

K HISTORII DIAGNOSTICKÉ KATEGORIE ADHD

souborný článek

Radek Ptáček^{1,2}
Hana Ptáčková^{1,3}
Ellen Braten¹

¹Psychiatrická klinika 1 LF UK a VFN, Praha

²University of New York in Prague, Department of Psychology

³Psychiatrická klinika LF UK v Plzni

Kontaktní adresa:

prof. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Praha
Ke Karlovu 11
121 08 Praha 1
e-mail: ptacek@neuro.cz

Práce byla podpořena grantovými projekty GA ČR 18-11247S, Progres Q 06 1. LF.

SOUHRN

Ptáček R, Ptáčková H, Braten E. K historii diagnostické kategorie ADHD

ADHD v současné době představuje relativně dobře zavedenou diagnostickou kategorii, která má za sebou v odborné literatuře téměř 150 let vývoje. Práce podává přehled vývoje tohoto pojmu od prvních zmínek příbuzné symptomatologie na přelomu 18. a 19. století přes pojmy 20. století zvl. ve smyslu minimálního mozkového poškození a lehkých mozkových dysfunkcí až do současnosti. Věnuje se detailněji konceptům, které předcházely samotné definici ADHD v DSM-III, publikované v roce 1980. V této souvislosti je též popsán vývoj této diagnostické kategorie od DSM-II až k současnému vymezení v DSM-5. Pozornost je věnována také vývoji současné diagnostické kategorie Hyperkinetické poruchy uvedené v MKN-10. Souhrnem článek podává ucelený přehled velmi dynamického pokroku v oblasti chápání a diagnostické klasifikace neurovývojové poruchy ADHD.

Klíčová slova: ADHD, lehká mozková dysfunkce, hyperkinetické poruchy, MKN, DSM, historie.

SUMMARY

Ptáček R, Ptáčková H, Braten E. History of ADHD as diagnosis

ADHD is nowadays a relatively well-established diagnostic category that has been in the literature for nearly 150 years. This review provides an overview of the development of this term from the first mentions of related symptomatology starting at the turn from the 18th to 19th century, over concepts in 20th century, especially in the sense of Minimal brain damage and Minimal brain dysfunction up to the present. It focuses in depth on the concepts that went beyond the actual definition of ADHD in DSM-III in 1980. The development of this diagnostic category from DSM-II to the current definition in DSM-5 is also described. As well as development of the diagnostic category “Hyperkinetic disorder” published in ICD 10. The article summarises complex overview of advances in understanding and diagnostic definition of neurodevelopmental disorder ADHD.

Key words: ADHD, brain dysfunction, hyperkinetic disorder, DSM, ICD, history.

ÚVOD

Porucha pozornosti s hyperaktivitou („ADHD“) je v současné době nejčastěji diagnostikovanou duševní poruchou

v dětství, která se dle řady dosavadních odhadů vyskytuje u 8–11 % dětské a adolescentní populace.¹ Nejnovější přehledové studie jsou ovšem k těmto datům relativně skeptické a uvádějí, že střední hodnota prevalence se pohybuje

na úrovni 5,29 % (95 % CI: 5,01–5,56) u dětské populace. V dospělé populaci je pak výskyt přibližně kolem 2,5 %, přičemž přibližně u 15 % případů zůstává porucha v plné manifestaci celoživotně, v částečné podobě pak u 40–76 %.²

Porucha se projevuje tzv. základní symptomatickou triádou: hyperaktivita, poruchy pozornosti a impulsivita. Tyto jádrové příznaky ovšem tvoří pouze určitou část symptomatologického spektra. Stále častěji je ADHD definováno jako porucha charakteristická oslabením exekutivních funkcí.³ Závažnost ADHD spočívá nejen v širokém dopadu na prakticky celý život dítěte, ale též v dopadu na prostředí, ve kterém se dítě pohybuje – zvláště rodina, škola, prostředí zájmových aktivit.⁴

Upravená diagnostická kritéria, která byla publikována v páté verzi Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické společnosti (DSM-5), přinesla nejen určité rozvolnění dosavadních striktních kritérií pro tuto poruchu, ale též změnu v jejím chápání. ADHD jako porucha typická pro dětský věk byla redefinována na poruchu celoživotní.⁵ Tato změna byla podložena celou řadou longitudinálních studií, které poukazovaly na skutečnosti, že ADHD s přechodem do dospělosti nevyumírá, ale vyvíjí se dále, byť často v symptomatologicky odlišné podobě.⁶

Z poruchy, která doposud byla doménou dětských psychiatrů, eventuálně dětských psychologů, se najednou stala porucha, kterou se velmi vážně zabývají psychiatři a psychologové pro dospělé. Velký konceptuální posun mezi DSM-IV a DSM-5 ilustruje, jak je ADHD z hlediska svého vymezení stále vyvíjející se diagnostickou kategorií.²

V této souvislosti se ADHD někdy nazývá i „diagnózou přelomu 20. a 21. století“ a je často i kritizována proto, že jde o diagnostickou kategorii do určité míry uměle vytvořenou, která nepopisuje specifickou poruchu, ale symptomy dětství. Tato kritika je dávana do souvislosti s vlivem farmaceutických společností.⁷

Naštěstí tyto hlasy jsou skutečně menšinové a jdou na vrub parciálním zájmovým skupinám nebo autorům, kteří na kritice ADHD postavili svoji kariéru. V odborné psychiatricko-psychologické obci, a to celosvětově, panuje jednoznačná shoda, že ADHD reprezentuje samostatnou neurovývojovou poruchu,^{2,8} s tím, že její úplné pochopení bude vyžadovat ještě rozsáhlý výzkum. Samotné zavedení názvu ADHD je otázkou až druhé poloviny 20. století a jeho redefinice pak začátkem 21. století. Nicméně to neznamená, že by se do té doby odborníci s pacienty, kteří vykazovali dané charakteristiky, neseťkávali. Samozřejmě setkávali a pro děti s poměrně heterogenní symptomatologií složitě hledali etiologické souvislosti a diagnostická vymezení. Tato práce je příspěvkem pro pochopení vývoje dnešní diagnostické kategorie ADHD od prvních zmínek případů s podobnou symptomatologií přes první diagnostické koncepty až po současnou podobu definovanou v DSM-5.⁵

Uchopení tohoto úkolu není úplně snadné, protože samotný pojem ADHD je skutečně spojen až s oficiální verzí DSM-III, která byla vydána v roce 1980,⁹ přičemž koncept diagnostických kategorií přichází až s přelomem 20. století, a to zvláště se zavedením pojmu „minimálního mozkového poškození“ („minimal brain damage“) kolem roku 1960. V tomto smyslu můžeme tedy skutečně říci,

že kořeny diagnostické konceptualizace ADHD leží až v druhé polovině 20. století. Odborné texty a studie, které do této doby nacházíme, obvykle popisují děti se symptomatologií ADHD – někdy až překvapivě klinicky přesně. Chápání klinické variability i možné etiologie bylo však v této době spíše na úrovni individuálních úvah než pokusů o systematickou kategorizaci. I proto není mezi autory, kteří se historií pojmu ADHD zabývají, jednoznačná shoda v tom, který dostupný historický text popisuje ADHD jako první. To ovšem není ani podstatné. Důležité je doložit, přibližně od které doby si lékaři začali všimnout projevů, které v současné době klasifikujeme jako ADHD.

K analýze historického vývoje současné diagnostické kategorie ADHD přistupujeme sekvenčním popisem jednotlivých pojmů a kategorií, které ADHD předcházely, a dále samozřejmě, jak se vyvíjela diagnostická kritéria dle jednotlivých verzí Diagnostických a statistických manuálů (DSM). Tato publikace se zaměřuje pouze na hlavní kategorie, které jsou s vývojem pojmu nejčastěji spojovány. Vzhledem k omezenému prostoru není možné rozebrat i dílčí příspěvky a zprávy, které lze zvláště v první polovině 20. století vyhledat. Uvedeny nejsou ani milníky v léčbě ADHD, protože tato problematika svojí rozsáhlostí představuje téma na samostatný článek.

POZORNOST A JEJÍ PORUCHY (Sir Alexander Crichton, 1763–1856)

Dílo Sira Alexandra Crichtona z přelomu 18. a 19. století je při popisu historie konceptu ADHD poměrně často opomíjeno a jako první, kdo podal ADHD se přibližující popis, je uváděn Heinrich Hoffmann, o kterém se zmíníme dále. A. Crichton byl skotský lékař, který v roce 1789 publikoval dílo „Zkoumání povahy a původu duševních poruch: pochopení stručného systému fyziologie a patologie lidské mysli a historie vášní a jejich účinků“ (v anglickém originále „*An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects*“).^{10,11} Druhou kapitolu svého díla pojmenovává „Pozornost a její poruchy“. Poměrně zevrubně se zde zabývá popisem pozornosti a dále definuje její poruchy, které dle některých autorů odpovídají dokonce kritériím DSM-IV-TR.¹²

Jedná se zvláště o symptom kritéria A1 „obtíže s udržením pozornosti při zadaných úkolech nebo hře“,¹³ které Crichton definuje jako „neschopnost udržet dostatečnou pozornost na jeden objekt“.¹⁰ Jako další kritérium uvádí „tento deficit vede k poletování pozornosti z jednoho objektu na druhý“,¹⁰ což naplňuje druhý DSM-IV-TR symptom: „je snadno vyrušen vnějšími podněty“.¹³ Crichton ve svém díle dále uvádí, že příčiny poruchy mohou být vrozené i získané, nicméně přetrvávají pouze po období dětství a v dospělosti mizí. Toto přesvědčení bylo oficiálně překonáno až publikací DSM-5 v roce 2013, byť od začátku 20. století na celoživotní charakteristiky ADHD upozorňovala řada autorů.¹⁴ Je pozoruhodné, že A. Crichton se vlastně pouze na základě vlastních klinických zkušeností na konci 18. století blíží diagnostickému konceptu, který byl prokázán řadou empirických vědeckých studií.

NEPOSEDNÝ PHILIP

(Heinrich Hoffmann, 1809–1894)

Řada autorů¹⁵ považuje německého lékaře Heinricha Hoffmanna za prvního, kdo podal důkladný klinický popis ADHD u dítěte. Dr. Hoffmann v roce 1864, tedy více než 70 let po systematickém popisu poruch pozornosti A. Crichtona, publikuje příběhy, které popisují projevy dětské psychopatologie, se kterými se setkává ve své praxi. Příběhy jsou ilustrované a dočkaly se mimořádně velké popularity, protože se v podstatě jednalo o jednu z prvních učebnic dětské psychiatrie. Jeho dílo se pouze do roku 1917 dočkalo 400 vydání.¹² V příběhu o Neposedném Filipovi Hoffmann popisuje konflikt u rodinného oběda, který je zapříčiněn Filipovým neposedným chováním – projevuje se neklidným, nepozorným chováním, neposlouchá pokyny otce, dělá si, co ho napadne, nevěnuje pozornost tomu, čemu by měl. Tento celý popis v podstatě opět naplňuje kritéria DSM-IV-TR. Příběh také upozorňuje na to, že se nejedná o ojedinělou situaci, ale že je to tak pokaždé a již dlouhou dobu. Tím jsou opět naplněna kritéria DSM-IV-TR doby trvání.¹⁶

Popis poruch pozornosti A. Crichtona a příběh o Neposedném Filipovi H. Hoffmanna velmi zdařile ilustrují projevy, které nyní označujeme jako ADHD a které byly lékaři pozorovány a popisovány již prakticky od úsvitu moderní medicíny.

DEFEKT MORÁLNÍ KONTROLY

(George Still, 1868–1941)

Prvenství v systematickém uchopení symptomů ADHD (to dosavadní bylo pouze klinické) je přisuzováno britskému pediatri Siru Georgeovi Fredericu Stillovi.¹⁵ Dr. Still publikoval řadu významných prací z oblasti dětské psychiatrie. Mezi nimi popsal také 43 případů dětí, které měly problémy s udržením pozornosti, kterou považoval za základ „morální kontroly chování“. Tyto děti dle Stilla vykazovaly nízkou schopnost inhibice chování, neposlušnost, zlostnost, impulsivitu. Popsal též neúčinnost jakýchkoliv výchovných prostředků. Uvedené projevy popsal jako „defekt morální kontroly“^{12,15} u dětí s převážně normálním intelektem. Přestože řada z charakteristik, které Still popisuje, ADHD kritéria dle DSM-IV-TR naplňuje, nejsou jednoznačně kompatibilní. Still primárně zdůrazňuje jádro poruchy v nedostatku morální kontroly a popisy, které jsou ve smyslu zlostného, nelibostného a agresivního chování, tak naplňují kritéria spíše pro poruchy chování než ADHD tak, jak ho definujeme v současné době. Stilem definovaný „Defekt morální kontroly“ z těchto důvodů nebývá dáván do souvislosti pouze s ADHD, ale i s disociační poruchou osobnosti nebo psychopatií.¹⁷ Bez ohledu na tyto skutečnosti je Dr. Still jedním z lékařů, kteří si symptomů odpovídajících současnému ADHD nejen všimli, ale snažili se je vědeckým způsobem uchopit a klasifikovat.

HYPERKINETICKÉ ONEMOCNĚNÍ V RANÉM DĚTSTVÍ

(Franz Kramer 1878–1967 a Hans Pollnow 1902–1943)

Rozvoj psychiatrie na počátku 20. století přináší nový pohled na duševní poruchy a snaží se o systematické zkoumání jejich projevů. V roce 1943 Kramer a Pollnow popsali „Hyperkinetische Erkrankung“ (hyperkinetické onemocnění) u dětí ve věku 2–4 roky.¹⁸ Syndrom byl charakteristický extrémní neposedností, distraktibilitou, poruchami řeči a perzistentním motorickým neklidem.¹⁸ Tyto projevy popsali u 15 dětí, u kterých se porucha projevovovala do 6 let a u nichž se dále projevovovalo agresivní chování, impulsivita, poruchy chování, v některých případech i epileptické záchvaty. Přestože se opět jedná o popis a kategorizaci projevů, které částečně současnému pojetí odpovídají, jednalo se spíše o nesourodý soubor dětí s rozmanitými neurovývojovými poruchami.¹⁹ Nicméně jejich pokus o sjednocení rozmanitých neurovývojových obtíží předznamenává další vývoj v této oblasti, který je charakteristický právě tápáním ve velmi širokém spektru symptomů vývojových poruch.

MINIMÁLNÍ MOZKOVÉ POŠKOZENÍ

Rozvoj psychiatrie ve druhé polovině 20. století je charakteristický nejen důrazem na systematické zkoumání duševních poruch a jejich projevů na vědeckém základě, ale také pátráním po jejich etiologii. Z pouhého deskriptivního přístupu, který dominoval do té doby, se vědci začínají ptát, co uvedené projevy způsobuje, a v etiologii duševních poruch spatřují klíč k jejich pochopení, ale i léčbě. Stejně tomu tak je i v oblasti vývojových poruch, kde se dominujícím vysvětlením začíná obecně stávat hypotéza mozkového poškození, eventuálně traumatu. Tuto hypotézu naznačil Shirley,²⁰ který popsal specifické behaviorální projevy u předčasně narozených dětí. U těchto dětí mimo jiné popisoval nepozornost, neklid a špatnou regulaci chování. Příčinu spatřoval zvláště v porodním traumatu a nezralosti CNS předčasně narozených dětí. Organických příčin možného mozkového poškození byla dále identifikována celá řada: encefalitida spojená se spalničkami, toxicita olova, úraz hlavy, epilepsie a další.¹⁵ Na základě velké empirické základny se tedy začala rozvíjet hypotéza, že za většinou psychopatologických projevů v dětství stojí určitý organický nálezn. Od 50. let dvacátého století, zvláště za vlivného přispění prací A. Strausse a L. Lehtinena, se začalo minimální mozkové poškození „diagnostikovat“ pouze z klinických projevů dítěte, aniž by byl zapotřebí doklad toho, že k nějakému organickému traumatu vůbec došlo.^{21,22} Strauss a Lehtinen publikovali toto paradigma poměrně systematicky a odborná veřejnost ho přejímala poměrně široce, protože relativně snadno umožnilo identifikovat příčinu obtíží. U řady dětí v psychiatrické nebo psychologické péči, které vykazovaly projevy nejširší symptomatologie od mírných poruch pozornosti přes poruchy chování a řeči až po poruchy intelektu, byla uváděna stejná příčina – „minimální mozkové poškození“. Toto přesvědčení také posilovaly neurologické

studie z prvé poloviny dvacátého století, které nacházely velmi silnou souvislost mezi hyperaktivním a nezdrženlivým chováním u primátů s lézemi prefrontálního kortexu. I v této souvislosti byla právě hyperaktivita považována za nejvýraznější znak minimálního mozkového poškození. Vzhledem k tomu, že se etiologická hypotéza minimálního mozkového poškození velmi rychle a široce etablovala, přitáhla na sebe i zájem výzkumných týmů, které však u většiny dětí, jež vykazovaly nejširší skupinu projevů vývojových odchylek, historii žádné organické příčiny nenašly.

LEHKÁ MOZKOVÁ DYSFUNKCE

Právě z tohoto důvodu Oxfordská mezinárodní studijní skupina dětské neurologie navrhla a podporovala přechod od pojmu „minimální mozkové poškození“ k termínu „lehká mozková dysfunkce“ (z angl. „minimal brain dysfunction“) s tím, že by mělo dojít ke klasifikaci heterogenní skupiny symptomů do vícero homogenních skupin.¹² V této návaznosti Pracovní skupina pro zdraví, vzdělání a sociální věci v USA navrhla jednu z prvních systematických definic lehké mozkové dysfunkce:

„Pojem minimální mozkové dysfunkce označuje děti s inteligencí v pásmu blízkém průměru, průměru i nadprůměru s určitými obtížemi v učení nebo chování, a to v intenzitě mírné až vysoké, které jsou spojeny s odchylkami funkce nervové soustavy. Tyto odchylky se mohou projevat jako velmi různá kombinace oslabení v percepci, konceptualizaci, řeči, paměti a kontrole pozornosti, impulsivity a motorických funkcí.“²³

Tato konceptualizace velmi výrazně přispěla k současnému chápání ADHD ve dvou zásadních bodech. Jednak odlišila děti s průměrným a podprůměrným intelektem, u kterých identifikovala skutečné možné závažnější narušení mozkových funkcí, jednak v zásadě uvedla prvotní definici jádrové triády ADHD, tedy hyperaktivity, impulsivity a nepozornosti, na které v dalších konceptech navazuje i současné vymezení ADHD v DSM.

ÉRA DIAGNOSTICKÉHO A STATISTICKÉHO MANUÁLU AMERICKÉ PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI

V roce 1968 byla vydána druhá verze DSM.²⁴ Dalo by se říct, že vedení v konceptualizaci heterogenní vývojové

psychopatologie, nesystematicky klasifikované do různých nejednotných kategorií, typu minimální mozkové poškození nebo lehká mozková dysfunkce, přebírá Americká psychiatrická společnost, která si iniciativu a inovativnost udržuje i před ostatními odbornými společnostmi nebo i Mezinárodní zdravotnickou organizací v určitém smyslu dodnes. Detaily postupného přerodu této diagnostické kategorie od DSM-II k DSM-5 a rozdíly mezi nimi představují téma pro samostatný článek, a proto zde podáme přehled pouze základních vývojových milníků.

DSM-II přináší termín Hyperkinetická dětská reakce (nebo adolescentní) a specifikuje, že jestliže se vyskytují tyto příznaky sekundárně k organickému poškození mozku, nemělo by být toto označení použito, zcela jasně se tak vymezuje od dosavadních konceptů, které převážně předpokládaly organickou etiologii. V této verzi DSM byly také vedle projevů motorické hyperaktivity uvedeny jako klíčové symptomy snížení koncentrace pozornosti a celkový neklid.²⁴ DSM-II zavedl novou diagnostickou kategorii, která se do vydání DSM-III stále ještě s konceptem lehkých mozkových dysfunkcí v odborné literatuře vyskytovala.

Rok 1980 a vydání DSM-III pak dodnes představují došlouné zrození diagnostické kategorie ADHD. Uvedena je Porucha pozornosti s Hyperaktivitou (ADHD), Porucha pozornosti bez Hyperaktivity (ADD) a Porucha pozornosti, reziduální typ (ADD-RT). Pojem ADHD kladl stejnou váhu na tři oblasti: nepozornost, impulzivitu a hyperaktivitu. Pojem ADD kombinoval pouze nepozornost a impulzivitu, bez hyperaktivity. Specifická kategorie ADD-RT zohledňovala reziduální příznaky, které přetrvávaly i poté, co motorická hyperaktivita eventuálně odezněla.⁹

V roce 1987 Americká psychiatrická asociace vydává revidovanou verzi DSM-III-R,²⁵ kde byly všechny příznaky sjednoceny pod diagnostickou kategorií Poruchy pozornosti / Hyperaktivní porucha (ADHD), bez dalších podkategorií. V rámci této kategorie byly přidány další symptomy hyperaktivity. Byl představen koncept, který uváděl, že dané symptomy musejí být přítomny ve větším rozsahu, než má „většina populace stejného mentálního věku“. „Nerozlišené ADD“ bylo zahrnuto do zvláštní sekce DSM-III-R a zahrnovalo projevy nepozornosti.²⁵

DSM-IV vydané v roce 1994 pak k dosavadní klasifikaci ještě specifikuje tzv. subtypy ADHD – Převážně nepozornostní, Převážně hyperaktivně-impulzivní a Kombinovaný typ. Byla rovněž zahrnuta kategorie Nespecifikované ADHD.¹³

Rok 2013 pak pro vývoj ADHD představuje druhý nejdůležitější přelom, a to publikací 5. verze DSM. Z dosavadního chápání ADHD a konceptů příbuzných jako jevů typických převážně pro dětský věk se stává porucha celoživotní. Vymezení samotné poruchy vychází z DSM-IV, i když je zavedena řada dalších změn, jak v definici jednotlivých kritérií, tak se např. mění požadavek na první výskyt příznaků poruchy ze 7 na 12 let. Definována je též nově kategorie „částečné remise“, která se určuje, pokud byla v minulosti kritéria splněna zcela, během předchozích měsíců splněna částečně, ale symptomy ještě stále způsobují narušení v oblasti sociálního, školního či pracovního fungování.^{5,26}

1798: „Pozornost a její poruchy“ – Alexander Crichton

1864: „Neposedný Philip“ – Heinrich Hoffmann

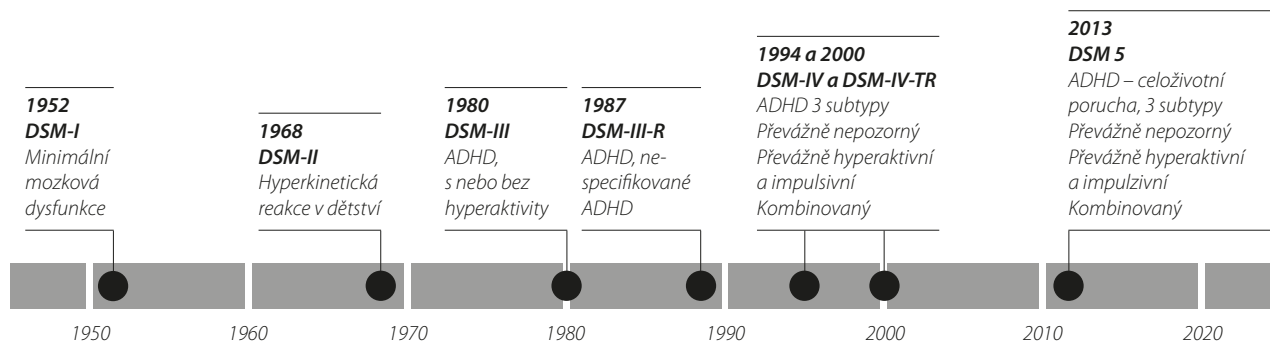
1910: „Defekt morální kontroly“ – George Still

1943: „Hyperkinetické onemocnění v raném dětství“ – Franz Kramer, Hans Pollnow

1947: Minimální Mozkové poškození – Alfred Strauss, Laura Lehtinen

1962: Lehká mozková dysfunkce – Oxfordská mezinárodní studijní skupina dětské neurologie

Obr. 1. Vývoj hlavních prekonceptů ADHD



Obr. 2. Vývoj pojmu ADHD

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

Přestože prvotní příspěvky k vývoji prekonceptů ADHD pocházejí jak z Evropy, tak USA, dominanci v rozvoji tohoto konceptu přebírá APA v roce 1968 publikací DSM-II, kde zavádí termín „Hyperkinetická dětská reakce“, kterou dále rozvíjí až do samotného konceptu ADHD publikovaného v roce 1980. Světová zdravotnická organizace trend v přístupu k této problematice samozřejmě sleduje, ale vytváří vlastní systém terminologie i diagnostických kritérií.

MKN-6,²⁷ publikovaná v roce 1948, zavádí relativně vágní kategorii „Primární porucha chování v dětství“, kterou lze označit velmi širokou skupinou problémového chování u dětí nejširší etiologie. Tato diagnostická kategorie byla převzata i v MKN-7, a to bez výraznějších změn, a publikována v roce 1955. Odráží tak výzkumné tápání a nejasnost v této problematice na přelomu první a druhé poloviny 20. století.

V MKN-8, publikované v roce 1965,²⁸ dochází k řadě radikálních změn. Jak ve struktuře samotné klasifikace, tak v pojetí některých poruch. Ve sledované oblasti však dochází pouze k minimálním změnám. Z „Primární poruchy chování v dětství“ se stává „Porucha chování v dětství“. Vymezení zůstává stále vágní. Vyjma vyloučení poruch intelektu lze touto kategorií označit téměř jakékoliv dítě s problémovým chováním.

MKN-9, publikovaná v roce 1979, v kontextu intenzivního výzkumu v této oblasti a v určitém odstupu od vývoje DSM, uvádí podstatnou změnu do terminologie a zavádí diagnostickou kategorii: „Hyperkinetický syndrom v dětství“, která reflektuje skutečnost, že se nejedná o jednu širokou heterogenní kategorii, ale rozeznává několik samostatných diagnostických kódů:

- Prostá porucha aktivity a pozornosti
- Hyperkinesis s vývojovým opožděním
- Hyperkinetická porucha chování
- Jiný hyperkinetický syndrom v dětství
- Nespecifikovaný hyperkinetický syndrom v dětství

Toto pojetí je významným krokem vpřed, protože začíná diferencovat doposud velmi heterogenní diagnostickou

jednotku. Zásadní přelom pak ovšem přináší MKN-10, která je platná dodnes a která reaguje na vývoj v oblasti výzkumu, ale i na pojetí v DSM-III, který byl publikován v roce 1992, a dále směřování prekonceptů DSM-IV.

WHO si vzhledem k vývoji DSM udržuje vlastní pojetí. Zavedena je kategorie „Hyperkinetické poruchy“, která je definována jako skupina poruch charakterizovaná raným nástupem (obvykle v prvních pěti letech života), symptomy nestability pozornosti, impulsivity a hyperaktivity. Definice diagnostické kategorie obsahuje i relativně obsáhlý výčet od problematické socializace až po problémy se sebezpojetím. V rámci této kategorie jsou uvedené samostatné diagnostické kódy:

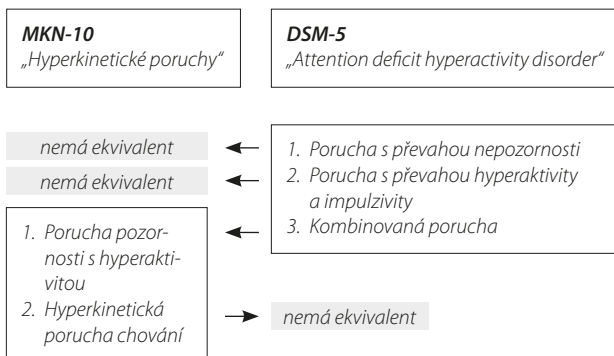
- Porucha aktivity a pozornosti
- Hyperkinetická porucha chování
- Jiné hyperkinetické poruchy
- Hyperkinetická porucha NS

Ačkoliv ADHD dle DSM-III a Hyperkinetická porucha dle MKN-10 obsahují velmi podobný set 18 symptomů, liší se v samotném určení diagnózy. Mezi některými rozdíly lze uvést například to, že dg. Hyperkinetické poruchy je primárně založena na klinickém pozorování, kdežto v případě určení ADHD lze využít i pozorování učitelů nebo rodičů.

Nástup poruchy musí být již do 6. roku a musí být přítomno nejméně šest symptomů nepozornosti, tři hyperaktivity a jeden impulsivity ve více než dvou prostředích. ADHD dle DSM nevyklučuje některé komorbidity v podobě mánie nebo depresivních a úzkostných poruch. Tyto jsou v případě MKN-10 vyloučeny.⁸

V obecnější rovině lze říci, že většina případů Hyperkinetické poruchy splní širší kritéria pro ADHD dle DSM-IV.²⁹ DSM-5 se pak dále od pojetí MKN-10 vzdaluje ještě více, protože pojímá poruchu jako celoživotní. Tuto změnu lze očekávat i v připravované nové revizi MKN-11.

Analýza detailních rozdílů mezi pojetím Hyperkinetické poruchy dle MKN-10 a DSM-IV by představovala téma na samostatný článek. Pro bližší informace ke specifikaci Hyperkinetické poruchy v české literatuře lze doporučit učebnicový text autorů Hort, Hrdlička, Kocourková et al.³⁰

Obr. 3. Rozdíly mezi klasifikací MKN-10 a DSM-5 (podle⁴⁵)

K SITUACI V ČESKÉ REPUBLICE

Problematické dětských mozkových dysfunkcí se v České republice věnovala celá řada významných odborníků, jedny z prvních systematických textů publikoval O. Kučera,³¹ který ve své práci zprostředkoval pohled na vývoj této problematiky v zahraničí. Nejvýraznějším autorem v této oblasti je Z. Matějček, který se kromě řady dalších témat problematiky lehké mozkové dysfunkce věnoval s řadou svých spolupracovníků. Termín „lehká mozková dysfunkce“ se v České republice dočkal mimořádného rozvoje a velmi pevně zakořenil zvláště v oblasti pedagogicko-psychologického poradenství, kde se hojně užíval i v 90. letech 20. století, přestože i Matějček³² a další odborníci poukazovali na postupnou změnu terminologie. V této době bylo DSM-III, které představilo termín ADHD, publikováno již 10 let a vzhledem k minimální propojenosti psychiatrie a psychologie postsovětského bloku s ostatními trendy ve světě se tento pojem začal v české odborné obci používat až na přelomu 20. a 21. století. Je pozoruhodné, že ještě dnes se lze s termínem „lehká mozková dysfunkce“, zvl. v některých psychologických zprávách, setkat. Jedná se o velký anachronismus, který odráží mimořádnou odbornou nezpůsobilost příslušného odborníka. V oboru psychiatrie se závazně od 1. 1. 1994 začala používat 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí, která zavedla kategorii Hyperkinetických poruch, která se v odborné psychiatrické obci ujala relativně dobře a bez problémů se začala užívat. V oboru psychologie se tento termín nikdy zásadně neujal a stále se používá spíše termín ADHD.³³

V České republice se v současné době tématu ADHD věnuje řada odborníků. Téma ADHD ve výzkumu

v odborné literatuře je relativně frekventované. Byla publikována řada kvalitních monografií,^{34–37,45} ale též vědecko-výzkumných prací několika výzkumných týmů, které se zaměřují na řadu specifických otázek. Věnují se např. genetickým souvislostem,³⁸ ADHD v dospělosti,³⁹ kvalitě života a neurologickým souvislostem,⁴⁰ ADHD a zobrazovacím metodám,⁴¹ otázkám fyzického růstu dětí s ADHD a životního stylu osob s ADHD⁴² a samozřejmě i řadě dalších. Nicméně i z takto krátkého uvedeného výčtu je patrné, že ADHD je v České republice aktuálním tématem a tématem zkoumaným na velmi dobré úrovni.

ZÁVĚR

Cílem tohoto článku bylo stručně představit fascinující cestu vývoje jedné psychiatrické poruchy – od konceptu neposedného dítěte přes úvahy o defektu morální kontroly, organické hypotézy o minimálním mozkovém poškození nebo lehké mozkové dysfunkci až k současnému pochopení ADHD jako neurovývojové poruchy s celoživotními dopady. Již v současné době je jasné, že kritéria a chápání, které zavádí DSM-5, nejsou zdaleka finální a zcela jednoznačně se budou vyvíjet. Již od jejich publikace až do současnosti jsou předmětem více či méně výrazné kritiky⁴³ a je zcela jasné, že v následující verzi budou kritéria opět redefinována, a to zvláště v oblasti ADHD projevu u dospělých osob, kde je poznání oproti dětskému věku teprve na počátku a kritéria jsou zatím poměrně vágní.

Velmi očekávané nové vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (11. verze) velmi pravděpodobně nový pohled nebo uchopení nepřinese, naopak očekává se přiblížení s kritérii pro ADHD v DSM-5.⁴⁴

Cesta od počátku 19. století k DSM-5 je charakteristická upřesňováním jak jednotlivých symptomů, tak konceptu celé poruchy. Je to výrazný posun od heterogenního konstruktů ke kategorii, která má jasnější specifikaci a vymezení. Přesto je přetrvávající šíře symptomů této poruchy předmětem kritiky, a lze proto očekávat, že v dalších vydáních bude pojetí poruchy i jejich eventuálních subtypů ještě dále zpřesňováno. To především díky výraznému pokroku v oblasti biologického chápání této poruchy, i lepšímu mapování jejich dopadů na běžný život postižených jedinců.

Diagnostickou kategorií ADHD lze v současné době stále chápat více jako otevřenou kapitolu než téma, které je uzavřené a dále se již nebude vyvíjet.

LITERATURA

1. Visser SN, Danielson ML, Bitsko RH, Holbrook JR, Kogan MD, Ghandour RM et al. Trends in the Parent-report of Health Care Provider Diagnosed and Medicated ADHD: United States, 2003–2011 HHS Public Access. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet] 2014; 53 (1): 34–46. Dostupné z <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4473855&blobtype=pdf>
2. Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* [Internet] 2020 Feb 8; 395 (10222): 450–462. Dostupné z [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
3. Silverstein MJ, Faraone SV, Leon TL, Biederman J, Spencer TJ, Adler LA. The Relationship Between Executive Function Deficits and DSM-5-Defined ADHD Symptoms. *J Atten Disord* 2018.
4. Peasgood T, Bhardwaj A, Biggs K, Brazier JE, Coghill D, Cooper CL et al. The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016; 25 (11): 1217–1231.
5. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Association 2013.

6. Sibley MH, Swanson JM, Arnold LE, Hechtman LT, Owens EB, Stehli A et al. Defining ADHD symptom persistence in adulthood: optimizing sensitivity and specificity. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2017; 58 (6): 655–662.
7. Timimi S, Moncrieff J, Jureidini J, Leo J, Cohen D, Whitfield C et al. A critique of the International Consensus Statement on ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2004; 7 (1): 59–63.
8. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry* 2019; 56: 14–34.
9. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. American Psychiatric Association 1980.
10. Crichton A. An inquiry into the nature and origin of mental derangement: On attention and its diseases. *J Atten Disord* 2008; 12 (3): 200–204.
11. Palmer ED, Finger S. An early description of ADHD (Inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and “mental restlessness” (1798). *Child Psychol Psychiatry Rev* 2001; 6 (2): 66–73.
12. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord* 2010; 2 (4): 241–255.
13. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. American Psychiatric Association 1994.
14. Kessler RC, Adler L, Berkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (4): 716–723.
15. Barkley R. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 3rd. New York: Barkley 2006.
16. Bader M, Tannock R, Hadjikhani N. The Zappel-Philipp a historical example of ADHD Clinics. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord* 2018; 10 (2): 119–127.
17. Herve H. Psychopathy Across the Ages: A History of the Hare Psychopath. In: *The Psychopath: Theory, Research, and Practice*. Routledge 2007: 31–55.
18. Neumärker KJ. The Kramer-Pollnow syndrome: A contribution on the life and work of Franz Kramer and Hans Pollnow. *Hist Psychiatry* 2005; 16 (4): 435–451.
19. Mahone EM, Denckla MB. Attention-deficit/hyperactivity disorder: A historical neuropsychological perspective. *J Int Neuropsychol Soc* 2017; 23 (9–10 Special Issue): 916–929.
20. Shirley M. A Behavior Syndrome Characterizing Prematurely-Born Children. *Child Dev* 1939; 10 (2): 115.
21. Accardo PJ, Blondis TA. The Strauss syndrome, minimal brain dysfunction, and the hyperactive child: A historical introduction to attention deficit-hyperactivity disorder. In: *Attention deficits and hyperactivity in children and adults: Diagnosis, treatment, management*. New York: Dekker 2000: 1–12.
22. Strauss AA, Lehtinen LE. Psychopathology and education of the brain-injured child. New York: Grune & Stratton 1947.
23. Clements SD. Minimal brain dysfunction in children: Terminology and identification: phase one of a three phase project. Washington D.C. 1966.
24. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. American Psychiatric Association 1968.
25. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd-R ed. American Psychiatric Association 1987.
26. Ptáček R, Ptáčková H. ADHD – variabilita v dětství a dospělosti. Praha: Karolinum 2018.
27. World Health Organization. International classification of diseases, 6th revision. World Health Organization 1948.
28. World Health Organization. International classification of diseases: [8th] ninth revision. World Health Organization 1968.
29. Banaschewski T, Coghill D, Dancckaerts M, Döpfner M. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. Oxford University Press 2010.
30. Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E. Dětská a adolescentní psychiatrie. Portál 2000.
31. Kučera O. Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích. Praha: SZN 1961: 5.
32. Matějček ZK. K pojmu „lehkých mozkových dysfunkcí“ (LMD). *Čs Psychiatr* 1990; 86 (1): 7–15.
33. Organization WH. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision) [Internet] 2018. Dostupné z <https://icd.who.int/en%0Ahttps://icd.who.int/browse11/l-m/en>
34. Paclt I et kol. Hyperkinetická porucha a poruchy chování [Internet]. Grada Publishing 2007: 232. Dostupné z <https://books.google.cz/books?id=53DkvRuMyYUC>
35. Drtílková I, Šerý O. Hyperkinetická porucha: ADHD. Galén 2007.
36. Goetz M, Uhlíková P. ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele. Galén 2009.
37. Miovský M. Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii. Grada Publishing 2018.
38. Paclt I, Drtílková I, Kopečková M, Theiner P, Šerý O, Čermáková N. The association between TaqI A polymorphism of ANKK1 (DRD2) gene and ADHD in the Czech boys aged between 6 and 13 years. *Neuroendocrinol Lett* 2010; 31 (1): 131–136.
39. Bitter I, Mohr P, Balogh L, Látalová K, Kakuzsi B, Stopková P et al. ADHD: a hidden comorbidity in adult psychiatric patients. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord* 2019; 11 (1): 83–89.
40. Goetz M, Yeh C Bin, Ondrejka I, Akay A, Herczeg I, Dobrescu I et al. A 12-month prospective, observational study of treatment regimen and quality of life associated with ADHD in Central and Eastern Europe and Eastern Asia. *J Atten Disord* 2012; 16 (1): 44–59.
41. Kasperek T, Theiner P, Filova A. Neurobiology of ADHD from childhood to adulthood: Findings of imaging methods. *J Atten Disord* 2015; 19 (11): 931–943.
42. Ptacek R, Kuzelova H, Stefano GB, Raboch J, Sadkova T, Goetz M et al. Disruptive patterns of eating behaviors and associated lifestyles in males with ADHD. *Med Sci Monit* 2014; 20: 608–613.
43. Carlew AR, Zartman AL. DSM Nomenclature changes in neuropsychological diagnoses through the years: A look at adhd and mild neurocognitive disorder. *Behav Sci (Basel)* 2017; 7 (1): 1.
44. Doernberg E, Hollander E. Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS Spectr* 2016; 21 (4): 295–299.
45. Drtílková I, Šerý O, Balaščíková B, Theiner P, Uhrová A. Hyperkinetická porucha / ADHD. Galén 2007.