

K POJMU LMD – VYMEZENÍ, PŘÍZNAKY, DEKOMPOZICE DO DIAGNÓZ PSYCHIATRICKÝCH KLASIFIKAČNÍCH SYSTÉMŮ

Pojem LMD a pojmy příbuzné; příznaky LMD

Vytvoření pojmu lehké mozkové dysfunkce předcházela řada konceptů, které odkazovaly na projevy poruchy (např. v r. 1904 publikoval český profesor psychiatrie A. Heveroch článek nazvaný „Dítě neposeda“¹), nebo na její předpokládanou organickou etiologii (např. „lehké poškození CNS“, označení užívané MUDr. K. Mackem). Názvů pro LMD (někdy jen částečně synonymních, širších i užších) bychom našli velké množství, uvedeme si několik ukázek:

Instabilní děti, malá mozková poškození, opoždění psychického vývinu, hyperaktivní dítě, percepčně-motorická porucha, infantilní organický psychosyndrom, porucha prostorové orientace a porucha motoriky²...

V roce 1962 se mezinárodní konference shodla na označení specifických vývojových poruch chování³ a učení na bázi drobných poškození mozku „**minimal brain dysfunction**“ – **lehká mozková dysfunkce**.

S ohledem na otázku přesného **vymezení lehkých mozkových dysfunkcí** dospěla v r. 1966 komise pod vedením psychologa S. D. Clementse k následující definici:

„Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení (impairment) ve vnímání, tvoření pojmů (konceptualizaci), řeči, paměti, a v kontrole popudů nebo motoriky. Podobné příznaky mohou nebo nemusí komplikovat problematiku dětí s mozkovou obrnou, mentální retardací, slepotou a hluchotou. Tyto odchylky mohou vznikat z genetických variací, biochemických nepravidelností, perinatálních poškození mozku či jiných onemocnění nebo

¹ Prof. Heveroch tak založil tradici velmi úspěšné česko-slovenské tradice ve zkoumání okruhu lehké mozkové dysfunkce a přidružených symptomů, publikoval také článek „O jednostranné neschopnosti naučit se číst a psát při znamenité paměti“, předznamenávající zájem o dyslexii a další poruchy učení.

² Názvy pro „okruh LMD“ můžeme jemněji dělit do několika skupin (Třesohlavá, 1983, str. 12): názvy respektující **předpokládanou organickou etiologii** (např. minimální poškození mozku, organická dysfunkce mozku, choreiformní syndrom, lehká dětská encefalopatie), názvy zdůrazňující **často se vyskytující příznak** v rámci syndromu (např. hyperkinetický syndrom, hyperexcitabilní syndrom, porucha pozornosti, psychoneurologické poškození učení), koncepce zaměřené na **poruchu zrání** (vývojové neobratnosti, nepravidelné maturace), označení s ambicí vystihnout **příčinu na úrovni neuropsychologie nebo biochemie** (porucha metabolismu monoaminů, centrální amfetaminémie).

³ Hyperaktivita, poruchy pozornosti, impulsivita

poškození prodělaných v průběhu let, jež jsou kritická pro rozvoj a zrání centrálního nervového systému, anebo z příčin neznámých.“

Je důležité si povšimnout, že je koncept lehkých mozkových dysfunkcí širší než starší pojetí **lehkých dětských encefalopatií** (Kučera a kol., 1961)⁴, které zahrnovalo obtíže na podkladě časného difuzního poškození mozku (což poukazuje především na etiologii traumatickou; definice Clementsova týmu výslovně jmenuje i možné genetické příčiny, které jsou v současnosti ještě více zdůrazňovány⁵).

(Pro zajímavost si starší Kučerovu definici lehké dětské encefalopatie uvedeme:

„V našem pojetí rozumíme lehkými dětskými encefalopatiemi drobné difúzní poruchy mozkové tkáně, trvalého rázu, vzniklé prenatálně, perinatálně nebo postnatálně, ovšem před dobou dospělosti. Poruchy jsou jen lehké v tom smyslu, že při nich není zřetelněji postižena motorika a že také rozumové schopnosti dítěte zůstávají v rámci průměru nebo jsou jen podprůměrné, nesestupují tedy na úroveň debility. Naproti tomu nalézáme u těchto dětí jiné výrazné poruchy vyšší nervové činnosti, a to v několika směrech: v motorice, v percepci, v jednání i v myšlení. tyto primární poruchy, spoluutvářené zpravidla i nevhodnými metodami výchovnými, ke kterým samy zavdaly podnět, jsou pak podkladem širokého pásma nejrůznějších psychopatologických projevů, vlastního to předmětu této práce.“

Kučera (1961, str. 11) dodává, že...*„k postižení tkáně může dojít jakýmkoli způsobem: poraněním, krvácením do tkáně, zánětem, postižením hypoxydózopu, poruchou cirkulační, metabolickou nebo jakýmkoli jiným poškozujícím mechanismem. porucha je tedy velmi pestré etiologie⁶ a jsou při ní tedy nepochybně postiženy různé části mozku a je různý i sám mechanismus postižení.“*

Vraťme se však k pojmu LMD - J. Tyl a V. Tylová (2003) ve své internetové příručce nově definují LMD takto:

„Termín „lehké mozkové dysfunkce“ (LMD) zastřešuje řadu diagnóz, které mají společný základ. Lehká mozková dysfunkce není choroba s jedinou příčinou a jediným příznakem: kolik mentálních funkcí můžeme definovat, tolik lze nalézt jejich různých dysfunkcí. Jde o syndrom příznaků, které se mohou lišit či vyskytovat společně, avšak mají společného jmenovatele: oslabené funkce centrální nervové soustavy (CNS).

Označuje lehké odchylky mentálního vývoje na základě oslabení CNS, které nejsou „těžkými“ neurologickými poruchami, avšak mají společný základ v drobných poškozeních

⁴ Kučeru zmiňujeme pro jeho význam při zkoumání syndromu LMD v česko-slovenském prostředí, působil spolu se spolupracovníky (Jirásek, Matějček, Žlab, Dittrich, Poledna...) v psychiatrické léčebně v Dolních Počernicích.

⁵ J. Tyl a V. Tylová (2003) připisují dědičnosti podíl 50-70% na determinaci LMD.

⁶ Etiologie= nauka o původu a příčinách nemocí.

- *morfologických: snížený objem mozkové tkáně – šedé i bílé hmoty – ve frontálních oblastech*
- *neuroanatomických: odchylky od normální architektury neuronových spojení*
- *neurofyziologických: snížený průtok krve mozkem, nedostatečné okysličování nervových buněk, odchylky v elektrické aktivitě mozku*
- *psychofyziologických: nedostatečná úroveň bdělosti a pozornosti, potíže se soustředěním, pamětí, učením, poruchy pohybové koordinace, sluchové analýzy a syntézy, neustálý neklid, vývojové poruchy řeči apod. “*

Definice Tyla a Tylové si všimá patogenetických mechanismů, které k LMD vedou. Důležité je však také vymezit okruh symptomů, které jsou obvykle s LMD spojovány. Z. Třesohlavá a kol. (1983, str.26) nalezla v souboru 324 školních dětí s diagnózou LMD tuto skladbu příznaků⁷:

- porucha pozornosti (u 93,3% dětí)
- hyperaktivita (80,1%)⁸
- více než 5 drobných neurologických znaků⁹ (76,8%)
- emocionální labilita (70,5%), také zvýšená anxiozita (66,6%)
- poškození percepce a tvoření pojmů (67%)
- impulzivita (66,5%)
- unavitelnost (66,7% duševní unavitelnost – fyzická se objevovala méně často)
- dyslexie (26%)
- dysgrafie (40%)

LMD a mezinárodní klasifikace nemocí

Je třeba zdůraznit, že pojem lehké mozkové dysfunkce nevstoupil do mezinárodní klasifikace nemocí – devátá decennální revize MKN (platná od r. 1978 do r. 1992) obsahuje již jeho dekompozici na relativně ohraničené diagnózy (tj. *Hyperkinetický syndrom v dětství* – členěný dále na prostou poruchu aktivity a pozornosti, hyperkinezi se zpožděním vývoje tj.

⁷ Z. Matějček (1990) za hlavní symptomy LMD považuje:

-neklid či hyperaktivitu

-nesoustředěnost

-impulzivitu

-neobratnost

-poruchy řeči

-poruchy vnímání

-nápadné výkyvy v náladách a ve výkonnosti dítěte

-nápadné nerovnoměrnosti ve vývoji jednotlivých mentálních funkcí, které nutně povedou k nápadným nedostatkům v učení atd.

⁸ Třesohlavá a kol. (1983) odhadují, že asi 80% dětí s LMD je hyperaktivních a zbylých 20% naopak hypoaktivních – tzn. problémy s aktivitou mají v podstatě všechny děti s LMD.

⁹ Mezi drobné neurologické znaky řadíme např. poruchu asociovaných pohybů, tremor prstů, diadochokinézu, choreiformní hyperkinézy, strabismus, poruchy okoohybné inervace a zvláště hraniční a patologické EEG-nálezky (kt. se objevovaly u 63% dětí z výzkumného souboru Třesohlavé a kol.).

s přidruženými vývojovými poruchami a hyperkinetickou poruchou chování; a *Specifická opožďování ve vývoji* – tzn. poruchy čtení, počítání a jiné potíže v učení, poruchy řeči nebo jazyka, pohybové opožďování, smíšená forma) – tento trend, tzn. *vývoj od označení pravděpodobných příčin poruchy k popisu pozorovatelných projevů*, je zachován i v současné 10. revizi MKN (MKN-10), podobně jako v modernější americké klasifikaci DSM-IV. (Tyl, Pazlarová, 1990, str. 19)

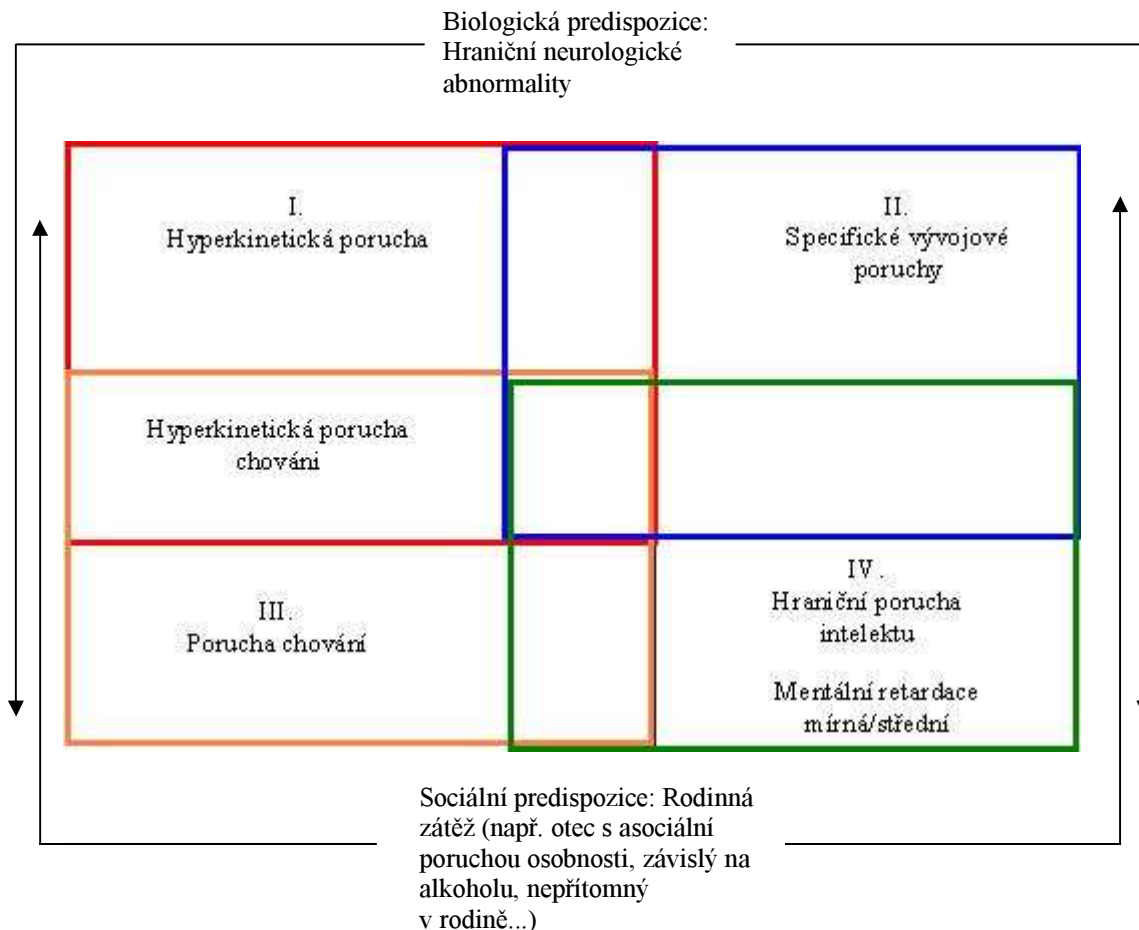
Z. Matějček (1990) tuto tendenci k dekompozici obsahu pojmu LMD vnímá jako nepříliš prospěšnou až zbytečně komplikující. Uznává však, že LMD bylo vnímáno jako „sběrný koš“ pro příliš mnohé a příliš neurčitě definované nápadnosti v chování dítěte. Při současném „rozdělování“ pojmu LMD ovšem také dochází k těžkostem – jednotlivé podjednotky (např. hyperaktivní syndrom a specifické poruchy učení) není možné od sebe striktně oddělovat, tyto podjednotky se navzájem překrývají až směšují, a badatelé musejí proto své vzorky dalekosáhle popisovat (např. dyslexia pure + attention deficit disorder + speech deficit). Matějček vnímá pojem LMD jako podobně výhodný jako pojem mentální retardace – etiologie mentální retardace je také různorodá, charakterizuje ji však příčina, která není psychogenní či sociální.

Matějček obhajuje užívání pojmu LMD jako „diagnózy“¹⁰, kterou popisuje takto:

- diagnóza LMD je aproximativní (dána konvergencí nálezů anamnestických, neurologických, psychologických, klinického obrazu s ohledem na chování dítěte)
- dysfunkce je pojímána jako odchylka od společenské normy
- podklad dysfunkcí je v nervovém systému
- prostředí ovlivňuje projevy LMD, je však až sekundárním činitelem
- výhodný je odkaz na etiologii v samotném pojmu, který činí obviňování rodičů za špatnou výchovu bezpředmětným – a také nám říká více, než je možné spatřit na první pohled (jako to činí např. pojem hyperaktivní syndrom)

Jak jsem již naznačili, v mezinárodní klasifikaci přesto převládá trend popsat jednotlivé dílčí syndromy na základě jejich především behaviorálních projevů, bez zdůrazňování etiologie a patogeneze (např. specifická porucha čtení; porucha aktivity a pozornosti...). Tyl a Pazlarová (1990) sledují diagnostické jednotky MKN-10 ve spojení se syndromem LMD. Vzájemný vztah těchto jednotek znázorňují graficky:

¹⁰ Že ještě není užívání pojmu LMD mezi psychology obsoletní dokazuje např. internetová příručka J.Tyla a V.Tylové (2003) - pojem je zjevně použit pro srozumitelnost a komunikativnost pro všechny zainteresované (lékaře, učitele, rodiče atd.). Odkaz na organickou etiologii v samotném názvu se jeví jako výhodný.



Jednotky I. a II. jsou nejčastěji uváděné v syndromu „klasické LMD“. „Klasická LMD“ by se ovšem nacházela v průniku všech 4 jednotek. Uvedené schéma názorně ukazuje, kolik různých „lehkých mozkových dysfunkcí“ a jejich kombinací lze specifikovat s ohledem na vyvolávající i modifikující faktory¹¹...

A nyní se podíváme na specifické diagnostické jednotky náležející do syndromu LMD konkrétněji, uvedeme si jednotlivé diagnostické kódy MKN-10, které syndrom LMD pokrývají (tučně vyznačeny jsou nozologické jednotky, které mají ke „klasickému LMD“ bližší vztah, ostatní jsou s LMD spojeny volněji):

F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

- F80.0 Specifická porucha artikulace řeči
- F80.1 Expresivní porucha řeči
- F80.2 Receptivní porucha řeči
- F80.3 Získaná afázie s epilepsií (Landauův-Kleffnerův syndrom)
- F80.8 Jiné vývojové poruchy řeči a jazyka
- F80.9 Vývojová porucha řeči a jazyka, nespecifikovaná

¹¹ Z. Matějček a K. Macek (1976, str. 232) píšou o důležitosti sociálních faktorů u LMD (přesněji lehké dětské encefalopatie) toto: „V méně příznivém kontextu sociálních vlivů, za méně příznivé citové atmosféry se lehké mozkové dysfunkce stávají výraznějšími, nápadnějšími...“ a „...Mnozí encefalopati by nebyli nápadní, kdyby nebylo psychické deprivace nebo subdeprivace v jejich životní historii.“

F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností

F81.0 Specifická porucha čtení

F81.1 Specifická porucha hláskování

F81.2 Specifická porucha počítání

F81.3 Smíšená porucha školních dovedností

F81.8 Jiné vývojové poruchy školních dovedností

F81.9 Vývojová porucha školních dovedností, nespecifikovaná

F82 Specifická vývojová porucha motorické funkce

F83 Smíšené specifické vývojové poruchy

F84.4 Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními projevy

F88 Jiné poruchy psychického vývoje

F89 Nespecifikované poruchy psychického vývoje

F90 Hyperkinetické poruchy

F90.0 Porucha aktivity a pozornosti

F90.1 Hyperkinetická porucha chování

F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy

F90.9 Hyperkinetická porucha, nespecifikovaná

F91 Poruchy chování

F91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině

F91.1. Nesocializovaná porucha chování

F91.2 Socializovaná porucha chování

F91.3 Porucha s opozičním vzorem

F91.8 Jiné poruchy chování

F91.9 Porucha chování, nespecifikovaná

Je také podstatné upozornit, že v systému MKN-10 je možné stanovovat **vícečetné diagnózy**, které přesněji vyjadřují obraz poruchy (mezi sdružené diagnózy bychom např. řadili hyperkinetickou poruchu a poruchu školních dovedností, hyperkinetickou poruchu a poruchu motoriky, mezi diagnózy smíšené potom např. hyperkinetickou poruchu a afektivní poruchy). (Tyl, Pazlarová, 1990)

Nakonec důležitou otázkou: má „rozdrobení“ syndromu LMD nějakou výhodu, přináší něco prospěšného? Tyl a Pazlarová za pozitivní aspekt dekompozice vnímají skutečnost, že odhalila specifické patogenetické a prognostické modely (rozuměj: specifické pro jednotlivé „podjednotky“ LMD), které lze vyvodit ze sledování vývoje do dospělosti. Různé vývojové poruchy mají různá vyústění.

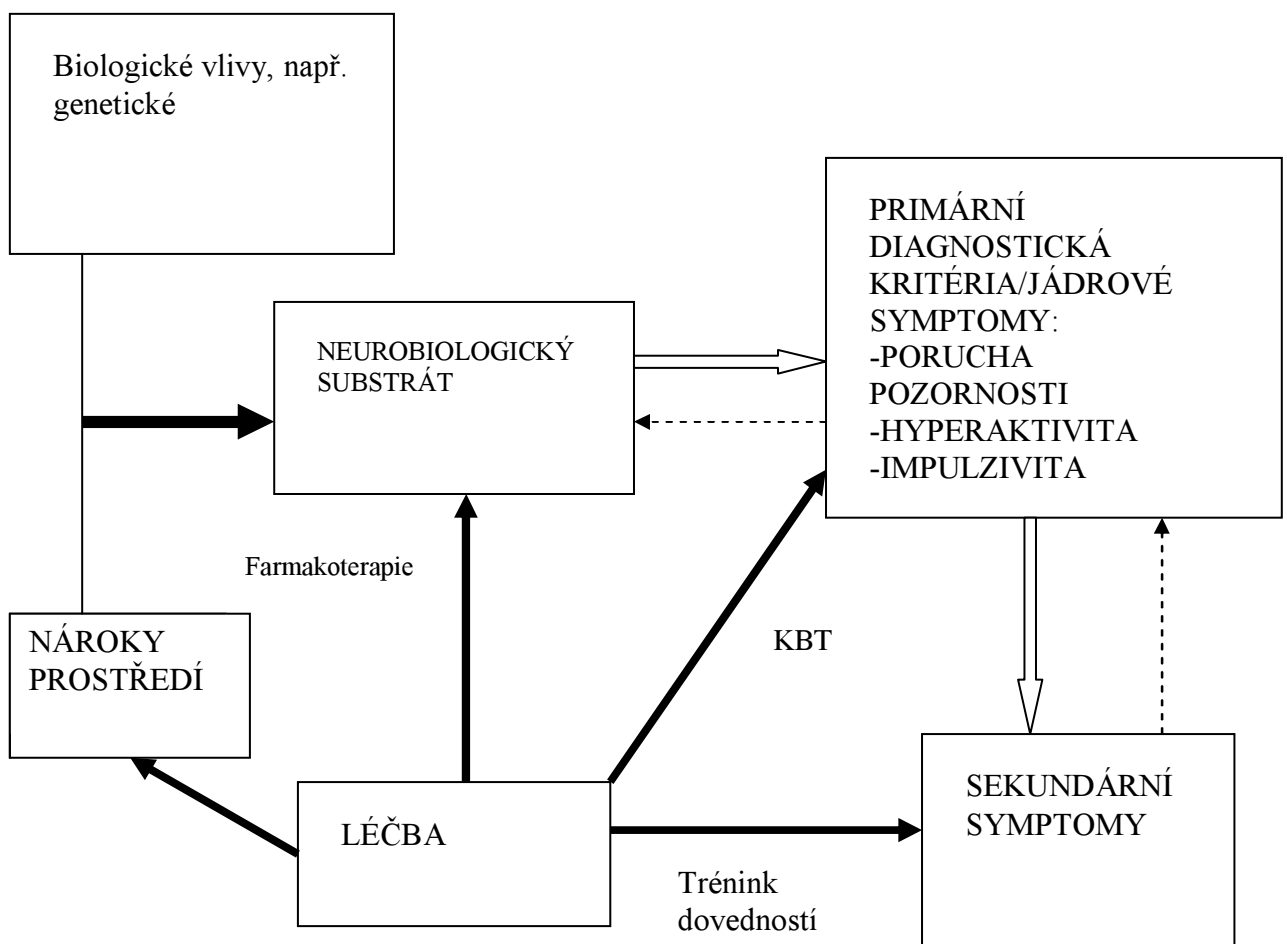
Tak např. ke zdravotním obtížím spěje vývojová porucha motoriky (+ event. hyperkinetická porucha) – zdravotní obtíže se manifestují především jako nemoci svalové a kosterní soustavy a příp. neurologické obtíže.

Jiným příkladem specifického vývoje je prognóza hyperkinetické poruchy (+event. poruchy chování, event. s rodinnou zátěží), která může přejít v disociální osobnostní poruchu v dospělosti (s příp. komplikací v podobě kriminálního jednání nebo etylického abúzu).

Psychický dopad na jedince často mívají specifické poruchy učení (+ školní selhávání s příp. následnou sekundární neurotizací), které mohou vést k pracovnímu selhávání.

Model dětské psychopatologie

Abychom si lépe ozřejmili vzájemné působení biologických predispozic a vlivů prostředí na manifestaci symptomů u lehké mozkové dysfunkce (přesněji u ADHD), a abychom citlivěji rozlišovali cílenost terapeutických intervencí a realističtěji posuzovali pravděpodobný dopad léčebných zásahů, uvedeme si nyní M.D.Rapportův model dětské psychopatologie (2001)¹²:



¹² Terapeutické intervence uváděné v modelu jsou míněny jako příklady, nikoliv jako jediná možnost léčebného postupu zaměřeného na danou úroveň projevů poruchy.

Rapport (2001, str.4) chápe neurobiologický substrát jako předpokládaný kauzální činitel odpovídající za jádrové rysy spojované s určitou konkrétní poruchou, a tyto jádrové rysy jsou obvykle vyjádřeny formálními diagnostickými kritérii. Jádrové rysy mohou ovlivňovat široké pole dalších proměnných, které jsou považovány za druhotné, nespecifické (např. snížená práceschopnost).

Z modelu vyplývá několik předpokladů: léčba zaměřená na samotný neurobiologický substrát může dosáhnout nejširšího terapeutického efektu, ovlivňujícího nejširší množství symptomů (jádrových i sekundárních). Terapeutické zásahy cílené na úroveň jádrových rysů mohou obvykle navodit také zlepšení příbuzných sekundárních oblastí. A nakonec léčba orientovaná na sekundární úroveň může většinou počítat jen s omezeným efektem, jen s velmi nepravděpodobnou, příp. minimální generalizací na jádrové nebo dokonce substrátové úrovni. Z modelu vyplývá, že nejvýhodnější léčbou je zaměřenost na neurobiologický substrát (tzn. farmakoterapie, v současnosti je některými propagován i EEG-biofeedback¹³) – tento postoj je podporován i názorem profesora R.A. Barkleye (1996), který vyzvedává účinnost farmakoterapie Ritalinem u dětí s hyperaktivní poruchou, a upřednostňuje ji před psychoterapií.

Rapport však nepopírá možnost opačného postupu léčebného účinku – směrem od sekundárních rysů přes rysy jádrové až k neurobiologickému substrátu – tento směr je však obvykle nepravděpodobný a méně výrazný (a proto je na modelu znázorněn jen přerušovanou šipkou). Účinný postup „od povrchu k hlubině“ můžeme očekávat tam, kde je sekundární rys přímým vyjádřením rysy jádrového (např. u OCD vztah mezi obsedantním myšlením a kompulzivním chováním).

Nelze opomenout ani další významnou terapeutickou strategii, totiž ovlivnění prostředí (neboli „požadavků prostředí“). Je velmi dobře známo, že u dětí s LMD někdy výrazně pomáhá přeřazení do speciální třídy, kde je prostředí tolerantnější, a na pozornost dítě jsou kladeny méně přemrštěné požadavky...

LMD a ADHD, rozlišení pojmů

V minulé kapitole jsme „odběhli“ k modelu dětské psychopatologie, a za konkrétní příklad jsme volili poruchu pozornosti s hyperaktivitou (ADHD – attention deficit hyperactivity disorder). Jaká je zde spojitost s LMD?

¹³ Ptáček, R., Tyl, J., & Sedláková, V. (1998). EEG-biofeedback – nová možnost v nápravě SPU. In A. Kucharská (Ed.), *Specifické poruchy učení a chování* (pp. 88-96). Praha: Portál.
Nadřazenost EEG-biofeedbacku nad farmakoterapií naznačuje studie V.J. Monastery a kol. (2002).

V kapitole o mezinárodním klasifikačním systému nemocí jsme zmínili Hyperkinetické poruchy (F90) jako typickou podjednotku „syndromu LMD“, a to nejspíše podjednotku nejvýznamnější. Připomeňme, že se ve výzkumném souboru Z. Třesoňkové (1983) poruchy pozornosti a hyperaktivita projevovaly u většiny dětí.

O pojmu ADHD můžeme tvrdit, že v současnosti již z velké části nahradil „vágnější“ LMD¹⁴. V MKN-10 je v rámci Hyperkinetických poruch rozlišováno mezi poruchou aktivity a pozornosti (F90.0), hyperkinetickou poruchou chování (F90.1), jinými hyperkinetickými poruchami (F90.8) a hyperkinetickou poruchou, nespécifikovanou (F90.9). Statistický diagnostický manuál americké psychiatrické asociace (DSM-IV) je však považován za modernější a i vzhledem k ADHD vhodnější. Smolík (2002, str.459) uvádí tento překlad americké klasifikace *Poruch se zhoršenou pozorností a vyrušováním* (k nosologickým jednotkám jsou pro snazší orientaci přiřazeny kódy MKN-10):

Poruchy se zhoršenou pozorností a vyrušováním

--.- Porucha se zhoršenou pozorností a hyperaktivitou

F90.0 Kombinovaný typ

F98.8 Typ převážně s nepozorností

F90.0 Typ převážně s hyperaktivitou, impulzivitou

F90.9 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, NS

F91.8 Porucha chování

Určete blíže typ: Se začátkem v dětství/ Se začátkem v adolescenci

F91.3 Porucha s opozičním vzdorem

F91.9 Porucha s vyrušováním, NS

Můžeme si povšimnout těsného spojení poruch pozornosti (s hyperaktivitou) s poruchami chování v klasifikaci DSM-IV. Za podstatnější rozdíl oproti MKN-10 se ovšem jeví důsledné rozlišení 3 podtypů syndromu deficitu pozornosti s hyperaktivitou, které DSM-IV uvádí:

- Typ převážně s hyperaktivitou, impulzivitou
- Typ převážně s nepozorností
- Kombinovaný typ

Dle názoru profesora R.A. Barkleye (1996) je s vysokou pravděpodobností porucha pozornosti u dětí náležejících do typu převážně s nepozorností (PI – predominantly inattentive)¹⁵ kvalitativně odlišného druhu než nepozornost u 2 typů zbývajících. Barkley se

¹⁴ V české literatuře se doposud pojem LMD užívá, diskutuje se o jeho vhodnosti - příkladem kritického zhodnocení pojmů LMD, ADHD a ADD je příspěvek V. Mertina (1996). V literatuře americké naopak již delší dobu převládá pojem ADHD.

¹⁵ Synonymem je porucha pozornosti bez hyperaktivity: ADD without hyperactivity.

domnívá, že v prvním případě jde o problém se zaměřenou/selektivní pozorností, v druhém potom o problém se sníženou vytrvalostí na cíl zaměřeného chování a sníženou schopností kontroly interference (deficit útlumu rušivých podnětů). Lze vyvozovat závěr, že ve skutečnosti se jedná o dva zcela odlišné syndromy - typ převážně s nepozorností může být skutečnou poruchou pozornosti, zatímco hyperaktivní porucha a kombinovaný typ mohou být jednoduše vývojovými stádii jiné poruchy, u níž deficit behaviorálního útlumu ústí ve snížení schopnosti vytrvalého směřování k cíli a v deficit odolnosti k rozptýlení¹⁶.

Mezi klasifikací MKN-10 a DSM-IV existuje ještě další podstatný rozdíl: ukazuje se, že kritéria MKN-10 pro hyperkinetické poruchy jsou „přísnější“ – tzn. v důsledku je méně jedinců diagnostikováno¹⁷. Srovnání diagnostických kritérií MKN-10 a DSM-IV uvádějí (i s komentářem) A. Munden a J. Arcelus (2002, str. 16-19). Jejich přehledné srovnání diagnostických kritérií na tomto místě reprodukuje:

MKN-10: Hyperkinetická porucha

DSM-IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou

A. Buď 1., nebo 2.:

1. *Šest nebo více následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá vývojovému stádiu.*

Nepozornost

Alespoň šest z následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:

1. často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;
2. často neudrží pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;
3. často se mu zdá, že neposlouchá, co se mu říká;
4. často nedokáže postupovat podle pokynů nebo dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se

Nepozornost

- a) často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;
- b) často má potíže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;
- c) často se mu stává, že neposlouchá, když se na ně přímo hovoří;
- d) často nepostupuje podle pokynů a nedaří se mu dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice nebo nepochopilo zadání);
- e) často mívá problémy zorganizovat si úkoly a činnosti;

¹⁶ R.A. Barkley (1996) se domnívá, že pokud se kvalitativní odlišnost podjednotek ADHD potvrdí i v dalších výzkumných pracích, bude třeba stanovit diferencovanější diagnostická kritéria, a také pojmově odlišit příbuzné podjednotky. Barkley navrhuje názvy porucha s deficitem pozornosti (attention deficit disorder) a porucha inhibice chování (BID – behavioral inhibition disorder). Je velmi pravděpodobné, že kvalitativně odlišné poruchy budou také vyžadovat odlišný způsob léčby.

¹⁷ Jedná se o praktický problém, který reflektují např. A. Munden a J. Arcelus (2002). Tito se domnívají, že užívání „benevolentnějších“ kritérií je účelnější, neboť umožňuje profitovat z odborné pomoci i jedincům s méně závažným stupněm poruchy.

- stavělo do opozice či nepochopilo zadání);
5. často není s to uspořádat si úkoly a činnosti;
 6. často se vyhýbá úkolům, například domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí;
 7. často ztrácí věci potřebné pro vykonávání určitých úkolů nebo činností, například školní pomůcky, pera, knížky, hračky nebo nástroje;
 8. často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;
 9. často je při běžných denních činnostech zapomnětlivý;

Hyperaktivita

Alespoň tři z následujících příznaků hyperaktivity přetrvávají po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stádiu:

1. často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;
2. při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;
3. často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se mohou vyskytovat pouze pocity neklidu) ;
4. často je nadměrně hlučné při hraní nebo má potíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech;
5. trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou není schopno zásadně podřizovat společenským podmínkám nebo požadavkům.

Impulzivita

Alespoň jeden z následujících příznaků impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:

1. často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;
2. často nevydrží stát v řadě nebo nedokáže počkat, až na ně přijde řada při hře nebo v kolektivu;
3. často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do hovoru, ruší je při hře) ;
4. bez omezení na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví.

- f) často se rádo vyhýbá vykonávání úkolů, nedělá je rádo, zdráhá se například dělat domácí práce, které vyžadují soustředěné duševní úsilí (například školní nebo domácí úkoly) ;
- g) často ztrácí věci potřebné pro vykonávání úkolů; nebo činností (například hračky, školní pomůcky, pera, knížky nebo nástroje) ;
- h) často zapomíná na každodenní povinnosti.

2. Šest (nebo více) následujících příznaků hyperaktivity či impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:

Hyperaktivita

- a) často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;
- b) často při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;
- c) často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se takové chování může omezit na subjektivní pocity neklidu) ;
- d) často mívá potíže tiše si hrát nebo v klidu něco jiného dělat;
- e) bývá často „na pochodu“ nebo se chová, jako by „jelo na motor“ ;
- f) často bývá nepřiměřeně upovídané;

Impulzivita

- g) často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;
- h) mívá problém vyčkat, až na ně přijde řada;
- i) často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře).

Na závěr uvádíme definici ADHD (Barkley, cit. dle Zelinková, 2000, str. 23):
 „ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti,

hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoliv se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.“

Kromě výše uvedených podtypů syndromu deficitu pozornosti s hyperaktivitou se v literatuře uvádějí tyto termíny (podle Zelinková, 2000, str. 23):

- ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorders – poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou
- ADD + H – porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou
- ADD no H – porucha pozornosti bez hyperaktivity¹⁸
- ODD – Oppositional Defiant Disorders (opoziční chování)
- ADHD s agresivitou nebo bez agresivity

V dalším textu se budeme zabývat především nosologickými jednotkami v rámci syndromu ADHD, neboť o nich existuje větší množství světové vědecké literatury a jsou v souladu s moderními psychiatrickými klasifikačními systémy. O LMD v nejnovější době pojednává srozumitelně a fundovaně internetová příručka J. Tyla a V. Tylové (2003), kterou je možné stáhnout ze stránky www.eegbiofeedback.cz.

LITERATURA:

Barkley, R.A. (1996). Research developments and their implications for clinical care of the ADHD child, *Psychiatric Times*, 13 (7).

Retrieved September 18, 2004 from the World Wide Web:
<http://www.psychiatrictimes.com/p960738.html>

Clements, S.D. *Minimal Brain Dysfunction by Children*. NINB Monograph. No 3/1966, No 9/1969.

¹⁸ U skupiny jedinců s ADD bez hyperaktivity a impulzivity bývá uváděno více poruch pozornosti a obtíží s percepčně-motorickými úkoly. Mezi těmito dětmi se objevuje více poruch učení a úzkostných reakcí. O. Zelinková (2003) se domnívá, že se tato nosologická jednotka blíží u nás zaužívané kategorii hypoaktivní forma LMD.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.

Kučera, O. a kol. (1961). *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích.* Praha: SPN.

Matějček, Z. (1990). K pojmu „lehkých mozkových dysfunkcí“ (LMD), *Československá Psychiatrie*, 86 (1), 7-15.

Matějček, Z., & Macek, K (1976). Společenská závažnost lehké dětské encefalopatie, *Československá Psychiatrie*, 72 (4), 228-233.

Mertin, V. (1996). LDE, LMD nebo ADD/ADHD. In A. Kucharská (Ed.), *Specifické poruchy učení a chování* (pp. 22-24). Praha: Portál.

Mezinárodní klasifikace nemocí (10.revize). Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum 1994.

Monastra, V.J., Monastra, D.M., & George, S. (2002). The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention –deficit/hyperactivity disorder, *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27 (4), 231-248.

Munden, A., & Arcelus, J. (2002). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita.* Praha: Portál.

Ptáček, R., Tyl, J., & Sedláková, V. (1998). EEG-biofeedback – nová možnost v nápravě SPU. In A. Kucharská (Ed.), *Specifické poruchy učení a chování* (pp. 88-96). Praha: Portál.

Rapport, M. (2001). Bridging theory and practise: Conceptual understanding of treatments for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), obsessive-compulsive disorder (OCD), autism, and depression, *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (1), 3-7.

Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy.* Praha: Maxdorf.

Třesohlavá, Z. a kol. (1983). *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku.* Praha: Avicenum.

Tyl, J., & Pazlarová, M. (1990). Změny koncepce lehké mozkové dysfunkce, *Československá Psychiatrie*, 86 (1), 17-26.

Tyl, J., & Tylová, V. (2003). *Lehké mozkové dysfunkce.* Praha: Asociace pro aplikovanou psychofyziologii a biofeedback ČR – Biofeedback institut. (ke stažení z www.biofeedback.cz)

Zelinková, O. (2000). ADHD – terminologie, projevy, intervence. In A. Kucharská (Ed.), *Specifické poruchy učení a chování* (pp. 23-27). Praha: Portál.