

POZNÁMKA K EVOLUČNÍMU POHLEDU NA SYNDROM ADHD

prof. PhDr. Zdeněk Matějček, CSc.

Psychiatrické centrum Praha

Evoluční přístup k problematice ADHD vychází z předpokladu, že to, co je dnes pokládáno za patologický projev, bylo v dřívějších etapách vývoje lidského rodu adaptivní odpovědí na tehdejší životní podmínky. Článek je polemikou s tímto pojetím z hlediska klinického obrazu ADHD. Autor soudí, že v dřívějších „přírodních“ podmínkách byl syndrom ADHD více maladaptivní než v „protektivních“ podmínkách nynějších.

Neuro Endocrinology Letters

Čtu *Neuro Endocrinology Letters*, Vol. 23, Supplement 4, 2002, časopis jistě pozoruhodný svým zaměřením a obsahem i svým mezinárodním dosahem, ale také svým vztahem ke slovenskému a českému prostředí, a to jak osobou hlavního editora Prof. Petera G. Fedora-Freybergha, tak partnerstvím se 3. lékařskou fakultou UK v Praze, tak celou řadou slovenských a českých členů redakční rady. Pro psychologa je to čtení v mnohém povznášející a v mnohém objevné. Dovoluji si tento časopis doporučit zaměřené pozornosti našich psychiatrů a psychologů.

Na mysli mám však jednu zcela konkrétní otázku, která se dotýká dětské klinické psychologie stejně jako dětské psychiatrie. Otázka zní, zdali onen tak dobře známý syndrom ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder) spíše než do patologie nepatří mezi pozůstatky účelné adaptace člověka na životní podmínky kdesi hluboko v jeho vývojové historii.

Evoluční pojetí ADHD

Ch. Crawford a C. Salmonová ze Simon Fraser University v Kanadě si tuto otázku kladou ve spojitosti s psychopatií, mentální anorexií a ADHD. Pro každou z těchto tří psychických „poruch“ nacházejí v evoluční teorii své vysvětlení. V případě ADHD soudí, že evoluční model daleko lépe než symptomatický popis uváděný v DSM-IV dokáže vysvětlit diskrepance v nálezech tradiovaných literaturou, že poskytuje testovatelnou hypotézu a že objasňuje vztahy mezi zdravím a nemocí. Jejich představa vypadá asi takto: Syndrom ADHD je charakterizován nesoustředěností, hyperaktivitou a impulzivitou. V pravěkých extrémních podmínkách bylo přežití člověka podmíněno tím, že byl mimořádně bdělý, měl rychlý postřeh, uměl vyrazit rychle do útoku nebo utéct a byl pohybově hyperaktivní. Na zmrzlé stepi nebo v deštném pralese to byla výhoda. Jenomže ne každé prostředí bylo tak drsné – a jak se společnost postupně industrializovala a usazovala, dostávaly se více ke slovu analytické strategie, kontrola energie, sebeovládání atd. V populaci však zůstává genetická variace oněch původních rysů a ovlivňuje chování, které z nich vychází. To, co je adaptivní v jedné podmínce, může být neadaptivní v jiné.

Diagnóza symptomatická verus etiologická

Výklad vypadá sympaticky a poslední větu můžeme zajisté přijmout bez rozpaků. Jenomže, zdá se mi, něco tady nehraje. Asi neuškodí, když se v této souvislosti

vydáme na menší okružní cestu problematikou ADHD. Netajil jsem se a netajím svým kritickým postojem k termínu ADHD, kterým byly nahrazeny dřívější LMD, čili lehké mozkové dysfunkce. (Ty ovšem nahradily ještě dřívější Kučerovy lehké dětské encefalopatie, čili LDE.) ADHD, jako ostatně každá diagnóza popisná a symptomatická, neříká v podstatě nic víc, než co je vidět na první pohled. Mezinárodní klasifikace, aby odlišila normální stav od patologického, je pak nucena hledat kritéria jak vyjádřit, že teprve určité zvláště výrazné chování si zaslouží oně patřičné diagnostické nálepky. Z nějakého kontinua je třeba odseknout jednu (kupodivu ne však tu druhou) krajnost. A máme tu problém, kam až v tom odsekávání jít. A proč vůbec něco odsekávat? Není pak divu, že dnešní „evolucionáři“ v celém onom syndromu žádnou patologii nevidí, ale naopak shledávají v něm podstatné adaptivní přednosti. Že mechanismem přenosu z generace na generaci je heredita, to pokládají víceméně za samozřejmé – a nějakou patologii „navíc“ si rozhodně nepřipouštějí. O to si ostatně hyperaktivita s nesoustředěností a impulzivitou asi koleduje víc než kterákoliv jiná jen symptomatická diagnóza.

Mám stále zato, že termín LMD byl věcnější, výstižnější a praktičtější, i když se samozřejmě těžkostem s (ještě normální) funkcí a (už nenormální) dysfunkcí také nevyhnul. Vždycky tu budou neostře hranice. Ale s LMD se před laickou (tj. i učitelskou) veřejností rozhodně lépe argumentovalo. Dalo se vysvětlit, že jde o zvláštní (nezvyklou, mimořádnou) funkci mozku, za což nemůže ani škola ani rodiče ani dítě samo, a že tedy nebudeme nikoho obviňovat, nýbrž společně budeme hledat pomoc. Obtížím se ostatně nevyhnul ani primář O. Kučera se svými „encefalopatiemi“. Sotva se objevila jeho monografie v r. 1961, urodilo se najednou po českých školách encefalopatů nepočítané.

Postupem doby se však věci vyjasnily. To proto (domnívám se), že se vskutku vycházelo z klinického nálezu, včetně psychologických testů, a že se vskutku uvažovalo o etiologii, a ne jenom o vnějším projevu. V klinické praxi všechny ty encefalopatie, dysfunkce a ADHD vypadají zřejmě docela jinak než od zeleného taxonomického stolu.

Skoro bych si přisadil, že zmínění kanadští autoři, s nimiž zde polemizujeme, skutečné živé děti s ADHD (tj. naši LMD) neviděli. Sotva by mohli chování těchto dětí pokládat za adaptivní – a už vůbec ne v tvrdých podmínkách zmrzlé stepi nebo mokré džungle.

Neadaptivní ADHD

Za normálních okolností to „neznámé“ je pro dítě nebezpečné. Adaptivním mechanismem je úzkost, která dítěti (od 8. měsíce života výš) říká, „nelez tam!“, „drž se mámy!“, „pozor na neznámé!“. Dítě s LMD však nebezpečí nevnímá, není k uhlídání, do jakéhokoli „neznáma“ vletí bez zábran, a to daleko za hranici svých tří let, kdy právě v pravěku muselo být už hodně samostatné, aby matka mohla být uvolněna k péči o nového potomka. Korektiv úzkosti na ně neplatí – prostě, vydává se v nebezpečí v mimořádně zvýšené míře. V přírodních podmínkách by je chytil levhart, uštkl had, ztratilo by se v džungli, utopilo by se v jezeře – a kdyby i přežilo, jeho reprodukční šance by rozhodně velká nebyla.

Navíc, „impulzivní“ a „nesoustředěné“ dítě spadající pod diagnózu LMD vůbec nevyniká dobrým postřehem. Právě naopak, „dřív jedná, než myslí“, nedovede rozlišit významný podnět od nevýznamného, „musí“ reagovat na všechno, co „naráží“ na jeho smysly, na podněty je „vázáno“ a nedovede je odtlumit, je vůči nim „bezbranné“ – čili, i v tomto ohledu je zvýšeně ohroženo. V tvrdých přírodních podmínkách zajisté víc než v těch dnešních civilizovaných.

Hyperaktivita neznamená rychlý a přesný útok nebo rychlý a spořádaný ústup – znamená pohybový neklid, který nelze dobře utlumit a ovládat. Mnohdy takový neklid zaslouží přívlastek „zmítavý“. Rozhodně mu to neumožňuje někde se tiše skrýt, vydržet potichu a bez hnutí, trpělivě čekat atd. Takové dítě naopak vzbuzuje a přitahuje pozornost svého okolí – tedy nepochybně i pozornost predátora. Ve svém prostředí působí rušivě a vyčerpává ty, kdo je mají hlídat a chránit, natož ty, kdo je mají něčemu naučit. Hyperaktivita pohybovou výkonnost nezvyšuje, nýbrž snižuje. Roman Šebrle zajisté není ADHD hyperaktivní muž. A Viktor Dyk kdysi veršoval, že „...každá dívka touží mít dítě, jehož otcem Richard Prien“. To byl fenomenální anglický brankař – a něco to říká o jeho reprodukční šanci.

V syndromu ADHD není sice vysloveně zahrnuta tělesná neobratnost, která k LMD ještě patřila, ale v praxi ji tam samozřejmě nacházíme. Nacházíme obtíže v pohybové koordinaci, v udržování rovnováhy, v pravo-levé orientaci a vlastně všude, kam sáhneme – vždyť na to máme od dávných dob diagnostické schéma MUDr. Jiřího Dolanského. Jít po úzké cestičce či něčím házet a něco chytat dělá mnohým z těchto dětí nepřekonatelné obtíže. Častěji u nich dochází k úrazům a častěji jsou předmětem lékařské péče. (Že by jim pravěká šamanská medicína lépe pomáhala?) Ale stejně tak nacházíme obtíže v artikulaci, ve vyjadřování i v komunikaci – a zase máme na to diagnostická schémata. Tělesně neobratní a nekomunikativní lidé sotva měli nějaké vyšší šance na úspěch v reprodukční konkurenci těch obratných, zdatných a komunikativních.

A konečně k syndromu LMD patří nápadné nerovnoměrnosti ve výkonnosti jednotlivých mentálních složek. Jako by např. ze struktury kognitivních schopností něco vypadlo, něco nedozrálo, něco zakrtnělo a naopak něco (kompenzačně nebo i nekompenzačně) přebujelo. Máme

děti, kterým nejdou verbální úkoly, a máme děti, které nejsou schopny pochopit žádnou názornou předlohu. A že by se orientovaly v členitém prostoru, to ani náhodou. Co s tím? Že by něco takového bylo adaptivní evoluční výhodou? Řekl bych zase, že právě naopak! Výhodou na zmrzlé stepi, v pralese i v dnešním velkoměstě je pravděpodobně harmonicky vyrovnané rozložení všech funkcí a nikoli takovýto zmatek ve schopnostech a neschopnostech.

Takhle to vypadá, když přijmeme představu, že nejde pouze o konec nějakého kontinua, ale že tu přistupuje ještě něco „navíc“ – tj. určitá patologie, jejíž příčinu můžeme hledat v drobném poškození mozku, v geneticky podmíněném zvláštním fungování mozku, v deprivacním či jiném vnějším zásahu do mozku, zkrátka kdesi v hlubších biologických strukturách.

Adaptivní ADHD

Vždyť co je na světě tzv. „živých“ a „velice živých“ dětí, dětí nepozorných a překotných ve svých reakcích. Potkáváme je na každém kroku. Jenomže to je něco jiného. Kdo viděl jedno a druhé, nebude je házet do jednoho pytle. Rodiče nám zpravidla souhlasně řeknou, že dítě se „na nic“ nedokáže soustředit „ani na chvíli“. Když se však zeptáme, jak dlouho si s něčím vydrží hrát, jak dlouho vydrží poslouchat pohádku nebo dívat se na televizi, máme tu rozdíl jako na dlani. U jednoho dítěte jsou to vteřinové záležitosti a u druhého půlhodinové, hodinové nebo i delší. Ve škole s nimi může být potíž, ale máme pro ně jiná doporučení, jiné rady, jiná ochranná a podpůrná opatření než pro ty první.

Tyto v podstatě zdravé, čilé, chytré děti mohou docela dobře být jednou „adaptivní“ genetickou variací (2) přetrvávající od pravěku dodnes. Proč ne? Nejsou to však děti s ADHD (tj. ADHD, které si zaslouží své místo v DSM-IV), neboť ty jsou schopny přežít a přijatelně se společensky zařadit v našich dnešních zjemnělých a „vstřícných“ životních podmínkách, kdežto v podmínkách pravěku by asi nepřežily. Mám tedy zato, že argument Crawforda a Salmonové můžeme obrátit naruby a uzavřít, že ADHD je přijatelně (sice ztěžá a s mnoha problémy) adaptivním chováním dnes, kdežto v pravěku bylo veskrze neadaptivním.

Závěr

A proč děti s ADHD za ta tisíciletí zcela nevymizely? (Ba dokonce se zdá, že jich přibývá.) To proto, že nejde o chování podmíněné jenom a pouze mechanismy genetickými. „Navíc“ tu totiž vstupují do hry i mechanismy, které poškozují či nepříznivě ovlivňují funkci mozku. A ty jsou tu neustále přítomny a od pravěku do dneška vždy znovu výběrově poznamenávají každou nastupující lidskou generaci. Představuji si, že je tomu podobně jako např. s dětskou mozkovou obrnou. Ta také není jenom jednou krajností kontinua lidské obratnosti předávané geneticky – je něčím „navíc“. V pravěku děti s tímto postižením nepřežily – dnes však se jim v našich současných kulturních podmínkách žije celkem přijatelně. Ve srovnání

s nimi děti s ADHD dostaly do vínku onoho „navíc“ jen maličko – ale lze si domyslet, že v pravěku tento malý

neadaptivní přídavek byl pro své nositele podstatně větší přítěží, než je tomu dnes.

Literatura

1. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, DSM-IV-TR. Washington, American Psychiatric Association 2000: 85–98.
2. Crawford Ch, Salmon C. Psychopathology or Adaptation? Genetic and Evolutionary Perspectives on Individual Differences and Psychopathology. *Neuro Endocrinology Letters*, 2002; 23 (suppl. 4): 39–45.
3. Dolanský J. Pomocné vyšetřovací metody. In: Šembera Z, et al. Rizikové těhotenství a dítě. Praha, Avicenum 1979: 277–281.
4. Kučera O, et al. Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích. Praha, SZN 1961.
5. Matějček Z. Dyslexie. Specifické poruchy učení. Jinočany, H+H, 1995.
6. Matějček Z. K pojmu „lehkých mozkových dysfunkcí“ (LMD). *Čs. psychiat.*, 86, 1990; 1: 7–15.
7. Tyl J, Pazlarová M. Změny koncepce lehké mozkové dysfunkce v soudobých diagnostických klasifikacích a jejich projev v naší teorii a praxi. *Čs. psychiat.*, 86, 1990; 1: 17–26.