

DIAGNOSTIKA HYPERKINETICKÉHO SYNDROMU V DOSPĚLOSTI

MUDr. Ivo Paclt, CSc.

Psychiatrická klinika, I LF UK Praha

Práce podává přehled diagnostiky hyperkinetické poruchy v dospělosti. Uvádí přístupy anamnestické, klinické a škálovací. Vychází z klasifikace DSM-IV a škály Wendera. Umožňuje užít v rutinní psychiatrické praxi. Tato diagnostika je velmi vhodná pro eventuální zahájení farmakologické psychoterapeutické nebo reedukační léčby.

Klíčová slova: ADHD v dospělosti, diagnostika v praxi, Wenderova škála, DSMIV kritéria.

DIAGNOSIS OF THE HYPERKINETIC SYNDROME IN ADULTS

The article gives a review of the diagnosis of hyperkinetic disorder in the adult population. The anamnestic, clinical and scale procedures are described. Evaluation is based upon the DSM-IV classification and Wender scale. This assessment then enables its use in the common psychiatric practice and is helpful in the possible initiation of drug therapy, psychotherapy or re-educational therapy.

Key words: ADHD in adults, diagnosis in practice, Wender scale, DSM-IV criteria.

Úvod

Hyperkinetickou poruchou (ADHD) trpí podle různých studií 5–8 % dětí ve školním věku, průměrně 6–7 % dětí, poměr chlapců a děvčat je 3–6 : 1 (4, 5). Onemocnění představuje biopsychosociální problém nejen pro pacienty, ale také pro lékaře, učitele a rodiče. V posledních letech je ADHD považováno za samostatnou nozologickou jednotku, řada prací dokazuje, že ADHD je biochemicky, neurologicky a geneticky podmíněné onemocnění.

Na základě současných poznatků lze soudit, že klinickými nálezy, v řadě případů dědičnými, jsou drobné dysfunkce v prefrontostriální oblasti mozku, které zodpovídají za pozornost a za organizaci reakcí na zevní i vnitřní podněty a snížená aktivita dopaminergního, noradrenergního a částečně i serotoninergního systému, provázená některými nálezy snížené koncentrace metabolitů dopaminu, noradrenalinu a serotoninu na periferii (v séru, v moči) (6).

Diagnostika hyperkinetického syndromu se zvláštním zřetelem k dospělému věku

ADHD je definován jako *porucha pozornosti*, aktivity (*hyperaktivita*) a kontroly vnitřních impulzů (*impulzivita*). Hyperkinetickým syndromem v dětství trpí 6–7 % dětské populace ve věku 6 let. U 40 až 50 % těchto dětí přetrvávají příznaky ADHD ve větší či menší míře do dospělosti, což představuje 1,5 % až 2 % dospělé populace.

Diagnóza je založena na detailní vývojové charakteristice, objektizované posuzovací škálou WURS (tabulka 1), dále pak na hodnocení poruch pozornosti, hyperaktivity a impulzivity, které může být rovněž strukturováno například pomocí modifikované škály Connersové (4).

Příznaky ADHD se z dětství do dospělosti přenášejí v částečně pozměněné podobě.

Je patrna hyperaktivita, zvýšená emocionální labilita, dráždivost, impulzivita a poruchy pozornosti, které se nejvýrazněji projeví ve školním prostředí nepozorností, neklidem, nerespektováním učitele, problémy s učením a kázní doma (5). *Z dětství do dospělosti přetrvává často emoční nezralost, emoční labilita, impulzivita a relativně často také*

zkratkové jednání. Mohou se objevit v podobě zvýšeného rizika abúzu alkoholu a drog nebo impulzivního či asociálního chování, s tím, že případná komorbidní deprese, úzkostná porucha nebo obsedantně kompulzivní porucha (OCD) často zakrývá původní symptomatiku ADHD.

V následujícím textu jsou uvedena diagnostická kritéria hyperkinetického syndromu pro dětský a adolescentní věk a pro dospělé.

Diagnostická kritéria ADHD u dětí a adolescentů podle DSM-IV

Musí být přítomno:

- ve věku 3–5 let 10 a více příznaků
- od 6–12 let 8 a více příznaků
- od 13–18 let 6 a více příznaků.

Příznaky:

1. často neklidně hýbe rukama i nohama, vrtí se na židli
2. dělá mu potíže klidně sedět, i když je k tomu vyzván
3. snadno ho roztěkají vnější podněty
4. má potíže s vyčkáváním, až na něj dojde řada ve hrách nebo skupinových situacích
5. často vyhrkne odpověď na otázku ještě dříve, než byla otázka vůbec dovyslovena
6. dělá mu potíže sledovat instrukce, které mu dávají jiní (a to nikoliv z důvodu opozičního chování či nedostatku chápavosti, atd.) a selhává v dokončování úkolů
7. mívá potíže s udržováním pozornosti při práci ale i v herních činnostech
8. často „přeskakuje“ od jedné ještě nedokončené činnosti ke druhé
9. dělá mu potíže hrát si potichu
10. často povídá až příliš
11. přerušuje jiné nebo jim skáče do řeči nebo se plete do her jiným dětem
12. často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká
13. ztrácí věci, které jsou nezbytné k práci nebo k činností ve škole či doma
14. pouští se do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bralo v úvahu možné následky (a nedělá to proto, že by jen vyhledávalo napětí pro napětí), např. vbíhá do vozovek, aniž by se rozhlédlo.

Tabulka 1. Posuzovací škála WURS

jméno a příjmení stav datum narození

zaměstnání vzdělání

Jako dítě jsem byl(-a) (nebo měl(-a)):	vůbec nebo velmi málo	mírně	středně	docela ano	velmi mnoho
1. aktivní, neklidný (-á), vždycky v „chodu“ (aktivní v činnosti)					
2. v obavách o věci					
3. problémy se soustředěním, snadno rozptýlený (-á)					
4. úzkostlivý (-á), starostlivý (-á)					
5. nervózní, neklidný (-á)					
6. nepozorný (-á), zasněný (-á)					
7. hněvivý (-á) nebo popudlivý (-á), s nízkým bodem varu					
8. ostýchavý (-á), citlivý (-á)					
9. povahu výbušnou a vzteklost					
10. potíže s tím u něčeho zůstat, s vytrvalostí, nezdar s ukončením započatých věcí					
11. tvrdohlavý (-á), silně svéhlavý (-á)					
12. mrzutý (-á) nebo smutný (-á), depresivní, nešťastný (-á)					
13. neopatrný (-á), odvážlivý (-á), humorný					
14. vyhazující věci, nespokojený (-á) se životem					
15. neposlouchající rodiče, rebelující					
16. nízké mínění o sobě					
17. dráždivý (-á)					
18. otevřený (-á), přátelský (-á), těšící se ze společnosti lidí					
19. nedbalý (-á), neuspořádaný (-á)					
20. výkyvy nálad nahoru a dolů					
21. pocity hněvu					
22. populární mezi přáteli					
23. dobře organizovaný (á), upravený (-á), vkusný (-á)					
24. bezmyšlenkovitě jednající, impulzivní					
25. tendence k nezralosti					
26. pocity viny, lítostivosti					
27. ztrátu kontroly nad sebou					
28. tendence být nebo chovat se iracionálně					
29. nepopulární u jiných dětí, neudrží si přátele, neúspěch u jiných dětí					
30. špatnou koordinaci, neúčast ve sportu					
31. obavy ze ztráty kontroly nad sebou					
32. dobrou koordinaci zaměřenou na hry					
33. (pouze pro ženy) rozpustilé děvče					
34. utíkal (-a) jsem z domova					
35. dostával (-a) jsem se do sporu					
36. dráždil (-a) jsem jiné děti					
37. vůdcovský (-á), pánovitý (-á)					
38. potíže se vstáváním					
39. příliš veden (-a) svým okolím					
40. potíže vidět věci z pohledu druhých					
41. potíže s autoritami, potíže se školou, návštěvy vyšších úřadů					
42. potíže s policií, zaznamenan (-a), trestán (-a)					
Zdravotní problémy v dětství					
43. bolesti hlavy					
44. bolesti žaludku					
45. zácpy					
46. průjmy					
47. potravní alergie					
48. jiné alergie					
49. noční pomočování					
Jako dítě ve škole					
50. celkově dobrý (-á) žák (-yně), rychlý (-á)					
51. celkově špatný (-á) žák (-yně), pomalý (-á) čtenář (-ka)					
52. pomalý (-á) při učení číst					
53. pomalý (-á) čtenář (-ka)					
54. při čtení potíže s převrácenými písmeny (bd)					
55. problémy s výslovností					
56. potíže s matematikou nebo čísly					
57. špatné psaní rukou					
58. ačkoliv bych mohl (-a) číst docela dobře, nikdy jsem doopravdy neměl (-a) rád čtení					
59. neusiloval (-a) jsem realizovat své možnosti					
60. opakování ročníků ve škole (kterých?)					
61. přefazen nebo vyloučen (který ročník?)					

Diagnostická kritéria ADHD u dospělých podle DSM-IV

Musí být přítomno alespoň 12 chronických příznaků (A) výrazně častěji než u ostatních lidí v téže populaci (shodný věk, etnikum) a musí být splněna kritéria B, C.

A) chronické poruchy

1. pocit, že výkon neodpovídá schopnostem
2. neschopnost organizovat každodenní drobnosti (zapomínání schůzky, termíny, ztrácí stvrzenky, listky, šeky atd.)
3. odkládají řešení, mají obavy něco začít
4. mnoho věcí dělají současně
5. nevhodné poznámky, sklon říci, co je právě napadne
6. hledání stále nových podnětů
7. často se nudí, mají stále nové zájmy, ale netrvají dlouho
8. snadno zneklidní, ztratí pozornost, jsou nedůslední
9. kreativní, intuitivní, vyšší IQ
10. problémy s vžitými postupy, prosazování vlastních postupů
11. netrpělivost
12. impulzivita slovní, akční (utrácí bez rozmyslu, mění plány)
13. sklon trápit se nepotřebností, budoucností, kontrast s nevšímavostí k reálnému nebezpečí
14. pocity hrozící záhuby, nebezpečí se střídají se vzrušením z rizika
15. poruchy nálady, deprese
16. neklid (bubnování prsty, změny pozice na židli, přecházení)
17. sklon k závislosti (drogy, alkohol, hry, nákupy, jídlo, práce)
18. problémy se sebeúctou
19. problémy se sebehodnocením
20. v RA poruchy nálady, poruchy ovládání, různé typy závislosti

B) v anamnéze ADHD v dětství**C) stav není vysvětlitelný jinou poruchou.****Literatura**

1. Biedermann J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 1999; 104 (2) 8: 20–26.
2. Bramble D. Psychostimulants and psychiatrists: the Trent Adult Psychiatry. Psychostimulant survey. *J. Psychofarmacol* 2000; 14/1: 67–69.
3. Levin FR, Evans SM, Mc Dowell DM, Kleber HD. Methylphenidate treatment for cocaine abusers with adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (6): 300–305.
4. Paclt I, Florian J. Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku, GRADA 1998: 408.

DSM IV rozlišuje 2 typy ADHD:

1. s převažující poruchou pozornosti, s kognitivními potížemi a neschopností zorganizovat si věci
2. s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou.

Závěrečné poznámky

Diagnóza hyperkinetického syndromu v dospělosti je plně opodstatněná. Její etiopatogeneze je do značné míry ověřena. Další intenzivní výzkum, a to jak hyperkinetického syndromu v dětství, tak i v dospělosti, stále probíhá. Farmakoterapie stimulancií a antidepresiv je dobře ověřena. *Léčba stimulancií* nezvyšuje riziko drogové závislosti i u pacientů s hyperkinetickým syndromem (1, 2, 3, 7, 8). Některé práce dokonce dokládají výrazně snížené riziko drogové závislosti u pacientů léčených dlouhodobě v dospívání pro hyperkinetický syndrom při srovnání s kontrolní skupinou tvořenou hyperkinetickými adolescenty, kteří stimulancií léčení nebyli (1). *Léčba antidepresiv* je vhodnější tam, kde existují další komorbidní poruchy, zejména poruchy anxiózní a poruchy depresivní, ev. s projevy agresivity, které jsou rezistentní na léčbu stimulancií. Některí autoři uvádějí u farmakorezistentních pacientů možnou kombinovanou léčbu stimulancií a antidepresiv. *Léčba lithiem a dalšími stabilizátory nálady* je dobře prozkoumána u poruch chování v adolescentním věku a zčásti také u dospělých. Nebyla však použita u pacientů s hyperkinetickým syndromem v dospělosti v kontrolované studii hyperkinetický syndrom bez komorbidit ve srovnání s placebem. Do jaké míry lze užít antipsychotické léčby u specifické skupiny hyperkinetických poruch v dospělosti je třeba ještě prozkoumat.

Konečně je nutno konstatovat, že farmakoterapie musí být vždy jen částí terapeutické intervence u dospělých s hyperkinetickou poruchou a že další úsilí v léčbě je nutno zaměřit k psychoterapii a celkovému výchovnému vedení pacientů.

Práce vznikla za podpory výzkumného grantu MSM 1111 00001.

