

## Klinické příznaky v závislosti na věku

**V kojeneckém období** se u dítěte projevuje porucha základních biorytmů. Kojenec špatně spí, má přehozený a narušený spánek, nepravidelnou a častou potřebu jídla s ublinkáváním. Dítě je nápadně dráždivé, často pláče. Psychomotorický vývoj bývá nerovnoměrný (např. dítě vynechá lezení, dříve se postaví než posadí).

**V batolecím a předškolním věku** se začíná projevovat nadměrná pohybová aktivita, děti jsou neklidné, střídají činnosti, hůře se soustředí, nevydrží sedět na místě. Patrná je afektivní labilita se záchvaty vzteku, nepřizpůsobivost, často se objevuje tendence k destruktivním hrám. Dlouho přetrvává období vzdoru. Děti mají problémy se sebeobsluhou, jsou méně obratné. Objevují se potíže s usínáním, častěji trvá noční pomočování.

**Ve školním věku** obraz ADHD krystalizuje do své charakteristické formy. Se stoupajícími nároky na udržení pozornosti, soustředění a pohybový klid se potíže stávají zřejmými, narušují vzdělávací proces a ztěžují přijetí dítěte vrstevníky, učiteli a často také rodiči. Dítě nevydrží sedět v lavici a být potichu, vyrušuje, není schopno dokončit úkol, naplánovat si činnosti, těká mezi různými předměty zájmu. Děti neposlouchají instrukce, zapomínají pomůcky, obtížně se zapojují do hry, která vyžaduje dodržování pravidel. Společenské projevy jsou nepřiměřené věku, familiární, nevhodné situaci. Děti jsou negativistické, nerespektují autority, mají problémy v navazování vztahů. Dosahují horších školních výsledků, než by odpovídalo jejich intelektu (mimointelektové selhání). Školní výkony zhoršují přidružené poruchy učení, porucha jemné motoriky, která ovlivňuje psaní, a porucha vizuomotorické koordinace (vážné rozlišení pravé a levé strany, rozlišení mezi celkem a částí, rozlišení velikosti a vzdálenosti). Asi u poloviny dětí dochází ke spontánnímu ústupu hyperaktivity před dosažením puberty, obvykle kolem 12. roku [37].

**V dospívání a dospělosti** ADHD přetrvává u 40–60 % pacientů, ale příznaky se mění. Hyperaktivita ustupuje do pozadí (anebo se projevuje jako pocit vnitřního neklidu), přetrvává nepozornost a impulzivita.

Impulzivní, zkratkové jednání vede ke zvýšené nehodovosti a častějším úrazům [38]. Emoční nevyzrálost provází časté pocity nudy a rozlady [39]. Vzhledem ke snížené schopnosti sebeovládání a impulzivitě v dospívání existuje zvýšené riziko abúzu návykových látek nebo rozvoje poruch chování s vyhledáváním různých rizikových („adrenalinových“) aktivit a delikventním jednáním [36,40]. Často se vyskytuje deprese, úzkostná porucha nebo obsedantně-kompulzivní porucha [36,39]. Klinický obraz se pro ústup hyperaktivity

stává méně nápadným a pacienti s ADHD jsou nezdědka zařazeni pod základní diagnózu komorbidní poruchy nálady nebo poruchy osobnosti (specifická porucha osobnosti emočně nestabilní F 60.3 nebo disociální F 60.2) [39]. Za rizikové faktory

pro rozvoj perzistentní formy ADHD je považován výskyt agresivity a poruch chování v časném věku, nízký intelekt, vzdorovitost vůči dospělým a chudé vztahy s vrstevníky. Při přetrvávání příznaků byl popsán také vyšší familiární výskyt ADHD [42].

## Dlouhodobé důsledky ADHD

ADHD je významný zdravotní problém, protože příznaky se projevují v řadě oblastí a snižují kvalitu života. V důsledku neléčené ADHD není dosahováno i při dobrém intelektu adekvátních školních výsledků, stupně vzdělání a následně pracovního uplatnění. Lidé s ADHD jsou často vyloučeni ze školy (32–40 %), zřídka dokončí vysokou školu (5–10 %) a zastávají nižší postavení v práci (70–80 %). ADHD je spojena s poruchou sociální adaptace (až v 50 %), užíváním návykových látek (ve 20–30 %) a delikventním chováním (v 60–75 %) [32]. Dochází častěji k úrazům a dopravním nehodám [38]. ADHD je také rizikovým faktorem pro rozvoj poruchy nálady a poruchy osobnosti v dospělém věku [32].

## Komorbidní poruchy a onemocnění

U pacientů s ADHD se často vyskytují další onemocnění, především jiné psychiatrické poruchy, vývojové poruchy učení a motoriky, tiky. Údaje o prevalenci komorbidit se liší (tab. 3). Jako nejčastější (více než u 50 % pacientů) je většinou uváděna porucha opozičního vzoru a porucha chování. Velmi častá (u 50 %) je úzkostná porucha a vývojové poruchy učení a motoriky. Menší část pacientů (asi 20 %) má depresivní poruchu a tiky (10–15 %) [43–45]. Popisován je také častější výskyt bipolární poruchy u dětí s ADHD, zejména v adolescenci [46], a obsedantně-kompulzivní poruchy. U dospělých stoupá výskyt deprese (50 %) a poruchy osobnosti (25 %), výskyt úzkostné poruchy zůstává podobný (50 %). Abúzus návykových látek je uváděn u 20–40 % pacientů [35,47]. Přítomnost komorbidních onemocnění zhoršuje prognózu pacienta a představuje zvýšené riziko přetrvávání ADHD do dospělosti [48]. Komorbidní onemocnění někdy v klinickém obraze dominuje a může vést k přehlédnutí ADHD jako základního onemocnění.