

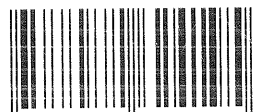
Současné socioekonomické prostředí, spojené se zvýšeným tlakem studijní a pracovní výkon, sociální adaptabilitu a schopnost sebeorganizace, zvyšuje nároky na psychiku již v dětském a adolescentním věku. Praxe ukazuje, že hyperkinetická porucha se svými typickými příznaky se stává významným handicapem, který postiženému brání plně využít svých intelektových schopností, nebrzděnými projevy v chování vzbuzuje negativní reakce okolí a omezuje dosažení potenciální studijní a sociální úspěšnosti.

Dlouhodobá rizika hyperkinetické poruchy jsou podceňována a laická veřejnost o nich není dostatečně informována. Rodiče se často spokojí s lékařským potvrzením diagnózy pro školu, které zajistí dítěti tolerantnější hodnocení výkonu a chování, popřípadě umožní některé specifické metody výuky. Tento postup, i když v podstatě správný, je však neúplný; pomáhá dítěti překlenout ze dne na den různá aktuální selhání, obvykle ale končí současně s odchodem ze základní školy. Během adolescence a na prahu dospělosti není těmto jedincům poskytována odborná pomoc a léčba.

Přáli bychom si, aby tato publikace přinesla užitečné informace jak odborníkům, tak i rodičům hyperkinetických dětí, aby v ní našli argumenty pro zahájení včasné, komplexní léčby, která by zlepšila prognózu a dlouhodobé perspektivy u této poruchy.

www.galen.cz

ISBN 978-80-7262-419-5

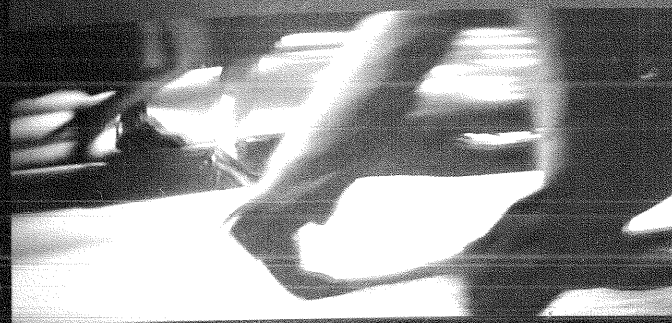


9 788072 624195



Ivana Drtílková, Omar Šerý et al.

HYPERKINETICKÁ PORUCHA



ADHD



vity disorder) podle amerického manuálu DSM-IV. Jsou vysvětleny formální i obsahové rozdíly mezi oběma klasifikačními systémy. Další kapitoly pojednávají o metodách klinického a psychologického vyšetření, diferenciální diagnóze, výskytu komorbidních poruch a průběhu hyperkinetické poruchy od dětství do dospělosti. Rozsáhlá část je věnována farmakoterapii, obsahuje přehled účinnosti různých druhů psychofarmak používaných v minulosti i současnosti, včetně doporučených postupů léčby ve shodě s publikovanými klinickými vodítky (guidelines) a názory současných expertů. Následující kapitola se zabývá psychoterapeutickými postupy v průběhu vývojových etap dítěte, shrnuje přístupy různých psychoterapeutických směrů a zdůrazňuje klíčový význam práce s rodinou.

Teoretická část je věnována biologickým a psychologickým aspektům v problematice etiologie a patogeneze, v samostatných kapitolách je uveden přehled neurochemických a neurofyziologických nálezů u hyperkinetické poruchy a jsou shrnuty výsledky moderních zobrazovacích metod mozku. V kapitole věnované neuropsychologickému modelu jsou diskutovány možné souvislosti mezi neurobiologickými nálezy a psychologickými korelátory poruchy a uvedeny současné psychologické koncepty, které se opírají o teorii deficitu inhibičních mechanismů.

Díky interdisciplinární spolupráci jsme mohli zařadit kapitolu z oboru genetiky, ve které jsou přehledně shrnuty výsledky molekulárně genetických studií cílených na detekci kandidátních genů u hyperkinetické poruchy.

Vedle přehledu současných znalostí o problematice hyperkinetické poruchy je záměrem této monografie také zdůvodnit potřebu komplexního, multimodálního terapeutického přístupu k těmto pacientům s použitím moderní farmakoterapie, společně se specifickými výchovnými a psychoterapeutickými metodami.

V monografii jsou střídavě používány termíny »hyperkinetická porucha« a »ADHD«. V textu je ponecháno původní označení poruchy v závislosti na zdrojích, ze kterých jsou citovány poznatky. Vzhledem k tomu, že pojetí hyperkinetických poruch podle diagnostických kritérií MKN-10 a pojetí ADHD podle DSM-IV není zcela identické, nepovažovali jsme za vhodné sjednotit název poruchy.

2. Pohled na hyperkinetickou poruchu v historii

Ivana Drtílková

Příznaky hyperkinetické poruchy u dětí poprvé vzbudily pozornost lékařů na začátku 20. století. V roce 1902 doktor G. F. Still vyšetřil skupinu dvaceti neklidných dětí s výrazně nežádoucím chováním, přestože byly vychovávány v domácnostech splňujících kritéria »dobré výchovy« (záměrně se nevěnoval dětem, u kterých výchova nesplňovala tento standard). Popsal u nich projevy hyperaktivity, různé poruchy chování, narušenou pozornost, problémy s učením a všiml si, že tyto příznaky byly častější u chlapců. Ze své studie vyvodil, že tyto projevy musí mít pravděpodobně nějaké biologické příčiny, protože je nebylo možno vysvětlit zanedbáním výchovy a vlivem prostředí. Jeho přesvědčení bylo později podpořeno častějším nálezem deprese nebo alkoholismu ve sledovaných rodinách. Tento teoretický předpoklad byl velmi pokrokový, když uvážíme, že na začátku 20. století byly poruchy chování u dětí považovány za »morální defekt«, často spojovaný s charakterovými vadami rodičů a nedůslednou výchovou. Běžně akceptovanou metodou léčby v té době bylo bití, s cílem dosáhnout u dětí poslušnosti. Prestižní britský lékařský časopis Lancet otiskl v roce 1904 krátký článek s nadpisem »Případ neposedného Filipa«, ve kterém byla zábavným způsobem popisována narůstající frustrace Filipových rodičů z chlapcova nevhodného chování (je stále v pohybu, houpe se na židli, dokud se nepřevrátí, při pádu stáhne ubrus a s ním sklenice, talíře a příbor...). Byly to další zmínky popisující chování s hyperkinetickými příznaky (Hallowell et al., 1994).

Po první světové válce byly u řady dětí pozorovány následky epidemie encephalitis lethargica, které se projevovaly různými změnami psychiky a chování, což ukazovalo na význam organických faktorů v etiologii a patogenezi některých beha-

viorálních syndromů. Hypotéza o biologickém podkladu hyperkinetické poruchy byla posílena na konci třicátých let 20. století, kdy Charles Bradley (1937) v léčbě poruch chování u dětí úspěšně použil psychostimulační látku. Po léčbě benzedrinem (racemická směs dextro- a levoamfetaminu) bylo patrně zmírnění hyperaktivity a zlepšení prospěchu u neklidných dětí.

Předpoklad organického podkladu poruchy se v letech 1922–1968 dlouhodobě odrážel i v terminologii (minimal brain damage syndrome, brain injured child, minimal brain dysfunction, chronic brain syndrome, cerebral dysfunction...). Rozdílné termíny byly často používány v různých zemích světa a terminologie se také často lišila mezi psychiatrií, neurologií a pediatrií.

Termín lehká mozková dysfunkce (LMD) vznikl jako výsledek potřeby sjednotit terminologii a ohraničit diagnostická kritéria této poruchy v mezinárodním měřítku. Na termínu LMD se sjednotil v roce 1963 tým odborníků v Chicagu a pod vedením S. Clementse vypracoval definici tohoto syndromu: Jsou to děti vyšší, průměrné nebo podprůměrné inteligence, s různými poruchami chování nebo učení. Různé formy onemocnění, od velice mírných až po závažné, jsou spojeny s odchylkami funkcí CNS. Tyto deviace se mohou manifestovat v různých poruchách percepce, tvoření pojmů, paměti, řeči, pozornosti, impulzivity nebo motorických funkcí. Změny mohou vznikat z genetického nebo biochemického porušení regulace, z poškození perinatálního nebo jinými nemocemi a poruchami vzniklými v době, která je typická pro vývoj a vyzrávání CNS. Mohou být také časné nedostatky smyslové, které mohou vyvolat trvalé poškození mozku. Termín LMD se stal všeobecně známým a používaným nejen v psychiatrii, ale i v příbuzných oborech a v některých případech přetrvává toto starší pojetí poruchy dodnes.

Koncept LMD byl na rozdíl od hyperkinetické poruchy širší, zahrnoval také poruchy, které bychom z dnešního pohledu chápali pouze jako komorbidní – například některé specifické vývojové poruchy učení a motorické funkce (»syndrom neobratného dítěte«). LMD byla nejčastěji považována za následek perinatálního poškození mozku a zejména z pohledu neurologů byla často chápána jako »lehká« forma dětské mozkové obrny. Rovněž v naší pedopsychiatrické praxi byla pro děti s hyperkinetickými příznaky řadu let používána diagnóza »psychomotorická instabilita na bázi LMD«. V odborném slangu se o těchto dětech obvykle hovořilo jako o »instabi-

lech«. I když genealogické studie naznačovaly genetické souvislosti, za klíčové faktory pro vznik LMD byly považovány zejména perinatální komplikace, protražované porody, omotaný pupečník nebo nedostatečná plicní ventilace u předčasně narozených dětí – což všechno ve svých důsledcích vedlo k mozkové hypoxii. V současném pojetí hyperkinetické poruchy je význam některých prenatálních a perinatálních komplikací také akceptován jako možná součást etiopatogenetických faktorů, mimo to jsou však hledány další, specifické příčiny, zejména v oblasti molekulární genetiky.

Třesoňová (1983) ve své monografii »Lehká mozková dysfunkce v dětském věku« uvádí, že v 60. letech minulého století pod vedením psychiatra O. Kučery (1961) u nás vznikl koncept »lehké dětské encefalopatie«, který zahrnoval souhrn etiologických, diagnostických a psychopatologických poznatků, které se obsahově zásadně nelišily od kritérií »lehké mozkové dysfunkce« (LMD).

Z dnešního pohledu je používání zastaralého pojmu LMD chybné. Skutečnost, že 13 let po zavedení klasifikačních kritérií MKN-10 pro hyperkinetické poruchy někteří naši odborníci ulpívají na termínu LMD, je udivující. Heterogenní koncept LMD neumožňuje dostatečnou diagnostickou selekci, protože směřuje široké spektrum psychopatologie, která – podle současných znalostí – tvoří společnou nozologickou jednotku a nebyl prokázán její společný etiopatogenetický podklad. Tím není zpochybňován relativně častý komorbidní výskyt určitých poruch. Snad z diagnostických rozpaků se do kategorie LMD občas dostávaly i děti s pouhým školním neprospěchem nebo s poruchami chování.

Setrvávání na této dnes již neexistující diagnóze, která vycházela z blíže nespecifikovaného »organického« postižení CNS, může také svádět k používání terapeutických postupů, které nejsou dostatečně přesně cíleny na specifickou poruchu. Například rutinní používání nootropik, která byla často ordinována dětem s LMD, v léčbě dětí s hyperkinetickou poruchou je přinejmenším sporné. Nootropní preparáty sice prokázaly příznivý efekt u dětí s poruchami učení, aktivity a pozornosti (například piracetam je využíván v léčbě dyslexie jako adjuvans se specifickou logopedickou péčí), avšak u dětí s »čistou« hyperkinetickou poruchou jejich lehce stimulační vliv může zvýraznit projevy hyperaktivity a neklidu. Současná klinická vodítka léčby ADHD nootropika nezahrnují mezi doporučované preparáty. Na druhé straně, stimulancia používaná k léčbě ADHD nejsou vhodná pro léčbu dětí se

specifickými vývojovými poruchami řeči nebo učení, pokud jsou bez hyperkinetických příznaků. Wender již v roce 1973 upozorňoval, že skupina dětí s diagnózou MBD (minimal brain dysfunction) je velmi heterogenní a pouze určitá část těchto jedinců reaguje příznivě na stimulancia. V dlouhodobé perspektivě je perzistující hyperkinetická porucha spojena s typickými riziky a komorbiditami (závislosti na psychoaktivních látkách, antisociální vývoj...) v adolescenci a dospělosti, které nebyly ve srovnatelné podobě a měřítku prokázány u ostatních dílčích poruch v konceptu LMD. Proto je třeba diferencovat i styl dlouhodobé péče nejen ve farmakologické, ale i v psychoterapeutické oblasti.

Nové zobrazovací techniky mozku odhalují různé jemné strukturální a funkční odchylky v mozcích pacientů s různými psychickými poruchami. U některých z nich, například u schizofrenie, která je dnes považována za neurovývojovou poruchu, se mimo to setkáváme také s postižením v kognitivní oblasti a s neurologickými měkkými příznaky (soft signs). Čistě z tohoto pohledu je zřejmé, že symptomy »lehké mozkové dysfunkce« nejsou natolik specifické, aby byly použity jako kritéria pro samostatnou diagnózu.

V roce 1957 Laufer a Denhoff zavedli termín »hyperkinetické impulzivní poruchy« (hyperkinetic impulse disorder), jejíž kritéria se opírala pouze o klinické příznaky hyperaktivity a impulzivity, bez ohledu na etiologii. V letech 1968–1975 v americkém manuálu DSM-II byla uváděna podobná kritéria pro »hyperkinetickou reakci v dětství« a v následném manuálu DSM-III (1980–1987) byla v názvu zdůrazněna porucha pozornosti (attention deficit disorder), která byla kritériem pro diagnózu samostatně nebo v kombinaci s hyperaktivitou a impulzivitou. Toto deskriptivní pojetí, zdůrazňující symptomatologii bez ohledu na etiologii, přetrvává i v posledním manuálu DSM-IV (od roku 1994 dosud) jako »attention deficit hyperactivity disorder« (ADHD) a částečně též v poslední, 10. revizi MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) jako »hyperkinetické poruchy«.

Literatura

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)*. Washington DC : American Psychiatric Association, 1994.

BRADLEY, C. *The behavior of children receiving benzedrine*. Am J Psychiatry, 1937, 94, p. 577–585.

CLEMENTS, SD., CLEMENTS, JD. *Minimal brain dysfunction in the school age children*. Arch Gen Psychiatry, 1962, 6, p. 185–197.

HALLOWELL, EM., RATEY, JJ. *Driven to distraction*. New York : Touchstone Books, 1994, 319 p.

STILL, GF. *The coulstonian lectures on some abnormal physical conditions in children*. Lancet, 1902, 1, p. 1008–1002.

TŘESOHLAVÁ, Z. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. 2. vydání. Praha : Avicenum, 1983.

WENDER, P. *Some speculations concerning a possible biochemical basis of minimal brain dysfunction*. Ann N Y Acad Sci, 1973, 205, p. 18–28.