

v průběhu vzdělávacího procesu. Diagnózu ADHD stanovuje na základě podrobného klinického vyšetření dítěte a pohovoru s rodičem, případně dalšími odborníky, dětský psychiatr (1, 14, 25).

Pro stanovení diagnózy ADHD je nutné, aby se příznaky projevovaly minimálně po dobu šesti měsíců a vyskytovaly se v alespoň dvou různých prostředích, jako je škola, domácí prostředí, volnočasové aktivity a podobně. Vzhledem ke zvyšujícím se nárokům na udržení pozornosti mají projevy významný dopad nejen na vzdělávání, ale také na začleňování dítěte do kolektivu a vztahy s okolím (1, 14).

Prevalence ADHD v dětské populaci do 12 let je přibližně 8 %, u dospívajících ve věku 12–18 let pak přibližně 6 % (20, 25). Častěji se porucha vyskytuje u chlapců než u dívek, v poměru přibližně 2 : 1. U dívek přitom převažují symptomy nepozornosti, zatímco u chlapců jsou častější projevy hyperaktivity a impulzivity (1, 14). U 80 % dětí diagnostikovaných ve školním věku pokračuje ADHD i v adolescenci, přičemž v 16 % případů přechází plně vyjádřený syndrom do dospělosti. Dle dostupných studií však symptomy ADHD přetrvávají v dospělosti v podstatně vyšší míře, tj. přibližně ve 40–60 % případů (1, 2, 14, 25).

V závislosti na převládajících projevech lze rozlišit tři základní subtypy ADHD: subtyp s převahou poruchy pozornosti (kdy se vyskytuje alespoň 6 příznaků z kategorie poruchy pozornosti), subtyp s převahou hyperaktivity a impulzivity (kdy se vyskytuje alespoň 6 příznaků z kategorie hyperaktivity a impulzivity) a kombinovaný subtyp (kdy se vyskytuje alespoň 6 příznaků z obou kategorií) (1). Přehled příznaků ADHD dle DSM V je uveden v tabulce 1.

Komorbidity

Pro ADHD, stejně jako pro jiné neurovývojové poruchy, je charakteristická vysoká míra komorbidit (1, 4, 5, 6, 11).

ADHD se velmi často pojí s neurovývojovými poruchami, přičemž nejčastější je kombinace se specifickými poruchami učení (31–45 %) (5). Významná je také souběžná přítomnost poruch autistického spektra (PAS). Klinický obraz vykazuje přibližně 13 % dětí

Tab. 1. Příznaky ADHD dle DSM V (1, 3)

Příznaky z kategorie poruchy pozornosti dle DSM V	
1.	Často nedává pozor na detaily, ve škole dělá chyby z nedbalosti
2.	Neudrží trvalou pozornost při úkolu nebo při hře
3.	Zdá se, že neposlouchá, i když se mluví přímo k němu
4.	Neřídí se instrukcemi, nedokončuje zadané úkoly. Přitom se nejedná o to, že by jim nerozuměl
5.	Neumí si naplánovat úkoly, povinnosti, hry
6.	Vyhýbá se, nebo jsou mu nepříjemné aktivity vyžadující soustředěné mentální úsilí (doma i ve škole)
7.	Ztrácí školní pomůcky, hračky, sportovní potřeby
8.	Snadno se rozptýluje nebo vyruší od úkolu či aktivity
9.	Zapomíná na denní rutinní aktivity, úkoly nebo povinnosti
Příznaky z kategorie hyperaktivita/impulzivita dle DSM V	
1.	Hraje si s prsty
2.	Opuští své místo ve školní třídě nebo v jiných situacích, v době, kdy by měl sedět
3.	Pobíhá, vylézá kamkoliv a kdykoliv, včetně nevhodných situací. Nadměrně pobíhá dokola nebo leze, a to i v situacích, kdy je to nevhodné
4.	Neumí si klidně hrát, zejména hry, které vyžadují ticho či soustředění
5.	Je stále v pohybu „jako na pochodu“, jako by „měl motorek“
6.	Stále hovoří
7.	Vyhrkne odpověď dřív, než je dokončena otázka
8.	Nevydrží v klidu čekat
9.	Přerušuje ostatní, vynucuje si pozornost, plete se do hry nebo konverzace jiných

s diagnózou ADHD, přičemž prevalence PAS je vyšší u mladších dětí (ve věku 4–11 let, 19 %) ve srovnání s dětmi staršími (ve věku 12–17 let, 10 %) (24).

Z hlediska problémového chování se u dětí s ADHD nejčastěji vyskytuje porucha opozičního vzoru (*Oppositional defiant disorder*) (1, 5, 8). Objevuje se přibližně u 25 % dětí se subtypem s převahou poruchy pozornosti a až u 50 % dětí s kombinovaným subtypem (1). Ve zvýšené míře se u jedinců s ADHD vyskytuje také hraniční porucha osobnosti s prevalencí 18–34 % u dospělé populace s ADHD (7).

V obdobné míře jako poruchy chování se u jedinců s ADHD vyskytují úzkostné poruchy (25–50 %) (9). Podoba úzkostných poruch se však v závislosti na věku dítěte významně liší (1, 4, 5). U menších dětí se úzkost nejčastěji projevuje formou jednoduchých fobií nebo separační úzkosti, zatímco generalizovaná úzkostná porucha se zpravidla objevuje až ve školním věku. U adolescentů bývají nejčastěji diagnostikovány panická porucha, agorafobie nebo sociální fobie (4). V přibližně 20–30 % případů se u jedinců s ADHD objevují také tiky (10) a v menší míře depresivní poruchy (5, 8).

U jedinců s ADHD byl ve srovnání s intaktní populací zaznamenán také vyšší sklon k užívání návykových látek (5, 21). Mezi nejčastěji užívané látky u dospívajících a dospělých

jedinců s ADHD patří kanabis (51 %), nikotin (41–42 %), alkohol (33–44 %), opiáty (16–19 %) a kokain (10–35 %) (21).

Farmakologická léčba ADHD

Mezi formy farmakologické léčby ADHD nastavované (dětským) psychiatrem (4) patří preparáty ovlivňující dopaminový a noradrelinový systém (4). Terapie je obvykle zahájena podáváním psychostimulancií, přičemž v českém prostředí je první volbou metylfenidát ve dvou formách (3, 4, 14). Prvním doporučeným léčivem je bezprostředně působící Ritalin (dostupný v gramáži 10 mg (28)), jehož účinek trvá přibližně 2,5 až 3 hodiny. Druhou formou je Concerta (dostupné v gramážích 18, 36 a 54 mg (28)), s pozvolným uvolňováním, kde účinek přetrvává až 12 hodin. Obě léčiva mohou být podávána dětem od 6 let, přičemž účinnost metylfenidátu se udává přibližně v 75 % případů (3).

Alternativou ze skupiny psychostimulancií je lisdexamfetamin, který je na českém trhu dostupný pod názvem Livizux a jehož účinek může přetrvávat až 13 hodin. V současné době je určen k léčbě ADHD u dětí ve věku 6 až 12 let a je dostupný v dávkách 20, 30, 40, 50, 60 a 70 mg (26).

Další možností je preskripce nestimulačních látek, konkrétně atomoxetinu (například léčivo Strattera, dostupné v gramážích 10, 18, 25, 40 a 60 mg (27) s účinkem