

# Hyperkinetické dítě

**ADHD** (*Attention Deficit Hyperactivity Disorders*) neboli **hyperkinetické poruchy** patří mezi geneticky podmíněné neurovývojové poruchy, které se projevují již od raného dětství, nejvíce však ve školním věku, kdy postihují 5–7 % dětí, převážně chlapců. V 50 % přetrvávají ADHD do dospělosti.<sup>[1]</sup>

Tyto poruchy charakterizuje především:

- **porucha pozornosti** (nesoustředěnost, nepozornost)
- **impulzivita**
- **hyperaktivita** (zvýšená motorická aktivita).<sup>[2]</sup>

Jde o velmi častou poruchu, prevalence v populaci dosahuje 4,5–5,5 %.<sup>[3][4]</sup> ADHD v dětství je jednou z nejčastějších diagnóz, které se věnují dětské psychiatrii. ADHD výrazně narušuje kvalitu života od dětství až po dospělost, nicméně existují dobře prokázané a velmi účinné léčebné možnosti pro dětský věk a dospívání.<sup>[2]</sup>

## Etiologie

Příčiny ADHD nejsou v současnosti zcela známy a nelze proto vždy určit jednoznačnou příčinu. Na vzniku ADHD se nejspíš podílí vlivy genetické i zevní (ekologické, zdravotní komplikace v těhotenství nebo při porodu apod.).<sup>[1]</sup>

ADHD je porucha typická neurovývojovým opožděním s odchylnou maturací CNS, dysregulací neurotransmiterových systémů (noradrenergického a dopaminergního) a je i vysoce rizikovým faktorem pro vznik dalších psychiatrických poruch. MRI u ADHD prokazuje zmenšený objem mozku, mozečku, bazálních ganglií vpravo a corpus callosum vpravo.<sup>[1]</sup>

## Klinický obraz

- Jádrové symptomy ADHD: **nepozornost, impulzivita a hyperaktivita**. Poruchy krátkodobé paměti.
- Často také emoční impulzivita a emoční dysregulace (nízká frustrační tolerance, netrpělivost, prchlivost se snadným rozzlobením se a snadná rozrušitelnost různými emocemi obecně).
- Jen u malé části pacientů dochází k úplné remisi onemocnění v průběhu dospívání.<sup>[2]</sup>

### V průběhu dětství se příznaky mění

- u kojenců a batolat – navíc změny nálad, narušené sebeovládání a horší vztahy s rodiči a vrstevníky;
- v předškolním věku – malá výdrž u her, motorický neklid, nadměrný vzдор, problémy v sociální adaptaci (např. v kolektivních zařízeních);
- v mladším školním věku – dominuje nepozornost a motorický neklid, impulzivní chování, horší sebeovládání, tendence k agresivnímu chování, poruchy učení a školní selhávání;
- v pubertě – trvá nepozornost, motorický neklid se zmírňuje, navíc problémy s plánováním a organizací, agresivní i delikventní chování, zneužívání návykových látek, emoční problémy a nehody a úrazy
- v dospělosti – nepříznivé důsledky ADHD: špatný školní prospěch, střídání mimoškolních aktivit, interpersonální konflikty, sociální maladaptace, abúzus, predelikvence, delikvence, střídání zaměstnání, nezaměstnanost, manželské a partnerské problémy, problémy s výchovou dětí aj.<sup>[2][5][6]</sup>

Hyperkinetické děti jsou často neukázněné, impulzivní a náchylné k úrazům. Často bezmyšlenkovitě porušují pravidla a tím se dostávají do konfliktů s disciplínou, časté jsou i poruchy usínání. Poruchy chování se často kombinují s vývojovými poruchami řeči, učení a někdy i s kognitivním deficitem. V návaznosti na ADHD syndrom mohou vznikat poruchy nálad nebo tiková porucha.

Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se snadno stát izolovanými. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. U těchto dětí jsou porušeny poznávací schopnosti a bývá často specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.<sup>[7]</sup>

ADHD narušují školní výkonnost dětí s normálním intelektovým potenciálem, takže jejich školní výsledky neodpovídají výši jejich intelektu.<sup>[1]</sup>

## Diagnostika

- standardní diagnostická kritéria
- příznaky se vyskytují v různých prostředích (domov, škola, volný čas) a jsou přítomny již před 7. rokem života
- diagnostický rozhovor s rodičem (nebo jiným pečovatelem), vyšetření dítěte (pozorování a zadávání různých úkolů), dotazníky (pro rodiče a pro učitele), popř. psychologické vyšetření (kognitivní a percepčně-motorické funkce, pracovní-volní a emočně-sociální úroveň dítěte) a EEG.<sup>[2][8]</sup>

## Léčba

### Nefarmakologické intervence

- rodičovský trénink, nácvik sebeovládání;
- u adolescentů edukace, poradenství pro rodiče, poradenství s plánováním času a strukturací denního programu, nácvik sebeovládání a pomoc při interpersonálních problémech;
- u dospělých komplexní psychoterapeutické programy, založené obvykle na kognitivně behaviorální terapii (KBT).

## Farmakologie

- stimulant **methylenfenidát** (Ritalin®, Concerta®); rychlý nástup účinku, účinek až 90 %; není vhodný při tikové poruše;
- nestimulační preparát **atomoxetin**, inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu (Strattera®); pomalý nástup účinku, až po 3 týdnech; vhodný při komorbidní úzkosti a depresi či tikách.<sup>[2]</sup>

Cíl: úprava jádrových příznaků, zklidnění rodinných konfliktů, zaměření se na problémy se vzděláváním a zaměstnáním, rizika spojená se řízením vozidel, tělesné zdraví, životní styl, léčba psychiatrických komorbidit.<sup>[2]</sup>

## Psychoterapie a socioterapie:

- odpovídající výchovný přístup rodičů – laskavost, klid, optimismus, velká trpělivost
- odpovídající přístup pedagogů a speciální režim ve škole

Ze zákona vyplývá dětem s touto poruchou právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. Tyto speciální vzdělávací potřeby zjišťuje školské poradenské zařízení. Viz také Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.<sup>[8]</sup> Děti s ADHD vyžadují specifický přístup a režim, odlišný než jaký mají jejich vrstevníci. Z toho důvodu byly založeny dyslektické a vyrovnávací třídy se speciálním režimem (např. přestávky každých 20 minut, učení se vleže na zemi, možnost měnit polohu i místo během vyučovacího procesu atd.). Ve třídách učí speciální pedagogové (etopedové), kteří při maximálním počtu 12 dětí ve třídě mohou uplatňovat individuální přístup. Taktéž vyhláška Ministerstva školství ČR (čj. 23 472/9291) umožňuje jinou klasifikaci, např. jen písemné hodnocení nebo při komorbidní dyslexii neklasifikování z jazyků.<sup>[8]</sup>

- EEG-biofeedback (trénink funkcí nervové soustavy přímo na úrovni aktivace pozornosti a soustředění, posílení vůle, sebeovládání aj.)
- pohybová rehabilitace (aktivace ochablého svalstva a zlepšení motorické koordinace).
- ev. logopedická náprava
- metody poradenské psychologie (řešení výchovných nesnází, adaptačních obtíží dítěte, nácvik relaxace aj.) a speciální pedagogiky (rozvoj percepčně-motorických funkcí, nápravné postupy u specifických poruch učení – dyslexie apod.)<sup>[8]</sup>

## MKN-10

**Hyperkinetické poruchy (F90 (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F90>))** – charakteristika této skupiny:

- časný začátek (obvykle v prvních pěti letech života)
- nedostatečná vytrvalost v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti
- tendence přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena
- dezorganizovaná, špatně regulovaná a nadměrná aktivita<sup>[7]</sup>

F90.0 Porucha aktivity a pozornosti

- Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou
- Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou
- *Nepatří sem:* hyperkinetická porucha s poruchou chování (F90.1)

F90.1 Hyperkinetická porucha chování

- Hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování

F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy

F90.9 Hyperkinetická porucha NS

- Hyperkinetická reakce v dětství nebo v dospívání NS
- Hyperkinetický syndrom NS<sup>[7]</sup>

Pro ADHD se dříve používaly diagnózy LDE (*lehká dětská encefalopatie*) či LMD (*lehká mozková dysfunkce*), které se snažily postihnout etiologii, aktuálně užívané označení syndromu vychází z popisu chování této poruchy.<sup>[8]</sup>

## Odkazy

## Reference

1. [http://www.predys.szm.com/zdrav\\_noviny.htm](http://www.predys.szm.com/zdrav_noviny.htm)
2. THEINER, Pavel. ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2012, roč. 13, vol. 4, s. 148-150, dostupné také z <<https://www.solen.cz/pdfs/psy/2012/04/02.pdf>>.

3. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163(4): 716–723.
4. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164(6): 942–948.
5. Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment, third edition. The Guilford Press, 2006.
6. Mick E, Faraone SV, Biederman J. Age-dependent expression of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychiatric Clinics of North America* 2004; 27(2): 215–224.
7. <https://old.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>
8. <http://www.pppnj.adslink.cz/data/odborneclanky/adhd.html>

## **Použitá literatura**

- NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. *Neurologie*. 1. vydání. Praha : Galén, 2002. 0 s. ISBN 80-7262-160-2.