosti se stává jedním z nejdiskutovanějších témat otázka agresivity dětí, dětské hyperaktivity a problémů ve výchově právě těchto dětí. Mladá fronta Dnes uveřejnila 11. 6. 2007 rozsáhlý materiál, kde se objevují následující otázky: *Má učitel právo trestat těžce zvládnutelné žáky? Jak má v takové situaci zasáhnout? Jsou přípustné tělesné tresty? Stoupá agresivita dětí ve škole? Proč reagují rodiče konfliktně na zákrok učitel?; Jaké jsou příčiny šikany? Kolik je dětí s hyperkinetickou poruchou? Jak se podílí na problémech dětí výchova a rodinné prostředí? Existují vrozené dispozice k agresivnímu chování? a řadu dalších.*

V poslední době se tak trochu zapomíná na možnosti, které nabízí metody dětské a dorostové psychiatrie. Tato kniha podává přehled teoretických základů, etiologických koncepcí a praktických opatření se zvláštním zřetelem k psychoterapii a farmakoterapii dětí trpících hyperkinetickou poruchou a poruchou chování. Podmínky pro obor dětské psychiatrie je třeba zlepšit tak, aby bylo možné poskytovat tuto péči v širší míře. Postupy dětské psychiatrie vycházejí z kontrolovaných klinických výzkumů, evaluace kvalitních kazuistických sdělení a rozborů výsledků jednotlivých postupů kognitivně behaviorálních.

Žádný obor a žádná metoda nenahradí kvalitní rodinné prostředí, výchovné působení rodičů a emoční vazby v rodině. Je však řada případů, kdy porucha nebo disharmonický vývoj dítěte může přímo narušit dobře fungující rodinu. Je třeba zdůraznit, že sebelepší rodina sama nezvládne výrazně hyperaktivní dítě. Ve všech těchto případech je spolupráce s odborníky nezbytná. Je také věcí rodičů a ostatních odborníků, aby upozornili na uvedenou problematiku co nejdříve a podíleli se na nezbytné mezioborové spolupráci, nejen v lékařství, ale i v psychologii a pedagogice.

Vedoucí autorského kolektivu děkuje všem svým spolupracovníkům, kteří se podíleli na zpracování několika kapitol a také pracovníkům nakladatelství Grada za pečlivou přípravu rukopisu k vydání.

Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

1. HYPERKINETICKÝ SYNDROM: KLINICKÝ OBRAZ A DIAGNOSTIKA

Ivo Paclt

1.1 ÚVOD, VÝSKYT ADHD V POPULACI

Děti trpící ADHD (LDE, MMD) mají největší potíže s tím, aby udržely pozornost, resp. vytrvaly v úsilí zaměřeném na daný úkol. (Termíny lehká dětská encefalopatie – LDE, nebo minimální mozková dysfunkce – MMD, vycházely z etiopatogenetických představ o syndromu, zatímco termín „hyperkinetický syndrom“ vychází přísně ze symptomatického popisu poruchy.) Hyperkinetický syndrom se vyskytuje asi u 6 % dětské populace v poměru chlapců a dívek 3 až 5 : 1. Děti trpící hyperkinetickým syndromem s poruchou pozornosti (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) chronicky *trpí nepozorností, nadměrnou aktivitou a impulzivitou*. Tyto charakteristiky se u nich výrazně projevují již v raných stádiích vývoje, a to zřetelněji, než odpovídá jejich mentálnímu věku. Symptomy vystupují výrazněji v situacích, které kladou požadavky na udržení pozornosti, kontrolu pohybů a utlumení impulzů (školní úlohy, pobyt v kolektivu, nutnost přizpůsobení se určitým normám nebo pravidlům atd.).

Toto kapitola podává přehled základních charakteristik a diagnostických kritérií ADHD.

1.2 PRIMÁRNÍ CHARAKTERISTIKA

1.2.1 DEFICIT POZORNOSTI

Děti trpící ADHD mají problémy s udržením pozornosti ve výraznější míře než normální děti stejného věku a pohlaví. Avšak souborný pojem „*deficit pozornosti*“ je *multidimenzionální* a může se vztahovat k deficitu čilosti, vzrušivosti, výběrovosti podnětů, soustředěné pozornosti, k těkavosti, k nedostatečnému rozsahu chápání atd.

Děti trpící ADHD mají největší potíže s udržením pozornosti či volního úsilí zaměřeného na plnění daných úloh.

Tyto potíže se obvykle projevují při herních testech typu World-testu, při nichž má dítě k dispozici volnou plochu a množství rozmanitých hraček; takové dítě si hraje s hračkami kratší dobu (méně vytrvá) a často a rychle „přebíhá“ od jedné hračky ke druhé. Nejvýrazněji se tyto obtíže projeví v situacích, jež nutí děti, aby udržely pozornost a soustředily se na těžkopádné, nudné, opakované úlohy, jako je například školní práce bez bezprostředního dohledu učitele, domácí úlohy nebo (obecněji) stálý (a ne příliš zajímavý) pracovní výkon.

Potíž nespočívá ve zvýšené těkavosti ani ve snadnosti, s níž se dítě odvrací od úkolu k vnějším podnětům. Výzkum v typických případech zjišťuje, že tyto děti nejsou v důsledku vnější stimulace těkavější než normální děti, avšak *irelevantní stimulace v rámci úlohy* snižuje či zhoršuje výkon dítěte spíše než stimulace mimo úkolové materiály. Významné je rovněž snížení vytrvalosti při plnění úloh, zvláště takových, které nepřinášejí bezprostřední pozitivní odezvu, která je pro dítě významná.

Dále je zřejmé, že pozornost dítěte s ADHD je snadno odvedena k jinému „zajímavějšímu“ úkolu. Problémem je tedy nejen porucha pozornosti, ale i vytrvalosti.

1.2.2 HYPERAKTIVITA

Druhým základním rysem ADHD je nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity.

Neklid, nepokojné vrtění se a všeobecně patrné pohyby těla, které nejsou nezbytné ani potřebné, jsou u těchto dětí běžným jevem. Tyto pohyby bývají často irelevantní k zadané úloze nebo celkové situaci a v dané chvíli se zdají bezúčelné. Rodiče často popisují tyto děti slovy jako „stále je vzhůru a pořád někde rejdí“ – „jako by měl v zadku motorek“ – „pořád někde leze“ – „chvilku klidně neposedí“ – „moc povídá“ – „často si pro sebe brumlá a vydává podivné zvuky“ – „pořád se nějak krouť“. Když jsou tyto děti pozorovány při školní práci, pozorovatelé zjišťují, že jsou často mimo lavici, pohybují se po třídě bez svolení učitele, bez ustání při školní práci pohybují rukama i nohama, hrají si s předměty, které nemají žádný vztah k zadanému úkolu, povídají si s jinými dětmi, a to tak, že jim často skáčou do řeči nebo si berou slovo, i když nejsou osloveny nebo vydávají atypické zvuky. Přímé pozorování jejich sociálních interakcí s jinými dětmi rovněž ukazuje celkově nadměrný řečový projev a časté komentáře (Luk, 1985; Zentall, 1985).

1.2.3 IMPULZIVITA

S problémem (ne)vytrvalosti ve volném úsilí je propojena *nedostačivost v útlumu chování*, reagujícího na situační požadavky, neboli „nebrzděnost“ a nadměrná impulzivita v porovnání s ostatními dětmi téhož věku a pohlaví. Podobně jako pozornost je i impulzivita svou povahou rovněž multidimenzionální.

Zůstává nejasné, které aspekty impulzivity jsou postiženy u dětí trpících ADHD. Tyto děti rychle odpovídají v různých situacích, aniž by čekaly, až budou dokončeny instrukce, či aniž by adekvátně zhodnotily, co se od nich v dané situaci vůbec vyžaduje. Výsledkem bývají často omyly vzniklé z nepozornosti. Tyto děti mohou rovněž selhávat při uvažování o potenciálně negativních, destruktivních či dokonce život ohrožujících následcích, které mohou vznikat při určitých činnostech. Následkem bývá to, že se tyto děti zřejmě často zapojují do rizikových činností, které nebývají v dané chvíli nebytné.

S impulzivitou souvisí i zvýšené riziko úrazu. Pro tyto děti je totiž rovněž problematické čekat, až na ně přijde řada ve hře, či postávat ve skupině za postranní čarou, než se zapojí do nějaké (sportovní) činnosti mající určitý řád. Když jsou postavené před úlohy, které vyžadují, aby odsunuly bezprostřední odměnu a pracovaly pro dosažení dlouhodobějšího cíle, za nějž pak přijde větší odměna, tyto děti často volí brzkou,

třeba menší odměnu, k jejímuž dosažení je zapotřebí méně práce. Je o nich všeobecně známo, že potřebují (časově) krátké pracovní úseky a že věnují jen minimální množství úsilí i času úkolům, které je nudí nebo ke kterým mají dokonce odpor.

Vávra a kol. (1982) studiem nonverbální komunikace normálních a hyperaktivních dětí ukázali výrazný *podíl neřízené motorické aktivity horních, ale i dolních končetin*, které narušují období komunikačních pauz ostatních komunikujících subjektů. Tím dochází ke zřetelné disharmonii mezi dítětem a okolím. Zdá se velmi pravděpodobné, že tyto impulzivní projevy souvisí se striatálním postižením.

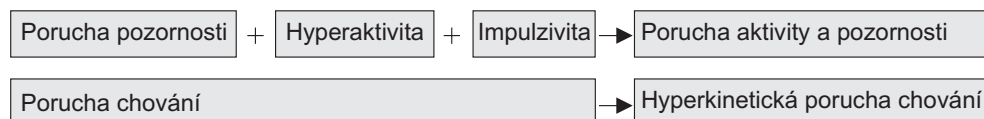
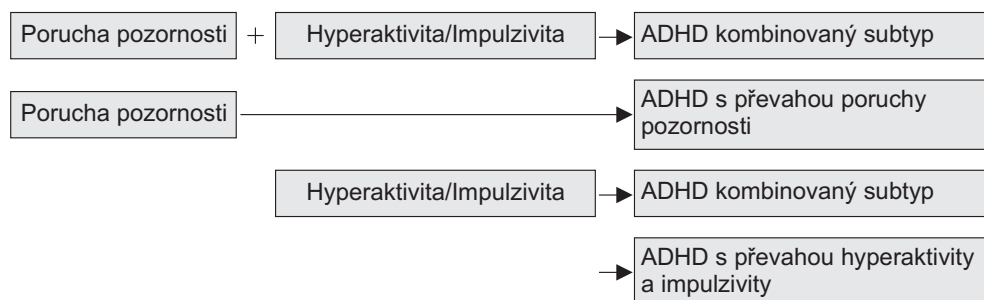
Když se všechny symptomy ADHD objektivně změní tím, že se podrobí tzv. diskriminační funkční analýze, zjišťuje se běžně, že děti s ADHD od non-ADHD dětí nejlépe odlišují příznaky, jako jsou impulzivní omyly v důsledku impulzivního řešení a nadměrná úroveň aktivity (Barkley a kol., 1990a,c).

1.3 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PRO ADHD (ICD-10, DSM-IV)

Oba diagnostické systémy vycházejí z podobných, i když ne totožných přístupů k problematice hyperkinetické poruchy. Mezinárodní klasifikace nemocí ICD-10¹ (srov. tab. 1) rozlišuje mezi poruchou aktivity a pozornosti, poruchou hyperkinetickou, poruchou chování. Vyžaduje klinicky popsané poruchy pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. Všechny tyto příznaky se musí vyskytovat jak v domácím prostředí dítěte, tak i ve škole. Jestliže jedna z uvedených složek chybí, není stanovena diagnóza hyperkinetická porucha. Pokud se zároveň vyskytují poruchy chování (opozičnictví a agresivita event. další poruchy chování), hovoříme o hyperkinetické poruše chování.

Diagnostická kritéria pro ADHD se odlišují v několika aspektech (srov. tab. 1). ADHD je diagnostikováno vždy, pokud se vyskytuje alespoň jedna porucha ze dvou (porucha pozornosti nebo hyperaktivita a/nebo impulzivita). Stačí, aby se tato porucha vyskytovala buď ve škole, nebo v domácím prostředí. Porucha chování nezakládá žádnou jednodílnou diagnostickou skupinu analogickou hyperkinetické poruše chování v ICD-10. Aplikace klinických kritérií, které se neodlišují od kritérií ICD-10, je strukturovaná pomocí následujících diagnostických kritérií, včetně kritérií závažnosti poruchy. Celkově je diagnóza ADHD odlišná od DSM-IV v uvedených aspektech, z kterých je rovněž zřejmé, že ADHD zahrnuje mírnější resp. parciální poruchy, ale nezahrnuje příznaky poruch chování. Z toho je zřejmé, že diagnostická kritéria DSM-IV a ICD-10 se překrývají jenom částečně a diagnóza hyperkinetické poruchy zachycuje závažnější příznaky než diagnóza ADHD dle DSM-IV.

¹ V české literatuře bývá také užívána zkratka MKN-10.

Tab. 1 Srovnání hyperkinetické poruchy a ADHD**Hyperkinetická porucha – ICD-10****ADHD – DSM-IV****Tab. 2** Rozdíly mezi ICD-10 a DSM-IV

DSM-IV		
Jednotlivé syndromy: porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita	Kompletní obraz poruchy (porucha pozornosti + hyperaktivita + impulzivita)	Poruchy chování
	ICD-10	Hyperkinetická porucha chování

Diagnostická kritéria (DSM-IV)

Aplikace těchto kritérií do klinické praxe se dá ještě vylepšit použitím krácených skóreů přizpůsobených věku pacienta. Podle nich lze mluvit o ADHD při výskytu 10 z celkového počtu 14 příznaků, pokud jde o děti ve věku 3–5 let, při 8 ze 14 příznaků u dětí ve věku 6–12 let a konečně při výskytu 6 příznaků ze 14 u dospívajících ve věku 13–18 let.

Rovněž se doporučuje používat posuzovací škál, které umožňují odchylky daného dítěte od vrstevníků téhož pohlaví a věku. Získávání informací od různých pečovatelů (rodiče, učitelé), jež dohlíží na chování dítěte v různých prostředích, je rovněž velice důležité. V přílohách publikace uvádíme několik škál, které jsou ve výzkumu nebo v klinické praxi užívány v zahraničí a částečně také v České republice. Tyto posuzovací škály mohou vhodně doplnit i klinickou praxi. Patří k nim zejména posuzovací škály Connersové pro rodiče a učitele a ve speciálních indikacích. S těmito škálami je třeba pracovat informovaně a zasvěceně za dodržení určitých pravidel. Musí však vždy být součástí komplexního posouzení pacienta. Tedy jsou užity v rámci psychiatrického nebo psychologického vyšetření.

Termín „hyperaktivní porucha spojená s úbytkem pozornosti“ (Attention Deficit Disorder) znamená narušení jednoho nebo více základních poznávacích procesů týkajících se orientace, soustředění nebo udržení pozornosti, což vede k výraznému stupni nepozornosti vůči akademickým a sociálním úkolům. Tato porucha se může rovněž projevovat verbální či motorickou impulzivitou a neredundantní (ne nadbytečnou) aktivitou, jako je například nadměrný neklid nebo těkavost. „Výrazný stupeň“ je definován jako skór přesahující 97. percentil chronologického a mentálního věku dítěte při posuzování školního chování, měřeno standardizovanými metodami.

Hyperaktivní porucha spojená s úbytkem pozornosti musí trvat dlouhé časové období (*nejméně 6 měsíců*). Je-li pozorována u dětí z menšinových etnických skupin či kultur (romské etnikum), musí být posuzována ve vztahu k ostatním dětem z téhož prostředí a v téže mentální věku. Aby se porucha pozornosti mohla kvalifikovat jako ADHD, musí nepříznivě ovlivňovat školní výkon dítěte a musí se (zároveň) projevovat výrazným rozparem mezi intelektovými schopnostmi dítěte a jeho (její) učební produktivitou (kapacitou). Tato porucha se často projevuje velkými, vývojově neúměrnými potížemi, pokud jde o respektování instrukcí a řízení se jimi, a rovněž pokud jde o organizování, plánování, zahajování, setrvávání, dokončení a ověřování akademických úkolů, jako je čtení, písemné kompozice, matematika nebo rukopis.

Děti, jejichž primární postižení splňuje jiné diferenciálnědiagnostické podmínky (např. poruchy učení, vážné emoční poruchy nebo mentální retardace) pod poruchu úbytku pozornosti nespádají. Z této diagnostické kategorie jsou rovněž vyloučeny ty děti, jejichž porucha pozornosti je závislá na:

- nedostatku příležitostí ke vzdělávání nebo na nedostatečném kontaktu s (úředním) jazykem (té které země), v němž jsou podávány oficiální instrukce,
- na náhlém akutním návalu potíží, jenž je evidentně reakcí na:
 - stresující události spojené s funkcí rodiny (tj. rozvod rodičů, úmrtí člena rodiny nebo blízkého příbuzného),
 - na narušení prostředí, v němž dítě žije (tj. změna bydliště nebo školy),
 - na zneužití či zneužívání (tělesné týrání, sexuální zneužití, včetně citové deprivace) nebo popřípadě na přírodní či lidmi zaviněné katastrofy (tj. posttraumatické stresové reakce),
 - bolestivé nebo jinak traumatizující onemocnění (např. akutní chirurgický výkon, chronické onemocnění atd.).

Tab. 3 Kritéria podle DSM-IV pro diagnózu ADHD

A) Porucha, trvající nejméně 6 měsíců, při níž se objevuje nejméně 8 z následujících 14 symptomů:
1. Často si neklidně pohrává s rukama, bezúčelně pohybuje nohama anebo se vrtí na židli. V době dospívání můžeme omezit kladnou odpověď na tuto položku pouze na takové případy, kdy adolescent hovoří o tom, že prožívá subjektivní pocity vnitřního neklidu.
2. Má potíže s tím, aby vydržel/a klidně sedět i když je o to požádán/a.
3. Lehko ho (ji) vyruší (případně odvedou od práce) vnější stimuly.
4. Ve hrách s pevně stanovenými pravidly či ve společenských (resp. skupinových) situacích mu (jí) dělá potíže vyčkat, dokud na něj (ni) nepřijde řada.
5. Často vyhrkne odpověď na otázku ještě předtím, než ji ten, kdo se ptá, vůbec stačil dovyslovit (což vede k častým chybám).
6. Dělá mu (jí) potíže řídit se instrukcemi jiných osob (a není to kvůli opozičníckému, negativistickému chování ani kvůli nepochopení), například mu (jí) dělává potíže dodělat nějakou práci.
7. Dělá mu (jí) potíže soustředit se, ať už na úkoly, nebo při hrách.
8. Často „přebíhá“ od jedné nedokončené činnosti ke druhé.
9. Dělá mu (jí) potíže hrát si tiše.
10. Často je nadměrně povídavý/á, překotně hovoří.
11. Často přerušuje jiné anebo jim skáče do řeči, například se plete do her jiných dětí.
12. Často to vypadá, jako že neposlouchá, co se mu (jí) říká.
13. Často ztrácí věci, které jsou nezbytné pro školní práci či celkově pro různé důležité činnosti, ať už doma, nebo ve škole (např. hračky, tužky, knihy, domácí úlohy).
14. Často se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bral/a v úvahu možné následky (přitom to nedělá kvůli tomu, že by vyhledával/a nebezpečí pro nebezpečí), například vbíhá do vozovky, aniž by se předtím rozhlédl/a.
<i>Poznámka:</i> Výše uvedené položky jsou seřazeny v sestupném pořadí z hlediska důležitosti při diferenciální diagnostice založené na údajích získaných z celonárodního amerického terénního výzkumu kritérií DSM III-R pro výrazné poruchy chování (Disruptive Behavior Disorders).
B) Nemoc začíná obvykle před sedmým rokem věku.
C) Nesplňuje kritéria vřezachvacující vývojové poruchy (Pervasive Development Disorder).
Ve věku: 3–5 let: 10 a více příznaků 6–12 let: 8 a více příznaků 13–18 let: 6 a více příznaků

Tab. 4 Kritéria závažnosti ADHD

Mírný	Jen málo symptomů, pokud vůbec nějaké z těch, které jsou potřebné ke stanovení této diagnózy, se projevuje v nadměrné míře. Školní a společenská angažovanost dítěte trpí v tomto stupni choroby jen minimálně anebo vůbec ne.
Střední	Symptomy či míra (společenské) funkční újmy kolísají mezi „mírnou“ a „vážnou“.
Vážný	Ze symptomů potřebných ke stanovení této diagnózy se mnoho projevuje v nadměrné míře. Újma, ať už se týká činností doma, ve škole nebo přátelství s vrstevníky, je (téměř) všezachvacující.

1.4 PŘIDRUŽENÉ PŘÍZNAKY

1.4.1 VELKÁ VÝKONNOSTNÍ VARIABILITA PŘI PLNĚNÍ ÚKOLŮ

Často citovaným projevem ADHD je velká variabilita úkolové či pracovní výkonnosti v průběhu času. Běžně se stává, že standardní odchylka dětí od výkonové křivky v úlohách s četnými opakovanými pokusy je značně větší, než vidíme u normálních dětí. Počet správně dokončených či vyřešených problémů nebo testových položek, stejně jako přesnost jejich výkonů, se u těchto dětí každou chvílí podstatným způsobem mění (od pokusu k pokusu nebo ze dne na den).

Učitelé často udávají, že se u těchto dětí projevuje mnohem větší výkonnostní variabilita než u normálních dětí, a to jak v produktivitě práce ve škole, tak v domácích úkolech, v testech, při postupu do vyššího školního stupně i v kooperativních sociálních úlohách. Podobně rodiče mohou zjišťovat, že jejich děti jednou vykonávají určité práce pohotově a přesně a jindy ledabyle a chabě, pokud se k nim vůbec odhodlají. Proto se o těchto dětech soudívá, že jsou nadané, ale líné.

1.4.2 ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY HYPERKINETICKÝCH DĚTÍ

Děti s ADHD trpí častěji než ostatní děti *strabismem* (Hartsough a kol., 1985). Až 52 % dětí s ADHD je charakterizováno jako děti se zhoršenou motorickou koordinací (Barkley a kol., 1990a,c; Hartsough a kol., 1985; Szatmari a kol., 1989b), což se zvláště výrazně týká úloh vyžadujících jemné motorické dovednosti. U těchto dětí se rovněž může objevovat větší počet „měkkých“ neurologických příznaků, vztahujících se ke hrubé motorické koordinaci a k nadbytečným motorickým pohybům během neurologického screeningového vyšetření, v němž byly děti s ADHD srovnávány s kontrolními skupinami jednak normálních, jednak dětí s poruchami učení (Barkley, 1990a,c). O mnoha dětech s ADHD je notoricky známo, že mívají potíže s rukopisem vůbec a zvláště s krasopisem.

Výzkumy zjistily, že 25–50 % hyperaktivních dětí mívá v raném dětství ještě další zdravotní problémy (Hartsough a kol., 1985). U hyperaktivních dětí byl zjištěn *častější výskyt opakovaných infekcí horních cest dýchacích, alergií a astmatu*, a to až ve 44 %

ve srovnání s 25 % u normálních dětí. Enuréza (pomočování), především noční, se objevila až u 43 % dětí trpících ADHD (Hartsough a kol., 1985; Szatmari a kol., 1989a,b).

Děti s ADHD jsou také znatelně větší „nehodáři“ než zdravé děti. Až 46 % z nich je popisováno jako osobnosti náchylné k nehodám a 15–24 % z nich utrpělo už čtyři a více vážných nehod končících *úrazem* (např. zlomeninami, lacerací, tj. potrháním svalů či vaziva, úrazy hlavy, těžkými podlitinami, vyraženými zuby či náhodnými otravami) (Hartsough a kol., 1985) a 7–21 % z nich se alespoň jednou nešťastnou náhodou přiotrávilo. Přesto (protože šlo o lehčí úrazy) se nezjistilo, že by děti s ADHD byly častěji hospitalizovány, pobývaly v nemocnici dlouhodoběji nebo že by byly operovány vícekrát než zdravé děti (Barkley, a kol., 1990a,c; Szatmari a kol., 1989a).

1.4.3 PORUCHY SPÁNKU

Děti s ADHD mají větší pravděpodobnost vzniku *problémů se spánkem* než zdravé děti. Je dobře známo, že děti s ADHD se v prvních letech života projevují zejména poruchami spánku a problémy s příjmem potravy. Starším dětem dlouho trvá, než usnou, což je patrné u 56 % dětí s ADHD ve srovnání s 23 % zdravých dětí. Až u 39 % dětí s ADHD se mohou objevovat problémy s častým nočním probouzením. Přes 55 % dětí s ADHD je, jak rodiče uvádějí, unavených po probuzení, ve srovnání s 27 % zdravých dětí. Tento vyšší výskyt poruch spánku se může objevit už u kojenců, a to u plných 52 % dětí s ADHD ve srovnání s 21 % zdravých dětí.

1.4.4 KOMORBIDNÍ PORUCHY (EMOČNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ)

Koexistence ADHD s dalšími psychickými poruchami je všeobecně známá. Až 44 % dětí s ADHD trpí nejméně ještě jednou další psychickou poruchou, 32 % trpí dvěma dalšími poruchami a 11 % dokonce třemi či více (Szatmari a kol., 1989b). O dětech s ADHD se často udává, že mají více symptomů úzkosti, deprese a nižší sebehodnocení než zdravé děti nebo děti s poruchami učení, které netrpí ADHD (Barkley, 1990a,c). Až 32 % dětí s ADHD může trpět *afektivní poruchou* a 20–30 % z nich splňuje kritéria pro *úzkostnou poruchu*. Szatmari a kol. (1989b) zjistili ve své rozsáhlé epidemiologické studii, že 17 % dívek a 21 % chlapců s ADHD ve věku od 4 do 11 let trpělo alespoň jednou další poruchou (*obsedantně-kompulzivní porucha, tiková porucha*): počet dětí s ADHD, které trpí těmito dvěma poruchami v průběhu adolescence stoupl na 24 % chlapců a 50 % dívek.

U dětí s ADHD se projevuje podstatně více *poruch učení* (24–70 %, z toho 15–30 % dyslexie), poruch chování, opozičního a vzdorovitého chování, *agresivity*, včetně *delikventních činů* než u zdravých dětí. Až 40 % dětí a 65 % adolescentů s ADHD naplňuje diagnostická kritéria opoziční poruchy (Oppositional Deficit Disorder) (Barkley a kol., 1990a,c), 21–45 % dětí s ADHD a 44–50 % adolescentů s ADHD je diagnostikováno jako závažnější *poruchy chování* (Conduct Disorder) (Barkley, 1990a,c; Szatmari a kol., 1989b). Nejběžnějšími typy problémového chování u těchto dětí je lhaní, krádeže, záškoláctví a v menší míře i fyzická agresivita. Je

pochopitelné, že údaje jednotlivých autorů se mohou výrazněji lišit vzhledem k použitému diagnostickým kritériím a zvoleným skupinám pacientů.

1.4.5 ZNEUŽÍVÁNÍ DROG, ALKOHOLU A ADHD

Tato problematika bývá kupodivu často opomíjena. Lze to pravděpodobně vysvětlit i tím, že pokud se zjistí, že ten či onen někdejší dětský pacient s ADHD se v dospělosti stal závislým na alkoholu či drogách, je to zahrnuto pod široký pojem „asociální chování“, místo aby se s ADHD operovalo jako s komorbidní poruchou. Je možné, že odborníci zahrnou *do jedné skupiny* opilost, držení malého množství drog a některé trestné činy, jako jsou útoky z domova, vandalství a drobné krádeže, a *do druhé závažné trestné činy jako loupež*, vloupání, krádež velkého rozsahu či ozbrojený útok; v tom případě už se neuvádí zneužívání alkoholu či drog.

Studie Blouina a kol. (1978), srovnávající skupinu 23 dětí s ADHD a kontrolní skupinu 22 dětí, které sice měly potíže ve škole, ale nebyly hyperaktivní, ukázala, že hyperaktivní osoby požívaly alkohol sice ve větší míře než kontrolní skupina, nikoliv však v takové, aby se dalo mluvit o abúzu či zneužívání. V prospektivní pětileté studii Kramera a kol. (1978) se 124 hyperaktivními chlapci ve věku od 12 do 18 let užívalo drogy 19 % vzorku, ovšem u plných 16 % se jednalo pouze o „lehkou“ drogu marihuanu. Ve vzorcích z jiných výzkumů kolísají u těchto pacientů údaje o abúzu „tvrdých“ drog, jako jsou heroin, kokain či halucinogeny mezi 4–13 %. Výraznější kontakt s alkoholem uvádí 28 % pacientů s ADHD, v jiných studiích ještě více, někdy dokonce až 84 %. Nemusí se však vždy nutně jednat o míru, která by stačila k označení „abúzus“.

Goodwin a kol. (1975) srovnával alkoholismus a nealkoholismus u 133 dánských adoptovaných dětí, a sice až v jejich dospělosti, kdy jim bylo v průměru 30 let. Adoptivní rodiče se v obou skupinách nelišili, zato 10 ze 14 adoptovaných dětí, pozdějších alkoholiků, mělo rovněž biologické rodiče alkoholiky. V jiné novější studii zjistili Wood a kol. (1983), že 33 % mužů-alkoholiků splňuje kritéria ADHD. Podobné údaje uvádí více studií, avšak ne všechny jsou kontrolované a u těch z nich, které jsou kontrolované, se propojení mezi dětskou hyperaktivitou a abúzem alkoholu či drog v dospělosti jeví spíše jako slabé.

Jiný typ studií se týká rodin hyperaktivních dětí. Morrison a kol. (1973) a Stewart a kol. (1979) zjistili u biologických rodičů dětí s ADHD ve srovnání s kontrolní skupinou vyšší výskyt alkoholismu, sociopatie a hysterie, ale ne ADHD jako takové.

Feldman a kol. (1979) zkoumali skupinu lidí v průměrném věku 21 let, kteří byli v 9–10 letech hyperaktivní. Celých 50 % těchto dospělých s ADHD vyzkoušelo marihuanu, zatímco z jejich sourozenců to bylo 37 % a z kontrolní skupiny 33 %. Stimulancia bez předpisu byla zneužívána ve zkoumané skupině vzácněji (20 % oproti 26 %). Závažnější zjištění byla u alkoholu: 16 % těchto mladých hyperaktivních dospělých zneužívalo alkohol, zatímco u jejich zdravých sourozenců nebyl abúzus alkoholu zjištěn.

Souborně lze říci, že některé studie vazbu hyperaktivity v dětství a alkoholu v dospělosti potvrzují, jiné nikoliv, ale v podstatě se tato souvislost jeví jako možná.

Závěrem lze shrnout, že hypotéza o tom, že osobnostní vlastnosti dětí s ADHD je v dospělosti predisponují k abúzu drog (s výjimkou alkoholu) ve zvýšené míře oproti

běžné populaci, se v podstatě potvrdila. Celkově hyperaktivní děti měly obtíže tohoto druhu častěji, většinou se jednalo o statisticky významné rozdíly s tím, že užívání stimulantů v dětství tyto jedince vůbec nepredisponuje ke zvýšenému užívání drog či alkoholu v dospělosti. Mírně zvýšený výskyt abúzu alkoholu u dětí trpících ADHD v dospívání a dospělosti může být způsoben jednak společnou genetickou predispozicí (dopamimerní transmise), jednak genetickou podmíněností výskytu abúzu alkoholu samostatně.

Léčba stimulancii v dětství nemá na pozdější zneužívání drog či alkoholu žádný vliv (Wonder, 1997).

LITERATURA

- Barkley, R. A., Du Paul, G. J., MC Murray, M. B.*: A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *J Consult Clin Psychol*, 58, 1990a, 775–789.
- Barkley, R. A.*: Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York, The Guilford Press 1990c.
- Blouin, A. G. A., Bornstein, R., Trite, R.*: Teen-age alcohol use among hyperactive children: A 5-Year Follow-Up Study. *J Pediatr Psychol*, 3, 1978, 188–194.
- Feldman, S., Denhoff, E., Denhoff, J.*: The Attention Disorders and Related Syndromes: Outcome in Adolescence and Young Adult Life. In: Stern, L., Denhoff, E. (Eds.): *Minimal Brain Dysfunction: A Developmental Approach*. New York, Masson Publishing 1979.
- Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Hermansen, L., Guze, S. B., Winokur, G.*: Alcoholism and hyperactive child syndrome. *J Nerv Ment Dis*, 160, 1975, 349–353.
- Hartsough, C. S., Lambert, N. M.*: Medical factors in hyperactive and normal children: prenatal, developmental and health history findings. *Am J Orthopsychiatry*, 55, 1985, 190–210.
- Kramer, J., Loney, J.*: Predicting adolescent antisocial behavior among hyperactive boys. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Toronto, 1978.
- Luk, S.*: Direct observation studies of hyperactive behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 24, 1985, 338–344.
- Morrison, J. R., Stewart, M. A.*: The Psychiatric Status of Legal Families of Adopted Hyperactive Children. *Arch Gen Psychiatry*, 3, 1973, 888–891.
- Stewart, M. A., De Blois, C. S., Singer, S.*: Alcoholism and Hyperactivity Revisited: A Preliminary Report. In: Gallanter, M. (Ed.): *Biomedical Issues and Clinical Effects of Alcoholism*. New York, Grune & Stratton 1979.
- Szatmari, P., Offord, D. R., Boyle, M. H.*: Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with Attention Deficit Disorders: findings from the Ontario Child Health Study. *J Child Psychol Psychiatry*, 30, 1989a, 205–217.
- Szatmari, P., Offord, D. R., Boyle, M. H.*: Ontario Child Health Study: prevalence of Attention Deficit Disorder with hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry*, 30, 1989b, 219–230.
- Vávra, V., Šebek, M.*: Nonverbální komunikace u hyperaktivních dětí léčených aponeuronem. Výzkumný úkol ministerstva zdravotnictví (MZD ČSSR) 1982.

- Weiss, G., Kruger, E., Danielson, R., a kol.:* Effect of long term treatment of hyperactive children with methylphenidate. *Can Med Assoc J*, 112, 1975, 159–165.
- Wonder, P. H.:* Attention Deficit Hyperactivity Disorder in adults. *Dopaminergic disorders II*. Ritz-Carlton, Boston-Boston, 28.–30. 4. 1997. (Ústní sdělení.)
- Wood, D., Wender, P. H., Reimherr, F. W.:* The prevalence of Attention Deficit Disorder residual type or Minimal Brain Dysfunction in a population of male Alcoholic patients. *Am J Psychiatry*, 140, 1983, 95–98.
- Zentall, S. S.:* A context for hyperactivity. In: Gadow, K. D., Bialer, I. (Eds.): *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*. Greenwich, Conn JAI Press 1985.