

HYPERKINETICKÁ PORUCHA A PORUCHA POZORNOSTI U KOMORBIDNÍCH PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

souborný článek

Tereza Štěpánková^{1a}
Hana Papežová^{1a}
Petra Uhlíková^{1b}
Radek Ptáček¹

¹Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Praha

^{1a}Psychiatrická klinika 1. LF UK
a VFN Praha, Centrum pro léčbu
a diagnostiku poruch příjmu
potravy

^{1b}Psychiatrická klinika 1. LF UK
a VFN Praha, Centrum dorostové
a vývojové psychiatrie

Kontaktní adresa:

Mgr. Tereza Štěpánková
Centrum pro léčbu a diagnostiku
poruch příjmu potravy
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Praha
Ke Karlovu 11
128 05 Praha 2
e-mail: SadkovaT@seznam.cz

Práce byla podpořena grantem
VZP 2011–2012: Komplexní
a diferencovaný plán primární
prevence u poruch příjmu
potravy a ADHD.

SOUHRN

Štěpánková T, Papežová H, Uhlíková P, Ptáček R. Hyperkinetická porucha a porucha pozornosti u komorbidních poruch příjmu potravy

Článek prezentuje přehled dosavadních poznatků z literárních zdrojů věnovaných výzkumu komorbidit hyperkinetické poruchy a poruchy pozornosti (dle DSM-IV: Attention-deficit / hyperactivity disorder, ADHD) s poruchami příjmu potravy (PPP) u dospělých jedinců.

Dále se zaměřuje na specifika dospělé formy onemocnění ADHD a na rozdíly v profilu příznaků a průběhu ADHD u žen.

Symptomy ADHD v 80 % přetrvávají do adolescence a až 60 % adolescentů má potíže související s ADHD i v dospělosti. Klinický obraz ADHD v dospělosti se liší od jeho projevu v dětském věku. Dospělí pacienti s ADHD hovoří o vnitřním neklidu, trpí workoholismem, dezorganizovaností a behaviorálními potížemi, které mohou být způsobeny postižením v oblasti exekutivních funkcí.

Diagnostický proces ADHD vyžaduje komplexní posouzení multifaktoriální interakce genetických dispozic, biochemických a strukturálních odchylek a vlivu sociokulturního prostředí. Vyšetření kvalifikovaným odborníkem by mělo kromě současných příznaků zahrnovat vyhodnocení akademické a behaviorální historie od dětství do dospělosti.

Samotná diagnóza ADHD se u pacientů vyskytuje zřídka, psychiatrická one-

SUMMARY

Štěpánková T, Papežová H, Uhlíková P, Ptáček R. Attention-deficit / hyperactivity disorder with comorbid eating disorders

This paper presents an overview of current research literature devoted to comorbidity of attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD) and eating disorders (ED) in adults.

It focuses on the specifics of an adult form of ADHD, and the differences in the profile and course of ADHD symptoms in women.

In 80% of cases symptoms of ADHD persist into adolescence and up to 60% of adolescents have difficulties associated with ADHD in adulthood. The clinical picture of ADHD in adulthood is different from its symptoms in children. Adult patients with ADHD report on inner restlessness, suffering from attentional and emotional dysregulation, disorganization and behavioral difficulties that can be derived from the impairment of executive functions.

The diagnostic process of ADHD requires a comprehensive multi-factorial assessment of genetic dispositions interactions, biochemical and structural variations and the influence of socio-cultural environment. Examination by a qualified professional should include not only the current symptoms but also evaluation of academic and behavioral history from childhood to adulthood.

mocnění jsou velmi častá. Jednotlivé studie uvádějí hodnoty v rozmezí 60–70 %.

Diferenciální diagnostiku komplikuje skutečnost, že mnohé symptomy ADHD mohou být zakryty komorbidními poruchami: závažnou depresí, hraniční poruchou osobnosti, poruchou chování, závislostí na návykových látkách. Symptomy dospělé formy ADHD mohou také zakrývat další komorbidity: anxieta, problémy s učením a lehkou depresí. V posledních letech často zkoumanou komorbiditou, především u ženských pacientů s ADHD, jsou poruchy příjmu potravy. Impulzivní chování, které je jedním ze základních příznaků ADHD, se může vyskytovat i u řady onemocnění ze spektra poruch příjmu potravy. Impulzivního chování přibývá směrem od restriktivní anorexie, kde se vyskytuje zřídka, přes purgativní anorexii a bulimii k přejídání a obezitě, kde je impulzivita velmi častá. Nejčastěji popisovanou komorbiditou ADHD z okruhu poruch příjmu potravy je impulzivní přejídání – binge-eating.

Klíčová slova: ADHD, diagnostika, dospělí, gender, hyperkinetická porucha, porucha pozornosti, poruchy příjmu potravy.

The separate diagnosis of ADHD in patients is rare, psychiatric comorbidities are very frequent. Individual studies reported values in the range of 60–70%.

Differential diagnosis is complicated by the fact that many of the symptoms of ADHD can be covered with comorbid disorders: major depression, borderline personality disorder, conduct disorder, substance abuse disorders and addiction. Adult form of ADHD can also hide other co-occurring psychiatric symptoms, syndromes or disorders: anxiety, learning difficulties and depression. In recent years, the often investigated comorbidity, particularly in female patients with ADHD, are eating disorders. Impulsive behavior, which is one of the core symptoms of ADHD can occur in many diagnostic elements of the spectrum of eating disorders. Impulsive behavior intensifies from restrictive anorexia, where it occurs at low levels, over purgative anorexia and bulimia to binge eating and obesity, where impulsivity is very frequent.

Research from this area, despite the initial lack of uniformity of methodology and small and undifferentiated samples, gradually contributed to the discussion of appropriate diagnostic procedures, modification of treatment and a greater sensitivity to the less prominent clinical symptoms and atypical course of ADHD in women.

Key words: ADHD, attention-deficit / hyperactivity disorder, adults, diagnostic, eating disorders, gender differences.

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou dnes chápány jako kontinuum patologického jídelního chování od nejzávažnějších forem, mentální anorexie a mentální bulimie, po psychogenní přejídání a syndrom nočního přejídání vedoucí často k obezitě.¹¹

Nezanedbatelná část pacientek s poruchou příjmu potravy trpí dalšími psychiatrickými onemocněními. V posledních dvaceti letech se setkáváme s odbornými pracemi referujícími o komorbiditě s hyperkinetickou poruchou

a poruchou pozornosti (dle DSM-IV: Attention-deficit / hyperactivity disorder, dále jen ADHD).^{7,8,9}

ADHD, jedno z nejvíce prozkoumaných psychiatrických onemocnění, bylo dlouho považováno za onemocnění dětského věku a předpokládalo se, že jeho symptomy s věkem odeznívají.¹² Výsledky výzkumů ze sedmdesátých let, realizovaných formou kontrolovaných prospektivních a retrospektivních studií, přispěly ke zjištění, že syndrom hyperaktivity není omezen pouze na dětskou populaci a že jeho projevy

přetrvávají až do adolescence a do dospělosti.^{8,12,13} Symptomy ADHD v 80 % přetrvávají do adolescence a až 60 % adolescentů má potíže související s ADHD i v dospělosti.¹

Klinický obraz ADHD v dospělosti se liší od jeho projevů v dětském věku, což vyplývá i z definice ADHD jako neurovývojové poruchy.²

S tímto posunem zájmu od výhradně dětských k adolescentním a dospělým pacientům vstaly obtíže v několika vzájemně souvisejících oblastech, které jsme se prostřednictvím rozboru dosavadní výzkumné literatury a s ohledem na praktické využití při výzkumu komorbidity ADHD a PPP na našem pracovišti pokusili shrnout v následujícím textu.

DIAGNOSTIKA ADHD V DOSPĚLÉM VĚKU

Diagnostická kritéria, původně vytvořená na základě výzkumů dětských pacientů, a to převážně chlapců, kteří by dle současných diagnostických kritérií byli zařazeni do kombinovaného typu ADHD (hyperaktivita, nepozornost, impulzivita), bylo nutné modifikovat pro dospělou populaci.¹⁴ Projevy ADHD dětského věku (nepřiměřená úroveň pozornosti, nadměrná aktivita a impulzivita) neodpovídají symptomům popisovaným v dospělosti. Především v dětství dominující symptomy hyperaktivity a impulzivity se v dospělosti stávají méně nápadnými. Dospělí pacienti s ADHD často hovoří o vnitřním neklidu, který je nutí k neustálé změně, trpí workoholismem, dezorganizovaností a behaviorálními potížemi, které lze odvodit z postižení v oblasti exekutivních funkcí.^{2,3} Barkley popisuje stav, kdy děti „vyrůstají ze symptomů“, ale ne z ADHD. Tyto změny v projevech ADHD mohou být dle Kooij jednou z příčin nižšího výskytu ADHD diagnóz v populaci dospělých, než je skutečný výskyt jedinců s ADHD. Z těchto důvodů jsou pro připravovanou revizi DSM-V navrženy změny, týkající se jak definice jednotlivých symptomů, tak i počtu symptomů nutných pro stanovení diagnózy a také věku prvních projevů poruchy.^{3,15}

Diagnostický proces ADHD má několik daných kroků a představuje komplexní hodnotící metodu.¹¹ Jako první je doporučováno použít standardizované škály, vhodné je pátrat nejen po aktuálních projevech symptomů, ale také retrospektivně, po projevech ADHD v dětství.^{2,3,15,16}

Standardizované škály, které splňují psychometrické podmínky a jsou užívány v současné klinické praxi, popisují ve svém článku Rösler et al. Kromě škály WURS (Wender-Utah Rating Scale) kopírují ostatní škály diagnostická vodítka DSM-IV a lze je rozdělit do dvou skupin – škály určené k sebeposouzení a škály pro posouzení druhou osobou (nejčastěji partner, rodiče či blízcí příbuzní, kteří znali posuzovaného v dětském věku).¹⁶

Dalším krokem pro stanovení diagnózy ADHD v dospělém věku je klinický rozhovor, při kterém posuzující zjišťuje závažnost postižení, oblasti, do kterých zasahuje, a míru, do jaké ovlivňuje kvalitu pacientova života.

K těmto účelům, vedle výše zmíněných hodnotících škál, slouží klinická diagnostická interview. Ta mají vyšší míru standardizace s cílem dosáhnout vysoké reliability

mezi hodnotiteli a redukovat varianci jejich závěrů.¹⁶ Jak bude zmíněno v souvislosti s komorbidními onemocněními, „čisté“ ADHD se vyskytuje zřídka,¹⁶ je proto důležité věnovat se při diagnostickém procesu i detekci komorbidních psychiatrických onemocnění. Tomuto účelu slouží například některé skrínigové dotazníky, které bývají součástí diagnostických baterií určených k hodnocení ADHD u dospělých pacientů, např. Brownův ADD-DE, Barkleyho a Murphyho AI a CAADID.¹⁶

Momentálně neexistují neurobiologické ani neuropsychologické testy, které mají odpovídající senzitivitu a specifitu a které by mohly být samostatně použity k diferenciální diagnostice ADHD.³ Přesto je využití testů důležitým nástrojem pro kvantitativní vyjádření kognitivních deficitů a deficitů pozornosti u pacientů s ADHD oproti kontrolním skupinám.¹⁷

Schoechlin a Engel realizovali metaanalytickou studii 24 empirických prací referujících o výsledcích užití některého z padesáti standardních neuropsychologických testů, pomocí nichž byli srovnáváni pacienti s ADHD s kontrolní skupinou.

Analyzované testy byly rozděleny do deseti funkčních oblastí: verbální schopnosti, řešení figurálních úkolů, řešení abstraktních problémů, exekutivní funkce, fluence, prostá pozornost, udržení pozornosti, zaměření pozornosti, verbální paměť, (vizuo-prostorová) figurální paměť. Všechny proměnné týkající se pozornosti a verbální paměti nejvíce rozlišovaly mezi pacienty s ADHD a kontrolní skupinou. Nejpřekvapivějším zjištěním bylo, že na rozdíl od výsledků zaměřených na dětské pacienty výkony v testech exekutivních funkcí nebyly u dospělých pacientů s ADHD sníženy.¹⁷

I přes tuto skutečnost hovoří někteří dospělí pacienti s ADHD o obtížích, které je možné odvodit z narušení

Tab. 1. Doporučení pro diagnostiku dospělých s ADHD (upraveno dle Kooij et al. 2010)

Kritérium věku vzniku onemocnění ADHD, požadované při retrospektivní diagnostice ADHD v dospělosti, je méně spolehlivé a má menší význam než přetrvávání symptomů a poškození ADHD během jedinceva života.
Diagnostický práh 4 z 9 současných DSM-IV kritérií může být dostačující u dospělých s počátkem onemocnění v dětství a s významnou mírou postižení.
Při skórování symptomů u dospělých jedinců je třeba zohlednit projevy ADHD odpovídající věku.
Diagnóza ADHD v dospělosti by měla být stanovena na základě sebeposouzení a důkladného odborného zhodnocení, nicméně vhodné jsou i informace získané od blízkých posuzovaného (rodiče, partneri, děti).
Ke skrínigu a hodnocení ADHD existuje v současnosti řada rozličných diagnostických nástrojů, validizační studie jsou však stále zapotřebí.
Neurobiologické a neuropsychologické testy nejsou ani nezbytné, ani dostačující ke stanovení diagnózy ADHD, ale mohou zachytit specifické funkční poškození.
Genderové rozdíly dětské i dospělé formy ADHD mohou být způsobeny rozdílným vyjádřením symptomů a komorbidit, rozdílným vnímáním postižení u jednotlivých pohlaví a předsudky při odesílání pacientů ke specializované léčbě a vyžadují další výzkum.
Pro diagnostiku ADHD v dospělosti stále chybějí referenční hodnoty odpovídající věku, pohlaví a IQ.

některých exekutivních funkcí. I když se tento deficit neodráží na výkonech v příslušných testech, je patrný v situacích v běžném životě.³

Shahaf et al. seznamují ve svém článku s novou metodou analýzy neuronové sítě ERP aktivit (z angl. event related potential – evokované potenciály). Hodnotí její přínos v identifikaci a ve stanovení závažnosti postižení dospělých pacientů s ADHD. Analýza poskytla vysokou specifitu (92 %) a senzitivitu (84 %) a individuální skóre vysoce korelovala s hodnocením chování, což by mohlo nasvědčovat tomu, že by tento přístup mohl sloužit jako objektivní elektrofyziologický ukazatel a zároveň umožňovat stanovení individuální míry postižení u pacientů s ADHD. Na rozdíl od doposud běžně užívaných metod, BNA (z angl. brain network activation) – nový přístup k analýze EEG, srovnává mezi celými sítěmi neuronů reprezentujícími různé skupiny subjektů nebo stavů, bez omezení analýzy na jednotlivé podoblasti neuronové sítě.¹⁸

GENDER SPECIFIKA

Dalším tématem vědeckých prací věnovaných problematice ADHD v dospělosti je gender problematika. Ta je také, vzhledem k převažující populaci žen mezi pacienty s poruchami příjmu potravy, v přímém vztahu k předmětu našeho výzkumu, o kterém píšeme v závěru článku. Dotýká se jak diagnostického procesu, tak i způsobů a efektů léčby ADHD. Toto téma je však, i přes vzrůstající počet výzkumů odlišností mezi mužskými a ženskými pacienty s ADHD, stále považováno za málo prozkoumané, a to zejména pro dospělou populaci nemocných.^{7, 8} Výzkumné práce z této oblasti se věnují prevalenci, vývoji výskytu a intenzitě symptomů ADHD v čase, odlišnostem v prezentaci symptomů a diagnostickém přístupu i komorbidním onemocněním typickým pro dané pohlaví.⁷ Diagnostická kritéria pro DSM-IV vznikla z pozorování dětských pacientů, a to převážně chlapců. Vlivem této skutečnosti docházelo k přehlížení symptomů ADHD, špatné interpretaci chování u dívek i u dospělých žen nebo ke stanovení chybné diagnózy.

Farber v této souvislosti odkazuje na práce Nadeau a Quinn (2002) a Solden (2005). Ty konstatují, že u dívek je nejvíce zastoupena méně klinicky nápadná forma ADHD, a to ADHD s převažující poruchou pozornosti. Farber dále upozorňuje na možnost, že hyperaktivita u dívek se může projevovat odlišně od chlapců např. mnohomluvností. Tak mohou být dívky, které jsou přátelské, upovídané a roztržité, považovány za „typicky ženské“ a jejich případné potíže s pozorností mohou být dlouho přehlíženy.⁹

Výsledky některých studií naznačují, že cut-off formule diagnostických kritérií reflektují především chlapecké projevy a jsou málo citlivé k dívčím projevům ADHD.^{9,19} Pro revizi kritérií v DSM-V bylo navrženo snížení cut-off limitu ke stanovení diagnózy ADHD u dívek, vyskytují se však obavy z nárůstu chybně stanovených diagnóz.¹⁹ O změně symptomatiky z „dívčí na ženskou“ pojednává ve svém článku Quinn.⁷ Nutnost odlišení primární diagnózy od sekundární, zejména u dospělých žen s ADHD, popisuje Waite.⁸ Farber upozorňuje v této souvislosti

na skutečnost, že symptomy nepozornosti a hyperaktivity s impulzivitou jsou časté u pacientů s poruchami osobnosti, kteří také mohou trpět poruchou příjmu potravy. Úzkost nebo poruchy nálady, poruchy učení nebo disociativní poruchy se mohou projevovat shodně jako symptomy ADHD. Stejně projevy může mít hypoglykémie, alergie, hypotyreoidismus nebo hypertyreoidismus, potíže se sluchem nebo zrakem. Především v souvislosti s komorbidní poruchou příjmu potravy je třeba při diagnostice i výzkumu zohlednit specifickou manifestaci symptomů ADHD u dospělých žen.^{9,19}

Vlivem pohlaví na vývoj ADHD z dětství do adolescence a rané dospělosti a vztahem pohlaví a komorbidních psychiatrických onemocnění se zabývala longitudinální, „case-control“ studie rodin, Monuteaux, Mick, Faraone a Biedermana.¹³ Výsledky výzkumu naznačují, že s věkem se snižující výskyt ADHD symptomů není v přímém vztahu k pohlaví. U obou vzorků, u mužů i u žen, se vzrůstajícím věkem ubývá symptomů ADHD a projevy ADHD, přetrvávající do adolescence, jsou silným prediktorem psychiatrických komorbidit. Ženy však, na rozdíl od mužských pacientů, vykazují vyšší zastoupení ADHD symptomů, bez ohledu na věk a vyšší stabilitu psychopatologických projevů v čase (tj. mezi dětstvím a adolescencí).¹³

Zjištění autorů je v rozporu s konstatováním jiných odborníků, kteří oproti „ubývání“ zdůrazňují „změnu“ projevů ADHD během jedincova vývoje. Takto zaměřený výzkum navíc ovlivňují interferující kompenzační mechanismy, jako například výše IQ nebo existence podpůrných sociálních vztahů, a komplikují interpretace výsledků.

Poměr zastoupení chlapců a dívek mezi dětskými pacienty s ADHD bývá uváděn v rozmezí 2 : 1 až 9 : 1 a v epidemiologických studiích 2 : 1 až 3 : 1. Výsledky novějších výzkumných prací navíc dokládají téměř ekvivalentní výskyt ADHD v populaci dospělých žen oproti prevalenci dívek v pediatrických populacích.^{7,19} Nárůst počtu žen, které až v dospělém věku vyhledávají odbornou pomoc pro obtíže s pozorností, vysvětlují výzkumy různě. Jeden z možných důvodů uvádí ve svém souborném článku Nusbaum.¹⁹ Je jím skutečnost, že rodiče a učitelé často nejsou „naladěni“ na časnější dětské projevy této poruchy u dívek, které navíc mohou být navenek méně nápadné než ty, jež jsou pozorovány u chlapců. Za druhé pozdější nástup obtíží vysvětluje na základě hormonálních či jiných neurobiologických mechanismů.¹⁹ Také další výzkumné práce přináší podobná zjištění, hovoří se o femininních, internalizujících projevech u dívek v kontrastu s externalizujícími projevy ADHD u chlapců.^{7,8,9,19} Dle Waiteové dívky, v porovnání s chlapci, v menší míře vykazují komorbidní poruchy chování a poruchy učení, a také se méně často zapojují do chování, které porušuje pravidla. Na druhou stranu vykazují vyšší míru nepozornosti, více internalizujících symptomů a komorbidních stavů.⁸

Bauermeister, Shrout, Chávez et al. zkoumali rozdíly v rizicích vzniku, projevech a důsledcích onemocnění ADHD mezi chlapci a dívkami v reprezentativním, neklinickém vzorku dětí ve věku 4 roky až 17 let. Poměr prevalence u chlapců a dívek byl 2,3 : 1. Chlapci se lišili od dívek častějším přerušením studia a vyloučením ze školy, což u nich, dle autorů výzkumu, mohlo vést k častějšímu výskytu depresivních symptomů. Statisticky významné

Tab. 2. Gender specifika ADHD

Autor/i (rok vydání)	zkoumané oblasti	dívky (d) / ženy (ž) × chlapci (ch) / muži (m)
Monuteaux, Mick, Faraone, Biederman (2010) (V) longitudinální studie rodin	- snižující se výskyt ADHD symptomů s rostoucím věkem	není v přímém vztahu k pohlaví
	- projevy ADHD přetrvávající do adolescence jsou silným prediktorem psychiatrických komorbidit	d stejně ch
	- zastoupení ADHD symptomů, bez ohledu na věk	d stejně ch
	- stabilita psychopatologických projevů v čase (mezi dětstvím a adolescencí)	ž více m
Bauermeister, Shrout, Chávez et al. (2007) (V)	- přerušení studia a vyloučení ze školy	d méně často ch
	- výskyt depresivních symptomů	d méně často ch
	- ADHD smíšeného typu a komorbid. poruchy nálady	d méně často ch
	- ADHD s převládající por. pozornosti a komorbid. úzkostná porucha	d častěji ch
Waite (2010) (R)	- komorbidní poruchy chování	d méně ch
	- komorbidní poruchy učení	d méně ch
	- chování porušující pravidla	d méně ch
	- nepozornost	d více ch
	- internalizující symptomy	d více ch
	- komorbidní stavy	d více ch
Nussbaum (2012) (R)	- první záchyt (stanovení diagnózy ADHD)	d později ch
	- důsledky problémů s vrstevnickými vztahy	d závažnější ch
	- nepozornost a uzavřenost (do sebe)	d více ch
	- doporučení k odborné péči	d méně často ch

typ článku: výzkumný (V), review (R)

rozdíly mezi chlapci a dívkami ve sledovaných aspektech autoři výzkumu získali až při zohlednění jednotlivých subtypů ADHD (dle DSM-IV – ADHD s převládající poruchou pozornosti, ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou a ADHD smíšený typ). Chlapci s ADHD smíšeného typu trpěli častěji než dívky poruchami nálady. Dívky diagnostikované jako ADHD s převládající poruchou pozornosti měly častěji než chlapci komorbidní úzkostnou poruchu, která může „maskovat“ poruchu pozornosti a komplikovat její detekci a léčbu. V diskusí autoři uvádějí vliv rozdílných životních rolí a sociálního očekávání ve vztahu k pohlaví jako jeden z aspektů, který by měl být zohledněn při výběru léčebného přístupu.¹⁴

Výsledky studií věnovaných srovnání projevů ADHD mezi dívkami a chlapci přináší rozporuplná zjištění. V posledních letech ale převažují ty, jež podporují diferencovaný přístup při diagnostice a léčbě ADHD u dívek a žen.^{8,9,14,19}

KOMORBIDNÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Velmi častá je u dospělých pacientů s ADHD komorbidita s dalšími psychiatrickými onemocněními. Jednotlivé studie uvádějí hodnoty v rozmezí 60–70 %.^{3,5,6} Mezi nejčastější komorbidní psychiatrická onemocnění u dospělých pacientů s ADHD patří: poruchy nálady, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, poruchy chování a návyková onemocnění.^{2,3} Z poruch nálady jsou to především depresivní

poruchy a bipolární porucha, i když např. Kooij (2010) uvádí, že spíše než o depresi či elaci nálady u bipolární poruchy se jedná o chronickou proměnlivost nálady, a navrhuje tuto charakteristiku považovat za jádrový symptom ADHD.³ Současné práce označují tento okruh příznaků jako emoční dysregulaci.²⁰

Quinn a Waite v souvislosti s komorbidními onemocněními u žen s ADHD zmiňují také poruchy příjmu potravy.^{7,8}

Mezi poruchy příjmu potravy řadí mezinárodní klasifikace Světové zdravotnické organizace (MKN-10): mentální anorexii, atypickou mentální anorexii, mentální bulimii, atypickou mentální bulimii, přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, jiné poruchy příjmu potravy (pica u dospělých, psychogenní ztráta chuti k jídlu).

DSM-IV rozlišuje anorexii nervosu a její subtypy, nebulimický (restriktivní) typ a bulimický (purgativní) typ. Dále mentální bulimii – purgativní typ, kdy pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti, a nepurgativní typ, u kterého pacient používá přísné diety, hladovky nebo excesivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody. Poslední kategorií jsou jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy. Kromě zmíněných diagnostických jednotek patří k poruchám příjmu potravy psychogenní přejídání a syndrom nočního přejídání vedoucí často k obezitě.¹¹

Nejčastěji popisovanou komorbiditou ADHD z okruhu poruch příjmu potravy je impulzivní přejídání – binge-eating.¹⁰

Impulzivní chování, které je jedním ze základních příznaků ADHD, se může vyskytnout i u řady poruch příjmu potravy. Ve spektru poruch příjmu potravy přibývá tohoto chování směrem od restriktivní anorexie, kde se impulzivita vyskytuje málo, přes purgativní anorexii a bulimii k přejídání a obezitě, kde je impulzivita velmi častá¹ (obr. 1).

Jídelní patologii, kterou definovali výskytem bulimických symptomů a nespokojeností s vlastní postavou, zkoumali u adolescentních dívek s ADHD Mikami et al.²¹ Zjistili, že u dívek, kterým byla v dětství stanovena diagnóza ADHD kombinovaného typu, vzrůstá riziko vzniku jídelní patologie. Dalším zjištěním bylo, že zvýšená impulzivita v dětství nejlépe predikuje, ve srovnání s nepozorností a hyperaktivitou, výskyt jídelní patologie v dospívání. Zvýšená impulzivita vede k impulzivnímu jídelnímu chování a to může být důvodem zvýšeného BMI u adolescentních dívek s ADHD, obou typů, oproti kontrolní skupině. I když v dětství bylo BMI obou skupin shodné, v adolescenci BMI dívek s ADHD spadalo do 80. percentilu oproti 50. percentilu v kontrolní skupině.²¹

Nazar et al. realizovali rešerši výzkumné literatury věnované komorbiditě ADHD a PPP. Analyzovali články od roku 1980 do roku 2008 z databází Medline, Lilacs, SciELO, ISI a PsycINFO. Autoři našli 14 článků, z toho: 5 studií prevalence, 4 kazuistické články, 3 „case-control“ studie, jednu studii věnovanou hodnocení symptomů ADHD a PPP a jeden článek popisující možnou souvislost ADHD a PPP. Analyzované studie rozdělili do tří skupin: výzkumy ADHD u pacientů s poruchami příjmu potravy, výzkumy poruch příjmu potravy u pacientů s ADHD a studie věnované pacientům s duální diagnózou ADHD a poruchou příjmu potravy. Závěry analyzovaných studií uvádějí, že prevalence poruch příjmu potravy, především mentální bulimie, u dospělých žen s ADHD je vyšší než v kontrolní skupině. Prevalence mentální bulimie ve skupině pacientek s ADHD se pohybovala v rozmezí 1 až 12 % oproti 0 až 2 % v kontrolní skupině. U analyzovaných studií autoři kritizovali nejednotnost použitých metod a nedostatečnou velikost výzkumných souborů, závěry studií jsou proto předčasné a doporučují další výzkum v této oblasti.⁵

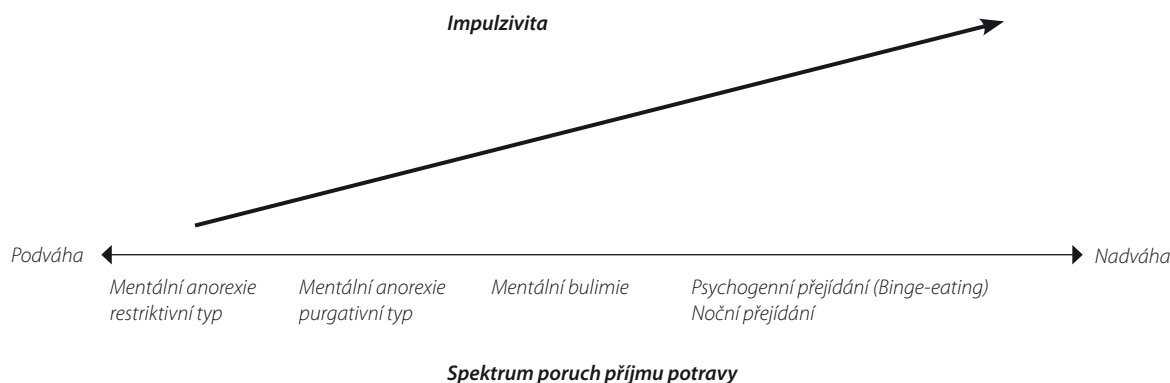
Komorbiditě ADHD a PPP u dospělých žen se věnuje článek Farberové. Doporučuje rutinně vyšetřovat ženy

s PPP také na přítomnost ADHD, i když zdůrazňuje, že odlišení symptomů ADHD od jiných psychiatrických a fyziologických patologických stavů vyžaduje důkladný a časově náročný diferenciálně diagnostický přístup. Stanovení diagnózy ADHD u dospělých žen komplikuje několik faktorů. Jak již bylo zmíněno v části věnované diagnostice ADHD u dospělých, současná kritéria dle DSM-IV nejsou adekvátní pro použití v dospělé populaci. Navíc stavy, které se podobají symptomům ADHD, mohou být způsobeny i jinými komorbidními onemocněními. U žen je také třeba zohlednit vliv hormonů, v této souvislosti cituje Farber práce Quinn a Sax, které referují o možném vlivu, s pubertou nastupující, cyklické produkce estrogenu na zvýšení ADHD symptomů tím, že snižuje aktivitu dopaminu. Vliv hormonů nelze dle Farberové opomenout ani u žen v perimenopauzálním a menopauzálním období, kdy se mohou symptomy ADHD natolik zhoršit, že doposud fungující kompenzační mechanismy již nestačí na problémy v každodenním životě. Potíže při stanovení diferenciální diagnózy může činit také odlišení s věkem přibývajících roztržitosti a poruch paměti od symptomů ADHD. Tyto argumenty podporují doporučení k užití diagnostických metod se speciálními normami pro ženy a pro různá věková období a také vhodnou modifikaci léčebných postupů.^{8,9,19}

DISKUSE A ZÁVĚR

Článek se zaměřuje na specifika dospělé formy onemocnění hyperkinetické poruchy a poruchy pozornosti (ADHD) a na rozdíly v profilu a vývojových změnách ADHD u žen. V dětském a dorostovém věku je uváděn počet dívek s ADHD až 6krát menší než výskyt ADHD u chlapců. V dospělém věku je počet žen s ADHD relativně vyšší, studie ukazují na vyšší výskyt internalizovaných příznaků (vnitřní neklid) u žen a na možný vliv pohlavních hormonů a jejich změn na dopaminergní systém.

Článek dále prezentuje přehled dosavadních poznatků z literárních zdrojů věnovaných výzkumu komorbidity ADHD s poruchami příjmu potravy (PPP) u dospělých jedinců. V současné době probíhá výzkum a diskuse



Obr. 1. (upraveno podle Treasure J, Collier D. 2001)

o možných vlivech na výskyt symptomů ADHD v průběhu vývoje jedince. V článku Nussbaum autorka zvažuje, zda může rozdílné neurologické zranění mužů a žen během adolescence vést k odlišnostem v prvních projevech symptomů ADHD v uvedeném období vývoje. Tato oblast stejně jako studie věnující se odlišnostem v odpovědi na léčbu vyžadují další výzkum. U žen je kromě medikace doporučena kognitivně behaviorální terapie pomáhající se vztahovými obtížemi. Další oblastí výzkumu je možný vliv hormonálně podmíněných změn v neurologickém vývoji na fungování pozornosti.¹⁹

Řada prací se věnuje problematice komorbidit ADHD včetně ADHD a poruch příjmu potravy. Samotná diagnóza ADHD se vyskytuje zřídka, psychiatrická komorbidita je u pacientů s ADHD spíše pravidlem. Diferenciální diagnostiku komplikuje skutečnost, že mnohé symptomy ADHD se jeví podobně nebo maskují jiná psychiatrická onemocnění, například u žen je velmi často nejprve léčena deprese či anxieta. Mezi důvody patří menší citlivost diagnostických nástrojů k projevům ADHD u žen, menší povědomí o existenci specifické manifestace a vývojové specifikace (např. pozdější nástup symptomů ADHD, zřejmě vlivem hormonů), u žen.^{7,19} Rasmussen a Levander popisují rozdíly v typu komorbidních poruch u mužů a žen s neléčeným ADHD. U žen konstatují více internalizovaných poruch – afektivní poruchy, poruchy příjmu potravy a somatizační poruchy a u mužů častější abúzus návykových látek a kriminální chování.²²

Studie ukazují vyšší výskyt komorbidních poruch ADHD a poruch příjmu potravy s bulimickými symptomy. Nejednotně přitom hodnotí vztah ADHD a PPP jako komorbiditu (ADHD u PPP a naopak) nebo duální diagnózu. Zaměřují se na výskyt poruchy příjmu potravy u ADHD v závislosti na délce trvání a probíhající léčbě, nebo na diagnostiku ADHD u poruch příjmu potravy. Souhrnně lze říci, že konstatují vyšší výskyt poruch příjmu potravy u ADHD a naopak.

Možnou souvislost mezi ADHD a PPP objasňují výzkumy věnované této problematice rozdílně. Kauzální vztah obou onemocnění zatím nebyl uspokojivě objasněn.

Jako nosná se zatím jeví spojitost mezi ADHD a PPP zprostředkovaná impulzivitou, kterou mají obě onemocnění společnou. Je však zapotřebí zdůraznit, že impulzivita je pouze teoretickým konceptem, a navíc spojuje pouze určité subtypy ADHD a některé diagnózy ze spektra poruch příjmu potravy. Impulzivní chování, které je jedním ze základních příznaků ADHD, se může vyskytnout i u řady poruch příjmu potravy. Ve spektru poruch příjmu potravy přibývá

tohoto chování směrem od restriktivní anorexie, kde se impulzivita vyskytuje málo, přes purgativní anorexii a bulimii k přejídání a obezitě, kde je impulzivita velmi častá¹ (obr. 1).

V této souvislosti často citovaný výzkum Mikami et al. sice jako první rozdělil ADHD pacienty na subtypy (dle DSM-IV – ADHD s převládající poruchou pozornosti, ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou a ADHD smíšený typ), čímž mohla být zohledněna specifika jednotlivých podskupin při interpretaci výsledků a jejich aplikaci v klinické praxi. Limitem tohoto výzkumu však byl fakt, že ani jedna dívka ze zkoumaného vzorku nesplňovala kritéria pro diagnózu mentální bulimie. Také z povahy výzkumu – longitudinální studie – vyplynulo omezení z nejednotného užití diagnostických nástrojů v jednotlivých etapách sběru dat. Výsledky je proto nutné interpretovat opatrně. Nosným se jeví zjištění o větším nárůstu BMI dívek s ADHD kombinovaného typu oproti dívkám s ADHD s převládající nepozorností a kontrolní skupině. Toto zjištění je ve shodě s pracemi věnovanými růstu tukových zásob a BMI u chlapců s ADHD.²³

Ve studii Monuteaux et al. je zjištění autorů v rozporu s konstatováním jiných odborníků, kteří oproti „ubývání“ zdůrazňují „změnu“ projevů ADHD během jedincova vývoje. Takto zaměřený výzkum navíc ovlivňují interferující kompenzační mechanismy, jako například výše IQ nebo existence podpůrných sociálních vztahů a komplikují interpretace výsledků.^{3,13}

Bauermeister et al. uvádějí v diskusi také vliv rozdílných životních rolí a sociálního očekávání ve vztahu k pohlaví, jako jeden z aspektů, který by měl být zohledněn při výběru léčebného přístupu.¹⁴

Výzkumy z této oblasti, i přes počáteční nejednotnost metodologie a malé a nediferencované výzkumné soubory, postupně přispěly k otevření diskuse o vhodných diagnostických postupech, modifikaci léčby a také k větší citlivosti k méně klinicky nápadným projevům a atypickému průběhu ADHD u žen.

V prezentovaném článku jsme se pokusili vybrat ze současné literatury věnované komorbiditě ADHD a PPP relevantní informace, které sloužily jako teoretická příprava pilotní výzkumné studie věnované výskytu ADHD mezi pacientkami s poruchou příjmu potravy, realizované od června 2011 na našem pracovišti.

Zúžení tématu na prezentované oblasti specifik ADHD u dospělé populace, genderových rozdílů a některých diagnostických doporučení vedla k nutnému opomenutí neméně důležitých a vzájemně provázaných oblastí výzkumného zájmu.

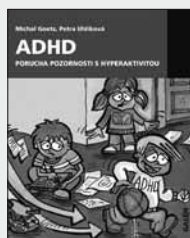
LITERATURA

1. Uhlíková P. In Papežová H et al. Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup. Praha, Grada, 2010: 143–145.
2. Cahová P, Pejčochová J, Ošlejšková H. Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. Neurologia pre prax, Solen 2010; 11 (6): 367–371
3. Kooij S, Bejerot S, Blackwell A. et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD, BMC Psychiatry 2010, 10: 67.

4. Papežová H, Uhlíková P, Štěpánková T. Komplexní program pro dospělé pacienty s ADHD. Zdravotnické listy, Mladá fronta, 2012.
5. Nazar BP, Pinna CM, Countingo G et al. Review of literature of attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders, Rev Bras Psiquiatr 2008; 30 (4): 384–389.
6. Goetz M. Současný pohled na léčbu ADHD. Psychiatrie II: výběr článků pro I. kongres Léčba v psychiatrii, Karlovy Vary 5.–8. listopadu, 2009, Remedia: 50–56.
7. Quinn PO. Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture. Curr Psychiatry Rep 2008; 10 (5): 419–423.
8. Waite R. Women With ADHD: It Is an Explanation, Not the Excuse Du Jour. Perspectives in Psychiatric Care 2010; 46: 182–196.
9. Farber SK. The Last Word: The Comorbidity of Eating Disorders and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Eating Disorders 2010; 18: 81–89.
10. Uhlíková P, Papežová H. Komorbidita ADHD, neurastenie a psychogenní zvracení. 2nd Intact Symposium a VIII. Mezinárodní konference o poruchách příjmu potravy a obezitě, Prague 3.–5. 3. 2011, Abstrakt book, 47–49.
11. Papežová H et al. Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup. Praha: Grada; 2011: 424.
12. Weiss G, Hechtman LT. Hyperactive children grown up, second edition. New York: The Guilford Press; 1993.
13. Monuteaux MC, Mick E, Faraone SV, Biederman J. The influence of sex on the course and psychiatric correlates of ADHD from childhood to adolescence: A longitudinal study. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2010; 51(3): 233–241.
14. Bauermeister JJ, Shrout PE, Chávez L et al. ADHD and gender: are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? Journal of Child Psychology and Psychiatry 2007; 48 (8): 831–839.
15. Barkley RA. Factor Analysis, Scale construction, and Item Frequencies In Barkley Adult ADHD Rating Scale – IV. New York: Guilford Publications; 2011: 15–34.
16. Rösler M, Retz W, Thome J et al. Psychopathological rating scales for diagnostic use in adults with attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD). Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006; 256 (1): I/3–I/11.
17. Schoechlin C, Engel RR. Neuropsychological performance in adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis of empirical data. Archives of Clinical Neuropsychology 2005; 20 (6): 727–744.
18. Shahaf G et al. Introducing a novel approach of network oriented analysis of ERPs, demonstrated on adult attention deficit hyperactivity disorder. Clin Neurophysiol 2012.
19. Nussbaum NL. ADHD and female specific concerns: a review of the literature and clinical implications. Journal of Attention Disorders 2012; 16 (2): 87–100.
20. Barkley RA. Deficient Emotional Self-Regulation: A core component of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J ADHD and Related Disorders 2010; 1 (2): 5–37.
21. Mikami AY, Hinshaw SP, Patterson KA, Lee JC. Eating pathology among adolescent girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Abnormal Psychology 2008; 117 (1): 225–235.
22. Rasmussen K, Levander S. Untreated ADHD in adults. J Attention Disorder, January 2009; 12 (4): 353–360.
23. Ptáček R, Kuželová H, Papežová H, Štěpánková T. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Eating Disorders. Prague Medical Report 2010; 111 (3): 175–181.

Michal Goetz, Petra Uhlíková

ADHD. PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele



ADHD je anglická zkratka názvu attention deficit hyperactivity disorder neboli porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou. Označuje onemocnění způsobující obtížné soustředění, nepřiměřeně zvýšenou aktivitu a impulzivitu dítěte.

Tato příručka shrnuje všechny základní moderní poznatky o poruše pozornosti s hyperaktivitou, jinak též hyperkinetické poruše. Najdete zde popis různých oblastí této nemoci, od jejích příčin až

po možnosti léčby, a také jsou zde na pravou míru uvedeny některé polopравdy a mýty.

Autoři knihu připravili ve spolupráci s učiteli, psychology a zejména rodiči a pacienty s ADHD. Jejich společným přáním je, aby vám kniha pomohla získat co nejvíce nových, užitečných a pravdivých informací, které budete potřebovat v případě, že by se onemocnění ADHD prokázalo i u vašeho dítěte. Porozumět jí totiž znamená naučit se s ní lépe vycházet.

190 Kč, Galén, 2012, druhé vydání, 160 s. barevně, 155 × 190 mm, brož.