

ALENA UHROVÁ – PAVEL THEINER

## HYPERKINETICKÁ PORUCHA A SUBTYPY AD/HD

**Klíčová slova:** hyperkinetická porucha, syndrom AD/HD, subtyp

### 1. Úvod

Tento příspěvek přináší jedno ze stále aktuálních a závažných témat dětské klinické i poradenské psychologie a dětské psychiatrie, které má význam i pro psychologii dospělých a vzhledem k tomu, že je dnes zkoumáno interdisciplinárně, i pro biologické obory. Jedná se o problematiku tzv. *neklidných* či *hyperaktivních* či *nepozorných dětí*, dětí s *AD/HD* či s *hyperkinetickou poruchou*. Nechceme zde pojednávat o několika diagnostických skupinách, jak by se mohlo zdát z výčtu těchto názvů, nýbrž pouze o jedné. Výše uvedené termíny mají připomenout některé názvy, pod kterými je tato kategorie označována mezi širší veřejností, a zároveň upozornit, že některé odborné názvy jsou často užívány promiskue.

V našem příspěvku se budeme zabývat problematikou hyperkinetické poruchy u dětí a v této souvislosti budeme pojednávat o srovnatelné diagnostické kategorii AD/HD. O dětech s hyperkinetickou poruchou se často hovoří jako o jedné diagnostické skupině, která se vyznačuje určitými charakteristikami. Většina odborníků, kteří se této problematice věnují, se však shodne na tom, že mezi těmito dětmi jsou značné interindividuální rozdíly. Tato skutečnost vede ke snaze vyčlenit uvnitř diagnostické kategorie podskupiny, tzv. subtypy. V rámci dřívějších koncepcí, které můžeme do jisté míry považovat za historické předchůdce pojetí hyperkinetických poruch, byly již takové pokusy zaznamenány. Subtypy jsou vymezeny i v současném pojetí syndromu AD/HD. Kategorie hyperkinetických poruch rovněž rozlišuje určité podskupiny. Rozvoj dalších poznatků vede ke snaze rozlišit u hyperkinetické poruchy subtypy, které se vyznačují specifickými charakteristikami a mají biologický podklad. Zkoumání biologického podkladu je záležitostí molekulární psychiatrie. Psychologie se pak zaměřuje na zkoumání psychologických a behaviorálních projevů. V této souvislosti považujeme za inspirující ty studie, které se zabývaly výzkumem subtypů AD/HD.

Tento příspěvek by neměl být obhajobou tzv. „škatulkování“ v psychologii, neboť respektujeme přístup k člověku jako k jedinečné a celistvé lidské bytosti. Domníváme se však, že poznatky založené na koncepcích subtypů, mohou napomoci rozpoznání povahy některých psychologických a behaviorálních charakteristik a jejich souvislostí a mají tedy velký význam pro pomoc lidem s touto poruchou.

V následujícím textu nejdříve stručně charakterizujeme a vymezíme hyperkinetické poruchy a srovnáme je se současným pojetím syndromu AD/HD. Uvedeme některé starší a poté současné koncepce subtypů. Podrobněji se budeme věnovat výzkumným studiím, které se zabývaly srovnáváním subtypů AD/HD, a budeme diskutovat o jejich významu pro zkoumání hyperkinetické poruchy.

## 2. Obecná charakteristika a vymezení hyperkinetických poruch

*Hyperkinetické poruchy* (dále jen: HKP) se obecně vyznačují třemi příznaky, které jsou označovány jako jádrové: *nepozorností, hyperaktivitou a impulzivitou*. Projevy těchto příznaků jsou nepřiměřené vzhledem k věku a rozumovým schopnostem dítěte. Jsou obvykle patrné již od raného dětství, k jejich významnému rozvoji dochází se vstupem dítěte do školy a mohou přetrvávat do dospělosti. Projevují se více než ve dvou prostředích a mají dopad na fungování v mnoha oblastech. Děti mají problém přizpůsobit se běžným nárokům ve škole. Školní výkon je snížený, objevují se problémy v chování. Interpersonální vztahy jsou narušeny, a to jak doma, tak ve škole mezi učiteli i vrstevníky. Tyto neúspěchy mají negativní dopad na prožívání a sebehodnocení dítěte. Výskyt HKP v populaci se pohybuje mezi 2 a 12 %, podle konzervativnějších přístupů mezi 3 a 5 % (Malá, 2000).

Jakožto diagnostická kategorie jsou v současné době HKP vymezeny v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen: MKN-10). Jsou zde zařazeny do skupiny Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání. Srovnatelná, ne však zcela ekvivalentní diagnostické kategorie, syndrom AD/HD (Attention-deficit/hyperactivity disorder), je vymezena ve čtvrtém vydání Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, dále jen: DSM-IV). AD/HD je zařazena do skupiny Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders.

Vymezení poruchy/syndromu v obou klasifikacích vychází (v souladu s principy současné diagnostiky) z empiricky pozorovatelných znaků. V souladu s polytetickým principem klasifikace sdílejí jedinci této diagnostické kategorie velké množství projevů, přičemž nemusí sdílet kterýkoliv z jednotlivých projevů. V případě HKP a syndromu AD/HD představují tyto projevy kritéria pro jádrové příznaky (nepozornost, hyperaktivitu a impulzivitu). Přestože se obě klasifikace v těchto kritériích shodují, liší se ve stanovení minimálního počtu kritérií pro přítomnost příznaku i v počtu přítomných příznaků pro stanovení diagnózy. Pro ilustraci uvádíme *kritéria pro jednotlivé příznaky* a údaje o minimálním počtu. Tabulka 1 je přejata v originále od Swansona et al. (1998), který srovnává oba klasifikační systémy. Z tabulky vyplývá, že na základě kritérií obou klasifikací je možno diagnostikovat dvě překrývající se, ale ne zcela ekvivalentní skupiny

valentní skupiny jedinců. Někteří autoři logicky vyvozují, že hyperkinetické poruchy představují podmnožinu syndromu AD/HD. Touto otázkou se budeme zabývat podrobněji v souvislosti se subtypy obou kategorií. *Celkově jsou pojetí poruchy/syndromu v obou klasifikacích v mnohém podobná, ale existují zde i významné odlišnosti.* Jejich vzájemné srovnání by však přesahovalo rozsah tohoto příspěvku. Zaměříme se tedy jen na srovnání, která jsou relevantní pro problematiku subtypů. (American Psychiatric Association, 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.). Washington DC: American Psychiatric Association; Světová zdravotnická organizace, 1992)

Tabulka 1. Srovnání diagnostických kritérií ICD-10 (MKN-10) pro hyperkinetické poruchy a DSM-IV pro AD/HD. (cit. dle Swanson et al., 1998, s. 264)

ICD-10 and DSM-IV symptom domain criteria for ADHD/HKD			
<b>ICD-10</b>	Inattention (6 or more)	Impulsivity (1 or more)	Hyperactivity (3 or more)
<b>DSM-IV</b>	Inattention (6 or more)	Hyperactivity-impulsivity (6 or more)	
	1. Fails to attend to details	1. Blurts out answers	
	2. Has difficulty sustaining attention	2. Difficulty awaiting turn	
	3. Does not seem to listen	3. Interrupts or intrudes	
	4. Fails to finish	4. Talks excessively (in ICD-10)	4. Talks excessively (in DSM-IV)
	5. Has difficulty organizing tasks		5. Fidgets with hands or feet
	6. Avoids sustained effort		6. Leaves seat in classroom
	7. Loses things		7. Runs about or climbs
	8. Is distracted by extraneous stimuli		8. Difficulty playing quietly
	9. Is forgetful		9. Motor excess ('on the go')

### 3. Koncepce subtypů

Výše jsme uvedli stručnou charakteristiku dětí s HKP. HKP však představují heterogenní skupinu jedinců. Tato skutečnost vede ke snaze identifikovat její podskupiny, tzv. subtypy. Subtyp chápeme jako „skupinu osob, která se vyznačuje společnou přítomností několika rysů a odlišuje se od ostatních osob“ (Osecká, 2001, s. 152). Nejdříve uvedeme pro ilustraci některé starší koncepce subtypů. Po té se budeme podrobněji zabývat koncepcemi současnými.

#### 3.1. Starší koncepce subtypů

Za starší koncepce subtypů považujeme ty, které vznikly v rámci pojetí, jež můžeme považovat za historické předchůdce současného pojetí HKP.

Můžeme sem tedy zařadit pojetí *MBD (minimal brain dysfunction)* nebo také *LMD (lehká mozková dysfunkce)*, u něž byl rozlišován hyperaktivní a hypoaktivní typ. Kritériem rozlišení byla tedy kvalita poruchy aktivity. (Třesohlavá a kol., 1982).

o malém mozkovém postižení (MBD) pojednává také neurolog Lesný (1972) a považuje jej za *kvantitativně mírnější stupeň dětské mozkové obrny (DMO)*. Na základě nejčastější symptomatologie rozlišil 3 typy MBD a popsal jejich psychologické charakteristiky: 1) „neklidné děti“, tzv. Prechtlův typ, který se vyznačuje převahou motorického neklidu, jenž má původ v nepotlačitelných pohybech a je odlišitelný od psychomotorického neklidu a tiků. Tyto děti jsou neklidné, emočně dráždivé a pro své rušivé chování mají problémy ve škole. 2) Neobratné děti, s převahou poruch motorické koordinace, při zachovaných milnicích motorického vývoje. Jsou označovány také jako Waltonův typ (Drtílková, 1997). Tyto děti mají potíže při kolektivních hrách a v tělesné výchově. 3) Smíšený typ s poruchami v oblasti senzoryky, převážně v podobě akustické agnózie, a především s poruchami vývoje řeči jako jsou dyslalie či patlavost. Může se vyskytovat i v kombinaci s jinými typy. Prechtlův typ odpovídá podle Lesného (1972) Kucherovu konceptu lehké dětské encefalopatie (LDE).

Na základě symptomatologie rozlišuje švédská koncepce tři *subtypy percepčně motorické poruchy* popsané Gillbergem (1982, cit. dle Drtílková 1997). Ten rozdělil děti s poruchou do tří skupin: 1) „Motor perception dysfunction“, s percepčně motorickou dysfunkcí, 2) „Attention deficit disorder“, s poruchou pozornosti a bez percepčně motorických poruch, 3) „Minimal brain dysfunction“, děti u kterých se vykytuje kombinace obou poruch. (Drtílková, 1997).

Klasifikace DSM-III z roku 1980 zdůrazňovala selhání regulace pozornosti jako základní deficit syndromu a rozlišovala dva subtypy: *Attention-deficit disorder with hyperactivity (ADD/H, porucha pozornosti s hyperaktivitou)* a *Attention-deficit disorder without hyperactivity (ADD/WO, porucha pozornosti bez hyperaktivity)*. Goodyear a Hynd (1992) analyzovali řady studií, které se zabývaly rozdíly těchto dvou subtypů a na základě toho popsal jejich rozdílné behaviorální a neuropsychologické charakteristiky. Typ ADD s hyperaktivitou se vyznačuje nadměrnou pohybovou aktivitou, problémy s udržením pozornosti a impulzivitou. V kolektivu je méně populární, má problémy ve škole, objevuje se sebedestruktivní chování, případně porucha chování jako komorbidní diagnóza. Typ ADD bez hyperaktivity je charakteristický sklonem k pomalému osobnímu tempu, potížemi se selektivní pozorností, dezorganizací, vysokým výskytem poruch učení a s tím spojenou školní neúspěšností. Je náchylný k výkonové úzkosti, často stojí na okraji kolektivu. Takové rozlišení subtypů AD/HD uvádí také Kulišák (2003). To však vychází z Barkleyho koncepce, kde rozlišujícím kritériem je rozdíl v primárním deficitu. Subtypy jsou nazvány ADD s hyperaktivitou a ADD s nepozorností. Za zmínku jistě stojí i skutečnost, že DSM-III-R udělala krok zpět od koncipování subtypů a navrácí se k nim až v dalším vydání klasifikace, v DSM-IV.

### 3. 2. Současné koncepce subtypů

V současné době jsou subtypy vymezeny v obou klasifikačních systémech, v MKN-10 i v DSM-IV. DSM-IV seskupuje jádrové příznaky do dvou hlavních dimenzí: a) nepozornost a b) hyperaktivita-impulzivita. Na základě toho rozlišuje tři subtypy AD/HD: 1) *Typ kombinovaný* (AD/HD-Combined type, dále jen: AD/HD-C), u něž jsou přítomny příznaky obou dimenzí, 2) *Typ s převahou nepozornosti* (AD/HD-Predominantly inattentive type, dále jen: AD/HD-I), u něž je přítomna nepozornost, 3) *Typ s převahou hyperaktivity-impulzivity* (AD/HD-Predominantly Hyperactive-Impulsive type, dále jen AD/HD-HI), který se vyznačuje přítomností příznaků hyperaktivity a impulzivity. (DSM-IV, 1994, 4<sup>th</sup>ed). *Diagnostická kategorie HKP je v rámci MKN-10 rozčleněna na několik podkategorií: 1) porucha aktivity a pozornosti, 2) hyperkinetická porucha chování, 3) jiné hyperkinetické poruchy, 4) hyperkinetická porucha nespecifikovaná. Základním rozlišujícím kritériem je přítomnost či nepřítomnost poruchy chování, přičemž musí být splněna kritéria pro HKP. Musí se tedy projevat všechny tři jádrové příznaky (Světová zdravotnická organizace, 1992).*

### 3. 3. Srovnání subtypů HKP a AD/HD

Na tomto místě považujeme za vhodné provést srovnání obou diagnostických kategorií a jejich subtypů. Z uvedeného vyplývá, že kritéria pro diagnostikování HKP jsou mnohem přísnější a že tato podskupina zahrnuje užší skupinu jedinců. Lze ji považovat za srovnatelnou se subtypem AD/HD-C. MKN-10 však navíc rozlišuje typ s poruchami chování, pro který není ekvivalent v DSM-IV. V jazyce DSM-IV by šlo zřejmě o AD/HD-C s poruchami chování jako komorbidní diagnózou. *Lze tedy říci, že HKP nejsou pouze podmnožinou AD/HD, ale že se jedná o vzájemně překrývající se ne však shodné diagnostické kategorie.* Přítomnost příznaku je určena určitým minimálním počtem jeho projevů, jedná se tedy o dimenzionální poruchu/syndrom, jak upozorňuje např. Barkley (2003). Příznak tedy může být vyjádřen v různé míře. Pokud srovnáme kritéria pro HKP a pro AD/HD, je patrné, že AD/HD-C zahrnuje o něco užší skupinu než HKP, neboť v dimenzi pro přítomnost příznaku H-I požaduje o jeden projev více. Navíc u něj nemusí být vyjádřena impulzivita, neboť počet uvedených kritérií pro hyperaktivitu pokrývá počet požadovaných kritérií pro přítomnost příznaku v dimenzi H-I. V této souvislosti se snažíme poukázat také na to, že u subtypů AD/HD-I a AD/HD-HI není vyloučena přítomnost projevů druhého příznaku. Příznak se tedy může projevovat v jisté subklinické formě.

### 4. Výzkumná srovnávání subtypů AD/HD

Z výše uvedeného srovnání vyplývá, že HKP i AD/HD mají mnoho společného. Vyčleňováním a srovnáním subtypů AD/HD se zabývala řada výzkumných studií. Jejich výsledky přinášejí cenné poznatky o vzájemných rozdílech mezi subtypy, o samotné povaze poruchy/syndromu a jsou cennými vodítky i pro dia-

gnostiku interindividuálních rozdílů u těchto dětí. V následujícím textu uvedeme některá výzkumná zjištění, která považujeme za relevantní.

#### 4.1. Srovnání psychologických charakteristik subtypů AD/HD

Některá výzkumná zjištění naznačují, že *samotné jádrové příznaky u jednotlivých subtypů jsou kvalitativně odlišné*. Schmitz et al. (2002) při zkoumání exekutivních funkcí zjistili rozdíly v kognitivním výkonu u jednotlivých subtypů. Výkon subtypů AD/HD-C a AD/HD-I svědčil pro deficit kognitivních funkcí, zatímco u subtypu AD/HD-HI se významný deficit neprojevil. Ze srovnání výkonu AD/HD-C a AD/HD-I vyplynulo, že deficit kognitivních funkcí je kvalitativně odlišný. Autoři se domnívají, že u AD/HD-C má spíše difúzní povahu a jeho podstatou je rozsáhlejší deficit exekutivních funkcí, zatímco u AD/HD-I je mnohem specifitější a je spojen s deficitem selektivní pozornosti. Schmitz et al. (2002) to považují za potvrzení Barkleyho modelu, podle kterého se subtypy AD/HD-C a AD/HD-I liší právě v této charakteristice, a považuje ji za primární deficit u AD/HD. Barkley (2003) však předpokládá, že skupina jedinců s deficitem selektivní pozornosti představuje podskupinu samotného subtypu AD/HD-I. Podle něj tedy samotný subtyp AD/HD-I představuje heterogenní skupinu jedinců, jejíž podskupina se vyznačuje kvalitativně odlišnou formou poruchy pozornosti a kognitivních procesů.

Z některých studií lze také vyvodit, že *subtypy AD/HD se liší v míře projevu jádrových příznaků*, které jsou u subtypu přítomny. Gadow et al. (2004) zjistili, že AD/HD-C projevoval nejvyšší míru hyperaktivity ve srovnání s AD/HD-I a AD/HD-HI. Míra nepozornosti byla u AD/HD-C rovněž vyšší než u zbývajících dvou nebo srovnatelná s AD/HD-I (podle různých způsobů hodnocení). K podobným zjištěním došli také Marks et al. (1999), kteří srovnávali empiricky odvozené subtypy. Subtyp, u nějž se vyskytovala nepozornost společně s hyperaktivitou, projevoval vyšší míru poruch pozornosti i hyperaktivity než subtypy, které byly označeny pouze jako subtyp s nepozorností nebo subtyp s hyperaktivitou. To koresponduje i se zjištěním, ke kterému došli ve stejné studii Gadow et al. (2004), že AD/HD-C vykazoval nejvyšší deficit ve všech oblastech fungování (akademické i vztahové).

Výzkumná zjištění dokládají, že *subtypy se liší také v dalších charakteristikách*. Gadow et al. (2004) ve své diagnosticky zaměřené studii provedli srovnání subtypů z hlediska jejich kognitivních a behaviorálních funkcí, akademického výkonu a fungování v rodinném prostředí. Ve shodě s předchozími výzkumy zjistili, že subtypy AD/HD-C a AD/HD-I vykazují nižší akademický výkon oproti AD/HD-HI. AD/HD-HI a AD/HD-C se zase více projevují poruchami chování oproti AD/HD-I. Podobně Marks et al. (1999) zjistili nižší akademický výkon u subtypu, u nějž se vyskytovala nepozornost společně s hyperaktivitou. Naproti tomu subtyp, u nějž se vyskytovala nepozornost společně s impulzivitou, vykazoval vyšší tendence k výskytu agresivních projevů a delikventního chování. Z těchto zjištění lze usuzovat na *souvislost některých charakteristik a jádrových příznaků*. Touto problematikou se podrobněji zabývali Muris a Meesters (2003), kteří zjistili, že ve spojitosti s impulzivitou se častěji vyskytuje

delikventní chování a agresivní projevy, kdežto hyperaktivita a nepozornost je daleko častěji spojena s poruchami pozornosti. Vzhledem k našemu předpokladu, že právě poruchy pozornosti významně snižují akademický výkon, můžeme říci, že zjištění o souvislosti projevů poruchy pozornosti a jádrových příznaků potvrzuje výše popsání zjištění o rozdílech mezi subtypy v oblasti školního výkonu.

V souvislosti se školním výkonem považujeme za vhodné pojednat také o *motivačním stylu* jako o jednom z podstatných faktorů, který se podílí na zhoršeném školním výkonu u dětí s AD/HD. Carlson et al. (2002) výzkumně potvrdili stávající poznatky, že tyto děti mají tendenci upřednostňovat jednodušší úkoly, mají menší potěšení z učení, jsou méně vytrvalé a více se spoléhají na vnější hodnocení svého výkonu. Navíc zjistili významné rozdíly mezi dvěma subtypy AD/HD zahrnutými do studie (AD/HD-C a AD/HD-I). AD/HD-C se jeví jako více soutěživí, méně kooperativní a jsou motivováni touhou být druhými vnímáni jako nejlepší. AD/HD-I jsou méně soutěživí než AD/HD-C i než kontrolní skupina, jsou kooperativnější než AD/HD-C a jsou motivováni spíše snahou potěšit druhé. Carlson et al. (2002) poukazují na to, že tyto rozdíly v motivačním stylu zrcadlí také skutečnost, že AD/HD-C mají více problémů s impulzivitou a externalizací, kdežto AD/HD-I jsou spíše letargičtí a mají pomalé kognitivní tempo. Autoři konstatují, že tato zjištění mají velký význam pro intervenci. U AD/HD-C je vhodné uplatňovat učení formou hry a veřejného uznání jejich výkonu. U AD/HD-I je lépe podpořit jejich kooperativní styl a užít vnějšího posílení.

Mezi zkoumané charakteristiky patří také *tendence k úzkostnému prožívání a depresivnímu ladění*. Muris a Meesters (2003) zjistili souvislost mezi touto tendencí a nepozorností. Upozorňují však na to, že nepozornost může být v tomto případě projevem úzkostnosti. V každém případě je souvislost těchto dvou charakteristik patrná i u výše zmíněného subtypu ADD bez hyperaktivity (popsaného v DSM-III). Gadow et al. (2004) zjistili nejvyšší míru úzkostnosti a tendence k depresivnímu ladění u AD/HD-C. Tato charakteristika je tedy silněji vyjádřena při souběžném výskytu příznaků obou dimenzí. Můžeme konstatovat, že subtyp s vyšší mírou deficitu (AD/HD-C) vykazuje vyšší míru úzkostných a depresivních projevů.

## 4. 2. Diagnostické možnosti vyčlenění subtypů

Výzkumná zjištění výše uvedených studií mají velký význam pro diagnostiku interindividuálních rozdílů u HKP a pro vyčlenění jejích subtypů. Jedinci se syndromem AD/HD jsou přiřazováni k příslušnému subtypu na základě přítomnosti jádrových příznaků. K diagnostikování těchto příznaků mohou být použity různé metody.

Nejčastěji se užívá *ratingových škál*, na kterých hodnotí učitel nebo rodič jádrové příznaky dítěte. Gadow et al. (2004) ve své studii zjistili, že rodičovské, učitelské nebo sloučeně rodičovské a učitelské ratingy vyčleňují sice validní subtypy, jsou zde však patrné rozdíly mezi velikostí vyčleněných subtypů i mezi některými charakteristikami, ve kterých se subtypy liší. Tyto rozdíly jsou patrně závislé na zvoleném hodnotícím systému (na hodnotiteli). Gadow et al. (2004) při další ana-

lyze došli k závěru, že vyšší validitu vykazují subtypy na základě učitelských ratingů. Jinou metodou vyčlenění subtypů je použití výkonových testů.

Marks et al. (1999) se snažili empiricky ověřit existenci subtypů vymezených v DSM-IV s použitím výkonových testů. Pro vyčlenění subtypů použili shlukovou analýzu, která generovala 4 podskupiny. U třech z nich se vyskytovala porucha pozornosti. U jednoho subtypu v kombinaci s hyperaktivitou, u druhého v kombinaci s impulzivitou, u třetího samostatně. Čtvrtý typ se projevoval pouze hyperaktivitou. Z těchto výsledků vyplývá, že by bylo možno s použitím výkonových testů vyčlenit v rámci DSM-IV více validních subtypů. Můžeme se domnívat, že dimenze hyperaktivita-impulzivita by mohla být rozčleněna na dvě odlišné. Tento výzkum se snaží vyzdvihnout *výhody výkonových testů administrovaných počítačem* a představuje *shlukovou analýzu* jako vhodnou statistickou metodu pro vyčlenění validních subtypů.

### 4.3. Význam pro hyperkinetickou poruchu

Jak jsme uvedli výše, je *kategorie HKP srovnatelná se subtypem AD/HD-C* a můžeme tedy u HKP usuzovat na podobné charakteristiky jako u tohoto subtypu. Pokud se HKP překrývají s AD/HD můžeme předpokládat, že vyčleňuje skupinu jedinců s vyšší mírou projevu jádrových příznaků, která se vyznačuje závažnějším postižením v akademické a vztahové oblasti ve srovnání se zbývajících částí skupiny AD/HD. V souladu s zjištěními Schmitze et al. (2002) můžeme předpokládat rozsáhlejší deficit exekutivních funkcí. S ohledem na specifické projevy motivačního stylu by se jednalo spíše o soutěživé, méně kooperativní jedince. Dále bychom mohli předpokládat zvýšenou tendenci k úzkostnému prožívání. S ohledem na nutnost přítomnosti všech jádrových příznaků (tedy i impulzivity) i tendenci k agresivním projevům.

Pokud hovoříme o interindividuálních rozdílech u HKP mají pro nás velký význam *metodologické a diagnostické poznatky o vyčleňování subtypů*. V případě HKP by měly být přítomny všechny tři jádrové příznaky. Interindividuální rozdíly tedy můžeme předpokládat v míře jejich vyjádření či v odlišné podstatě těchto příznaků. Měli bychom tedy zvolit dostatečně citlivý diagnostický nástroj, který nám umožní tyto rozdíly interpretovat. Výzkumy Gadova et al. (2004) a jiných dokládají, že můžeme vyčlenit validní subtypy s použitím ratingových škál. Přesnějším nástrojem pro vyčlenění subtypů jsou výkonové testy administrované počítačem, jak dokazují Marks et al. (1999). Testy pro hodnocení jádrových příznaků HKP jsou často součástí neuropsychologických testových baterií. U nás jich nemáme příliš mnoho k dispozici. Jmenujme alespoň baterii NES (Neurobehavioral Evaluation System), která byla zavedena do České republiky v 90. letech 20. století (Krejčířová, Vágnerová, in Svoboda (ed.), 2001).

## 5. Závěr

Hyperkinetické poruchy (dále jen: HKP) patří dnes k nejčasněji diagnostikovaným poruchám v dětské psychiatrii. Jakožto diagnostická kategorie jsou v sou-



v současné době HKP vymezeny v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen: MKN-10). Ve čtvrtém vydání Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (dále jen: DSM-IV) je vymezena srovnatelná ne však zcela ekvivalentní diagnostická kategorie syndrom Attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD). Ze vzájemného srovnání obou kategorií vyplývá, že se shodují v mnoha ohledech. HKP jsou však vymezeny na základě přísnějších kritérií než AD/HD a představují tedy užší kategorii se závažnější symptomatikou. Přesto mohou být poznatky o AD/HD inspirativní pro zkoumání HKP. Je tomu tak např. v případě zkoumání interindividuálních rozdílů u dětí s HKP. DSM-IV zčásti řeší problém těchto rozdílů definováním subtypů AD/HD. Výzkumy zabývající se vyčleňováním subtypů AD/HD a jejich vzájemným srovnáváním poskytují nosná metodologická východiska pro zkoumání této problematiky u dětí s HKP. Tyto poznatky mají velký význam pro současné zkoumání, která se snaží popsat subtypy HKP, jejichž psychologické a behaviorální charakteristiky mají genetický podklad.

## Literatura

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Barkley, R.A. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children [Electronic version]. *Brain & development*, 25, 77–83. Retrieved February 13, 2004, Elsevier database.
- Carlson, C.L., Booth, J.E., & Canu, W.H. (2002). Parent-, Teacher-, and Self-Rated Motivational Styles in ADHD Subtypes. [Electronic version]. *Journal of Learning Disabilities*, 2, 104–113. January 18, 2005, Academic Search Premier.
- Drtůlková, I. (1997). Hyperkinetická porucha u dětí: Etiopatogenéza a současné terapeutické možnosti. *Č. S. Psychiat.*, 5, 280–284
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Gadow, K. D., Drabick, D.A.G., Loney, J., Sprafkin, J., Salisbury, H., & Azizian, A. et al. (2004). Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1135–1149.
- Goodyear, P., & Hynd, G. W. (1992). Attention-Deficit Disorder With (ADD/H) and Without (ADD/WO) Hyperactivity: Behavioral and Neuropsychological Differentiation [Electronic version]. *Journal of Clinical Child Psychology*, 3, 273–305.
- Kulišťák, P. (2003). *Neuropsychologie*. Praha: Portál.
- Lesný, I. a kol. (1972). *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha: Avicenum.
- Marks, D.J., Himelstein, J., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (1999). Identification of AD/HD Subtypes Using Laboratory-Based Measures: A Cluster Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 167–175.
- Muris, P., & Meesters, C. (2003). The Validity of Attention Deficit Hyperactivity and Hyperkinetic Disorder Symptom Domains in Nonclinical Dutch Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. [Electronic version], 3, 460–466. Retrieved January 18.
- Osecká, L. (2001). *Typologie v psychologii. Aplikace metod shlukové analýzy v psychologickém výzkumu*. Praha: Academia.
- Světová zdravotnická organizace. Ženeva. (1992). *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Schmitz, M., Cadore, L., Paczko, M., Kipper, L., Chaves, L., & Rhode, L. et al. (2002). *Neuropsychological Performance in DSM-IV ADHD Subtypes: An Exploratory Study With Untreated*

- Adolescents. [Electronic version]. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 863–869. Retrieved January 18, 2005, Academic Search Premier.
- Svoboda, M., (Ed.). (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- Swanson, J., Castellanos, F. X., Murias, M., La Hoste, G., & Kennedy, J. (1998). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder [Electronic version]. *Current Opinion in Neurobiology*, 8, 263–271. Retrieved April 1, 2004, Elsevier database.
- Třesohlavá, Z. a kol. (1982). *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum.

## HYPERKINETIC DISORDER AND AD/HD SUBTYPES

**Key words:** Hyperkinetic disorder, syndrom AD/HD, subtype

Hyperkinetic disorder (HKD) is currently one of the most frequently diagnosed disorders in child psychiatry. HKD is defined in the tenth revision of International Classification of Diseases (ICD-10). Attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD), which is comparable to HKP, is defined in the fourth edition of Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). The comparison both the diagnostic categories indicates many congruences between them. However the HKD criteria are more rigorous and thus HKD is more restricted category which displays higher symptom severity. Nevertheless the knowledges of AD/HD can inspire the HKD researches, e.g. the research focusing on intersubjective differences in the hyperkinetic children. DSM-IV defines the AD/HD subtypes and thus partly solves the intersubjective differences issue. The investigations focusing on identifying of the AD/HD subtypes and their comparison provide the supporting base for the same research in HKD. This knowledge imports current interdisciplinary research which tries to describe HKD subtypes with genetically determined psychological and behavioral characteristics.