

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ADHD v proměnách času

Attention deficit hyperactivity disorder in the flow of time

Hana Trachtová

Vedoucí práce: PhDr. Monika Mužáková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: B SPPG

2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma ADHD v proměnách času vypracovala pod vedením PhDr. Moniky Mužákové, Ph.D. samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 29. 6. 2016

.....

podpis

Děkuji PhDr. Monice Mužákové, Ph.D. za trpělivost a cenné rady, které mi poskytla. Bez její pomoci by tato práce nikdy nemohla vzniknout. Děkuji také své sestře Mgr. Markétě Trachtové za pomoc s anglickými překlady.

ANOTACE

Cílem předkládané práce je poskytnout vhled do historie problematiky poruchy pozornosti a hyperaktivity, a to jak v globálních souvislostech, tedy v zahraničí, tak zejména v našem domácím prostředí. Za pomoci domácí i zahraniční literatury hledá práce odpovědi na otázky, kde a kdy se tato diagnóza objevila poprvé a jak vlastně zněla? Jak se dále proměňoval termín samotný a jak jeho obsah? Jak se měnil přístup okolí k „dětem z hadích ocásků“? V našem prostředí je pak největší důraz kladen na pojmy lehká dětská encefalopatie, lehká mozková dysfunkce a ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, česky deficit pozornosti s hyperaktivitou). Kde a kdy se objevily poprvé, jak se lišil nebo podobal jejich obsah a na nich založený přístup k dětem, jež byly a jsou jejich nositeli.

KLÍČOVÁ SLOVA

lehká dětská encefalopatie, lehká mozková dysfunkce, ADHD, hyperaktivita, porucha pozornosti

ANNOTATION

The goal of this work is to provide an insight into the history of ADHD in global consequences, internationally and with special attention to Czech countries. With a contribution of broad number of literature the work is looking for answers on questions: Where and when had the diagnosis of ADHD appeared for the first time and what was its precise meaning? How the term itself and its content changed in time? How the attitude towards the hyperactive children was changing? In our environment the greatest emphasis is laid on terms Light Children Encephalopathy, Light Brain Dysfunction and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Where and when they first appeared, what was a difference in their meaning and mainly in approach towards children that were its carriers.

KEYWORDS

light children encephalopathy, light brain dysfunction, ADHD, hyperactivity, attention disorder

Obsah

Úvod.....	7
1 Co je to hyperaktivita a hyperaktivní syndrom?.....	9
2 Kdy a jak ADHD vzniká?	13
3 Historie zkoumání – Západní Evropa a USA.....	15
3.1 První průkopníci – Melchior Adam Weikard a Alexandr Crichton	15
3.2 Historie a současnost.....	19
4 Historie zkoumání - u nás	24
5 Termíny a definice.....	32
5.1 Lehká dětská encefalopatie	37
5.2 Lehká mozková dysfunkce	41
5.2.1 Psychopatologická problematika syndromu LMD	44
5.3 ADHD	47
5.4 Shrnutí LDE, LMD a ADHD.....	48
5. 5 Hypoaktivita	50
Závěr	52
Zdroje a literatura:.....	54
Odborné publikace.....	54
Články v odborných časopisech a sbornících.....	55
Literatura, která sloužila pouze jako zdroj pro citace popisů ADHD dětí.....	57

Úvod

„Děti jako z hadích ocásků“, „neposedové“, „děti z divokých vajec“ těmito a dalšími podobnými výrazy jsou a v minulosti také často byly označovány děti neposedné, nepozorné a nadměru živé. V souladu s 10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10¹) z roku 1993 dnes hovoříme o poruše pozornosti a hyperaktivitě nebo o hyperkinetické poruše chování. Vycházíme-li z americké klasifikace, tj. z 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí Americké psychiatrické asociace (dále jen DSM-V) z roku 2013, pak můžeme mluvit o ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), případně o ADD² (Attention Deficit Disorder). Označení ADHD jsem také zvolila pro název své práce, protože se s ním, v souvislosti s dětmi, které jsou níže popsánymi potížemi postiženy, ve své pedagogické praxi setkávám nejčastěji. Ostatní současné termíny však budou zmíněny také, neboť ne vždy je jejich obsah zcela totožný.

Cílem mé práce je poskytnout vhled do historie problematiky ADHD, a to jak v globálních souvislostech, tedy v zahraničí, tak zejména v našem domácím prostředí. Kde a kdy se tato diagnóza objevila poprvé a jak vlastně zněla? Jak se dále proměňoval termín samotný a jak jeho obsah? Jak se měnil přístup okolí k „dětem z hadích ocásků“? To jsou hlavní otázky, na něž jsem se zaměřila.

První dvě kapitoly práce budu věnovat stručnému výkladu toho, co to vlastně ADHD je, jak se projevuje a jak podle současných poznatků vzniká. Jsem si vědoma skutečnosti, že ADHD není diagnóza výhradně dětského věku, ačkoli tak byla dlouho chápána. Pozornost mnoha odborníků se v současnosti stále více obrací k problematice ADHD v dospělém věku, protože ve 40 – 50% případů porucha přetrvává do dospělosti a její výskyt v dospělé populaci se pohybuje mezi 4 až 5%.³ Ve své práci se však zaměřuji zejména na ADHD u dětí a to ze dvou hlavních důvodů. Předně s těmito dětmi jako učitelka se zkušenostmi z předškolního i školního vzdělávání prvního i druhého stupně často pracuji, a jsou to tudíž právě děti, kdo jsou předmětem mého dlouhodobého zájmu. Druhým důvodem je již zmiňovaná skutečnost, že příznaky ADHD u dospělých lidí byly v minulosti odborníky často přehlíženy,

¹ Lze se setkat také se zkratkou ICD-10, jež vychází z anglického názvu International Classification of Diseases and Related Health Problems.

² Porucha pozornosti bez hyperaktivity.

³ CACHOVÁ, P., PEJČOCHOVÁ, J., OŠLEJŠKOVÁ, H. Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie pro praxi*. 2010, 11(6), 373-377.

neboť panovalo přesvědčení, že neposedné děti ze svých problémů vyrostou. Převážná část odborné literatury minulosti, kterou jsem při psaní této práce použila, se tak dlouhou dobu zaměřovala pouze na děti a dospělé přitom opomíjela.

Třetí kapitola práce je již věnována samotné historii ADHD. Nejprve jsem se zaměřila na vývoj v zahraničí, protože právě tam najdeme dnes nejstarší písemné záznamy o tom, jak lidé o hyperaktivitě uvažovali, kde viděli její příčinu, jak vnímali její projevy a rovněž první pokusy, jak takovým dětem pomoci. Čtvrtá kapitola se pak věnuje popisu vývoje zkoumání ADHD u nás.

V kapitole Termíny a definice jsem se snažila souhrnně zaznamenat další vývoj v oblasti terminologie v zahraničí a v závislosti na něm pak také u nás. Třem hlavním termínům v našem prostředí jsou věnovány další samostatné kapitoly, včetně kapitoly zaměřené na shrnutí a porovnání těchto termínů. Samostatná podkapitola je pak zaměřená také na hypoaktivitu, kterou nelze zcela opomenout, protože tak jako zde vždy byly děti rychlé a divoké, tak zde také nepochybně byly rovněž děti pomalé. Hyperaktivní i hypoaktivní děti navíc byly v určitých obdobích zahrnovány pod společnou diagnózu.

1 Co je to hyperaktivita a hyperaktivní syndrom?

Hyperaktivní dítě ve škole nevydrží v klidu sedět v lavici, neustále vyskakuje, mění polohu těla, válí se po lavici, hraje si s tužkami, klepe perem nebo prsty o lavici, neustále se otáčí, šoupe nohama apod. Často vykřikuje, aktuální impulzy nedokáže ovládnout, má potíže v sociálním kontaktu se spolužáky. Napomenutí nebo tresty situaci vyřeší jen krátkodobě, dlouhodobě však nefungují, situaci spíše zhoršují. Domácí příprava je pro rodiče rovněž náročná a komplikovaná, neboť obtíže dítěte přetrvávají i v domácím prostředí a dítě ani zde nedokáže chvíli v klidu sedět a soustředit se. Šebek se na počátku devadesátých let 20. století domníval, že dítě s hyperaktivitou má, mimo jiné, potíže se zvnitřněním role školáka, protože se s ní neztotožní a jeho motivace k učení je silně oslabená. Tuto chybějící motivaci u dítěte pak rodiče často nahrazují tlakem.⁴

Hyperaktivním syndromem rozumíme určitý soubor příznaků, které se často objevují spolu. Pohybový neklid, dnes nejčastěji označovaný právě jako hyperaktivita, je pouze jedním z oněch příznaků. Dalšími jsou krátké trvání pozornosti, vznětlivost a impulsivnost.

Děti s ADHD mají velké potíže s udržení pozornosti. I během hry, kdy si mohou samy zvolit hračku, často činnosti i hračky střídají, hru nedokončí a opustí. Ve škole pak mají potíže setrvat u daného úkolu, vyslechnout si zadání až do konce, dodržet postup nutný pro řešení a úlohu dokončit. Potíže jim tedy činí nejen samotná pozornost, ale také její soustavnější zaměření na konkrétní věc. Zvláště tam, kde je daná činnost nebaví nebo jim nepřinese bezprostřední pozitivní odezvu, je jejich vytrvalost v pozornosti výrazně menší než u dětí bez ADHD. Jejich pozornost je také snadno odklonitelná, takže stačí i malý, leč pro ně zajímavější podnět, a již se soustředí na něco zcela jiného, často bohužel také zcela nepodstatného. Paclt, Ptáček a Florián pak ve své práci *Hyperaktivita* uvádějí, že děti s ADHD nejsou v důsledku vnější stimulace více těkavé než děti bez ADHD. Ale nevýznamné podněty v rámci úlohy negativně ovlivní jejich výkon spíše než podněty mimo daný úkol.⁵

Děti s ADHD se také často dopouštějí impulzivních omylů. Odpovídají rychle a bez rozmyslu často, i když otázka není směřována na ně, vykřikují, nevyslechnou si zadání do konce a reagují pouze na základě prvních instrukcí. Problémy jim činí rovněž domýšlení důsledků vlastního jednání. S impulzivitou pak pochopitelně souvisí také vyšší riziko úrazu.

⁴ ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha: SPN, 1990.

⁵ PACLT, I., PTÁČEK, R., FLORIÁN, J. *Hyperaktivita*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006.

Kromě těchto hlavních příznaků se u dětí s ADHD mohou vyskytovat také další, přidružené příznaky jako jsou například:

1. velká výkonnostní variabilita při plnění úkolů (jednou splní daný úkol rychle a správně, jindy ledabyle a pomalu, pokud vůbec)
2. změny některých symptomů v závislosti na situaci nebo čase (čím více dané prostředí požaduje podřízení se určitému řádu a pravidlům, tím více stupňuje nežádoucí projevy dítěte. Stejně tak přítomnost určité osoby, například některého z rodičů, může některé nežádoucí projevy tlumit.)
3. deficity v oblasti intelektového vývoje (souvisí s mírným vývojovým opožděním a nezralostí hyperaktivních dětí. Nepozornost doma i ve škole navíc brání těmto dětem plně využít jejich potenciál, ačkoli jejich rozumové schopnosti jsou většinou alespoň v pásmu průměru. Problémem však je, že rozumové schopnosti hyperaktivních dětí bývají často nerovnoměrně vyzrálé.)
4. poruchy paměti (časté jsou poruchy krátkodobé, tzv. provozní paměti⁶, kdy děti velmi rychle zapomínají to, co právě viděly nebo slyšely, což jim komplikuje zejména práci ve škole. Porušena bývá rovněž asociační paměť, tedy vytváření asociačních spojů, jež mohou uložení informací v paměti usnadnit. Děti s ADHD také hůře rozlišují mezi podstatnými a nepodstatnými informacemi a jejich paměť tak bývá přetížená. Naopak dlouhodobá paměť těchto dětí bývá na velmi dobré úrovni.)
5. větší náchylnost k rozvoji specifických poruch učení (Paclt, Ptáček a Florián uvádějí, že až 25% dětí s ADHD trpí také některou ze specifických poruch učení)⁷
6. častější potíže s opožděným vývojem řeči (až 54% z nich,⁸ děti s ADHD jsou rovněž více povídatvé, ale v řečovém projevu také méně plynulé, neboť často používají řečové vložky typu „hm“, „eh“ a špatně artikulují)
7. deficity ve výkonových procesech, tj. ve strategiích nebo mechanismech užívaných danou osobou k řízení, organizování a monitorování vlastních myšlenek nebo chování

⁶ JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Práce s žáky s poruchami učení a chování*. Praha: Magistrát hlavního města Prahy, odbor školství, mládeže a sportu ve spolupráci s Vyšší odbornou školou pedagogickou a sociální, Střední odbornou školou pedagogickou a Gymnáziem, Praha 6, Evropská 33; 2012.

⁷ PACLT, I., PTÁČEK, R., FLORIÁN, J. *Hyperaktivita*, 2006.

⁸ Tamtéž.

(tyto děti často používají méně účinné strategie řešení úkolů. Jejich strategie bývají impulzivní, špatně organizované a málo účinné.)⁹

8. zhoršená motorická koordinace (až 52% dětí,¹⁰ týká se to jak jemné, tak hrubé motoriky i grafomotoriky)
9. zdravotní problémy (25 – 50% hyperaktivních dětí mívá v raném dětství zdravotní problémy. Byl zjištěn větší výskyt chronických zdravotních potíží, jako jsou opakované infekce horních cest dýchacích, alergie nebo astma. Častější je rovněž noční enuréza.)¹¹
10. problémy se spánkem (těmto dětem často trvá déle, než usnou, v noci se často budí nebo se již ráno po probuzení cítí unaveně)
11. emoční poruchy a poruchy chování (dle Paclta, Ptáčka a Floriána trpí až 44% dětí s ADHD nejméně ještě jednou další psychickou poruchou, 32% dvěma dalšími poruchami a 11% třemi nebo více.¹² Děti s ADHD mají také více symptomů úzkosti, deprese a rovněž nižší sebehodnocení v porovnání s dětmi bez ADHD. Opoziční a vzdorovité chování, agresivita a problémy s chováním vůbec se u dětí s ADHD také vyskytují ve větší míře než u dětí „zdravých“. Nejběžnějšími typy problémového chování u těchto dětí jsou lhaní, krádeže, záškoláctví a v menší míře také fyzická agresivita.)
12. problémy v oblasti sociálních vztahů (děti s ADHD jsou více agresivní, hlučné, despotické a dotěrné, takže je jejich vrstevníci nepřijímají mezi sebe snadno. Nepozorné a často též nešikovné děti nebývají oblíbenými členy skupiny, zejména je-li cílem nikoli hra, ale splnění úkolu. Hyperaktivní děti mají potíže v sociální interakci, jejich povědomí o přiměřeném chování vůči ostatním lidem je rovněž menší, takže často reagují neadekvátně.)

A. Train dělí v soulad s DSM-IV ADHD do tří podskupin:

- A. kombinovaná – dítě má jak příznaky nesoustředěnosti, tak hyperaktivity/impulzivity (ADHD combined type, nejčastější typ ADHD)
- B. s převahou nepozornosti – příznaky nepozornosti převažují nad hyperaktivitou nebo impulzivitou (ADHD inattentive type, druhý nejčastější typ ADHD)

⁹ PACLT, I., PTÁČEK, R., FLORIÁN, J. *Hyperaktivita*, 2006.

¹⁰ Tamtéž.

¹¹ Tamtéž.

¹² Tamtéž.

- C. s převahou hyperaktivity/impulzivity – převažují příznaky hyperaktivity a impulzivity (ADHD hyperactivity/impulsivity type, nejméně častý typ ADHD).¹³

Potíže dětí s ADHD jsou často zřejmé již v raném dětství a není možné je vysvětlit na základě sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Cachová, Pejčochová a Ošlejšková uvádějí v článku *Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti* z roku 2010, že prevalence ADHD je dle konsensu Americké psychiatrické společnosti z roku 2000 3 – 7%.¹⁴ Jde ovšem o čísla ovlivněná jednak diagnostickými kritérii¹⁵, a jednak charakteristikami studované populace a geografickými rozdíly. Některé studie tak uvádějí mnohem vyšší prevalenci, až 29%. Výskyt ADHD je také v dětském věku prokazatelně vyšší u chlapců a to v poměru 3-3,5:1. V dospělém věku se pak tento rozdíl mezi pohlavími stírá.¹⁶

¹³ TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. Četnost výskytu - SPENCER, T., J., BIEDERMAN, J., MICK, E. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology* [online]. 2006, 32 (6), s. 631- 642. [cit. 25. 12. 2015] Dostupné z: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/32/6/631.full#ref-5>.

¹⁴ CACHOVÁ, P., PEJČOCHOVÁ, J., OŠLEJŠKOVÁ, H. *Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti*, 2010.

¹⁵ O rozdílech mezi DSM-V a MKN-10 více v kapitole Termíny a definice, s. 33 této práce.

¹⁶ CACHOVÁ, P., PEJČOCHOVÁ, J., OŠLEJŠKOVÁ, H. *Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti*, 2010.

2 Kdy a jak ADHD vzniká?

Ohledně příčin vzniku ADHD se odborníci dodnes přou. Existuje mnoho různých výzkumů, jež více či méně potvrzují či vyvracejí řadu nejrůznějších teorií. Zcela jasno však zatím v této problematice není, neboť je úzce spojena s fungováním mozku, který je pro lékaře i jiné odborníky stále v mnoha ohledech záhadou. Znalostí o tom, jak mozek funguje a co vlastně ovlivňuje a řídí pozornost a učení, však přibývá. Za hlavní příčiny ADHD bývají v současnosti nejčastěji považovány dědičnost, biologické faktory nebo drobné poškození centrální nervové soustavy (dále jen CNS) v raných vývojových obdobích dítěte, tj. prenatálním, perinatálním nebo raně postnatálním. Je také velmi pravděpodobné, že se ve většině případů nejedná o jednu konkrétní příčinu, ale o souhru více faktorů, které vznik ADHD podmiňují.

Jako nejpravděpodobnější příčiny vzniku ADHD jsou v současnosti uváděny:

1. genetické příčiny – je prokázáno, že v některých rodinách se ADHD vyskytuje opakovaně
2. biologické/fyziologické příčiny – řada lékařů popisuje ADHD jako neurologickou poruchu, jež postihuje tu část mozku, která řídí zpracování impulzů a podílí se na třídění smyslových vjemů a na schopnosti koncentrace. ADHD pak může být spojena s nerovnováhou nebo nedostatečným množstvím dopaminu, tj. chemické látky, jež přenáší nervové signály. Když se pak „zdravý“ člověk soustředí, uvolňuje jeho mozek více tzv. neurotransmiterů, tedy přenašečů signálu mezi neurony, což mu umožňuje soustředit se na jeden hlavní podnět a ostatní blokovat. Lidé s ADHD pak dle zastánců této teorie mají těchto neurotransmiterů nedostatek.
3. komplikace nebo poranění v době prenatální nebo perinatální
4. otrava olovem (například ze znečištěného životního prostředí)
5. strava - teorie, že za vnikem ADHD je složení stravy nebo různé potravinové alergie, vyvolává mezi lékaři i dalšími odborníky stále spory. Doposud se ji nepodařilo přesvědčivě prokázat, ale ani zcela vyvrátit.
6. užívání alkoholu a drog v době těhotenství - vědecký výzkum zatím přímou souvislost mezi užíváním drog a alkoholu v době těhotenství a mezi vznikem ADHD neprokázal, avšak u mnoha dětí, které těmto látkám byly během prenatálního vývoje vystaveny,

se objektivně vyskytují mnohé neurologické nedostatky a příznaky, jež lze pozorovat právě u dětí s ADHD.¹⁷

Ačkoli jde o projevy vrozené, je možné je vhodným výchovným působením a postupy ne-li odstranit, tak alespoň korigovat. Z části tomu napomáhá také vývoj dítěte, neboť tím, jak dítě dospívá, zraje také jeho CNS. Některé negativní projevy tak postupně ztrácejí na intenzitě, popřípadě zcela zmizí. Není ale možné spoléhat se pouze na to, že vývoj situaci vyřeší za nás.

¹⁷ RIEFOVÁ, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 1999.

3 Historie zkoumání – Západní Evropa a USA

3.1 První průkopníci – Melchior Adam Weikard a Alexandr Crichton

Není pochyb o tom, že lidé s poruchou pozornosti i hyperaktivitou žili již dlouho předtím, než tyto jejich specifické rysy dostaly své první pojmenování. Cesta od prostého označení dítěte za neposedné, nepozorné, zlobivé, nevychované nebo dokonce nevychovatelné k poznání, že jde o potíže, za něž dítě nebo jeho rodiče nenesou odpovědnost a jež nedokáží bez pomoci ovlivnit a zvládnout, byla rovněž velmi dlouhá. Děti nadmíru živé a nepozorné bývaly v minulosti automaticky zařazeny do kategorie dětí zlobivých jakožto opak dětí hodných. Jejich okolí, rodinné i školní, na ně uplatňovalo řadu trestů, příkazů a zákazů. Nezřídka bylo doporučováno, aby takovéto děti byly byty, nebo dokonce zabíjeny. Zlobení bylo považováno za trestuhodný stav, často také za projev posedlosti ďáblem.¹⁸

Pro učitele a vychovatele představovalo zlobení dítěte často jasný důkaz jeho nízkých morálních kvalit a nevychovanosti. Dítě se podle nich nesnažilo, nedělalo to, co by mělo, chybovalo zbytečně a energii vydávalo neúčelně na nesmyslné činnosti. Učitelé ve školách často neshledávali žádný objektivní důvod, který by nízký výkon dítěte ospravedlnil. Neúspěch pak přičítali nedostatečné motivaci dítěte k učení. Dítě by dle jejich názoru mohlo podávat lepší výkon, ale nechce. Možnost, že takové dítě by lepší výkon podat chtělo, ale nemůže, protože to není v jeho silách nebo možnostech, si odborníci dlouho nepřipouštěli. V případě respektování školních norem byla situace podobná. Neklidný žák představoval pro učitele zdroj potíží. Učitel se často domníval, že se dítě nesnaží chovat lépe, že nerespektuje ani školu, ani autoritu učitele.

Kdy přesně lidé, především z řad odborníků, tj. například dětských lékařů, pedagogů, psychiatrů nebo neurologů, dospěli k poznání, že v případě některých „zlobivých“ dětí jde o poruchu, není jasné. Mnohotvárný a pestrý klinický obraz se postupně vyčlenil z dětské mozkové obrny (dále jen DMO) označované dříve jako Littleova nemoc. Pozornost řady odborníků se začala pomalu a postupně obracet k výzkumu rizikového dítěte a stále více se

¹⁸ HALLOWEL, E. M., RATEY, J. J. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. Praha: Návrat domů, 2007.

soustředila na vliv průběhu těhotenství a porodu a nejranější vývojové fáze, tj. novorozence a kojence.

Úplné počátky odborného zkoumání toho, co dnes nazýváme ADHD, lze hledat již ve druhé polovině 18. století. V roce 2012 vydala dvojice autorů Barkley a Peters v časopise *Journal of Attention Disorders* článek s názvem *Nejranější zmínka o ADHD v lékařské literatuře? Popis deficitu pozornosti od Melchiora Adama Weikarda z roku 1775*¹⁹. Hlavním aktérem článku je německý lékař Melchior Adam Weikard (1742 – 1803), který v roce 1775 vydal spis s názvem *Der Philosophische Arzt*²⁰. Jedná se o spis, jež je dnes považován za patrně první popis chování, v současnosti označovaného jako ADHD.

V kapitole věnované samotnému popisu symptomů Weikard uvádí: „Ti, jež trpí nedostatkem pozornosti, jsou obecně charakterizováni jako nebojácni, neopatrní, roztěkaní a divocí ... Nesmí být rozptýleni nebo vystaveni žádným rušivým podnětům ze svého okolí.“²¹ Dále pak píše: „Člověk s nedostatkem pozornosti hodnotí a studuje vše pouze povrchně. Jeho úsudek je mylný a nesprávně chápe povahu věcí, protože nevěnuje dostatek času a trpělivosti prozkoumání jednoho problému po druhém s potřebnou přesností. Takoví lidé slyší pouze polovinu všeho, co jim bylo řečeno; pamatují nebo uvědomují si toho jen polovinu nebo tak činí chaotickým způsobem.“²² Již z těchto krátkých úryvků je zjevné, že chování, které Weikard popisuje, bychom dnes pravděpodobně zařadili pod diagnózu ADHD. Weikard dále hovoří také o léčbě takovýchto dětí: „Člověk s nedostatečnou pozorností by měl být oddělen od hluku a jakýchkoli jiných podnětů, měl by být udržován samostatně a ve tmě, ve chvílích kdy je příliš čilý. Snadno vzrušitelné nervové spoje mohou být posíleny třením, studenými koupelemi, chinovníkem²³, minerálními vodami, jízdou na koni a gymnastickým cvičením.“²⁴ Weikardův požadavek na oddělení dítěte od rušivých

¹⁹ BARKLEY, R. A., PETERS, H. The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of „Attention deficit“ (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders* [online]. 2012, 16 (8), 623 - 630. [cit. 14. 8. 2015] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22323122>. Český překlad M. Trachtová.

²⁰ Název spisu lze volně přeložit jako Filosofický doktor. Barkley a Peters uvádějí, že první dvě vydání byla publikována anonymně, patrně v letech 1773 a 1774, ale je možné, že již roku 1770. S jistotou se jim podařilo potvrdit pouze rok 1775, z něhož pocházel jimi studovaný výtisk. BARKLEY, R. A., PETERS, H. The Earliest Reference to ADHD ..., 2012.

²¹ Tamtéž, s. 627. Český překlad M. Trachtová.

²² Tamtéž, s. 627. Český překlad M. Trachtová.

²³ „Velký keř nebo malý strom původem z Jižní Ameriky. Kůra tohoto stromu obsahuje různé alkaloidy, včetně chininu užívaného k léčbě malárie a chinidinu používaného proti arytmií.“ Volný překlad H. Trachtová dle BARKLEY, R. A., PETERS, H. The Earliest Reference to ADHD ..., 2012, s. 629.

²⁴ Tamtéž, s. 627 – 628. Český překlad M. Trachtová.

a hlučných vlivů okolí do značné míry předběhl svoji dobu a dodnes má své opodstatnění. Oproti tomu izolaci hyperaktivního dítěte ve tmě, bychom dnes označili za nepřijatelnou, nezákonnou a patrně i nelidskou. Využitelné by v současnosti mohlo být také ještě cvičení nebo jízda na koni, avšak ostatní Weikardovi metody jsou spíše úsměvné vzhledem k dnešním poznatkům.

Za příčinu uvedených potíží považoval Weikard, jako ostatně většina odborníků ještě dlouho po něm, špatnou nebo nedostatečnou výchovu: „Pohodlný způsob života může nervové spoje příliš zjemnit a učinit je snadno vzrušivými a může také způsobit nedostatek potřebné síly pro dlouhodobější udržení pozornosti. Každý sensorický nerv a mozková vlákna získávají podněty příliš rychle, což následně způsobuje rozptýlení.“²⁵ Dále si Weikard všiml, že nedostatečná pozornost je častější v mladším věku než u dospělých. Chybně se však domníval, že nepozornost je častější u dívek než u chlapců.

Až do roku 2012, kdy se Weikard dostal do širšího povědomí odborníků na ADHD, byl za první popis takového chování považován třídílný spis skotského lékaře Sira Alexandra Crichtona (1763 – 1856) z roku 1798. Ve svém díle s názvem *Náhled do povahy a původu duševní poruchy: pochopení a stručný systém fyziologie a patologie lidské mysli a historie vášní a jejich efektů*²⁶ popisuje Crichton chování, které bychom dnes zařadili pod ADHD Inattentive type, tedy ADHD s převahou nepozornosti. Pro tento podtyp je dle Palmera a Fingera, kteří se zabývali rozbořením a popisem Crichtonova díla, charakteristická vývojově neadekvátní úroveň roztržitosti, špatná udržitelnost pozornosti a obtíže s organizováním a dokončováním činností.²⁷

Ve svém díle se Crichton zabýval jak pozorností, tedy tím, co to vlastně je, co ji řídí, ovlivňuje nebo narušuje, tak také nepozorností. V rámci nepozornosti pak rozlišoval dva typy. Jeden by se dal stručně charakterizovat jako nedostatek energie pro udržení pozornosti pramenící z vyčerpávající podrážděnosti nervů. Příčinou tohoto vyčerpání může být nemoc, mozkový nádor, zranění hlavy, chudá strava nebo epilepsie. Z pohledu ADHD je však mnohem zajímavější druhý typ nepozornosti Crichtonem označovaný jako „morbid

²⁵ BARKLEY, R. A., PETERS, H. The Earliest Reference to ADHD ..., 2012, s. 627. Český překlad M. Trachtová.

²⁶ CRICHTON, A. *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*. London: T. Cadell, Jr. and W. Davies, 1798. Český překlad M. Trachtová.

²⁷ PALMER, E. D., FINGER, S. An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr. Alexander Crichton and “Mental Restlessness” (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*. [online] 2001, 6 (2). [cit. 23. 8. 2015] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22323122?dopt=Abstract>.

alteration“, česky chorobná změna²⁸, a charakterizovaný jako: „Neschopnost setrvat delší dobu u jednoho podnětu.“²⁹ Crichton pak dále píše: „Téměř vždy pramení z nepřírozené až chorobné citlivosti nervů, čímž se míní, že pozornost je neustále opakovaně přenášena z jednoho podnětu na druhý. Může to být vrozené nebo způsobené nějakou náhodnou nemocí.“³⁰ Tento druh nepozornosti tak nemá původ v morální zkaženosti nebo vyčerpanosti nervů, ale ve zvýšené nervové citlivosti.

Problémy člověka s tímto druhem nepozornosti popisuje Crichton takto: „Člověka rozruší každý podnět. Každý podnět mu způsobuje nepřírozenou úroveň psychické aktivity. Lidé chodící po pokoji, slabý zvuk v okolí, pohyb stolu, náhlé bouchnutí dveří, slabý nárůst tepla nebo chladu, příliš mnoho nebo příliš málo světla, to všechno soustavně narušuje pozornost u těchto pacientů, takto málo stačí, aby byli rozptýleni každým novým podnětem.“³¹ Podobně jako u Weikarda i zde jsou jasně patrné typické znaky ADHD. Crichton pak také uvádí, že problémy takového člověka jsou evidentní již ve velmi raném věku, avšak s postupujícím věkem jich ubývá.

Co se pomoci takovýmto dětem týče, tak Crichton věřil, že tradiční školský systém a striktní přístup rodičů nejsou řešením a mohou spíše uškodit. Volal po změně v přístupu učitelů, kteří by se měli více snažit porozumět takovýmto žákům, neboť se nejedná o děti hloupé. Každé takové dítě má nějaké silné stránky a na těch je potřeba stavět, neboť právě na ty se dokáže lépe soustředit.

Jak Weikard, tak Crichton se nepochybně setkali s dětmi, které by dnes dostaly diagnózu ADHD. Oběma se podařilo řadu příznaků těchto dětí popsat a vyvodit tak závěry platné dodnes. Ne ve všem měli pravdu, avšak nepochybně svými myšlenkami předběhli svoji dobu a položili základ pro další zkoumání této problematiky.

²⁸ Český překlad H. Trachtová.

²⁹ CRICHTON, A. An inquiry into the nature ..., 1798, s. 271. In. PALMER, E. D., FINGER, S. An early description of ADHD ..., 2001, s. 68. Český překlad M. Trachtová.

³⁰ Tamtéž, s. 68. Český překlad M. Trachtová.

³¹ Tamtéž, s. 69. Český překlad M. Trachtová.

3.2 Historie a současnost

Po vydání Crichtonova díla následovalo zhruba čtyřicetileté období, které v dané problematice žádné další vysloveně průlomové dílo nepřineslo. Objevilo se sice několik popisů chování dětí, jež bychom mohli označit jako hyperaktivní, avšak jednalo se právě jen o popisy a vědecky nepodložené spekulace ohledně příčin takového chování. Tato doba tak zatím nepřinesla žádné vědecké dílo, které by poznání v dané oblasti posunulo někam dál. Podstatné ale bylo, že se i nadále objevovali autoři, jež se snažili najít příčinu netypického chování dětí jinde než v jejich špatné výchově nebo morální zvrácenosti.³² Počínaje koncem třicátých let 19. století se pak situace na poli odborného zkoumání začala měnit. Černá ve své publikaci *Lehké mozkové dysfunkce* z roku 2002 rozděluje vědecké poznání v problematice ADHD do tří etap. „Prehistorie“ odborného zkoumání dle ní trvala asi 100 let, přibližně do konce třicátých let 20. století. „Historie“, tedy klasická éra bádání, sahala zhruba do počátku šedesátých let 20. století a následovala ji současná etapa.³³

Charakteristickým rysem prvního období bylo dílčí uchopení problému. Na děti se speciálními vzdělávacími potřebami se tehdy pohlíželo pouze z hlediska určitého příznaku nebo okolností vzniku jejich speciálních vzdělávacích potřeb. Jednotlivé vědní obory, například neurologie, psychiatrie, pedagogika a další, se těmito dětmi zabývaly z hlediska svého předmětu zkoumání, zatím bez ohledu na širší souvislosti a multidisciplinární přístup.

Vztah mezi poruchami chování a poškozením mozku u některých dětí popsal jako jeden z prvních v roce 1838 belgický psychiatr Joseph Gluslain (1797 – 1860) ve svém pojednání o frenepatiích, tj. poruchách mysli (*Traité sur les phrénoopathies*, 1833). Práce německého lékaře Heinricha Hoffmanna (1804 – 1894) z roku 1845 pak byla dlouho považována za jeden z prvních popisů toho, co pozdější doba nazývala hyperkinetickým syndromem. Dokud se neukázalo, že takovéto popisy lze nalézt již před koncem 18. století. Hoffmann přesto svým popisem vyniká, neboť jej zpracoval formou dětské knížky, kterou vytvořil jakožto vánoční dárek pro svého syna. Krátké příběhy dětí nazvané souhrnně

³² Jednalo se například o popis anglického lékaře Johna Haslama z roku 1809, Američana Benjamina Rushe z roku 1812 nebo skotského psychiatra Thomase S. Cloustonea z roku 1899. Více o nich lze nalézt ve WARNKE, A., RIEDERER, CH. *Attention deficit-hyperactivity disorder* [online]. ADHD World Federation, 2013. [cit. 29. 12. 2015] Dostupné z: <http://www.adhd-federation.org/publications/adhd-a-historical-overview/>.

³³ ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum, 2002.

Struwwelpeter, česky Nepořádný nebo nedbalý Petr,³⁴ většinou popisují dětského hrdinu, jenž ač byl svým okolím varován, neposlechl, choval se špatně a byl za to následně potrestán. Uvedené tresty zahrnují rovněž smrt, například pro chlapce, který si hrál se sirkami. Hoffmann knihu také sám ilustroval a jeho dílo bylo záhy přeloženo do řady jazyků.

V roce 1890 psal o projevech poruch pozornosti a chování jeden ze zakladatelů vědecké a empirické psychologie Američan William James (1842 – 1910) ve své publikaci *Principy psychologie*.³⁵ Na počátku minulého století pak britský pediatr George Frederic Still (1868 – 1941) zavedl pojem „deficit morální kontroly“ a v souboru svých přednášek na lékařské fakultě Royal College of Physician v roce 1902 popsal 23 problémových dětí, s nimiž se během své praxe potkal. Tyto děti měly problémy s udržení pozornosti, což se následně projevilo v morální kontrole jejich chování. Šlo o děti „temperamentní, vzpurné, potměšilé a s nedostatečnými volnými zábranami“.³⁶ Still věřil, že se v chování těchto dětí projevuje vážný deficit morální kontroly, který je ve většině případů chronický, ale který není důsledkem špatné výchovy nebo morální zvrácenosti takovýchto dětí. Byl přesvědčen o tom, že jde o biologicky podmíněný jev, který může být způsoben například poškozením dítěte při porodu.³⁷

Francouzský psychiatr Ernest Dupré použil jako první v roce 1908 označení motorická debilita. Samotný pojem „hyperkinetický“ v označení „hyperkinetické onemocnění“ použili pak poprvé v roce 1932 němečtí lékaři F. Kramer a H. Pollow. „Hypoaktivní“ syndrom identifikoval roku 1917 německý pediatr H. T. von Scherckel, který popsal chorobně pomalého, těžkopádného a k podnětům apatického devítiletého chlapce. Samotný termín hypoaktivita však zatím nepoužil.³⁸

Ve dvacátých letech 20. století začaly postupně vznikat další studie popisující vztah mezi poškozením mozku a jeho důsledky pro chování. Například práce Ch. W. Burra v roce 1921 věnovaná tzv. nervovým příčinám u dětí s poruchou učení a chování, která představuje

³⁴ Volný překlad H. Trachtová.

³⁵ JAMES, W. *The Principles of psychology*. [online] New York: H. Holt and Company, 1890. [cit. 15. 8. 2015] Dostupné z: <http://psychclassics.yorku.ca/James/Principles/index.htm>.

³⁶ POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, 2010, s. 129.

³⁷ LANGE, K. W., REICHL, S., LANGE, K. M., TUCHA, L., TUCHA, O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* [online]. 2010, 2 (4), s. 241 – 255. [cit. 29. 12. 2015] Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12402-010-0045-8/fulltext.html#copyrightInformation>.

³⁸ SWIERKOSZOVÁ, J. *Specifické poruchy chování*. Ostrava: Universitas Ostravensis, 2010.

jedno z prvních zpracování příznaků toho, co pozdější doba označovala jako lehkou mozkovou dysfunkci.³⁹

Postupně rostlo také povědomí o souvislostech mezi průběhem porodu a pozdějším chováním dítěte. Na samém počátku 20. století v roce 1908 A. F. Tredgold přišel s tvrzením, že je-li poškození mozku při porodu mírnější, počáteční příznaky rychle pomínou a obtíže se u dítěte projeví až v době nástupu do školy. Šlo tedy o první upozornění na skutečnost, že vnější a stresující okolnosti mohou působit jakožto spouštěč potíží.

V meziválečném období počet prací věnovaných problematice dětí s poruchami chování rostl. Na počátku třicátých let byly v syndromu označeném jako minimální mozkové poškození a minimální mozková dysfunkce popsány příznaky poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity.⁴⁰ Příznivce z řad odborníků si stále více získávala právě teorie o poškození mozku, nikoli špatném výchovném působení rodičů. Postupně se ukázalo, že děti po prodělané virové epidemické encefalitidě (tzv. Economova nemoc), která se ve velkém měřítku objevila na konci 1. světové války, často trpí právě nutkavým chováním a sníženou pozorností i pamětí.⁴¹ V odborné literatuře popsali tyto „postencefalitické poruchy chování“ na počátku dvacátých let L. B. Hohman (1922)⁴² a F. G. Ebsugh (1923)⁴³.

Obdobně na tom byly děti po úrazech mozku. Objevily se termíny jako „obtížně vychovatelné děti s psychopatickou konstitucí“ (H. Hanselmann) nebo „encefalopatické pseudopsychopatie“ (W. Villinger).⁴⁴ V roce 1937 se pak objevily první zprávy o úspěšné léčbě hyperaktivních dětí psychostimulací (C. Bradley).⁴⁵

Počátkem čtyřicátých let začali publikovat autoři, kteří již nepřistupovali k problematice poruch chování pouze z pohledu jednoho vědního oboru. Jejich práce představovaly interdisciplinární integraci dosavadních poznatků a základnu pro další zkoumání. Jednotlivá dílčí hlediska se tak začala spojovat a postupně vytvářet ucelenější

³⁹ TŘESOHLAVÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum, 1983.

⁴⁰ SWIERKOSZOVÁ, J. *Specifické poruchy chování*, 2010.

⁴¹ POKORNÁ, V. *Teorie a náprava ...*, 2010.

⁴² HOHMAN, L. B. Post encephalitic behavior disorders in children. *John Hopkins Hospital bulletin*. 1922, s. 372-375.

⁴³ EBSUGH, F. G. Neuropsychiatric Sequelae of Acute Epidemic Encephalitis in Children. *Journal of Attention Disorders*. 2007, 11 (12), s. 336 - 338.

⁴⁴ ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*, 2002.

⁴⁵ Léky působící stimulačně na CNS.

obraz.⁴⁶ Od studia mozkových poškození u dětí s mentální retardací přešli odborníci postupně ke studiu poškození CNS, které nevedlo ke snížení inteligence, přesto ovlivnilo duševní rozvoj dítěte. Z typických příznaků, které prokázali u dětí s poškozením mozku, soudili pak na přítomnost poškození i tam, kde přímé doklady pro ně v anamnéze nenašli.⁴⁷

Rok 1941 přinesl vydání rozsáhlé publikace věnované dětskému vývoji s názvem *Vývojová diagnostika*⁴⁸. Její autoři A. Gesell a C. S. Amatrudová mluví v souvislosti s časným poškozením mozku o řadě nepříznivých důsledků pro rozvoj osobnosti, o jemných deficitech i o nedokonalosti chování, jež z poškození mnohdy vyplývá. Upozorňují také na různou míru postižení a podle závažnosti rozlišují tři typy poškození: nejtěžší – devastující, jež se projevuje mentální retardací; částečné – selektivní, při kterém jde zejména o motorická poškození ve smyslu dětské mozkové obrny; a nejlehčí – minimální poškození, které odpovídá pozdějšímu pojetí lehké mozkové dysfunkce.⁴⁹

Po 2. světové válce vedla pozorování vojáků s poškozením hlavy k dalšímu potvrzení teorie, že příčinou obtíží je právě poškození mozku.⁵⁰ Nadále byl také rozpracováván koncept plynulého odstupňování následků poškození. Černá v této souvislosti uvádí například práce T. H. Ingalla a E. Gordona z roku 1947 nebo A. M. Lilienfelda a E. Parkhurst z roku 1951.⁵¹

V roce 1957 popsal M. W. Laufer se svými spolupracovníky „syndrom hyperkinetického chování u dětí“⁵² a „hyperkinetickou impulzivní poruchu“⁵³. O tři roky později americká dětská psychiatricka S. Chess publikovala článek, v němž popsala své zkušenosti s hyperaktivními dětmi a navrhla rovněž různé možnosti terapie.⁵⁴ Byl tak postupně popsán syndrom hyperaktivního dítěte, který se záhy stal nedílnou součástí mezinárodních klasifikací jako je již několikrát zmiňovaná DSM nebo MKN.⁵⁵

V sedmdesátých letech 20. století se již problematikou hyperaktivity a poruch pozornosti zabývala poměrně rozsáhlá řada studií. Kanadská psycholožka V. Douglas se

⁴⁶ Například práce A. Gesella (syn učitele, psycholog a dětský lékař) nebo interdisciplinárního týmu H. Werner a A. Strauss (vývojový a srovnávací psycholog a neuropsychiatr).

⁴⁷ ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*, 2002.

⁴⁸ GESELL, A., AMATRUDA, C. S. *Developmental Diagnosis*. New York: Hober, 1941.

⁴⁹ ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*, 2002.

⁵⁰ POKORNÁ, V. *Teorie a náprava ...*, 2010.

⁵¹ ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*, 2002.

⁵² LAUFER, M. W., DENHOFF, E. Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*. 1957, 50, s. 463 – 474.

⁵³ LAUFER, M. W., DENHOFF, E. Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*. 1957, č. 19, s. 38 - 49.

⁵⁴ WARNKE, A., RIEDERER, CH. *Attention deficit-hyperactivity disorder ...* 2013.

⁵⁵ Viz kapitola Termíny a definice, s. 33 této práce.

výzkumu hyperaktivity věnovala z širšího úhlu pohledu a stanovila tak čtyři prvky, které, dle jejího názoru, tvoří klinický obraz této poruchy:

1. nedostatek pozornosti a vědomé snahy
2. impulzivita
3. neschopnost ovládat míru aktivity organismu
4. potřeba okamžitého posílení.⁵⁶

V roce 1980 pak získal syndrom i díky jejímu přínosu dnešní označení – porucha pozornosti s nebo bez hyperaktivity. Tato skutečnost nyní umožnila rovněž dětem nehyperaktivním, ale „pouze“ nepozorným přístup k odpovídající pomoci.

V následujících letech odborných publikací, článků i výzkumů na téma hyperaktivity a poruch pozornosti přibývalo. Kousek po kousku vznikala rovněž ucelený koncept lehkých mozkových postižení, který integroval dosavadní poznatky řady vědních oborů a představoval základnu pro další zkoumání.

⁵⁶ HALLOWEL, E. M., RATEY, J. J. *Poruchy pozornosti ...*, 2007.

4 Historie zkoumání - u nás

Uvažujeme-li o historii přístupu k dětem s ADHD v našem prostředí, nelze se na samém počátku vyhnout osobnosti Jana Amose Komenského (1592 – 1670). Tento velký myslitel a pedagog se sice nezabýval přímo hyperaktivními dětmi, avšak věnoval se otázce vzdělavatelnosti a vychovatelnosti všech lidí bez rozdílu. Ve své *Velké didaktice* napsal: „ve školách všichni všemu mají býti vyučováni“⁵⁷ a rovněž „připouštíme-li tedy my pouze některé ke vzdělávání ducha, vyloučivše ostatní, jsme nespravedliví nejen k těm, kdož jsou účastni téže přirozenosti, nýbrž i k samému Bohu“⁵⁸. Popíral tak pozdější názor, že děti „z hadích ocásků“ jsou v krajním případě nevychovatelné a tudíž nevzdělavatelné.

Komenský se dále vyjadřoval také k otázce různých předpokladů pro vzdělávání u každého člověka. Duševní schopnosti žáků rozdělával na základě tří kritérií – míry chápavosti, snaživosti a poslušnosti. Šlo mu přitom u dětí o jejich vtípnost nebo tupost, o chtivost nebo váhavost a o poslušnost nebo vzpurnost. V rámci tohoto členění se pak domníval, že je třeba věnovat zvláštní pozornost žákům bystrým, ale zatvrzelým a vzpurným. Z nich, dle jeho mínění, nebude nic prostředního, přinesou buďto velké zlo nebo velké dobro.⁵⁹ Právě do této jeho kategorie bychom mohli zařadit mnoho hyperaktivních dětí. Zvláště, když Komenský dále uvádí, že: „mnoho zdárných hlav hyne vinou učitelů, kteří činí z koňů osly, poněvadž neumějí ovládati těch, kteří jsou přímí a svobodní“⁶⁰.

J. A. Komenský řadou svých myšlenek dosti předběhl svoji dobu. Na další práce zaměřené tentokrát již mnohem více na neposedné děti si naše odborná literatura musela počkat až do devadesátých let 19. století. Tehdy se začaly objevovat první odbornější popisy dětí, jež bychom dnes mohli zařadit pod diagnózu ADHD. Tak například v roce 1890 vyšel v *Pedagogických rozhledech v Hlídce časopisův a jednot učitelských* článek Jakuba Arbese (1840 – 1914)⁶¹ s názvem *Tyránek*⁶². Autor zde popisuje: „Čiperné a nanejvýš čilé dítě šukalo všude a bralo všecko až s nebezpečím života, a nepomáhala přimlouvání a domluvy, jež záhy

⁵⁷ KOMENSKÝ, J. A. Didaktika velká. Praha: Dědictví Komenského 1905. S. 1. In. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2009. S. 23.

⁵⁸ KOMENSKÝ, J. A. Didaktika velká. Praha: Dědictví Komenského 1905. S. 2 a 4. In. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*, 2009. S. 23.

⁵⁹ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*, 2009.

⁶⁰ KOMENSKÝ, J. A. Didaktika velká. Praha: Dědictví Komenského 1905. S. 18 - 24. In. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*, 2009. S. 24.

⁶¹ Novinář a spisovatel, autor romanet, například Newtonův mozek, Sivooký démon nebo Zázračná madona.

⁶² ARBES, J. Tyránek. *Pedagogické rozhledy*. Luna, 1890, 1.4.- 9.

přeslýchalo. Neposednost děcka rostla až do pravého obtěžování rodičů, zároveň svéhlavost a umíněnost, jež jímana za znak pevné vůle.⁶³ O kousek dál pak uvádí, že popisovaná dívka jevila „marnivost a divokost při patrné duchaplnosti“⁶⁴, tedy jasný doklad toho, že se nejednalo o dítě duševně nemocné nebo s mentální retardací.

V roce 1892 pár dní po zahájení školního roku napsal další z později velmi známých českých spisovatelů, básník a v té době také učitel Otokar Březina (1868 – 1929)⁶⁵ své přítelkyni Anně Pammrové: „Děti přicházející do školy jsou zlé, svéhlavé, bludně vychované bytosti, rafinované, zlomyslné, zhýčkané, zbloudilé, instinktivně nepřátelské a ve velkém procentu úžasně neschopné. Učitelství jest těžký, robotný úřad, vysilující duši, ochromující fantazii, pijící sílu z organismu. Vracím se po pěti hodinách vyučování fyzicky i duševně vysílen, disgustován, umrtven, zatemněn, tupý, mdlý a sešlý. Pouze noc jest vyhrazena mé duševní práci a i tu nedostavuje se vždy dispozice, vystřebaná celodenním rozechvíváním nervového systému a neustálým krvácením intelektuálním.“⁶⁶ Těžko říci, s jakými dětmi se to Otokar Březina vlastně při svém pedagogickém působení setkal, jednoduché to ale zřejmě neměl a nemalou vinu hledal ve výchově dětí.

Konkrétnější popis žáka, kterého bychom dnes velmi pravděpodobně označili za dítě s ADHD, publikoval v roce 1905 v časopise *Pedagogické rozhledy* také Prof. MUDr. Antonín Heveroch (1869 – 1927)⁶⁷. Jeho článek nese název *Dítě neposedá*⁶⁸ a Heveroch v něm píše: „Neposedností a neposedou označujeme všechny nápadné motorické projevy, jednání, pohyby, jako: přebíhání, poskakování, natřásání se, zmítání horními končetinami, bubnování, hravé pohyby prsty, bezúčelné zapínání a rozepínání se, svlékání, oblékání, pitvoření se v obličejí, pomlaskávání, výskání, vykřikování, hvízdání atd.“⁶⁹ Heveroch pak také uvádí, že tyto pohyby můžeme za neposednost označit pouze tehdy, když nejsou plánovány a nemají účel.⁷⁰ Dále se ve svém článku hodně zabývá rovněž souvislostí neposednosti a nízké inteligence. Rozlišuje Demorchorée mentale, kdy jde o dítě alespoň průměrné

⁶³ ARBES, J. Tyránek. *Pedagogické rozhledy*. Luna, 1890, 1.4.- 9. In. SWIERKOSZOVÁ, J. *Specifické poruchy chování*. Ostrava: Universitas Ostravensis, 2010, s. 9.

⁶⁴ Tamtéž, s. 9.

⁶⁵ Básník a autor esejí, známé jsou například jeho básnické sbírky *Tajemné dálky*, *Svítání na západě*, *Větry od pólů* nebo *Stavitelé chrámů*.

⁶⁶ BŘEZINA, O. *Dopisy Otokara Březiny Anně Pammrové z let 1889 až 1905*. Praha: E. Chalupný, 1936.

⁶⁷ Jeden z nejvýznamnějších českých psychiatrů a neurologů první čtvrtiny 20. století.

⁶⁸ HEVEROCH, A. *Dítě neposedá*. *Pedagogické rozhledy*. 1905.

⁶⁹ HEVEROCH, A. *Dítě neposedá*. *Pedagogické rozhledy*. 1905. In. KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení a chování, Sborník, 1997*. Praha: Portál, 1998. S. 41.

⁷⁰ Tamtéž, s. 41.

intelligence, ale s umdlévající pozorností a následným automatismem. A debilité mentale, kdy se jedná o děti, jejichž špatný prospěch ve škole i nedostatečná vůle jsou následkem lehkého opoždění v duševním vývoji. Neposednost pak také spolu s duševní zakrnělostí uvádí jakožto součást diagnózy označované jako erethická slabomyslnost, k níž dle jeho názoru patří většina dětí neposedů.⁷¹ Zajímavé rovněž je, že již v této době si Heveroch při rozboru případů některých svých dětských pacientů všiml také jejich rodičů a zmiňoval jejich chování v souvislosti s chováním dítěte.⁷²

Pět let po Heverochovi vyšel v *Pedagogických rozhledech* další článek s podobnou tematikou. Jeho název byl *Výstřední žák*⁷³ a autorem byl učitel František Strnad. Autor zde popisuje chlapce, který: „stal se brzy nápadným mezi ostatními, když podržel různé zvyky a nezpůsoby i v době, kdy druzí již kázní školní přivykli. Obličej jeho byl stále i smíchu naladěný, oči někdy těkavé, jindy vyjevené. Klidně neposeděl, nepostál, ani nechodil. Převaloval se na lavici, zdvihal nohy nahoru, vykřikoval hlasitě, opakoval odpovědi po žácích nebo jim je předříkával, vybíhal z lavice, pokoušel spolužáky všemožným způsobem i nebezpečným“.⁷⁴

Strnad také uvádí, jakým způsobem danou situaci řešil: „K žádosti mé prohlédl hoča okresní lékař, který na ústav dojíždí a potvrdil, že Laub není normální, za své kousky nemůže, nemá tedy býti trestán. ... Odhodlal jsem se tedy pokusiti se o nový způsob výchovy: vsugerovati mu představu, že dovede být hodný, že bude hodný. ...“⁷⁵ Již zde tedy můžeme vidět náznak snahy neřešit výchovné potíže pouze prostřednictvím trestů, ale volit jiné, alternativní výchovné metody.

Intenzivněji a uceleněji se u nás problematika poruch chování a drobného poškození mozku objevila na přelomu čtyřicátých a padesátých let nezávisle na zahraničním vývoji. Místem prvního zájmu se stal pražský sociodiagnostický ústav a první pedopsychiatrická zařízení moderního typu, tj. Dětská psychiatrická léčebna v Dolních Počernicích otevřená roku 1953 a Dětská psychiatrická poradna KÚNZ v Praze, jež vznikla ze Sociodiagnostického ústavu. Ve všech zmiňovaných pracovištích se již v této době, tj. v polovině padesátých let

⁷¹ HEVEROCH, A. Dítě neposeda. In. KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení ...* S. 41.

⁷² Tamtéž.

⁷³ STRNAD, F. *Výstřední žák. Pedagogické rozhledy.* 1910.

⁷⁴ STRNAD, F. *Výstřední žák. Pedagogické rozhledy.* 1910. In. SWIERKOSZOVÁ, J. *Specifické poruchy chování.* Ostrava: Universitas Ostravensis, 2010. S. 9.

⁷⁵ Tamtéž, s. 10.

20. století, uplatňoval týmový přístup. Problematika poruch chování tak mohla být pojata v na danou dobu maximální možné šíři jak při diagnostice, tak při hledání vhodných metod výchovy a léčby.

Stále více se do popředí zájmu dostávaly okolnosti porodu. Dětský lékař Karel Macek (1903 – 1995) používal termín „lehké poškození mozku“ tam, kde nacházel v tělesných nálezech dětí drobné odchylky, jež uváděl do souvislosti s drobným poškozením mozku právě v době porodu. Řada psychologů si pak stále více všímala nápadně častého výskytu těchto nálezů u dětí, u nichž i oni sami ve své praxi pozorovali zvláštnosti některých duševních funkcí. Z pohledu psychiatrů pak byla u těchto dětí zjištěna řada psychopatologických nápadností. Sociální pracovníci poté anamnézu takovýchto dětí často doplnily o obtíže v době těhotenství a porodu.

Padesátá léta u nás přinesla také postupné zavádění pojmu lehká dětská encefalopatie (dále jen LDE). Významnou osobností na tomto poli byl JUDr. et MUDr. Otakar Kučera CSc. (1906 – 1980)⁷⁶. V roce 1955 shrnul stručně a přehledně poznatky a terminologii v problematice poruch pozornosti a chování v útlé publikaci *Nástin přednášek o psychopedii pro defektology*⁷⁷. Termín LDE zatím příliš nepoužívá, avšak zmiňuje již na několika místech příznaky, které pod něj později zahrnul. V souladu s poznatky doby meziválečné v zahraničí hovoří o postencefalitických poruchách chování, které se mohou projevit u dětí, jež dříve než prošly pubertou, prodělaly onemocnění epidemickou encefalidou. Ačkoli takové děti nemusí být dle Kučery nutně postiženy neurologicky, vykazují poměrně charakteristické změny v oblasti povahy, například neklid, výbušnost, zlomyslnost, agrese, krutost apod. Jedná se podle Kučery o děti neovladatelné a tresty málo ovlivnitelné. Intelektové zhoršení však u nich zpravidla nenastává. Může ale dojít k tomu, že děti samy uznají, že se nechovaly vhodně, zároveň ale dodávají, že si nemohou pomoci.⁷⁸

V souvislosti s DMO hovoří Kučera o zvláštních důsledcích, jež se mohou u některých dětí objevit ve sféře chování, vnímání, motoriky i myšlení. Jedná se například o mimořádnou těkavost a neschopnost se soustředit, zhoršenou prostorovou orientaci a visuálně-motorickou činnost nebo sníženou schopnost vytvářet celková, zejména abstrahující pojetí.

⁷⁶ Lékař a vůdčí osobnost československé psychoanalýzy.

⁷⁷ KUČERA, O. *Nástin přednášek o psychopedii pro defektology*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1955.

⁷⁸ Tamtéž.

Rozumové schopnosti takovýchto dětí jsou pak často normální nebo jen lehce podprůměrné.⁷⁹

Impulsivní jednání uvádí Kučera v roce 1955 jakožto jednu z poruch jednání, které řadí do kategorie psychos, jež spadají mezi duševní nemoci „v užším slova smyslu“, u nichž se převážný význam pro vznik přičítá činitelům vrozeným.⁸⁰

Termín lehké encefalopatie zmiňuje Kučera poprvé v souvislosti s dětskými psychopatiemi. K této diagnóze v dětském věku je však dosti kritický, neboť dětská osobnost se neustále vyvíjí a žádný její rys tudíž nemůžeme pokládat za neměnný. S psychopatií proto vyděluje trojici duševních poruch, které by dle jeho slov sice svým celkovým obrazem mohly náležet právě k psychopatiím, avšak dle jeho mínění tomu tak není, neboť je u nich jiná příčinná souvislost. Jedná se o:

- a) poruchy na zjiitelné základně organické
- b) mozkové dysrytmie
- c) poruchy vzniklé reaktivně⁸¹

K poruchám na zjiitelné základně organické počítá Kučera právě lehké encefalopatie, tj. poruchy mozkové tkáně, „vzniklé již v těhotenství nebo za porodu a projevující se často hyperkinesou (nadměrnou pohyblivostí dítěte) od počátku vývoje“.⁸² Kromě lehkých encefalopatií sem Kučera řadí také vrozenou příjici a postencefalitické a posttraumatické stavy.

Označení poruchy chování se v roce 1955 u Kučery objevuje v souvislosti s duševními poruchami vznikajícími převážně na podkladě nevhodných vlivů vnějších. Ty Kučera dělí na:

- neurosy
- neurotické rysy povahové
- neurotické návyky
- poruchy kortikoviscerální
- poruchy chování.⁸³

Poruchy chování se přitom dle Kučery podstatně odlišují od ostatních kategorií. Dětské chování je v tomto případě trvaleji v rozporu s tím, co se od „normálního“ dítěte daného

⁷⁹ KUČERA, O. *Nástin přednášek ...*, 1955.

⁸⁰ Tamtéž.

⁸¹ Tamtéž.

⁸² Tamtéž, s. 46.

⁸³ Tamtéž.

věku požaduje. Od neurotických projevů odlišuje poruchy chování „prosazování primitivního hnutí pudového“, jako je agresivita, nemírná náročnost, nedostatek schopnosti k sebekritice a k sebeovládání a přeceňování sebe sama. Obě kategorie se ale i tak často překrývají. K poruchám chování patří zejména neposlušnost a vzdorovitost, jež překročily hranice dané věkem dítěte. Příčinou neposlušnosti pak jsou nevhodné výchovné postoje rodičů.⁸⁴

Šedesátá a sedmdesátá léta 20. století přinesla řadu publikací, které zpřesnily dosavadní poznatky na úrovni jednotlivých vědních oborů, prověřily je a prohloubily. Objevily se obsáhlé publikace okolo hlavních teorií. Důraz se kladl na složitou a mnohočetnou podmíněnost celé problematiky drobného mozkového postižení faktory nejen biologickými, ale také psychologickými a sociálními. Výrazná byla rovněž snaha o včasnou diagnostiku specifických vývojových potíží, pokud možno ještě v době, kdy se navenek neprojeví naplno a kdy bylo možné působit preventivně.

V roce 1961 vydal Kučera další, tentokrát již obsáhlejší, publikaci s názvem *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích*⁸⁵. Šlo o výsledek dlouholeté práce multidisciplinárního týmu odborníků v čele právě s Kučerou. Výsledky jejich práce byly nejprve publikovány časopisecky a později v roce 1961 také knižně. *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích* se staly základní publikací v této problematice u nás na řadu následujících let. Tým doktora Kučery byl tvořen řadou odborníků s různou specializací – pediatr K. Macek, pedopsychiatr E. Štěrbáková, psycholog J. Jirásek a Z. Matějček, logoped Z. Žlab, dětský neurolog J. Dittrich a učitel V. Poledne. V některých aspektech se tato Kučerova publikace shoduje s jeho *Nástinem přednášek o psychopedii pro defektology* z roku 1955 zmíněné výše. Je ale mnohem podrobnější a duševní poruchy klasifikuje již jiným způsobem zejména s ohledem na diagnózu LDE.

V šedesátých letech 20. století se u nás rovněž začala formovat odnož speciálního školství věnovaná dětem s problematickým chováním. V roce 1968 byla v Praze založena první třída specializovaná pro děti „s poruchou školní přizpůsobivosti“. Již po roce byly třídy dvě a po dalším roce pak tři.

⁸⁴ KUČERA, O. *Nástin přednášek ...*, 1955.

⁸⁵ KUČERA, O. a kol. *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1961.

V roce 1972 Prof. MUDr. Ivan Lesný, DrSc. (1914 – 2002)⁸⁶ se svými spolupracovníky v publikaci *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*⁸⁷ zařadil pod souhrnný název „malé mozkové postižení“ všechny drobné poruchy mozku, jejichž vznik zapříčinily stejné faktory jako dětskou mozkovou obrnu. Dále také rozlišil v rámci malého mozkového poškození několik skupin dětí podle převažující symptomatologie:

- a) neklidné děti – tzv. Prechtlův typ s převládajícím motorickým neklidem
- b) neobratné děti – s velkou neobratností a nešikovností, děti s vývojovou apraxií
- c) smíšený typ – tj. děti s různými smyslovými poruchami a s poruchami vývoje řeči a s dalšími kombinacemi
- d) děti s drobnými smyslovými poruchami – tento typ přidává ve své práci *Dětská neurologie* v roce 1980.⁸⁸

V roce 1974 vyšla další významná publikace, tentokrát od Prof. MUDr. Zdeňky Třesohlavé, DrSc. (nar. 1924)⁸⁹ a jejích spolupracovníků – *Lehká mozková dysfunkce u dětí*.⁹⁰ Autoři v ní shrnuli dosavadní poznatky i zjištění z vlastní praxe. V našem prostředí se tak začalo prosazovat nové označení pro potíže dětí s poruchami chování a pozornosti, tj. s tzv. lehkou mozkovou dysfunkcí (dále jen LMD). Publikace přináší pohled pediatra (Z. Třesohlavá), psychiatra (J. Fischer), psychologa (M. Strnadová) a pedagoga (A. Novotná, M. Veselá). Z. Třesohlavá i její spolupracovníci působili v experimentálních třídách Základní devítileté školy v Praze 6 a věnovali se jak otázkám diagnostiky, tak rehabilitace i reedukace těchto dětí. Nemalou pozornost věnovali také komplexnímu působení celého prostředí, v němž tyto děti žily.

V roce 1983 profesorka Třesohlavá opět s kolektivem spoluautorů vydala na téma LMD druhou publikaci s názvem *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*.⁹¹ Jejími spolupracovníky tentokrát byli speciální pedagog (M. Černá), psychiatr (S. Drvota), psycholog (M. Vágnerová) a vedoucí elektrofyziologické laboratoře FN Motol (M. Lehovský). Část

⁸⁶ Lékař a spisovatel, byl emeritním profesorem Univerzity Karlovy a mimo jiné také přednostou Dětské neurologické kliniky v Praze Motole.

⁸⁷ LESNÝ, I. a kol. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha: Avicenum, 1972.

⁸⁸ LESNÝ I. *Dětská neurologie*. Praha: Avicenum, 1980.

⁸⁹ Dětská lékařka, stála v čele I. dětské kliniky Městské nemocnice v Motole, od roku 1971 FN Motol.

⁹⁰ TŘESOHLAVÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce u dětí*. Praha: Avicenum, 1974.

⁹¹ TŘESOHLAVÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum, 1983.

publikace se shoduje s její předchůdkyní z roku 1974, avšak větší část je zpracována nově s ohledem na nejnovější poznatky v daném oboru.

Nyní se v následující kapitole zaměřím na vývoj názvosloví v oblasti ADHD u nás i v zahraničí. Následně se budu podrobněji věnovat termínům LDE, LMD a ADHD u nás. V kapitolách jim věnovaným tak bude vývoj dané problematiky u nás pokračovat.

5 Termíny a definice

Jak je zřejmé z předchozích kapitol, existovalo již počátkem šedesátých let 20. století značné množství poznatků týkajících se problematiky lehkého mozkového postižení. Mnoho různých hledisek, termínů i definic zatím postrádalo určitý řád a jednotnost v pojmenování. Vytvoření definice, která by vystihovala syndrom tak mnohoznačný a co do symptomů pestrý bylo velmi obtížné. Již poměrně rozsáhlá řada publikací představovala nejrozličnější pojetí a názory. Byly zde jak práce výzkumně teoretické, tak prakticky zaměřené, úzce specializované i přinášející pohled vícero oborů. Nejednotnost panovala také v tom, jaké pacienty vlastně do dané diagnózy zahrnout.

V roce 1974 uvádí Třesoňková dva základní okruhy názvů podle hlediska, které jednotliví autoři zdůrazňovali. Jednalo se o organický aspekt, zdůrazňovaný více pediatry a neurology (viz přehled 1), a o pohled kladoucí hlavní důraz na následky onemocnění, prosazovaný spíše psychology a psychiatry (viz přehled 2).

Přehled 1: Názvy na základě organického hlediska

“Association Deficit Pathology	Choreiform Syndrome
Organic Brain Disease	Minor Brain Damage
Organic Brain Damage	Minimal Brain Injury
Organic Brain Dysfunction	Minimal Chronic Brain Syndromes
Minimal Brain Damage	Minimal Cerebral Damage
Diffuse Brain Damage	Minimal Cerebral Palsy
Neurophreina	Cerebral Dys-synchronization Syndrome
Organic Drivenness	Cerebral Minimal Syndrome
Cerebral Dysfunction	Lehká dětská encefalopatie
Organic Behavior Disorder	Lehké mozkové postižení
	Nemotorická porucha mozku ⁹²

⁹² TŘESOŇKOVÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce ...*, 1974, s. 11.

Přehled 2: Názvy se zaměřením na následek onemocnění

“Hyperkinetic Behavior Syndrome	Hypokinetic Syndrome
Charakter Impulse Disorder	Perceptually Handicapped
Hyperkinetic Impulse Disorder	Aphasoid Syndrome
Aggressive Behavior Disorder	Learning Disabilities
Psychoneurological Learning Disorders	Conceptually Handicapped
Hyperkinetic Syndrome	Attention Disorders
Behavior Disorders	Interjacent Child
Hyperexcitability Syndrome	Vývojová hyperaktivita
Perceptual Cripple	Vývojová neobratnost
Primary Reading Retardation	Nepravidelná maturace
Specific Reading Disability	Instabilní dítě
Clumsy Child Syndrome	Dítě s percepčně motorickou poruchou ⁹³

V roce 2002 napočítala Černá v dané problematice na počátku šedesátých let 20. století kolem 50 názvů a definic skoro 60.⁹⁴ Rozlišila přitom čtyři základní skupiny názvů. První kladou důraz na převažující příznaky a hlavní obtíže, například „hyperkinetický syndrom“, „impulzivní poruchy chování“, „vývojová neobratnost“ nebo „porucha školní přizpůsobivosti“. Tyto názvy zdůrazňují zejména oblast chování, které je nejobjektivněji měřitelné a rovněž prokazatelné v oblasti projevů i změn během nápravy. Druhá skupina názvů klade důraz na psychologické uchopení problému, například „percepčně motorická porucha“, „lehká mozková dysfunkce“, „specifická neschopnost pro řeč“, „vývojová dysfázie“ nebo „syndrom dysgnozie-dyspraxie. Třetí skupina pojmenování pak klade důraz na primární příčiny poruch, které vkládá rovněž do samotných názvů, například „perinatální“, „vrozené“, „organické“ nebo „postencefalitické“ poškození. Čtvrtá skupina názvů vychází z pojetí, která budou dle Černé přibývat a která se budou snažit odhalit hlubší příčiny těchto poruch a to až na úrovni neurofyzilogické, biochemické a anatomické. Půjde jim nejen o stanovení příčin, ale i jednotlivých patogenetických činitelů, tedy konkrétních mechanismů, jež se na procesech rozvoje poruchy podílejí. Jako příklad takovýchto termínů Černá uvádí

⁹³ TŘESOHLAVÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce ...*, 1974, s. 12.

⁹⁴ ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*, 2002.

„hypoxidozu CNS“, „hyperventilační alkalózu“, „deficit v asociačních oblastech mozku“, „poruchu metabolismu monoaminů“ nebo „centrální amphetaminémií“.⁹⁵

Terminologické problémy řešila na mezinárodní úrovni jako první konference, jež se v roce 1962 konala v Oxfordu. Zde bylo doporučeno používat termín „lehká mozková dysfunkce“ (minimal brain dysfunction). Tento název se tak postupně prosadil na úkor termínů jako „lehké mozkové postižení“ nebo „lehká mozková encefalopatie“. Jedním z hlavních důvodů bylo, že se u mnoha případů nedařilo prokázat organické poškození mozku v užším slova smyslu. Podle Černé termín LMD v dané době nejlépe odrážel dosažený stupeň poznání na úrovni jednotlivých duševních funkcí a jejich poruch. Černá si přitom byla vědoma skutečnosti, že jedna a táž dysfunkce může mít více rozdílných příčin, stejně jako jedna a táž příčina může mít více rozdílných následků, tj. obrazů poruch.

V našem prostředí se v roce 1970 konalo II. Pražské symposium dětské neurologie, které zahrnuje drobné poškození mozku pod název „nemotorické poruchy mozku“. Avšak již v roce 1971 ve Vídni na mezinárodním sjezdu pediatriů většina odborníků uváděla termín LMD, ačkoli se objevovala i další označení, například „děti s poruchou učení“.⁹⁶

Termín LMD u nás vystřídal označení LDE avšak i on postupem času přestal odborníkům vyhovovat. Sama profesorka Třesoňková v roce 1983 uvádí, že jde o termín, který není zcela vyhovující, ale zatím nemáme výstižnější označení. Lze jej tedy akceptovat jako rámcové označení do doby, než nám nové poznatky umožní přesnější diagnózu na základě etiologie onemocnění.⁹⁷

Označení LMD u nás pak ještě v roce 2003 uvádí Novák ve své publikaci *Proč jsi stále tak neklidný?*⁹⁸ jako v dané době a v dané problematice nejčastěji užívaný název. Přesto počet kritiků tohoto označení postupně rostl. První velkou výhradou jeho odpůrců byla skutečnost, že šlo o termín, který v sobě zahrnoval v podstatě všechny specifické vývojové poruchy v dětství. Novák uvádí pojem „sběrný koš“, kam se hodí to, co se nedaří zařadit jinam. Přitom termín specifické představuje označení pro soubor určitých zvláštností ve fungování CNS, u nichž mohlo, ale také nemuselo dojít ke komplexním, strukturálním změnám. Tím se dostáváme k další nevýhodě termínu LMD, již je přílišná somatická vyhraněnost tohoto označení. I s dnešními možnostmi vyšetření pomocí tomografie nebo

⁹⁵ ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*, 2002.

⁹⁶ TŘESOŇKOVÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce..., 1974.*

⁹⁷ TŘESOŇKOVÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce..., 1983.*

⁹⁸ NOVÁK, T. *Proč jsi stále tak neklidný?* Brno: ERA group spol. s. r. o., 2003.

magnetické rezonance může mít totiž dítě například s hyperkinetickou poruchou negativní nález neurologického vyšetření.

Další problém představovalo označení disharmonický vývoj osobnosti u LMD, protože intelektově najdeme mezi těmito dětmi jak děti intelektově spíše podprůměrné, tak děti nadprůměrné. Rovněž zde najdeme děti hyperaktivní, ale zároveň i hypoaktivní.

Kritika pak dále narážela také na nedostatečné vymezení hranic jednotlivých příznaků LMD, nepřesné vymezení normy pozornosti nebo toho, kdy přesně již můžeme hovořit o nešikovnosti. Nejasně byly rovněž vymezeny vlivy prostředí a jeho požadavků na dítě. Klíčovou otázkou dle Nováka byla pro kritiky skutečnost, zda o LMD můžeme hovořit u každého neklidného dítěte, nebo zda takové dítě musí být navíc i roztěkané nebo nešikovné apod. Samotný termín dysfunkce pak začal představovat stále větší problém, neboť ve spojení s označením mozková naznačoval potíže nebo dokonce neschopnost myslet.

Podobná byla situace i u termínu LDE, kde označení encefalopatie v sobě neslo slůvko patie, odkazující na patologii mozku. Problémem termínu LDE se pak postupně s rostoucím poznáním, že řada symptomů není omezena pouze na dětský věk, stalo právě slůvko dětská. Hovořit v případě dospělého člověka o lehké dětské encefalopatii tak postupně přestávalo být adekvátní.

Již v roce 1968 byl v DSM-II kodifikován termín „hyperkinetická reakce v dětství“.⁹⁹ V DSM-III se v roce 1980 objevil termín „deficitní porucha pozornosti“ (Attention Deficit Disorder – ADD). V roce 1987 pak byla DSM-III revidována a v DSM-III-R se nově objevila diagnostická kritéria „attention-deficit/hyperactivity disorder“ čili poruchy pozornosti s nebo bez hyperaktivity. V roce 1994 vyšel DSM-IV a ADHD i ADD jsou v něm zařazeny mezi poruchy diagnostikované obvykle v období dětství nebo dospívání. Poslední, 5. revize, DSM (DSM-V) pochází z roku 2013, ADHD řadí mezi tzv. poruchy neurologického vývoje a uvádí, že jde o poruchu začínající v dětském věku, ale často se projevující i v období dospělosti.¹⁰⁰

Roku 1993 pak vstoupila v platnost již zmiňovaná a dodnes uznávaná MKN-10, která podobně jako DSM prošla řadou změn a aktualizací, z nichž poslední je u nás platná od roku 2014. První verze této klasifikace pocházela z roku 1893 a týkala se klasifikace příčin úmrtí.

⁹⁹ SPENCER T., J.; BIEDERMAN, J.; MICK, E. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ... 2006.

¹⁰⁰ DSM-V [online]. ©American Psychiatric Association, 2014. [cit. 31. 12. 2015]. Dostupné z: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

Další, ne již smrtelné, diagnózy byly přidány v šesté revizi z roku 1948. V roce 1965 se v Ženevě sešla konference Světové zdravotnické organizace, jejímž cílem bylo vytvoření 8. revize MKN, kam již byla zařazena „hyperkinetická reakce v dětství“. Konference pracující na 9. revizi se sešla v roce 1975 a do MKN-9 zařadila hyperkinetický syndrom.¹⁰¹ V současnosti mluví MKN-10 o hyperkinetické poruše (F90) a rozlišuje v jejím rámci mezi:

- poruchou aktivity a pozornosti (F90.0)
- hyperkinetickou poruchou chování (F90.1)
- jinou hyperkinetickou poruchou (F90.8)
- nespecifikovanou hyperkinetickou poruchou (F90.9).¹⁰²

Obě klasifikace, tedy MKN-10 i DSM-V, vycházejí z podobných, ale ne zcela totožných přístupů k dané problematice. MKN-10 vyžaduje pro stanovení diagnózy porucha aktivity a pozornosti přítomnost všech tří hlavních symptomů, tj. poruchu pozornosti, hyperaktivitu i impulzivitu, a to jak v domácím prostředí, tak ve škole. Vyskytuje-li se současně také porucha chování, například agresivita, opozičnictví a další, pak lze mluvit o hyperkinetické poruše chování. Naproti tomu diagnostická kritéria DSM-V jsou volnějši, takže ADHD je diagnostikováno již tehdy, je-li přítomna alespoň jedna porucha, tedy stačí pouze porucha pozornosti nebo hyperaktivita a/nebo impulzivita. Stejně tak není nutný souběžný výskyt příznaků doma i ve škole. Diagnóza analogická k hyperkinetické poruše chování MKN-10 v DSM-V chybí. DSM-V tedy zahrnuje v porovnání s MKN-10 mírnější, popřípadě parciální poruchy, ale nezahrnuje příznaky poruch chování. Oba přístupy se tak překrývají pouze částečně.¹⁰³

Odlišnosti v klasifikačním systému DSM-V a MKN-10 mají rovněž za následek různá čísla v oblasti výskytu této poruchy v populaci. Dle DSM-V je počet lidí s ADHD vyšší než dle MKN-10.

¹⁰¹MORIYAMA, I. M., LOY R. M., ROBB-SMITH A. H. T. *History of the Statistical Classification of Diseases and Causes of Death*. [online] Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2011, s. 19 – 21. [cit. 30. 12. 2015]. Dostupné z: http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/classification_diseases2011.pdf.

¹⁰² MKN-10 [online] Aktualizovaná verze k 1. 4. 2014. [cit. 19. 12. 2015] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>.

¹⁰³ PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007.

V našem prostředí Jucovičová a Žáčková v roce 2007 ve své útlé publikaci *Máte neklidné a nesoustředěné dítě?*¹⁰⁴ již uvádějí jako co do četnosti výskytu rovnocenné termíny LMD, ADHD a ADD.

5.1 Lehká dětská encefalopatie

Termín lehká dětská encefalopatie prosazoval, jak již bylo řečeno výše, v našem prostředí JUDr. et MUDr. Otakar Kučera CSc. společně se svými spolupracovníky v publikaci *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích*¹⁰⁵. Lehkou dětskou encefalopatii chápe Kučera jako: „drobné difúzní poruchy mozkové tkáně, trvalého rázu, vzniklé prenatalně, perinatálně nebo postnatálně, ovšem před dobou dospělosti. Poruchy jsou jen lehké v tom smyslu, že při nich není zřetelněji postižena motorika a že také rozumové schopnosti dítěte zůstávají v rámci průměru nebo jsou jen podprůměrné, nesestupují tedy na stupeň debility. Naproti tomu nalézáme u těchto dětí jiné výrazné poruchy vyšší nervové činnosti, a to v několika směrech: v motorice, v percepci, v jednání i v myšlení. Tyto primární poruchy, spoluutvářené zpravidla i nevhodnými metodami výchovnými, ke kterým samy zavdaly podnět, jsou pak podkladem širokého pásma nejrůznějších psychopatologických projevů“.¹⁰⁶

Velký důraz je zde tedy kladen na postižení mozkové tkáně, jež může vzniknout nejrůznějšími způsoby, například poraněním, krvácením, zánětem apod. Etiologie poruchy je tudíž velmi pestrá, postiženy mohou být různé části mozku a stejně tak může být různý i samotný mechanismus postižení.

Ohledně pojmu „encefalopatie“ nebo „encefalopatický“ Kučera uvádí, že v dané době, tj. na počátku šedesátých let 20. století, zatím nebyl jak v psychiatrii, tak v neurologii nebo patologické anatomii zcela vyjasněný. Každý obor si do něj vkládal obsah podle svých vlastních potřeb. Navíc se často jednalo o obsah velmi široký. Tohoto označení bylo používáno pro jakékoli poruchy mozku, tedy pro dětskou mozkovou obrnu, pórůzové stavy, stavy po otravách nebo zánětech nebo při degenerativních chorobách. Ve Francii se tento

¹⁰⁴ JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Máte neklidné a nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. Praha: D + H, 2007.

¹⁰⁵ Následující kapitola čerpá, není-li uvedeno jinak, právě z této Kučerovy práce.

¹⁰⁶ KUČERA, O. a kol., *Psychopatologické projevy ... 1961*, s. 11.

termín vyskytoval již od počátku 20. století. U nás jej mezi prvními použil v roce 1956 psychiatr Ivan Horvai, když hovořil o pseudopsychopatiích. Běžně ho pak užívali také naši pedopsyhiatři i dětští neurologové, jež ho postupně zúžili do pojmu perinatální encefalopatie. Označení dětská encefalopatie pak v našem prostředí dále zahrnovalo soubor všech druhů difúzních mozkových lézí, které byly považovány za běžný podklad psychopatologických projevů. Rutinní neurologické vyšetření zde ve většině případů žádný nález nepřineslo. Bylo potřeba podrobnější vyšetření, aby se ukázaly roztroušené, drobné příznaky.

Kučera klade dětskou encefalopatii, jako lehký stupeň organického poškození mozku, vědomě do protikladu k DMO, jako k poškození těžkému. Přidává však ještě atribut „lehká“, aby nedošlo k terminologickému zmatku a stresujícím obavám rodičů z nesprávně vyložené diagnózy. LDE se tak pro Kučera staly jakýmsi „sběrným pojmem“ obdobně jako DMO. Od ní, jakožto od těžké encefalopatie, odlišuje LDE v zásadě pouze stupeň postižení a obtížnost patologicko-anatomického vymezení syndromu.

Termín LDE Kučera dále volí také pro jeho stručnost, například ve srovnání s označením „drobné organické mozkové poruchy u dětí“. Za výhodu považuje rovněž jeho povahu termínu technického a cizího, takže ve své době nevedl rodiče k chybné interpretaci a přehnané představě nenapravitelného mozkového postižení. V neposlední řadě je to pak, dle jeho názoru, termín zcela přijatelný také pro patologickou anatomii. Z jejího pohledu jde o termín, který říká pouze, že jde o *laesio cerebri*, tj. poruchu mozkové tkáně. Organické změny přitom nejsou pozitivním způsobem přesně vymezeny. Vymezení zůstává pouze negativní, tedy je řečeno, oč nejde. Nejde o proces encefalitický, tj. zánětlivý, ačkoli ložiska zánětu se mohou místně a dočasně objevit. Dalšími významnými faktory jsou nutná chronicita změn a úzký vztah k mechanismům hypoxydózy. Tu považuje Kučera za nejčastější patologický mechanismus, který uvádí celý proces poškození CNS.

Již v úvodu své práce zmiňuje Kučera dvě základní skupiny poruch na základě LDE, které v jeho době přiváděly dětské pacienty do psychiatrické poradny. První skupinu tvoří dle něj poruchy organické základny duševní činnosti. Svou roli zde mohou hrát jak dědičné faktory, tak poruchy mozkového substrátu, k nimž došlo během prenatálního, perinatálního nebo postnatálního vývoje. Druhou skupinu označuje Kučera jako poruchy v širokém slova smyslu neurotické, kde hlavní roli patogenních činitelů hrají nevhodné vnější vlivy. I v těchto

případech mají ale velký vliv somatické predispozice k vývinu neurotických projevů. Tedy i zde svou roli hrají buď vrozené předpoklady nebo organické poškození CNS v době prenatalní, perinatální nebo postnatální. Do této druhé skupiny duševních poruch, která zahrnuje širokou škálu příznaků, patří rovněž poruchy chování.¹⁰⁷

Kučera uvádí, že průzkum dětských psychiatrických onemocnění nebyl na počátku šedesátých let 20. století proveden soustavně, avšak existovaly dílčí práce, které napovídaly tomu, že minimálně 10% všech dětí v období povinné školní docházky by potřebovalo pedopsychiatrický zásah. Do ambulancí dětské psychiatrické služby pak dle jeho zkušeností přicházely nejčastěji právě děti s poruchami chování. Šlo o celou jednu třetinu až jednu polovinu z celkového počtu všech případů. Důvod spatřoval Kučera ve „viditelnosti“ a obtížnosti takového dítěte pro své okolí, ať už v rodině nebo ve škole. Poruchy chování jsou totiž natolik výrazné a pro své okolí obtěžující, že rodiče dříve nebo později přinutí vyhledat pomoc odborníků.

Konkrétní klinické obrazy, které se vytvořily u dětí s LDE při neustálé interakci organicky podmíněného stavu s patogenním působením vnějších vlivů, rozděluje Kučera do několika základních skupin:

- a) poruchy chování – nadměrná intenzita nebo časová nepřiměřenost pudových projevů, které jsou jinak normální pro jednotlivá vývojová stadia dítěte nebo mladistvého. Kučera je dále dělí na primární, tj. co do času nebo intenzity nepřiměřené pudové projevy dítěte, a reaktivní, které jsou ve své podstatě návratem k nějaké již opuštěné formě nevhodného chování. Tento návrat většinou vyvolala akutní konfliktová situace. V souvislosti s těmito dětmi zmiňuje Kučera dále hyperkinetičnost i hypokinetičnost, agresivní projevy, obtíže při začlenění do kolektivu vrstevníků, pohybovou neobratnost, zbrkllost, masochistické rysy, jako například tlučení hlavou o zem, a poměrně často také enurézu.
- b) projevy psychopatické – zvláště intenzivní poruchy chování, jež přetrvávají, jsou málo ovlivnitelné úpravou prostředí nebo psychoterapií. Můžeme se u nich setkat také s poruchou afektivity nebo mimořádným sklonem k impulzivnímu jednání.

¹⁰⁷ Kromě poruch chování sem Kučera řadí také psychoneurózy s vyhraněnou symptomatologií, difusní neurotické rysy a neurotické návyky a rovněž některé poruchy zvané kortikoviscerální nebo psychosomatické, v jejichž patogenezi je významná duševní složka. KUČERA, O. a kol., *Psychopatologické projevy ...* 1961.

- c) projevy neurotické – nejčastěji se objevují v kombinaci právě s poruchami chování, z nichž vznikají zejména tehdy, když tlak vnějšího okolí, jež vyvolaly obtížné vlastnosti dítěte, vedl druhotně také k jeho neurotizaci. Vzácnější jsou psychoneurózy, například tiky, koktavost nebo některé hysterické projevy.
- d) projevy psychotické – tj. regrese v chování, zmatená řeč, neologismy, někdy i projevy blízké halucinacím. Častěji se vyskytují u dětí s těžší poruchou intelektu, zpravidla na úrovni debility.
- e) projevy paroxysmální – záchvatovité
- f) specifická dyslexie - dnes označováno jako dyslexie

V rámci poruch chování rozlišuje Kučera několik základních skupin dle nejčastějších projevů. Jedná se v první řadě o nadměrnou neposlušnost a vzdorovitost, které přesahují to, co je běžné pro jednotlivá vývojová období dítěte. Příčinou jsou zde zpravidla nevhodné výchovné postoje rodičů. Další skupinou jsou poruchy chování, při nichž dominuje porucha vztahu k okolí nebo ke společnosti, například destruktivní sklony, krutost, lhavost, krádeže apod. Třetí skupinu představuje enuréza a čtvrtou poruchy školské. K těm Kučera řadí zejména neschopnost dítěte podřídit se školní kázi, tj. těkavost, vyrušování, kašparování, negativní postoj ke školní práci, elektivní mutismus týkající se pouze školy, záškoláctví a některé specifické poruchy, zejména dyslexii a dysgrafii.

Poruchy chování mohou u dětí pramenit buďto z nevhodných postojů těch, kdo je vychovávají, nebo mohou být determinovány určitými vlastnostmi dítěte, které způsobují, že jde o dítě zvláště obtížně vychovatelné. A to je také důvod, proč se tyto poruchy vyskytují u dětí s LDE tak často.

V anamnéze většiny dětí s uvedenými poruchami chování lze podle Kučery odhalit určité obtíže již od narození. Jako kojenci bývají tyto děti neklidné, hodně křičí, špatně prospívají, mají potíže s příjmem potravy nebo se spánkem. Tyto děti jsou tak ve stálém napětí, jež se projevuje zvýšenou dráždivostí a trvalým neklidem, který je tím výraznější, čím je dítě mobilnější. Hybnost těchto dětí je dle Kučery „neuspořádaná, přestřelující, rozhrkaná, plná nevhodných souhybů“¹⁰⁸ přičemž se většinou jedná o děti výrazně neobratné.

Zlomovým okamžikem, který problémy dětí s LDE často ještě umocní a více zviditelní, bývá nástup do školy. Hyperkinetické děti se v pozdějším věku jen s obtížemi začleňují

¹⁰⁸ KUČERA, O. a kol., *Psychopatologické projevy ...* 1961, s. 115.

do kolektivu vrstevníků, jsou středem konfliktů a vstup do školy situaci většinou ještě zhorší. Jedná se proto o období, kdy se do psychiatrických ambulancí dostává největší počet dětí s LDE.

5.2 Lehká mozková dysfunkce

Termín lehká mozková dysfunkce (LMD) se prosadil na počátku šedesátých let 20. století na úkor krátce používaného termínu LDE. Jako v dané době nevhodnější označení jej doporučila mezinárodní konference v Oxfordu. Následně se k němu přiklonily i další mezinárodní konference, které si kladly za cíl zejména sjednocení pohledů na danou problematiku. Z čelních představitelů různých oborů byly vytvořeny komise, jejichž úkolem bylo navržení terminologického a věcného vymezení problému. První fáze práce komise vedené americkým psychologem S. D. Clementsem skončila v roce 1966 a problém definovala takto:

„Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení (impairment) ve vnímání, tvoření pojmů (conceptualization), řeči, paměti a v kontrole pozornosti popudů (impulse) nebo motoriky.

Podobné příznaky mohou nebo nemusí komplikovat problematiku dětí s mozkovou obrnou, mentální retardací, slepotou nebo hluchotou.

Tyto odchylky mohou vznikat z genetických variací, biochemických nepravidelností, perinatálních poškození mozku či jiných onemocnění nebo poškození prodělaných v průběhu let, jež jsou kritická pro rozvoj a zrání centrálního nervového systému, anebo z neznámých příčin.“¹⁰⁹

Tato definice umožňovala poměrně širokou interpretaci a nepochybně tak přispěla k nejednotnému výkladu diagnózy. V diagnostice i dalších výzkumných pracích tak nadále spíše podporovala zmatek a roztříštěnost.

¹⁰⁹ ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*, 2002, s. 14-15.

U nás termín LMD jako nejvhodnější uvádí Zdeňka Třesohlavá a její spolupracovníci v publikaci *Lehká mozková dysfunkce u dětí*¹¹⁰ v roce 1974. Termín LMD chápe Třesohlavá jako označení, v jehož rámci je pak potřeba jednotlivé případy podle dostupných poznatků a projevů dále členit. U každého dítěte by měla být vytvořena podrobná diagnóza jednotlivých poruch a na jejím základě by pak měla být stanovena individuální terapie.

Nejrozsáhlejší soupis příznaků LMD vytvořila dle Třesohlavé skupina autorů v čele právě s Clementsem v roce 1966. Clements uvádí celkem patnáct oblastí motorických i fyzických funkcí organismu, kde lze u dětí s LMD spatřovat oproti zdravým dětem odlišnosti:

- „1. nálezy v testech měřících psychické výkony
2. poškození percepce a vytváření pojmů
3. specifické neurologické znaky
4. poruchy řeči a sluchového vnímání
5. poruchy motorických funkcí
6. poruchy učení
7. poruchy myšlení
8. fyzikální charakteristika
9. citová charakteristika
10. charakteristika spánku
11. schopnost navázat kontakt s okolím
12. změny fyzického vývoje
13. charakteristika speciálního chování
14. změny osobnosti
15. poruchy koncentrace a pozornosti.“¹¹¹

Výskyt jednotlivých příznaků je u dětí s LMD rozmanitý co do kvality, tak i do množství. Pořadí a intenzita jsou ve velké míře závislé na věku, kdy dítě vyšetřujeme. Clements uvádí podle četnosti výskytu symptomy v tomto pořadí:

- „1. hyperaktivita
2. percepčně motorická porucha
3. emocionální labilita

¹¹⁰ Následující kapitola čerpá, není-li uvedeno jinak, právě z této práce.

¹¹¹ CLEMENTES, S. D. Minimal brain dysfunction by children. NINB Monograph. 1966. In. TŘESOHLOVÁ, Z. a kol., *Lehká mozková dysfunkce ...*, 1983. S. 21 – 23.

4. povšechný nedostatek koordinace
5. poruchy pozornosti
6. impulsivnost
7. porucha paměti a myšlení
8. specifické poruchy učení (dyslexie, dysgrafie atd.)
9. poruchy řeči a sluchu
10. lehké neurologické příznaky s abnormální křivkou EEG.¹¹²

Příznaky jsou dle Třesohlavé úměrné narušení v určitých úsecích vývoje dítěte. Řada autorů dle ní také poukazuje na období batolecího a předškolního věku, které má zásadní vliv na vznik i další prognózu onemocnění. J. Langmaier a Z. Matějček pak kladou důraz na význam psychické deprivace v tomto věku pro vznik zejména neurotických projevů u dětí s LMD.¹¹³

Třesohlavá dále píše, že to jak dítě reaguje na vnější i vnitřní podněty se během předškolního věku výrazně mění a posouvá směrem k vůli ovládanému chování, kdy dítě umí mezi podněty rozlišovat. U dětí s LMD se však projevuje abnormální úroveň duševní i motorické aktivity, a to jak hyper, tak hypoaktivita. Jedná se přitom o následek narušené rovnováhy vzruchu i útlumu CNS, diferenciací, koordinace, syntézy i analýzy podnětu.

Co se výskytu LMD v dětské populaci týče, tak Třesohlavá uvádí na základě studií různých autorů v zahraničí i u nás rozptýl 2 – 22%. Přičemž výraznou převahu mají ve všech věkových skupinách chlapci.

Čím nižší je věk dítěte, tím je pak také stanovení diagnózy obtížnější, neboť kritéria jsou velmi jemná a s věkem se mění. Nejčastěji byl dle Třesohlavé syndrom LMD diagnostikován v prvních letech školní docházky. Největší výskyt uvádí u dětí ve věku 8 let. Je to dle jejího názoru dáno skutečností, že právě v tomto věku vystupují vzhledem k rostoucím nárokům školy problémy dětí s LMD nejvíce do popředí, takže rodiče i učitelé hledají odpovídající pomoc a léčbu.

Základem pro stanovení diagnózy musí být podle Třesohlavé komplexní pohled na dítě. Na diagnostickém procesu se proto má podílet řada odborníků z mnoha oborů. Důležité přitom je také včasné stanovení správné diagnózy, aby se předešlo plnému rozvinutí

¹¹² TŘESOHLAVÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce ...*, 1974. S. 24.

¹¹³ LANGMAIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychologická deprivace v dětství*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1968 In. TŘESOHLAVÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce ...*, 1974.

poruchy chování a učení a zvláště jejich sekundárním příznakům, jako jsou neurózy a různé psychopatické rysy. Lékařské vyšetření dítěte s LMD dále nemůžeme oddělit od znalosti prostředí, v němž dané dítě žije. Je důležité vědět, zda toto prostředí poskytuje dítěti pochopení a pomoc nebo je naopak podkladem pro vznik právě oněch sekundárních příznaků.

Stručně řečeno LMD lze chápat jako syndrom, který zahrnuje několik forem, jež spojují výrazné poruchy učení a chování s řadou dalších různě se vyskytujících znaků, které mohou být někdy kombinované. Dle Třesohlavé tvoří LMD svojí mnohotvárností plynulou řadu nejrůznějších stavů mezi dítětem zdravým a těžce somaticky a psychicky postiženým. Její přístup k diagnostice dětí s LMD vycházel z u nás již delší dobu prosazovaného multidisciplinárního přístupu s využitím osobní i rodinné anamnézy. Na její práci pak navázala řada dalších autorů v čele s M. Černou, autorkou u nás později ještě několikrát vydané publikace *Lehké mozkové dysfunkce*¹¹⁴.

5.2.1 Psychopatologická problematika syndromu LMD

V rámci monografie Zdeňky Třesohlavé z roku 1974 hovoří psycholog J. Fischer také o psychopatologické problematice syndromu LMD. Zmiňuje v této souvislosti rovněž syndrom označovaný tehdy jako psychomotorická nestálost. Za základní symptomy tohoto syndromu byly dlouho považovány psychomotorický neklid, nedůslednost v jednání, impulsivnost a emocionální labilita. Dle Fischera však novější práce ukázaly, že tyto symptomy spolu souvisejí pouze slabě a že často ani nejsou ve vztahu k jiným známkám organického poškození CNS. Souvislost psychomotorického neklidu je dle něj prokazatelná z části pouze u kolísavé pozornosti při dlouhodobé zátěži. Většina autorů se pak již dále nedomnívá, že by zde bylo hlavní příčinou organické poškození CNS v raném dětství. Naopak se začalo uvažovat o souvislosti s množstvím psychopatických symptomů v rámci nejbližší rodiny dítěte.¹¹⁵

¹¹⁴ ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982.

¹¹⁵ TŘESOHLAVÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce ...*, 1974.

Na základě klinických zkušeností považuje Fischer za možné se domnívat, že v období středního školního věku ubývá psychomotorického neklidu a naopak se objevují různé psychopatologické projevy v povahové oblasti.

V monografii Třesohlavé z roku 1983 zpracoval část věnovanou problematice psychopatologických syndromů při LMD rovněž psycholog, S. Drvota. Uvádí zde tři možné přístupy k popisu uvedených syndromů:

1. popis, který vychází ze syndromologie dospělých
2. popis psychosyndromu, který vychází z celostní psychologie
3. syndromy, jejichž popis vychází vstříc neurofyzilogickým koncepcím¹¹⁶

ad. 1.

Patrně nejznámější popis vycházející se syndromologie dospělých vytvořil G. Göllnitz v roce 1954.¹¹⁷ V souvislosti s poškozením mozku vzniklým v raném dětství používá termín „chronický organický psychosyndrom“. Jedná se o pojem, který v rámci psychopatologické syndromologie dospělých spadá mezi tzv. exogenní reakční typy. Jde o stavy, které jsou následkem tělesných příčin, jež působí rovněž na mozek nebo příčin postihujících přímo mozek.

Chronický organický psychosyndrom je dle Göllnitze příčinou disharmonického vývoje a má určité společné rysy, které lze zjistit nezávisle na vývojové fázi dítěte. Jedná se o:

- a) nespecifickou vegetativní symptomatologii – projevuje se v oblasti somatické i psychické, kam spadá snadná odklonitelnost pozornosti
- b) specifickou mozkovou symptomatiku - zahrnuje unavitelnost, elementárnější afektivitu, redukované množství popudů k jednání, snadnou unavitelnost pozornosti, většinou nenarušenou celkovou inteligenci a paměť (ačkoli obě mohou utrpět nedostatečnou schopností soustředit se a nedostatkem spontaneity) a sníženou schopnost uvědomovat si riziko vlastního selhání a adekvátně zhodnotit reálné meze svých možností.¹¹⁸

¹¹⁶ TŘESOHLAVÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce ...*, 1983.

¹¹⁷ Tamtéž.

¹¹⁸ Tamtéž.

Hyperaktivní syndrom tak v Göllnitzově popisu prakticky chybí, ačkoli jej jiné pedopsychiatrické školy dle Drvoty považují za klíčový faktor v pochopení psychopatologických projevů při LMD.

ad. 2.

Celostní psychologie, nebo též Gestalt psychologie, vysvětlovala potíže dětí s postižením mozku prostřednictvím poruchy schopnosti odlišit figuru od pozadí. S touto základní poruchou spojovali celostní psychologové také sníženou schopnost soustředění a velkou odklonitelnost pozornosti. Avšak, jak uvádí Drvota, tato interpretace nebyla výsledky zkoušek s vnímáním u dětí s raně získaným poškozením mozku potvrzena a již počátkem osmdesátých let byla hojně zpochybňována.

ad. 3.

V roce 1982 se dle Drvoty jako nejpravděpodobnější místo mozkové léze dětí s LMD jevila bazální ganglia a mozkový kmen. V posledních desetiletích byl dle něj prováděn poměrně intenzivní výzkum této oblasti, díky němuž byl objeven aktivační systém mozku, tzv. retikulární formace mozkového kmene. Soudobé výzkumy tak prokázaly, že tato část mozku řídí jak základní úroveň spánku a bdění, tak tlumí nebo zesiluje míšní reflexy, svalovou rigiditu a pohyby vyvolané z mozkové kůry. Právě těmto představám, pak řečeno slovy Drvoty, vychází vstříc popis hyperaktivního a hypoaktivního syndromu dětí s LMD.¹¹⁹

V případě dětí s LMD pak nejde o poruchu samotné motoriky, ale o nedostatečnou souhru pohybů, která má za následek projevy jako je například nešikovnost nebo neobratnost. Narušena je také integrace sluchových a zrakových vjemů do motorických dovedností. Tyto děti mají potíže se zapínáním knoflíků nebo zavazováním tkaniček. Oblékají-li se samy, je výsledek z pohledu dospělého velmi často poněkud neuspořádaný. Odchytky se objevují rovněž v celkovém řízení pohybů. Těch je buď příliš mnoho, pak mluvíme o hyperaktivitě, nebo naopak příliš málo, a pak je řeč o hypoaktivitě. V případě hyperaktivního syndromu hovoří Drvota o trojici základních symptomů – krátké trvání pozornosti, neklid a vznětlivost.

¹¹⁹ TŘESOHLOVÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce ...*, 1983.

5.3 ADHD

Deficit pozornosti s hyperaktivitou¹²⁰, hyperkinetický syndrom a porucha pozornosti¹²¹, syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou¹²² nebo porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou¹²³ to jsou v odborné literatuře nejčastěji používané překlady zkratky ADHD. V devadesátých letech 20. století se nejprve v zahraničí a posléze i u nás začala stále více objevovat a prosazovat. Důraz byl přitom kladen na přesnou a diferenciální diagnostiku a hledání příčin problematického chování. Proti sobě se zde postavily dva základní názory. První pohlíží na ADHD jako na primárně neurologický deficit, druhý pak spatřuje hlavní příčinu potíží v nevhodné výchově. Mezi nimi ale existuje také určitý střední proud, jenž chápe ADHD jako směsici symptomů vyvolaných složitými interakcemi mezi genetickou výbavou, neurofyzilogickými charakteristikami, psychickým vývojem a sociálním prostředím. Jako takové pak ADHD vyžaduje pestrou škálu nejrůznějších terapeutických metod a postupů.¹²⁴ Na stanovení přesné diagnózy tak následně navazuje individuální přístup v oblasti léčby a terapie, neboť každý „pacient“ je specifický a nelze u něj automaticky uplatnit všechny přístupy doporučené u dětí s ADHD.

Kromě přesnosti je u diagnózy důraz kladen také na její včasnost, s níž bezprostředně souvisí rovněž včasné zahájení terapie. Důležitým faktorem dobré prognózy se tak v devadesátých letech stává diagnostika v raném období školní docházky, ideálně ještě v předškolním věku, kdy zejména se tyto děti začínají výrazněji odlišovat od svých vrstevníků. Následná terapie pak již nemá zahrnovat pouze terapeuta a klienta, ale také práci s jeho rodinou a vrstevnickými vztahy.

Pozornost se v této době začala obracet rovněž k ADHD v dospělém věku. Jako zastaralý se již jevil názor, že děti z tohoto chování vyrostou. Naopak se začaly objevovat snahy dát do souvislosti ADHD a pozdější výchovné a kázeňské problémy ústící až ve střet se zákonem nebo ADHD a pozdější psychiatrické obtíže v dospívání a dospělosti.

¹²⁰ PILAŘOVÁ, M., KAVALE-PAZLAROVÁ, M. ADHD a ADD – Reflexe z odborné literatury 90. let. In. KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení a chování: Sborník, 1998*. Praha: Portál, 1999.

¹²¹ PACLT, I., PTÁČEK, R., FLORIÁN, J. *Hyperaktivita, 2006*.

¹²² MERTIN, V. LDE, LMD nebo ADD/ADHD? In. KUCHARSKÁ, A. A KOL. *Specifické poruchy učení a chování: Sborník, 1996*. Praha: Portál, 1997.

¹²³ ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2009.

¹²⁴ PILAŘOVÁ, M., KAVALE-PAZLAROVÁ, M. ADHD a ADD – Reflexe z odborné literatury 90. let, 1999.

V devadesátých letech se tak převládajícím trendem v přístupu k ADHD stává spojení medicíny, tj. zejména farmakoterapie, a behaviorální terapie, jež je v různých modifikacích užívána jak doma, tak ve škole. Tento základ je pak dále doplňován individuální a rodinnou terapií se zaměřením na zlepšení emoční přizpůsobivosti a schopností řešit problémy a vyrovnávat se s nimi.¹²⁵ Zejména v zahraničí pak přestává být otázkou, zda nasadit farmakologickou léčbu. Odborníci se místo toho začínají ptát, kdy ji nasadit, aby byla co nejučinnější v kombinaci s dalšími léčebnými a terapeutickými metodami a postupy. U nás se tento přístup začíná prosazovat až v současné době. Současná doba u nás pak také již plně přijala pojem ADHD namísto dříve užívaného termínu LMD, který začíná být chápán jako zastaralý.

5.4 Shrnutí LDE, LMD a ADHD

V předchozích kapitolách jsem popsala, co se skrývá za zkratkami LDE, LMD a ADHD i kdy a proč se tyto pojmy začaly nebo přestaly používat. Nyní se zaměřím na to, co mají společného a v čem se naopak liší.

Základní odlišností je samozřejmě doba, kdy tyto pojmy vznikly a kterou v sobě odrážejí. Jak již bylo řečeno výše, některé pojmy postupem času ztratily neutrální a odborné zabarvení, pro něž byly zavedeny, a získaly naopak zabarvení spíše stigmatizující nebo dokonce i hanlivé. Z dnešního pohledu je tak mnohem přijatelnější říci rodičům, že jejich dítě má poruchu pozornosti s hyperaktivitou, než že má mozkovou dysfunkci, a to i přesto, že obě možnosti říkají v podstatě totéž a to slovy s velmi podobným významem. Jde tak o svého druhu jazykový vývoj, kdy jsou zastaralá slova nahrazena těmi novějšími, více moderními.

Všechny tři pojmy v sobě pak odrážejí také postupující odborné poznání a porozumění projevům i příčinám popsaného problematického chování. Jak toto poznání postupovalo, ukázalo se například, že nejde výhradně o poruchu chování u dětí, ale že může velmi často přetrvávat také do dospělosti. Pojmu LDE tak začalo být vytýkáno slůvko dětská.

Dále můžeme v rámci těchto tří pojmů vysledovat určitý posun od označení spíše neurologických k označením diagnostickým a popisným. Pojmy LDE a LMD se snaží odrážet v sobě příčinu potíží dítěte, zatímco pojem ADHD se soustředí na projevy těchto obtíží.

¹²⁵ Tamtéž.

Diagnóza LDE nám říká, že jde o lehkou encefalopatii, jež se objevuje v dětství. Důraz je zde kladen na jasnou souvislost s poškozením mozku, podobně jako u DMO. Diagnóza LMD pak tento přístup posouvá ještě dále, když klade důraz na skutečnost, že dítě s těmito projevy má lehkou dysfunkci mozku. Tato dysfunkce ale nemusí být zjizvitelná neurologickými metodami, neboť se jedná o poškození lehká, rozptýlená a viditelná tak ve většině případů pouze skrze projevy dítěte. U obou těchto starších termínů tak převládá medicínský přístup, a to jak v oblasti diagnostiky, tak na poli terapie a intervence, kde přístupy z oblasti psychologie a pedagogiky zaujímají až druhé místo.

V případě označení LMD se ale ukázalo, že jde o projevy často natolik rozmanité, že je nezbytné vždy blíže specifikovat, čeho přesně se LMD u daného dítěte týká, například zda jde o dítě s hyperaktivitou nebo hypoaktivitou. A tak došlo k posunu k označení, jež je více popisné, tj. k ADHD.¹²⁶

S pojmem ADHD se v našem prostředí prosadila anglická zkratka a český překlad. Důvody k tomu mohou být různé. Český překlad porucha pozornosti s hyperaktivitou může některým lidem z řad laické veřejnosti i odborníků znít příliš dlouze, obyčejně, neodborně apod. Označení ADHD je naproti tomu krátké a má určitý punc cizosti a pro mnohé tudíž také odbornosti.

Posun od neurologického nebo etiologického hlediska u pojmů LDE a LMD k popisu zaměřenému zejména na jednotlivé projevy chování u pojmu ADHD má svůj odraz rovněž ve změně modelu poskytování speciální péče v našem školství. Tradiční medicínský model je postupně opouštěn a nahrazován novějším pojetím sociálního modelu a modelu podpory¹²⁷. V případě medicínského modelu bylo poskytnutí speciální péče dítěti, žákovi nebo studentovi závislé na stanovení jeho diagnózy. Bez ní nevznikal nárok na speciální péči a k žákovi bylo přistupováno jako ke „zdravému“. V dnešní době však začíná být samotná diagnóza důležitá až sekundárně. Na prvním místě zde stojí příznaky, projevy dítěte, ty pak zakládají nárok na speciální péči. Dítě tak obdrží péči, jakmile ji potřebuje, a ne až po stanovení diagnózy, které je u nás zatím stále poměrně zdlouhavé.

Podle psychologa Václava Mertina v sobě jednotlivé pojmy určitým způsobem odrážejí také ovlivnitelnost celého problému ze strany dítěte, nebo klienta. Pojmy LDE a LMD

¹²⁶ KAVALE-PAZLAROVÁ, M. Malá úvaha o tom, zda-li nám pojmy LDE, LMD, ADHD skutečně pomáhají. In. KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení a chování: Sborník 1997*. Praha: Portál, 1998.

¹²⁷ ČERNÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychopedie*, 2009.

nedávají vlastní aktivitě klienta příliš prostoru. Jedná se tu o poškození mozku, jež je léčeno symptomaticky, což může ale také znamenat nijak. „Léčba“ deficitu pozornosti u pojmu ADHD dává aktivitě klienta i jeho okolí více možností, jak problém ovlivnit, zvládnout.¹²⁸ Poškozený mozek si sami nevyлéčíme, avšak pozornost je možné trénovat, pracovat na ní. Řešení problémů je tak u pojmu ADHD pro dítě i jeho rodinu dosažitelnější a z jejich pohledu také snáze ovlivnitelné.

5. 5 Hypoaktivita

Zatímco hyperaktivitě byla a je v odborné literatuře věnována poměrně rozsáhlá pozornost, hypoaktivita byla a je odborníky do značné míry opomíjena. Je-li zmíněna, pak většinou pouze okrajově jako určitý protipól hyperaktivity.

Hypoaktivní děti jsou velmi pomalé, těžkopádné, utlumené až apatické. Pohybově bývají neobratné, nedokáží pohotově reagovat na pokyny, ve škole nestíhají vypracovat zadané úkoly včas, ve všem jsou poslední. Častá stížnost rodičů i učitelů zní „kam je postavíte, tam je najdete“. Zatímco hyperaktivní děti bývají nazývány „dětmi z hadích ocásků“, hypoaktivní děti jejich okolí často označuje jako „spící panny“ nebo „mouchy, snězte si mě“. Z tohoto důvodu také bývají většinou zcela nespravedlivě považovány za „líné“, přestože jsou jenom velmi pomalé. Zadanou práci takto málokdy stihnou vypracovat včas, dělají více chyb, a tak bývají, rovněž často a rovněž nespravedlivě, považovány také za „hloupé“. Hypoaktivní děti dále trpí zvýšenou unavitelností, na únavu pak většinou reagují dalším prohloubením útlumu, apatií, někdy ale také podrážděností. Obtížná je rovněž jejich aktivizace. Při práci s nimi je potřeba si uvědomit, že jejich pomalé tempo je vrozené a nelze je výchovou nebo tlakem výrazněji urychlit. Zvýšený tlak naopak může vést až k neurotizaci dítěte.¹²⁹

Označení hypoaktivní se, jak již bylo řečeno výše, poprvé objevilo v roce 1917, kdy německý pediatr H. T. von Scherckel hovořil o tzv. Hypoaktivním syndromu.¹³⁰ Kdy přesně pak byl poprvé použit samotný termín hypoaktivita, literatura neuvádí. Stejně tak

¹²⁸ MERTIN, V. LDE, LMD nebo ADD/ADHD?, 1997.

¹²⁹ JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada, 2010.

¹³⁰ SWIERKOSZOVÁ, J. *Specifické poruchy chování*, 2010.

tuto diagnózu jmenovitě neuvádí DSM-V ani MKN 10. U DSM-V je však možné zařadit hypoaktivitu pod diagnózu ADD, u MKN 10 zase pod poruchu aktivity a pozornosti.

Kučera zmiňuje hypokinetické děti jako opačný typ poruchy vzhledem k hyperkinetičnosti. Zdůrazňuje přitom skutečnost, že menší sklon hypokinetických dětí k experimentování a rozvíjení tělesných schopností představuje nebezpečí opoždění intelektového vývoje a celkového růstu osobnosti. Dále uvádí, že útlumové mechanismy někdy hypoaktivním dětem nevystačí, takže se zcela nečekaně projeví také dosti agresivně.¹³¹

Třesohlavá uvádí, že hypoaktivních bylo asi 20% pacientů, jimž se v rámci výzkumu zaměřeného na děti s LMD se svými spolupracovníky věnovala.¹³² Vágnerová pak v rámci publikace Třesohlavé píše, že dětí s hypoaktivitou je méně než těch hyperaktivních pravděpodobně proto, že schopnost útlumu je vývojově náročnější. Děti tedy mají zpočátku tendenci reagovat bezprostředně na každý podnět. Neodpovídat na některé stimuly se naučí až později a jelikož je u dětí s LMD zrání útlumových procesů opožděno, převažuje u nich hyperaktivita nad hypoaktivitou.¹³³ V kapitole zaměřené na psychopatologické syndromy při LMD se pak hypoaktivitě krátce věnuje také Drvota, který však čerpá z výše zmíněného díla Kučery a nové poznatky v této problematice nepřináší.¹³⁴

Novější literatura věnovaná problematice ADHD se hypoaktivitě většinou nevěnuje vůbec¹³⁵, případně stručně zmíní to, co již bylo v dané oblasti zjištěno dříve¹³⁶. Je to do značné míry také dáno tím, že se v současnosti prosazuje právě termín ADHD, který v sobě nese označení hyperaktivní, takže hypoaktivita zůstává stranou zájmu. Hypoaktivní syndrom proto zatím stále čeká na obsáhlejší práci zaměřenou výhradně na něj.

¹³¹ KUČERA, O. a kol., *Psychopatologické projevy ...* 1961.

¹³² TŘESOHLAVÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce ...*, 1983.

¹³³ Tamtéž.

¹³⁴ Tamtéž.

¹³⁵ To je případ například O. Zelinkové a její publikace *Poruchy učení* z roku 2009 nebo V. Pokorné a publikace *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování* z roku 2010.

¹³⁶ Sem spadá již zmiňovaná publikace D. Jucovičové a H. Žáčkové *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině* z roku 2010.

Závěr

Kdy přesně se začali lidé zamýšlet nad problematickým chováním dětí jinak než jako nad nevychovaností, se nám dnes již zjistit nepodaří. Prvním průkopníkem v této oblasti byl patrně již Jan Amos Komenský, jenž se rozhodně stavěl proti myšlence, že by některé děti byly nevychovatelné a nevzdělavatelné. Další písemné záznamy úvah, tentokrát již více zaměřené na dětskou neposednost, spadají podle současného stavu poznání do roku 1775. První průkopnické dílo M. A. Weikarda brzy následovali další. Začaly se objevovat popisy problematického chování společně s úvahami nad jeho příčinou a posléze také řešením, nápravou. Do povědomí odborné a brzy také laické veřejnosti se dostala slova hyperaktivita a impulzivita a stále více se prosazoval názor, že na vině není jen a pouze špatná výchova, ale také další, zejména neurologické faktory. Hledaly se tedy příčiny a lokalizace poškození mozku. Zároveň docházelo také ke specifikaci symptomů a vyvíjelo se rovněž odborné názvosloví. Lidé hledali zcela přirozeně nejvhodnější způsob, jak tyto obtíže pojmenovat. Zprvu se názvy zaměřovaly zejména na neurologickou příčinu problematického chování a u nás i v zahraničí obsahovaly slova jako mozek, poškození, dysfunkce apod. Postupně se ale stále více prosazovaly a v dnešní době již také ustálily názvy zaměřující se na symptomy, projevy chování, v nichž se objevují slova hyperaktivita, impulzivita, pozornost nebo porucha. A i když dnes odborníci nepřestávají pátrat po příčinách tohoto chování, stejně velkou pozornost věnují také jeho nápravě, terapii. Důraz je v této oblasti kladen na včasné zahájení terapie a interdisciplinaritu, zapojení řady různých odborníků doma i ve škole. Ve světle připravovaných změn v našem školském zákonodárství přestává být pro poskytnutí speciálního přístupu rozhodující výhradně diagnóza. Důležitější začínají být zejména příznaky, tj. potíže, které dítě má, a z toho vyplývající následná podpůrná opatření. Učitel tak nyní může a také musí přistupovat k dítěti individuálně a se zavedením různých speciálních opatření, úprav a pomůcek již tehdy, kdy zaznamená první obtíže.

Od prvních krůčků v oblasti problematického hyperaktivního chování dětí jsme tak udělali velký posun, který nás možná trochu paradoxně dostal zase na začátek, kde nebylo důležité pojmenování, tj. diagnóza, ale potíže dětí a jejich výchova, tj. přístup jejich domácího okolí a školy.

Ačkoli u nás má speciální pedagogika svého průkopníka v podobě Jana Amose Komenského již na přelomu 16. a 17. století, sahají kořeny opravdu vědeckého zkoumání

v této oblasti hlouběji v zahraničí. Přesto se nedá říci, že bychom za vývojem ve světě výrazněji zaostávali. Multidisciplinární přístup se u nás začal prosazovat o zhruba deset let později než za hranicemi a vědecké bádání se zde prokazatelně vydávalo správným směrem bez většího vlivu ciziny.

Pojmy LDE, LMD a ADHD se postupně vyvíjely a navazovaly jeden na druhý tak, jak se vůči sobě vyhraňovaly a jak rostlo vědecké poznání v této oblasti. Všechny vzešly ze snahy dát problematickému chování dětí určitý název, který by říkal, že potíže s chováním nejsou vinou těchto dětí ani jejich rodičů, který by byl odborný i srozumitelný zároveň a který by nebyl vnímán jako hanlivé nebo posměšné označení. Podobný vývoj je možné sledovat i v jiných oblastech vědeckého názvosloví, vzpomeňme například dnes již opuštěné termíny debil, imbecil nebo idiot.

Co do obsahu a překvapivě též přístupu k těmto dětem se termíny LDE, LMD a ADHD liší pouze minimálně. Největší odlišnost lze spatřovat ve skutečnosti, že s rozšířením názvu ADHD vypadla z diagnózy hypoaktivita, kterou bychom pod pojmy LDE i LMD byt' okrajově, ale přece jen našli. Každý z těchto pojmů pak klade důraz na trochu jinou stránku téže věci a každý se tak snaží svým způsobem „dětem z hadích ocásků“ i jejich rodičům pomoci.

Zdroje a literatura:

Odborné publikace

ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-880-8.

DSM-V [online]. ©American Psychiatric Association, 2014. [cit. 31. 12. 2015]. Dostupné z: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

HALLOWEL, E. M., RATEY, J. J. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. Praha: Návrat domů, 2007. ISBN 978-80-7255-154-5.

JAMES, W. *The Principles of psychology*. [online] New York: H. Holt and Company, 1890. [cit. 15. 8. 2015] Dostupné z: <http://psychclassics.yorku.ca/James/Principles/index.htm>

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Máte neklidné a nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. Praha: D + H, 2007. ISBN 978-80-903-869-1-4.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Metody práce s dětmi s LMD - především pro učitele a vychovatele*. Praha: D + H, 2001. ISBN 80-239-4468-1.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2697-7.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Práce s žáky s poruchami učení a chování*. Praha: Magistrát hlavního města Prahy, odbor školství, mládeže a sportu ve spolupráci s Vyšší odbornou školou pedagogickou a sociální, Střední odbornou školou pedagogickou a Gymnáziem, Praha 6, Evropská 33; 2012.

KUČERA, O. *Nástin přednášek o psychopedii pro defektology*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1955.

KUČERA, O. a kol. *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1961.

LANGMAIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychologická deprivace v dětství*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1968.

LESNÝ, I. a kol. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha: Avicenum, 1972.

MKN-10 [online] Aktualizovaná verze k 1. 4. 2014. [cit. 19. 12. 2015] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>.

MORIYAMA, I. M., LOY R. M., ROBB-SMITH A. H. T. *History of the Statistical Classification of Diseases and Causes of Death*. [online] Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2011, s. 19 – 21. [cit. 30. 12. 2015].

Dostupné z: http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/classification_diseases2011.pdf. ISBN-10: 0-8406-0644-3.

NOVÁK, T. *Proč jsi stále tak neklidný?* Brno: ERA group spol. s. r. o., 2003. ISBN 978-80-247-4226-7.

PACLT, I., PTÁČEK, R., FLORIÁN, J. *Hyperaktivita*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-71-7.

PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-817-3.

RIEFOVÁ, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-287-4.

SWIERKOSZOVÁ, J. *Specifické poruchy chování*. Ostrava: Universitas Ostravensis, 2010. ISBN 80-7368-238-9.

ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha: SPN, 1990. ISBN 80-04-23643-X.

TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-86039-90-0.

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.

TŘESOHlavÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce u dětí*. Praha: Avicenum, 1974.

TŘESOHlavÁ, Z. a kol. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum, 1983.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-514-1.

Články v odborných časopisech a sbornících

ARBES, J. Tyránek. *Pedagogické rozhledy*. Luna, 1890, 1.4.- 9.

BARKLEY, R. A., PETERS, H. The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of „Attention deficit“ (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders* [online]. 2012, 16 (8), 623

- 630. [cit. 14. 8. 2015]. ISSN 1087-0547. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22323122>.

CACHOVÁ, P., PEJČOCHOVÁ, J., OŠLEJŠKOVÁ, H. Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidity. *Neurologie pro praxi*. 2010, 11(6), 373 – 377. ISSN 1213-1814.

EBSUGH, F. G. Neuropsychiatric Sequelae of Acute Epidemic Encephalitis in Children. *Journal of Attention Disorders*. 2007, 11 (12), s. 336-8. ISSN 1557-1246.

HEVEROCH, A. Dítě neposeda. Pedagogické rozhledy. 1905. In. KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení a chování, Sborník 1997*. Praha: Portál, 1998. S. 41 – 43. ISBN 80-7178-244-0.

KAVALE-PAZLAROVÁ, M. Malá úvaha o tom, zda-li nám pojmy LDE, LMD, ADHD skutečně pomáhají. In. KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení a chování: Sborník 1997*. Praha: Portál, 1998. S. 43 – 45. ISBN 80-7178-244-0.

LANGE, K. W., REICHL, S., LANGE, K. M., TUCHA, L., TUCHA, O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* [online]. 2010, 2 (4), s. 241 – 255. [cit. 29. 12. 2015] Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12402-010-0045-8/fulltext.html#copyrightInformation>.

MERTIN, V. LDE, LMD nebo ADD/ADHD? In. KUCHARSKÁ, A. A KOL. *Specifické poruchy učení a chování: Sborník 1996*. Praha: Portál, 1997. S. 22 – 24. ISBN 1211-670X.

PALMER, E. D., FINGER, S. An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr. Alexander Crichton and “Mental Restlessness” (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review* [online]. 2001, 6 (2), s. 66 – 73. [cit. 23. 8. 2015]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22323122?dopt=Abstract>. ISSN 1360-6417.

PILAŘOVÁ, M.; KAVALE-PAZLAROVÁ, M. ADHD a ADD – Reflexe z odborné literatury 90. let. In. KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení a chování: Sborník, 1998*. Praha: Portál, 1999. S. 18 - 24. ISBN 80-7178-294-7.

SPENCER, T., J.; BIEDERMAN, J.; MICK, E. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology* [online]. 2006, 32 (6), 631- 642. [cit. 25. 12. 2015] Dostupné z: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/32/6/631.full#ref-5>. ISSN 1465-735X.

WARNKE, A., RIEDERER, CH. *Attention deficit-hyperactivity disorder* [online]. ADHD World Federation, 2013. [cit. 29. 12. 2015] Dostupné z: <http://www.adhd-federation.org/publications/adhd-a-historical-overview/>.

Literatura, která sloužila pouze jako zdroj pro citace popisů ADHD dětí

BŘEZINA, O.: *Dopisy Otokara Březiny Anně Pammrové z let 1889 až 1905*. Praha: E. Chalupný, 1936.